Università di Salerno

Dottorato di ricerca DIPSUM-DILLS

Ciclo XXXVIII (aa. 2022-2023)

ESSERE A MAGGIANO SIGNIFICA, RIDENDO, ESSERE MATTI

Storia del manicomio di Lucca dal 1920 al 1952

Tesi di dottorato del candidato Dario Filippi

Relatore: prof. Luca Polese Remaggi (UNISA)

Correlatrice: prof. Vinzia Fiorino (UNIPI)

Indice

Introduzione p. 4

1. La nascita del manicomio e la costruzione del potere psichiatrico: dalla fondazione dell'Ospedale di Maggiano all'integrazione nel sistema amministrativo provinciale lucchese (1770–1913) p. 21

1.1. L'affermazione del modello ospedaliero moderno e la fondazione dello Spedale di Fregionaia. p. 21

1.2. Il consolidamento della realtà ospedaliera di Fregionaia: dalla reggenza napoleonica all'Unità d'Italia p. 30

1.3. Dall'Unità d'Italia alla provincializzazione di Fregionaia: il manicomio come ingranaggio del potere politico-amministrativo in Lucchesia p. 40

2. Tra gerarchia manicomiale ed autonomia medica: l'arrivo di Andrea Cristiani a Fregionaia ed il consolidamento della classe dei medici primari di Maggiano p. 53

2.1. Il "buon padre" Andrea Cristiani: prospettive e traiettorie amministrative di un trentennio di medica direzione manicomiale p. 54

2.2. «Dove il medico primario dovrebbe avere il diritto di dire la parola più autorevole»: la lotta per l'autonomia dei medici primari all'interno dell'organizzazione sanitaria lucchese p. 64

2.3. Kraepelinismo, *no-restraint* e provincializzazione: il coinvolgimento dei medici primari nel processo di trasformazione del manicomio di Fregionaia p. 68

2.4 Un «Mediconzolo di un manicomio di campagna»: la biografia di Alberto Vedrani e la politicizzazione dei sanitari di Fregionaia p. 79

2.5 La Prima guerra mondiale e la ripresa del conflitto sindacale tra i medici di Fregionaia p. 87

3. Bordato, fustagno, camice e camicia nera. La fascistizzazione del manicomio di Fregionaia tra infermieri, disciplina politica e reti di potere nell'Oltreserchio lucchese p. 90

3.1 «Con amorevolezza […] con pazienza»: formazione, esperienze e origini degli infermieri e delle infermiere di Fregionaia p. 103

3.2 Come un pugnale nero nel cerchio bianco: il fascismo lucchese alla conquista dell'amministrazione provinciale (1919-1923) p. 113

3.3 Separati dal mondo, ma non isolati: le prime fasi della fascistizzazione dell'istituto p. 120

3.4 Processi di allineamento: il tramonto delle autonomie mediche, i casi di Vedrani e di Fornasari da Verce p. 134

3.5 Nero più nero: 1930-1934, gli ultimi anni di Cristiani, l'intensificazione della fascistizzazione e il consolidamento del potere del nucleo degli infermieri squadristi nel manicomio di Fregionaia p. 138

3.6 «Avanti Rosso ebbro carnevale del mare»: la nomina di Guglielmo Lippi Francesconi alla direzione del manicomio p. 146

3.7 «Sulla scia luminosa dei voleri del Duce». I primi anni di direzione Guglielmo Lippi Francesconi: dal 1936 al 1940 p. 155

4. Ordinare, reprimere, irregimentare. Biopolitica, battaglia razziale e repressione dell'antifascismo al manicomio di Maggiano p. 167

4.1 Degenerati e pericolosi: il manicomio di Maggiano al centro della bonifica sociale fascista p. 167

4.2 Antifascisti, afascisti, fascisti psicotici: linguaggio e biografie degli internamenti politici p.176

4.3 *Mater, Matris.* Donne, biologia e politiche nataliste nell'Italia fascista: la nascita dell'istituto psichiatrico infantile di Maggiano p. 191

4.4 La donna da correggere. Biografie in fuga, recluse e «incontrollabili» nell'istituto di Maggiano p. 199

5. Maggiano in guerra. Dalla disarticolazione istituzionale alla militarizzazione del personale infermieristico, dagli sfollati al difficile dopoguerra p. 224

5.1 1940-1941: l'istituzione psichiatrica alla prova delle prime fasi del conflitto p. 226

5.2 «La fame cronica sconosciuta agli uomini liberi». Defedamenti, cachessia e deperimento organico nei casi di internamento (1941-1943) p. 233

5.3 La guerra in casa: il 1943, i quarantacinque giorni, la RSI a Lucca e l'impossibile resa dei conti p. 246

5.4 1944: l'*annus horribilis* p. 258

5.5 Internamenti di guerra: soldati traumatizzati, sfollati, civili in fuga e l'esodo dei livornesi tra continuità eziologia, sostanza organicista e accidente bellico p. 274

5.6 Il passaggio del fronte: Maggiano, isola per sfollati in mezzo a un lago di sangue p. 293

5.7 Un ritorno impossibile alla "normalità". I primi mesi del dopoguerra e i blandi processi di epurazione fascista p. 299

6. Conclusioni p. 309

7. Corredo iconografico p. 315

8. Fonti d'archivio, fonti edite e bibliografia p. 341

Abbreviazioni

ACdS: Archivio Centrale dello Stato
AdFMT: Archivio della Fondazione Mario Tobino
AISREC: Archivio dell'Istituto Storico della Resistenza e dell'Età Contemporanea di Lucca
APLu: Archivio della provincia di Lucca
ASLu: Archivio di stato di Lucca

Introduzione

Tra il 1955 e il 1956 Mario Tobino, già primario della divisione femminile, ricopre l'incarico di direttore facente funzioni dell'Ospedale psichiatrico di Maggiano. Si tratta di un breve interregno, condiviso con l'altro medico primario, Giovanni Battista Giordano, e collocato a cavallo tra la direzione del medico Alessandro Pfanner e quella, ormai imminente, di Domenico Gherarducci, che subentrerà a Tobino già dall'anno seguente, nel 1957. In quegli anni Tobino, come d'uso per i direttori viene incaricato di organizzare la marcia del *Corpus Domini* che, nel 1956, cade il 31 maggio. La celebrazione del corpo di Cristo rappresenta, a Lucca, un momento liturgico di forte partecipazione collettiva: in un territorio dall'identità religiosa molto profonda, la rete parrocchiale e il culto popolare scandiscono la vita quotidiana e i ritmi della comunità urbana e rurale. Nell'Oltreserchio – una stretta ansa di pianura che si apre sulla riva opposta del fiume Serchio rispetto a Lucca, caratterizzata da cascinali, piccoli nuclei abitati e dalla predominanza della piccola proprietà terriera – la processione assume un significato ancor più particolare. Qui, infatti, si trova l'istituto psichiatrico di Maggiano, collocato su un colle che ne fa una presenza, anche fisicamente, centrale nella geografia e nella vita del luogo. Alla marcia si mescolano ogni anno agli abitanti del luogo anche gli infermieri e i medici dell'istituto, guidati dal parroco di Santa Maria a Colle e in fondo, quasi a chiudere il corteo, il medico direttore della struttura ospedaliera. Ma, subito dietro la grande croce che apre il corteo, avanzano anche gli internati maschi dell'istituto psichiatrico: il corteo restituisce un'immagine quasi *carnevalesca*, dove ruoli e la rigida gerarchia manicomiale, quasi militare, sembrano rimescolarsi e annullarsi nel ritmo comunitario della liturgia cattolica. In quell'anno, Tobino confida al proprio diario personale – ad oggi ancora inedito – i dubbi che lo assillano proprio in merito all'organizzazione della processione. Il medico si interroga sugli inviti da inoltrare, se estenderli anche ai pensionati dell'istituto e, soprattutto, a quali tra gli ex infermieri farli pervenire. Scrive Tobino:

> Tra i vecchi infermieri ho curato che fosse invitato anche il famoso squadrista Vittorio Marlia, ispettore al manicomio con il regime fascista e che alla Liberazione che [sic!] fu espulso come si scaccia una strega obbrobriosa, alla quale però si è creduto, alle sue parole detto di sì. Ho curato anche che gli riferiscano che se viene alla festa io provvederò che sia considerato come gli altri, nessuna distinzione. Voglio che sappia che io l'ho giudicato e fu un uomo generoso, se però fu per un furore cattolico di cui lui era schiavo, per nulla assolutamente nulla profittatore[1]

L'invito di Tobino a Marlia è, infatti, un gesto controverso, destinato a suscitare scalpore. Un atto che poteva facilmente essere frainteso sia dai suoi ex ed attuali colleghi e collaboratori sia dal resto della comunità dell'Oltreserchio. Un gesto sul quale Tobino stesso tornerà a riflettere mesi dopo, quasi a

[1] AdFMT, Quaderno del manicomio, libro 5, 10-5-56/15-6-56 (c. 15).

suggerire una *excusatio* che forse gli fu richiesta, e di cui oggi, però, non abbiamo traccia:

> Il vice-ispettore […] deve essere Giulio Vannucci, buonissimo, sposato senza figli, innamorato dell'Ospedale, che è la sua più dolce, umana e civile vita. Il consiglio sanitario mi darà ragione, se non me la darà lo farò nominare lo stesso, sia o non sia egli democristiano (Nelle cose dell'Istituto ignoro la politica, scelgo i personaggi che meritano. Per la festa del *Corpus Domini* invitai con insistenza il generoso e impulsivo fascista repubblicano Marlia Vittorio, sulla testa del quale c'è il contorno di una corona di spine, ognuna un ago che penetra nella sanguinosa carne di quel periodo)[2].

Questi passi dei *Diari* di Tobino, oltre a suscitare la curiosità del lettore sul motivo dell'imbarazzo narrato, introducono, in realtà, uno dei nodi centrali di questa tesi. Lo scrittore viareggino evoca – senza mai nominarlo esplicitamente – un episodio drammatico legato alla biografia passata dell'ex infermiere Marlia, accennando al tentativo di sanare le fratture interpersonali nate all'interno dell'istituto e, insieme, uno squarcio più intenso nella comunità dell'Oltreserchio. L'invito a Marlia, solo in apparenza un gesto di poco conto, è in realtà l'esito di un processo di lungo periodo, iniziato negli anni Venti e maturato proprio tra le mura del manicomio di Maggiano. Un episodio che anticipa la dimensione cronologica e tematica di questa ricerca: la storia di un istituto che, attraverso i suoi protagonisti, riflette le tensioni e i conflitti della prima metà del Novecento italiano. La "colpa" di Marlia, infatti, è quella di aver guidato la Brigata Nera di Lucca e di aver partecipato alle violenze che insanguinarono la campagna lucchese tra il 1943 e il 1944, fino a essere ritenuto il corresponsabile della fucilazione del direttore medico di Maggiano, Guglielmo Lippi Francesconi, avvenuta per mano nazista il 10 settembre 1944. L'episodio, che segna uno dei momenti più drammatici della guerra civile in Lucchesia – oggi ricordato da una pietra d'inciampo collocata nel gennaio 2021 davanti ai cancelli dell'ex ospedale psichiatrico – si inserisce nel contesto più ampio delle stragi nazifasciste in Toscana, nei mesi del difficile passaggio della Linea Gotica: lo scontro tra *Wehrmacht* e Alleati, i rastrellamenti nazifascisti, la persecuzione e le deportazioni degli ebrei e l'incessante lotta partigiana. Al centro di questa geometria di violenze emerge la questione della violenza contro i civili, vero nodo cruciale della guerra totale. Ma la domanda su come fu possibile che un uomo, al quale l'ispettore degli infermieri Marlia aveva giurato fedeltà solo pochi anni prima, come parte di una rigida catena di comando, potesse uccidere il suo stesso direttore, apre il nucleo degli interrogativi che guidano questa tesi. La risposta va cercata in un intreccio di rapporti di potere interni all'istituto psichiatrico e negli equilibri politico-amministrativi della Lucchesia, che il parossismo di violenza della guerra rende improvvisamente visibili, gettando una luce sulle tensioni profonde che caratterizzano la costruzione del consenso e del potere fascista in zona, così come nella stessa gerarchia manicomiale. I nomi di Marlia e di Lippi Francesconi, insieme a quelli di molti altri protagonisti di questa vicenda, rimandano, dunque, ad una fitta stratificazione di temi che travalicano la storia locale ed aprano a

[2] AdFMT, Quaderno del manicomio, libro 6, 17-6-56/13-7-56 (cc. 13-15).

temi di respiro nazionale: la continuità statuale tra età liberale e regime fascista, la trasformazione del fascismo da movimento a stato, la sua capillare penetrazione nelle istituzioni del territorio. Al centro di questi processi si colloca il tema catalizzatore dell'intera ricerca: le vicende delle figure professionali, degli internati e delle politiche amministrative dell'ospedale psichiatrico di Maggiano. Un campo d'indagine che, a sua volta, si innesta in una più ampia riflessione storiografica su come la psichiatria – scienza ufficialmente istituzionalizzata in Italia solo nel 1871 – si sia rapidamente affermata come uno degli strumenti più efficaci per legittimare progetti politici e sociali fondati su logiche di esclusione e di selezione biologica, razziale e morale. In questa prospettiva, le figure evocate, direttamente e indirettamente, da Tobino e i molti protagonisti della storia di Maggiano si rivelano come ingranaggi di un unico sistema di potere: quello psichiatrico-amministrativo che questa tesi si propone di ricostruire nella sua declinazione "lucchese". Un intreccio inestricabile che, partendo dai padiglioni dell'ospedale, attraversa le relazioni tra infermieri, medici, direttori, amministrazione provinciale e autorità di pubblica sicurezza e si salda ai sistemi di controllo propri dello stato novecentesco. È un dominio che, discendendo dall'alto, si traduce in un esercizio quotidiano per mezzo di una fitta rete di controllo di cui fanno parte molti pezzi della società: i familiari dei ricoverati, le questure, i prefetti, i medici condotti, i tribunali e, alla fine di questa filiera amministrativa deputata alla gestione della follia, gli psichiatri. Insomma, un dialogo che parla molte voci, ognuna delle quali deve essere ascoltata e contestualizzata su diversi livelli di interpretazione per comprenderne il ruolo e le aspettative. Sul fondo di questa rete di potere si staglia l'altra faccia della pratica psichiatrica, ovvero la costruzione dell'immagine sociale della follia. La tesi si interroga su come si siano formate e radicate le rappresentazioni sociali e culturali dei "folli", dei "degenerati" e degli "anormali", quali pregiudizi e dispositivi narrativi le abbiano alimentate e quali domande di rassicurazione o di ordine sociale abbiano soddisfatto le risposte a questo problema. In altre parole, su come la psichiatria, intesa come strumento tecnico-giuridico nelle mani del potere, si sia affinata nel tempo elaborando teorie e pratiche di dominio sulle vite dei soggetti considerati devianti: folli, dementi, idioti, paranoici, isteriche. Anche perché, al di là delle differenze diagnostiche, il trattamento resta lo stesso per tutti, fondato su tre direttrici fondamentali: allontanare, rinchiudere e disciplinare. Tutto questo mondo di casistica clinica è infatti sussunto nella medesima formula giuridica della «pericolosità a sé e agli altri» e del «pubblico scandalo», le due fattispecie che, secondo la legge n. 36 del 1904 – rimasta in vigore fino al 1978 – giustificano l'internamento manicomiale. Non sorprende, quindi, che la psichiatria, una disciplina che ha conosciuto la propria *âge d'or* nella seconda metà dell'Ottocento e in età liberale, attraversi pressoché indenne gli shock storici del Novecento, adattandosi ai mutamenti di regime senza mutare la propria funzione: quella di strumento disciplinare, funzionale al controllo e alla normalizzazione degli anormali. Come vedremo nel corso della tesi, la sua resilienza deriva proprio dalla sua capacità di rispecchiare le diverse forme di

statualità nazionale, facendosi dispositivo di gestione dei conflitti interni e di regolazione sociale, uno "sfogatoio" istituzionalizzato delle tensioni collettive. Da qui emerge la persistenza di un paradigma repressivo nella gestione della salute mentale e l'unanime consenso che, oltre le discontinuità politiche, ne ha sostenuto la legittimità. Resta tuttavia da chiedersi: *pericolosi* e *scandalosi* per chi? Una domanda alla quale si può rispondere solo tornando alle fonti primarie: le carte dei singoli internamenti, le relazioni di polizia, le perizie mediche, le lettere dei familiari e, soprattutto, le tracce lasciate dagli internati nelle loro cartelle cliniche. È in questo intreccio tra classificazioni "dall'alto" e parole "dal basso" che si coglie come la nozione di pericolosità si costruisca di volta in volta, incrociando paure collettive, norme morali, conflitti familiari, ruoli di genere e forme di disciplinamento sociale. Il caso di Maggiano si colloca dunque al centro di una lettura pluriprospettica, che rifiuta un punto di vista unico e unilaterale. Un *crossroad* storiografico dove convergono e si intersecano i principali assi tematici della tesi. Il presente studio – il primo che si occupa in maniera sistematica della storia della prima metà del Novecento dell'istituto psichiatrico di Lucca[3] - si muove proprio su questo crocevia, collocando Maggiano all'intersezione di cerchi storiografici talvolta concentrici, talvolta secanti: da un lato, la costruzione dello stato e l'uso dei manicomi come strumenti di controllo e di esclusione degli "anormali"; dall'altro, il rapporto tra classi dominanti e classi subalterne, tra modelli di psichiatria e pratiche di potere, tra scienza e gestione politica della devianza. A questi si aggiungono la nascita e la formazione della categoria professionale degli psichiatri e il modo in cui essa si incastona nel cuore di un più ampio processo di selezione dei soggetti sociali. Nodi storiografici che, una volta enunciati, meritano, adesso, di essere sviluppati nei suoi assi principali e più permeanti per delineare la cornice all'interno della quale si muove questa tesi.

Discende da qui il primo asse della presente ricerca, che definisce la dimensione geografica della tesi e ne orienta l'impianto metodologico: quella di una storia locale che indaga fenomeni di "piccolo cabotaggio" – come la costruzione del consenso al regime e le dinamiche di assorbimento di una piccola realtà territoriale all'interno delle complessità amministrative di una grande istituzione. Lo sfondo umano, antropologico e sociale su cui si innesta il manicomio è quello di una comunità con una propria identità storica, economica e culturale. Studiare il caso di Maggiano significa, infatti, condurre un'indagine in scala ridotta: una microstoria lucchese che riflette, in forma concentrata, i grandi processi della storia nazionale. Il manicomio, pur internando soggetti provenienti dalle

[3] Un lavoro analogo su Maggiano è stato condotto da Renzo Sabbatini che, curando una raccolta di contributi di più autori, ha ricostruito le origini dell'istituzione lucchese dal XVIII secolo fino al 1808 (*Dal monastero allo spedale de' pazzi. Fregionaia da metà Settecento al 1808*, Roma, Donzelli, 2012). Di più recente pubblicazione è invece il volume di Giovanni Contini e Marco Natalizi, *Maggiano. Gli anni del cambiamento. 1958-1968* (Lucca, Pacini Fazzi, 2020), dedicato alla stagione della socioterapia sotto la direzione di Domenico Gherarducci, che si avvale degli strumenti della storia orale attraverso una serie di interviste a infermieri e medici. Resta tuttavia ancora in gran parte silente la storia dell'istituto di Fregionaia nella prima metà del Novecento, lacuna che questa tesi si propone di colmare.

marginalità sociali del territorio provinciale, fa emergere, tuttavia, problemi e tensioni che rimandano a nodi strutturali dell'Italia contemporanea: la costruzione dello stato, il controllo dell'ordine pubblico, la repressione e il contenimento delle fasce percepite come turbolente e pericolose per la sicurezza nazionale. Il rischio di una narrazione confinata alle «venti case d'argilla e di canna selvatica»[4] di una piccola comunità è reale, tuttavia, gli eventi che si sviluppano a Maggiano travalicano l'aneddotica, intrecciandosi con le più ampie dinamiche politiche e istituzionali del paese. La stessa esistenza dell'istituto impone, infatti, una prospettiva di rilievo nazionale, per il continuo dialogo con soggetti istituzionali nazionali per le funzioni di controllo che lo stato affida ai manicomi. Maggiano incarna così una duplice natura – locale e nazionale – che va oltre le sue stesse funzioni, è al tempo stesso istituto psichiatrico e cuore della microcomunità che lo circonda e anche un centro di organizzazione statale in un'area povera di servizi, come quella dell'Oltreserchio, scandita dai ritmi di un'economia agricola di piccola scala. E in questo territorio marginalmente toccato dall'industrializzazione, il lavoro manicomiale e assistenziale costituisce l'unica forma di occupazione collettiva, una forma di ricchezza che la comunità custodisce gelosamente, offrendo ai contadini un'occasione di mobilità sociale e un contatto diretto con la modernità. La psichiatria, espressione della scienza di stato e parte integrante del più ampio processo di irreggimentazione della società industriale, trasforma il manicomio in una vera e propria «officina della follia»[5] sia per quanto riguarda i numeri degli internamenti sia per quanto concernono i numeri della forza lavoro occupata. Da questo *milieu* culturale e sociale, infatti, provengono quelle risorse materiali e quelle biografie che occupano i ranghi delle gerarchie inferiori dell'istituto e che lo caratterizzano: manovalanza locale le cui storie si sovrappongono immancabilmente con le dinamiche politiche e organizzative del territorio. Non mancano figure legate, ad esempio, al fascio locale, che utilizzano il lavoro manicomiale come strumento di avanzamento politico e viceversa. La storia dei venti anni presi in considerazione di Maggiano si presenta così come un nodo in cui istituzione e territorio si plasmano reciprocamente in un rapporto di scambio continuo, osmotico e che non conoscerà interruzioni. È un laboratorio specifico, dove il "vetrino" locale consente di sezionare un frammento denso della storia nazionale, nel quale si riflettono le prerogative fondamentali dello stato moderno, osservate da vicino. La comunità è dunque protagonista e lo resterà ancora nel 1943, quando vedrà esplodere la violenza della guerra civile. Una violenza che affonda le proprie radici nelle vicende belliche, ma che trova energie e significati simbolici nuovi proprio all'interno delle stesse maglie della società dell'Oltreserchio. È qui che devono essere indagate le modalità di trasmissione del potere, le "cinghie di comando" che, dal vertice tedesco e dal fascismo repubblicano di Salò, si articolano verso il basso per mezzo dei comandi di divisione, dei federali fascisti e dell'organizzazione militare incaricata di

4 G. Garcia Marquez, *Cent'anni di solitudine* [ed. Milano, Oscar Mondadori, 2009] p. 1.

5 La citazione è all'opera *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra 1888-1978* (2011) di Vinzia Fiorino.

presidiare il territorio. È da questa rete che le capacità logistico-militare degli occupanti tedeschi estraggono risorse e consenso, ma, allo stesso tempo, è sempre osservando questa rete che vi si riflette il dramma umano di una convivenza impossibile tra civili e nuclei armati che seminano morte e devastazione. I protagonisti di questa parentesi di violenza – come Marlia e molti altri – nascono dentro la comunità, intimamente la conoscono, da questa provengono e su di essa si rivalgono con violenza, minacciando e colpendo quando percepiscono vacillare il proprio potere e la base del proprio consenso. Anche in questo caso si replica quel rapporto osmotico già menzionato, nel quale la storia locale di un piccolo frammento di territorio trova senso solo all'interno di una cornice più vasta, che non si esaurisce nei confini di cascinali e campagne, ma diventa un laboratorio e al tempo stesso termometro dell'andamento della guerra: la caduta e la dissoluzione del fascismo, l'occupazione tedesca, la fuga dei fascisti e dei nazisti. E ancora: l'arrivo degli Alleati, le prime epurazioni, le mancate punizioni e la frustrazione per gli impuniti che chiudono la vicenda, restituendo la misura di una storia che trova senso altrove, ma le cui radici – nomi, volti e biografie – affondano saldamente tra le mura del manicomio e nei campi dell'Oltreserchio.

Il secondo asse della ricerca attorno al quale si sviluppa la storia di Maggiano riguarda la storia della psichiatria e della pratica psichiatrica in Italia. Questo campo d'indagine conduce al cuore di una riflessione di lungo periodo sulla storiografia psichiatrica e apre la questione metodologica che colloca la presente tesi nel solco di un dibattito già consolidato, articolato attorno ad almeno tre nodi fondamentali: i metodi e i modi d'indagine nella storia della psichiatria; la natura e la qualità delle fonti e dei materiali bibliografici; i soggetti che di questa storia hanno scritto, con quali obiettivi e attraverso quali prospettive interpretative lo hanno fatto. La tesi si propone, dunque, di indagare la storia di una branca della scienza medica, ponendosi fin dall'inizio il problema dei limiti e delle possibilità di un approccio storico a essa, nel complesso equilibrio che la "storiografia psichiatrica" deve mantenere «tra l'arbitrio e l'abuso dell'*a priori*»[6]. Va da subito chiarito che non si tratta di una tesi di psichiatria, né di un giudizio sulle sue categorie nosologiche o sulla validità delle sue teorie neurologiche o sulla genesi e veridicità della "follia" come fattore neurologico, sociale o culturale – in effetti quella della "follia" è «una realtà per certi versi più visibile che enunciabile» -[7], essa parte, piuttosto, dall'assunto che ogni fatto umano è storicizzabile e che, in quanto tale, anche la scienza, le sue pratiche e le sue forme di applicazione debbano essere comprese nel loro contesto storico, sociale e politico. L'applicazione della scienza, le sue pratiche e le forme attraverso cui ha rifratto ideologie e modelli di organizzazione statale non sono mai elementi neutrali: partecipano alla costruzione della

[6] G. Lanteri-Laura, *Sul modo di fare storia in medicina e in psichiatria*, in «Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900», Milano, Università Cattolica, 1989, p. 33.

[7] V. P. Babini, E. Montanari, *L'ospedale e la malattia mentale nel Sei-Settecento*, in *Dal monastero allo spedale dei pazzi*, a cura di Renzo Sabbatini, Roma, Donzelli, 2012, p. 67.

società e delle sue forme organizzative, ne sono parte costitutiva e per questa ragione sono criticabili a livello storiografico. Riassume bene questo punto di vista l'epistemologo francese Georges Canguilhem che, nel 1977, in *Idéologie et rationalité*, affronta il tema della storicità della scienza – in questo caso della psichiatria – e della destrutturazione ideologica del modello medico-assistenziale positivista, affermando che «l'oggetto del discorso storico è, in effetti, la storicità del discorso scientifico».[8] Si tratta di una condizione metodologica tutt'altro che ovvia, poiché richiede di distinguere ciò che può essere ricondotto a un vero studio storico, cioè, sottoposto alla critica della storia. Riconoscere la storicità della scienza significa, in questo senso, superare definitivamente il paradigma storiografico di impianto euristico-teleologico, assunto come modello epistemologico da gran parte della storiografia fino agli anni Ottanta del Novecento. Questo modello – di matrice positivista o, più precisamente, storicista – «che vorrebbe definire la logica necessaria di un progresso»[9], riconosceva alla scienza un'immanenza positiva da svolgere secondo una serie di tappe disvelatrici.

Al contrario, l'analisi delle sue implicazioni pratiche e culturali, e in particolare di una disciplina di confine come la psichiatria – nella quale il dato politico-legislativo, la sensibilità culturale e i discorsi di autoriflessione sociale determinano la sua stessa applicazione – mostra come la sua storia sia costantemente segnata da errori, mutamenti di paradigma, regressioni, passi indietro e ammissioni di colpa. È un campo di tensione permanente, dove l'errore e la correzione costituiscono parte integrante del processo conoscitivo. Lo ricordava già, nel 1910, lo psichiatra e storico della psicopatologia francese Armand Marie, nel suo monumentale *Traité de psychopathologie*: «L'histoire rend manifestes nos erreurs […] L'histoire, je le répète, nous rend modestes et fait entrer en nous la persuasion, que l'erreur est loin d'être une exception»[10]. Il metodo seguito in questa ricerca si fonda dunque sulla ricostruzione culturale, volta a sciogliere il dispositivo psichiatrico nelle sue pratiche concrete, nei suoi atteggiamenti e aspetti meno normati e più abituali. L'indagine si concentra sul cuore della storia manicomiale: il sistema dell'internamento nella sua dimensione materiale e sociale. Esplorare la psichiatria nella sua materializzazione concreta – il suo dispiegarsi nei manicomi - significa immergersi nella vita degli infermieri, nelle convinzioni culturali e deontologiche degli psichiatri stessi, nelle dinamiche delle corsie e delle camerate, nei meccanismi di attivazione degli internamenti, nella vastità della rete psichiatrica extra-manicomiale. Significa, infine, leggere alla

---

8 La citazione di G. Cangulheim, *Ideologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie,* Vrin, Paris, 1977, pp. 17-18; cfr. anche Lanteri-Laura, *Sul modo di fare storia in medicina e in psichiatria*, in Filippo Maria Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Università Cattolica, 1989, p. 38.

9 F. M. Ferro, *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, op. cit., 1989, p. 17.

10 A. A. Marie, *Traité International de Psychologie Pathologique: Psychopathologie générale.- t. 2. Psychopathologie clinique,* t. 3. Psychopathologie appliquée, Paris, Alcan, 1910, p. 33.

luce delle tensioni sociali della prima metà del Novecento le voci dei familiari, delle autorità di polizia e, talvolta, degli stessi internati che attorno al tema dell'internamento ragionano e conversano. In questo tentativo di ricomporre il quadro generale, la tesi mira a cogliere il *proprium* dei dispositivi politici che si celano dietro la tecnica scientifica: progetti di repressione, irrigidimento e disciplinamento sociale. È in questa prospettiva che si colloca la presente storia della psichiatria, orientata a superare quella «astoricità dei fini» – tipica della scienza – attraverso la «storicità dei mezzi», come scriveva Ferruccio Giacanelli nel 1975 nei suoi *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, premessa al lavoro di Klaus Dörner *Il borghese e il folle*.[11]: La psichiatria e la sua storia diventano così un campo di studi tanto vasto quanto è grande il numero dei soggetti coinvolti nel meccanismo dell'internamento, ognuno dei quali portatore di un proprio piano di significato storico e umano. È un approccio che richiama l'immagine dell'"orco" di Marc Bloch, nella ricerca di ciò che è concretamente umano e materiale, e che restituisce vita e storicità ai protagonisti di questa vicenda – soprattutto agli internati – «nel loro essere individuale e sociale».[12]. La questione del metodo rinvia immediatamente al tema dei materiali e delle fonti della ricerca. La premessa metodologica è essenziale: nell'analisi delle fonti emerge quanto sia difficile, talvolta, confrontarsi con narrazioni radicalmente diverse, spesso inconciliabili, tra chi opera l'internamento e chi lo subisce. Una discrasia che solo la contestualizzazione storica generale e l'uso di filtri interpretativi multipli consente di ricomporre, restituendo complessità - lontana dalle oleografie unidirezionali - al tema psichiatrico. I

---

11 K. Dörner, *Il Borghese e il Folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma, Laterza, 1975, pp. X-XI. Tuttavia, la tendenza alla *destorificazione* – per usare una categoria di Ernesto De Martino – è un *clinamen* che la storiografia sembra recepire indirettamente dalla stessa psichiatria attraverso il piano della sineddoche che lega la materia 'studiata' con la materia 'che studia'. Nella pratica psichiatrica, infatti, il problema della «astoricità dei fini» è tutt'altro che un tema secondario, anzi, potremmo senza dubbio affermare che è il tema che più degli altri ha trattenuto al tavolo del confronto psichiatri e sociologi e che, per certi versi, risulta essere un carattere preliminare, strutturante e fondativo della disciplina stessa, almeno di quella di impianto frenologico e *organicista,* egemone nel campo della psichiatria dalla metà dell'Ottocento fino alla seconda metà del Novecento e tramontata solo con l'affermarsi della scuola psicanalitica e sociologica. Andare a ricercare in un caso di affezione mentale il sostrato anatomo-patologico che la genera, significa sussumere la malattia stessa in uno schema nosografico di per sé generale e unitario che rischia di espungere, dal campo della anamnesi personale, la dimensione propriamente quotidiana e storica del soggetto interessato. Il tema della tensione di fondo tra l'astrazione teorica della neuropatologia e il sostrato umano che accoglie la malattia mentale, è oggetto di una splendida riflessione che Giovanni Jervis, uno tra i più innovativi e prolifici studiosi nel campo della ricerca psichiatrica del XX secolo, che pone al centro della sua introduzione alla seconda edizione italiana (1965) della voluminosa opera di August Hollingshead e Fredrick Redlich dal titolo *Classi sociali e malattie mentali.* Lo psichiatra fiorentino, interrogando la dimensione di inter-relazionalità tra storicità e accadimenti biologici che innervano i disturbi mentali, arriva ad una summa teorica fondamentale per gli studi sulla materia. Secondo Jervis se è vero che il «disturbo mentale vive di pensieri, azioni, valori che appartengono sempre alla cultura del gruppo» e quindi alla "storicità" del paziente, è altrettanto vero che il disturbo mentale risponde «alla relativa fissità delle strutture neurologiche e istintuali dell'uomo, e si impone quindi all'ambiente con le caratteristiche essenzialmente ripetitive e astoriche dell'accadimento biologico». Problematizza questo rapporto e lo affronta nei suoi risvolti più intimi una scienza mista che recupera gli approcci della psicologia e della psichiatria sociale, riscoprendo, nell'«irruzione del biologico» lo sfondo di un ambiente storico e umano da cui non si può prescindere: «L'esperienza delirante partecipa a due mondi inscindibilmente compresenti: al mondo storico, per cui il malato esperisce l'ambiente e agisce seguendo una continuità di significati che gli permette, anche se in modo mediato, di essere sempre partecipe al vivere psicologico dei sani; e, al contrario, al mondo biologico dove la malattia è solo corpo estraneo, disordine, discontinuità, rischio di disgregazione totale, assenza di significato, puro ostacolo alla partecipazione al mondo dei valori» (B. Hollingshead – F. C. Redlich, *Classi sociali e malattie mentali,* Torino, Giulio Einaudi, 1965, p. XVI).

12 F. Basaglia - F. Fornari, *La violenza*, Firenze, Dell'Acqua, 1978, p. 37.

primi materiali di studio sono costituiti dai bollettini scientifici e dalle pubblicazioni degli psichiatri dell'epoca: un'ampia messe di articoli, saggi e volumi che riflettono l'"unilateralità" del loro pensiero, profondamente convinti della propria missione, della funzione sociale della psichiatria e del ruolo di garanzia dell'ordine pubblico affidato alla loro disciplina. Questa convinzione traspare anche nella documentazione amministrativa prodotta dalle istituzioni: carte che regolano, ridefiniscono o criticano aspetti gestionali e terapeutici del sistema manicomiale, ma che non ne mettono mai in discussione la legittimità di fondo. Le discussioni si concentrano infatti su questioni cliniche, neurologiche o psicologiche, o sulla necessità di "umanizzare" la contenzione, senza mai scalfire la funzione primaria del manicomio che è quella di separare, controllare e normalizzare. Accanto a questo primo nucleo di fonti, esistono materiali di natura diversa – pur sempre redatti da medici o da autorità pubbliche – che si collocano al cuore della pratica concreta dell'internamento. Si tratta delle cartelle cliniche e degli atti amministrativi relativi ai ricoveri. Documenti che, pur "degradando" dal piano teorico a quello pratico, permettono di osservare da vicino la vita delle persone internate. In essi affiorano frammenti di biografie, tracce di voci familiari, riflessi di esperienze individuali ridotte a formule diagnostiche o a brevi dialoghi trascritti. Proprio questi testi consentono, tuttavia, di leggere tra le righe, di confrontare i racconti e di reinserire le vicende dei reclusi in un contesto più movimentato, sfumato e vivo, capace di restituire senso alle parole e ai vissuti di chi subisce il processo di esclusione. Sono soprattutto i materiali "minori" – per "statuto" marginali, ma densissimi sul piano umano e centrali dal punto di vista sociale – a permettere di cogliere le implicazioni storiche, politiche e culturali dei meccanismi di internamento e le loro risonanze nella società. L'approccio seguito si ispira a ciò che Michel Foucault definisce come "negazione degli universali": una maieutica negativa che rifiuta di partire da concetti astratti, da premesse cristallizzate o convinzioni apodittiche per stabilire, piuttosto, «quale storia si può fare»[13] della psichiatria. Un ulteriore nodo metodologico riguarda infine la riflessione sulla produzione storiografica già esistente e sul rischio, sempre presente, di una deriva agiografica: una narrazione celebrativa delle biografie degli scienziati o della storia istituzionale dei singoli manicomi, di "grandi" uomini e di "bei" manicomi. Come osserva Matteo Fiorani nella sua *Bibliografia di storia della psichiatria italiana*, la disciplina è attraversata da una pluralità di sguardi, poiché «non vi si avvicinano soltanto gli storici di professione, ma vari soggetti».[14] Tra questi, un ruolo predominante è stato occupato dagli psichiatri-storici che, nel raccontare la propria disciplina, hanno spesso trascurato di riconoscere gli innesti metodologici di matrice positivista alla base delle loro interpretazioni. Ferruccio Giacanelli ha colto con lucidità questo rischio, osservando che «le pubblicazioni disponibili riguardano pressoché esclusivamente la

[13] M. Foucault, *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Milano, Feltrinelli, 2023, p.15.
[14] M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze, Firenze University Press, 2010, p. 15.

celebrazione della fondazione di singoli ospedali o della figura di psichiatri importanti, e quindi rappresentano tutt'al più fonti documentarie, peraltro viziate quasi tutte dall'intento agiografico».[15]. Molti dei primi studiosi tra gli anni Settanta e Ottanta - sulla scorta del dibattito scaturito in Italia in occasione prima della legge Mariotti n. 431 del 1968 e poi della legge Orsini n. 180 del 1978 - che hanno aperto la strada a una storiografia psichiatrica – per citare alcuni esempi, Ferruccio Giacanelli, Giovanni Jervis e Filippo Maria Ferro in Italia, Franz Alexander e Gregory Zilboorg a livello internazionale – sono stati essi stessi psichiatri. In parte perché direttamente coinvolti nel campo di studio, ma anche perché, per ragioni accademiche e di carriera, sono stati a lungo i soli a potersi dedicare a tali ricerche. La storiografia generale, infatti, non ha incoraggiato a coltivare temi legati alla psichiatria, «per motivi di opportunità accademica che non spingono l'indagine storica verso questi soggetti» [16]. Questa fase trova per certi versi il culmine nel 1989 quando, sotto la cura di Filippo Maria Ferro, vengono pubblicati gli atti del congresso *Passioni della mente e della storia*, tenutosi nel 1986 presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica. L'opera, ampia e articolata, costituisce una prima, larga e generale ricognizione sullo stato della ricerca storica sulla psichiatria in Italia, affrontando temi che spaziano dalle normative sanitarie alla costruzione del sapere medico, fino alle prospettive future della disciplina. Tuttavia, è solo negli anni Novanta che la storiografia psichiatrica italiana conosce una vera svolta, con l'affermarsi di approcci capaci di superare i paradigmi tradizionali. Un momento di snodo decisivo è rappresentato dalla pubblicazione, nel 1991, del volume di Antonio Gibelli *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, che introduce un nuovo sguardo sulla psichiatria come lente interpretativa attraverso cui leggere la soggettività traumatizzata dei soldati. È in questa fase che il tema della malattia mentale comincia ad essere affrontato da storici di professione, rompendo il monopolio interpretativo fino ad allora detenuto dagli psichiatri-storici. L'analisi delle cartelle cliniche e delle testimonianze dirette consente così di storicizzare la follia, restituendo voce e identità ai soggetti fino a quel momento relegati nell'anonimato manicomiale e rivelando un *continuum* tra pratiche belliche e manicomiali. Agli inizi degli anni Duemila, complice l'apertura degli archivi psichiatrici – molti dei quali versati agli archivi di stato solo dopo il 1999, con la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici disposta dal decreto legislativo 229/1999 dell'allora ministra Bindi – la ricerca storica si rinnova radicalmente. In questo clima si colloca il lavoro di Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi* (2002), che, attraverso lo studio delle cartelle cliniche dell'Ospedale Santa Maria della Pietà di Roma, indaga le dinamiche di internamento fra Otto e Novecento, spostando l'attenzione dal paradigma del controllo sociale ai processi di medicalizzazione della follia. Parallelamente, nell'ambiente torinese, si sviluppano nuovi indirizzi di ricerca che adottano

15 K. Dörner, *Il Borghese e il Folle*, op. cit., pp. X-XI.

16 P. Guarnieri, *La storia della psichiatra. Un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olschki, 1991, pp. 13-14

metodologie più ampie e interdisciplinari. Il fascicolo curato da Cassata e Moraglio nel 2003 rappresenta un punto di riferimento di questa stagione, offrendo una sintesi delle nuove linee interpretative e approfondendo temi cruciali quali le legislazioni psichiatriche, il rapporto fra fascismo e igiene mentale, le politiche di esclusione e la psichiatria nel secondo dopoguerra.[17] Molti di questi studi partono da casi di singoli istituti psichiatrici per dare, poi, profondità alla ricerca ricollegandone i casi ai nodi storiografici centrali dell'Italia del Novecento.[18] La svolta storiografica tra gli anni Novanta e Duemila, segnata dalla rottura del paradigma storicistico e dal confronto serrato tra la storia della psichiatria e i diversi altri temi e focus storiografici che con essa dialogano, rappresenta uno dei principali punti di riferimento analitici cui si ispira questa tesi. Tale prospettiva intende mettere in luce le zone di confine, le intersezioni e le sfumature che attenuano la compartimentazione dei saperi.

Ed è proprio nel solco di questi studi che si inserisce un ulteriore livello interpretativo, quello di una storia sociale della psichiatria, che interroga il primo e più silenzioso soggetto della pratica psichiatrica, ovvero coloro su cui essa si esercita, gli internati e le internate negli istituti, sui quali gli psichiatri hanno edificato il proprio "discorso" disciplinare. Infatti, sul fondo di questa analisi - uno sfondo qui inteso non come semplice *mise en scène*, ma come spazio centrale e di senso – si colloca la riflessione su come, nel tempo, si sia costruito e mantenuto con straordinaria continuità amministrativa il potere dello stato e di una classe dirigente che ha esercitato la propria autorità sulla sofferenza e sui corpi di coloro ai quali la psichiatria si è rivolta: gli "anormali", i folli, i pazzi, i matti. Il *focus* di un *case study* come Maggiano rende possibile scendere nel particolare delle biografie manicomiali, di scavare nelle contraddizioni profonde tra due tensioni opposte: da un lato una legge che, di fatto, è una legge di polizia, al servizio dell'ordine pubblico; dall'altro la pretesa di un servizio che si definisce igienico-sanitario. Un paradigma che fa delle biografie degli internati - i primi a sperimentare in prima persona la propria subalternità e gli ultimi a poterne parlare - la somma e

---

17 Cfr. M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze, Firenze University Press, 2010, pp. 24-27.

18 A partire dai primi anni Duemila si è consolidato un filone di ricerca incentrato sulla storia dei singoli istituti manicomiali, inaugurato dall'opera di Vinzia Fiorino, la cui indagine sull'ospedale psichiatrico *Santa Maria della Pietà* di Roma tra XIX e XX secolo (*Matti, indemoniati e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, 2002) ha segnato una svolta metodologica, e da Andrea Scartabellati, che nello studio sull'istituto di Cremona (*L'umanità inutile. La "questione follia" in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del Manicomio provinciale di Cremona*, 2001) apre la narrazione con un ampio preambolo di inquadramento storiografico sulla psichiatria tra Otto e Novecento. Dal 2010 in poi, questo filone ha conosciuto un notevole sviluppo, con analisi storiche che hanno restituito una fotografia complessa di veri e propri microcosmi istituzionali, in cui si intrecciano forze di sicurezza e ospedali psichiatrici, amministrazioni pubbliche e direzioni mediche, strutture parrocchiali e sistemi di controllo dell'igiene mentale, medici condotti e autorità giudiziarie. In questo contesto, Fiorino ha inoltre analizzato il frenocomio di Volterra (*Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra 1888-1978*, 2011). Altri studi rilevanti includono l'analisi di Paolo Giovannini sul manicomio *San Benedetto* di Pesaro (*Un manicomio di provincia. Il San Benedetto di Pesaro 1829-1918*, 2017), quella di Annacarla Valeriano sul manicomio di Teramo (*Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo 1880-1931*, 2014), e le ricerche di Fabio Milazzo sull'istituto di Racconigi (*«Una casa di custodia pei pazzi pericolosi della provincia». Storia del manicomio di Racconigi dalle origini al fascismo 1871-1930*, 2019) e su quello di Girifalco (*I demoni del Mezzogiorno. Follia, pregiudizio e marginalità nel manicomio di Girifalco 1881-1921*, 2018). Infine, Matteo Banzola ha approfondito il caso dell'ospedale psichiatrico di Imola (*Il manicomio modello. Il caso imolese. Storia dell'Ospedale psichiatrico 1804-1904*, 2015).

l'intreccio di parole, carte, relazioni e certificati scritti "sopra" di essi: documenti prodotti da preture, questure, tribunali e medici, sui quali si deposita infine il peso delle pregiudiziali culturali, sociali e politiche e delle diseguaglianze economiche che determinano i casi di internamento. Ai "matti" resta solo qualche spiraglio filtrato nelle loro cartelle cliniche. Questa ricerca è, quindi, anche la storia delle vittime di una dinamica coercitiva incardinata in un progetto di "bonifica sociale": per la maggior parte si parla di vite segnate da fragilità che la società ha spinto fino al punto di rottura, esistenze schiantate dal lavoro nei campi, dalla miseria, dalle dinamiche di vite confinate negli spazi domestici, dall'ignoranza e dall'isolamento, dalla impossibilità di denunciare la propria condizione dall'incapacità di poterla esprimere. È la storia delle vite di "serie B", degli "imbecilli", degli "idioti", di coloro che non hanno avuto voce per raccontare e raccontarsi. È la storia di un incontro asimmetrico con il potere: di chi lega, dispone, interna, e di chi subisce - con inconsapevolezza, o con una dolorosa e passiva coscienza di sé. Un approfondimento sugli eventi di Maggiano, ma che in realtà racconta di uno scorcio di "sostrato umano" che, a latitudini differenti e in tempi diversi, al confronto con il potere psichiatrico, si è ripetuto simile nei comportamenti, in maniera quasi modulare, replicando gli stessi temi, riverberando le solite parole, trovando conforto nelle medesime immagini, figure e gesti e adottando le solite strategie di sopravvivenza - un po' di tenerezza verso sé stessi, una preghiera alla madre, un senso di colpa che possa valere da attenuante e il senso di disagio provato di fronte all'insondabilità del pensiero dello psichiatra che siede di fronte. A questo proposito valga un esempio: due testi molto distanti, prodotti in occasioni differenti, possono sembrare, in realtà, figli della stessa emozione, della stessa lingua del dolore, di quella che Tobino definisce un «universale parlare»[19]. Nel *Racconto di un pazzo* (1835), lo scrittore russo Nikolaij Gogol narra la vicenda di Aksentij Ivanovič Popriščin, un piccolo burocrate dello zar che, travolto da un delirio di onnipotenza, si convince di essere divenuto "imperatore di Spagna" e registra ogni cosa con cristallina coerenza nel suo diario personale. Tuttavia, Popriščin finisce rinchiuso in manicomio e, di fronte a quelli che egli crede essere "inquisitori spagnoli" - gli infermieri e i medici dell'istituto - chiude il suo diario con un'invocazione di tenerezza e di dolore:

> No, io non ho più forza di sopportare. Dio mio! Cosa mi fanno? Mi versano in testa acqua fredda! Non capiscono, non vedono, non mi ascoltano. Cosa gli ho fatto? Perché mi tormentano? Cosa vogliono da me, poverino? Cosa posso dargli? Non ho niente. Non posso sopportare tutte le loro torture, mi brucia la testa e mi gira tutto davanti agli occhi. Salvatemi! Prendetemi! […] è mia mamma che sta alla finestra? Mamma, salva il tuo povero figlio! Fa' cadere una lacrima sulla sua testolina malata! Guarda come lo tormentano! Stringi al petto questo povero orfano! Non c'è posto per lui al mondo! Lo cacciano! Mammina! Abbi pietà del tuo figlioletto malato […][20]

Più di un secolo dopo, Olga[21] - internata a Maggiano come soggetto "pericoloso" e "antisociale", nel

19 M. Tobino, Le libere donne di Magliano, Milano, Mondadori, 2020, p 75.
20 N. Gogol' (a cura di Paolo Nori), Racconti di Pietroburgo, Marcos Y Marcos, Milano, 2018, pp. 285-286.
21 ASLu, OP, *Cartelle cliniche*, fald. 335, n. 213.

contesto di una perizia giudiziaria legata a un processo che la vede accusata d'essere una falsaria, un caso che giunge perfino sulle pagine del *Corriere della Sera*[22] del 10 marzo del 1926- scrive, in una lettera indirizzata a una suora conosciuta durante una precedente degenza a Firenze, che:

> Sono in questo ospedale da qualche giorno: ignoro quasi il vero motivo… e comincio a dubitare che non si tratti di una perizia ma di ben altro. Mi prende forte la disperazione, cagionata dalle incessanti peripezie della mia dolorosa esistenza. Sento la vita sfuggirmi a poco a poco – una grande lucidità di pensiero e una tenace presenza di me stessa rendono cosciente la mia prolungata agonia. Non ho più speranze di rinascita – e così come sono mi abbandono al mio crudo destino. È stata una grande illusione la mia. Io non sono nata per odiare come qualcuno merita – è proprio impossibile!

Lo stesso perdono verso il mondo, lo stesso dolore, la stessa paura di fronte a un potere che non si comprende. «Che cosa vogliono da me?», sembra chiedere Olga - come Popriščin, un secolo prima.

Il quarto asse di sviluppo di questa tesi riguarda la storia di Maggiano letta attraverso la storia delle istituzioni: un filtro d'analisi che indaga l'incardinamento del manicomio nel cuore del processo di formazione dello stato moderno e della sua capacità di legittimarsi attraverso il potere di intervenire, disciplinare e disporre della propria popolazione. La storia del manicomio di Maggiano è, in primo luogo, la storia di un'istituzione: una macchina amministrativa complessa, dotata di una funzione di regolazione sociale e di un ruolo centrale nei processi di costruzione della statualità. Come altre istituzioni totali, esso si configura come luogo di assorbimento delle tensioni interne allo stato, spazio di contenimento delle devianze e di riaffermazione del potere pubblico attraverso la gestione del controllo. Raccontare la storia di un luogo in cui sono stati internati coloro che non potevano più vivere "come gli altri" – per decisione del legislatore, della pubblica sicurezza o dei tribunali – significa indagare i meccanismi attraverso cui lo stato moderno ha selezionato, escluso e disciplinato la propria popolazione, secondo linee guida dettate da esigenze politiche e da logiche di sicurezza. La vicenda di Maggiano è così anche un frammento di storia delle istituzioni, dato che il manicomio si colloca al crocevia di un fitto dialogo tra poteri diversi: l'amministrazione provinciale, le opere pie, la pubblica sicurezza, le questure e gli organi giudiziari. Il primo capitolo della tesi, ad esempio, analizza nello specifico questo cozzare di poteri politico-amministrativi, mettendo in luce il conflitto che si sviluppa a cavallo tra l'Ottocento ed il Novecento tra la amministrazione provinciale, che rivendica la gestione diretta dell'istituto secondo il principio "se pago, controllo", e l'Opera Pia, organismo di natura privata legato al notabilato liberale lucchese. Uno scontro per la primazia sul manicomio che riflette il più largo processo di affermazione dello stato moderno, nel tentativo di sostituire definitivamente il modello caritativo-assistenziale con una gestione centralizzata e scientifica del controllo sociale. Da quel momento si apre un fitto confronto istituzionale che vede seduti al tavolo la direzione manicomiale e le varie deputazioni provinciali e i presidenti di provincia

[22] In «Il Corriere della sera», 10 marzo del 1926.

– a volte, sostituiti da commissari -, in un continuo tentativo di reperire risorse, far quadrare i bilanci e mantenere un'istituzione che, di fatto, amministra la vita quotidiana di migliaia di persone. Lo studio di questa ossatura istituzionale permette di cogliere, inoltre, i motivi della straordinaria continuità e resilienza amministrativa dei servizi manicomiali negli anni qui presentati. Il manicomio sopravvive pressoché immutato agli *shock* politici e al doppio – anzi, triplo - cambio di regime - dalla nascita dello stato unitario, attraverso l'età liberale e il fascismo, fino al suo crollo e alla ricostruzione democratica - proprio perché deputato a essere l'istituzione cui è affidato il controllo e la repressione della marginalità "folle": un'istituzione incardinata alle fondamenta stesse dell'idea di stato e delle prerogative che a questo si delegano. L'organigramma manicomiale, insieme alle biografie di medici e infermieri, offre una dimostrazione palmare di questa stabilità: personale assunto agli inizi del Novecento che rimane in servizio fino al secondo dopoguerra, incarnando una professionalità fondata su una missione alla quale tutto il resto viene subordinato - gestire la follia e garantire la sicurezza sociale, allontanando ciò che viene percepito come difettoso nella catena produttiva umana. Ad emergere è un modello di stato che, attraverso le proprie istituzioni, aspira a esercitare un potere capace di intervenire su ogni dimensione della vita – nelle sue implicazioni etiche, etniche e morali – e di amministrare ciò che per secoli era rimasto fuori da ogni forma di gestione diretta: la *βίος*, la vita stessa, in tutte le sue declinazioni - la sessualità, la salute, la produttività, la malattia e la morte. [23]. Lo fa su un duplice piano: teorico, tentando di offrire spiegazioni universali – quasi filosofiche - alla genesi della malattia mentale; e pratico, mettendo il sapere medico al servizio di un progetto di "miglioramento" biologico e morale della popolazione. Questa ambizione, evidente nei regimi autoritari ma presente anche nelle forme di stato democratiche, si traduce in politiche demografiche, sociali e sanitarie fondate sulla pianificazione, la statistica e il controllo.

Oltre ai quattro principali assi di sviluppo, la tesi indaga anche altri aspetti cruciali. Si tratta, in particolare, di uno sguardo sulle formazioni narrative e ideologiche delle classi dirigenti italiane e sul loro rapporto conflittuale con gli elementi sociali ritenuti irriducibili alla disciplina dello stato-nazione: i non assimilabili, gli "alieni", coloro che sfuggono alla rete dei codici morali e comportamentali del "senso comune". Al centro di questo rapporto si colloca il confronto – o meglio, lo scontro – tra prospettive inconciliabili: da un lato le classi dirigenti liberali prima e fasciste poi, formatesi nelle stesse scuole e accademie e accomunate dall'idea che ogni principio debba essere subordinato alla "ragion di Stato"; dall'altro, le classi subalterne, portatrici di linguaggi, forme di esistenza e sistemi di valori non riconducibili all'ordine statale dominante. La tesi, pur analizzando un particolare un caso geograficamente e temporalmente circoscritto, getta una luce sulle modalità e sulle convinzioni ideologiche con le quali le classi dirigenti nazionali hanno gestito le forme di

[23] V. Fiorino, *Follia*, in «Lessico della storia culturale», a cura di A. M. Banti, C. Sorba, V. Fiorino, Bari, Laterza, 2023, p. 210-214.

irriducibilità politica, sociale e culturale, adottando come unica linea d'azione l'adattamento coatto o l'esclusione dalla vita pubblica. Queste forme di coercizione riflettono la convinzione ideologica di poter governare il paese attraverso la più pura tecnocrazia e l'etica produttivista, imponendo con ogni mezzo – dalla *moral persuasion* alla violenza – un modello unico di sviluppo nazionale, capitalistico e disciplinato. Un atteggiamento che non riguarda soltanto i manicomi, ma che attraversa l'intera organizzazione statuale. Paradigmatiche, in questo senso, le proposte di Leone Carpi, deputato ed economista liberale di fine Ottocento, che già nell'età postunitaria suggeriva l'internamento sistematico dei vagabondi in "scuole lavoriste", l'emigrazione forzata o la deportazione in colonie di lavoro per coloro non avessero voluto far parte del sistema razionale di economia di mercato: soluzioni che anticipano, in forma inquietante, gli strumenti di pianificazione sociale e di repressione propri del fascismo.[24] La pratica dell'allontanamento e della neutralizzazione degli elementi ritenuti "alieni" o "pericolosi" – e le forme repressive che trovano nel manicomio il loro punto di caduta – costituisce, così, uno degli assi più stabili della continuità statale: il fondamento di un'azione volta a rendere «lo Stato saldo e permanente, ricco e forte di fronte a tutto ciò che lo potrebbe distruggere».[25] Ma di questo segmento di borghesia al comando, la tesi indaga, specialmente, quella delegata materialmente alla gestione della follia. La tesi, infatti, in una sorta di storia delle professioni, indaga anche lo sviluppo delle figure professioni dei medici-psichiatri a Maggiano nel quadro più generale dell'evoluzione delle professioni liberali in Italia tra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento. In questo contesto, l'attenzione si concentra sul modo in cui la riforma del 1904 ridefinisce gli equilibri di potere all'interno dell'organizzazione manicomiale – e i riflessi che essa produce sul manicomio di Maggiano – nel rafforzamento della gerarchia piramidale di comando (incardinata nella formula direttore–medici–infermieri) e nella subordinazione della direzione medica al potere politico delle amministrazioni pubbliche. Potere, quest'ultimo, che, a seconda dei periodi, sarà il vero arbitro della geometria interna all'istituto. La riforma, pur concepita per razionalizzare il sistema, alimenta le rivendicazioni di autonomia dei medici primari e di reparto, generando conflitti che assumono forme sindacali e trovano traduzione politica. Ne emergono i retroterra culturali e politici dei medici e la formazione delle prime strutture di rappresentanza professionale – società scientifiche, ordini e associazioni mutualistiche – che consolidano l'identità della categoria. Strutture che, nel tempo, si riveleranno perfettamente compatibili con l'impianto socioeconomico di corporativo dello stato fascista.

Alcune note sul metodo dello studio e sui documenti raccolti e utilizzati per la stesura della

[24] L. Carpi, *L'Italia vivente: aristocrazia di nascita e del denaro, borghesia, clero, burocrazia*, Milano, Studi sociali, 1878, p. 520.

[25] M. Foucault, *Nascita della Biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Milano, Feltrinelli, 2005, pp. 15-16.

tesi si rendono necessarie per chiarire il percorso di ricerca. La tesi nasce da una curiosità di metodo: quella di interrogare, per la prima volta, il manicomio di Maggiano attraverso le sue tracce documentarie dirette, restituendo voce a coloro che, da sempre, erano rimasti ai margini della narrazione storica, i ricoverati e le ricoverate, confinati nel silenzio delle statistiche, nelle relazioni mediche o chiamati in causa solo nel contesto delle edizioni critico-letterarie all'opera tobiniana.[26] In questo senso, lo strumento medico per eccellenza – la cartella clinica – diventa la fonte privilegiata dell'indagine. Pur mediata dallo sguardo del medico e inscritta in un linguaggio tecnico che annulla la soggettività di chi ne è oggetto, la cartella clinica si rivela un campo di tensione in cui è possibile leggere, tra le righe, la presenza e la voce degli internati, le loro strategie di adattamento e le dinamiche di potere che regolano la relazione con l'istituzione. Come accennato precedentemente, negli ultimi decenni, la ricerca storiografica ha progressivamente spostato l'attenzione dal discorso psichiatrico (gli psichiatri che commentano sé stessi e la propria azione) alle pratiche documentate, utilizzando il materiale sanitario come fulcro di nuove ipotesi interpretative e come strumento per illuminare i rapporti di forza tra medici e pazienti. Complice il riordino e l'apertura di numerosi archivi di stato, nei quali sono confluiti i fondi degli istituti psichiatrici chiusi definitivamente nel 1999 con il decreto Bindi, la malattia mentale è uscita dall'astrazione teorica per essere analizzata nel suo scarto concreto tra teoria medica e pratica di internamento. La presente ricerca, infatti, si basa principalmente sui materiali conservati presso l'Archivio di stato di Lucca, dove tra il 1996 e il 2000 è stato versato l'archivio dell'ex Ospedale Psichiatrico di Maggiano, progressivamente abbandonato dopo la chiusura. L'inventariazione del fondo – dal nome *Ospedale Psichiatrico*, abbreviato in nota con la sigla *OP* -, completata nel 2017 dalla docente Elisabetta Angrisano (Università di Salerno), ha reso oggi agevole la consultazione di carte amministrative e sanitarie, un tempo frammentarie.[27] Le serie documentarie maggiormente utilizzate, da cui proviene la gran parte dei materiali citati in questo lavoro, sono quelle delle Cartelle cliniche (CC) e degli Affari generali (AG). A questo nucleo principale si affianca poi quello dell'Archivio della provincia di Lucca, da cui l'istituto dipendeva amministrativamente e finanziariamente, le cui serie principali sono state: i carteggi conservati nelle serie *Atti e Carteggi* (in nota abbreviato con la sigla *AC*) e le delibere provinciali, organizzati in faldoni, divisi per anno, che offrono un quadro prezioso delle dinamiche politiche, economiche e istituzionali connesse alla gestione del manicomio.[28] Un terzo *corpus* documentario è rappresentato

[26] Cfr, ad esempio la tesi di laurea della dott.ssa Silvia Martinucci*, Gli 'umani documenti' della follia: lettura de Le libere donne di Magliano di Mario Tobino*, Tesi di Laurea, Università di Firenze, 25 ottobre 1994 (aa 1994/1995), relatore Giuseppe Nicoletti.

[27] Cfr. E. Angrisano, *Le carte della follia. Gli archivi dei manicomi in Toscana*, Lucca, Civitale editoriale, 2017, pp. 183-190 e V. Bagnai Losacco, *Le serie delle cartelle cliniche nell'archivio dell'ex ospedale psichiatrico provinciale di Lucca e il loro potenziamento informativo*, in M. Riccucci et al. (a cura di), *Le parole per dirlo. La malattia mentale: luoghi, persone e narrazioni*, Pisa, Pisa University Press, 2024, pp. 39-52.

[28] I faldoni delle delibere funzionano come uno strumento di ricerca, una sorta di inventario della serie *Atti e carteggi*, nel quale sono trascritti – con relativo numero di protocollo, fascicolo e anno – i documenti che si rintracciano

dal materiale conservato presso la Fondazione Mario Tobino, che dal 2006 gestisce parte del complesso manicomiale e ne custodisce documenti originali, fotocopie di carte perdute e le carte personali dello scrittore viareggino, in gran parte ancora inedite e oggi depositate presso il Gabinetto Vieusseux di Firenze. Dal punto di vista metodologico, si è scelto di effettuare uno spoglio sistematico dei materiali compresi tra il 1920 e il 1946, prendendo in esame due livelli principali di documenti: da un lato, i carteggi della direzione medica con la provincia e gli enti politici, insieme alla documentazione amministrativa del manicomio; dall'altro, le cartelle cliniche relative agli internamenti. Su quest'ultimo tipo di documenti è necessaria una nota integrativa. I numeri di registro degli internamenti non sono nominativi, almeno non solo: ogni ingresso in istituto è contrassegnato da un numero distinto, e ciò significa che una stessa persona, internata più volte nel corso della propria vita, può essere associata a numeri diversi di internamento. Tutte le carte, tuttavia, confluiscono in un unico fascicolo sanitario, la cartella clinica appunto. Inoltre, le cartelle cliniche sono organizzate secondo l'ultimo numero di registro attribuito al paziente. In pratica, se una persona è stata internata, ad esempio, nel 1910 e poi di nuovo nel 1940, la sua cartella si troverà conservata nel faldone relativo agli ingressi del 1940, e non in quello del 1910. Per evitare ambiguità, nelle citazioni in nota ho scelto di indicare il numero del faldone e il numero della cartella clinica interna al faldone. Ogni cartella è nominativa e raccoglie tutti i documenti relativi alla persona, compresi i diversi internamenti. È bene segnalare che, mentre scrivo (ottobre 2025), il fondo documentario dell'Archivio di stato è oggetto di una revisione generale che sta modificando la numerazione dei faldoni. Rimane tuttavia, in costola, l'indicazione della "vecchia" segnatura archivistica, che è quella a cui ho fatto riferimento nelle citazioni della tesi. Questo doppio livello di analisi mi ha permesso di ricostruire i meccanismi e i nodi di potere amministrativi, politici e manicomiali, individuando una "quadrangolazione" tra medici, direttore, infermieri e provincia, che si ricompone in geometrie variabili a seconda dei momenti, delle responsabilità e del capitale politico di ciascun attore di cui è investito nei vari momenti storici. In questa prospettiva, i punti focali scelti si sono concentrati su alcuni snodi specifici: il rapporto tra marginalità sociale e internamento psichiatrico, le pratiche della pubblica sicurezza e il loro legame con il manicomio, gli iter di internamento delle donne e, in generale, la costruzione delle relazioni di genere nel Novecento.

poi materialmente nella stessa serie *Atti e carteggi*. Per questo motivo, tutti i documenti consultati in APLu risultano collocati sotto la serie *Atti e carteggi* e non sotto quella delle delibere.

1. La nascita del manicomio e la costruzione del potere psichiatrico: dalla fondazione dell'Ospedale di Maggiano all'integrazione nel sistema amministrativo provinciale lucchese (1770–1913)

1.1 L'affermazione del modello ospedaliero moderno e la fondazione dello Spedale di Fregionaia

Sin dal Rinascimento, gli stati italiani sono interessati dalla formazione di una vasta rete di strutture assistenziali, in gran parte promosse da istituzioni religiose e caritatevoli, destinate ad accogliere e isolare categorie socialmente emarginate, come poveri, mendicanti, vagabondi, prostitute e invalidi.[29] Tra il XV e il XVIII secolo, soprattutto nell'Italia centro-settentrionale, si assiste alla progressiva affermazione di un modello amministrativo della marginalità fondato sulla reclusione e sull'esclusione dagli spazi pubblici soggetti fino ad allora accettati (si pensi alla centralità della figura del mendicante nel Medioevo). Ciò che nasce come risposta eccezionale a situazioni di emergenza si consolida presto come dispositivo strutturale nelle società urbane moderne. Le aspirazioni degli stati moderni al controllo e alla gestione della povertà riflettono un profondo mutamento culturale e affettivo delle classi urbane nei confronti della *paupertas*, che si traduce in politiche sempre più severe di disciplinamento sociale.[30] Nelle aree più densamente popolate e industrializzate, questa strategia prende la forma del confinamento fisico degli indigenti in spazi controllati, sottraendoli alla vista pubblica attraverso pratiche di internamento e tecniche amministrative sempre più sistematiche e replicabili. Il vasto patrimonio immobiliare composto *in primis* dai numerosi lebbrosari dismessi, ormai inutili nella loro funzione originaria di contenimento delle malattie infettive, stimolano, tra il XVI e il XVII secolo, ad accelerare pratiche di governo della marginalità sociale incardinate sul binario esclusione-carità. Viene a costituirsi un patrimonio immobiliare, culturale e amministrativo che gli stati europei impiegheranno successivamente anche nella gestione della follia. È infatti proprio

[29] La storia delle istituzioni ospedaliere in età moderna si intreccia strettamente con gli studi sul pauperismo, la mendicità e il ruolo della povertà nelle società europee di antico regime. Questi fenomeni si collocano all'interno di un più vasto processo di trasformazione politica e sociale, legate alla formazione degli stati moderni e alla progressiva razionalizzazione ed affermazione del *welfare state*. La bibliografia storiografica che tratta sia i poveri sia le istituzioni deputate alla loro gestione o reclusione - e che in altri tempi troveranno una linea di continuità nei manicomi – trova una letteratura è sconfinata. Si propongono alcuni testi: B. Geremek, *Il pauperismo nell'età preindustriale (secoli XIV-XVIII)*, in Storia d'Italia, Torino, Einaudi, 1973, pp. 669.698; G. Politi, M. Rosa e F. Della Peruta, *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna*, Cremona, 1982; B. Geremek, *La pietà e la forca: la storia della miseria e della carità*. Torino: Einaudi, 1992; M. Mollat, *I poveri nel Medioevo*, Roma-Bari, Laterza, 1982; B. Geremek, *Mendicanti e miserabili nell'Europa moderna (1350-1600)*, Torino, Einaudi, 1985; B. Geremek, *La pietà e la forca. Storia della miseria e della carità in Europa*, Roma-Bari, Laterza, 1986S. J. Woolf, *Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna*, Roma, Laterza, 1988; B. Geremek., *Uomini senza padrone. Poveri marginali tra medioevo e età moderna*, Torino, Einaudi, 1992; V. Zamagni, *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo ad oggi*, Bologna, Il Mulino, 2000; Giuliana Albini, *Poveri e povertà nel medioevo*, Roma, Carocci, 2016; A. Dani, *Vagabondi, zingari e mendicanti. Leggi toscane sulla marginalità sociale tra XVI e XVIII secolo*. Firenze: Associazione di studi storici Elio Conti, 2018.

[30] È in questo contesto che Fabio Stok osserva come, per un lungo arco temporale: «l'etichetta di povertà funzioni [...] come categoria unificante di soggetti e comportamenti eterogenei, accomunati dall'esigenza di sicurezza che accompagna la definizione delle strutture statuali». F. Stok, *L'officina dell'intelletto. Alle origini dell'istituzione psichiatrica in Toscana*, Roma, Il Pensiero scientifico, 1983, p.8.

dal grande bacino della povertà che emerge la figura del "*pazzerello*"[31], un nuovo tipo di indesiderato sociale.[32] A partire dalla metà del Cinquecento, si osserva in Italia un aumento della presenza di individui alienati all'interno degli ospedali per poveri. Per far fronte al crescente numero di folli accolti, le direzioni ospedaliere cominciano a creare reparti specifici per questi ricoverati, facendosi, tuttavia, sempre più strada l'idea di strutture interamente dedicate alla loro custodia. Nascono così, attraverso l'adattamento di ospedali già esistenti o la fondazione di nuovi edifici, i primi ospedali per folli: tra questi, l'Ospedale San Vincenzo di Prato a Milano (1565), noto come Hospitale de' Matti, l'Ospedale della Maddalena di Bergamo, attivo già dal 1352, l'Ospedale San Lazzaro di Reggio Emilia (1536), l'Ospedale di Santa Maria della Pietà a Roma (1548-1563) e l'Ospedale Sant'Orsola di Bologna (1560). Nonostante ciò, per lungo tempo i folli continuano a essere reclusi nelle carceri cittadine, trattenuti per ragioni di ordine pubblico o di pubblico scandalo. In questa fase, tuttavia, si è ancora lontani dall'elaborazione di un paradigma scientifico moderno in grado di interpretare e trattare la malattia mentale in termini clinici, tant'è che le esperienze ospedaliere si riducano alle semplici condizioni detentive, senza alcun tentativo di sistematizzazione delle sintomatologie in confini nosologici, primo passo, almeno, di un ragionamento terapico.[33] Il processo che porterà alla nascita del paradigma psichiatrico moderno inizia a delinearsi soltanto nel XVII secolo, intrecciandosi con le trasformazioni profonde che interessano le strutture del potere statale, gli assetti sociali e gli orizzonti culturali dell'Europa dell'epoca. In questo contesto, l'ascesa del mercantilismo, l'affermazione della ragione come principio organizzativo della società e il consolidarsi dell'assolutismo illuminato contribuiscono a ridefinire gli spazi pubblici e, parallelamente, i confini dell'esclusione sociale.[34]

---

31 La prima fonte che testimonia la presenza dei pazzi in un ospedale risale al 1403 ed è del Saint Mary of Bethlem, l'ospedale di Londra, una storia simile è quella l'Hospital de Colom di Barcellona dove, addirittura, la presenza di affetti da alienazione sono presenti sin dal '300. Sull'uso del termine "pazzerelli" *cfr*. L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Mondadori, 2003, p. 75.

32 Riporta Foucault: «Sparita la lebbra, cancellato o quasi il lebbroso dalle memorie, resteranno queste strutture. Spesso negli stessi luoghi, due o tre secoli più tardi, si ritroveranno stranamente simili gli stessi meccanismi di esclusione. Poveri, vagabondi, corrigendi e «teste pazze» riassumeranno la parte abbandonata dal lebbroso e vedremo quale salvezza ci si aspetta da questa esclusione, per essi e per quelli stessi che li escludono» (M. Foucault, *Storia della Follia in età classica*, Milano, Rizzoli, 1980, pp. 45-47).

33 F. Stok, *La formazione dello psichiatra*, Roma, Il Pensiero scientifico, 1981, pp.7-8.

34 Tra le prerogative centrali di questa riorganizzazione, emerge chiaramente la regolazione della *non-ragione*, ovvero il trattamento di quei soggetti i cui comportamenti, valori morali e abitudini di vita costituiscono, in nuce, una forma di alterità sociale non assimilabile ai dettami della moderna etica sociale, così che questa alterità viene separata con forza da tutto ciò che riguarda gli ambiti della Ragione – intesa come principio universale e teorico di organizzazione dell'universo e dell'essere umano. Come afferma Foucault, è proprio nella categoria magmatica della non-ragione – non ancora passata sotto il processo di tassonomia e sistematizzazione - che la Ragione "strappa" quegli elementi costitutivi della devianza che prenderanno poi la forma - di "verità" - della follia, dell'errore e della malattia, organizzando su di essi un discorso di potere e di controllo (M. Foucault, *Storia della Follia in età classica*, op. cit. p. 31). Nel 1612, su iniziativa delle autorità locali, viene fondato a Lione l'*Hôpital général de la Charité et Aumône générale de Lyon*, un'istituzione di carattere caritatevole di assistenza per i poveri, ma che si imporrà presto nel resto del regno come apripista di un modello di ospedale generale che assume i tratti di una struttura semi-giuridica in senso moderno. L'anno 1656 segna per la Francia assolutista una svolta decisiva nell'amministrazione delle reti assistenziali: con l'emanazione dell'editto regio del 27 aprile vengono accorpati tutti i beni immobili e fondiari di gran parte delle opere che si occupavano di assistenza ai poveri e ai

È, tuttavia, solo con l'affermarsi di una coscienza illuminista, la cui spinta razionalizzante permea le strutture sociali e istituzionali del continente, che va definendosi un quadro epistemologico e scientifico che inizia a riportare il tema della follia all'interno di un discorso medico (o protomedico). È all'interno di questa cornice culturale che comincia ad affermarsi una nuova visione degli ospedali: non solo luoghi di clausura e controllo, ma al contempo istituzioni in cui l'assistenza e l'ordine pubblico si redistribuiscono prerogative e funzioni, in una nuova attenzione per gli aspetti – pur abbozzati - clinici e terapeutici.[35] Figure di medici-filosofi come Jean Colombier, François Doublet, Georges Cabanis e Jacques René Tenon giocano un ruolo cruciale nel riformulare la funzione dell'ospedale, ora concepito come una *machine à guérir*, una "macchina per guarire" [36], ricollocando la follia in uno spazio del comprensibile e, soprattuto, del "gestibile". A partire da questo momento, la follia si emancipa dal dominio esclusivo della carità e inizia ad entrare, seppur gradualmente, nel campo della medicina. Emergono così i primi tentativi di classificazione nosologica, con il riconoscimento di disturbi distinti, ciascuno dei quali accompagnato da sintomi specifici e da una offerta terapeutica differenziata, ciascuna associata ad un quadro clinico distinto.[37] Già nella prima

vagabondi di Parigi: «La Casa e l'Ospedale sia della grande e della piccola Pitié che del Refuge, situati in *faubourg* Saint-Victor, la Casa e l'Ospedale di Scipion, la Casa della Savonnerie, con tutti i luoghi, le piazze, i giardini, le abitazioni, gli edifici che ne dipendono» (M. Foucault, *Storia della Follia in età classica*, op. cit. p.43) vengono riuniti all'interno di una grande istituzione ospedaliera che prende il nome di *Hopital général de Paris.* L'*Hôpital Général de Paris* diviene l'epicentro di un internamento esteso – definito "grande internamento" - di tutte le marginali urbane della capitale. Coercizione, logica produttivistica, centralizzazione statale nel governo della marginalità e il coinvolgimento di grandi masse di soggetti nei ricoveri diventano gli elementi fisionomici e linee guida generali per un modello ospedaliero che troverà replicabilità in istituzioni sorte nella maggior parte dei capoluoghi dipartimentali con l'obiettivo di razionalizzare un'assistenza rispondente, invero, ad una «istanza dell'ordine, dell'ordine monarchico e borghese». Il modello degli ospedali generali, pur consolidandosi su scala nazionale grazie a decreti regi, incorpora al proprio interno almeno tre filoni distinti di assistenza e cura: quello ecclesiale, che affonda le radici in secolari opere pie destinate all'assistenza di pellegrini e malati; le opere di beneficenza privata, sovente promosse da famiglie facoltose che utilizzano gli istituti come strumento per acquisire prestigio sociale; e infine, le nuove istituzioni statali. La natura di tale istituzione risulta quindi difficilmente collocabile in un unico schema moderno, poiché si configura come un originale punto di intersezione tra la donazione privata, l'opera carità e una primitiva forma di intervento statale. Il modello francese di ospedale generale, con le sue implicazioni di controllo sociale e assistenziale, trova riscontro in misure simili adottate nel resto d'Europa, ad esempio, nelle *Zuchtäuser* sorte in area tedesca e nelle *houses of correction* elisabettiane, istituite nel regno inglese sin dal 1575, e che poi assumeranno la denominazione di *workhouses.*

35 Gli *idéologues*, eredi della pedagogia illuminista, affermano una visione dell'essere umano quale entità unitaria, sintesi indissolubile di natura, moralità e socialità (*physique et moral*). Da questa visione scaturisce la convinzione che la malattia mentale non sia un destino irreversibile, ma il risultato di squilibri fisici o morali che alterano l'armonia dell'individuo. Pertanto, il "folle" non è più considerato irrimediabilmente perduto, ma un soggetto potenzialmente guaribile. Questo paradigma si sviluppa con particolare vigore nella seconda metà del XVIII secolo, soprattutto in Francia, dove la scuola medico-alienista di matrice illuminista traduce tali teorie in una vasta produzione di opere che sistematizzano e diffondono le tecniche terapeutiche applicate ai malati di mente all'interno degli ospedali generali. È soprattutto nella seconda metà del XVIII secolo, e in particolare in Francia, che questo paradigma si sviluppa con maggiore forza. La scuola medico-alienista di matrice illuminista traduce i nuovi approcci medici in un'ampia produzione di volumi, destinati a una vasta circolazione, che indagano e sistematizzano le tecniche terapeutiche applicate ai folli all'interno degli ospedali generali. V. P. Babini, E. Montanari, *L'ospedale e la malattia mentale nel Sei-Settecento*, in R. Sabbatini, *Dal monastero allo Spedale de' pazzi. Fregionaia da metà del Settecento al 1808*, op. cit., p. 79.

36 J. R. Tenon, *Mémories sur les hopitaux de Paris (1788)*, London, Ann Arbor, 1980, p. 393.

37 Si pensi al lavoro di Francois Boissier de Sauvages de la Croix (1706-1767) che pubblica, nel 1768, una delle prime opere di indagine nosologica in campo medico dal titolo *Nosologia methodica sistens morborum classes iuxta Sydenhami mentem et botanicorum oridinem (*Amsterdam, De Tournes, 1768), oppure al più tardo lavoro dello stesso Philippe Pinel *Nosographie Philosophique ou la Méthode de l'Analyse appliqué à la Médicine* (Paris, 1798).

edizione dell'*Encyclopédie* il termine *follia* è accompagnato da una spiegazione di carattere medico, che ne scompone l'unicità in una serie di «d'égarements de la raison» - deviazioni della ragione – dai molteplici nomi: melancolie, manie, frenesie e imbecillità.[38] Il ventaglio delle pratiche di cura, pur ridotto, inizia ad essere oggetto di una continua ricerca (idroterapia, induzione emetica, mignattazioni, bagno con l'acqua calda e fredda, l'utilizzo di erbe acquatiche) e l'ospedale generale diviene il luogo deputato *naturalmente* alla somministrazione di tali, rudimentali, cure. Si consolida così un doppio processo fondativo della psichiatria moderna: da un lato la *medicalizzazione delle istituzioni* – che si trasformano in luoghi di diagnosi e trattamento –, dall'altro la *medicalizzazione della follia* stessa.[39] È all'interno di questo contesto che va inquadrato l'episodio mitopoietico della psichiatria moderna ovvero quando, nel 1790, il medico Philippe Pinel, scioglierà le catene ai pazzi rinchiusi nel manicomio parigino della Bicêtre[40]. Si affaccia, ora, un cambiamento profondo delle strutture asiliari, articolato su tre enunciati: la definizione di uno *status* specifico del malato, non più assimilato genericamente alla povertà; il progressivo consolidarsi di un corpo medico integrato nelle strutture, deputate alla cura, costituite in maniera verticistica sotto la supervisione di un medico-direttore, investito di ampi margini di arbitrarietà su cure e contenzione; l'elaborazione di un piano terapeutico che si sviluppa all'interno di uno spazio di reclusione.[41]

L'onda lunga dell'illuminismo arriva anche in Italia, portando con sé conseguenze importanti per l'organizzazione ospedaliera.[42] Le autorità civili promuovono, in tutta la penisola, la fondazione

---

38 A. Lefèvre, *L'Encyclopédie*, Parigi, 1757, tomo 7, p.42-44.

39 Il tema, angolare nella formazione della storiografia riguardo la psichiatria, costituisce il *proprium* della storia della psichiatria. Sono, infatti, moltissimi i contributi che affrontano il tema della medicalizzazione dei segni della follia nel passaggio dall'epoca premoderna alla modernità, collocandola all'interno di una cornice istituzionale fondata sulla disciplina e sulla gestione del deviante. Tra i principali riferimenti si segnalano: R. Castel, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Éditions de Minuit, Paris 1977; J. Léonard, *La médecine, entre les pouvoirs et les savoirs: histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, Paris, Aubier, 1981. Per il caso specifico di Lucca, si veda: L. Del Pistoia, E. Arrigucci, L. Canova, *Emarginazione e istituzione in una città illuministica: ricerche sulla origine dell'O.P. di Lucca*, in *L'emarginazione psichiatrica nella storia e nella società*, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Reggio Emilia, 1980, p. 941.

40 Sull'episodio *cfr*. almeno la ricostruzione che ne propone Dorner, *Il borghese e il folle*, p. 171. Quanto vi sia di reale e quanto di costruito nel gesto mitopoietico e redentore attribuito a Pinel- se sia stato effettivamente lui a spezzare le catene dei folli-, giunto, per altro, alla Bicêtre dietro l'ordinanza, dal tono intimidatorio, del comune rivoluzionario parigino. (G. Laurenti-Laura, *Storia e coscienza in psichiatria*, in L. Del Pistoia, L. M. Canova, D. Cupido, *Contro una società senza memoria. Le radici storiche della psichiatria attuale*, Pacini, Lucca, 1991, p. 15.), è questione che sfugge a una riduzione della storia a singoli atti simbolici. Piuttosto, è utile osservare come la riforma parigina segni una trasformazione profonda degli ospedali e degli ospizi, che costituiscono l'antecedente storico o, meglio, logico, della moderna psichiatria.

41 Cfr. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabonde*, op. cit., pp. 8-9

42 Nel corso del Seicento, parallelamente all'affermarsi di un approccio sempre più orientato alla correzione della follia – confinata in istituzioni caratterizzate dalla coesistenza di istanze reclusorio e mediche – inizia a emergere anche un interesse di natura scientifica. Si sviluppa, infatti, un moto di indagine che spinge a osservare la malattia mentale con curiosità medica, aprendo la strada alla ricerca di possibili cure (V. P. Babini, E. Montanari, *L'ospedale e la malattia mentale nel Sei-Settecento*, in R. Sabbatini, *Dal monastero allo Spedale de' pazzi. Fregionaia da metà del Settecento al 1808*, op. cit., pp. 72-74). Il clima di fiducia nella tecnica, emanazione della cultura illuministica, attraversa l'Europa e guida la volontà riformatrice degli stati che perseguono politiche di svolta nel campo della gestione e dell'assistenza ai malati di mente. L'assistenza non è più un fatto pubblico delegato esclusivamente all'iniziativa particolare - privata o religiosa - ma assume le caratteristiche di una soluzione pubblica, inserita nelle scelte politiche in ambito sanitario e sociale. Si afferma un modello in cui tecnica, medicalizzazione e integrazione dell'assistenza nelle prerogative dello stato

di nuovi istituti e la riforma di quelli già esistenti, con l'obiettivo di razionalizzare l'assistenza e il controllo della marginalità. Tra i primi esempi si annoverano lo Spedale de' Pazzarelli di Torino (1728), il Casone di Ancona voluto da papa Benedetto XIV (1749), l'Ospedale di San Servolo a Venezia, riconvertito nel 1725 per accogliere folli agiati, e il San Lazzaro di Reggio Emilia, trasformato nel 1755 in un istituto esclusivamente dedicato alla cura dei pazzi. In Toscana, Firenze si distingue come il centro più attivo e precocemente coinvolto in questo processo di *razionalizzazione* e *medicalizzazione* della follia. Già alla fine del XIII secolo, l'Ospedale di Santa Maria Nuova accoglie al suo interno malati affetti da disturbi mentali[43],ma ancora agli inizi del XVII secolo, sono molti i folli che si trovano rinchiusi nelle celle del carcere delle Stinche, segno di una persistente un paradigma di gestione unico tra pazzi e criminali.[44] È proprio all'interno di questo contesto carcerario che nasce l'idea di un'istituzione dedicata ai folli: il cappellano del carcere, padre Alberto Leoni, propone la creazione di una casa di cura separata per i malati di mente della città.[45] Grazie ai generosi fondi elargiti da alcune facoltose famiglie fiorentine, padre Leoni acquista l'edificio della Compagnia delle Fanciulle, situato in via della Ghibellina, dove, nel febbraio del 1643, fonda la *Pia Casa di Santa Dorotea dei Pazzerelli*, meglio conosciuta come l'*Hospitale de Pazzi*.[46] Nello stesso periodo anche gli altri principali ospedali cittadini di Firenze si adattano alla crescente presenza di malati mentali. Santa Maria Nuova, rinnovata e ampliata in quegli stessi anni, accoglie sempre più pazzi poveri e si guadagna nel tempo la reputazione di "pazzeria".[47] Allo stesso modo, l'Ospedale Bonifazio, fondato nel 1377 per ospitare poveri, malati venerei e vagabondi, allestisce nel corso del Settecento un reparto specifico per pazzi, su impulso delle autorità sanitarie.[48] Nel 1750 un ampio processo di riforma granducale trasforma il sistema ospedaliero toscano secondo due obiettivi: integrare maggiormente il servizio medico nelle strutture ospedaliere e ridurre la dispersione dei pazienti concentrando i ricoverati in pochi istituti specializzati nella cura della follia. Il Santa Dorotea diventa il perno della riforma. L'ospedale viene riorganizzato in base a criteri clinici, distinguendo i padiglioni per pazzi

si intrecciano con funzioni reclusorie, dando origine alla forma "moderna" dell'ospedale psichiatrico. Questo processo segna il passaggio da un sistema frammentato e arbitrario a un'organizzazione più razionale e centralizzata, scandita ed inserita nell'alveo dei codici civili e statuti giuridici.

43 R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia,* cit., pp. 26-27.

44 Sul tema degli alienati nel carcere delle Stinche *cfr*. G. Magherini, V. Biotti, *L'isola delle Stinche e i percorsi della follia a Firenze nei secoli XIV-XVIII* , Firenze, Ponte alle Grazie, 1993.

45 V. Biotti, *Il folle nella società fiorentina e toscana del XVI e VIII secolo e la nascita di 1S. Dorotea de' pazzerelli*, in A De Bernardi, Follia, psichiatria e società, pp. 193-195.

46 L. Roscioni, *Il governo della follia*. *Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Bruno Mondadori, 2003 pp. 55-63. Il bisogno di ordine, che richiama l'attenzione sulla presenza dei folli nello spazio urbano, costituisce un tema trasversale capace di coinvolgere l'intera società fiorentina, superando perfino la distinzione di classe e di ceto. L'ospedale di Santa Dorotea, pur essendo, infatti, destinato alla cura dei pazzi sgomberati dalle carceri, amplia la platea dei ricoverati a quei soggetti alienati che riescono a sostenere i costi di una retta considerevole. Col tempo l'ospedale si caratterizza per una scelta selettiva della propria funzione assistenziale.

47 L. Roscioni, *Il governo della follia*, op. cit., pp. 66-68.

48 Cfr. almeno E. Coturri, *L'ospedale così detto di "Bonifazio" in Firenze*, in «Pagine di Storia della Medicina», 3, 1959, pp. 15-33.

"agitati" da quelli per "malati meno furiosi". La riforma istituisce, inoltre, un "governo economico" dell'istituto - una sorta di medica direzione - e stabilisce linee guida generali sulle procedure di internamento e sulla "cura e custodia" dei ricoverati. Nel 1774, un'ulteriore riforma del sistema degli internamenti prevede che da ora l'accesso all'ospedale non sia più frutto di un semplice arbitrio della forza pubblica, ma il risultato ultimo certificato di una macchina medico-amministrativa.[49] Il Santa Dorotea diventa rapidamente un modello organizzativo assurto a modello di gestione "moderno" della follia nella penisola, e sarà proprio l'istituto fiorentino ad ispirare la creazione dell'istituto di Fregionaia.[50]

È in questo contesto storico che anche nello stato di Lucca – uno dei centri dell'illuminismo italiano[51] - si propone il tema della spedalità dei folli. Sin dal Cinquecento il radicato cattolicesimo popolare stimola la proliferazione di istituti destinati alla cura dei bisognosi e degli infermi, consolidando una rete di ospedali volti alla gestione della marginalità: al centro del sistema assistenziale lucchese si trova lo Spedale di San Luca della Misericordia, gestito dalla Corte dei Mercanti. Tra il 1537 e il 1647 vengono fondati numerosi altri istituti, tra cui lo Spedale degli Incurabili per i sifilitici, l'Ospedale della Santissima Trinità per pellegrini e infermi, il Pio luogo per gli orfani, e il Pio luogo delle convertite dedicato alle «pubbliche peccatrici ridotte a penitenza».[52] Nel 1724 viene fondato l'ospedale di Sant'Antonio della Carità – chiamato della Quarquonia [53]– un luogo nel quale – afferma Carlo Domenico Mansi, fondatore dell'ospedale - «si nutrissero e s'istruissero nelle arti li primi [bisognosi], e di obbligare li secondi [accattoni] a procurarsi da sé medesimi il sostentamento».[54] Il progetto assistenziale lucchese persegue una duplice finalità:

---

49 F. Stok, *L'officina dell'intelletto. Alle origini dell'istituzione psichiatrica in Toscana*, Roma, Il Pensiero scientifico, 1983, p.18.

50 L. Roscioni, *Il governo della follia*, op. cit., pp. 88-94.

51 A Lucca viene stampata la prima traduzione italiana dell'*Encyclopédie*, opera sostenuta da una vivace componente intellettuale locale sul tema cfr. almeno L. Canova, V. Scariato, L. Del Pistoia, M. Garuglieri, *Tra assistere e curare, una anfibologia psichiatrica costante dall'illuminismo di Lucca alla legge 180 del 1978*, estratto da «Rassegna di studi psichiatrici», Siena, 1990, 2, pp. 1-3.

52 R. Sabbatini, *Dal monastero allo spedale de' pazzi*, op. cit., p. 43.

53 Sul tema cfr. R. Saverio, *L'Ospedale di sant'Antonio della Carità, detto della Quarquonia, nella Lucca del Settecento*, Firenze, Olschki, 2003.

54 L'obiettivo, dichiarato di Mansi, delegato della Repubblica nella ricerca di una soluzione per la gestione dei vagabondi è quello di colpire la pigrizia, sanzionare gli abusi del'"altrui carità" e fornire una struttura pedagogica che colmi l'ignoranza nella quale vivono gli strati marginali della società, una incultura che si declina nella sostanziale diffidenza verso il lavoro ed il coinvolgimento attivo nella produzione del benessere pubblico. «Sono sempre nelle Chiese e non vi fanno mai orazione e bene spesso impediscono à gli altri il farla con le loro importunità scandalose. Vivono in un perpetuo ozio che è l'origine di tutti i vizj, hanno familiari la menzogna lo spergiuro e la bestemmia continua la mormorazione frequenti l'ingiurie e le riffe e ordinarie l'impurità e l'ubbriacchezza» (A.Guevarre, *La mendicità sbandita col sovvenimento de' poveri*, Torino, Nella Stampa di Gianfrancesco Mairesse e Giovanni Radix, 1717, p. 9) è questa l'immagine della povertà, descritta da Andrè Guevarre nei suoi studi sull'estromissione della mendicità dai centri urbani, che i legislatori lucchesi hanno in mente nel contrasto alle pratiche di accattonaggio. L'obiettivo dichiarato da Mansi, incaricato dalla Repubblica di trovare una soluzione alla gestione dei vagabondi, è duplice: colpire la pigrizia e sanzionare gli abusi che certi individui fanno della "altrui carità", ma anche fornire una struttura pedagogica volta a responsabilizzare gli strati marginali della società attraverso il lavoro. Per far fronte, ad esempio, al numero crescente di vagabondi, il governo della città percorre la strada di un restringimento normativo: viene limitato per bando il numero di permessi per accattonaggio e sospesa la politica di secolare tolleranza tenuta fino ad allora nei confronti dei mendicanti.

rimuovere dalla pubblica piazza il vagabondaggio e, al contempo, offrire uno spazio di "pedagogia sociale", una sorta di educazione all'economia domestica. L'accento viene posto in particolare sul potenziale economico di tale iniziativa: in un periodo di crisi, segnato dal declino dell'industria serica, la massa di assistiti sotto il controllo diretto della Repubblica potrebbe trasformarsi in una risorsa utile al rilancio dell'economia cittadina.[55] La stagnazione economica è al centro, infatti, delle preoccupazioni del Senato della repubblica, che il 7 settembre del 1764, nel tentativo di mettere liberare e mettere in circolo nuove ricchezze, vara la legge contro la manomorta. Gli stabili inutilizzati del clero vengono incamerati dallo stato, è in questo contesto che, per la prima volta, l'antico convento di Fregionaia[56] - *Monasterium Canonicorum Regularium Ordinis Sancti Augustini Congregationis Lateranensis de Fregionaria* - diventa oggetto di dibattito.[57] Il 5 marzo del 1769 il Senato discute, in seduta segreta, la crescente necessità di separare i pazzi dal resto dei ricoverati nell'ospedale San Luca infatti, nella gestione della povertà, i "mentecatti" restano divisi tra l'accoglienza ospedaliera e la reclusione carceraria.[58] Esaminate e respinte varie ipotesi,[59] gli occhi del consiglio tornano puntati sul monastero di Fregionaia, posto sulla cima di Santa Maria a Colle, una bassa collina nel cuore della campagna lucchese dell'Oltreserchio, nei pressi di un piccolo sobborgo periurbano dal nome Maggiano, distante «quinque circiter millia passuum»[60] dalle mura di Lucca. Il convento, amministrato fin dal 1407 dai canonici lateranensi – ormai ridotti a una piccola comunità – dispone di una rendita fondiaria annua di circa 2000 scudi, sufficiente per sostenere il progetto di trasformazione della struttura in uno Spedale per pazzi. Hanno avvio, così, le trattative per la soppressione dell'ordine che si protrarranno a lungo e che coinvolgono da un lato la curia lucchese e la Santa Sede – contraria a «ridurre il monastero di Fregionaja in una casa di pazzi» - dall'altra la

---

55 Questo periodo è segnato da una crisi economica legata al declino dell'industria serica, un tempo motore della prosperità cittadina. Il crollo del mercato della seta spinge centinaia di lavoratori-artigiani a riconvertirsi in piccoli proprietari terrieri, rafforzando il legame tra la piccola proprietà agricola e l'identità cittadina e repubblicana lucchese cfr. L. Del Pistoia, E. Arrigucci, L. Canova, *Emarginazione e istituzione in una città illuministica: ricerche sulla origine dell'O.P. Di Lucca*, in *L'emarginazione psichiatrica nella storia e nella società*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», Reggio Emilia, 1980, p. 942.

56 Sulla storia medievale del convento cfr. G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca. In S. Maria di Fregionaia*, in «R. Accademia lucchese di scienze, lettere ed arti», Artigianelli, Lucca, 1942, pp. 10-15; F. Bellaro, L. Del Pistoia, Cenno storico sulle origini dello spedale de' pazzi di Fregionaia, estratto da «Rassegna di studi psichiatrici», Siena, 1978, 3.

57 Ricorda Bongi che uno dei motivi che porta alla legge è che «son pochi i luoghi che in proporzione alla grandezza e del numero degli abitatori, possono vantare tante opere di pietà e beneficenza promosse dal sentimento cristiano come la città di Lucca ed il suo territorio» (S. Bongi, I*nventario del R. Archivio di Stato in Lucca*, Lucca, Giusti, 1888, IV, pp. 209).

58 Il 10 febbraio del 1756 viene data lettura, nell'aula del Consiglio generale della Repubblica lucchese, di un lungo memoriale vergato dal magistrato del Consiglio dei Segretari, lo scritto affronta la presenza di «molte persone mentecatte che si trovano nelle carceri della Torre». Sabbatini, *Dal monastero allo spedale de' pazzi*, op. cit., p. 3 e 45-48.

59 Vengono messe sul tavolo diverse ipotesi, tra queste l'ipotesi di riattare un vecchio quartiere militare in disuso. L'idea viene, tuttavia, presto abbandonata poiché il campo si trova in posizione prospiciente alle mura della città «Non comparisce di convenienza e di decoro che venga destinato a tale alloggio un lugo intorno a cui è più frequente spesso il passaggio di più e diversi generi di persone» G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca*, *op. cit*., pp. 24-25.

60 Cfr. il Breve papale «Bonus ille pastor aeternus» del 27 novembre 1770.

controparte pubblica rappresentato dal senato della Repubblica. Sebbene le resistenze, il 5 maggio 1769, il consiglio approva la soppressione dell'ordine dei canonici lateranensi, aprendo così la strada alla riconversione dell'edificio.[61] Il 1° giugno 1770, dopo oltre un anno di trattative, le autorità lucchesi decidono di agire ufficialmente, richiedendo a papa Clemente XIV la ratifica della soppressione dell'ordine e l'assegnazione del convento allo stato. Dopo lunghi negoziati diplomatici, il 17 novembre dello stesso anno, arriva la risposta: il Pontefice sopprime l'ordine e concede il monastero, con tutti i suoi beni, allo stato lucchese affinché lo trasformi in un «nosocomio misericordiae» «ut qui a mentis insania laborant in eo recipiantur et alantur». Il 6 dicembre del 1770, una piccola scorta militare accompagna le prime autorità civili in visita al monastero per prenderne possesso: ha inizio la storia dello Spedale de' pazzi di Fregionaia. Se è vero, come osservano Del Pistoia, Arrigucci e Canova, che lo Spedale de' pazzi di Lucca:

> non sorg[a] come medicalizzazione di un preesistente spazio di esclusione, come appropriazione medica di una sacca di emarginazione sociale; ma sorge come reperto dell'Ospedale di S. Luca della Misericordia […] con una sede istituita all'uopo nel ristrutturato convento di Fregionaia.[62]

è altrettanto innegabile, tuttavia, che il progetto di Fregionaia trovi una linea di discendenza dalle pratiche di gestione della marginalità sociale e della povertà, già consolidate sul territorio della Repubblica da secoli, di cui lo Spedale de' pazzi è solo l'ultimo pezzo di un più ampio dispositivo di controllo. Il passaggio di "consegne" del drappello dei carcerati-folli nelle mani della nuova istituzione, del 21 aprile 1773, ne è una chiara dimostrazione: i primi ventiquattro ricoverati, trasferiti dalle carceri della Torre e dall'ospedale di San Luca, giungono a Fregionaia, scortati fin sulla soglia dell'istituto da un buon numero di armati. Qui, i carcerieri "affidano" nelle mani degli infermieri i malati, senza oltrepassare la soglia del convento di Fregionaia: il folle, fino ad oggi riconosciuto come un problema di tutela e sicurezza urbana, è, ora, distinto nel suo *status* di ammalato e per questo affrancato dall'istituzione ospedaliera.[63] Questo gesto, carico di simbolismo, tuttavia, è il segno tangibile di una ambiguità fondativa della psichiatria moderna: al tempo stesso applicazione pratica di una teoria "emancipatrice" – strappare il folle dalle carceri - e ultimo approdo di una continuità disciplinare che, dalle celle del carcere, conduce senza soluzione di continuità alle stanze d'isolamento dello Spedale.[64]

---

61 A. Cappellini, *Il manicomio di Fregionaia. Canni storici e descrittivi*, Empoli, Lambruschi, 1919, p. 10.

62 L. Del Pistoia, E. Arrigucci, L. Canova, *Emarginazione e istituzione in una città illuministica: ricerche sulla origine dell'O.P. Di Lucca*, in *L'emarginazione psichiatrica nella storia e nella società*, Rivista Sperimentale di Freniatria, Reggio Emilia, 1980, p. 944.

63 La "famiglia" dello spedale è così composta: quattro serventi maschi, un barbiere, tre donne (tra cui l'infermiera Chiara Nannizzi, moglie del medico-cherurgo), il medico-cherurgo Nicolao Nannizzi, il medico Antonio Moni e il reverendo custode.

64 La cerimonia è descritta con dovizia di particolari dal testo di G.L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, op. cit,*, pp. 26.

Lo Spedale di Santa Maria viene posto sotto la direzione dello Spedale di San Luca, che ne assume anche la gestione finanziaria. Tuttavia, l'aspettativa che il convento potesse raggiungersi su una propria autonomia economica si rivela da subito irrealistica. Le ingenti spese per la ristrutturazione e l'ammodernamento dell'edificio, il mantenimento degli ex monaci e il costo del personale si rivelano una vera e propria «calamità amministrativa»[65] per i conti dell'Ospedale di San Luca. A ciò si aggiunge l'«obbligo di ricevere e mantenere i pazzi della Città e dello Stato e di somministrare i medicinali ed il vitto alle case loro»[66]. Intanto prende forma l'organizzazione del personale amministrativo e sanitario dello Spedale di Fregionaia. Anche stavolta il modello a cui si fa riferimento è quello del Santa Dorotea di Firenze. Il rettore dell'Ospedale di San Luca, Lorenzo Bartolini invia, per alcuni mesi, Giuseppe Squaglia, futuro servente dello Spedale, a formarsi presso l'istituto fiorentino.[67] Questo accade dal punto di vista dell'organizzazione interna, ma anche dal punto di vista degli internamenti è già possibile fotografare certi fenomeni sociali. Nei primi trent'anni di vita dell'istituto, si consolida, infatti, un paradigma di internamento che colpisce in particolare determinate categorie di soggetti. Tra il 1773 e il 1808 vengono registrati 802 ingressi[68], con una sostanziale equivalenza di genere. La maggior parte degli internati (circa il 77%) proviene dalla città di Lucca, dalla campagna peri-urbana e dalla zona rivierasca, mentre solo il 18% arriva da aree montane più difficili da raggiungere, come la Media Valle del Serchio e la Garfagnana. I ricoverati stranieri sono una piccola percentuale (5%). Oltre il 70% dei ricoverati è registrato come "non dozzinato", ovvero non in grado di sostenere la retta ospedaliera, e la maggior parte di questi è composta da donne. Gli internamenti sono generalmente brevi: il 55% dura meno di un anno, mentre solo il 27% dura da uno a cinque anni e il 18% oltre i cinque anni. La mortalità è elevata, con oltre un terzo dei ricoverati che muore in istituto, in particolare nel primo anno di ricovero (38%). Il quadro

---

65 G. B. Giordano, *L'amministrazione dello Spedale di San Luca della Misericordia dal 1747 al 1782*, in «Quaderni della rivista "La provincia di Lucca», vol. IV, A. G. Lucchese, Lucca, 11964, p.33; sul tema cfr. Gaia Petroni, *I bilanci degli ospedali di San Luca e di Fregionaia*, in R. Sabbatini, *Dal monastero allo spedale de' pazzi*, op. cit. pp. 169-180

66 A. Cappellini, *Il manicomio di Fregionaia*, op. cit., p. 28.

67 Cfr. G. B. Giordano, L. Laquidara, *il Manicomio di Lucca dalla fondazione all'Unità d'Italia*, *Giornata di studi sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'Ottocento (1989: Siena) Atti della giornata di studi sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici in Toscana nell'Ottocento*, 1990, p. 145. L'organigramma apicale dello Spedale è composto da tre ruoli chiave: il Reverendo custode - una sorta di rettore dell'istituto, i cui compiti sono di sorveglianza, di controllo dei lavori dei serventi e di cura delle anime, una figura ibrida tra la dimensione religiosa e quella dirigenziale a capo del personale-; il medico-cherusico; il medico, ovvero colui che deve valutare le ammissioni dei pazzi e accertare che questi fossero muniti dei certificati necessari.

68 C'è discordanza nella bibliografia sul numero degli internamenti di questo primo periodo di vita dell'istituto. Mentre G. B. Giordano in *Considerazioni storiche sul movimento degli alienati nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Lucca dal 1786 al 1820 (*Empoli, Caparrini, 1959) stima il numero degli internamenti in pochi centinaia, salvo poi correggersi in uno studio di pochi anni seguenti (G.B. Giordano, *Fra Registri e statistiche di Fregionaja* – La Provincia di Lucca, 3, 6, 1962) dove parla di un numero di 1086 ricoverati tra il 1773 e il 1807, ripartiti tra 582 maschi e 504 donne, lo studio di Gaia Petroni, *I ricoverati dello Spedale de' pazzi di Fregionaia (1773-1808)* (in R. Sabbatini, *Dal monastero allo spedale de' pazzi*, op. cit. pp. 157-167) riporta il numero di 802. Causa le lacune che presentano il materiale archivistico e i registri delle ammissioni non è possibile arrivare ad un numero puntuale. Tuttavia, si predilige accogliere all'interno del testo il numero di ricoverati congetturato da Petroni per una questione di coerenza interna al testo, poiché dell'autrice vengono accolti i risultati degli studi sulle rivelazioni statistiche e demografiche della popolazione internata.

demografico mostra chiaramente che gli internamenti riguardano principalmente persone povere, egualmente maschi e femmine, provenienti da aree urbane o facilmente accessibili alle reti assistenziali ed istituzionali, e molti arrivano già in condizioni fisiche precarie, fattore che accelera il loro decesso in struttura una volta internati.[69]

1.2 Il consolidamento della realtà ospedaliera di Fregionaia: dalla reggenza napoleonica all'Unità d'Italia

Nel corso dei settant'anni compresi tra il periodo francese e la prima direzione dell'Italia unita, si avviano quei processi strutturali che troveranno pieno sviluppo nel manicomio di Fregionaia nel XX secolo. In questo arco temporale si consolidano due elementi fondativi del paradigma psichiatrico moderno: da un lato, la figura del medico-direttore posto al vertice dell'organizzazione ospedaliera, che accentra su di sé, progressivamente, competenze sempre più estese, in particolare sul piano terapeutico; dall'altro, la presenza di numeri sempre più elevati di internati. A ciò si accompagna una strutturazione del personale sanitario sempre più laico e gerarchizzato, ma soprattutto "professionale" – legato, cioè a curriculum di formazione ad hoc -, orientato alla clinica sperimentale ed alla ricerca medica. Anche i ricoveri si strutturano maggiormente, ora sostenuti da un sistematico ricorso alla statistica manicomiale e alla tenuta dei registri d'ingresso. Dal punto di vista geografico, invece, si rafforzano quei canali osmotici di relazionalità che legano l'istituto al contesto territoriale dell'Oltreserchio. mentre si delinea, con precisione, il bacino geografico d'utenza del manicomio.

L'arrivo delle truppe napoleoniche nel 1799 segna l'inizio di un cambiamento radicale, culminato nel 1805 con la caduta del governo repubblicano e la trasformazione della città in un principato sotto Elisa Bonaparte e Felice Baciocchi. In breve, Lucca perde la sua indipendenza secolare, legandosi prima allo stato di Piombino e poi finendo sotto il controllo del Granducato di Toscana. Tuttavia, il periodo francese è segnato anche dall'avvio di una serie di riforme amministrative "moderne", incluse quelle sanitarie. La riforma sanitaria francese introduce nuove procedure per il ricovero, ispirate ai codici napoleonici, con l'intento di ridurre l'arbitrarietà della forza pubblica nei casi di ricovero. Parroci, medici e parenti del malato diventano attori attivi nel processo di ricovero, divenendo obbligati a fornire documenti ufficiali - come fedi giurate o carte libere - che attestino lo stato di pazzia del soggetto e lo accompagnino in ospedale. Viene inoltre istituito un doppio controllo: dopo la prima fase di rilevazione è il medico di Fregionaia, dopo un periodo di osservazione, ad avere l'ultima parola sulla convalida o meno dell'internamento.[70] Sotto l'impulso dei riformatori francesi, anche lo stato lucchese recepisce le direttive di laicizzazione e riorganizzazione

[69] Sulle statistiche di internamento nello Spedale de' pazzi di Fregionaia tra il 1786 e il 1820 cfr. G. B. Giordano, *Considerazioni storiche sul movimento degli alienati nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Lucca dal 1786 al 1820*, Caparrini, Empoli, 1959, pp. 3-7.

[70] A. Cappellini, *Il manicomio di Fregionaia,* op. cit., p. 28.

delle istituzioni assistenziali, seguendo il modello napoleonico. Il 26 luglio 1807 viene abolita la Corte dei Mercanti, mentre l'anno successivo, con il Regolamento Generale del 1808, tutti gli enti assistenziali vengono centralizzati sotto un'unica direzione amministrativa denominata *Reali Ospedali ed Ospizij* di Lucca. Sebbene Fregionaia fosse già sotto il controllo dell'Ospedale San Luca, la riforma del 1808 – confermata poi dalla riforma borbonica del'11 giugno 1819 – sancisce ufficialmente la gestione unica consorziata tra i due istituti. La direzione generale degli Ospedali ed Ospizij di Lucca diventa, dunque, l'organo centrale da cui dipende l'intera politica assistenziale dello stato. Nel frattempo, anche la situazione ospedaliera toscana subisce una importante trasformazione. Il Santa Dorotea, l'ospedale-modello da cui ci si era ispirati per l'organizzazione dello Spedale di Fregionaia, nel 1788 viene smantellato e i malati vengono trasferiti nell'ospedale Bonifazio, l'altro grande ricovero per pazzi di Firenze. Il trasferimento viene supervisionato dal medico Vincenzo Chiarugi, che, in quello stesso anno, arriva al Bonifacio ricoprendo il ruolo di capo infermiere (una sorta di direttore, sottoposto, tuttavia, all'autorità religiosa). Figura eponima della storia della psichiatria italiana, Chiarugi riforma le pratiche di custodia e di organizzazione interna dell'ospedale.[71] Nel suo *Regolamento dei Regi Spedali di S. Maria Nuova e di Bonifazio*, pubblicato nel 1789, Chiarugi definisce criteri "umanitari" ed etici per il trattamento dei malati, abolendo, ad esempio, la contenzione dei ceppi e le punizioni corporali.[72] Questo clima di generale riformismo trova nel medico Giovanni Bonaccorsi un entusiasta attuatore dei precetti illuministici tra le mura dell'ex monastero di Lucca. Bonaccorsi, nominato nel 1813 cherusico-infermiere di Fregionaia, pur discepolo di una scuola medico-psicologica ancora in gran parte dogmatica e prescientifica[73] è, tuttavia, al pari di Chiarugi, un riformatore del codice disciplinare dell'istituto. Ispirato, anch'egli, da un approccio di tipo umano ed etico nei confronti dei ricoverati - «tutto dolce, tutto filosofico, senza ombra di violenza»[74]-, pur non annullando del tutto le forme di contenzione (le celle di isolamento e la camiciola inglese) ne propone un utilizzo limitato ai soli casi acuti, accompagnando la riforma ad

---

71 La letteratura che riguarda le opere e la figura di Vincenzo Chiarugi è molto vasta, spaziando da contributi di tipo nazionali a riconoscimenti internazionali, e meriterebbe una raccolta bibliografica a parte. Si ricorda qui il solo contributo di G. Roccatagliata *Vincenzo Chiarugi (1759-1820): uno psichiatra nella Toscana di Leopoldo I*, in «Neopsichiatria», Pisa, Mariotti, 1972, pp. 1-11 che ne ripercorre a tappe sommarie la biografia.

72 Sebbene la letteratura abbia a lungo cercato di tracciare un parallelo tra Chiarugi e Pinel, considerandolo un anticipatore del celebre psichiatra francese, Stok osserva che, alla luce degli scritti di Chiarugi, tale parallelo risulta infondato. In effetti, le differenze tra i due approcci rendono impossibile considerare Chiarugi un precursore di Pinel. Mentre Pinel, in dialogo con la grande scuola vitalistica e i circoli intellettuali degli *ideologues* francesi, elabora una frattura epistemologica nel mondo dell'empirismo e delle scienze naturali, proponendo una teoria di malattia mentale prismata da termini nosografici, Chiarugi resta legato a forme di sapere ancora prescientifiche, come le teorie iatromeccaniche, sensorie e degli squilibri tra l'anima - incorruttibile per dogma cristiano - e il corpo cfr. F. Stok, *L'officina dell'intelletto. Alle origini dell'istituzione psichiatrica in Toscana*, Roma, Il Pensiero scientifico, 1983, p. 21-24.

73 Il lavoro di ricerca di Bonaccorsi si sviluppa nel solco delle teorie iatromeccaniche, vitaliste, solidiste e fluidiste, come evidenziato dai risultati e dal metodo dei suoi studi, ad esempio, riguardo gli usi terapeutici delle erbe acquatiche nei casi di epilessia e nevrosi - terapia di cui farà ampio utilizzo a Fregionaia. Cfr. G. Buonaccorsi, *Della piantaggine acquatica e suo uso nella epilessia e nella cura delle nevrosi. Cenni storici*, Lucca, Reale tipografia Baroni, 1846.

74 G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, op. cit.*, pp. 32.

un utilizzo estensivo dell'ergoterapia agricola. Nel 1829, infatti, il duca Carlo Ludovico di Borbone, su spinta di Bonaccorsi, dona al manicomio il podere dell'ex monastero di Fregionaia - che era stato scorporato dai beni dello Spedale nel 1770 – e proprio su queste terre sarà istituita la prima colonia agricola[75]. Tuttavia, Bonaccorsi, ancora prima della concessione delle terre, aveva avviato un processo di sfoltimento del manicomio, almeno per quanto riguarda i malati cronici tranquilli, incentivando la custodia etero familiare legata al lavoro agricolo. Ispirato all'esempio dell'ospedale-villaggio di Gheel, Bonaccorsi stimola il coinvolgimento dei pazienti nel lavoro dei piccoli appezzamenti terrieri posseduti dagli stessi serventi dell'istituto. Si configura così una forma di economia sociale che ridefinisce non solo l'immagine del manicomio, ma plasma anche il paesaggio antropico circostante: non è tanto l'ospedale ad aprirsi verso l'esterno, quanto il mondo rurale della campagna dell'Oltreserchio a riconfigurarsi come appendice operativa di un sistema centralizzato di gestione della pazzia. Il paziente, ora inserito in una dinamica di *corvée* ospedaliera, vive nelle case dei suoi custodi, integrando col proprio lavoro il magro salario di chi lo ospita e alleggerendo, al tempo stesso, il bilancio di spesa dei Regi Ospedali. Va dunque sottolineato, già da ora, come fosse ben chiaro agli enti organizzatori dell'istituto il valore economico della forza lavoro alienata. Questo ricorso al lavoro coatto produce due effetti: da un lato, valorizza una forza lavoro che altrimenti resterebbe inutilizzata; dall'altro, concretizza il tentativo di «diversificare il regime di segregazione prevalso nei primi decenni di vita della Fregionaia»[76], dando seguito alle istanze etiche e umanitarie che, pur senza un riferimento diretto al trattamento morale pineliano, Bonaccorsi persegue. Sotto la direzione di Bonaccorsi, il numero dei ricoverati a Fregionaia cresce sensibilmente, dando avvio a quel processo apparentemente irreversibile di aumento costante degli internamenti che si consoliderà nei decenni successivi. A partire dalla seconda metà del XIX secolo, questo fenomeno si accompagna a un'attenzione crescente per le statistiche e le rilevazioni numeriche sulla popolazione internata.[77] I dati mostrano chiaramente come il numero degli internamenti a Fregionaia cresca esponenzialmente

---

75 Cfr. sulla colonia agricola di Fregionaia G. Mondolfi, *Il lavoro agricolo come mezzo terapeutico. Fregionaia un'eccellenza dimenticata*, in Rivista di Storia dell'Agricoltura - a. LIII, n. 2., 2013, pp. 157-163.

76 F. Stok, *Vicende e personaggi del manicomio lucchese*, in «fogli di informazione», n. 180, p. 60.

77 Fabio Stok (*L'officina dell'intelletto. Alle origini dell'istituzione psichiatrica in Toscana* op. cit., p. 48-49) osserva che, coincidente con il momento di consolidamento delle realtà manicomiali, la maggiore attenzione nella compilazione dei registri costituisce uno degli elementi cardine del paradigma psichiatrico. Il manicomio, infatti, si afferma sempre più come istituzione non solo assistenziale ma anche amministrativa e burocratica, dove la documentazione e la statistica assumono un ruolo cruciale. Tuttavia, Stok sottolinea come questo processo non sia affatto neutrale: la compilazione dei dati spesso risponde a una volontà apodittica, ovvero alla necessità di dimostrare un fenomeno già presupposto come vero. In particolare, la rilevazione e la pubblicazione dei dati sugli internamenti rispondono a un preciso intento di costruzione della "questione manicomiale", presentando l'aumento dei ricoveri come una realtà ineluttabile. La statistica diviene così uno strumento non solo di registrazione ma anche di legittimazione della crescita dell'istituzione psichiatrica, influenzando le percezioni dell'opinione pubblica. Non sorprende, quindi, che il primo censimento in Toscana venga realizzato nel 1854 da Bini per il manicomio fiorentino del Bonifacio, con la denuncia della scarsa attenzione per i dati statistici negli altri ospedali della regione. Allo stesso modo, appare significativo che Cappelli, nel 1883, conduca una vasta indagine retrospettiva sui dati del manicomio di Fregionaia, proprio a partire dal 1850, periodo in cui la raccolta e la sistematizzazione delle informazioni iniziano ad assumere una certa rigorosità scientifica.

in questo periodo. Durante la lunga direzione di Bonaccorsi, gli ingressi annuali si stabilizzano su una media di 51,10 ricoveri. Tuttavia, già nel quindicennio successivo (1851-1865), si registra un aumento significativo del 49,45%, con una media annua di 81,6 ricoveri. L'incremento diventa ancora più evidente tra il 1866 e il 1881, quando la media degli ingressi annuali sale a 146, segnando un aumento del 104,22% rispetto al periodo precedente. Il fenomeno non sorprende, in quanto si inserisce nel più ampio quadro nazionale di crescita della popolazione manicomiale: già nel 1877, lo psichiatra Andrea Verga segnalava un aumento significativo degli internati a livello nazionale tra il 1874 e il 1877.[78] In Toscana nel manicomio Bonifazio di Firenze, si registrano numeri simili: in soli venticinque anni, gli internamenti passano da 203 nel 1825 ad oltre 503 nel 1850. Per quanto riguarda il quadro normativo che disciplina sia l'iter di ricovero dei pazzi sia il sistema del dozzinamento per i malati poveri - quest'ultimo regolato dalla riforma ducale lucchese del'11 giugno 1819[79] -, un momento di svolta si verifica nel 1847, con l'abdicazione di Carlo Ludovico di Borbone e la conseguente dissoluzione dello stato lucchese e l'assorbimento dello stesso nel Granducato di Toscana. Il cambio di regime inaugura una fase di riorganizzazione del sistema assistenziale, orientata all'adeguamento dei servizi ospedalieri agli standard della rete medica ed assistenziale del granducale.[80] In questo contesto, anche Lucca adotta il *corpus* normativo toscano in materia di assistenza freniatrica: il *motu proprio* lorenese del 6 luglio 1833 per la disciplina delle spese[81], e quello del 2 agosto 1838 per le procedure di internamento[82] sussumono la precedente normativa lucchese del 1808. L'annessione allo stato toscano determina inoltre un incremento significativo degli internamenti, direttamente connesso all'ampliamento del bacino territoriale di riferimento dell'ospedale. Se prima Fregionaia accoglieva principalmente pazienti provenienti dalla sola area lucchese, ora si trova a ricevere malati da un ambito geografico più esteso.[83] Nel 1851, in concomitanza con la riforma del regolamento organico

---

78 A. Verga, *Dei pazzi che trovavansi reclusi nei manicomi ed ospitali d'Italia alla fine dell'anno 1877*, in «Archivio di statistica», Roma, Loescher, 1880, p. 235-265. Sull'aumento degli internamenti Verga riporta ca. +17%, tuttavia, per penna dello stesso autore, il numero, impressionante, va tarato alle difficoltà che sono state riscontrate nel condurre il censimento del 1874 Cfr. anche C. Castiglioni, *Note statistiche sul numero dei pazzi in Lombardia nel 1855,* Milano, 1861.

79 Nel capitolo primo, all'art. 9, dallo speciale statuto, voluto dalla duchessa Maria Luisa di Borbone per organizzare il sistema assistenziale territoriale, vengono dettate le linee di gestione finanziarie ed economiche degli ospedali, tra cui lo stabile di Fregionaia. La legge prevede che ogni anno vengano fissati per legge un numero massimo di malati indigenti di cui l'Ospedale può farsi carico, mentre gli extra numerari dovranno essere mantenuti dalle Vicarie – organi amministrativi territoriali – di residenza dei malati stessi. Si definisce, dunque, un criterio di residenzialità della spesa per l'assistenza sanitaria. Cfr. *Bollettino delle leggi del ducato lucchese*, Lucca, Baroni, 1820, pp. 110-114.

80 A. Zuccagli-Orlandini, *Ricerche statistiche sul Granducato di Toscana*, vol. V, Firenze, Tofani, 1854, pp. 315-316.

81 Viene mantenuto il sistema di contribuzione da parte dei comuni per il mantenimento dei pazzi poveri ricoverati in ospedale.

82 L'articolo 112 della legge lorenese stabilisce, infatti, che la reclusione di una persona in manicomio, per comprovata demenza, debba essere subordinata all'autorizzazione di un Tribunale di prima istanza, previa valutazione del "fatto della demenza" da parte della Camera di Consiglio. *Reale Motuproprio del 2 agosto 1838, contenente l'organizzazione dei nuovi tribunali toscani al quale viene unita per la più sollecita intelligenza ed esecuzione del medesimo*, Firenze, Stamperia Granducale, 1838, p. 43.

83 Cfr. le tabelle in G.B.Giordano, *Storia dell'ospedale di Fregionaia nel secolo XIX ed inventario del suo archivio*

degli uffici di pubblica beneficenza di Lucca, vengono introdotte importanti innovazioni anche per quanto riguarda lo stabile di Fregionaia.[84] Tra queste, spiccano l'introduzione del sistema delle *module informative*,[85] l'abolizione della figura del Reverendo custode, la trasformazione del chirurgo-infermiere in Direttore medico e l'introduzione del ruolo del Sorvegliante economo con funzioni di ragioneria. L'adozione delle *module informative* segna una svolta nell'iter di accesso alla struttura manicomiale: non è più sufficiente la sola documentazione amministrativa, ma diventa obbligatoria una relazione medica che includa, seppur in forma rudimentale, dati anamnestici e biografici del ricoverando. Un ruolo centrale è affidato al direttore medico, che, quando possibile o necessario, può interrogare personalmente familiari e congiunti, integrando così l'analisi clinica con un'indagine del contesto familiare e sociale.[86] Nel 1855 Corrado Taddei de' Gravina subentra a Bonaccorsi alla guida del manicomio, avviando una fase di riorganizzazione per allineare l'istituto alle direttive granducali. Già noto per i suoi studi sulle proprietà terapeutiche delle acque salso-iodiche[87], Gravina si trova a governare un periodo estremamente critico dell'ospedale: tra il 1856 e il 1859, i ricoverati stabili in struttura aumentano da 186 a 245[88], esasperando le tensioni interne e portando ad un incremento delle sanzioni disciplinari da parte del direttore verso il personale servente.[89] Il clima di instabilità,

storico dal 1813 al 1942, Roma, Delfino editore, 1991, p. 56-57.

84 Viene riformato anche l'organigramma dell'istituto. Fanno parte del regio Manicomio di Fregionaia il Medico Chirurgo Infermiere incaricato della direzione Buonaccorsi; il ruolo di medico è assunto da Alessandro Gianni Sig. Dott Alessandro primo medico consultore dei RR Spedali di Lucca; il ruolo di cappellano viene svolto da Rev. don Emilio Pardi. Fanno parte dell'organico anche due suore della Carità dell'Istituto d'Ivrea. Cfr. *Almanacco toscano per l'anno 1854*, Firenze, Stamperia Granducale, 1854, p. 371.

85 G. Cappelli, *Statistica del manicomio di Fregionaia presso Lucca*, Firenze, Cenniniana, 1883, p. V. L'introduzione delle cartelle cliniche o, meglio, le annotazioni per ogni paziente di notizie di natura diagnostica ed anamnestica, viene fissato Regolamento organico per l'uffizio di pubblica beneficenza di Lucca dall'8 febbraio del 1851, all'art. 6 cfr. *Lucca. Regolamento organico per l'uffizio di pubblica beneficenza di Lucca approvato con sovr. Dispaccio del 1. settembre 1856 - preceduto dal regolamento organico dell'8 febbraio 1851*, Lucca, Tip. Rocchi, 1856. Tuttavia, già negli anni '20 del XIX il dottor Bonaccorsi aveva iniziato a tenere nota sul registro delle ammissioni dei risultati delle necroscopie condotte sui ricoverati, inizio di un abbozzo di cartella clinica (G. B. Giordano, L. Laquidara, *Il Manicomio di Lucca dalla fondazione all'Unità d'Italia*, op. cit.,p. 146).

86 I dati raccolti sui malati e sulle loro diagnosi dal 1851 al 1881 vengono pubblicati in un voluminoso studio statistico uscito nel 1883, finanziato dall'Opera stessa e curato da Gaetano Cappelli, futuro Direttore di Maggiano dal 1866 al 1898. Tuttavia, il dato specifico riportato da Cappelli sembra entrare in contrasto con quanto affermato da Andrea Cristiani, successivo direttore di Maggiano, in una pubblicazione del 1893. Cristiani sostiene infatti che il sistema delle modula informative – ovvero la pratica di annotare lo sviluppo delle malattie direttamente sulle carte dei certificati medici redatti dai medici condotti – venga introdotto a Maggiano solo nel 1866, attribuendone l'implementazione proprio a Cappelli. Se questa affermazione fosse corretta, la sistematizzazione del metodo avverrebbe anni più tardi rispetto a quanto dichiarato da Cappelli stesso. Eppure, lo studio di Cappelli sembra smentire questa ipotesi. Probabilmente Cristiani intende sottolineare che, sotto la direzione di Cappelli, vi sia stata una maggiore strutturazione scientifica delle cartelle cliniche, che fino ad allora contenevano solo annotazioni diagnostiche e biografiche essenziali. Fino all'introduzione del sistema di classificazione proposto da Andrea Verga, infatti, non esisteva a livello nazionale una nomenclatura freniatrica unica e universalmente adottata negli istituti del regno. A. Cristiani, *Contributo allo studio dell'etiologia della paralisi generale*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», n. 19, a. 1892, p. 230.

87 Cfr. A. Targioni-Tozzetti, *Compendio delle osservazioni ed analisi chimiche sull'acqua salsojodica di Castrocaro*, Forlì, Casali, 1861, pp. 4-8.

88 G. Cappelli, *Statistica del manicomio di Fregionaia presso Lucca*, op. cit., 1883, p. 4, tav. II.

89 G.B.Giordano, *Storia dell'ospedale di Fregionaia nel secolo XIX ed inventario del suo archivio storico dal 1813 al 1942*, op. cit., 1991, p. 28. Si tenga presente, inoltre, che dal 1859 viene applicato in maniera stringente, sotto la supervisione dell'appena istituito Ispettore Economo, il regolamento interno del 1848 che sanziona qualsiasi abuso del vestiario, tra questo l'utilizzo scorretto delle uniformi al di fuori dalla struttura manicomiale. La decisione deve aver di

accentuato da un'epidemia di colera, culmina tragicamente il 3 giugno 1859, quando Gravina viene accoltellato da un inserviente nel bel mezzo di un agguato notturno. Trasferito all'Ospedale di Lucca, morirà il 15 giugno.[90]

Nel 1859 Giuseppe Neri, allievo dello psichiatra Francesco Bini, formatosi presso l'istituto psichiatrico Bonifacio di Firenze, assume la direzione del manicomio di Fregionaia. Il suo mandato è caratterizzato da forti contrasti con la direzione generale degli ospedali lucchesi, dovuti principalmente ai costi delle riforme da lui promosse. Un conflitto che trova una eco anche sulle pagine delle riviste di medicina di quegli anni.[91]. Il clima di tensione riduce la permanenza del medico a Lucca a soli sei anni, che si caratterizzano, però, per il forte dirigismo e i forti cambiamenti clinici ed organizzativi. Neri diversifica l'ergoterapia, introducendo attività manifatturiere accanto a quelle agricole: nel 1860 istituisce il reparto di sartoria maschile, seguito nel 1862 dall'apertura di una calzoleria. Inoltre, avvia un esperimento di musicoterapia, ispirandosi alla *thérapie morale* teorizzata da Pinel[92]e già diffusa presso i frenocomi francesi. Parallelamente, Neri intensifica le misure di sicurezza e contenzione all'interno della struttura, adottando soluzioni architettoniche mirate a prevenire le fughe. Tra le sue iniziative, fa installare finestre con vetri spessi e infrangibili, seguendo una logica di cautela che Neri sintetizza con estrema franchezza: «Potrei tornare in mezzo ai colerosi senza pensarvi; ma una finestra aperta nel Manicomio mi fa più paura».[93] Persino la riduzione del lavoro agricolo in colonia, al quale viene piuttosto preferito un lavoro di tipo manifatturiero "controllabile" in officine apposite, risponde a stringenti problemi di controllo sugli internati.[94] Infine, fortemente saldo ad una epistemologia induttivistica che pone come centrali pratiche terapiche di tipo somatico, fa ampliare gli impianti delle vasche per l'idroterapia ed i bagni caldi, come rimedio di gestione dell'accesso psicotico o contenimento dei furiosi.[95] Perno dell'opera riformatrice di Neri è, tuttavia, la "razionalizzazione" dell'organizzazione manicomiale, incentrata su una maggiore

certo esacerbato il già non disteso clima respirato in istituto. G.B.Giordano, *Storia dell'ospedale di Fregionaia,* op cit, p. 39.

90 A. Omodei, C. Calderini, R. Griffini, *Annali universali di medicina*, Milano, Annali Universali, 1859, p. 446.

91 Cfr. F. Stok, *L'officina dell'intelletto*, op. cit, p. 46. Lo psichiatra Serafino Biffi scriverà sulle pagine de l'«Archivio italiano per le malattie nervose e mentali» *(*1865, p. 357) come Neri trovasse «le ire de' suoi nemici» a causa dell'ambizioso progetto di rinnovamento che coltivava per Fregionaia.

92 P. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie*, Richard, Caille et Ravier, Paris, 1801, pp. 277-278. Neri fa acquistare ed installa in manicomio un organo a tastiera e cilindro, offrendo ai pazienti con competenze musicali l'opportunità di esercitarsi, arricchendo così l'approccio terapeutico con elementi culturali e ludici.

93 G. Neri, *Sul manicomio di Perugia. Lettera al cav. Dottore Cesare Castiglioni*, Lana, Fano, 1871, p. 8.

94 G. Neri, *Sulla ubicazione di un manicomio e sulla convenienza di averlo in Pisa*, Tip. Lana, Fano, 1869, p. 8: «Chi pertanto confidasse moltissimo nel vantaggio dei lavori agricoli, è bene sia informato che a tali lavori non può dedicarsi che un limitato numero di alienati e quelli che generalmente sono cronici e incurabili […] potei confermarmi nel mio concetto quando fui costretto a togliere dai lavori agricoli i malati affidatimi nel Manicomio di Lucca, ed ebbi la prova provata che mentre l'assenza dal campo non scemava le guarigioni, cresceva la mia quiete perché mi rassicurava specialmente sull'evasione che riescono facili durante i lavori».

95 G.B.Giordano, *Storia dell'ospedale di Fregionaia nel secolo XIX ed inventario del suo archivio storico dal 1813 al 1942*, Delfino editore, Roma, 1991, p. 14-15.

strutturazione del personale interno ed una maggiore complementarietà tra le tecniche di organizzazione sanitaria nell'istituto e le più avanzate tecniche manicomiali. Istituisce, infatti, gradi militari tra i serventi, i "caporali" e "vice-caporali", strutturando gerarchicamente la divisione dei ruoli interni, ottimizzando la gestione della disciplina e delle attività quotidiane. Intanto nel 1861 nasce il Regno d'Italia e l'ospedale lucchese entra in una dimensione di relazionalità nazionale. È infatti a questo punto, proprio rispondendo a criteri di modernità, che Neri recepisce quel biasimo, condiviso unanimemente dalla classe medico-alienista nazionale, per l'assenza di regole uniche ed omogenee nella gestione degli ospedali psichiatrici nel nuovo regno italiano, denunciando la persistenza di quelle leggi singolari ereditate dagli stati preunitari. Nel suo ruolo di direttore di Fregionaia e alienista, Neri, infatti, partecipa al dibattito sorto in seno al decimo Congresso degli scienziati italiani, riunitosi a Siena nel 1862, su una legge unica nazionale per i manicomi.[96] Al culmine di uno scontro interno con la direzione generale, Neri lascia l'incarico e accetta la libera docenza presso la facoltà di medicina dell'Università di Pisa[97] e, nel 1869, assume la direzione del manicomio Santa Margherita di Perugia. Sotto la sua direzione, il numero dei ricoveri cresce in modo significativo. Già nel 1861, primo anno della sua amministrazione, le ammissioni annuali superano il centinaio, rispetto alla media di circa settanta internamenti registrata negli anni precedenti. Questa tendenza prosegue fino al 1865, quando, a causa dell'aumento degli ingressi e della stabilità del numero delle dimissioni, Fregionaia raggiunge per la prima volta la soglia dei duecento internati stabili.[98] L'incremento dei ricoveri comporta anche un maggiore protagonismo da parte del personale salariato impiegato nella struttura. Nel 1866 si registra la prima forma di iniziativa sindacale che coinvolge gli operai del Basso Servizio maschile - i serventi della divisione maschile- del manicomio di Lucca.[99] Nel 1866, in un momento di grave crisi amministrativa - segnato persino da scandali giudiziari che travolgono i vertici dei Regi Spedali ed Ospizi di Lucca - [100] e sanitaria - con una nuova

---

96 A conclusione dell'evento, infatti, Neri, come molti altri colleghi alienisti, sottoscrive una petizione indirizzata al ministro dell'Interno Ubaldino Peruzzi, con la quale «si chiede legge apposita ed uniforme per tutti li alienati e tutti i manicomj del regno», evidenziando la necessità di un intervento normativo per regolamentare in modo unitario l'assistenza psichiatrica in Italia. In «Archivio italiano per le malattie nervose», Milano, Chiusi, 1864, p. 413-414.

97 Nel periodo pisano, Neri approfondisce lo studio sulla possibile istituzione di un ospedale psichiatrico a Pisa *Cfr*. G. Neri, *Sulla ubicazione di un manicomio e sulla convenienza di averlo in Pisa*, Fano, Tip. Lana, 1869.

98 G. B. Giordano, L. Laquidara, *il Manicomio di Lucca dalla fondazione all'Unità d'Italia*, p. 169-170.

99 I lavoratori si mobilitano per chiedere alla Direzione generale degli ospedali di Lucca un aumento salariale, la parificazione delle retribuzioni con i colleghi delle infermerie degli ospedali lucchesi e significativi sgravi fiscali. Cfr. G.B.Giordano, *Storia dell'ospedale di Fregionaia nel secolo XIX ed inventario del suo archivio storico dal 1813 al 1942*, Roma, Delfino editore, 1991, p. 40.

100 Il direttore generale dei Regi Spedali ed Ospizi di Lucca, Antonio Brugi, viene costretto al riposo da un Regio Decreto del 5 maggio del 1869, dietro il decreto vi è la volontà di smussare la polemica che vedeva il Direttore protagonista dell'accusa di utilizzo indebito dei fondi dell'ente ospedaliero. Con Brugi viene destituito il 16 novembre del 1867 l'Ispettore economo degli ospedali lucchesi e molte altre figure di ragioneria. La vicenda corre sulle pagine dei giornali di zona (*la Nazione, Il Moccolo* e *Il Serchio*) e rimbalza persino sulle testate extra regionali. Ne dà copertura persino *L'amico del popolo* di Bologna (n. 261, 298 e 329). Sul caso dei fondi spesi, la Provincia costituisce una commissione d'inchiesta che porta all'accertamento delle responsabilità politiche dei vertici dell'ente. Brugi, nonostante la denuncia pubblica di un traffico di influenze tra il Prefetto ed il Commissario, è tuttavia costretto alle dimissioni. È interessante osservare come la faccenda si intrecci con lo stato di agitazione dei lavorati del basso servizio di Fregionaia.

ondata di colera - assume la direzione medica Gaetano Cappelli. La lunga direzione di Antonio Cappelli segna una fase di svolta per il manicomio di Maggiano, avviando un processo di riorganizzazione profonda. Grazie anche alla inaugurazione della biblioteca medica nel 1883,[101] a Fregionaia si consolida un nucleo prolifico di medici-ricercatori integrato nel dibattito alienista nazionale e che porta lo stabile a confrontarsi sul piano accademico con il resto degli istituti manicomiali italiani. Cappelli stesso vanta all'attivo una messe di pubblicazioni di una certa rilevanza, in specie sul tema delle psicosi alcoliche, le quali, pur segnate da una certa pedanteria e da un gusto compilatorio, muovono tuttavia interesse nel panorama scientifico alienista.[102] Sotto la sua guida, l'istituto conosce una importante stagione di sperimentazione medica, con l'accoglimento di molte tecniche di chimica-terapeutica[103]. È in questo clima di apertura alla ricerca che nel 1883 l'aiuto-direttore Raffaele Brugia avvia i suoi primi esperimenti sulla paralisi terapeutica e sul sonno indotto tramite suggestione ipnotica, applicate su donne ricoverate a Maggiano per disturbi isterico e l'istero-epilettici.[104] Si deve a Brugia, negli anni di servizio a Maggiano, nel 1884, la prima traduzione italiana

---

Brugi accusa il caporale dei serventi – e la moglie di quest'ultimo – di aver agitato demagogicamente la piazza indicando come ostacolo agli agognati aumenti salariali proprio le ruberie del Direttore. Brugi, dal canto suo, non risparmia stigmatizzazioni agli accusatori nella sua versione dei fatti, contraddistinta da una certa venatura classista, e afferma, rispondendo alla piazza, che le agitazioni dei serventi lo hanno «designato [...] all'odio delle classi le più pericolose» del circondario (A. Brugi, *Cenni intorno all'amministrazione dei Regi Ospedali e Ospizi di Lucca*, , Lucca, Canvetti1871, p. 18).

101 AfMT, *Carte della biblioteca*, fal. I, c. 1, 11 novembre 1971.

102 Sono molti gli studi e le pubblicazioni di Cappelli sulle riviste di freniatria dell'epoca e molti i suoi contributi sullo studio delle psicopatie. Specialmente Cappelli, coadiuvandosi con l'aiuto-direttore Raffaele Brugia, approfondisce i casi clinici di psicosi alcoliche. Pubblica nel 1885, sulle pagine della «Rivista sperimentale di freniatria» (vol XII, 1886, pp. 166-194) un interessante contributo che ha per oggetto una perizia medica, da lui stesso condotta, su di un uomo accusato di aver commesso un omicidio. L'uomo, un alcolista cronico, il 21 aprile del 1885 uccide, pugnalandola a morte nel bel mezzo di una lite, la suocera per strada. Dopo una rocambolesca fuga, l'assassino si presenta di fronte al giudice istruttore che ne chiede un giudizio medico degli psichiatri lucchesi. Seguendo strettamente una visione atavistica, Cappelli arriva alla conclusione che il delirio alcolico di cui soffre l'imputato sia motivato, in primis, da aspetti genealogici: già la madre soffre di nevrosi e i fratelli muoiono o tisici o alcolizzati. Tuttavia, il caso è riportato con un certo interesse sulla rivista dato che si attesta come l'ennesima dimostrazione dell'esistenza di una categoria di malati molto dibattuta, ovvero quella dei monomaniaci o dei folli ragionanti, come dimostra essere l'imputato. La follia ragionante – categoria teorizzata per la prima volta da Esquirol – consta di un delirio psicotico "circoscritto", ovvero di *una mania sine delirio*. Pur presente un retroterra degenerativo, il monomaniaco, infatti, non sembra aver compromesso tutte le proprie facoltà intellettive (sensoriali, etiche, morali). D'altronde non è un caso che Cappelli si interessi alla follia ragionante, spesso osservata sotto forma di isterismo, di cui Brugia è uno studioso. È ammissibile affermare che in questi anni Maggiano si configuri come una scuola di studio sperimentale sulle affezioni di tipo isteriche e monomaniache. Stok (*L'officina dell'intelletto,* op. cit. p.70) osserva come Lucca sia, in effetti, a confronto con la media nazionale e con il resto dei manicomi in Italia, il luogo dove maggiormente si interna per "pazzie ragionanti", con un dato di internamento che si attesta attorno al 24,9% (in Italia il dato è del 22,4%, a Firenze del 19,2%, mentre a Siena è solo al 12,6%). Ciò dimostra, in parte, quanto i numeri - così variabili nelle statistiche nosografiche degli internati nei diversi manicomi - siano ancorati alla formazione medico-culturale dei medici-primari.

103 Sotto la direzione Cappelli viene introdotto l'uso della morfina, del nitrito di amile, del cloralio, della paraldeide, della iosciamina (G. Cappelli, R. Brugia, *Sulle variazioni locali del polso nel cervello e nell'avambraccio dell'uomo, per effetto di alcuni agenti terapeutici*, in «Archivio italiano per le malattie nervose», Milano, 1886, p. 1-12)

104 Brugia affronta in un saggio dal titolo *La psico-fisiologia dell'ipnotismo. Studio critico-sperimentale* (Milano, Rechiedei, 1886) la sua esperienza su alcuni casi di donne ricoverate al manicomio di Ferrara, al frenocomio di Lucca e - una – all'ospedale civile di Livorno per diagnosi isterica ed istero-epilettica. Le pazienti scelte dal medico per gli esperimenti vengono sottoposte da Brugia a diverse pratiche ipnagogiche a riprova del fatto che tipi differenti di fenomeni isterici, se sottoposti a pressioni meccaniche sui centri nervosi, diano come risultato una vasta gamma di risposte replicabili e che definiscono un *pattern* comportamentale. La paralisi per suggestione, definita da Brugia una «modificazione transitoria del sistema nervoso» (p.5), viene affrontata dal medico lucchese sulla scorta di un approfondito

del compendio di psichiatria di Kraepelin, che avrà un ruolo fondamentale nelle vicende del manicomio lucchese molti anni più tardi. In questo particolare frangente di attivismo accademico e culturale va inserita la partecipazione di Cappelli, in qualità di direttore di Maggiano, all'atto fondativo della psichiatria italiana, ovvero la "secessione" capeggiata da Andrea Verga il 23 ottobre del 1873, svoltasi in seno ai lavori dell'undicesimo Congresso degli Scienziati Italiani di Roma.[105] In

studio della letteratura medica e degli autori che hanno scritto sull'ipnosi, tra i quali, citati dall'aiuto-direttore: Bernheim, Binet, Magnin, Pitres, Janet, Hansen, Möbius, Seppilli, Stanley Hall, Mesmer, Charcot, Tamburini. Brugia aderisce, pur con alcuni distinguo, alle linee di fondo descrittive delle ricerche sulla isteria così come canonizzate dagli studi di Briquet prima (1859) e di Charcot poi, quest'ultimo è il primo a coniare e a descrivere la categoria istero-epilettica (J.M.Charcot, *Lecons sur les maladies du systeme nerveux*, vol. I, lezione XIII: "De l'hystéro-épilepsie, pp. 373-374; ancora nel 1878 in *Description de la grande attaque hystérique. Hospice de la Salpetrière. Compte rendu par P. Richer*, in «Progrès médical», anno VII, 11 gennaio 1879, n. 2, pp. 17-18). Pur senza mai arrivare ad una definizione ultima e definitiva dell'isteria (M. Micale, *Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in the late ninteenth-century France*, in «Medical History», 1990, 34: 363-411. p 371) Charcot ne configura un paradigma fondato su tre enunciati teorico-pratici: l'isteria è una malattia che colpisce sia gli uomini che le donne, l'isteria può essere "congelata" e scatenata a comando attraverso l'ipnosi, l'isteria è il segno o di una lesione organica o di una affezione di tipo ereditaria, entrambe ancorate all'affermazione di un modello di malattia mentale di tipo somatistico e neurologico, affermatosi al tramonto delle teorie iatromeccaniche, vitaliste, solidiste e fluidiste. Il paradigma uterino dell'isteria, tuttavia, è ben lungi dal tramontare, consolidandosi come pregiudiziale e paradigma cristallizzato. «Man cannot be hysterica […] He has no uterus» esprime con lapidaria sicurezza il medico Louyer-Villermay, nel suo trattato sulle malattie nervose, all'inizio dell'Ottocento (J.-B. Louyer-Villermay, *Traite des maladies nerveuses ou vapeurs et particulierement de l'hysterie et de l'hypochondrie*, 2 vols., Paris, J. B. Bailliere, 1816, vol. 1, p. 116). Non è un caso se – come risulta dalle tabelle di Cappelli – dal 1866 al 1881 siano internati a Maggiano quattordici casi di isterismo, tutte donne e che allora Brugia applichi la propria pratica ipnotica solo su un campione osservabile di isteriche donna. Brugia, inoltre, condivide il discorso di "potere" dell'ipnosi costruito dal modello charcotiano. Apre, Brugia, il proprio studio riportando le parole del medico Beaunis il quale afferma che lo «hypnotisme […] doit rester ce qu'il est en réalité, c'est-à-dire un procédé d'étude scientifique» nel quale il medico «hypnotiser en soit digne par son intelligence, son savoir er son caractére» (*Le somnambulisme provoqué*, Bailliere, Paris, 1886, p. 43). Esprime Brugia, qui, attraverso le parole di Beaunis, uno schema di potere tipico della pratica ipnotica e che sarà, poi, al centro della destrutturazione culturale portata avanti da Foucault: l'ipnosi consolida una relazione di potere, organizzato in senso gerarchico tra il malato isterico (o meglio il suo corpo osservato) e il medico, all'interno della quale chi subisce l'ipnosi soggiace ad un trattamento che, di fatto, – come riporta ancora il Brugia-Beaunis – è «un istrument de moralisation». Nel noto ribaltamento semantico e fisico dell'isteria Foucault denuncia la costruzione culturale della categoria isterica, stereotipata, classista e consolidata su un modello verticale di rapporti di potere all'interno del manicomio, di cui l'invenzione dell'isteria come categoria nosologica è il suggello di questo paradigma di potere, al cui interno la medicalizzazione di una serie di sintomi è lo strumento di consolidamento del potere psichiatrico: «affinché l'isteria possa esser posta sullo stesso piano di una malattia organica [..] e dunque affinché il medico possa essere un vero medico, è necessario che l'isterica presenti un quadro stabile di sintomi. Pertanto, la consacrazione del medico come neurologo […] al malato venga prescritto in sordina quel che del resto lo psichiatra già ingiungeva: "dammi dei sintomi ma che siano stabili, codificati, regolari"» (*Il potere psichiatrico*, p. 266). E rende merito, Foucault, alle isteriche ed agli isterici di aver dato luogo ad una inconsapevole pratica di resistenza al potere psichiatrico affermando, attraverso la parodia mimica della malattia traumatica – utilizzato e allo stesso tempo plasmato come strumento di misura dell'isteria - l'artificiosità delle teorie alieniste e la loro distanza dalla realtà. Già dalla fine dell'800 iniziano severe critiche che portano alla decostruzione profonda, fino all'annullamento, del concetto stesso di isteria. Babinski *in primis*, afferma l'idea che l'isteria non esprima di per sé alcunché di patologicamente definibile né di tipo degenerativo e atavico, da rintracciare nel patrimonio genetico familiare, né di tipo organico, tutt'altro, semmai questa evidenzia un conflitto nevrotico che non trova composizione o che come ben riassumono Giacanelli e Boriosi l'isteria sia "condizionat[a] dall'organizzazione sociale e dalla cultura dominante, quindi può accadere che in determinate condizioni di vita la donna non possa esprimere la sua sofferenza e i suoi conflitti se non in "modo isterico" (Giacanelli Boriosi, cit., p. 95) e che finisce per imitare – e non simulare – sintomatologie di malattie di tipo organico. Sul tema, molto complesso cfr. almeno E. Trillat, *Sante, mèdecine et politiques de santè*, in «Histoire, Économie et Société», Vol. 3, No. 4, (4e trimestre 1984), pp. 525-534; F. Giacanelli E. Boriosi, *Le parole della psichiatria. Il cittadino e la salute mentale dopo la riforma sanitaria*, Bologna, Zanichelli, 1986, pp. 95; M. Colazzo, *Quale donna turba il cervello dell'alienista? Ipotesi di lavoro alla ricerca del paradigma della follia declinata al femminile attraverso la letteratura ufficiale della seconda metà del XIX secolo*, in De Bernardi, «Follia, psichiatria e società», Milano, Franco Angeli, p. 414; R. Kaech, *La concezione somatica dell'isterismo*, in Rivista Ciba, 37 (L'isterismo), 1952, pp. 1227-1233).

105 *Atti della undecima riunione degli scienziati italiani*, Roma, Paravia, 1875, p. 157. Cappelli risulta iscritto nell'elenco dei membri effettivi e fondatori della Società freniatrica italiana cfr. *Regolamento interno della società*

questa fase prende forma, seppur *in nuce*, una crescente consapevolezza di autonomia gestionale da parte dell'istituto. Seguendo una linea di pensiero analoga a quella di Verga, sulla necessità di una specificità alienistica nella macrocategoria della scienza medico-chirurgica, anche Cappelli avanza, sul piano amministrativo, la richiesta che il manicomio venga scorporato dalla gestione unificata con l'ospedale civile.[106] Le linee guida del rinnovamento che apporta Cappelli al manicomio di Fregionaia – la centralità della ricerca clinica stimolata dalla fondazione della biblioteca, l'inserimento di Lucca nel quadro di una costante dialettica col panorama alienista nazionale, il consolidamento di una scuola di medicina neurologica e psichiatrica lucchese e l'implementazione dell'ergoterapia manifatturiera - sono riassunte nell'orazione funebre che il presidente della Società Medica Lucchese, Carlo Gianni, tiene in memoria di Cappelli nell'estate del 1905:

> Il Dott. Cappelli resse il Manicomio di Fregionaia come Direttore dal 1866 al 1900. E fu in questo periodo di sviluppo e di evoluzione della italiana psichiatria sotto gli auspici saggiamente innovatori del Verga, del Biffi e del Castiglioni (periodo fecondo di bene effettivo per i poveri mentecatti) che Egli con l'opera sua solerte condusse il Manicomio alla meritata riputazione che ebbe, ed ha tuttavia per l'opera continuata de' suoi allievi, i quali seppero mantenerne l'indirizzo. […] provvide ad impiantare una lavorazione di sparto, ed altre di vario genere per le riparazioni ed i bisogni dello stabilimento in appositi opifici opportunamente collocati. E provvide altresì all' avviamento di una vaccheria in una casa colonica separata nell'area della chiusa, dove avevano ricetto in particolare sezione alcuni mentecatti agricoltori. […] Dette indirizzo scientifico all' opera curativa, e fece sorgere una piccola biblioteca che fu il primo lievito di studi pe' quali andò e va onorato, mercè l'amore che agli studi hanno i valenti successori di Lui, il Manicomio di Fregionaia.[107]

A non mutare, in maniera sostanziale, sono, invece, le modalità e i criteri di internamento della popolazione manicomiale. Di nuovo, anche sotto la direzione Cappelli, si perpetua la tipizzazione dei soggetti ricoverati, come già si era resa evidente nel primo trentennio di vita dell'istituto, a riconferma di un paradigma psichiatrico che si perpetua, principalmente, sulla linea di esclusione della marginalità sociale: la maggioranza degli internati continua a essere composta equamente da uomini e da donne poveri – con leggera maggioranza maschile -, impiegati in lavori manuali e faticosi, provenienti da aree ad alta densità urbana e, per lo più, non sposati.[108]

---

freniatrica italiana, Milano, Rechiedei, 1874, p. 12.

106 Cappelli arriverà persino, precorrendo i tempi, a proporre la totale autonomia gestionale del manicomio dalla direzione unica dell'ospedale San Luca (A. Brugi, *Cenni intorno all'amministrazione dei Regi Ospedali e Ospizi di Lucca*, Canvetti, Lucca, 1871, p. 100-101). La richiesta di una maggiore autonomia dei medici alienisti (frenologi in primis) nella gestione dello spazio manicomiale era già stata formulata da molte pubblicazioni di medici francesi, *cfr*. M. Farlet, *Visite à l'établissement d'aliénés d'Illenau (près Achern, Grand-Duché de Bade): et considérations générales sur les asiles d'aliénés*, Imprimerie de Bourgogne et Martinet, Paris 1845.

107 C. Gianni, *Commemorazione a Gaetano Cappelli*, in «Bollettino della società medica lucchese», 1905, n. I-II, pp. 29-30.

108 Un'analisi delle tavole degli internamenti tra il 1851 e il 1881 rivela significative fratture sociali, nosologiche e geografiche, che offrono una chiara panoramica dei profili dei soggetti internati e delle dinamiche sociali e occupazionali. In questi trent'anni, su un totale di 3571 internamenti, emerge un pattern di internamento che conferma molte delle tendenze già osservate nei periodi precedenti. Dal punto di vista della condizione sociale, la netta maggioranza degli internati proviene dalle classi povere: 3095 sono di origine povera, contro 415 benestanti e solo 61 appartenenti alla classe ricca. In termini di occupazione, prevalgono coloro che lavorano nell'industria agricola (1529 internati, divisi tra 837

È necessario, tuttavia, al fine di comprendere l'evoluzione della storia dell'istituto, allargare lo sguardo agli eventi che occorrono nel resto del paese in quegli anni e che modificano la fisionomia amministrativa lucchese. Questa fase rappresenta un momento cruciale nella storia dell'istituto, poiché segna l'inizio di un cambiamento profondo della fisionomia dell'istituto psichiatrico di Fregionaia. L'aspetto più importante della trasformazione che prende avvio in questa fase, compiutasi nel primo decennio del Novecento, consiste nell'integrazione amministrativa del manicomio all'interno della struttura provinciale. Tale processo porta al rafforzamento della componente politica rappresentata dalla deputazione provinciale, che finisce per coinvolgere l'istituto psichiatrico tra gli strumenti fondamentali dell'organizzazione del potere locale, trasformandolo oltremodo in una leva di consenso e di controllo del territorio.

1.3 *Dall'Unità d'Italia alla provincializzazione di Fregionaia: il manicomio come ingranaggio del potere politico-amministrativo in Lucchesia*

Con la proclamazione del Regno d'Italia nel 1861, il manicomio di Lucca viene coinvolto in un ampio processo di riorganizzazione degli istituti di assistenza psichiatrica, inserito nel più generale riassetto amministrativo dello stato unitario. Un momento decisivo di questa trasformazione è rappresentato dalla riforma dei comuni e delle province del 20 marzo 1865, che ridefinisce profondamente le competenze e l'autonomia fiscale degli enti locali, nel tentativo di razionalizzare la distribuzione dei servizi e riequilibrare il carico finanziario tra i vari livelli dell'amministrazione pubblica. In questo contesto, una delle innovazioni più rilevanti è il trasferimento della responsabilità economica per il mantenimento dei malati di mente indigenti dai comuni alle province, a partire dal

uomini e 692 donne), seguiti da lavoratori nelle industrie manifatturiere, in gran parte donne (368 su 622), principalmente impiegate nel settore tessile e cotoniere. Si rileva anche un numero significativo di lavoratori a giornata (380, per la maggior parte uomini), e un numero minore di "atte alla casa", ovvero donne senza occupazione salariata che si occupano delle faccende domestiche (241). Questi dati evidenziano un chiaro discrimine di classe: sono soprattutto i poveri, occupati in lavori faticosi o nelle fabbriche, a essere destinati all'internamento. Le cause maggiori di internamento sono attribuite principalmente all'ereditarietà (1102 casi), seguite da cause fisiche (882 casi). Le forme di alienazione prevalenti sono la mania (1407 casi, suddivisi tra 761 uomini e 646 donne), la malinconia (934 casi, di cui 496 uomini), l'epilessia (157, con una maggioranza di uomini, 103), e infine i frenetici per cause pellagrose (281, con un'equivalente distribuzione tra uomini e donne). Dal punto di vista geografico, gli internati provengono principalmente dalle aree urbane, con una concentrazione nelle città e nelle zone circostanti. Lucca, con 1054 internati (562 uomini e 492 donne), e Capannori, centro industriale della zona lucchese, con 561 internati (321 uomini e 240 donne), sono i principali bacini di internamento. La zona costiera, con città come Viareggio (141 internamenti), Camaiore (151) e Seravezza (67), contribuisce anch'essa in maniera significativa al totale. Dalla Valdinievole si contano Pescia (139 internamenti) e Borgo a Buggiano (94) come centri maggiori. A livello demografico possiamo osservare questi dati: propendono di non molto gli uomini (1942) rispetto alle donne (1629); la maggior parte dei ricoverati proviene dalle fasce d'età 30-40 anni (807), 20-30 anni (756) e 40-50 anni (711) e più della metà di questi sono celibi o nubili (1675), dunque soggetti che, senza aver formato nuclei familiari, entrano in manicomio. Quest'ultimo dato non è neutro: se è vero che la maggior parte degli internamenti è il risultato di una rete familiare che si sfalda e che spezza il legame tra il malato e il resto della comunità parentale, il fatto che la maggior parte degli internati non abbia "costituito" una famiglia, di certo avalla l'ipotesi di uno sfilacciamento familiare, o addirittura una assenza familiare nella vita sociale dell'internato. Cfr. G. Cappelli, *Statistica*, op. cit., carte statistiche.

1º gennaio 1866. Tuttavia, almeno per il caso lucchese, la riforma resta incompleta: se da un lato, infatti, la provincia assume davvero l'onere finanziario del manicomio, dall'altro la gestione diretta dell'istituto rimane nelle mani di un ente terzo, quello dei Regi Spedali ed Ospizi di Lucca (o Opera Pia), nato a seguito della riforma Rattazzi del 1862. Il sistema che ne deriva risulta estremamente macchinoso: ogni anno l'Opera Pia fissa una retta mensile standard per ogni paziente povero ricoverato, indipendentemente dalle spese effettivamente sostenute, chiedendone, poi, il rimborso alla provincia. Questo meccanismo genera, fin da subito, attriti tra la deputazione provinciale e l'ente gestore che danno luogo ad una serie di ricorrenti conflitti che si protrarranno per oltre cinquant'anni: il nodo centrale della contesa non riguarda tanto la questione economica, quanto piuttosto l'affermazione della primazia politica tra i due enti, con il manicomio che si trasforma nel principale terreno di questo scontro. Va, inoltre, tenuto in considerazione il quadro finanziario della provincia. Sebbene i costi di mantenimento ereditati dai comuni non sono elevati, la situazione finanziaria della provincia di Lucca è disastrosa: nel 1866, il bilancio provinciale si chiude con un pesante disavanzo di 874.595 lire.[109] La spesa che la provincia deve sostenere per i "dementi" poveri - cappello che raggruppa le tre voci di *spesa di mantenimento nel manicomio*, *spesa di mantenimento per la custodia domestica* e *spesa di mantenimento in altri manicomi* - rappresenta poco meno del 4% della spesa totale. Ma già dieci anni più tardi, nel 1876, l'aumento dei ricoveri, fa raddoppiare i costi[110]: la retta giornaliera passa da 1 lira e 13 a 1 lira e 20. Nel 1886 i numeri sembrano fuori controllo: il numero degli alienati fissi tocca quota 450, la spesa complessiva per il mantenimento dei pazzi di Fregionaia arriva a 221.004 lire annue mentre la retta giornaliera arriva a 1,33 lire *pro capite*. Nel giro di ventuno anni, da quando la provincia rileva le spese del manicomio, si registra un aumento del 226% del costo di mantenimento per i dementi. Un aumento delle spese generale che porta il tetto del debito ad alzarsi notevolmente: in questo breve arco di tempo, la provincia contrae con soggetti pubblici e operatori privati numerosi debiti passando da poco più di 500mila lire nel 1872 ad oltre 1.759.884 di lire nel 1885[111] (quasi il 20% del debito totale delle provincie toscane)[112]. L'aumento delle spese per il manicomio di Lucca, come già evidenziato, è determinato da tre fattori principali: l'incremento del numero di internamenti, che risponde sia a esigenze di ordine sanitario che amministrativo; l'aumento della retta per paziente, stabilita unilateralmente dalla direzione dei Regi Spedali ed Ospizi di Lucca; un massiccio piano di investimento per la ristrutturazione e l'allargamento dell'istituto.[113] Di fronte al

---

109 *Statistica del regno d'Italia. Amministrazione pubblica: bilanci comunali (1866) bilanci provinciali (1866 – 1867 – 1868)*, Firenze, Tofani, 1868, p. 76-77.

110 Il costo di mantenimento dei dementi poveri arriva a toccare le 139.087 lire annue.

111 Ministero di agricoltura, industria e commercio, *Statistica dei debiti comunali e provinciali per mutui*, Roma, Elzeviriana, 1885, p. 46

112 Ministero di agricoltura, industria e commercio*, Statistica dei debiti comunali e provinciali per mutui,* Roma, Elzeviriana, 1885, p.552

113 Tra la metà degli anni Sessanta e Ottanta, l'architetto Pardini guida una significativa espansione del manicomio, trasformandone l'assetto architettonico e organizzativo. Il vecchio monastero di Santa Maria a Colle viene ampliato con

crescente peso economico rappresentato dal manicomio, il consiglio provinciale avvia un acceso confronto per individuare soluzioni efficaci di contenimento della spesa. Le risposte individuate si concentrano su due fronti: da un lato, la proposta di un regolamento più severo per limitare gli ingressi in struttura; dall'altro, il tentativo di negoziare con i Regi Ospedali una retta giornaliera fissa e più contenuta. L'insostenibilità della riforma del 1865 non riguarda solo Lucca: anche in altre province, come Pisa, si registra un netto incremento dei costi per il mantenimento dei malati, che passano da 50.000 lire nel 1866 a oltre 227.000 nel 1901.[114] Nel tentativo di contenere i costi e ridurre la pressione sugli internamenti, nel 1874 l'Opera Ospedaliera di Lucca introduce un sistema di sussidi domiciliari destinati alle famiglie disposte ad accogliere e assistere a casa malati mentali tranquilli. L'iniziativa mostra effetti positivi, come suggerisce il calo della recidività: confrontando i periodi 1851-1865 e 1866-1881, la percentuale di pazienti che tornano in manicomio dopo la dimissione scende dal 23% al 20,6%, pur in presenza di un aumento complessivo degli ingressi. Il sostegno economico apre le maglie ad una maggiore tollerabilità da parte delle famiglie: le famiglie che riescono ad accedere ad un sussidio di mantenimento – che rappresenta comunque un esborso minore rispetto alla retta fissa – trovano più conveniente tenere a casa il congiunto dimesso.[115] Nel 1877 viene eletta una commissione, in seno al consiglio provinciale, col compito di valutare una proposta di differenziazione dei ricoveri, così da indirizzare i malati cronici e tranquilli verso il collocamento a custodia domestica[116]. La commissione si conclude con una lunga relazione prodromica ad una proposta sistematizzata di custodia domestica, tra i presentatori della proposta si trova anche lo stesso Cappelli[117]. Il provvedimento viene ampiamente pubblicizzato, infatti, il consiglio delibera di vergare puntualmente una tabella fissa, da diffondere poi tra i vari comuni della provincia, che metta in luce l'ammontare del sussidio da corrispondere alle famiglie che accettano la custodia domestica dei propri congiunti.[118] Anche l'ergoterapia entra a far parte del dispositivo di gestione di spesa, iniziando ad assumere caratteristiche intensive e pianificate del lavoro dei ricoverati. Nel 1877, il censimento condotto da Andrea Verga rivela un dato notevole riguardante l'utilizzo dell'ergoterapia nel manicomio di Lucca. In particolare, emerge la notevole ricchezza prodotta dal lavoro dei pazienti

due imponenti ali lungo l'asse Ovest-Est, destinate rispettivamente alla divisione femminile (a ovest) e a quella maschile (a est). Ogni ala è spezzata dalla presenza di due padiglioni a forma di T, all'interno dei quali vengono allestiti i reparti tranquilli e semi-agitati, mentre sul lato settentrionale viene aggiunta un'esedra con numerosi vani, progettata per raccogliere e convogliare l'acqua nelle vasche interne dedicate all'idroterapia. Sugli interventi dell'architetto Pardini resta normativo lo studio condotto, in sede di tesi di laurea, dalla architetta Elena Etenzi, *Ospedale psichiatrico di Fregionaia vicende storiche*, Università di Firenze, aa. 2007-2008, pp.198-236. Relatore prof. Luigi Zangheri.

114 F. Stok, *Luigi Scabia e l'ospedale psichiatrico di Volterra*, in «Neopsichiatria», Volterra, 1983, p. 26.

115 Cappelli, *Statistiche*, op. cit., p. 25.

116 *Atti del consiglio provinciale di Lucca*, 1877-1878, p. 36

117 *Atti del consiglio provinciale di Lucca*, 1879-1880, p. 225, 237, 281. Tuttavia, la commissione si conclude con l'atto simbolico di un documento da mandare a Roma al fine di spronare l'esecutivo ad accelerare i tempi per una legge unica nazionale sugli ospedali psichiatrici

118 *Atti del consiglio provinciale di Lucca*, 1880-1881, pp. 86, 213, 393, 409.

internati, soprattutto se confrontata con quella degli altri istituti. In particolare, il confronto con il manicomio di Firenze – l'unico altro ospedale psichiatrico in Toscana che applica l'ergoterapia – evidenzia i risultati superiori ottenuti a Lucca. Mentre a Firenze, con 712 malati, il guadagno annuo si attesta intorno alle 1.469 lire, a Lucca, con soli 411 internati, si raggiunge una cifra significativamente più alta, pari a circa 7.000 lire.[119]

Nel 1881 il consiglio provinciale torna nuovamente sulla questione Fregionaia, portando in votazione un regolamento più stringente sulle ammissioni dei pazzi in manicomio.[120] Nonostante i tentativi messi in atto, la situazione economica continua a peggiorare e le delibere del consiglio provinciale rimangono inattuate. Anche l'accordo siglato con la provincia di Massa e Carrara per accogliere i propri pazienti nei locali di Fregionaia, pensato come fonte di entrate supplementari, si rivela inefficace. Nel 1893, una nuova commissione provinciale viene incaricata di individuare soluzioni per contenere l'aumento della spesa legata al manicomio.[121] Le proposte si concentrano sull'ampliamento delle dimissioni, incentivando – di nuovo - le custodie familiari e la costruzione di ricoveri per mendicità e reparti per cronici tranquilli, di diretta dipendenza della provincia. Il tema centrale resta, però, il controllo amministrativo ed economico del manicomio: la commissione propone infatti o una revisione radicale dei contratti con l'Opera Pia, o la costruzione di un nuovo ospedale psichiatrico interamente gestito dalla provincia. In entrambi i casi, si reclama la fine del sistema delle rette fisse e il passaggio a un modello basato sui costi reali degli internamenti. Il confronto tra provincia e Opera Pia si intensifica e, nel 1895, si apre un lungo braccio di ferro. È l'amministrazione provinciale a fare la prima mossa. La deputazione[122], presa in mano l'iniziativa politica, gioca la partita su più fronti, gli obiettivi sono due: da un lato obbligare l'Opera a partecipare, con i propri introiti, alle spese di gestione dell'ospedale, dall'altro bloccare l'aumento delle rette. Se sul primo punto un accordo di massima viene trovato[123], sul blocco delle rette la partita è aperta. Per far pressioni sull'Opera, la deputazione provinciale decide di prendere i contatti con il ricovero di mendicità di Volterra, gestito dalla Congregazione di carità - il "cronicario" - per il raggiungimento di un accordo economico più conveniente. La provincia mira a trasferire a Volterra i malati meno problematici, come gli idioti, i cretini e, in particolare, i pazienti cronici, il cui trattamento richiede minori risorse. La retta di 1,33 lire – fissata dall'Opera - sarà destinata ai pazienti più pericolosi, affetti

---

119 A. Verga, *Dei pazzi che trovavansi reclusi nei manicomi ed ospitali d'Italia alla fine dell'anno 1877*, in «Archivio di statistica», Roma, Loescher, 1880, p. 264.

120 Nel 1881 il Consiglio provinciale istituisce una nuova speciale commissione, presieduta dal consigliere Leonardo Galli, con l'obiettivo di studiare i più efficienti metodi per snellire i costi di gestione del manicomio, prendendo d'esempio il caso belga di Gheel. *Cfr*. L. Galli, *Proposta per diminuire la spesa dei mentecatti*, Lucca, Canovetti, 1881.

121 I tre commissari, il deputato e medico Paolo Casciani, il commendatore Bongi e il dottor Politi, presentano, nel 1894, una lunga relazione nella quale, per la prima volta, viene messo per scritto la necessità di superare il sistema di convenzione tra la Provincia e i Regi Ospedali, per adottare una linea monopolista da parte della provincia.

122 *Atti della Deputazione provinciale 1895*, Lucca, 1895, pp. 49, 110, 242, 273, 464, 601.

123 Su proposta del consigliere Casciani, la provincia reclama dall'ente un impegno concreto al pagamento della maggior spesa occorrente per i "dementi poveri", stornando le risorse dalle rendite fondiarie del Manicomio stesso.

da episodi psicotici acuti. Con questa strategia, la provincia, non potendo adottare un regolamento vincolante che limitasse gli accessi in manicomio e riducesse il numero degli internati, opta per svuotare dall'interno la struttura appaltando a Volterra, a un costo ridotto, il ricovero dei pazienti tranquilli. Giocando sulla leva economica, la deputazione cerca di "strangolare" il bilancio dell'Opera, con l'intento di costringere la direzione dell'ente a trattare una riduzione dei costi. La questione viene risolta dall'intervento del prefetto Bertarelli, che ottiene l'annullamento dell'accordo con Volterra, evitando così il *default* dell'ente e il conseguente rischio di un blocco dei servizi sanitari. Tuttavia, la strategia della deputazione sortisce un risultato importante: il 25 maggio del 1896 – approvato dal consiglio provinciale il 10 giugno del 1896[124] - si arriva alla definizione di un nuovo schema di convenzione tra la provincia e la delegazione dei Regi ospedali. Centro dell'accordo è il congelamento per un quinquennio della retta giornaliera dei malati presenti nello stabile di Fregionaia. Giovanni Montauti, Presidente dell'amministrazione dell'Opera e consigliere provinciale – l'"uomo fidato" dell'Opera e sostenuto dall'ente per indirizzare ed influenzare le scelte della deputazione – conferma il clima di tensione crescente, definendo il nuovo schema il risultato di «trattative non facili né piane, fra la nostra Amministrazione e la provincia di Lucca».[125] L'accordo prevede una revisione quinquennale dei termini, con possibilità di proroga. La retta è fissata a 1,23 lire, risultando inferiore di circa un decimo di lira rispetto a quella corrente. Non solo: la deputazione chiede ed ottiene dall'ente l'istituzione di una commissione esecutiva, composta da arbitri terzi, che avrà il compito di calcolare il costo delle future rette. Il tentativo di limitare l'autonomia dell'Opera pia rappresenta un primo passo verso la risoluzione di alcune criticità economiche, ma non risolve, però, questioni strutturali che riemergeranno a breve. Al centro del conflitto resta la natura del rapporto tra la provincia e l'ente ospedaliero: non è chiaro se questa relazione debba configurarsi con una subordinazione *de facto*, con l'Opera soggetta all'autorità provinciale, oppure se questo, tra i due enti, sia da reputarsi un rapporto paritario, in cui entrambi gli attori sono investiti di autonomia decisionale e di veto incrociato. Riassume Montauti il problema:

> Si diceva dalla Provincia, che da un pubblico servizio come è quello del mantenimento dei mentecatti poveri, servizio cui essa è astretta dall'obbligo di Legge, l'Opera Pia che il ricevimento dei mentecatti della Provincia doveva fare per disposizione del suo statuto, non potesse ricavarne lucro. Si sosteneva dalla nostra Amministrazione che l'Opera Pia Ente autonomo, aveva diritto di fissare la retta dei mentecatti da riceversi nel suo Manicomio, senza che la Provincia avesse ragione di fare eccezioni o di pretendere una retta di favore.[126]

Tra il 1896 e il 1897, l'amministrazione provinciale, insoddisfatta dal nuovo accordo, combina di

---

[124] A. Cappelli, *Memoriale per gli studi di provincializzazione del manicomio di Fregionaia,* Lucca, Tip. Giusti, 1909, p. 11.

[125] R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, Marchi, p. 18.

[126] R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, Marchi, p. 19.

nuovo una convenzione con il ricovero di mendicità di Volterra, ad un costo, anche stavolta, assai inferiore rispetto al tariffario dall'Opera. Stavolta il Prefetto non interviene e nel 1896 vengono mandati a Volterra 200 malati cronici, con «manifesta lesione a danno dell'Opera»[127]. La strategia di boicottaggio da parte della provincia resta la stessa: i degenti che arrivano a Volterra sono tutti "dementi tranquilli", spesso cronici in lungodegenza[128], quelli meno "costosi", e a confermarlo è Luigi Scabia, direttore, dal 1900, del manicomio di Volterra.

> [gli internamenti] furono più numeros[i] nel 1898 (169) e nel 1899 (151) in seguito al trasferimento di cronici, dal Manicomio di Fregionaia, che erano a carico delle Province di Lucca e di Massa Carrara. "Non è stata certo la parte migliore dei dementi" raccolti in quell'Istituto che fu trasferita. In questo periodo di 12 anni le dimissioni non sono apprezzabili. Nei riguardi fisici è da aspettarsi che le condizioni non fossero delle più floride, a giudicare dalla mortalità, se dei 563 ammessi ne morirono 258." "nel 1900 cominciò il ritiro dei ricoverati cronici che facevano carico alle Provincie di Lucca e Massa Carrara, i quali ritornarono a Fregionaia[129]

I numeri elevati di decessi tra gli ex degenti dell'ospedale lucchese trasferiti nella struttura di Volterra non possono essere ricondotti unicamente all'avanzato stato di deterioramento fisico al momento del ricovero. Dietro la forte riduzione della retta offerta da Volterra, infatti, si nasconde una gestione delle risorse che risulta spesso inadeguata, incompatibile con la salvaguardia di certe condizioni sanitarie e dietetiche perlomeno accettabili. A denunciarlo è una lunga relazione tecnica redatta dal consigliere Casciani, incaricato dalla deputazione provinciale lucchese di valutare i termini dell'accordo con l'ospedale di Volterra. Nel suo rapporto, Casciani segnala un regime alimentare gravemente insufficiente. Non sorprende, quindi, che molte delle cause di morte riportate per i pazienti deceduti nello stabile di San Gerolamo siano riconducibili a gastroenteriti e gravi affezioni intestinali.[130] La scelta da parte della provincia di far convergere su Volterra solo dementi cronici e tranquilli, persegue nella logica di "logoramento": «La Provincia toglieva dal Manicomio i pazzi tranquilli, i meno costosi, lasciandovi quelli laceratori, gli agitati, in una parola quelli che davano un dispendio maggiore»[131]. Nel gennaio del 1900, l'Opera risponde alla strategia della provincia annunciando un aumento delle rette. Questo adeguamento è giustificato dalla necessità di colmare il bilancio squilibrato, causato dal calo degli ingressi. Poiché le spese fisse devono essere ripartite su un numero inferiore di malati, e questi ultimi risultano essere però i più "costosi" in termini di trattamento, le rette, giocoforza, lievitano. Di fronte a questa situazione, la provincia risponde con un ulteriore annuncio di trasferimenti, circa un centinaio di pazienti saranno dirottati verso la struttura di Volterra

---

127 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, Marchi, p. 19.

128 V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa, ETS, 2011, p. 25-31.

129 L. Scabia, *Il Frenocomio di San Girolamo in Volterra 1888-1910*, Volterra, Carnieri, 1910, p. 67-68.

130 F Stok, *Luigi Scabia e l'ospedale psichiatrico di Volterra*, in «Neopsichiatria», Volterra, 1983, p. 31; cfr. P. Casciani, *Relazione dell'on. Prof. Paolo Casciani al Consiglio Provinciale di Lucca sull'Asilo Dementi in Volterra*, Volterra, 1899.

131 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Marchi, Lucca, p. 20.

entro l'anno. L'approvazione del bilancio preventivo dell'ente per l'anno 1900 è l'occasione per Montauti di presentare un piano di difesa nei confronti della politica aggressiva dell'amministrazione provinciale. Montauti sottolinea innanzitutto le difficoltà materiali che le famiglie dei malati incontrano nel recarsi in un luogo così distante, come Volterra - «Come potevano tante miserabili famiglie recarsi così lontano, salire su quell'erto»[132]. In secondo luogo, il consigliere-relatore respinge l'accusa – indirettamente suggerita dalla pressante richiesta da parte della deputazione di un nuovo regolamento per le ammissioni – che a Fregionaia si applichino maglie troppo larghe per quanto riguarda gli ingressi manicomiali. È interessante osservare – soprattutto come metro di misurazione della cultura politica coltivata da un grosso pezzo di classe dirigente – come Montauti, rifacendosi ai numeri del ministero, che evidenziano una tendenza crescente nel numero degli internamenti, cerchi di spostare le responsabilità dell'ente focalizzando l'attenzione sulle reali cause dell'aumento dei pazzi nella società: le famiglie e il processo di civilizzazione.

> Il problema dei mentecatti non è soltanto una questione di freniatria o di amministrazione manicomiale, ma assurge a grave, a paurosa questione sociale. Il numero dei mentecatti cresce di continuo e cresce spaventosamente; e la nostra Provincia si trova purtroppo alla testa di quelle che danno una percentuale maggiore! Il fenomeno sarà dovuto alle condizioni morali e materiali del vivere moderno, forse anche a un affievolito sentimento di affetto nelle famiglie, per cui ciò che pel passato si nascondeva con cura gelosa, oggi si denunzia come liberazione di peso insopportabile: ma l'aumento della pazzia è un fatto e i fatti non possono essere distrutti.[133]

Su un campo già disseminato di vecchie acredini che corrono tra Montauti e la provincia[134], si innesta una ulteriore controversia, stavolta legale. Le tensioni tra l'Opera pia e la provincia continuano fino a febbraio del 1900, quando, finalmente, viene raggiunto un nuovo accordo tra le parti. A spingere l'Opera ad accettare un'intesa è la prospettiva economica disastrosa che il ragioniere capo, Cesare Brancoli, presentata nell'aprile del 1900 ai consiglieri d'amministrazione dell'ente: la rottura del rapporto con l'amministrazione provinciale porta al fallimento sicuro l'Opera.[135] Già nel bilancio del

---

132 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Marchi, Lucca, p. 21.

133 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, Marchi, p. 23-24.

134 D'altronde non è un caso che il compito di guidare la carica contro la provincia sia assegnato a Montauti e non solo perché il consigliere è Presidente dell'ente, ma soprattutto perché che tra Montauti e il Consiglio provinciale non scorra buon sangue e il fatto è noto. Il 16 luglio del 1887 si tengono elezioni suppletive in quattro sezioni del comune di Lucca per la nomina di un consigliere provinciale. Montauti, vicino agli ambienti liberali della Versilia, in specie di Camaiore e Pietrasanta, ottiene un ottimo risultando vincendo in tutte e quattro le sezioni del mandamento di campagna: conquista 365 voti contro 167 e 30 dei due avversari. Tuttavia, il risultato viene contestato dalla deputazione provinciale che rinfacciano al Montauti gravi irregolarità nei seggi, oltre alla presenza di schede precompilate nell'urna e la presenza di scrutinatori illegittimi ai seggi. Il 5 agosto la deputazione annulla l'esito del voto. Montauti, convinto ad andare avanti, porta il caso, passato dal Ministero degli Interni, al Consiglio di Stato. Nella seduta del 9 marzo del 1888, il Consiglio dà parziale ragione a Montauti, annullando i risultati di una sola delle sezioni chiamate al voto, che tuttavia non ribalta l'esito elettorale cfr. *La legge. Monitore giudiziario e amministrativo del Regno d'Italia*, vol. II, Roma, 1888, pp. 497-498.

135 In effetti, la relazione Brancoli calcola una possibile flessione delle entrate di oltre 300.000 lire, valutando le entrate dell'anno a 1.905.308lire rispetto al totale delle somme dell'anno 1899 che si era attestato a 2.285.926 lire.

1899 era emerso un enorme disavanzo causato dalle spese del manicomio.[136] Il 23 gennaio 1900, il consiglio provinciale ratifica la nuova convenzione, seguita dall'approvazione dell'Opera il 3 febbraio. Questo accordo rappresenta una vittoria politica significativa per la provincia, che consolida la propria posizione nei confronti dell'ente. L'aspetto più rilevante della nuova intesa è l'introduzione di un sistema di rimborso delle rette basato sul costo effettivo del mantenimento dei malati, eliminando i precedenti tetti minimi e massimi di spesa pro capite. Tuttavia, l'Opera riesce a contenere, almeno temporaneamente, il processo di subordinazione amministrativo alla provincia.[137] Chiamato a rassicurare il consiglio d'amministrazione, Montauti, che ha chiaro che il cambio di regime fiscale avrebbe comportato una contrazione del bilancio, rilancia con alcune proposte per rientrare del danno. Innanzitutto, propone «l'estensione su larga scala del lavoro dei mentecatti». Sono economicamente rilevanti, ricorda Montauti all'assemblea, il reparto dei forni e le squadre di lavoro composte interamente da malati: «l'intero primo piano del Manicomio è stato completamente restaurato, imbiancato, dipinto dai mentecatti». Il primo luglio del 1898 risultano impiegati a Fregionaia nei diversi lavori 173 ricoverati su un totale di 576 presenze. Il risultato è soprattutto il frutto, negli anni, di una profusione di energie da parte dell'amministrazione, che ha trasportato, ricorda Montauti, «il nostro Manicomio, che era uno degli ultimi fra quelli d'Italia per la applicazione del lavoro ai mentecatti, [ad essere] già giunto ad uno dei primi posti e non solo lo manterremo, ma lo spingeremo più avanti poiché non ci arresteremo a mezzo cammino»[138]. L'anno seguente, anche a fronte di una contrazione del numero dei ricoverati che arrivano a sole 500 presenze, gli impiegati nei diversi compiti aumentano, attestandosi a 267 “mentecatti” lavoratori, più della metà circa della popolazione internata. Non stupisce, che proprio nel momento di maggiore tensione tra deputazione provinciale e Opera pia e a fronte di un continuo dirottamento dei malati verso l'istituto di Volterra e nella prospettiva di una diminuzione delle entrate, abbia trovato maggiore sviluppo l'ergoterapia. Ricordando che la maggior parte degli internati, tra gli anni 1898-1899 era composta da malati “laceratori” e acuti, a causa del dirottamento “volterrano”, è lecito pensare che l'ergoterapia, stimolata dal consiglio d'amministrazione dell'Opera, abbia risposto innanzitutto ad esigenze finanziarie. D'altronde, a conferma di ciò basti osservare la qualità degli impieghi nei quali sono coinvolti i ricoverati: la maggior parte dei malati-lavoratori sono occupati in lavori di manutenzione dello stabile (edilizia, muratura, imbiancature etc.) e soltanto 38 malati risultano impiegati nella colonia agricola,

136 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, Marchi, p. 26.

137 In particolare, ottiene il ritiro dell'articolo 5 della convenzione, proposto dalla deputazione, che avrebbe vincolato i bilanci del manicomio—sia preventivo sia consuntivo—alle osservazioni della deputazione stessa. In caso di mancato adeguamento alle richieste provinciali, la gestione amministrativa dell'istituto sarebbe passata, per quell'anno, alla Giunta provinciale. A. Cappelli, *Memoriale per gli studi di provincializzazione del manicomio di Fregionaia,* Lucca, Tip. Giusti, 1909, p. 13.

138 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, Marchi, p. 24.

fulcro della pratica ergoterapia. È ipotizzabile che il lavoro interno, piuttosto che l'invio in colonia, risponda alla paura di maggiori tentativi di fuga e al bisogno di un controllo di prossimità che la colonia non garantisce. Non solo. Che il lavoro dei mentecatti perda in parte il suo aspetto terapico lo dimostrano le parole, incardinate su una logica produttivistica e funzionalista, che lo stesso Montauti porta in consiglio:

> Ogni pazzo non solo più nulla produce, cessa di essere attivo, ma dovendo essere mantenuto, divenendo quindi passivo, rappresenta un carico sociale. Più che, quindi, un espediente economico di amministrazione manicomiale il lavoro dei mentecatti bene inteso e organizzato risponde ad una sociale necessità come quello che permette di recuperare una parte di valore perduto.[139]

Probabilmente Montauti, da politico scaltro, comprende che per rassicurare la platea dei consiglieri di un organo di natura politico-amministrativo, poco avvezzo alle questioni sanitarie, sia più importante sottolineare gli aspetti pratici e beneficiche si riflettono sul bilancio che non questioni terapeutiche. Tuttavia, Montauti esprime al meglio una logica diffusa anche da buona parte del mondo alienista: la malattia non solo si paga in termini di sottrazione di libertà, ma questa implica anche un debito nei confronti della comunità, da colmare attraverso la restituzione, in termini di produzione, di ciò che il malato le ha sottratto. Il folle, e in particolare quello considerato pericoloso, è ritenuto colpevole di un duplice crimine: da un lato, rappresenta una minaccia potenziale per l'ordine civile; dall'altro, si sottrae indebitamente al contributo produttivo richiesto per il benessere della nazione. Il manicomio, oltre a curare – o meglio, custodire -ha la funzione sociale di dover recuperare una parte di questo valore sottratto. Si giunge a proporre stime, con precisione, del valore che i malati debbano restituire alla società: «Non credo di andare errato, calcolando in media centesimi 20 per ogni giornata di lavoro, il valore della produzione di un mentecatto».[140] Montauti informa, inoltre, il consiglio di una nuova soluzione di carattere organizzativo, destinata a produrre effetti positivi sul piano finanziario. In un momento particolarmente critico nei rapporti tra la deputazione e l'ente, e con l'obiettivo di ristabilire un equilibrio accettabile tra entrate e uscite, l'Opera sottoscrive una convenzione con l'ordine monastico femminile delle suore della Carità, con sede a Siena[141]. In cambio di un compenso forfettario particolarmente vantaggioso per l'ente,[142] le suore ospedaliere si impegnano a svolgere mansioni di servizio all'interno dell'istituto. Nei primi anni le suore sono organizzate in un piccolo nucleo, nel 1905 questo gruppo conta 11 membri, di cui sei impegnate nel

---

139 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, Marchi, p. 23-24.

140 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Marchi, Lucca, p. 25.

141 *Cfr*. il capitolo che riguarda le suore ospedaliere in Suor Paola Ramaccini, *Storia delle Figlie della Carità della provincia di Siena*, Roma, ed. Vincenziane, 2002. Convenzione simile sarà stipulata anche dall'istituto San Gerolamo di Volterra nel 1902 (V. Fiorino, *Le officine della follia*, op. cit, p. 39).

142 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, Marchi, p. 22.

servizio di cucina e cinque nei servizi economici.[143] D'altronde il coinvolgimento di personale religioso nelle mansioni di assistenza immediata o negli uffici è una politica che l'ente porta avanti, sistematicamente, all'interno di tutti gli istituti dei Regi ospedali.[144] Le suore entrano, così, a far parte dell'organico manicomiale e sanitario come una componente essenziale, divenendo indispensabili nello svolgimento delle mansioni quotidiane. Inquadrate come personale "fuori pianta", queste costituiscono un nucleo operativo che offre un significativo margine di manovra sul piano fiscale. La loro presenza stabile consente, infatti, una progressiva riduzione del numero di infermieri di ruolo, permettendo una riorganizzazione del personale fondata sull'incremento degli infermieri avventizi. L'importo versato dall'ente, e successivamente dalla provincia, alla congregazione risulta talmente esiguo che, spesso, la direzione del manicomio si vedrà costretta ad intervenire per mitigare le difficili condizioni economiche in cui versano le religiose.[145] Infine, Montauti, cogliendo gli spunti del dibattito che gli psichiatri stanno muovendo a livello nazionale, di una maggiore "definizione" della popolazione manicomiale, afferma come «Il nosocomio deve principalmente provvedere ai malati acuti, guaribili, non essendo ammissibile che si debba respingere un tifoso o un polmonitico perché i letti sono occupati da ammalati affetti da cronicità»[146]. Propone, dunque, nei fatti, l'attuazione – già caldeggiata dalla provincia – di una riforma del sistema di controllo sanitario territoriale che preveda l'istituzione di presidi e ricoveri di prossimità, che possano assorbire forme di criticità croniche. Montauti, di fronte al consiglio, assume una condotta da amministratore pragmatico e propone una

---

143 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Annuario per l'anno 1905*, Marchi, Lucca, 1905, pp. 24-27. I nomi delle suore coinvolte nel lavoro in struttura sono: Suor Gabriella, Suor Felicita, Suor Vincenza, Suor Rosa e Suor Agnese.

144 Nel 1909 l'Ospedale civile San Luca conta, ben sedici suore occupate nell'assistenza immediata nelle corsie, mentre sette suore vengono collocate nei servizi dell'economato nella direzione degli Ospizi. RR. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Annuario per l'anno 1909*, Lucca, Marchi1909, pp. 9 e 19.

145 Saranno gli organi amministrativi provinciali a dover intervenire per risollevare, spesso, la situazione di grave indigenza che vive il corpo infermieristico delle religiose. Di aumenti al compenso per le suore si parla a varie riprese dal 1913 al 1922 la provincia ritocca la quota corrisposta al rialzo almeno cinque volte (cfr. APLu, AC, prot. 161, 1919; APLu, AC, prot. 222, 1920: APLu, AC, prot. 90, 1922). Ad esempio, nell'adunanza della deputazione del 17 agosto 1931, il Preside della provincia propone uno schema di deliberato, poi approvato a maggioranza, che impegna l'amministrazione provinciale a concedere un'indennità straordinaria di 100 lire annue per ciascuna suora impiegata presso il manicomio di Fregionaia. Questo compenso extra è destinato a coprire le spese per vestiario, biancheria e calzature. La proposta, nata su segnalazione del Direttore medico del manicomio, cerca di alleviare le gravi condizioni di tipo economiche nelle quali le – in quel tempo quindici - suore versano. Sebbene la situazione del 1931 sia in parte riconducibile alla riduzione del 12% dell'assegno annuo – pari a 800 lire per ciascuna monaca – in applicazione del Regio Decreto n. 1491 del 20 novembre 1930, che imponeva un taglio agli emolumenti dei dipendenti pubblici e parastatali, il quadro complessivo restituisce comunque l'immagine di un ordine religioso il cui sostentamento economico si limita a coprire poco più delle spese vive. ASLu, OP, *Direziome Medica*, Fald. 148, fascicolo 6, plico 1. Per avere un paragone che renda ragione del risparmio effettivo, si compari, ad esempio, le retribuzioni delle suore con quanto corrisposto alle infermiere effettive, così come riportato nella tabella del personale provinciale allegata al testo unico del Regolamento Generale per gli impiegati e salariati provinciali del 14 gennaio 1922. Se una infermiera effettiva maturava un salario di 3100 lire annue, ognuna delle suore godeva di un assegno di sole 550 lire, poco più di un sesto di una collega laica. Cfr. AdFMT, *Opuscoli*, 01/1. D'altronde, che la categoria di infermiere laico e di servente religiosa fossero in contrasto economico, lo dimostra la richiesta di laicizzazione di tutto il personale sanitario avanzata dalla *Federazione degli infermieri ed infermiere degli ospedali e dei manicomi al suo primo congresso a Roma (Ministero di agricoltura, industria e commercio, Bollettino dell'ufficio del lavoro, Giovanni Bertero, Roma, 1904, p. 608).*

146 R. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, Marchi, p. 16.

revisione complessiva del bilancio articolata su tre direttrici: l'ampliamento del lavoro coatto all'interno del manicomio, fissando a 350 il numero minimo di internati impiegati nei servizi interni; l'assorbimento delle suore ospedaliere nell'organico ufficiale; la riduzione del numero degli internati, limitandoli ai soli casi acuti e a quelli per cui si prevedono dimissioni. Nel frattempo, già dal 1898, come rivela la statistica condotta da Tamburini[147] viene incentivata la custodia eterofamiliare dei malati tranquilli, già nel 1902, Lucca, è seconda in Italia per numero di dimissioni in custodia, processo stimolato, soprattutto, dalla chiarezza e dalla migliore pianificazione dei sussidi. I malati vengono soprattutto inviati – segnalando una continuità pluridecennale nella pratica di dimissione – presso famiglie di infermieri dello stabile di Fregionaia. Nel 1900, con l'entrata in vigore del nuovo accordo tra la deputazione e l'Opera Pia, il manicomio attraversa una fase di ristrutturazione interna, segnando la conclusione di una crisi gestionale. L'organigramma dell'istituto risulta fortemente ridotto: tre dei cinque ruoli apicali della gerarchia manicomiale sono vacanti: quello di direttore medico—con il pensionamento di Gaetano Cappelli—, quello di aiuto direttore e quello del farmacista.[148]

Tra il 1900 e il 1906, la gestione l'Opera procede sotto un crescente aggravio economico e un parossismo di difficoltà amministrative.[149] Il sistema di rimborso delle rette fisse per i malati poveri ricoverati in ospedale, a carico dei comuni consorziati e con scadenza bimestrale, è prossimo al collasso.[150] L'adozione ufficialmente, tra il 1901 ed il 1902, del regime di *no-restraint*, ovvero

---

147 A. Tamburini, *L'assistenza degli alienati e il patronato familiare in Italia* (in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», 1902, p. 677-686): «Un esperimento analogo è stato, sull' esempio del nostro, attuato dal Dott. Cristiani nel Manicomio di Lucca. In 3 anni circa ha potuto collocare 31 alienati d' ambo i sessi, cronici tranquilli e innocui, presso famiglie di coloni, la maggior parte di famiglie di Infermieri che abitano nelle campagne circostanti» e ciò «non solo senza il menomo inconveniente, ma con ottimi risultati morali ed igienici pei malati, e con vantaggio economico delle Provincie cui fanno carico le spese per gli alienati». Nel 1898 gli assistiti a domicilio a Lucca sono 92, nel 1902 sono 171 (140 a casa, 31 in famiglie altre). Lucca si posiziona seconda in Italia per alienati assistiti in famiglia, molto dopo Firenze (950) e prima di Perugia (119). Tuttavia, l'accesso facilitato ai sussidi viene deplorato, almeno a Firenze, dalla direzione medica perché sottrae - anche a vita - il malato dal controllo psichiatrico.

148 Le proposte di Montauti non placano la protesta. Ancora, nel 1901, la provincia insiste sul fatto che debba essere l'Opera stessa a contribuire, dato il peso che ha sui bilanci il mantenimento del manicomio, alle spese per i "mentecatti poveri". Nel 1901 viene, infatti, portato in votazione dall'avvocato e consigliere Franchini un ordine del giorno che impegna il Consiglio provinciale ad attivarsi per riaprire un tavolo di trattativa con l'Opera. Passato all'unanimità, la trattiva si arena prima di essere intavolata.

149 Nel 1903, Taddeo de Hieronymis, Soprintendente dell'ospedale San Luca e medico-chirurgo, nonché già docente di clinica e chirurgia presso l'Università di Napoli, intraprende un'azione legale contro lo stesso Montauti. Il 29 luglio dello stesso anno, il consiglio dei Regi Ospedali approvava una speciale delibera che introduce sostanziali modifiche allo statuto ospedaliero. In particolare, vengono apportate restrizioni all'accesso degli studenti di Medicina agli spazi dell'ospedale per fini di studio, con specifico riferimento al reparto di Dermosifilopatia. De Hieronymis ignora la deliberazione e, il 3 settembre, il consiglio dei Regi Ospedali lo sanziona severamente. Tuttavia, il Sovrintendente impugna la decisione e porta il caso davanti alla giunta provinciale amministrativa, che accoglie il ricorso e annulla la sanzione. Giunta provinciale amministrativa, *Cav. Prof. Dott. Taddeo de Hieronymis contro comm. Giovanni Montauti N. N.*, Lucca, Tip. Marchi, 1903.

150 Nel bilancio del 1903, l'Opera è costretta a ricorrere in misura sempre maggiore ai prestiti creditizi. Se da un lato il meccanismo di rimborso genera un indebitamento crescente per i comuni, dall'altro obbliga l'ente a trascinarsi dietro un deficit sempre più gravoso e titoli di credito di difficile riscossione. Di conseguenza, una quota sempre più rilevante delle entrate annuali viene destinata alla copertura degli interessi sul debito. Per far fronte alla persistente carenza di liquidità, si amplia il ricorso alle ipoteche sui titoli di rendita e sui beni immobiliari di proprietà dell'Opera. Si stima che, nel primo decennio del XX secolo, l'ente abbia sostenuto un esborso da capogiro, complessivo di oltre seicento mila

l'abolizione dell'uso estensivo delle misure contenitive meccaniche nei reparti,[151] sostituito da una sorveglianza maggiore nei reparti, da parte della direzione manicomiale, fa balzare in alto il numero degli impiegati in assistenza immediata: dal 1900 al 1905 i serventi uomini passano da 49 ad 83, mentre le impiegate nei reparti femminili passano da 32 ad 82.[152] Tra il 1904 e il 1908, l'amministrazione provvede al completamento dell'organico con l'arruolamento dell'intera manodopera manicomiale: 20 serventi maschi di seconda classe, 21 di terza, 12 giornalieri e 44 serventi donne in classe unica.[153] Nonostante gli sforzi messi in campo per contenere la spesa – come l'impiego di manodopera giornaliera fuori pianta, meno costosa e più flessibile, la promozione di un sistema di custodia etero familiare che alleggerisce i costi di mantenimento,[154] l'adozione di misure volte a incrementare la produttività del lavoro dei ricoverati, tra cui l'abolizione del tabacco e del vino[155], e l'accordo con le suore di Santa Caterina – la situazione finanziaria resta esplosiva. Di fronte

lire. *Atti del consiglio provinciale di Lucca*, Lucca, Tip. Giusti, 1917, pp. 72-79.

151 «Cristiani riferisce sul progressivo diminuire della contenzione nel Manicomio di Lucca. Ritiene il comparto di osservazione necessario, specialmente nei grandi manicomi», in «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1904.

152 I dati sono stati recuperati da RR. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Bilancio della entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900*, Lucca, tip. Marchi, 1900, pp. 144-145 e da AdFMT, *Opuscolo*, 1808 (il documento è una modifica di RR. Spedali ed Ospizi di Lucca, *Annuario per l'anno 1905*, Lucca, tip. Marchi, 1905, pp. 21-29).

153 Nel *Rendiconto degli Spedali ed Ospizi di Lucca* per l'anno 1909 (tip. Marchi, 1909) emerge come la gestione delle assunzioni del personale rifletta una strategia economica tesa a contenere i costi dell'adozione del sistema *no-restrain*. Lo scarto salariale tra le diverse classi di infermieri è il seguente: la spesa complessiva per i 20 infermieri di prima categoria ammonta a 19.200 lire (960 lire annue *pro capite*), mentre per i serventi di seconda classe (20 unità) si scende a 17.600 lire (880 lire *pro capite*) e, ancora più bassi, per quelli di terza categoria (21 unità) a 16.800 lire (800 lire annue). Se l'accesso alla prima categoria salariale maschile avviene per anzianità, mentre la seconda categoria salariale maschile esiste da tempo, la terza classe viene appositamente istituita come forma di contratto della manodopera stabile a un costo più contenuto, segno evidente di una razionalizzazione salariale finalizzata ad ammortizzare la scelta terapeutica del *no-restraint*. I lavoratori giornalieri a chiamata costano ancora meno: 2 lire al giorno per gli uomini, 1,30 per le donne. Ancora più economica è la manodopera femminile di ruolo: la categoria unica delle serventi donne (44 unità) comporta una spesa annua di 23.760 lire, ovvero circa 540 lire a persona, da cui però vanno trattenute circa 360 lire annue destinate al vitto. Cristiani, ancora vicedirettore, nel 1897, denuncia la scarsa attenzione al lavoro delle infermiere donne - «rifiuti dal punto di vista intellettuale e fisico» - causato dalla troppa fatica e dal salario bassissimo di appena 9 lire mensili (A. Cristiani, *Note di tecnica manicomiale*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1897, pp. 493-494).

154 A. Tamburini, *L'assistenza degli alienati e il patronato familiare in Italia*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», 1902, p. 677-686. Un esperimento analogo è stato, sull'esempio del nostro, attuato dal Dott. Cristiani nel Manicomio di Lucca. In 3 anni circa ha potuto collocare 31 alienati d'ambo i sessi, cronici tranquilli e innocui, presso famiglie di coloni, la maggior parte di famiglie di Infermieri che abitano nelle campagne circostanti, e ciò «non solo senza il menomo inconveniente, ma con ottimi risultati morali ed igienici pei malati, e con vantaggio economico delle Provincie cui fanno carico le spese per gli alienati". Nel 1898 gli assistiti a domicilio a Lucca sono 92, nel 1902 sono 171 (140 a casa, 31 in famiglie altre). Lucca si posiziona seconda per alienati assistiti in famiglia, dopo Firenze (950) e prima di Perugia (119). Tuttavia, l'accesso facilitato ai sussidi viene deplorato, almeno a Firenze dalla direzione medica perché sottrae - anche a vita - il malato dal controllo psichiatrico.

155 «Così mentre nel 1905, in cui l'uso del tabacco era sempre in vigore, gli alienati lavoratori erano il 62 °/, nel 1908 in cui il tabacco era abolito, i lavoratori erano il 65 °/. E allora da tutto quanto siamo venuti esponendo che cosa resulta circa la pratica dell'uso del tabacco agli alienati? Nient' altro che una spesa fortemente e inutilmente aggravante i bilanci, non soltanto di lusso e affatto ingiustificata, ma quel che è peggio un trattamento antiscientifico, contro la Tecnica Manicomiale, dannoso agli alienati. Ne scaturisce quindi il corollario della sua abolizione» A. Cristiani, *L'abolizione dell'uso del Tabacco per gli alienati*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», 1908, pp. 286-291. Ferdinando Ugolotti (in *L'uso del vino nei Manicomi*, Parma, Cooperativa parmense, 1906, pp. 22-24) intervistando Cristiani, riporta come in realtà nel Manicomio di Lucca il vino fosse abolito solo parzialmente. Infatti, i ricoverati lavoratori della colonia agricola avevano, ancora, nella loro dieta il diritto modici quantitativi di vino.

ad un frangente sempre più ingestibile, tra il 3 novembre del 1906 e il 10 aprile del 1907[156], il consiglio provinciale affida all'avvocato Antonio Cappelli il compito di presentare uno studio di fattibilità economica per provincializzare il manicomio di Fregionaia. Da quel momento trascorrono quasi sei anni di duro scontro politico e il 1° gennaio del 1913, dopo un lungo processo di preparazione quasi ventennale, si arriva alla completa provincializzazione del manicomio. Tuttavia, il passaggio non è indolore, si apre, infatti, da subito, una dura battaglia legale tra l'Opera e la provincia che si protrarrà a lungo: ancora nel 1923 l'Opera rilancerà la battaglia legale per l'annullamento del contratto – ritenuto ricattatorio – di cessione dello stabile di Fregionaia alla provincia.[157] Gli strascichi della provincializzazione non sono indolori neppure sul piano economico, la presa in carico diretta del manicomio comporta un notevole aggravio per le casse pubbliche. Sebbene il costo diretto del passaggio di competenze – circa 31.000 lire – rappresenti solo una piccola parte della spesa complessiva, è nel bilancio del 1915 che si evidenzia appieno il reale impatto dell'operazione. Rispetto all'anno precedente, le spese per la gestione dell'istituto aumentano in modo vertiginoso: si passa da circa 119.000 lire del 1914 a oltre 564.000 lire nel 1915, un incremento quasi quintuplicato. Questa cifra si avvicina molto al costo totale del mantenimento degli internati, pari a circa 570.000 lire, in un anno che registra sia un aumento della retta giornaliera sia un incremento complessivo dei giorni di internamento (da 251.825 a 262.433). Per far fronte a questi costi straordinari, l'amministrazione provinciale è costretta a ricorrere a un forte indebitamento presso gli istituti di credito. Le risorse vengono in larga parte impiegate per rispondere a esigenze di "modernizzazione" che la direzione sanitaria dell'istituto sollecitava da anni.[158] Dunque, a parte l'acquisto della casa colonica per l'ergoterapia e l'ampliamento della sala vasche per l'idroterapia, la maggior parte delle spese viene assorbita per implementare le attività produttive. Il manicomio inizia così a trasformarsi nella "officina"[159] della rete ospedaliera lucchese, divenendo lo snodo produttivo centrale per assorbire il costo e i fabbisogni materiali della rete sanitaria territoriale. Tra il 1911 e il 1915, ad esempio, viene sviluppato il servizio panetteria, capace di soddisfare la domanda di pane e

156 Il consiglio provinciale di Lucca approva un ordine del giorno, presentato dall'avvocato Umberto Teghini, che ha per oggetto la costituzione di una commissione interna, composta da membri interni del consiglio, che presentino uno studio sulla provincializzazione del Manicomio e, in seguito, di valutare la possibilità di una consorziata pubblica tra le province di Lucca, Pisa, Livorno e Massa per la gestione dei folli da mandare a Maggiano. La commissione viene votata solo nell'adunanza del 10 aprile del 1907 ed è composta dall'avvocato Bandoni, dal dott. Franchino, dal professor Giuliani e dagli avvocati Lari e Teghini. La commissione è chiamata a valutare i due maggiori problemi: la situazione giuridica del Manicomio di Fregionaia e dare una valutazione economica delle ricadute positive sul bilancio provinciale in caso di provincializzazione del manicomio.

157 *Cfr*. RR. Ospedali ed ospizi di Lucca, *Trenta mesi di amministrazione ospitaliera,* Lucca, Rinascenza italica, 1923, pp. 19-29.

158 Viene costruito un nuovo padiglione per l'isolamento delle malattie infettive, si implementa il sistema di riscaldamento, si rinnova la rete elettrica, si acquisisce una casa colonica con annessi terreni per le attività ergoterapiche, si migliora l'approvvigionamento di acqua potabile, si amplia la sala per l'idroterapia, si completa l'impianto di tessitura, si rinnovano cucina e forno.

159 V. Fiorino, *Le officine della follia*, Pisa, ETS, 2012, p. 5.

farinacei per tutti gli ospedali del territorio, con ampi margini di profitto. I dati di produzione del 1915 sono esplicativi: la tessitoria produce 9526 metri di tessuto di tela per lenzuola ed altro materiale sanitario, 200 camiciole di cotone e migliaia tra calze e calzini, il podere agricolo registra un *surplus* netto di oltre 2260 lire, mentre le officine fabbro e falegname producono un valore in termini di riparazione e produzione di mobili e lavori di ferramenta che supera le diecimila lire. L'intero impianto manicomiale si organizza progressivamente secondo modelli di stampo proto-*tayloristici*, un'«organizzazione scientifica» del lavoro dei ricoverati, ripartito tra reparti, improntato su una produzione di larga scala.[160] Il 9 ed il 16 giugno del 1914, la deputazione provinciale approva il nuovo regolamento speciale del manicomio di Lucca, sancendone definitivamente il controllo economico della struttura al consiglio provinciale e quello politico alla deputazione stessa.

Il processo avviato nell'ultimo decennio dell'Ottocento si chiude nel 1913 con la soppressione dell'interlocuzione dell'Opera pia, sancendo, così, l'ingresso del manicomio di Fregionaia nella rete di controllo amministrativo e politico esercitata dalla provincia su tutto il territorio lucchese.[161] Collocato, ora, al centro di un ramificato dispositivo territoriale più suscettibile agli indirizzi politici, l'istituto si apre così ad un crescente condizionamento dei risvolti politici locali, che troverà espressione – soprattutto nei primi anni del regime fascista – in riforme d'organico, bandi di concorso e nomine interne caldeggiate dalla deputazione e dalla segreteria provinciale.

2. Tra gerarchia manicomiale ed autonomia medica: l'arrivo di Andrea Cristiani a Fregionaia ed il consolidamento della classe dei medici primari di Maggiano

I primi vent'anni del Novecento a Maggiano vanno letti alla luce di un processo di trasformazione che vede i medici assumere un protagonismo mai sperimentato in precedenza. Con l'arrivo di figure come Alberto Vedrani e Giuseppe Paoli si apre infatti una fase in cui i medici di corsia e di padiglione conquistano un ruolo centrale, capace in alcuni momenti di portare l'istituto al centro del dibattito psichiatrico nazionale, in particolare su temi clinici e terapeutici. Nel contesto dell'approvazione della legge n. 36 del 1904 – la cosiddetta "legge Giolitti-Bianchi", che norma i processi di internamento e ridefinisce i rapporti gerarchici negli istituti psichiatrici – la svolta dirigista sottolineata dalla storiografia psichiatrica trova nel microcosmo lucchese non irrilevanti spazi di "sfrangiatura". Qui, infatti, il direttore medico è spesso costretto ad accettare geometrie di potere modellate dalla capacità dialettica e organizzativa dei medici primari. Già al passaggio del secolo va consolidandosi, infatti, all'interno dell'istituzione un nucleo coeso e intraprendente di professionisti

160 *Atti del consiglio provinciale di Lucca*, Tip. Giusti, Lucca, 1916, pp. 131.
161 Manicomio provinciale di Lucca, *Regolamento speciale*, Lucca, tip. Giusti, 1915, pp. 3-4.

– soprattutto medici primari – che rivendica una forte autonomia professionale. Si tratta di una ridefinizione dei poteri che i medici scelgono di condurre, non solo dal punto di vista professionale, ma anche sul piano della battaglia politica. In questa presa di posizione si osserva la formazione di un collante che consolida un vero e proprio *cluster* ideologico-narrativo, condiviso dai medici primari, nel quale si intrecciano principi comuni di ricerca clinico-psichiatrica, legami di solidarietà politica e una crescente consapevolezza del ruolo professionale delle classi tecniche all'interno della società italiana. Questo gruppo, dotato fin dai primi anni di una forte capacità di integrazione reciproca e di lavoro collettivo, riesce a inserirsi nella logica piramidale del potere introdotta dalla legge con una strategia dialettica che rompe la linearità del comando e riporta al centro della logica dell'organizzazione manicomiale, non tanto il potere amministrativo-burocratico del direttore, quanto la possibilità di incidere sui percorsi di terapia e la facoltà di scegliere indirizzi clinici. L'obiettivo è quello di portare il potere decisionale nelle mani dei medici di corsia. Questo processo, pur inscritto nello spazio manicomiale, si collega a un più ampio percorso di emancipazione della borghesia professionale – i *white-collars* non legati direttamente allo sviluppo industriale o agricolo – che in quegli anni si andavano affermando come cinghia di trasmissione tra lo stato e le diverse componenti sociali, muovendosi professionalmente tra carriera privata e funzioni pubbliche. Lo scontro riflette questioni cruciali: quale classe avrebbe dovuto guidare lo sviluppo tecnico-industriale del paese, come ridefinire i rapporti tra classi dirigenti e il proletariato, quali equilibri stabilire tra la classe tecnico-amministrativa e la classe imprenditorial-mercantilista e, al loro interno, chi avrebbe dovuto tenere le redini della vita nazionale. Anche in un settore apparentemente marginale come la psichiatria riemerge dunque il processo di costruzione dello stato unitario e le sue fratture, frutto delle tensioni legate al fenomeno dell'industrializzazione e dalla formazione di un nuovo ceto dirigente nazionale. Questa fase di accesa dialettica di potere, che rende Maggiano un laboratorio particolarmente vivo nel quadro della psichiatria nazionale, si sarebbe però interrotto bruscamente con l'avvento del fascismo, destinato a riorganizzare gli equilibri di potere interni alla disciplina e, più in generale, all'intera società italiana.

2.1: Il "buon padre" Andrea Cristiani: prospettive e traiettorie amministrative di un trentennio di medica direzione manicomiale

Raffaele Brugia lascia l'incarico di aiuto-direttore nel 1888 e, il 10 settembre 1889, a soli ventisette anni, gli subentra Andrea Cristiani[162] già assistente provvisorio presso l'Istituto di Medicina

[162] Andrea Cristiani nasce a Orentano, in provincia di Pisa, il 12 maggio 1862. Brevi cenni biografici si trovano in APLu, AC, prot. 75, 1936, carta 1. La sua vita privata è segnata da gravi lutti familiari, in particolare dalla perdita

legale e Clinica psichiatrica di Pisa diretto dal medico Beniamino Sadun. Pochi anni più tardi, nel 1893, gli viene conferito il titolo di vicedirettore onorario sotto la direzione di Luigi Cappelli. Alla partenza di quest'ultimo, nel 1898, Cristiani viene dapprima nominato vicedirettore effettivo (1° ottobre 1900), per poi assumere ufficialmente la direzione del manicomio a partire dal 1° gennaio 1901.[163] Con la nomina di Cristiani alla direzione prende avvio una vera e propria "epoca" nella storia dell'ospedale psichiatrico di Maggiano: il suo incarico si protrarrà infatti fino al 1936, anno del suo pensionamento, rappresentando un caso di eccezionale continuità amministrativa nel panorama psichiatrico italiano. Nel corso di questo lungo periodo, Cristiani si presenta come figura garante della stabilità istituzionale, posta alla cima delle priorità del direttore, diviene elemento di coesione anche nei momenti di più forte disarticolazione dell'istituzione.

La biografia medico-scientifica di Cristiani ci restituisce l'immagine di uno psichiatra allineato agli approcci clinici dominanti dell'epoca. Formatosi in ambito anatomico-patologico e neurologico, contribuisce attivamente al dibattito scientifico-alienista nazionale con numerose pubblicazioni,[164] perlopiù di taglio compilativo, che confermano la sua adesione alla teoria

---

prematura di entrambe le figlie, artiste affermate. La primogenita muore nel 1905, a soli diciotto anni, a causa di una forma fulminante di febbre tifoidea. Di lei rimane un toccante necrologio pubblicato sulle pagine del *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale* (1905, p. 509), firmato dallo psichiatra Alberto Vedrani, collega e collaboratore del padre: «Al dott. Andrea Cristiani, direttore del manicomio di Lucca, è morta di tifo fulminante la figlia diciottenne, già valentissima nello studio della pittura. Sogno di un mattino di primavera svanito, vita innocente e placida come il sonno di un fanciullo, gentilissimo e dolce fiore di giovinezza reciso dall'insulto delle forze cieche. Chi la conobbe piange col padre desolato». La seconda figlia, Giuseppina, muore nel 1922 all'età di ventisette anni per una forma avanzata di tubercolosi polmonare. Pittrice di notevole talento, fu una delle personalità più significative della scuola naturalista lucchese. Allieva di Plinio Nomellini, si avvicina in seguito alla pittura divisionista, elaborando uno stile personale in cui la campagna toscana – e in particolare il paesaggio lucchese – è al centro della tela. Una mostra postuma dedicata alla sua opera è allestita nel 1923 presso il Teatro del Giglio, alla presenza delle autorità e della comunità artistica cittadina. La sua figura è ricordata dal vicedirettore del manicomio di Maggiano, Corrado Ferrarini, nel volumetto commemorativo *A ricordare l'esposizione dei quadri di Giuseppina Cristiani (Lucca, 1895–1922). Tenuta in Lucca nel Teatro del Giglio la primavera 1923*, Lucca, Giusti, 1923.

163 APLu, AC, prot. 75, 1936, carta 7.

164 Si propone un piccolo prospetto degli articoli pubblicati da Cristiani sul tema dell'organogenesi delle psicosi e sulla connessione tra disfunzione organica e malattia mentale e sugli effetti delle terapie somatiche negli anni della sua aiuto-direzione: *Della orticaria malarica pirettica*, in «Lo Sperimentale», 1888; *Sui prodotti del ricambio materiale nelle alienazioni mentali*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», fasc. 5, 1889; *Contributo allo studio dei delirii sistematizzati primitivi*, in «Archivio italiano per le malattie nervose», fascicolo 6, 1890; *Nota clinica sulle psicosi consecutive all'influenza*, in «La riforma medica», 1890; *Del riflesso rotuleo e del clono del piede nel parossisma febbrile da infezione malarica,* in «La riforma medica», 1890; *Atavismo dell'arte in un paranoico originario con delirio fastoso-persecutorio a colorito artistico*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», 1890; *Degenerazione del plesso solare (simpatico-addominale):e la cosiddetta diarrea vaso-paralitica nei pazzi*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale», 1891; *La predisposizione alle malattie infettive negli alienati di mente*, in «La riforma medica», 1892; *Ipertricosi facciale nelle alienate e nelle sane di mente*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale», 1893; *Tremori nei Pazzi*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1894; *Demenza paralitica*, in «La riforma medica», 1894; *Ernie ed il loro significato antropologico negli alienati di mente*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», 1894; *La scialorrea negli alienati*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1894; *Su di un fenomeno di automatismo negli alienati recidivi : nota psicopatologica*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1894; *Meningo encefaliti infettive e tossiche dopo il taglio del simpatico cervicale*, in «Rivista di patologia nervosa e mentale», Firenze, 1896, pp. 223-226; *L'appendicie vermiforme del cieco negli alienati e nei sani di mente*, in «Il manicomio moderno»,1896; *Tiroide e cretinismo,* in «Annali di freniatria e scienze affini», 1897; *Sulla fisiopatologia dei lobi prefrontali del cervello*, Tipografia dell'ospedale psichiatrico, Nocera inferire, 1897; *L'esito più frequente della psicosi nei pazzi criminali*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed

organogenica della malattia psichiatrica, cardine della cosiddetta "scuola organicista".[165] In linea con l'impostazione nosografica e scientifica del suo predecessore Antonio Cappelli, Cristiani, una volta presa la direzione del manicomio, prosegue gli studi sulle interazioni tra etilismo cronico e psicosi, concentrandosi in particolare sulle forme degenerative e sulle "frenosi alcoliche", quest'ultime interpretate alla luce della teoria della degenerazione ereditaria e della teoria atavistica. Le sue ricerche si muovono sul piano dell'anatomia patologica e della patogenesi organica dei disturbi mentali, con un'attenzione specifica per gli aspetti digestivi[166] e alle affezioni del tratto gastroenterico [167], considerate come cofattori eziopatogenetici delle psicosi. Inoltre, da alcuni contributi, emerge con

---

antropologia criminale», 1897; *Sulla patogenesi della sitofobia negli alienati di mente: ricerche cliniche anatomiche e sperimentali*, in «Annali di nevrologia», 1897; *La lattofenina contro l'insonnia degli alienati: nota terapeutica*, in «Il manicomio moderno», 1898; *L'anatomia patologica e la patogenesi del delirio acuto: ricerche cliniche ed anatomo – patologiche*, in «Annali di freniatria e scienze affini del R. Manicomio di Torino», 1899; *Le nevriti negli alienati di mente: ricerche anatomo-istologiche*, in «Rivista di psicologia, psichiatria e neuropatologia», 1899.

165 Già nel 1983 Valeria Paola Babini solleva dubbi su una definizione omogenea e monolitica del termine "organicismo" assurto, negli anni, ad elemento identitario dalla psichiatria italiana. La critica di Babini parte da un'analisi delle "cause" che portarono alla separazione del mondo alienista dal resto delle discipline mediche nella seconda metà del XIX secolo. Nel 1873, il distacco della psichiatria dalla medicina generale, promosso dal gruppo di Verga, non avviene su un piano di rottura epistemologica: i freniatri continuano a usare gli stessi metodi clinici e fisiopatologici della medicina generale, interpretando la malattia mentale come un disturbo organico del cervello. Questo approccio rafforza il legame tra neurologia e psichiatria e fonda una corrispondenza materiale tra cervello e mente. È proprio l'adesione al paradigma somatologico dominante a fornire alla psichiatria i presupposti scientifici per rivendicare una propria autonomia disciplinare. Riassume, così, Babini: «Quello che quindi si è chiamato organicismo psichiatrico rappresenta negli anni Sessanta/Settanta del secolo scorso [*ndr*. Il XIX secolo] un programma di ricerca scientifico che non sembra essere stato suggerito dall'oggetto della sua analisi specifica, la malattia mentale, ma pare piuttosto esservi stato introdotto al fine di garantire e legittimare la scientificità della ricerca. Ciò che per gli psichiatri positivi fa della loro disciplina una riflessione finalmente scientifica è appunto l'introduzione del metodo sperimentale e la esclusione di qualsiasi ipotesi che non sia verificabile e controllabile» (V. P. Babini, *Organicismo e ideologie nella psichiatria italiana dell'Ottocento*, in «Passioni della mente e della storia», op. cit., p. 341).

166 Cristiani affronta il problema del mericismo, o ruminazione patologica, in un articolo comparso sulle pagine della *Rivista sperimentale di freniatria* nel 1892, nel quale analizza i casi di due frenastenici gravi internati a Maggiano, individuando una connessione tra la loro condizione e l'assenza del senso del disgusto. L'analisi condotta esclude un'origine puramente gastrica della ruminazione, spostando l'attenzione sulla natura neurologica e atavistica del fenomeno. I due pazienti, N. Francesco e C. Pietro, presentano una grave degenerazione mentale e una predisposizione ereditaria a disturbi neuropsichiatrici. Il loro comportamento alimentare è caratterizzato da un'estrema voracità, ingestione rapida di cibi senza masticazione adeguata e tendenza a ingerire sostanze non commestibili. In entrambi i casi, si osservano "vomitazioni" involontarie precedenti alla ruminazione vera e propria, suggerendo un meccanismo motorio amplificato dalla loro condizione degenerativa. Seppur presentandosi di nuovo con una veste compilativa, dell'articolo emerge con interesse il giudizio "morale" del medico filtrato dal concetto di "disgusto". L'interpretazione proposta da Cristiani, infatti, vede il mericismo come un residuo atavico, un ritorno involontario a pratiche alimentari primitive, facilitato dalla mancanza di barriere cognitive ed emotive nei soggetti studiati. Cifra di questo carattere è il disgusto, considerato una costruzione culturale e ideologica che separa il "noi" dal "loro" e che, "in loro", non trova spazio. Per questo i due soggetti, privi di una piena coscienza di sé e delle norme sociali, rivelano un rapporto puramente istintivo con il cibo. Si costruisce una distanza, tra il medico e i pazienti sulla base dell'assenza di un senso di ripugnanza nei confronti di ciò che è considerato immondo, rafforzando l'idea che il mericismo e i frenastenici siano soggetti ad una manifestazione estrema di regressione evolutiva – quindi civile, di costume e di cultura - piuttosto che una mera disfunzione fisiologica. Che il concetto di gusto sia un concetto di potere, che segnala una distanza lo suggerisce Nussbaum in *Nascondere l'umanità (Carocci editore, Roma, 2005, pp. 113-165) che afferma che il disgusto* non è semplicemente una reazione biologica, ma è una costruzione culturale e ideologica che separa ciò che è accettabile da ciò che è rifiutato. Il mondo sociale è ordinato attraverso un meccanismo di espulsione simbolica, che allontana gli elementi putrescenti, organici e nauseabondi, considerandoli totalmente alieni. Questa costruzione "ideazionale" non è neutrale, ma profondamente moralizzante e che proietta nel mondo della follia tutti quegli elementi espulsi dalla costruzione del civile e del permesso. La malattia si fa totalmente aliena e si rende osservabile agli occhi dei principi di ragione che la segrega e la respinge. Cfr. A. Cristiani, *Su due casi di ruminazione nei pazzi: ricerche sperimentali*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1892, pp. 131-ss.

167 Cristiani si concentra sugli influssi che le disfunzioni gastriche possono avere sulla vita psichica degli alienati.

chiarezza l'influenza degli studi antropologico-criminali della scuola lombrosiana sulla formazione accademica di Cristiani, che si riflette nella sua lettura dei tratti fisionomici e comportamentali di alcuni casi di degenti di Fregionaia.[168] Tale formazione, tuttavia, non si limita all'ambito manicomiale: Cristiani porterà, infatti, questo bagaglio teorico anche nelle aule di tribunale. In un'occasione particolarmente seguita dalla cronaca - il secondo grande processo dello stato contro il brigante Musolino, svoltosi a Lucca nel 1902 - sarà proprio lui, insieme allo psichiatra Leonardo Bianchi, a redigere per la difesa, la perizia medica sul noto brigante calabrese.[169] È soprattutto con Urbano Alessi - medico assistente a Fregionaia e poi primario,[170] proveniente, anch'esso, dalla clinica sperimentale pisana diretta da Sadun - che Cristiani concentra la sua attività clinica, firmando un consistente numero di studi di taglio anatomico, spesso citati dalla saggistica contemporanea. Questi lavori sono prevalentemente volti a indagare le correlazioni tra alterazioni organiche - in particolare

---

Appena approdato a Maggiano, Cristiani, pubblica un articolo sul legame tra l'epilessia jacksoniana e i disturbi gastrici. Il contributo è interessante, *in primis*, perché oggetto del suo studio non è un ricoverato, ma un servente stesso del Basso Servizio impiegato al padiglione maschile. L'uomo (F.C.) di 52 anni, robusto e con un passato lavorativo irreprensibile, non mostra segni di degenerazione fisica né abitudini dannose come l'abuso di alcool, tabacco o rapporti sessuali promiscui. Tuttavia, presenta un'importante storia familiare di disturbi neurologici e convulsivi, che coinvolge il padre, la sorella e i figli. A partire dal 1892, sviluppa una sintomatologia gastrointestinale con nausea, vomito e pirosi, seguita da episodi convulsivi caratterizzati da spasmi clonici e perdita parziale della lucidità. L'analisi delle urine rivela un aumento di urea e fosfati, suggerendo un'alterazione metabolica. La frequenza e la tipologia delle crisi epilettiche variano, passando da accessi di tipo jacksoniano a episodi di epilessia vasomotoria e vertigini epilettiche. Tuttavia, la progressiva remissione delle crisi parallela al miglioramento del catarro gastrico porta i medici a ipotizzare un nesso tra disturbi digestivi e sintomi neurologici. Questa osservazione rafforza l'idea che un'auto-intossicazione di origine gastrica possa scatenare manifestazioni epilettiche, dando credito alla teoria di un avvelenamento del sangue come causa scatenante. Tuttavia, gli studiosi concludono che la sola intossicazione non basta a spiegare la malattia: la predisposizione ereditaria risulta determinante. La presenza di precedenti familiari neurologici e convulsivi suggerisce che, anche in un contesto di epilessia secondaria a fattori organici, la predisposizione genetica resta un elemento imprescindibile per la manifestazione clinica. L'episodio, che si inserisce in una tradizione compilativa tesa a confermare teorie già altrove espresse, convalida, tuttavia, uno schema di comando medico e sanitario piramidale all'interno dell'istituto: non soltanto i ricoverati coatti, ma anche i serventi e i lavoratori possono finire sotto lo sguardo e il giudizio del medico-alienista ed essere oggetto del loro discorso di potere. (A. Cristiani, *Epilessia jacksoniana da autointossicazione di origine gastrica, «*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale», a. 19, fasc. 4, 1893).

168 Sulla rivista diretta da Cesare Lombroso ed Enrico Ferri, *Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*, nel fascicolo del 1898, Cristiani pubblica un contributo di natura peritale intorno al tema del genio artistico nella follia, inserendosi nel solco degli studi sulla genialità patologica già avviati da Lombroso stesso. L'articolo, dal titolo *Atavismo dell'arte in un paranoico originario con delirio fastoso-persecutorio a colorito artistico*, prende in esame il caso di un artista paranoico internato a Maggiano, soffermandosi sul valore estetico e interpretativo delle produzioni artistiche nei soggetti affetti da paranoia. Muovendosi secondo una logica apodittica, Cristiani giunge a dimostrare come i soggetti, le composizioni e la plasticità delle forme ricorrenti nelle opere pittoriche dei paranoici corrispondano a quelle proprie delle civiltà antiche, postulando così una tesi – già consolidata nella letteratura positivista – che mette in relazione, in chiave atavistica, la cronologia dello sviluppo dell'umanità (il "tempo antico") con la biografia patologica del soggetto paranoico (l'"infanzia" mentale). Inoltre, la pubblicazione è corredata da alcune tabelle antropometriche che riportano le misure fisiologiche del malato, i cui criteri sono stati mutuati dagli studi di antropologia criminale (pp. 559-575). L'articolo si conclude, dunque, con la riconferma delle teorie sull'atavismo e la degenerazione che riguarda il genio artistico, proposto da Tanzi [p. 566]. L'articolo è particolarmente interessante perché è l'oggetto di uno scambio epistolare tra Cristiani e Lombroso, il quale si proporrà di correggere le bozze del contributo del medico cfr. *Museo di antropologia criminale "Cesare Lombroso"* - Università di Torino, IT SMAUT, Lombroso, 144.21. La risorsa è disponibile *online*, pubblicata sul sito *Lombroso Project*.

169 Cfr. *Il processo Musolino a Lucca*, in «Corriere della Sera», 17 aprile 1902 e *Il Processo Musolino e compagni*, in «Corriere della Sera», 21 aprile 1902; A. Tamburini, Il processo Musolino e le perizie psichiatriche, estratto dalla «Rivista sperimentale di freniatria», Reggio Emilia, Tip. Calderini, 1902.

170 La nomina di Alessi è contenuta in APLu, AC, prot. 354, 1913. La sua promozione a medico primario è contenuta, invece, in APLu, AC, prot. 39, 1924, 17 dicembre.

le lesioni a carico dell'apparato digerente e le intossicazioni croniche - e le manifestazioni psichiatriche.[171] Tra gli ambiti di maggiore interesse per Cristiani si distinguono anche le ricerche sulle paralisi generali progressive di origine luetica, allora considerate il paradigma per eccellenza delle psicosi a eziologia organica.[172] Questo interesse per la clinica sperimentale condurrà, proprio durante la sua direzione, alla nascita - in accordo con il commissario provinciale Barsanti - del laboratorio batteriologico del manicomio di Lucca.[173]

Dunque, tanto "tradizionale" risulta il profilo scientifico e professionale di Cristiani, quanto convenzionale si presenta la sua prassi amministrativa. Fin dal suo insediamento, infatti, Cristiani incarna pienamente l'idealtipo del medico-funzionario del primo Novecento. Dopo la nomina a direttore, si assiste a un progressivo ridimensionamento della sua attività scientifica, ormai quasi completamente assorbita dall'esercizio delle funzioni istituzionali. Ad eccezione di sporadici interventi alle sedute dei congressi freniatrici - nei quali si limita a illustrare le pratiche adottate presso l'ospedale psichiatrico di Lucca - le sue pubblicazioni cessano del tutto. Tale mutamento non è riconducibile unicamente al peso degli impegni amministrativi - pur denunciati dallo stesso Cristiani nel corso del congresso nazionale di freniatria di Venezia del 1907, in risposta alle sollecitazioni del collega Tamburini[174] - ma riflette una precisa concezione del ruolo direttivo: quella del dirigente-

---

171 Il dibattito scientifico sulla correlazione tra coprostasi e alterazioni del sistema nervoso centrale trova spazio negli studi di Urbano Alessi e Andrea Cristiani tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo. Alessi, attivo presso l'Istituto di Psichiatria e Medicina Legale di Pisa, sostiene in un articolo del 1897 che la coprostasi sia uno stato biologico di aggravio per la sintomatologia psichiatrica, data dall'irritazione dei plessi simpatici addominali, inducendo, quindi, con il ripetersi del fenomeno, a lesioni cerebrali per auto-intossicazione. Cristiani approfondisce tale ipotesi con esperimenti su animali sottoposti a sutura anale, dimostrando che i prodotti della putrefazione intestinale possono determinare alterazioni cellulari e distruzione di fibre nervose. Questo filone di ricerca si inserisce in un più ampio contesto di studi sulle intossicazioni intestinali e le loro ripercussioni sul sistema nervoso, come quelli condotti da B. Pernice e G. Scagliosi sugli effetti della privazione d'acqua e da A. Rovighi sull'azione tossica di composti della serie aromatica sul parenchima epatico. Tuttavia, replicando gli esperimenti di coprostasi indotta, Alessi giunge alla conclusione che l'auto-intossicazione intestinale non genera necessariamente lesioni macroscopiche nei centri nervosi, se non in presenza di una predisposizione patologica o in caso di ripetute manifestazioni del disturbo, dimostrando la teoria della predisposizione. Inoltre, le alterazioni microscopiche risultanti sembrano essere reversibili e suscettibili di guarigione (cfr. U. Alessi, *Lesioni nervose cellulari nella coprostasi sperimentale*, Torino, Tip. Spandre e Lazzari, 1898 e *La coprostasi negli alienati di mente*, in Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 37, 1897; *La fine alterazioni del sistema nervoso centrale nelle auto-intossicazioni acute sperimentali d'origine intestinale*, in «Annali di Freniatria e scienze affini», Torino, 1897).

172 A. Cristiani, *Contributo allo studio dell'etiologia della paralisi generale*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1893, pp. 230 e ss.

173 C. Ferrarini, *Relazione tecnico sanitaria, sull'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca,* Lucca, Amedei, 1921, p. 10: «Che la ricerca di laboratorio, la quale potrebbe sembrare ad un profano soltanto destinata ad uno sterile scopo scientifico sia per contro utile e indispensabile in un ospedale come il nostro, lo dimostra chiaramente il fatto che ad essa si deve la maggior parte delle diagnosi delle malattie infettive e quindi è ad essa affidato in larga parte il compito difensivo dell'Istituto cosa che poi in ultima analisi e per le ragioni di cui sopra, si ripercuote sentitamente nel campo economico. Ci piace qui ricordare come in un momento in cui dominavano in Italia gravi e preoccupanti forme gastro-enteriche, dovemmo isolare alcuni ammalati andando incontro a forti spese per il funzionamento del padiglione infettivi, ma la ricerca di laboratorio pronta e sicura rivelando la natura non contagiosa della malattia permise di far cessare quasi subito l'isolamento evitando così una spesa che col protrarsi avrebbe fortemente gravato sull' economia dell'Istituto». Nella deliberazione presa dal commissario prefettizio del 18 giugno 1927 si rende noto che il laboratorio clinico dell'OP di Maggiano avrà completa libertà di ricerca per l'ospedale ma per il servizio al pubblico si limiterà soltanto alle ricerche «sierologiche della lue, sul siero di sangue e sul liquido cefalo rachidiano» (ASLu, OP, *Carte della Direzione medica*, fasc. 134, busta 11, plica 1 [n. 6/1927]).

174 Nel corso dei lavori congressuali dedicati alla proposta di modifiche al regolamento sui manicomi, Cristiani

esecutore, responsabile della gestione operativa dell'istituto, immerso nelle pratiche burocratiche e in costante interlocuzione con l'apparato statale e con i dispositivi di sicurezza del territorio. Pur insediandosi poco prima dell'approvazione della legge n. 36 del 1904, Cristiani finisce per aderire pienamente al modello di direttore medico da questa delineato[175]: perno dell'organizzazione manicomiale, egli esercita un'autorità che combina arbitrio clinico e potere amministrativo, in un equilibrio reso meno rigido solo dalla concertazione con il gruppo dei medici primari. Un'autorità quasi solitaria, solo in parte mitigata negli ultimi anni della sua direzione, quando una malattia degenerativa lo costringe progressivamente a delegare le proprie funzioni al vicedirettore Corrado Ferrarini.[176]

L'adesione di Cristiani agli indirizzi ministeriali e alle sollecitazioni provenienti dalle amministrazioni pubbliche da cui il manicomio dipende - a loro volta espressione di equilibri di potere locali - si traduce in una prassi amministrativa improntata alla più stretta disciplina. Il direttore accoglie senza particolari resistenze le richieste del commissario prefettizio e della deputazione provinciale, limitandosi, al più, a adattarle al contesto dell'istituto, privilegiando il principio di continuità amministrativa. Anche quando, nel 1921, verrà di fatto escluso dalle sedute e dalle commissioni della deputazione provinciale competenti in materia manicomiale - in palese contraddizione con quanto stabilito dalla normativa nazionale sull'organizzazione psichiatrica[177] - Cristiani si limiterà ad una blanda rimostranza, presto riassorbita in una logica di rigida subordinazione gerarchica e in una sostanziale accettazione dello *status quo*.[178] Per tutta la durata del suo incarico, si dimostra un critico severo di ogni forma di innovazione che ecceda i confini delle consuetudini amministrative e cliniche. La sua adesione al *more* psichiatrico - inteso come principio operativo e istituzionale - lo conduce, in alcuni casi, al paradosso di opporsi all'autorità

interviene con preoccupazione in risposta alle sollecitazioni avanzate da Tamburini, Belmondo e Lombroso, volte a promuovere una maggiore integrazione tra attività clinica e gestione manicomiale. Il direttore lucchese si chiede infatti come possa un medico-direttore, «sopraccarico di lavoro e di responsabilità», farsi carico anche dell'insegnamento e dell'attività clinica. Il suo intervento tradisce l'angoscia e le tensioni connesse alla propria funzione istituzionale, riflettendo le difficoltà amministrative e professionali che egli vive nella direzione dell'ospedale di Maggiano. Cfr. *Atti del XIII congresso della società freniatrica italiana (Venezia 30 settembre – 4 ottobre 1907)*, Reggio-Emilia, Calderini, 1909, p. 259.

175 Le competenze e le funzioni del Direttore manicomiale sono disciplinate dall'articolo 4 della legge 36/1904 che riferisce: «Il Direttore ha piena autorità nel servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e dell'esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni».

176 Già nel marzo del 1935 i documenti ufficiali risultano firmati da Ferrarini in qualità di medico direttore: tra questi, un elenco dei pazienti post-encefalitici destinato al prefetto di Lucca (n. prot. 726, fasc. 3/2/1935). Tuttavia, in un documento datato ottobre dello stesso anno, compare ancora la firma di Cristiani, il che fa ipotizzare una fase di co-direzione o una transizione graduale – che, invero, non si concretizzerà mai - nella guida dell'istituto. (ASLu, OP, *Carte della direzione medica*, faldone 142 (1935), fasc. 3, plico 2; fasc. 4, plico 2).

177 La legge n. 36 del 1904 recita all'articolo 4: «Alle sedute della Deputazione provinciale o delle Commissioni e Consigli amministrativi, nelle quali debbansi trattare materie tecnico-sanitarie, il Direttore del manicomio interverrà con voto consultivo».

178 C. Ferrarini, *Relazione tecnico sanitaria, sull'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca,* op. cit., p. 21.

amministrativa stessa in nome di un conservatorismo intransigente. Significativo, in questo senso, è l'episodio della mancata assunzione della dottoressa Consuelo Bartalini. Il 3 gennaio del 1933, il prefetto di Lucca informa il direttore che la dottoressa Bartalini, già pediatra presso l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, desidera essere assegnata al padiglione per i bambini "tardivi" di Fregionaia. Il prefetto aggiunge alla nota, esplicitamente, di assecondare la volontà della dottoressa. Cristiani, tuttavia, si oppone all'assunzione[179] e il perché lo spiegherà, l'anno seguente, in una lunga relazione indirizzata al capo della provincia, stigmatizzando la novità poco gradita: non può essere accettabile né dal punto di vista morale né da quello del funzionamento dell'istituto, la presenza di donne all'interno del corpo medico psichiatrico. [180] Tuttavia, come si vedrà in seguito analizzando la sua politica di mediazione per il reclutamento di medici e infermieri, l'opera di Cristiani è costantemente orientata a garantire al manicomio risorse sufficienti a mantenerlo su standard medici accettabili, comparati con quelli degli altri istituti del regno. In quest'ottica si inserisce la fitta corrispondenza indirizzata alla deputazione provinciale, con la quale il direttore si trova a sollecitare più volte assunzioni e interventi strutturali.

Tuttavia, è nello spazio informale - nelle relazioni dirette con pazienti e famiglie e nelle cartelle cliniche destinate a uso interno - che emerge con chiarezza l'idea che Cristiani ha della propria direzione: un ruolo a metà tra quello di un'autorità sanzionatoria e quella di un «buon padre» di

[179] Il padiglione psichiatrico infantile è già seguito, su chiamata, dal consulente specialista Ugo Valgimigli. APLu, AC, prot. 152, 1933, 3 gennaio 1933.

[180] Sarebbe riduttivo attribuire al solo Cristiani la responsabilità del rifiuto dell'assunzione di dottoresse nei ruoli clinici interni al manicomio. Come si evince dal carteggio, Cristiani si confronta attivamente sul tema con i direttori di altri manicomi italiani, interrogandoli sull'eventualità dell'impiego di medici donne in corsia. Nella relazione che stila a conclusione dell'ampio epistolario, scrive Cristiani: «Mi sono rivolto ai Direttori di 27 manicomi del Regno più grandi, più importanti, meglio organizzati e tutti e 27 mi hanno risposto che in tutti quei 27 manicomi non solo nei reparti maschili ma nemmeno nei reparti femminili prestano servizio medici donne, ma soltanto medici uomini». Cristiani sottolinea che persino negli ospedali psichiatrici femminili, come l'ospedale San Clemente a Venezia o il manicomio femminile di Torino, i reparti sono diretti da uomini. E anche per gli istituti medico-pedagogici destinati ai minori deficienti mentali – come quelli di Roma, Milano, Venezia e Siena – gli incarichi sono assegnati esclusivamente a primari uomini, «specializzati in psichiatria e tecnica di istituti di minorenni deficienti mentali». Le risposte che Cristiani riceve confermano un clima culturale e istituzionale profondamente ostile all'ingresso delle donne nella psichiatria manicomiale. Il direttore di Arezzo – Pieraccini - scrive che «non è mai passato per la mente ad alcuno di ricorrere a donne per il servizio medico», pur ammettendo che, in un grande ospedale, si potrebbe considerare l'eventualità di una dottoressa nei reparti femminili o per i bambini. Tuttavia, esclude categoricamente la presenza femminile nella «divisione uomini», definendola «un grosso errore», in quanto culturalmente inconciliabile con i «costumi» italiani e le «caratteristiche etniche della razza». A Mombello, il direttore dichiara di non avere pregiudizi ideologici contro le donne medico, ma si allinea comunque alla posizione di Cristiani, ritenendo «di gran lunga preferibile» l'impiego di medici uomini. Anche Ferrara esprime un'opposizione totale, mascherata da un elogio della «femminilità» che non andrebbe «snaturata» forzandola in ruoli professionali considerati «maschili». A Roma (Santa Maria della Pietà), pur riconoscendo l'importanza della neuropsichiatria infantile, il primario De Sanctis esclude le donne dal servizio nei reparti maschili per «inconvenienti» derivanti da esami neurologici su pazienti agitati. A Perugia si ritiene la donna «assolutamente inadatta» al servizio, persino nei reparti femminili, a causa di «inconvenienti d'indole sentimentale» che potrebbero compromettere l'andamento dell'istituto. Infine, da Genova si ribadisce che le donne potrebbero essere impiegate solo in strutture esclusivamente femminili o in istituti di neuropsichiatria infantile, ma non negli ospedali psichiatrici ordinari, dove «non possono prestare servizio incondizionato senza rischio e senza dar luogo a inconvenienti nei reparti maschili». Il materiale è contenuto in ASLu, OP, *Carte direzione medica*, faldone 142 (1935), fasc. 6. plico 2.

famiglia magnanimo.[181] Egli esercita, infatti, una sorta di potere *pastorale*[182] - un potere ibrido «entre la répression et le paternalisme» - all'interno dell'istituto, una forma di potere che è un tratto tipico dell'architettura manicomiale del primo Novecento. Da un lato, infatti, egli è il direttore che disciplina e corregge i comportamenti devianti con la forza; dall'altro, tuttavia, adotta la postura di una figura benevola, cui le famiglie si rivolgono per ottenere notizie dei propri congiunti, sollecitare sussidi per sé stesse o invocare dimissioni.[183] Il fitto epistolario con i parenti dei degenti disegna una zona franca, dove le rigidità istituzionali cedono il passo a un tono colloquiale e diretto, che rafforza, nell'intimità del rapporto, il ruolo centrale e arbitrario del direttore come unico mediatore tra l'interno e l'esterno dell'istituto. Cristiani esercita il proprio «potere psichiatrico» in una alternanza, senza soluzione di continuità, che vede applicare ora la cura fisica e ora quella morale, tentando di domare i deliri con la "persuasione" e il dialogo clinico, oppure - quando questi si rivelano irriducibili - ricorrendo alle terapie somatiche. È sotto la sua direzione, infatti, che trova impulso l'impiego estensivo delle cure piretiche come, ad esempio, l'insulinoterapia e la malarioterapia.[184] A queste si aggiungono le terapie fisico-contenitive come la clinoterapia – il riposo forzato a letto[185]- e la balneoterapia. Con altrettanta metodicità, però, Cristiani interviene anche nei percorsi clinici degli internati. Nelle cartelle cliniche ricorrono annotazioni, interventi e trascrizioni di colloqui redatti da lui stesso, in cui prende corpo con maggiore evidenza l'immagine del "buon padre" che corregge, definisce e riporta in categorie comprensibili ciò che è percepito come deviante. In questi documenti, destinati all'uso interno, il linguaggio del medico-direttore si presenta come uno strumento di costruzione di una distanza intima e paternalista tra chi cura e chi è curato, tra medico e paziente: una distanza che esprime

---

181 V. Fiorino, *Rifrazioni di ragioni. Pratiche di internamento nel Manicomio di Roma Santa Maria della Pietà*, Tesi di dottorato, Fiesole, Istituto Universitario Europeo, 1999, p. 54.

182 Sul tema confronta: V. Fiorino, *Le officine della follia*, op. cit., pp. 50-51; A. Pandolfi*, Potere pastorale e teologia politica nel pensiero di Michel Foucault*, in «Il Pensiero politico. Rivista di Storia delle idee politiche e sociali», XXXII (1999) n. 2, pp. 206-233.

183 Il manicomio, pur essendo un'istituzione rigidamente strutturata - vincolata da leggi di pubblica sicurezza e immersa in un reticolo burocratico di certificati e comunicazioni con tribunali - mantiene una sorprendente porosità. Al di là dell'apparato formale, resta permeabile a influenze esterne che ricalcano modelli di economia familiare, influenzando costantemente le traiettorie biografiche dei ricoverati. È questa ambiguità costitutiva dell'istituzione manicomiale che Fiorino fotografa: «Plutôt que de mettre au point un modèle bureaucratique rigide, fondé sur des règles précises et impersonnelles, on a édifié un modèle de gestion de l'institut fondé sur la négociation continuelle entre la direction médicale et les exigences des familles des malades» (*Les racines religieuses du système asilaire et de la construction des catégories pathologiques: le cas de l'asile d'aliénés de Rome «Santa Maria della Pietà»*, in Bernard Delpal-Olivier Faure (a cura di), *Religion et enfermements (XVII-XXe siècles)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2005, pp. 173-187).

184 In una lettera del 25 maggio del 1926 Cristiani conferma a Sergiusti, commissario prefettizio, il primo impiego a Maggiano di malarioterapia: «Per le note finalità terapeutiche, nel nostro Ospedale Psichiatrico, è stata praticata l'inoculazione della malaria terzana (*Plasmodium vivax*) in alcuni neuroluetici con esito, positivo, sì da poter ottenere, da questi, materiale inoculabile, in altri […] Do di ciò notizia ai Sgg. Medici della nostra Provincia avendo l'Ill.mo Commissario Prefettizio Sig. Comm. Dott. Sergiusti provvidamente disposto che, quando la S. V. Ill.ma abbia qualche ammalato, cui ritenga necessario praticare la terapia malarica, possa condurlo ambulatorialmente, previo accordo con questa Medica-Direzione, nel nostro Istituto per effettuare l'innesto». ASLu, OP, *Carte direzione medica*, faldone 133 (1926), fasc. 11. plico 1.

185 *Atti del XI congresso di freniatria*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1902, p. 174.

quell'asimmetria di fondo - sociale, culturale e simbolica - che alimenta l'istituzione manicomiale.[186] Un esempio molto chiaro di questa distanza emerge nel rapporto tra Cristiani e la cultura popolare – in particolare modo con quella contadina e di montagna – che affiora dalle cartelle cliniche dei ricoverati di Maggiano. Nel loro modo di esprimersi molti ricoverati esprimono credenze, parlano per mezzo di espressioni e affrescano visioni del mondo che appartengono a un universo simbolico del tutto estraneo a quello medico. È il caso, ad esempio, di Sandro B. ricoverato per la prima volta nel 1904, proveniente da Vagli di Sotto in Garfagnana, e accompagnato a Fregionaia da un cugino carabiniere. Durante il colloquio iniziale col medico direttore, Sandro attribuisce il proprio malessere a un maleficio lanciatogli da certi "streghi", ovvero spiriti maligni che lo avrebbero colpito «mentre ero a seccar le castagne». Sebbene gli "streghi" siano un *topos* ricorrente e ben radicato nel folklore e nelle storie popolari della zona della Garfagnana,[187] per Cristiani si tratta esclusivamente di un'espressione delirante, che nella sua relazione classifica con tassonomica oggettività come un «neologismo» psicotico inventato.[188] Cristiani esprime nei suoi interventi clinici quello «iato profondo che [separa] il folle povero e lo spessore sociale della sua sofferenza dalle strutture istituzionali preposte alla sua "cura"»[189], espressione di una convivenza, quella tra «due mondi sociali e culturali diversi [che] procedono fianco a fianco, urtandosi l'un l'altro con qualche punto di contatto di carattere ufficiale, ma con ben poche possibilità di penetrazione reciproca».[190]

La duplice veste del direttore – da un lato amministratore ligio, dall'altro medico di corsia – si salda in una figura fortemente connotata dall'adesione al "canone" istituzionale e dalla strenua difesa dell'apparato medico-amministrativo. Questo tratto emerge chiaramente nelle testimonianze e nei giudizi di coloro che, a vario titolo, hanno avuto modo di conoscere Cristiani. Giudizi che, è interessante notare, mutano radicalmente di senso se a parlare è chi "subisce" l'istituzione e chi, invece, ne è un collaboratore. Se per Antonio Cappellini, stretto collaboratore di Cristiani presso l'ente comunale lucchese, il direttore è colui che battezza Fregionaia alla «libertà e al lavoro»[191], di tutt'altro

---

186 L'asimmetria assoluta è un concetto che introduce Foucault nel corso al Collège de France (1973-1974) e che diventa un carattere fondativo della disciplina psichiatrica e del rapporto tra psichiatri e ricoverati. Questo rapporto, che si costruisce attraverso uno squilibrio voluto, trova da un lato il medico detenere un'autorità decisionale totale, dall'altro il paziente, ridotto a mero oggetto delle regole manicomiali. Tale dinamica crea un vuoto deliberato - un'area di non-reciprocità - in cui i bisogni dei malati diventano uno strumento di consenso e sottomissione al potere dello specialista. (M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano, 2015, pp. 15-16, 50, 54).

187 In generale sul rapporto tra psichiatria e fiaba *cfr*. V. Fiorino, *La fiaba e la follia. Rappresentazioni della malattia mentale (1850-1915),* in «Genesis: rivista della Società Italiana delle Storiche», II, 2, 2003, pp. 179-205.Sul tema specifico degli streghi cfr. O. Guidi, *Gli Streghi, le Streghe: antiche credenze nei racconti popolari della Garfagnana*, Lucca, Maria Pacini Fazzi, 1990 e I. Nieri, *Superstizioni e pregiudizi popolari lucchesi*, Lucca, Pacini Fazi Editore, 2020, pp. 31-34. Inoltre, cfr. D. Filippi*, Maggiano: cartelle cliniche e folklore,* in (a cura di) M. Riccucci, *La malattia mentale negli atti "Le parole per dirlo"*, Pisa University Press, Pisa, 2024.

188 ASLu, OP, *Cartelle cliniche*, faldone 333, n. 83.

189 A. De Bernardi, *Follia, psichiatria e società*, Franco Angeli, Milano, p. 27.

190 E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenz*a, Einaudi, Milano, 1972, p. 39.

191 A. Cappellini, *Il manicomio di Fregionaia. Cenni storici e descrittivi*, Tip. Fratelli Lambruschini, Empoli, 1919,

avviso è invece l'internato Napoleone B., ricoverato a Maggiano nel 1924 per abuso di vino, tabacco e alcol. In uno dei rari documenti in cui emerge in modo schietto il commento di un paziente sul corpo medico, Napoleone descrive Cristiani come un «uomo di malsana salute» e capo di un «potere distopico» che approfitta dei «pieni poteri senza controllo» e della sua «vasta scienza medica» per esercitare arbitrio sui malati.[192]

Eppure, l'immagine monolitica del direttore si incrina di fronte al fatto che il nome di Cristiani è legato ad una rivoluzione tecnica nel sistema manicomiale lucchese. È sotto la sua direzione, infatti, che Fregionaia adotta – tra i primi istituti in Italia – il regime di *no-restraint* assoluto, eliminando ogni forma di contenzione meccanica dei ricoverati: una scelta che segnerà profondamente l'identità dell'istituto negli anni successivi, sotto il segno di una progressiva "umanizzazione" della cura. Come sottolinearono i consiglieri provinciali durante la cerimonia per il suo pensionamento, nel 1936:

> si deve a scienziati come il prof. Cristiani se è riuscito a farsi strada il concetto, ormai generalmente accolto e adottato ovunque, che i Manicomi sono luoghi di cura, non di custodia e sicurezza – Fregionaia è diverso dai vecchi manicomi, mezzo asili e mezzo reclusori[193]

Quella che a prima vista appare come una contraddizione nella gestione manicomiale – tra conservatorismo e aperture riformatrici – si rivela invece espressione di una dialettica interna alle trasformazioni dell'istituzione e del sistema sanitario lucchese. L'introduzione del *no-restraint* a Fregionaia non rappresenta solo una svolta tecnico-assistenziale, ma esprime soprattutto un passaggio decisivo nella ridefinizione degli equilibri di potere interni alla struttura stessa. Da un lato, la riforma consolida per la prima volta in modo organico il gruppo dei medici assistenti e primari, rafforzandone l'autonomia professionale attraverso la condivisione di esperienze teoriche e pratiche; dall'altro, ridisegna i rapporti tra direzione e corpo clinico, trasformando una relazione verticale in un processo dinamico di negoziazione, guidato dalle esigenze quotidiane delle corsie e dei padiglioni.

---

p. 39.

192 ASLu, OP, *Cartelle cliniche*, faldone 334, n. 166. Napoleone B., internato a Maggiano per abuso di vino, tabacco e bevande alcoliche, muore in manicomio nel 1926. Quando vi rientra nel luglio del 1924 ha settantadue anni: è un recidivo, essendo già stato dimesso dopo un primo ricovero nel 1923. In realtà, il suo rapporto con l'istituzione manicomiale lucchese risale almeno al 1911, quando, viene trasferito nell'istituto dal carcere di San Giorgio – dove era detenuto per aver "offeso un carabiniere" –, viene ricoverato per la prima volta a Fregionaia. Del periodo tra il 1916 e il 1917 ci restano due lettere, fra le pochissime testimonianze dirette lasciate da un internato sul manicomio e sul corpo medico. In una di esse, indirizzata a un certo "signor Giuseppe" (non identificato), N.B. accusa i medici di esercitare un "potere distopico", approfittando dei "pieni poteri senza controllo", e denuncia di essere trattenuto "quanto più piace a questa vasta Scienza medica", che, a suo dire, "sfrutta l'umanità". La sua invettiva prosegue: "Leverei di mezzo il marcio che vie in questo falsato Sanatorio, senza nessuna cura, perché manca la capacità in quel ramo della psichiatria che neppure Lombroso ha definito un assurdo". Il manicomio è descritto come un'istituzione malata, gestita da "un uomo di salute malsana, il Sig. Cristiani Andrea". Il tono della lettera si chiude con una nota amara, punteggiata di sarcasmo: "Trova che a me piace la Gambarotta, liquore tanto nocivo [secondo i dottori], che se lo sapesse l'onorevole Gambarotta, la *reclame* che gli fa il signor Ferrarini [vice-direttore dell'istituto] gli darebbe un notevole plauso".

193 APLu, AC, prot. 75, 1936, 7 aprile 1936.

2.2 «Dove il medico primario dovrebbe avere il diritto di dire la parola più autorevole»: la lotta per l'autonomia dei medici primari all'interno dell'organizzazione sanitaria lucchese

Per comprendere l'evoluzione dell'organizzazione medica e sanitaria del manicomio di Fregionaia tra Otto e Novecento, è necessario considerare i fenomeni che si sviluppano in parallelo dentro e fuori le mura dell'istituto, in particolare quel processo di autonomizzazione professionale che il corpo medico sperimenta all'interno delle strutture sanitarie lucchesi. All'inizio del Novecento, l'Opera pia si trova stretta nella morsa di una duplice pressione. Da un lato, deve confrontarsi con le ingerenze dell'amministrazione provinciale, contro cui difende la propria sfera di competenze amministrative. Dall'altro, deve gestire il crescente malcontento che serpeggia al suo interno, alimentato da un gruppo sempre più coeso e militante di medici. Questi professionisti avanzano rivendicazioni articolate in due direzioni: da una parte, chiedono adeguamenti salariali e migliori condizioni contrattuali; dall'altra, reclamano un ruolo più incisivo nella gestione dell'apparato sanitario locale. Il movimento di pressione esercitato sul consiglio d'amministrazione dell'Opera nasce all'interno delle corsie e dei padiglioni ospedalieri, dove la condivisione quotidiana di esperienze e condizioni di lavoro alimenta un forte spirito di mestiere tra i medici. Su basi rivendicative ben definite, essi promuovono un processo di autonomia professionale che riflette, su scala locale, le dinamiche più ampie di un movimento di autocoscienza collettiva all'interno della cosiddetta «borghesia delle professioni» - quella classe di tecnici e specialisti formatasi con la standardizzazione dell'accesso alle professioni liberali.[194] Questa classe, definita «*charnière*»[195] tra stato e società, sapere specialistico e potere politico, centro e periferia, rivendica un ruolo attivo nella redistribuzione dei frutti dell'unificazione nazionale attraverso l'organizzazione dei servizi pubblici.[196] Inizia così a strutturarsi in forme di rappresentanza collettiva - ordini, corporazioni,

---

194 Cfr. sul tema A. M. Banti, *Borghesie delle 'professioni'. Avvocati e medici nell'Europa dell'Ottocento*, in «Meridiana», 1993, fasc. 18, pp. 13-46. Inoltre, per una panoramica generale della borghesia delle professioni in Italia nell'età liberale cfr. M. Malatesta, *Society and the professions in Italy, 1860-1914*, Cambridge University Press, Cambridge, 1995; B. Coccia (a cura di), La Borghesia, Apes, 2010, pp. 79-96. È di cruciale importanza inquadrare a livello storiografico lo sviluppo e la definizione della classe dei medici freniatri all'interno della più generale formazione della borghesia delle professioni, per comprendere la natura dei "profili" degli psichiatri che negli anni presteranno servizio a Fregionaia. Si tratta spesso, infatti, di figure professionali le cui carriere si collocano in una zona di confine, tipica del ceto borghese professionista, sospesa tra la liberalizzazione del mercato del lavoro e la statalizzazione dei servizi, tra il controllo pubblico e l'autonomia individuale. Non è un caso che molti tra i medici attivi presso l'ospedale psichiatrico provengano dall'esperienza della libera docenza universitaria: tra questi, Urbano Alessi, Guglielmo Lippi Francesconi, Ettore Fornasari da Verce e ancora, nel secondo dopoguerra, Domenico Gherarducci. Le traiettorie curriculari di questi medici testimoniano quel doppio registro che caratterizza la professione psichiatrica: da un lato, l'aspirazione all'avanzamento individuale, con carriere incardinate all'interno della macchina amministrativa sanitaria; dall'altro, la vocazione pubblica e collettiva della funzione sanitaria.

195 O. Voillard, *Nancy au XIXe siècle 1815-1871. Une bourgeoisie urbaine*, Paris, Ophrys, p. 255.

196 A. M. Banti, *Alla ricerca della «Borghesia immobile»: le classi medie non imprenditoriali nel XIX secolo*, in

organizzazioni di mestiere - reclamando maggiore coinvolgimento politico.[197]

A livello locale, l'onda lunga del processo di inquadramento delle professioni si riflette nella fondazione della Società Medica Lucchese, nata nel 1903 su iniziativa di un gruppo di medici dell'ospedale civile di Lucca. L'associazione raccoglie un ampio ventaglio di figure di sanitari - medici generici, alienisti, chirurghi, farmacisti patentati, veterinari e laureati in scienze fisiche, chimiche e naturali - attive nei Regi Ospedali di Lucca e nella rete sanitaria della Garfagnana lucchese e della Versilia. Fin dalla sua origine, la Società si configura non solo come organismo di tutela degli interessi professionali, ma anche come gruppo di pressione politica, volto a ottenere maggiore autonomia dalle strutture sanitarie controllate dall'Opera Pia, offrendo nel contempo ai propri membri una forma embrionale di assistenza mutualistica.[198] In questo modo, la corporazione di mestiere dei lavoratori ospedalieri e affini si consolida come luogo di confronto e coordinamento tra le diverse componenti della rete sanitaria provinciale, contribuendo alla progressiva formazione di una coscienza professionale autonoma, soprattutto tra i medici primari. All'interno della Società, infatti, i medici attivi nelle corsie - primari, assistenti, vicedirettori e aiuto-direttori - pur privi di reali poteri decisionali o consultivi, iniziano a rivendicare una maggiore autonomia amministrativa.[199] Questo clima rivendicativo si intreccia con una marcata dimensione di militanza politica, espressa in particolare nell'adesione ai principi del socialismo riformista. Significativo è il caso di Edoardo Bonardi, direttore dei Regi Ospedali di Lucca tra il 1893 e il 1897, nonché figura di spicco del Partito

---

«Quaderni storici», vol. 17, n. 50, pp. 642-645. Cfr. inoltre W. Tousijn, *Sociologia delle professioni*, Bologna, Il Mulino, 1979, p. 49; Gilles Pécout, *Il lungo Risorgimento. La nascita dell'Italia contemporanea (1770-1920)*, Milano, Bruno Mondadori, 1999, p. 288.

197 Sul tema del consolidamento dello status sociale dello psichiatra nell'ambito del processo di autonomizzazione delle professioni, fondamentale è il contributo di F. Giacanelli: *Un nuovo quadro professionale della borghesia nel secolo diciannovesimo: il personaggio dello psichiatra tra filantropia medica e controllo sociale* (in *L'emarginazione psichiatrica*, in "Rivista sperimentale di freniatria", 1980, pp. 915-928). L'autore analizza la nascita "tardiva" dello psichiatra nella società italiana, causato dal difficile contesto culturale della medicina che porta all'emergere in ritardo rispetto alle altre società europee della psichiatria come materia di studio, la cui nascita può essere fissata solo nel 1873. Evidenziando le difficoltà incontrate dalla psichiatria nell'affermarsi come disciplina autonoma all'interno del più vasto panorama delle professioni mediche, Giacanelli colloca il medico-psichiatra all'interno di un preciso quadro di funzioni amministrative che la borghesia professionale assume nel processo di costruzione di un modello sociale ispirato a una «civiltà come idea-guida». Questo modello, di impronta marcatamente positivista, applica il principio del «diritto-dovere» delle élite colte (dotti, dirigenti, imprenditori) di governare la società «anche a vantaggio delle masse subalterne». In tale contesto, alla classe psichiatrica viene assegnato il ruolo specifico di amministrazione e controllo della follia.

198 Lo scopo dell'Ordine è quello di reprimere, inoltre, l'esercizio abusivo della professione medica nella provincia e di porsi come interlocutore unico con la pubblica amministrazione in merito a questioni di ordine medico-sanitario e, infine, come recita l'articolo 6, quello di «provvedere all'aiuto ai colleghi poveri ed ammalati, nonché agli interessi delle vedove e degli orfani» *cfr*. *Statuto e regolamento della società medica lucchese*, Lucca, tip. Landi, 1903, p. 5.

199 La Società Medica Lucchese anticipa Si tratta di un primo tentativo di organizzazione territoriale della professione, che anticipa, su scala locale, l'istituzione dell'Ordine dei Medici a livello nazionale. Nel 1874 viene istituito l'Ordine degli Avvocati. Il primo passo verso la creazione dell'Ordine dei Medici – ufficializzato solo nel 1910 – si registra con la legge n. 5849 del 22 dicembre 1888, nota come legge Crispi-Pagliano, la quale introduce, all'articolo 23, l'obbligo del possesso della laurea o di un diploma rilasciato da istituti parificati per l'esercizio della professione medica e chirurgica. La professione viene così regolamentata da una normativa speciale che definisce l'iscrizione agli albi provinciali, richiede il pagamento di una tassa d'iscrizione e subordina l'attività professionale al controllo dei consigli amministrativi degli ordini, incaricati di vigilare sul rispetto del codice deontologico, di sanzionare gli abusi e di disciplinare le condotte degli iscritti.

Socialista Italiano, per il quale sarà deputato. La sua biografia incarna il vivace dibattito che attraversa la comunità medica lucchese intorno al ruolo sociale del medico e agli scopi ultimi della medicina come strumento di miglioramento umano e di classe. La visione della medicina come scienza al servizio delle masse e legata allo sviluppo della società industriale spinge Bonardi, osservando la vita culturale della "bianca" Lucca, a collocarla al centro di un progetto di emancipazione politica fondato sul progresso scientifico, con l'obiettivo di sottrarre le classi popolari all'influenza del clero.[200]

Il processo di autonomizzazione dei medici lucchesi è punteggiato da forti momenti di tensione con i vertici sanitari provinciali. Un caso emblematico si verifica il 31 dicembre 1909, quando il consiglio d'amministrazione dell'Opera approva la riforma del servizio sanitario, volta a razionalizzare il funzionamento delle strutture ospedaliere. La riforma nasce dall'esigenza di superare consuetudini organizzative ormai antiquate: viene introdotto l'obbligo delle visite serali per i primari, ridefinito l'iter di assunzione dei dirigenti, riorganizzata la disposizione dei reparti e fissati i limiti d'età per il pensionamento. Tuttavia, ciò che nasce come intervento tecnico assume ben presto una valenza politica, facendo scattare la scintilla della rivendicazione del corpo medico. I primari dell'Ospedale San Luca colgono infatti l'opportunità per proporre l'istituzione di un *Consiglio dei Primari* con funzioni direttive in ambito tecnico e sanitario, da riconoscersi come interlocutore unico e diretto dell'amministrazione dell'Opera. In una lettera indirizzata al Consiglio il 18 novembre 1909, rivendicano esplicitamente maggiore autonomia decisionale, chiedendo il riconoscimento del proprio ruolo nella definizione delle strategie sanitarie e nella gestione finanziaria dell'ente, al fine di sottrarsi alla mediazione esercitata dalla sovrintendenza.

---

200 E. Bonardi, *Per la tattica della lotta di classe*, in «Critica sociale», 16 agosto 1893, pp. 249-250. Bonardi si colloca all'interno di una diffusa tradizione politico-scientifica che, tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, vede numerosi medici impegnati a concepire la medicina e la profilassi medica come strumenti di avanzamento sociale e, nel suo caso specifico, anche di emancipazione di classe. In *Il lato sociale della questione della tubercolosi* (Milano, Società Editrice Libraria, 1900), Bonardi affronta il tema della diffusione della malattia tubercolare tra le masse proletarie, operaie e contadine, proponendo soluzioni pratiche per debellarlo, quali la creazione di una rete di sanatori pubblici e lo sviluppo di campagne di informazione per la profilassi antitubercolare. Poco prima di assumere l'incarico a Lucca come direttore, Bonardi conclude un corso di anatomia comparata presso l'Università di Pisa, tenendo una prolusione sul rapporto tra evoluzionismo e socialismo, nella quale respinge le interpretazioni deterministiche e acritiche della teoria evoluzionista – ridotta da molti scienziati a una legge ineluttabile fondata sulla lotta per la sopravvivenza – per proporre, invece, come forma civile di evoluzione razionale la società socialista (*Evoluzionismo e socialismo. Prolusione ad un corso libero sulla dottrina dell'evoluzione letta nell'Università di Pisa il 23 novembre 1893*, Firenze, Gozzini, 1894). Fonda, con alcuni altri intellettuali lucchesi, la rivista "Il Figurinaio", primo organo di stampa socialista lucchese, sostenitore di una linea frontista socialista con il gruppo democratico-repubblicano di Augusto Mancini (R. Pizzi, *Il turbolento settembre lucchese del 1893. Continuità del filone laico nella storia cittadina*, in «Documenti e Studi», Lucca, Pacini Fazi, 1996 p. 264). Eletto deputato nel 1913, il 12 luglio 1914 denuncia alla Camera la politica coloniale italiana, utilizzando i dati sulla malnutrizione per criticare il disinteresse di un governo unicamente interessato a collezionare trionfi militari. Ancora, il 10 luglio 1917, prende la parola per denunciare le condizioni igieniche disastrose in cui versano le masse operaie italiane, afflitte da alcolismo, tubercolosi e malnutrizione, contrapponendo la scarsità degli interventi statali alla prolusione massiccia di risorse per la guerra (*Politica sanitaria. Discorso dell'on. Edoardo Bonardi tornata parlamentare 10 luglio 1917*, Milano, Editrice Avanti!, 1917). «Con la sua coltura, con la sua perizia di medico, un altro sarebbe divenuto milionario. Questo medico socialista muore lasciando risorse scarsissime, e un unico bene prezioso: la fama» – così lo ricordano i colleghi socialisti dalle colonne della rivista *Compagni!* il 16 settembre 1919, riportando al centro della sua figura l'inscindibile legame tra medicina e impegno civile. Cfr. inoltre sul tema G. Cosmacini, *La forza dell'idea. Medici socialisti e compagni di strada a Milano (1890-1980)*, Milano, Edizioni l'Ornitorinco, 2014.

> Nell'ambiente dell'Ospedale, dove il medico primario dovrebbe avere il diritto di dire la parola più autorevole non soltanto per ciò che si riferisce alla cura dei malati, ma in tutto quello che concerne l'andamento tecnico e scientifico sia nell'indirizzo generale e sia nei particolari, invece non ha aperizione di bocca. Tutte le sue proposte, tutte le sue vedute, tutte le sue osservazioni, per arrivare al Consiglio amministrativo, devono transitare per il tramite del Soprintendente[201]

La netta opposizione del sovrintendente medico dell'ospedale civile San Luca, Taddeo De Hieronymis - che percepisce le rivendicazioni dei primari come una minaccia diretta alla propria autorità - determina il fallimento del progetto e segna una battuta d'arresto nel percorso di affermazione del movimento dei medici di corsia. Nonostante la sconfitta, rimane, però, il principio rivendicato dai primari: alle competenze tecniche deve corrispondere una responsabilità direttiva. La battaglia intrapresa dal corpo medico testimonia l'emergere di un intenso scambio bidirezionale tra direzione e reparti, che incrina l'immagine di un'organizzazione ospedaliera rigidamente piramidale e la ricompone come uno spazio dialettico, in cui il ruolo del medico curante acquista progressiva centralità rispetto agli apparati amministrativi. Si tratta di una tensione trasversale, che investe l'intero sistema sanitario lucchese e finisce per produrre effetti significativi anche all'interno dell'istituzione manicomiale. Scrivono i medici primari lucchesi dell'ospedale civile:

> L'ospedale è fatto pei malati […] ciò comporta, di conseguenza, che la funzione dei Primari nella vita dell'Opera Pia debba considerarsi […] come la vera, la sola essenziale: precisamente la chiave di volta, la pietra angolare [...][202]

All'interno del gruppo degli psichiatri di Maggiano, la strutturazione corporativa dei medici lucchesi favorisce un processo di coesione che, grazie all'alto livello di professionalizzazione e alla

---

201 *Per la commissione provinciale di beneficenza. Rilievi e osservazioni dei Medici Primari dell'Ospedale di Lucca, circa la proposta riforma organica del personale sanitario*, tip. Amedei, Lucca, 1910, p. 5.

202 RR. Spedali ed Ospizi di Lucca, *La riforma organica del personale sanitario e le contestazioni dei Signori Primari*, Tip. Marchi, Lucca, 1910, p. 5-16. Per i medici-primari, le competenze tecniche diventano una vera e propria leva negoziale, da impiegare per influenzare direttamente le decisioni di bilancio relative alla spesa sanitaria, senza più dover passare attraverso la mediazione della sovrintendenza. Si tratta, in sostanza, di trasferire l'iniziativa dell'esercizio finanziario direttamente in corsia. A sostenere, almeno in linea generale, le istanze dei primari è anche Montauti. Di segno opposto è invece la posizione di Taddeo De Hieronymis, sovrintendente medico dell'Opera, che in un articolato documento di contestazione smonta con decisione l'impianto teorico e pratico della proposta di istituire un Consiglio dei Primari. Secondo De Hieronymis, il rischio principale risiede nella sovrapposizione di competenze e poteri che tale organo finirebbe per generare, paralizzando l'efficienza della macchina amministrativa. L'eventuale coesistenza di due organi paritetici, entrambi investiti di funzioni direttive, renderebbe infatti superflue – se non del tutto inoperanti – le figure apicali della gerarchia sanitaria lucchese. Il sovrintendente propone quindi che, se proprio il collegio deve essere costituito, esso abbia natura esclusivamente consultiva e sia privo di qualsiasi potere deliberativo. La preoccupazione di De Hieronymis è che, con il "peso del numero" dei primari, il parere tecnico della sovrintendenza venga di fatto neutralizzato. Parallelamente, egli rivendica l'"incompetenza" del Consiglio dell'Opera in materia sanitaria, ossia l'impossibilità per tale organo di votare a maggioranza su questioni tecniche complesse, rispetto alle quali potrebbero prevalere logiche economiche piuttosto che criteri di corretta erogazione dei servizi. In questa prospettiva, De Hieronymis propone una netta distinzione tra funzioni: un collegio dei primari con ruolo tecnico e consultivo; un'amministrazione con potere politico e deliberativo; una sovrintendenza con l'autorità ultima sulle decisioni igienico-sanitarie. Il sovrintendente teme, infatti, l'instaurarsi di un disordine strutturale e di un regime di irresponsabilità diffusa. In un primo momento, il Consiglio dell'Opera ipotizza una mediazione tra le due parti, proponendo un collegio dei primari con il ruolo di "grado d'appello", chiamato ad esprimersi nei casi di veto incrociato tra lo stesso collegio e la sovrintendenza. Tuttavia, l'opposizione dell'influente De Hieronymis, che da lì a pochi anni sarà nominato alla presidenza dell'Opera, fa naufragare ogni trattativa.

condivisione di ideali collettivi, alimenta tra i freniatri di Fregionaia una marcata coscienza sociale. Questa si traduce in una pratica freniatrica concepita come strumento di miglioramento della vita degli internati e, più in generale, delle masse subalterne. In questo contesto si consolida un intreccio tra tutela degli interessi professionali, deontologia e impegno politico, evidente nella vivace produzione scientifico-giornalistica sviluppata nel manicomio lucchese. La solidarietà professionale che ne deriva spinge i freniatri a rivendicare un ruolo crescente nella definizione delle politiche sanitarie provinciali, accompagnando tali richieste a una critica articolata dell'organizzazione manicomiale, sia locale che nazionale.

2.3 Kraepelinismo, no-restraint e provincializzazione: il coinvolgimento dei medici primari nel processo di trasformazione del manicomio di Fregionaia

Nel corso della sesta seduta pomeridiana del XII Congresso nazionale di Freniatria, il 20 ottobre 1904, apre la discussione sul tema generale lo psichiatra Ernesto Belmondo, con un intervento dal titolo che è già di per sé un programma: *Problemi urgenti di tecnica manicomiale ("restraint" – isolamento – osservazione)*.[203] Prendendo le mosse dalla precedente relazione dello psichiatra Ruggero Tambroni[204], direttore del manicomio di Ferrara, Belmondo si scaglia contro l'impostazione ancora marcatamente custodialistica del sistema manicomiale italiano. Denunciando il ritardo del dibattito nazionale rispetto alle esperienze europee, sottolinea come in Germania la psichiatria abbia già «felicemente attraversato» la fase contenitiva, mentre in Francia la lezione di Valentin Magnan abbia ormai «preparato per vie diverse il colpo di grazia agli antichi sistemi»: «La camicia di forza va buttata alle ortiche!».[205] Particolarmente critica è la sua lettura della recente legge 36 del 1904, giudicata vaga e priva di un adeguato regolamento tecnico attuativo: un testo che, nel tentativo di conciliare istanze divergenti, finisce per legittimare l'abuso dei mezzi coercitivi senza definirne in modo chiaro l'ambito d'uso. Si delinea così una situazione paradossale: si condanna un crimine senza, però, delimitarne la fattispecie. A fare eco alle parole di Belmondo è Andrea Cristiani, che porta all'attenzione dell'assemblea l'esperienza, già avviata nel 1900 in via sperimentale, di *open door* e *no-restraint* assoluto al manicomio di Lucca. Non passa inosservato come, in questa occasione, l'esposizione pubblica di Cristiani a favore del *no-restraint* assoluto si ponga in aperto contrasto con le posizioni di cautela e scetticismo che lo stesso medico aveva espresso fino a pochi anni prima, sulle

---

203 *Atti del XII congresso della società freniatrica italiana*, Genova, 18-22 ottobre 1904, Reggio nell'Emilia, Ferraboschia, 1905 pp. 287-288.

204 R. Tambroni, *I progressi della Neuropatologia della Psichiatria e della Tecnica Manicomiale*, in «Atti dell'XI congresso della soc. Freniatrica Italiana», Reggio Emilia, 1903, pp. 155-156.

205 T. Ziehen, *Trattato di Psichiatria*, Leipzig, 1902, pag. 312.

principali riviste di psichiatria.[206] Questo cambiamento radicale di orientamento suggerisce che l'adozione delle pratiche non contenitive nel manicomio di Lucca non sia il frutto di una scelta univoca e personale del direttore, quanto, piuttosto, il risultato di un processo più articolato e collegiale, iniziato anni prima e animato dall'attivismo di una nuova generazione di medici alienisti entrati in servizio a Fregionaia proprio all'inizio del nuovo secolo.

Tra il 1900 e il 1903 sono nominati aiuto-direttori due figure chiave della storia di Maggiano: Alberto Vedrani (20 dicembre 1900) e Giuseppe Paoli (1° gennaio 1901). Insieme a Francesco Prigione – medico assistente di Fregionaia – Paoli e Vedrani si fanno promotori di un rinnovamento tecnico e clinico ispirato alla scuola kraepeliniana, che in quegli anni inizia a diffondersi anche in Italia. Il riferimento è al pensiero dello psichiatra tedesco Emil Kraepelin[207], già noto nel paese per alcune sue osservazioni, largamente circolate, sulla funzione riabilitativa della pena detentiva.[208] È soprattutto Vedrani, reduce da un'esperienza al manicomio di Ferrara, ad assumere un ruolo guida nell'introduzione del nuovo indirizzo. Il suo arrivo a Maggiano lo pone subito al centro di una vivace polemica giornalistica con alcuni rappresentanti di spicco dell'alienismo nazionale, tra cui Gaetano Angiolella, primario del manicomio di Nocera Inferiore.[209] Al centro dello scontro vi è la critica che i kraepeliniani muovono ai sistemi nosologici allora prevalenti nei manicomi italiani, ancora ancorati a un impianto induttivo-sintomatologico e anatomopatologico, di marca verghiana e atavistica.[210] Ciò

---

206 F. Stok, *Vicende e personaggi del manicomio lucchese*, in «Fogli di informazione», n. 180, p. 70.

207 Emil Kraepelin avvia la sua carriera nel vivace ambiente della psicofisiologia tedesca, collaborando con figure centrali come Wilhelm Erb e Wilhelm Wundt, fondatore della psicologia sperimentale. Progressivamente si orienta verso lo studio delle psicosi, distinguendosi per un approccio scientifico e classificatorio. La sua opera segna profondamente la psichiatria del Novecento, soprattutto grazie alla distinzione tra due entità cliniche fondamentali: la psicosi maniaco-depressiva e la demenza precoce (*dementia praecox*), quest'ultima destinata a garantirgli una fama duratura. Kraepelin definisce la demenza precoce come una sindrome unitaria che ingloba catatonia, ebefrenia e demenza paranoide, caratterizzata da deliri, allucinazioni e un'evoluzione cronica verso il deterioramento mentale. Il termine "precoce" indica non l'età d'esordio, ma la rapidità del decadimento psichico. Come riassume Strömgren (*On the origin of schizophrenic psychoses. Symposium organized by the Interdisciplinary Society of Biological Psychiatry*, Vân Praag, Amsterdam, 1975, p.8): «Kraepelin made it quite clear that among the big group of psychoses which did not seem to have any demonstrable organic basis, there were two important groups […] namely manic-depressive disorder and dementia praecox». Il suo modello suscita un intenso dibattito. Già nel 1911, lo psichiatra svizzero Eugen Bleuler propone un superamento della categoria di *dementia praecox*, coniando il termine "schizofrenia" – dal greco *schízō* (scindo) e *phrēn* (intelletto) – per sottolineare la "scissione delle funzioni psichiche" senza necessariamente un esito demenziale: «Chiamo schizofrenia la demenza praecox perché […] una delle sue caratteristiche più importanti è la scissione delle diverse funzioni psichiche» (E. Bleuler, *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, Leipzing, Franz Deuticke, 1911 [ed. italiana 1985 per i tipi delle Arti Grafiche Editoriali], p. 15).

208 E. Kraepelin, *La colpa e la pena*, in «Rivista di filosofia scientifica», 1882-1883, pp. 519-536 e pp. 621-649.

209 Cfr. A. Vedrani*, A proposito di una recente classificazione delle malattie mentali*, in Bollettino del Manicomio di Ferraro, 1899, fasc. 1.

210 Una sintesi storica delle classificazioni psicopatologiche viene proposta da Sante De Sanctis all'XI Congresso della Società freniatrica (*Atti dell'XI congresso di freniatria*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1902, pp. 180-213), dove ricostruisce il confronto tra due scuole di pensiero: una scettica sulla possibilità di classificare la malattia mentale, l'altra convinta della necessità di una sistematizzazione. Quest'ultima si afferma, ma senza mai approdare a un modello unico e condiviso. In Italia, il primo tentativo organico fu di Giuseppe Miraglia (Congresso degli Scienziati Italiani, Lucca 1843), ma venne respinto. La prima classificazione ufficialmente adottata fu quella di Andrea Verga, che distingueva tra psicosi congenite (imbecillità e idiozia) e psicosi acquisite, articolate in "frenosi semplici" (come mania e monomania) e "frenosi complicate" (es. pellagrosa). Questo sistema, sebbene largamente diffuso, venne presto criticato perché più utile

che attrae molti giovani psichiatri verso la scuola kraepeliniana è il profondo mutamento di prospettiva nel modo di classificare e interpretare le malattie mentali, un cambiamento che sembra mettere in discussione l'insieme delle convinzioni gelosamente preservate dal gruppo dirigente della psichiatria nazionale. Il sintomo, da elemento centrale dell'osservazione clinica, perde rilevanza a favore dell'intero quadro patologico, mentre l'attenzione si sposta dalla descrizione della fenomenologia immediata - sintomi e reperti anatomici - all'analisi del decorso della malattia nel tempo. Ne scaturisce un'indagine clinica che pone al centro la prognosi, costruendo le classificazioni su basi temporali piuttosto che meramente descrittive.[211] Le implicazioni del modello kraepeliniano scuotono in profondità l'impianto teorico della psichiatria italiana, ancora dominato da un approccio descrittivo - di marca positivista -[212] alla malattia mentale. Quest'ultimo tende a sussumere elenchi giustapposti di sintomi – anche molto eterogenei – all'interno di categorie unitarie spesso prive di coerenza clinica. Un'impostazione di questo tipo, nutrita dagli studi medico-legali e dall'antropologia criminale di matrice lombrosiana,[213] viene radicalmente messa in discussione dalla nuova

alla gestione amministrativa che alla clinica. Bonfigli propose una via intermedia: due classificazioni distinte, una per la burocrazia manicomiale, l'altra per la ricerca, fondata su criteri anatomo-patologici. Nel 1886 Tamburini avanzò una classificazione in sette categorie, approvata ufficialmente ma giudicata troppo complessa. A prevalere fu infine il modello di Enrico Morselli (1883), che suddivideva le psicosi in tre gruppi principali: degenerative; "criminali" e "ragionanti", nevropatie e psicopatie; e infine psiconevrosi e cerebro-psicopatie. La sua chiarezza e funzionalità ne determinarono il successo. Tuttavia, il dibattito italiano risultava in ritardo rispetto ai modelli europei, in particolare quello tedesco di Kraepelin, più sistematico e clinicamente fondato. Il tentativo di Angiolella di divulgare la nosografia kraepeliniana in Italia fu respinto dagli stessi kraepeliniani tedeschi, che ne criticarono la semplificazione.

211 Il metodo di Kraepelin è un vero e proprio invito a riconfigurare l'idea stessa della malattia psichiatrica, osservata nel suo processo di evoluzione e ripensata come fenomeno in continuo divenire incapsulato in un processo degenerativo considerato irreversibile per i casi di demenza precoce. Con queste parole, anni dopo, Silvano Arieti – tra i più prolifici e profondi studiosi della schizofrenia del XX secolo - coglierà in una critica puntuale l'errore metodologico di fondo che struttura la teoria kraepeliniana: «L'accettare come fondamentale la caratteristica prognostica non può essere considerato un principio sano. In primo luogo, come Kraepelin stesso finì col riconoscere, non tutti i casi di demenza precoce finiscono nella demenza; in realtà alcuni sembrano arrivare a una guarigione completa. In secondo luogo, questo punto di vista finalistico o teleologico è incompatibile col metodo scientifico, che va alla ricerca delle cause e non degli effetti» (S. Arieti, *Interpretazione della schizofrenia*, Feltrinelli, Milano, 1963, p. 17).

212 A rendere ancora più complesse le dinamiche dello scontro interno alla freniatria italiana è il fatto che il positivismo rappresenta la *koinè* epistemologica da cui muovono tutti gli psichiatri dell'epoca, inclusi i kraepeliniani e i loro detrattori. Lo dimostra, emblematicamente, la difesa appassionata e intransigente dei principi positivisti condotta dallo stesso Vedrani. Lo scontro non si configura quindi come una radicale messa in discussione dell'impianto teorico della psichiatria ottocentesca né dell'adesione fiduciosa al potere rivelatore della scienza. Si tratta, piuttosto, di un conflitto interno, giocato nei reparti e nei padiglioni degli ospedali psichiatrici, centrato su pratiche cliniche e terapeutiche innovative che sfidano gli approcci classici. Al centro della contesa, vi è anche la richiesta di un rinnovamento delle accademie, come l'apertura di quest'ultime a nuove generazioni di psichiatri non necessariamente legati ai potentati baronali che governano le principali scuole epistemologiche italiane, ancora dominate da logiche corporative e spartitorie. Sul tema cfr. F. Giacanelli – G. Campoli, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e scienze umane», 1973, n. 3, p. 5-ss.

213 Nonostante la rilevanza storica attribuita a Cesare Lombroso, è fondamentale distinguere il rapporto tra la sua teoria della degenerazione – inquadrata nel pensiero lombrosiano – e lo sviluppo della psichiatria italiana. Questo rapporto, infatti, non si configurò mai come una forma di dipendenza intellettuale o metodologica. Come rilevano Giacanelli e Campoli, «sia la scuola lombrosiana sia il mondo della psichiatria condividono gran parte dei presupposti filosofico-scientifici, unitamente agli intenti di "gestione" della devianza» (F. Giacanelli – G. Campoli, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e scienze umane», 1973, n. 3, p. 5). Pur condividendo temi centrali – dalla teoria della degenerazione alla dimensione psichica e agli approcci clinico-somatici – i due ambiti si sviluppano su traiettorie distinte, che si incrociano più volte ma non coincidono. Il costituzionalismo numerico proposto da Lombroso, con le sue forti implicazioni sociologiche, venne accolto dalla psichiatria con un certo scetticismo. Le suggestioni

classificazione di Kraepelin, che finisce per incrinare l'autorità dei grandi maestri dell'alienismo italiano. L'impatto della rivoluzione kraepeliniana emerge soprattutto nella definizione di due categorie destinate a diventare l'ossatura della nosologia novecentesca: la demenza precoce e la psicosi maniaco-depressiva. Per molti giovani psichiatri, divulgare e sostenere l'opera di Kraepelin – osteggiata dai vertici della psichiatria nazionale – assume un significato profondo e apertamente di rottura: rappresenta il rifiuto delle ristrettezze teoriche e pratiche che ancora dominano la freniatria italiana. Kraepelin diventa per molti colui che «contro la tradizione si è levato».[214]

La scuola kraepeliniana non si costituisce come una semplice scuola di ricerca, ma incarna un progetto di rinnovamento della psichiatria italiana, criticandone l'isolamento accademico e l'arretratezza nella ricerca. L'approccio "magmatico"[215] di Kraepelin offre così legittimazione a un movimento di protesta che mira a mettere in discussione l'autorità dei modelli dominanti nel panorama medico nazionale. In questo quadro, il manicomio di Ferrara emerge come il centro di riferimento per una nuova generazione di psichiatri, spesso formatisi nelle cliniche tedesche, che raccolgono la sfida teorica lanciata da Kraepelin.[216] Tra questi, Jacopo Finzi, Giulio Obici e Ruggero Lambranzi, tutti formatisi a Bologna, tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del nuovo secolo, come allievi di Augusto Murri.[217] In poco tempo questo gruppo firma una messe nutrita di studi sul tema

---

lombrosiane furono certamente oggetto di discussione, ma non assursero mai a veri e propri pilastri epistemologici della moderna psichiatria italiana (cfr. R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'unità a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1970, pp. 70-86). A riassumere emblematicamente questo atteggiamento è *Il trattato delle malattie mentali* di Eugenio Tanzi, tra i più influenti psichiatri italiani a cavallo tra XIX e XX secolo, noto per i suoi studi sulla paranoia e l'isterismo (cfr. sul tema G. Musso e E. Tanzi, *L'influenza della suggestione nell'ipnosi isterica: nota clinica e sperimentale*, Milano, Vallardi, 1887). Nella sua grande opera tassonomica, Tanzi recepisce e insieme oltrepassa la lezione dell'antropologia criminale di Lombroso: portando alle estreme conseguenze logiche l'atavismo comportamentale, ne recupera solo gli aspetti più propriamente psichici. Scrive Tanzi: «Io credo che l'immoralità del carattere, anche se raggiunge il grado di una anomalia costituzionale, non vada necessariamente associata ai segni di degenerazione che Lombroso e i suoi seguaci hanno raccolto e classificato con tanta cura. Il valore di questi segni antropologici è piuttosto discutibile […] Ciò che vi è di più atavico nei criminali di razza è il loro carattere; e la degenerazione psichica di questa gente, essendo costante perché è la condizione necessaria e sufficiente dell'anomalia, ha maggiore importanza della degenerazione somatica». E prosegue: «Un espediente [...] utile» – afferma a proposito del somatismo lombrosiano – «ma non ha che un valore pratico del tutto estraneo alla psichiatria» (E. Tanzi, *Trattato delle malattie mentali*, Milano, Società editrice libraria, 1905, p. 649).

214 Lambranzi, *Contributo allo studio della «frenosi maniaco-depressiva» e della «melancolia da involuzione»*, in «Giornale di psichiatria e tecnica manicomiale», Ferrara, 1903, XXX, pg.188.

215 V. Babini, *Liberi tutti*, Il Mulino, Bologna, 2009, p. 21.

216 Finzi propone un report della sua esperienza di formazione professionale in Germania in un articolo dal titolo *Psichiatria tedesca* («Bollettino del manicomio provinciale di Ferrara», 1898, p. 4). Nell'articolo, Finzi, riporta una descrizione molto dettagliata della sua esperienza diretta con Kraepelin e il suo metodo clinico: «Nelle due ore che quotidianamente, senza eccezione, il Kraepelin dedica, insieme con gli assistenti e praticanti, ai malati, facendo la visita un giorno dagli uomini, un giorno dalle donne, egli spiega, discute, comunica tutte le possibili questioni e difficoltà, sostiene e combatte teorie e metodi, offre insomma, sotto la forma di una animata e famigliare conversazione, un quadro meraviglioso della psichiatria clinica. Non è qui l'esposizione facile ed elementare delle lezioni: *qui lo scopo è fare degli psichiatri».*

217 Augusto Murri, medico e accademico bolognese, di formazione progressista, repubblicana e radicale, è una figura centrale nella cultura medico-scientifica italiana di fine Ottocento, nonostante il suo nome sia rimasto, suo malgrado, legato al celebre "caso Murri" – l'omicidio del conte Bonmartini – ampiamente analizzato da Valeria Paola Babini (*Il caso Murri. Una storia italiana*, il Mulino, Bologna, 2004). In anni successivi, Alberto Vedrani, tra i più fedeli allievi del clinico bolognese, gli dedicherà alcuni articoli su *La Voce*, denunciando l'emarginazione subita dal suo maestro da parte di un sistema accademico corrotto, popolato da «professorucoli» che – scrive Vedrani – opprimono la critica

del ricambio organico nei casi di demenza precoce, sulle osservazioni cliniche dei pazienti maniaco-depressivi ricoverati a Ferrara e sulle forme di frenosi associate alla pellagra: tutti temi centrali nella riflessione kraepeliniana.[218] Tra i protagonisti di questo gruppo spicca, per quantità e qualità delle pubblicazioni, Alberto Vedrani. Nel 1899, insieme all'amico e collega Jacopo Finzi, firma uno studio intitolato *Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce*.[219] Nello stesso anno, pubblica un articolo di taglio teorico volto a difendere la validità del sistema nosologico proposto da Kraepelin, prendendo le mosse dalla difesa degli studi condotti proprio da Finzi sul tema:

> Come ha osservato benissimo Finzi: «classificare una malattia non è definire una malattia: definirla è mostrarne l'intima natura, traendo profitto da tutti gli elementi nosologici che ad essa si riferiscono; classificarla è assegnarle un posto fra le altre in ordine ad un determinato criterio fondamentale. Tale criterio per noi è la prognosi[220]

La collaborazione e la stima reciproca tra Jacopo Finzi e Alberto Vedrani è talmente forte che quest'ultimo arriverà a chiamare l'amico l'«Ulisside» dell'intero movimento kraepeliniano.[221] Il trasferimento di Vedrani al manicomio di Maggiano non interrompe la sua attività scientifica: anzi, nel giro di pochi anni, l'istituto lucchese si afferma come uno dei principali laboratori italiani per lo studio della demenza precoce e come secondo centro, solo dopo Ferrara, nella diffusione delle ricerche clinico-laboratoriali di ispirazione kraepeliniana. Nel 1904 Giuseppe Paoli, insieme a Giacomo Pighini – medico di laboratorio del manicomio di Parma e in quegli anni collaboratore di Fregionaia – arriva persino a presentare al Congresso della Società Freniatrica un contributo, poi smentito, che pretendeva di dimostrare l'origine certamente anatomica della demenza precoce. L'indagine, condotta su campioni di sangue di pazienti di Maggiano, sembrava confermare l'ipotesi di un'alterazione del ricambio organico nelle cellule dei soggetti affetti da demenza precoce.[222] Tra il

---

«sotto [il] nome di loicismo, di violenza e di ribellione», riducendo Murri a «far gli esami del sangue» in un angolo dell'università (A. Vedrani, *Augusto Murri*, in «La Voce», anno I, n. 33, luglio 1909, pp. 113-114). Sul tema si tornerà più avanti.

218 È fondamentale la lettura del contributo di F. Stok, *Kraepelin e i kraepeliniani in Italia*, in F. M. Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia*, op. cit., pp. 373-396.

219 Cfr. il lavoro Vedrani-Finzi, *Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce*, «Rivista sperimentale di Freniatria», 1899, pp. 385 e ss.

220 A. Vedrani, *A proposito di una recente classificazione delle malattie mentali*, in «Bollettino del manicomio provinciale di Ferrara», I-II, 1899, Ferrara pg. 40 *cfr*. anche Finzi, *Per la classificazione delle malattie mentali. Considerazioni preliminari*, in «Bollettino del manicomio provinciale di Ferrara», III-IV, 1898, pp. 1-5.

221 A. Vedrani, *Sulle presenti condizioni della psichiatria clinica in Italia*, Ferrara, Tipografia Ferrariola, 1907, pg. 2.

222 Nel corso della quarta seduta pomeridiana del XII Congresso della Società freniatrica italiana, il 19 ottobre 1904, gli psichiatri Giacomo Pighini e Giuseppe Paoli presentarono una relazione dal titolo *Di una speciale forma del globulo rosso nel sangue dei dementi precoci*. I due medici, operanti nel manicomio di Lucca, illustrarono i risultati di uno studio morfologico condotto su campioni di sangue prelevati da dieci pazienti affetti da demenza precoce, due dei quali in stato catatonico. Applicando una nuova tecnica di colorazione, rilevarono anomalie significative nella struttura interna dei globuli rossi. In particolare, pur mantenendo forma e dimensioni consuete, gli eritrociti mostravano una disposizione atipica della sostanza emoglobinica: anziché raccogliersi in una massa centrale ben definita – come accade nei soggetti sani – appariva pallida, disgregata e diffusa nel citoplasma cellulare. In otto casi su dieci, la zona centrale del globulo risultava parzialmente libera, priva di emoglobina, creando un'area incolore e lucente. Questa particolare conformazione,

1905 e il 1908, Vedrani torna a occuparsi del nesso tra frenosi pellagrose[223] e classificazione nosologica, concentrandosi in particolare sugli aspetti prognostici. Tra il 1912 e il 1914 pubblica, sulle pagine dei «Quaderni di psichiatria» diretti da Enrico Morselli, due lunghi saggi dedicati rispettivamente alla demenza precoce e alla psicosi pellagrosa.[224] Nel 1907 Francesco Pigione pubblica un articolo dal titolo Contributo clinico alla demenza precoce nel quale indaga sei casi clinici di pazienti ricoverati a Maggiano.[225] Un altro importante contributo alla ricerca kraepeliniana arriva tra il 1904 e il 1905 da Corrado Ferrarini, vicedirettore del manicomio di Lucca. Sulle pagine della «Rivista sperimentale di freniatria», Ferrarini pubblica in due puntate un saggio dal titolo *Demenza precoce paranoide (diagnosi differenziale della paranoia)*, in cui analizza, anche in questo caso, sei casi clinici di pazienti paranoici ricoverati a Fregionaia. I risultati dell'indagine sembrano avvalorare le tesi di Kraepelin sul carattere degenerativo e sul disordine del ricambio organico nelle forme paranoidi. Nel 1906 prosegue anche la collaborazione tra Fregionaia e Pighini, nel frattempo trasferitosi al manicomio di Reggio Emilia.[226] Cristiani conferma che, in quegli stessi anni, i medici di Fregionaia utilizzano parallelamente la classificazione tradizionale di Enrico Morselli e quella kraepeliniana per diagnosticare le forme psicotiche dei ricoverati,[227] a riconferma del fatto che «sono le contingenze istituzionali a motivare passaggi e transizioni nella nosografia».[228]

Nel corso dell'XI Congresso di Freniatria, tenutosi ad Ancona nel 1901, Finzi si fa portavoce di un vasto programma di riforma, volto a riallineare il dibattito psichiatrico italiano agli standard scientifici europei: tra le principali rivendicazioni spiccano la necessità di un ammodernamento delle pratiche cliniche e diagnostiche e la definizione di una classificazione nosografica unificata a livello

---

che i due autori battezzarono "globulo rosso ombelicato", divenne per loro indicativa di una disfunzione organica profonda. Sebbene non tutti i globuli dei dementi precoci mostrassero questa morfologia, Pighini e Paoli interpretarono la presenza ricorrente dell'anomalia come un segno rivelatore di una compromissione del metabolismo emoglobinico, coerente con l'ipotesi kraepeliniana che vedeva nella demenza precoce una malattia da alterazione sistemica del ricambio organico. Secondo Kraepelin, infatti, tale disturbo sarebbe da ricondurre a un processo auto-intossicante legato a disfunzioni dell'apparato sessuale nel periodo puberale. Gli stessi esperimenti, ripetuti su pazienti affetti da altre patologie psichiatriche (paralisi progressiva, sindromi maniaco-depressive, epilessia, psicosi alcoliche), non diedero gli stessi risultati, rafforzando l'ipotesi di una specificità della demenza precoce rispetto alla morfologia eritrocitaria osservata. A conclusione interviene Cristiani, il quale dice: "Le alterazioni […] in malate del Manicomio di Lucca, in fase di larga remissione, dimesse con apparente guarigione infloridissime condizioni d nutrizione generale, sono state dal Paoli riscontrate costanti anche durante tale fase di remissione", insomma, anche nella fase di riassorbimento dell'accesso psicotico lo stigma genetico degenerativo rimane impresso nel sangue come una cifra distintiva. (*Atti del XII congresso di freniatria*, Genova, 18-22 ottobre 1904, Reggio nell'Emilia, Ferraboschia, 1905 pp. 188-190). Tuttavia, la scoperta si rivelerà un errore di laboratorio, dovuto all'alterazione della struttura chimica della sostanza colorante. L'episodio è particolarmente importante perché viene raccontato in forma letteraria da Mario Tobino nelle prime pagine del romanzo *Per le antiche scale*.

223 A. Vedrani, *I sintomi psichici della pellagra*, in «Bollettino della Società Medica Lucchese», 1905.

224 A. Vedrani, *Per la diagnosi e la prognosi delle malattie,* in «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1908, I, pp. 74-90.

225 F. Prigione, *Contributo clinico alla demenza precoce*, Lucca, Tip. Rocchi, 1907.

226 G. Pighini, *La criminalità negli stati iniziali della "demenza precoce*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1906.

227 *Atti del XI congresso di Freniatria*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1902, p. p. 212.

228 G. Riefolo, *Nosologia di dottrine, di luoghi e di contingenze*, in «L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma. L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio Provinciale alla chiusura», vol. III, Bari, Ed. Dedalo, 2003, p. 69.

nazionale, capace di recepire le innovazioni della psichiatria tedesca. Dal punto di vista della tecnica manicomiale, i kraepeliniani si battono per l'introduzione, in tutti i manicomi del Regno, del regime di *no-restraint* assoluto. È importante chiarire che l'inclinazione favorevole dei kraepeliniani per il *no restraint* non è una lezione imparata direttamente da Kraepelin. Lo psichiatra tedesco, infatti, riconosce una centralità assoluta alla fase clinica – quindi il contatto più diretto e protratto possibile tra lo psichiatra ed il singolo ricoverato, modalità che esclude forme di libera circolazione all'interno della struttura – e non ha mai sistematizzato, né tantomeno sostenuto apertamente, la pratica del *no restraint*. Ciò dimostra come i kraepeliniani italiani si modellino, innanzitutto, come un gruppo di critica e di pressione politica e culturale, capace di saldare su di sé - utilizzando come punta di diamante la critica teorica di Kraepelin - gli aneliti più progressivi della psichiatria del tempo, in aperta contrapposizione con la "vecchia" psichiatria. La richiesta, infatti, è, soprattutto, una sfida diretta alla proposta, più cauta e graduale, di un regime attenuato di *no-restraint*, promossa da Augusto Tamburini – presidente della Società Freniatrica – nel discorso d'apertura del congresso.[229] Nel suo intervento, Finzi prende le mosse dal tema del *no restraint* per articolare una denuncia complessiva delle condizioni della psichiatria italiana, segnata da gravi carenze strutturali, cronico sottofinanziamento e una frammentazione istituzionale che rendeva di fatto impraticabile qualsiasi riforma organica e che condannava i manicomi a restare luoghi di abbandono e disumanizzazione. Nonostante l'acceso dibattito e l'eco suscitata dagli interventi dei kraepeliniani, la «spaccatura generazionale all'interno della psichiatria italiana»[230] che si consuma ad Ancona si chiude con una batosta per il movimento riformatore e con la riconferma della linea "tradizionalista". Finzi, con amara lucidità, commenterà che in quella sede la "commissione degli anziani" fu colta da una «terribile paura del nuovo».[231] Dalle retrovie, Vedrani - frequentemente citato nel corso dei lavori - risponderà con sarcasmo al paternalismo dei "vecchi psichiatri":

> Kraepelin non è infallibile sentenziò De Sanctis […] Ma che le pare, professore? Tutti sanno che l'infallibilità è latina e sta di casa a Roma, proprio a cinquecento metri da quel portonaccio di Via Penitenzieri, tutto pieno di pozzanghere, davanti al quale il cittadino ambulante si domanda che è questo stallatico? ed alza gli occhi e legge:

---

229 F. Giacanelli, *La psichiatria italiana e il suo assetto istituzionale: una lunga metamorfosi*, in «L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma», Dedalo, Bari, 2003, pp. 33. Afferma Tamburini: «La camiciola di forza quando sia ben fatta e ben applicata ormai per generale consenso offre tutte le garanzie oltre che della sicurezza, dell'umanità e del decoro [..] il restraint attenuato può rendere servigi senza venir meno ai precetti dell'umanità e del decoro». Lo sviluppo della discussione, in seno ai lavori del Congresso, dimostra quanto fosse complesso e difficilmente sussumibile sottocategorie nette lo scenario della psichiatria italiana. Infatti, a negare la possibilità di un *no-restraint* radicale - da attuarsi, semmai, con l'utilizzo di sistemi di contenzione - e contro l'applicazione dell'open-door, secondo il modello scozzese, è proprio Tambroni, direttore del manicomio di Ferrara. Tambroni aggiunge, inoltre, che l'incompatibilità tra l'*open-door* e *no-restraint* e i manicomi italiani debba rintracciarsi nel dato "etnico". Infatti, gli italiani, secondo Tambroni, al contrario dei popoli del nord Europa, freddi e riflessivi, sono naturalmente incapaci di vivere in un regime di non contenzione. Sulla richiesta di un *no-restraint* assoluto da parte dei kraepeliniani *cfr*. inoltre *Atti del XI congresso di Freniatria*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1902, p. 154.

230 V. Babini, *Liberi tutti*, op. cit. p. 27.

231 J. Finzi, *L'XI congresso della società freniatrica italiana*, in «Bollettino del manicomio provinciale di Ferrara», 1902, p. 144.

Clinica psichiatrica.[232]

Sebbene nel lungo periodo il kraepelinismo si affermerà come modello dominante della psichiatria italiana, [233] il «concilio di Ancona»[234] segna una sconfitta netta per il gruppo riformatore composto da «Finzi, Vedrani, Obici, Seppilli, Tambroni, Lambranzi».[235] La situazione viene ulteriormente aggravata dalla tragica e prematura morte di Finzi, avvenuta l'anno successivo a Firenze, a causa di una forma acuta di tifo.[236] Per Vedrani – come egli stesso dichiarerà in seguito – la perdita dell'amico rappresenta un colpo durissimo, ma che non rallenta il suo impegno nel difendere e diffondere i principi kraepeliniani.[237] Fallita la strategia di trasformazione dall'alto della psichiatria, con il fallito tentativo di "assaltare" il Congresso, il movimento riformatore ripiega su una dimensione locale, promuovendo nei singoli manicomi l'applicazione concreta di un "programma minimo" kraepeliniano. In queste sedi, i nuclei di giovani psichiatri continuano a esercitare una costante pressione sulle direzioni per modificare le pratiche clinico-assistenziali. È in questo contesto che, nel giro di pochi anni, Lucca si afferma come esempio virtuoso e compiuto di applicazione del modello manicomiale del *no restraint* assoluto. Proprio in questa fase nasce il mito di Cristiani, «partigiano del *no restraint*», la cui esperienza - come visto - sarà poi presentata al Congresso di Genova del 1904.[238].

La fotografia di questa dinamica complessa – che attraversa il rapporto tra la direzione medica e il corpo dei medici primari, all'interno del quale emergono, anche in sede giudiziaria, divergenze legate alle differenti scuole di formazione psichiatrica –[239] restituisce un'immagine ben più articolata dell'organizzazione sanitaria interna. Più che un modello rigido, si delinea infatti una realtà attraversata da una dialettica viva, una concertazione continua tra l'alto ed il basso, al cui interno

---

232 A. Vedrani, *Su le presenti condizioni della psichiatria clinica in Italia*, Ferrara, Tipografia Ferrariola, 1907, pg. 2.

233 Cfr. F.M. Ferro*, "Maestà di Roma" e psichiatria dell'Italia unita*, in «L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma. L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio Provinciale alla chiusura», vol. III, Bari, Ed. Dedalo, 2003, p. 49.

234 L'espressione è di Vedrani in *La psichiatria italiana*, in «La Voce», anno 1, n. 16, 1° aprile 1909, pp. 61-62.

235 L'elenco è degli aderenti alla scuola kraepeliniana è contenuto in *Atti del XI congresso di Freniatria*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1902, p. 222 ed è di De Sanctis.

236 A. Tamburini, *Necrologie*, in «Rivista sperimentale di freniatria», Tipografia Calderini, Roma, 1902, p. 448.

237 A. Vedrani, *Su le presenti condizioni della psichiatria clinica in Italia,* in «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1908, I-II, pp. 335-353 e *Ibid*, A. Vedrani, *Su le presenti condizioni della psichiatria clinica in Italia,* in «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1908, III, pp. 647-656.

238 G. Antonini, *Nozioni pratiche sull'assistenza dei malati di mente negli ospedali psichiatrici e nelle famiglie*, G. Antonini, Milano, Cooperativa farmaceutica, [1920]: «Cristiani, partigiano del no-restraint assoluto, afferma averlo egli largamente applicato nell'Asilo da lui diretto, e ordinariamente la percentuale di malati contenuti, a Lucca, va dal ½ al 0%». (p. 47)

239 Chiamati a far parte della perizia nel processo a carico di Priamo Parducci - accusato di aver tentato di avvelenare la madre, Benedetti Fanny, il 19 marzo 1904 a Lucca - Vedrani e Cristiani si trovano su posizioni divergenti. Il caso, molto seguito dalla stampa locale, arriva anche sulle pagine del *Corriere della Sera* del 9 marzo 1906 (*Pel tentato avvelenamento della madre*), dove si segnala la spaccatura all'interno della commissione peritale. Cristiani, aderente alla scuola criminale lombrosiano-ferriana, nega l'infermità mentale e considera Parducci un "delinquente volgare", sostenendo la piena responsabilità penale. Al contrario, Vedrani e De Hieronymus diagnosticano un'infermità psichica. Alla fine, i giurati riconoscono all'imputato una condizione di semi-infermità mentale, condannandolo a una pena ridotta di otto anni di reclusione.

l'esperienza del *no-restraint* si afferma come una pratica concreta e osservabile, in grado di generare un'ampia convergenza tra i medici. Il vicedirettore Ferrarini potrà affermare con soddisfazione che, grazie al *no-restraint* assoluto, il manicomio di Lucca si è trasformato da «un serraglio di belve inferocite» ad un «ospedale relativamente quieto ed ordinato»:

> talora qualche Collega venuto a visitare il nostro Ospedale, non scorgendo affatto alienati contenuti ci domandi sorridendo con intenzione dove siano allogati i furiosi, convinto che ricorrendo a sotterfugi si eviti di mostragli quelli fermati con mezzi coercitivi[240]

Tuttavia, le divergenze di fondo non scompaiono: permane uno scarto evidente tra l'elaborazione teorica dei medici primari e la prassi concreta, così come tra le loro dichiarazioni e le considerazioni più pragmatiche del direttore. Nel 1905, nel pieno dell'esperienza lucchese, Paoli pubblica un contributo in difesa del *no-restraint* lucchese.[241] Il medico descrive Lucca come un'esperienza da proteggere ad ogni costo, tappa di un percorso per il miglioramento della pratica psichiatrica. Il medico, muovendo da un presupposto morale, fondato sull'idea di "umanizzare" lo spazio manicomiale, descrive l'adozione del *no-restraint* assoluto come una conquista autentica del progresso sociale. Di tenore diverso è invece la posizione di Cristiani che, in quello stesso anno, intervistato da *La Domenica del Corriere*, ridimensiona la portata ideale dell'esperienza lucchese, riconducendola a una tecnica manicomiale pragmatica, mirata al miglioramento dell'organizzazione del lavoro: «Nel Manicomio in parola è diffusissimo il lavoro, tanto che esistono belle officine di nuova costruzione, la colonia agricola, il panificio, la lavanderia, la sala di lavoro femminile, ecc.».[242] Cristiani si mantiene distante, dunque, dai toni trionfalistici di Paoli - che pure non trascurava i benefici economici della pratica anti-contenitiva - e ne attenua soprattutto gli accenti etici, assumendo, di nuovo, una posizione di moderata adesione al canone del *no-restraint*. Al netto di queste sfumature, e nonostante alcuni episodi di violenza riconducibili al regime contenitivo che possono aver orientato il direttore verso una maggiore apertura, [243] resta il fatto che la battaglia per l'affermazione del *no-restraint* - condotta tanto nei retroscena dei congressi quanto tra i padiglioni psichiatrici - rappresenta l'espressione concreta di un processo di progressiva rivendicazione di

---

240 C. Ferrarini, *Relazione tecnico sanitaria, sull'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca*, Lucca, Amedei, 1921, p. 5.

241 Cfr. G. Paoli, *No-restraint assoluto nel Manicomio di Lucca*, in «Bollettino della società medica lucchese», Lucca, 1905, II.

242 M. Cappelletti, *Il no-restraint assoluto, nel manicomio di Fregionaia a Lucca*, in «La Domenica del Corriere», 20 agosto 1905, p. 3

243 Il 7 luglio 1901 si consuma un brutale omicidio all'interno del manicomio di Lucca. Durante la notte, i serventi di guardia nella camerata maschile si allontanano momentaneamente per sedare un diverbio tra due ricoverati. In quel frangente, il paziente Giuseppe Schilizzi, rimasto senza sorveglianza, si sfila una scarpa e inizia a colpire violentemente alla testa Luigi Moni, immobilizzato al letto in stato di agitazione acuta. I colpi ripetuti provocano a Moni una congestione cerebrale che lo conduce alla morte poche ore più tardi. La notizia, rilanciata dalla stampa nazionale, appare il 9 e 10 luglio sulle colonne del «Corriere della Sera» con il titolo *Omicidio tra pazzi al manicomio di Lucca*.

autonomia da parte del corpo sanitario di Fregionaia. Un processo che, a partire dalle traiettorie individuali dei suoi protagonisti, si coagula in un movimento collettivo in cui teoria e aspirazioni di rinnovamento si intrecciano.

D'altronde, il coinvolgimento dei medici primari nel processo di trasformazione del manicomio si completerà ulteriormente negli anni successivi, accompagnato anche stavolta da un'intesa - stavolta meno conflittuale - tra i medici di corsia e i vertici amministrativi. Anche questo passaggio si lega alla biografia di un medico: il dottore Ettore Fornasari da Verce, assunto a Maggiano in qualità di aiuto-direttore il 15 febbraio 1902. Al momento del suo arrivo, Fornasari vanta già un solido curriculum accademico che lo ha reso una figura di rilievo nel panorama psichiatrico italiano. Vicino agli ambienti dell'antropologia criminale di Cesare Lombroso ed Enrico Ferri, nel 1894 pubblica un importante volume di statistica criminale, *La criminalità e le vicende economiche d'Italia*, con prefazione dello stesso Lombroso.[244] In quest'opera, Fornasari mette in relazione l'andamento della criminalità nello stato unitario con variabili economiche e ambientali, come le oscillazioni dei prezzi del vino e del grano, il clima e le temperature stagionali, mostrando come queste influenzino i reati contro la proprietà, il buoncostume, i reati politici e gli episodi sovversivi.[245] Già noto come esponente del mondo radical-democratico lucchese,[246] Fornasari è libero docente di statistica presso l'Università di Pisa e collabora attivamente con il mondo della freniatria. Nel 1900, fornisce un contributo fondamentale alla grande inchiesta condotta da Augusto Tamburini - direttore del manicomio di Reggio Emilia - sullo stato dei manicomi italiani, evidenziandone gravi carenze amministrative e sanitarie, nonché enormi sprechi di fondi pubblici, dovuti soprattutto alle ambigue gestioni condivise tra enti religiosi, privati e province.[247] Fornasari è tra i più attivi sostenitori, in Italia, della gestione diretta da parte delle province dei manicomi pubblici. Tra il 1899 e il 1900, pubblica una serie di articoli in cui denuncia il costante aumento delle spese manicomiali sostenute dalle province italiane. Il costo dell'assistenza ai malati mentali - determinato sia dal crescente numero di internamenti sia dall'aumento delle rette giornaliere - passa infatti da 4.773.241 lire nel

244 Nella quinta edizione de *L'Uomo delinquente di Lombroso* (Torino, Bocca, vol. III, 1897 p. 90) Lombroso cita la collaborazione con Ettore Fornasari, ricordandone lo studio rigoroso nella statistica criminale e demografica.

245 Lo studio affronta anche il tema dell'urbanizzazione, analizzando aree operaie e sottoproletarie – come Napoli – in cui si sviluppano forme di "governo popolare" criminale, considerate indice di alienazione mentale. In questa visione, la civiltà moderna appare colpevole dell'incremento di certe forme di delitto e di follia (come l'alcolismo e la paralisi progressiva), nonché degli abusi di sostanze come il tabacco e la morfina. E. Fornasari di Verce, Alcune osservazioni di natura economica circa l'aumento dei pazzi ricoverati in Italia, in «Rivista sperimentale di Freniatria», XXV, 1899, pp. 314 e 316;

246 Già iscritto al partito radicale, Da Verce è consigliere comunale a Lucca per l'Unione dei partiti popolari (1910-12) cfr. L. Ricci, *La Croce Verde di Lucca. Storia della pubblica assistenza*, Lucca, Edizioni S. Marco litotipo, 2001, p. 211; L. Baldissara-G. L. Fruci, *«I savj del palazzo Santini». Storia del consiglio comunale di Lucca*, Lucca, Pacini Fazzi, 2016, p. 306.

247 Tamburini e Fornasari. *Le condizioni dei Manicomi e degli alienati in Italia*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», XXVIII, 1902. Lo studio sarà fondamentale per la scrittura della legge sui manicomi del 1904.

1871 a 13.047.542 lire nel 1897 (+173%).[248] Tra il 1877 e il 1898, il numero dei ricoverati nei manicomi pubblici aumenta del 109%, passando da 14.639 a 30.640 pazienti, un incremento che allarma le deputazioni provinciali.[249] Gli studi di Fornasari forniscono un importante strumento argomentativo alle richieste di provincializzazione del manicomio di Fregionaia, sostenute dalla provincia di Lucca. L'amministrazione provinciale si avvale infatti della consulenza e delle competenze del medico per pianificare la lunga battaglia istituzionale che la contrappone all'Opera. Non è un caso che, già al momento della sua assunzione a Maggiano, Fornasari collabori attivamente con la provincia, per conto della quale redige i censimenti demografici annuali.[250] Inoltre, nei suoi studi sull'economia manicomiale, Fornasari promuove un modello di lavoro specialistico, esteso e intensivo, fondato su settori di produzione industriale differenziata - lo stesso tipo di organizzazione che verrà poi applicato proprio a Maggiano.

I medici primari in servizio a Fregionaia svolgono un ruolo decisivo nella riconfigurazione dell'istituto, contribuendo attivamente all'elaborazione di pratiche innovative e all'inserimento del manicomio lucchese nel più ampio processo di sviluppo della psichiatria italiana. È proprio a questo «piccolo gruppo di cultori e ardenti alienisti» che Enrico Morselli si rivolge nel 1928, nella relazione tecnica redatta per conto della Deputazione provinciale, riconoscendo a Maggiano un apporto fondamentale allo sviluppo della clinica e della pratica alienistica:

> Ho avuto per tutti Voi la più alta stima, rinsaldatasi in me attraverso il continuo, fervido vostro lavoro. Io non posso dimenticare in coscienza quello che la Psichiatria italiana deve al vostro *piccolo gruppo* di cultori e ardenti alienisti; non posso dimenticare quanto di bene io ho tratto dalla lettura meditata dei lavori del Vedrani, del Paoli, del Ferrarini. Comprendo che oggi, essendo la nostra Scienza posta su un binario del tutto nuovo, essendo rinnovato il costume di molti alienisti e di moltissimi istituti manicomiali, oggi si dimentica quanto di lavoro è costato rinnovamento e quanto di lotta, di amarezza è risultato ogni suo passo.[251]

---

248 Cfr. sul tema E. Fornasari di Verce, *I progetti di legge sui manicomi e finanza locale*, in «Giornale degli Economisti», 1900, vol 21, pp. 54-68; E. Fornasari di Verce, A*lcune osservazioni di natura economica circa l'aumento dei pazzi ricoverati in Italia*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», XXV, 1899, pp. 314 e 316.

249 *Atti del XI congresso di Freniatria*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», XXVIII, 1902, p. 292-293.

250 E. Fornasari da Verce, *IV censimento nella provincia di Lucca. Le operazioni di censimento e i risultati sommari. Relazione alla Giunta provinciale di statistica*, Tip. Marchi, Lucca, 1902.

251 ASLu, OP, *Carte della medica direzione*, fald. 135, fasc. 13, plico 1, 5 novembre 1928.

2.4 Un «Mediconzolo di un manicomio di campagna»[252]: la biografia di Alberto Vedrani e la politicizzazione dei sanitari di Fregionaia

Parallelamente alla sua attività clinica e di ricerca, Alberto Vedrani coltiva anche un forte interesse per la politica che inciderà sulla composizione del corpo medico di Fregionaia e sugli equilibri interni all'istituto. Numerosi sono i giudizi - spesso contrastanti - espressi su Vedrani da parte anche di autorevoli figure del mondo psichiatrico, letterario e politico. Le sue molteplici attività lo collocano al centro di accese polemiche, tutte legate a temi cruciali e divisivi dell'Italia d'inizio Novecento: il rinnovamento della psichiatria, l'opposizione all'intervento militare in Libia e poi alla Prima guerra mondiale, la richiesta di una riforma dell'università italiana e una lotta continua per sostenere le vittorie elettorali del PSI. Non sorprende, dunque, che le fonti restituiscano ritratti di Vedrani fortemente polarizzati: per alcuni un intellettuale «paradossale» e incapace di equilibrio nei giudizi, per altri un «bello scrittore e audace».[253] Animato da un umorismo sottile e corrosivo, Vedrani firma una ricca produzione giornalistica, incentrata su vivaci caricature dei suoi avversari. Una penna caustica che solo il mutato clima politico degli anni Venti riuscirà a seccare.

Vedrani nasce a Bentivoglio, in provincia di Bologna, il 20 maggio del 1879 da Virginia Tognoli e Angelo Vedrani. Il padre svolge il ruolo di «medico dei poveri in una vasta condotta»[254] della campagna emiliana, ma la famiglia vive, a stento, in modeste condizioni. L'ambiente radicale e democratico dell'Emilia, tradizionalmente legato a figure di medici progressisti[255], e le ristrettezze economiche familiari, plasmano i suoi interessi: da un lato, il fascino per la medicina, intesa come strumento di emancipazione sociale[256]; dall'altro, una spiccata coscienza politica. Conclusi gli studi classici, Vedrani inizia a frequentare il corso di Medicina presso l'Università di Bologna, conseguendo il titolo di studio nel 1897. Proprio a Bologna avviene il primo incontro con il mondo della psichiatria. «Lungamente aggirato […] sotto i portici di Bologna»[257] impara le prime nozioni di psichiatria sulle

---

252 A. Vedrani, *Cesare Lombroso*, in «La Voce», Anno I, 52, 1909, pp. 221-222.

253 La definizione è dello scrittore Prezzolini che, in una lettera all'editore Casati, annuncia la collaborazione di Vedrani alla rivista «La Voce». A. Casati, G. Prezzolini (a cura di D. Continati), *Carteggio. 1907-1910*, Roma, 1990, P. 87.

254 A. Vedrani, *Confessione e Battaglia elettorale*, in «Critica sociale», ANNO XXIX/numero 21 - novembre 1919, pagg. 294-295. Angelo Vedrani unisce, come il figlio, il ruolo di medico a quello di scrittore e saggista, è autore, infatti, di un piccolo libello dal titolo «Breve notizia del padre Giovambattista Melloni» (Bertinoro, Cappelli, 1870) nel quale ripercorre la biografia di Melloni, sacerdote emiliano, noto per i suoi studi storico-filosofici. Inoltre, il tema del «medico dei poveri» si definisce come un canone o, meglio, un *topos* narrativo, ampiamente diffuso tra i medici impiegati nella medicina sociale, ad esempio, Paolo Pini, medico distintosi nel campo dell'igiene sociale e per la militanza politica socialista, assumerà l'epiteto di "medico dei poveri". (cfr. G. Cosmacini, *Storia della medicina del lavoro*, Torino, Utet, 2022).

255 Si ricordi tra questi, almeno, le figure di Pietro Loreta e di Giuseppe Ruggi, deputati del regno, medici e chirurgi ed esponenti della sinistra democratica bolognese.

256 *Cfr*. A, Vedrani, *Ministero della sanità?*, in «Critica Sociale», ANNO XXIX/numero 11 - giugno 1919, pp. 137-138

257 A. Vedrani, *Saluto a un Maestro*, in «Quaderni di Psichiatria: rivista di coltura e di classe» a. III, fasc. 8-9, p. 155-158.

«note al *Ballet»*[258] di Morselli. Tuttavia, è l'incontro con Augusto Murri a convincere Vedrani ad intraprendere la specializzazione in freniatria, un incontro filtrato, anch'esso, da uno sguardo "militante".[259] Di Murri- il primo a «fornire alla psichiatria i mezzi sicuri per l'indagine somatica - e a favorire - la fusione, ormai inconcussa, di essa colla Neuropatologia»[260] - Vedrani affascinano non tanto - o non solo - i contenuti scientifici, pur rilevanti, dei suoi lavori, quanto, piuttosto, il metodo d'insegnamento. La maieutica accademica che Murri propone rappresenta un'esperienza di scienza "democratica" e responsabilizzazione professionale, un insegnamento che rompe con gli schemi gerarchici dell'accademia. Le lezioni di Murri diventano per il giovane Vedrani un atto di militanza *soreliana*:

> Quella che Giorgio Sorel dice sua ambizione, di contro alla inerzia dei discepoli esigenti dai loro maestri la chiusura dell'epoca dei dubbi e le soluzioni definitive, l'ambizione cioè di suscitare in loro la ricerca personale e la fiamma nascosta forse nel profondo d'ogni uomo che vive «fiamma tanto più minacciata di spegnersi quanto lo spirito abbia ricevuto, già bell'e fatte, un maggior numero di teorie», questa nobile ambizione soreliana è anche in Murri tenacissima[261]

Conseguito il diploma di medico, approda prima, in qualità di assistente internino, prima al Manicomio di Ferrara e dopo, nel 1900, a Lucca. È proprio a Ferrara che definisce il suo percorso psichiatrico. Il kraepelinismo dominante in quell'ambiente si sposa perfettamente con la sua militanza nel Partito Socialista Italiano, iniziata già nel 1897.[262] Vedrani elabora una visione che salda la lotta di classe alle aspirazioni riformiste in psichiatria, entrambe intese come pratiche di razionalizzazione sociale ispirate dal positivismo. Questo impianto teorico, fortemente critico verso ogni forma di nazionalismo - politico o accademico - fa del socialismo e del kraepelinismo strumenti per contrastare l'autarchia culturale dell'accademia italiana e l'ideologia della destra nazionalista. Si tratta però di un positivismo attraversato da una tensione irrisolta: quella tra un ideale progressista ed emancipatorio e una prassi, come quella manicomiale, intrinsecamente repressiva. Una contraddizione centrale nella storia della psichiatria italiana, più volte rilevata dalla storiografia,[263] che si acuisce con l'avvicinarsi

---

258 Si fa qui riferimento alla edizione del 1897 dell'opera di Ballet e Bloq, *Malattie nervose e mentali. Paralisi generale e progressiva*, traduzione italiana dei dottori F. Maffi, V. Colla e A. Zubiani; riveduta ed arricchita di aggiunte e di note dai prof. B. Silva, E. Morselli, Torino, UTET, 1897.

259 Una scelta, quella della freniatria che sembra, per Vedrani, una scelta obbligata dalla propria biografia, sentendo scorrere nel suo stesso corredo biologico lo stigma della follia. La sorella di Vedrani risulterà affetta da polineurite ed è seguita dal collega Giulio Cesare Ferrari, psichiatra presso il San Lazzaro di Reggio Emilia affianco a Tamburini e libero docente di psichiatria. Ferrari è uno psichiatra molto rilevante nella scena freniatrica italiana, promotore della scuola psicologica è, dal 1896 al 1906, redattore capo della Rivista sperimentale di Freniatria. In una lettera che Vedrani spedisce a Ferrari, che diagnostica alla sorella una origine atavistica della psicosi, il medico così commenta: «risentimento psichico o psicogenetico, non mi fa meraviglia, per l'*ereditarietà* nostra»(Archivio Giulio Cesare Ferrari, *1863 - 1988*, 1 Carteggio, 1886 – 1932 (Serie), b. 19, fasc. 5).

260 *Atti dell'XI congresso di Ancona*, p. 16.

261 Vedrani, *Augusto Murri*, in rivista «La Voce», anno I, n. 33, luglio 1909, pp. 113-114.

262 Già nel 1897, appena laureato, Vedrani risulta tra i nomi delle "sottoscrizioni permanenti" - con 20 lire annue - che un gruppo di militanti, quasi tutti medici bolognesi, firmano per il giornale *L'Avanti* (in «L'Avanti», ed. Milano, anno I, n. 201, 14/07/1897).

263 Sul tema *cfr*. F. Giacannelli, G. Campoli, La costituzione positivistica della psichiatria italiana, in «Psicoterapia

di Vedrani al "pessimismo antropologico" della psichiatria tedesca.[264] Tuttavia, si tratta di una contraddizione solo apparente, che si ricompone all'interno del quadro teorico del positivismo evoluzionista, alla base del socialismo scientifico di metà Ottocento. In quest'ottica va letto il connubio tra socialismo e kraepelinismo: due orizzonti teorici sovrapposti che condividono l'obiettivo di emancipare gli ultimi e le masse, convergendo nell'aspirazione di umanizzare la società - da un lato attraverso l'abolizione della contenzione manicomiale, dall'altro sostenendo la causa del proletariato. Si tratta, tuttavia, di un'umanizzazione che non mette mai realmente in discussione l'esistenza stessa del manicomio né la sua funzione contenitiva. Anzi, in uno dei suoi tipici rovesciamenti polemici, Vedrani arriva a trasformare la presa della Bastiglia - simbolo fondativo della memoria rivoluzionaria - in un caso negativo di *open-door* – ovvero di una pratica di terapia manicomiala a "porta aperta" - osservando come nel carcere parigino fossero rinchiusi i «criminali, anormali costituzionali, alienati pericolosi e squilibrati presenti in tutte le epoche».[265]

Giunto a Maggiano, Vedrani prosegue il suo impegno militante. Lo ritroviamo, insieme a Paoli, tra i firmatari di una sottoscrizione a favore de *L'Avanti!*, destinata al potenziamento della sezione propaganda del quotidiano socialista.[266] Nel 1904, reduce dalla battaglia delle *kermesse* freniatriche, Vedrani consolida la collaborazione con Paoli anche sul piano della critica politica. La battaglia per il *no-restraint* si trasforma così in una palestra di confronto ideologico. Paoli, ostracizzato dalla comunità scientifica nazionale dopo la pubblicazione del suo studio sul ricambio organico, si avvicina progressivamente alla linea socialista del collega, articolata su una critica radicale e amara verso la classe dirigente nazionale - in particolare quella medico-alienista - uscita rafforzata dal congresso del 1902. Nel 1904, i due firmano una feroce lettera aperta indirizzata al capo del governo, nella quale denunciano la deriva autoritaria rappresentata dalla legge sui manicomi. La norma, per i due medici, concentra nelle mani dei direttori degli istituti un «potere dispotico – che – cacciato dalla porta delle società civili, doveva così rientrare per la finestra negli ospedali degli alienati», rischiando di far precipitare l'intera istituzione verso un «dispotismo imbecille o una dittatura ripugnante». Unico possibile argine a questa deriva, proseguono Paoli e Vedrani, è il rafforzamento proprio del ruolo dei medici di corsia, ovvero del «medico primario degli ospedali degli alienati, eletto fra chi sa di psichiatria, e curante senza superiori del suo reparto, come negli ospedali».[267] Un tema, quello della legge n. 36 del 1904, su cui Vedrani tornerà anche in seguito.

---

e scienze umane», 1973.

264 La definizione è di A. Scartabellati in *L'umanità inutile*, Milano, Franco Angeli, 2001, pp. 23-24.

265 A. Vedrani, *La caduta della Bastiglia simbolica,* in «Critica Sociale», anno XXIX, numero 15 - agosto 1919, pagg. 201-203.

266 «L'Avanti», ed. Milano, n. 3520, 16/09/1906, p. 5. Una sottoscrizione simile Vedrani l'aveva già firmata, con un contributo di 5 lire, nel 1903 (L'Avanti, n. 2296 del 29/04/1903, p.2).

267 A. Vedrani, G. Paoli, *Accuse di avventati....*, Tip. Landi, Lucca, 1904. Nello *Statuto e regolamento interno della società freniatrica italiana ed elenco dei soci* (Reggio Emilia, Calderini) del 1904 risultano ancora registrati come membri

Ancora, nel 1915, Vedrani dalle pagine dei *Quaderni di psichiatria*, denuncia come la legge abbia concentrato nelle mani dei direttori dei manicomi un potere eccessivo. Sotto lo pseudonimo *L'Elmo di Mambrino* – non a caso l'elmo di Don Chisciotte[268] - Vedrani offre una disamina impietosa della vita dei medici dopo la riforma:

> Scrivere lettere rivedute e controfirmate, fare proposte di dimissioni ad uno che può strafottersene, farsi imbeccare l'indirizzamento della cura, far parte di un Consiglio che è incerto se possa interloquire ma è certo che non può deliberare […] O bisogna volere l'abolizione del sistema direttoriale passatista col decentramento, o bisogna rinunciare alle autonomie che non siano burlette come quelle di cui sopra. Ma rinunciare alle autonomie, che sono l'ossigeno della professione medica non si può[269]

Il consolidamento di una prassi politica legata alla condivisione di esperienze clinico-terapiche si fa ancora più evidente nel 1907, quando Vedrani guida il gruppo dei *kraepeliniani* di Fregionaia – composto da Paoli, Prigione, Baccelli e Lippi – nella sottoscrizione di un appello di solidarietà a favore dei contadini in sciopero nella zona di Argenta, accompagnato da un contributo economico.[270] Per questo suo attivismo, Vedrani pagherà un prezzo elevato sul piano professionale. Nello stesso anno, al manicomio di San Salvi di Firenze, viene bandito un concorso per due incarichi da medico primario. La commissione esaminatrice assegna i primi due posti in graduatoria a Vedrani e Camia, ma entrambi vengono esclusi «perché socialisti». La decisione scatena una vivace polemica che approda sulle colonne de «L'Avanti*!*». A difesa dei due psichiatri, contro quella che viene definita la «forcaioleria toscana annidata», interviene Arnaldo Pieraccini, psichiatra socialista, kraepeliniano e futuro direttore del manicomio di Arezzo. Pieraccini denuncia come, nelle due adunanze segrete della commissione, «si è visto mettere al bando i socialisti», minacciando di interrompere ogni collaborazione con l'istituto fiorentino. La seduta si conclude con la promessa, poi disattesa, di una riconvocazione della commissione.[271] Commenta Vedrani:

> Da dieci anni a questa parte la fiumana torbida dei concorsi mena una tale piena di cose poco pulite che i cani ne avrebbero nausea. E allora perchè voi altri che testè avete fatta una società a Firenze non sollecitate il vostro Presidente a moversi […][272]

Ancora, nel 1907, un'altra commissione boccia Vedrani al concorso per il posto da direttore del manicomio di Verona. La commissione, composta da due colleghi kraepelianini, Ernesto Belmondo e Giuseppe Seppilli, trova Vedrani certamente «erudito» ma alquanto «paradossale» nei suoi

---

della società Andrea Cristiani (Medico Direttore), Corrado Ferrarini (vicedirettore) e il dott. Giuseppe Paoli (medico). Anche Vedrani, sebbene le aspre critiche all'organizzazione nazionale, risulta ancora iscritto.

268 Sul rapporto tra Vedrani e la letteratura di Cervantes Cfr, D. Filippi, *Alberto Vedrani*, in Marina Riccucci (a cura di), *Gli psichiatri scrittori italiani. Una storia di quasi due secoli*, Pisa, Pisa University Press, 2025.

269 A. Vedrani, *Il direttore adunerà il Consiglio Sanitario quando crederà. Il direttore finora se ne è servito in casi eccezionali. Il direttore sente scottare la questione*, in «Quaderni di psichiatria», a. 4, fasc. 1-2, p. 87-88. Subito dopo la pubblicazione di questo articolo Vedrani viene lasciato fuori dalla riorganizzazione della rivista voluta da Morselli.

270 In «L'Avanti», ed. Milano, n. 3723, 09/04/1907.

271 In «L'Avanti», ed. Milano, n. 3965, 09/12/1907.

272 A. Vedrani, *Di un nuovo metodo per escludere da pubblici uffici le persone di maggior criterio*, in «La Voce», ANNO II, numero 13, 1910, pagg. 283-284.

giudizi.[273] Anche stavolta si allunga, sulla bocciatura di Vedrani, il sospetto di una motivazione di politica accademica. Vedrani rimarrà – come afferma Tobino – a Maggiano «rinchiuso tanti anni».[274]

Dopo il 1905, Vedrani continua quasi in solitaria la sua battaglia culturale dal suo appartamento di Maggiano. Tra il 1909 e il 1910 inizia a collaborare con Prezzolini e Ardengo Soffici sulle pagine de «*La Voce*»[275], dalle cui colonne lancia attacchi furibondi contro l'establishment psichiatrico e politico nazionale. Nessuno è risparmiato, neppure la leadership del PSI, accusata di rincorrere la facile vittoria nei collegi elettorali, anche a costo di arruolare tra i suoi rappresentanti figure legate ad un sistema di potere chiuso e corrotto, come quello della medicina universitaria.[276] Il bersaglio principale della sua polemica è Cesare Lombroso, eletto nel 1902 tra le fila del PSI alle amministrative di Torino e simbolo della deriva autoritaria e nazionalista della psichiatria italiana. Vedrani, che contesta al medico milanese d'esser stato il fondatore di una teoria scientifica nata già datata, superata da Morel e dalla psichiatria clinica tedesca, lo accusa di rappresentare per il socialismo italiano un abbraccio mortale. Alla «millanteria ciarlatanesca sopraffattrice» dell'antropologia criminale lombrosiana, denuncia il medico, il PSI avrebbe offerto il megafono de *L'Avanti!*, finendo così per legittimare, come strumento di classe, una scienza dall'impianto teorico intrinsecamente classista e inducendo i lavoratori a credere che «la scienza dell'Uomo delinquente sia l'appendice del Capitale».[277] La sociologia lombrosiana, per Vedrani, non è solo priva di

---

273 F. Stok, *Vicende e personaggi del manicomio lucchese,* in «Fogli di informazione», n. 108, p. 68.

274 AdFMT, *Quaderno quinto del manicomio di Mario Tobino*, 12 giugno 1956.

275 *La Voce* nasce in un momento di crisi dell'intellettualismo borghese, stretto tra il dilagare della cultura di massa e il suo stesso sviluppo incompiuto. È in questo contesto che si colloca quella che Carpi definisce «la crisi di identità dell'intellettuale e del suo precario rapporto con la politica» (G. Carpi, *"La Voce" letteratura e primato degli intellettuali,* De Donato, Bari, 1975, p. 12). I suoi protagonisti si muovono all'interno di quella "distruzione della ragione" evocata da Lukács: una cultura borghese che si ribella a sé stessa, coniugando *anticapitalismo di destra* e tensioni irrazionalistiche in un contestatario rifiuto dell'ordine liberal-democratico, avversando tanto i "principi dell'89" quanto il socialismo (ibid., p. 13). È in questo quadro che si evidenzia la frizione tra la militanza socialista e pacifista di Alberto Vedrani e le inclinazioni reazionarie dei due principali animatori del foglio, Prezzolini e Soffici. Una tensione emblematica, che si riflette anche nella rottura precoce tra Salvemini e la redazione fiorentina, segnando lo scontro insanabile tra il vocianesimo e quella "vecchia democrazia dei partiti" contro cui La Voce rivolge la sua foga palingenetica (G. Sofri, *Ritratto di uno storico: Antonio Anzilotti*, in «Rivista storica italiana», 1961, pp. 717). Eppure, proprio la natura sincretica della rivista consente la convivenza tra il radicalismo antiborghese del sindacalismo rivoluzionario e un'idea di socialismo etico e "depurato" dal conflitto di classe, come lo intende Prezzolini sulla scorta di Sorel (cfr. Prezzolini, *Il poeta*, in «La Voce», 6 aprile 1910). In questa cornice, Vedrani trova spazio, pur mantenendo il suo «socialismo vieux style», distante dalle derive neo-destrorse del gruppo. I suoi contributi su *La Voce* non trattano direttamente di politica, ma colpiscono con forza l'establishment accademico-psichiatrico italiano: il suo necrologio critico su Lombroso, gli omaggi a Murri, e le invettive contro i "professorucoli" che soffocano ogni dissenso in nome di un razionalismo sterile e conformista (Vedrani, *Augusto Murri*, *La Voce*, 1909, n. 33, pp. 113-114).

276 «Mentre solo le società confusionarie scettiche e caotiche come le nostre, quelle dove il re e il governo possono promuovere monumenti a Giuseppe Mazzini, dove i capi del partito socialista si reclutano tra i professori di Università, e dove, aggiungo io, i giornali socialisti piagnucolano come mendicanti per ottenere l'elemosina d'una cattedra agli agitatori rivoluzionari reduci dal paese dei milioni» (A. Vedrani, *Cesare Lombroso*, in «La voce», anno I, N. 50, 1909, pp. 211-212).

277 «Dacché segnatamente un ministro, grande freniatra tra i deputati e grande politico fra i direttori di manicomio, pose le basi di una riconciliazione dell'antropologia criminale con le Istituzioni, le azioni dell'antropologia criminale (un decennio fa dispetta e scura e forse perseguitata) sono molto rialzate nella Borsa dell'opinione pubblica. I buoni borghesi [...] che han visto i grandi poteri dello Stato porgere la mano carezzevole alla scienza rivoluzionaria, non s'attentano più che tanto a ridere delle mirabili significazioni di una asimmetria facciale o di un orecchio ad ansa» (A. Vedrani, *Cesare*

fondamento e originalità ma è, anche, un inquietante strumento poliziesco, una minaccia alle libertà civili.

> Alla difesa sociale contro i delinquenti provvedono fino a un certo segno i carabinieri: ma chi difenderà la società dalle presunzioni scriteriate dell'antropologia criminale?[278]

La denuncia di Vedrani si fa ancora più circostanziata quando accusa la "Nuova Scienza" di Lombroso di essersi strutturata, all'interno dell'università, come uno strumento di potere: un'ideologia utile a garantire legittimità scientifica e visibilità pubblica a un blocco accademico dominato da Lombroso e dal suo allievo Enrico Ferri. Secondo Vedrani, concorsi truccati, promozioni arbitrarie e orientamento della ricerca costituiscono le armi di una vera e propria casta medico-politica, di cui si considera diretto bersaglio. Riassume, questo sistema, con un'equazione beffarda:

> Campanilismo + filisteismo + meschinità + retorica + moda – intelligenza = nazionalismo spirituale protezionista universitario.[279]

Dal suo appartamento di Maggiano, continua intanto a intervenire nel dibattito politico lucchese, affermandosi come figura di riferimento del socialismo riformista locale. Il 5 ottobre 1911 pubblica su «La Voce» un articolo polemico contro Giovanni Pascoli, prendendo spunto dalle elezioni comunali a Barga, una piccola cittadina in provincia di Lucca. Vedrani ne attacca l'incoerenza politica: Pascoli – che si era proclamato un "socialista ortodosso" - sostiene la lista della destra locale, composta dai «reduci delle battaglie combattute al grido Viva Pelloux».[280]

È la guerra, tuttavia, a cambiare tutto. Prima l'intervento italiano in Libia, poi l'ingresso nel primo conflitto mondiale, porta Vedrani a un confronto sempre più radicale e serrato con intellettuali, giornalisti e politici interventisti, spesso continuazione proprio di quella destra nazionalista e velleitaria che ha già combattuto negli anni. Nel frattempo, inizia a collaborare con *Critica Sociale*, l'inserto scientifico de *L'Avanti!* di ispirazione socialriformista, dalle cui colonne porta avanti la sua battaglia pacifista. Vedrani attacca gli intellettuali che parlano di guerra restando a distanza di sicurezza, intenti a scrivere dal comfort del «pollo arrosto» e del «caffè caldo»[281], mentre ignorano la sofferenza di migliaia di uomini mandati al fronte. Tra i bersagli polemici ci sono D'Annunzio e Pascoli,[282] ma anche docenti universitari come Agostino Anile,[283] accusati di fornire copertura

---

Lombroso, in «La voce», anno II, N. 2, 1909, pp. 230-232).

278 A. Vedrani, *Cesare Lombroso*, in «La voce», anno I, N. 52, 1909, pp. 221-222.

279 A. Vedrani, *Contro lo spiritualismo: La scienza non vuol frontiere*, in «Critica Sociale», ANNO XXIV/numero 4 - 16 febbraio 1914, pagg. 55-56.

280 A. Vedrani, *La coerenza e la logica politica dei letterati e poeti*, in «Rivista popolare di politica, lettere e scienze sociali», 31 ottobre 1911, p. 536.

281 A.Vedrani*, I poeti e la Guerra*, in «L' Avanti», ed. Milano, n. 279 del 09/10/1911, p. 3.

282 A. Vedrani, *Intorno alla guerra. Morale eroica o eroica barbarie*, in «L'Avanti», ed. Milano, n. 348, 17/12/1911, p. 2; Ibid., *Il ritorno delle idee umane*, in «Critica Sociale», ANNO XXV/numero 10 - maggio 1915, pp. 159-160; Ibid., *La stroncatura di prometeo*, in «Critica Sociale», ANNO XXVI/numero 8 - aprile 1916, pagg. 127-128; Ibid., *Saluto a Gabriele in «Critica sociale»*, ANNO XXIX/numero 19 - ottobre 1919, pagg. 267-268.

283 Il confronto tra Vedrani e Anile ha inizio con un attacco velato che Anile lancia dalle pagine de *Il Resto del Carlino* (7 dicembre 1911), in cui accusa la dirigenza socialista – e implicitamente Vedrani – di essere «sord[a] ai bisogni ideali delle multitudini». L'accusa prende di mira un articolo comparso pochi giorni prima su *L'Avanti* (2 dicembre), in

scientifica e nobilitazione artistica ai conflitti armati e alle imprese militari italiane. La stampa nazionale – i «malfattori della penna» -, in particolare «Il Corriere della Sera»[284], viene criticata per essersi piegata alla propaganda militarista. Le accuse colpiscono anche i politici nazionalisti, come Luigi Federzoni[285] e Giovanni Borelli[286], accusati di alimentare una retorica bellicista segnata da forti venature classiste. E, di nuovo, la palestra culturale del "kraepelinismo" diviene spinta per l'attivismo politico: lo studio della psichiatria tedesca, infatti, si trasforma in uno strumento di difesa della cultura tedesca,[287] contro gli ambienti più radicali del nazionalismo culturale italiano – condiviso anche da alcuni membri dello stesso PSI[288] - che vorrebbe, nel corso della Prima guerra mondiale, bandire la

cui Vedrani, citando Vico, condanna la "barbarie dell'eroismo" di guerra. Nel suo intervento, Vedrani richiama il *Corollario d'intorno all'eroismo dei primi popoli* di Vico per smontare il mito dell'eroismo come motore di progresso. La guerra – scrive – non migliora le condizioni dei popoli, ma grava ulteriormente sulle spalle dei «miseri, che sono sempre gli più nelle città o nelle nazioni». (*A. Vedrani, Intorno alla guerra. Morale eroica o eroica barbarie, in «L'Avanti», ed. Milano, n. 348, 17/12/1911, p. 2*). Anile, dal canto suo, rilegge Vico in senso opposto, sostenendo che lo psichiatra emiliano ha travisato il pensiero del filosofo napoletano, oggi "reso facile" dalla lettura crociana. Secondo Anile, infatti, la vera barbarie non è quella primitiva-eroica, bensì quella della riflessione, poiché «vile, insidiosa e traditrice». È il consueto repertorio dell'antisocialismo patriottico: il pensiero socialista diventa sinonimo di anti-nazione e di tradimento spirituale. Vedrani reagisce con sarcasmo, stigmatizzando il "settarismo culturale" del suo avversario: «L'Anile poteva fare e meno di eccitare l'odio e il disprezzo delle classi sociali contro la mia citazione, facendo sapere, con quella superiore impertinenza, che oggidì conoscere il Vico è facile cosa». Ma è la chiusa di Anile a rendere più netto il contrasto: «Noi che passammo gli anni migliori aduggiati dal prevalere d'una miserevole coltura positivistica… salutiamo la guerra come l'inizio d'un nuovo e più fecondo periodo di vita nazionale, come l'affermazione pratica della rinnovata coltura idealistica». Un rigetto del positivismo in favore della guerra vista come rinascita spirituale. A questo Vedrani replica indignato: «è un medico che parla così! un figlio della biologia un contemporaneo di Pasteur, di Koch, di Erlich! uno che si è trovato in mezzo al più portentoso sforzo umano che eroi abbiano compiuto contro il dolore e la morte». Vedrani difende il positivismo come sforzo storico e collettivo della scienza per alleviare le sofferenze umane, contrapposto all'idealismo guerrafondaio. Riconosce nella scienza non solo un metodo, ma una missione civile. A conferma, chiama in causa persino Carlo Cattaneo, «uno di quei rappresentanti della coltura positivistica […] che credette anche alla necessità storica della guerra e guerreggiò egli stesso», ma che scriveva: «I popoli civili, traviati da tradizioni barbare, divisi da superstizioni cieche e da più cieche ambizioni, si consumano in guerre interminabili per usurpare un palmo di terra alle nazioni vicine». Il confronto, quindi, non è soltanto tra due intellettuali, ma tra due idee di civiltà: da un lato l'idealismo che esalta la guerra come purificazione nazionale, dall'altro il positivismo umanitario, che cerca nella scienza un'arma contro il dolore, non contro l'uomo.

284 A. Vedrani, *Saluto ai tipografi*, in «Critica Sociale», ANNO XXIX/numero 17 - settembre 1919, pag. 236.

285 A. Vedrani, *Come la critica sociale commemora a modo suo la Repubblica Romana*, in «Critica Sociale», ANNO XXIV/numero 6 - marzo 1914, pagg. 95-96.

286 A. Vedrani, *Ad un superuomo non Goethiano,* in «L'Avanti», ed. Milano, n. 288, 18/10/1911; Ibid., *La necessità del silenzio*, in «Critica Sociale»,ANNO XXIV/numero 19 - ottobre 1914, pagg. 300-301.

287 A. Vedrani, *La scienza non vuol frontiere,* in «Critica Sociale», ANNO XXIV/numero 4 - 16 febbraio 1914, pp. 55-56.

288 Nel gennaio del 1915, con la guerra già in corso, W. Heine, ex deputato al Reichstag, pubblica un articolo intitolato *Die Deutsche Sozialdemokratie in der Internazionale* su «Verlag der Sozialistischen Monatshefte», in cui scrive: «Sozialisten sich auf die Seite ihres Vaterlands gestellt haben» ("i socialisti hanno difeso la loro patria"). Questo intervento scatena un dibattito internazionale all'interno della Seconda Internazionale socialista. Ci si interroga se Heine esprima un tratto autentico della *germanità*, una deriva inevitabile della socialdemocrazia o una crisi contingente dovuta alla mancata costruzione di un'identità operaia sovranazionale. Nell'articolo, Heine affronta il rapporto tra proletariato organizzato, cultura nazionale e difesa della patria. Secondo Marchioli, ciò si traduce in una «incapsulazione del proletariato nel più vasto organismo dell'Impero», ossia l'adozione della visione delle classi dominanti da parte della SPD. Heine, invece, considera tutto questo una conseguenza delle debolezze dell'Internazionale, ostacolata dai veti nazionali – come il caso del rappresentante giapponese che blocca una proposta della delegazione francese – e aggravata dalle differenze strutturali fra i partiti socialisti europei. Egli richiama il congresso di Stoccarda, che aveva riconosciuto la legittimità delle specificità nazionali. L'articolo di Heine prende anche posizione contro l'ala antimilitarista della SPD, in particolare contro Karl Liebknecht, accusato velatamente di "giocare" per interessi stranieri a causa del sostegno ricevuto da socialisti di altri paesi. L'Internazionale, secondo questa lettura, fallisce perché travolta da contraddizioni profonde, da una retorica inefficace e dall'incapacità di conciliare le diverse situazioni nazionali, finendo per collassare sotto il peso della guerra. Marchioli si interroga: «Quali rapporti bisognerà istituire con un movimento di cotale natura? La democrazia è ovunque

cultura tedesca *tout court*, bollandone la produzione culturale come il prodotto di una razza barbara.[289] La guerra è per Vedrani la smentita di ogni prospettiva di progresso. L'esperienza diretta del padiglione per militari italiani traumatizzati, istituito presso l'ospedale psichiatrico di Maggiano, approfondisce questa convinzione.[290] Il conflitto rappresenta la negazione del valore positivo della tecnica, del progresso scientifico e dell'idea stessa di un processo di civilizzazione immanente alla storia. In questo quadro, la campagna propagandistica portata avanti dalla grande stampa e l'impossibilità di un vero dibattito democratico lo convincono della marginalità delle voci pacifiste nel dibattito pubblico nel paese e sulla necessità di aderire a posizioni ancor più radicali.[291] Da questo sconforto nasce un progressivo avvicinamento all'ala massimalista del Partito socialista guidata da Serrati,[292] vincitrice del congresso del 1919 di Bologna, e, in seguito, ad un sostegno – seppure tiepido e amaro – all'esperienza sovietica, unica possibilità concreta per contrastare una borghesia resa sorda dal nazionalismo e a un mondo accademico che si è dimostrato incapace di opporsi alla guerra.[293]

---

possibile? È fondato l'ottimismo di quelli i quali pensano che in avvenire le cose cambieranno radicalmente, purché l'azione si svolga più intensa? Il socialismo deve svilupparsi in una cornice nazionale? L'internazionalismo è un ideale o un'utopia pericolosa, visto che la politica è l'arte del possibile e non dell'astrattamente desiderabile?». E ancora: «Dobbiamo continuare a fare i Don Chisciotti dell'emancipazione universale, mentre gli altri pensano ai casi loro, e, capitando l'occasione (che è ripetibile indefinite volte), pestano sodo e solidarizzano colle classi dominanti, infischiandosi di tutte le ideologie umanitarie?». Parallelamente, Edgar Jaffé, in un contributo pubblicato nel dicembre 1914 su «Archiv für sozialwissenschaften und sozialpolitik», sostiene che la guerra, invece di minacciare il capitalismo, ne assicura la sopravvivenza, trasformandosi in un motore economico che consolida i monopoli e perpetua un sistema di ripartizione della ricchezza assimilabile a un "feudalesimo industriale". Queste strutture, sebbene transitorie, restano profittevoli finché non vengono contrastate da borghesia e lavoratori. Nel prologo dello stesso articolo, Marchioli adotta un'interpretazione sostanzialista della cultura tedesca, ponendo l'elemento guerra – già nella sua etimologia *krieg*, da *kriegen* ("acquistare") – come centrale. La guerra, più che massacro, è qui industria. Una cultura inconciliabile con l'internazionalismo socialista, fondato sulla pace. La Germania è vista come «un albero che si nutre assorbendo l'acqua dalle radici degli altri paesi», espressione di una "forza appestante" fondata su una concezione organica della nazione e dello Stato. La critica culmina in una denuncia della tradizione culturale prussiana: «Di fronte a cotale ideologia aggressiva, predatrice, originante dagli stessi istinti di razza e di nazionalità, ogni altra ideologia pacifista, umanitaria, internazionalistica, doveva fallire, e la prova manifesta di ciò si ebbe nello atteggiamento di coloro i quali di quest'ultima filosofia s'erano, a parole, fatti banditori. Gli è che in nessun altro paese come in Germania appare vera la teoria delle élites; da un lato, ci sono alcune forti personalità plasmatrici, dall'altro, c'è la creta passiva, imbelle, supina. Su questa argilla molle lavorò l'aristocrazia del pensiero e della spada; e insegnò che la guerra è la politica per eccellenza dello Stato, il giudizio di Dio, l'esame dei popoli; che solo la guerra può eliminare la sproporzione tra le energie vere di una nazione e la situazione che essa occupa nel mondo». Sul tema interviene Vedrani che, pur criticando il nazionalismo italiano e il genetismo culturale che lo sostiene, concorda nel definire quella di Heine come l'espressione della «illusione colossale di questa Sozialdemokratie prostrata coi suoi tre e più milioni di voti ai piedi del suo Imperatore "probo e leale amico della pace"».

289 A. Vedrani, *Dàlli all'imperialismo, in* «Critica Sociale», ANNO XXVI/numero 7 - aprile 1916, pagg. 111-112;

290 Sul tema dei ricoveri di militari internati a Maggiano durante il primo conflitto mondiale resta normativa la tesi di laurea magistrale di S. Scatena (relatrice V. Fiorino), *Guerra e follia durante la Grande guerra. Il dibattito sulla "strana malattia" e le testimonianze dei pazzi militari di Fregionaia*, Università di Pisa, AA. 2014-12015.

291 Denuncia Vedrani lo scadere del dibattito pubblico in campo di battaglia fatto di semplificazioni argomentative ed etichette morali, immediatamente comprensibili e screditanti. Il polso della situazione Vedrani lo misura confrontandosi con le pagine della rivista *La Voce*, la quale dalle colonne dei suoi editoriali ironizza contro quelli che Proudhon chiama «les amis de la paix» («La voce», 28 luglio 1914) e che i giornalisti traducono col termine "pacifisti". Commenta il medico: «Ma Proudhon non adoperava codesto nomignolo, omai dispregiativo, per intendimenti nobilissimi» (A. Vedrani, *La necessità del silenzio*, in «Critica Sociale», ANNO XXIV/numero 19 - ottobre 1914, pagg. 300-301).

292 A. Vedrani, *Confessione e Battaglia elettorale*, in «Critica sociale», ANNO XXIX/numero 21 - novembre 1919, pagg. 294-295.

293 Negli anni immediatamente successivi alla Prima guerra mondiale Vedrani esprime con ironia tagliente una

2.5 La Prima guerra mondiale e la ripresa del conflitto sindacale tra i medici di Fregionaia

Il crescente clima di conflittualità che attraversa gli ambienti medici di Fregionaia si traduce, ben presto, in uno stato di forte agitazione sindacale. Subito dopo la provincializzazione dell'istituto, i medici presentano all'amministrazione provinciale un articolato schema di rinegoziazione delle condizioni economiche e di carriera. Al centro della proposta vi sono la richiesta di una clausola di salvaguardia per tutto il personale sanitario e un deciso aumento salariale, bloccato da anni dall'Opera Pia. Già tra il 1907 e il 1908, i medici avevano avanzato al consiglio dell'Opera Pia - prossima a perdere la titolarità dell'istituto - significative proposte di adeguamento retributivo. Tuttavia, pur mantenendo invariata la pianta organica, la nuova amministrazione provinciale congela ogni intervento economico, rinviando la discussione alla scadenza del primo quadriennio di gestione diretta.[294] La questione si riaccende con forza il 22 giugno 1914, quando il corpo sanitario di Fregionaia invia alla deputazione provinciale una lettera di protesta in cui esige l'immediato accoglimento delle richieste. Tuttavia, la vicenda giunge in discussione in consiglio provinciale solo l'anno successivo, il 6 settembre 1915, quando il vicepresidente della provincia, Bandoni, porta in adunanza la proposta di risolvere la *vexata quaestio* degli aumenti salariali che da tempo agita «i sanitari del nostro Manicomio».[295] L'amministrazione aveva fin lì rinviato la decisione sulla base dell'accordo secondo cui la revisione delle posizioni salariali sarebbe avvenuta solo dopo un'effettiva razionalizzazione dei costi del servizio psichiatrico. Tra il 1912 e il 1914, grazie all'estensione del lavoro dei ricoverati - promossa da Cristiani - e al miglioramento delle dimissioni in custodia e dell'affidamento eterofamiliare, si registra una progressiva diminuzione della retta giornaliera per i pazienti: da 2,34 lire a 2,10 nel 1913 e infine a 2,05 lire nel 1914. A fronte dell'aumento dei ricoverati e del piano di assunzioni di personale per rispondere alle esigenze del *no-restraint*, le finanze del manicomio migliorano.[296] Eppure la deputazione non sembra intenzionata a riaprire l'argomento

duplice disillusione: da un lato verso il diritto internazionale di matrice wilsoniana, incapace – secondo lui – di contenere le pulsioni belliche dell'Europa borghese; dall'altro, verso la realtà sovietica, che pure riconosce come unico modello alternativo realmente capace di rompere con la logica capitalista e militarista. La sua proposta è netta: solo una *vera* "società delle nazioni", ossia una comunità internazionale fondata sulla cancellazione della borghesia e della sua economia di guerra, potrà evitare nuovi conflitti. Tuttavia, anche questo auspicio viene filtrato attraverso il sarcasmo. Lo Stato sovietico, simbolo del nuovo ordine operaio, viene rappresentato attraverso l'immagine amara e grottesca di un "uovo al mese" concesso come privilegio ai tecnici del nuovo stato sovietico: «Il Governo mi trattava bene – egli ha risposto gravemente uscendo dal suo riserbo abituale – perché io sono tecnico e come a tale, mi era concessa una distinzione alimentare che consiste in un uovo al mese. Il quale uovo mensile, ai miei occhi, è simbolico da quanto la falce e il martello, che l'altro dì gettammo nell'urna». In questo aneddoto, riportato da un "grande amico" di Vedrani, l'"uovo" assurge a nuovo emblema dello Stato socialista. (A. Vedrani, Da *la Vrai Italie* alla vera Società delle Nazioni, in «Critica sociale», ANNO XXX/numero 3 - febbraio 1920, pagg. 46-48).

294 *Atti del consiglio provinciale di Lucca*, Tip. Giusti, Lucca, 1916, pp. 65.

295 *Atti del consiglio provinciale di Lucca*, Tip. Giusti, Lucca, 1915, pp. 39-48.

296 La tabella dei costi giornalieri è contenuta in A. Cappellini, *Il manicomio di Fregionaia. Cenni storici e descrittivi*, Tip. Fratelli Lambruschini, Empoli, 1919.

aumenti salariali.

Tuttavia, l'analisi delle singole posizioni retributive evidenzia come il problema non risieda tanto nell'ammontare complessivo degli stipendi quanto nella loro distribuzione interna. Uno studio condotto dal dottor Ugolotti nel 1911 sul trattamento economico nei manicomi italiani mostra che le retribuzioni del personale medico lucchese si attestano intorno alla media nazionale: il direttore medico percepisce 5.500 lire annue (contro una media di 5.400), i primari 3.100 (contro una media di 3.200), mentre gli assistenti solo 2.100 lire, ben al di sotto della media nazionale di 2.700.[297] Per quanto riguarda l'alloggio, al personale sanitario è garantita un'indennità o la sistemazione all'interno dell'istituto, ma con l'onere, per i medici, dei costi di illuminazione e di riscaldamento. Nonostante tutto, il manicomio di Lucca risulta essere il meno competitivo sotto il profilo retributivo tra i quattro istituti manicomiali della Toscana. Appare un quadro così composto: una direzione adeguatamente retribuita, una leggera penalizzazione per i primari e una marcata sotto-retribuzione per gli assistenti. Le richieste dei medici di Fregionaia si concentrano su un aumento di circa 800 lire annue per i soli medici di corsia, con l'inclusione dei costi di illuminazione e riscaldamento nell'indennità d'alloggio, l'istituzione di un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e un piano pensionistico equiparabile a quello del pubblico impiego. A queste rivendicazioni, nell'aprile del 1915, si aggiungono anche le istanze del personale tecnico-amministrativo, del farmacista e del cappellano. Per valutare l'insieme delle richieste, la deputazione provinciale deve istituire una commissione *ad hoc*. Si giunge, alla fine. ad un parziale accoglimento delle richieste: viene concesso un aumento di 500 lire agli assistenti medici, 300 lire ai medici primari, 200 lire al vicedirettore (che passa da 4.500 a 4.700 lire annue) e 500 lire al farmacista. Dalla trattativa – come sottolineano i consiglieri e i medici stessi – rimane fuori il medico-direttore Cristiani (segno, di nuovo, della forte capacità d'iniziativa e d'autonomia del corpo medico). Tuttavia, come ricorda il consigliere Brunati, gli stipendi risulteranno ancora inferiori di alcune centinaia di lire ai minimi fissati dall'Associazione nazionale dei medici manicomiali nel 1908.

Con lo scoppio del primo conflitto mondiale, la conflittualità sindacale dei medici all'interno del manicomio si acuisce ulteriormente. Nella seduta del 14 agosto 1916, la deputazione provinciale discute la proposta avanzata direttamente su istanza del corpo medico. La drastica riduzione del personale di corsia, causata dai richiami alle armi, ha infatti aggravato in modo evidente le condizioni di lavoro di chi è rimasto in servizio. I medici chiedono, dunque, un adeguamento retributivo che compensi l'aumento del carico di lavoro, determinato dal raddoppio dei turni di guardia e dall'allungamento degli orari di servizio. In particolare, propongono che una quota - pari alla metà - delle retribuzioni non più corrisposte ai colleghi mobilitati venga redistribuita tra i medici ancora

[297] F. Ugolotti, Sul trattamento economico dei Medici nei Manicomi pubblici italiani, Art. grafici Federici, Pesaro, 1911, p. 13.

attivi. Dopo alcuni mesi di trattative, la provincia accoglie le istanze del personale sanitario, approvando un aumento degli stipendi per medici e infermieri in servizio.[298] Tuttavia, la seduta del 30 ottobre si apre con una comunicazione urgente: l'indebitamento provinciale - aggravato da un nuovo prestito di 206.000 lire sottoscritto con la Cassa Depositi e Prestiti per far fronte all'aumento delle spese - attira l'attenzione del ministero del tesoro, che intima alla provincia di ridurre le spese fisse. Con decreto reale del 16 marzo 1916, vengono quindi eliminati dal bilancio preventivo gli aumenti salariali concordati con il personale sanitario, in quanto:

> ritenne il Ministero che la maggiore spesa d'organico fosse incompatibile con la situazione finanziaria di una Provincia che ricorreva largamente al credito, versava in condizioni economiche criticissime ed applicava una imposta elevatissima[299]

La decisione viene duramente contestata dal consiglio provinciale, il quale, consapevole del grave stato salariale dei sanitari del manicomio, per via del peso crescente dell'inflazione, presenta in adunanza un'analisi dettagliata del debito della provincia. In particolare, dimostra come i costi derivanti dal «tenue miglioramento agli stipendi dei medici e del farmacista del Manicomio, che da tempo reclamano una più equa retribuzione, mancando od essendo limitata a detti funzionari la possibilità di carriera», siano stati ampiamente compensati dai risparmi ottenuti attraverso il licenziamento di alcuni dipendenti per soppressione del ruolo o esternalizzazione del servizio: il disegnatore dell'Ufficio tecnico, l'applicato della segreteria, l'infermiere capo dell'officina sparto e il capo materassaio. In una logica di bilancio a somma zero, l'amministrazione sceglie dunque di ridurre i costi fissi relativi agli uffici e al personale tecnico pur di mantenere soddisfatti i medici, ormai sul piede di guerra. Del resto, per i medici la situazione economica è davvero di forte difficoltà: mentre gli infermieri hanno la possibilità, perlomeno, di integrare in qualche misura il loro salario con lavori esterni - soprattutto agricoli - ai medici del manicomio è precluso l'accesso a una delle dimensioni fondamentali della "borghesia delle professioni", ovvero il libero esercizio della professione. Si legge nella delibera:

> La mancanza assoluta o quasi dei benefici derivanti dal libero esercizio della professione fuori del Manicomio, poiché, per un'idea inveterata che può chiamarsi pregiudizio, non sono mai invitati a curare malattie di natura diversa da quelle mentali, per le quali i colpiti vengono raccolti nei Manicomi.[300]

Insomma, la pregiudiziale che il manicomio si porti dietro un alone oscuro, di cui diffidare e da cui è meglio stare lontani, per evitare lo stigma della follia, lega sia i ricoverati che i medici ad una vita di "marginalità".

Si arriva così all'ultima grande conquista sindacale, alle soglie del 1920, in un contesto amministrativo in cui i medici di Fregionaia ottengono ampie concessioni e un crescente ruolo

298 *Atti del consiglio provinciale di Lucca 1916-1917*, Tip. Giusti, Lucca, 1916, pp. 25-30.
299 *Ivi*, p. 59.
300 *Ivi*, p.66.

gestionale. Ma nel 1922, con la marcia su Roma e l'ascesa al governo di Mussolini, questo equilibrio si interromperà bruscamente.

3. Bordato, fustagno, camice e camicia nera. La fascistizzazione del manicomio di Fregionaia tra infermieri, disciplina politica e reti di potere nell'Oltreserchio lucchese

Il rapporto tra psichiatria e fascismo appare come uno dei temi centrali nella riflessione storiografica sul ruolo delle scienze medico-sociali nella costruzione dello stato totalitario. Più che come un semplice allineamento politico, questo legame va interpretato alla luce di una continuità di lungo periodo con l'età liberale, all'interno della quale la psichiatria italiana matura la sua vocazione pubblica, istituzionale e normativa. La legislazione manicomiale del Regno – la legge n. 36 del 1904 – non solo sopravvive all'avvento del nuovo regime fascista, ma viene rafforzata nei suoi dispositivi di controllo sociale con la riforma del Codice Rocco (1930) che introduce, ad esempio, l'obbligo di iscrizione del ricoverato nel casellario giudiziario.[301] Più che subire passivamente l'influenza del fascismo, la psichiatria – e con essa le norme che ne regolano il suo principale luogo di applicazione, il manicomio – si presenta già strutturata per fornire strumenti di intervento pienamente compatibili, e in certi casi persino anticipatori, delle pratiche e dei discorsi biopolitici che il regime consoliderà negli anni '30. L'irrigidimento sociale, l'isolazionismo culturale e le più brutali applicazioni delle

[301] La riforma firmata dal Guardasigilli Rocco non smonta l'impianto della legge del 1904. Affermano Marchetti e Fatigante (M. Marchetti-G. Fatigante, *L'impunità dal progetto Ferri al codice Rocco*, in "Passioni della mente e della storia", pp. 533-539) che il codice penale fascista procede secondo un doppio binario: prevenzione sociale e responsabilità individuale. Ammettendo (art. 88-90) il principio della non procedibilità penale per vizio di forma nei confronti di chi non è capace di intendere e di volere – smentendo il tentativo di un altro esponente del fascismo legato agli ambienti della psichiatria, ovvero Ferri, che deputato già ai tempi del codice Zanardelli, esprimendo il punto di vista degli antropologi criminali lombrosiani, affermava che la procedibilità penale non era condizione dettata dalla volontà, ma dalla necessità di difendere la società «Quando avviene un'azione contraria all'ordine sociale, che porta un danno od un pericolo, la società non deve avere la pretesa, che ora accampa, di penetrare negli intimi recessi della coscienza individuale, e pesarvi l'imputabilità o non imputabilità morale del delinquente. E questo un compito superiore alla sapienza umana e reso impossibile dalle odierne cognizioni scientifiche [..] Vale a dire che il diritto nella società a difendersi dagli individui, che la danneggiano o la minacciano, è indipendente dalla loro responsabilità morale» (E. Ferri, *Il diritto di punire come funzione sociale*, Torino, Loescher, 1882, p. 13. sul tema della difesa della società dai folli è fondamentale l'approfondimento di Radzinovicz sulla scuola positivista in L. Radzinovicz, I*deologia e criminalità, uno studio del delitto nel suo contesto storico e sociale*, a cura di Ferracuti, Milano, Giuffre, 1968). Nel 1920 Ferri ci aveva riprovato: nel 1919, si farà promotore di un tentativo di riforma del Codice penale volto a superare la *ratio* ristretta ed aprassica del Codice zanardelliano: primo tra tutti il superamento del principio di imputabilità del reo. Il progetto di Ferri non si trasformerà mai in legge, ma molti delle suggestioni di cui Ferri si fa latore a nome di buona parte della categoria medico-psichiatrica troverà adagio, nel 1930, nel nuovo Codice penale fascista voluto dal ministro Rocco. L'apice del successo delle teorie lombrosiano-positiviste, di cui Ferri è un fervente sostenitore, si raggiunge con il Codice Rocco. Questo codice amplia la categoria delle figure pericolose, introducendo una nuova tipologia di criminale: il "delinquente per tendenza," caratterizzato da un'inclinazione naturale al delitto (Sul tema cfr. almeno A. Valeriano, *Malacarne. Donne manicomio nell'Italia Fascista*, Donzelli, Roma, 2017, pp. 49-53). Non proprio tutto, dunque era stato smentito di Ferri. Tuttavia, il peso del codice Rocco per la psichiatria risiede nel secondo binario, ovvero: la prevenzione sociale, ovvero la repressione nei confronti degli elementi reputati non compatibili con la vita pubblica. Una repressione che perseguita chi riesce uscire dalla struttura, infatti il codice di procedura penale Rocco, all'art. 604, prevede che il ricovero venga accompagnato dall'iscrizione al casellario giudiziario. L'iscrizione al casellario costituisce una stigmatizzazione che rendeva difficile, anche in caso di licenziamento, il reinserimento nella società per l'ex internato.

teorie somatiche trovano così nuovo slancio, in un contesto dove le frizioni tra medici e autorità fasciste sono minime. La Prima guerra mondiale segna uno spartiacque nel rapporto tra psichiatria e statualità. È infatti durante il conflitto che gli psichiatri realizzano l'obiettivo fissato da Andrea Verga già nel 1873, all'atto di fondazione della Società Freniatrica Italiana, ovvero quello di diventare prolungamento tecnico del legislatore, ottenere riconoscimento e funzione normativa, e concorrere al miglioramento demografico, sanitario e morale del paese.[302] I padiglioni militari assorbono e nascondono l'altro volto della gloria bellica: l'esercito dei traumatizzati, dei disgregati, di chi è stato infranto da ciò che la propaganda tace – il fango, il sangue, il marcio, la morte vera, non la sua "immagine disinfettata" da cartolina propagandistica[303] - che nel paese è composto da circa 40mila soldati.[304] La psichiatria assume un ruolo decisivo nel mantenere la tenuta morale del paese e in quell'urgenza nazionale si salda definitivamente il patto tra la freniatria e lo stato. Per una scienza reputata ancillare, «perennemente alla ricerca di uno status scientifico»,[305] la guerra è una occasione d'oro di accreditamento pubblico: anche gli psichiatri, come i soldati, presidiano una frontiera, non contro il nemico esterno, ma contro quello interno - gli sbandati, gli scemi di guerra, coloro che rischiano di far sgretolare l'esercito. Ebbene il connubio sacralizzato dalla trincea, il fascismo lo assume e reinveste al proprio interesse. È, infatti, difficile parlare di un "allineamento" forzato della psichiatria al fascismo, ma è forse più corretto ribaltare l'analisi e parlare piuttosto di una:

---

302 Verga contribuisce attivamente al dibattito pubblico e parlamentare per la scrittura di una riforma nazionale del sistema di assistenza psichiatrico. Dunque, l'attivismo di Verga si traduce in un coinvolgimento diretto dello psichiatra nella dialettica politica cfr. A. Verga, *Intervento nella Discussione del Progetto di Legge al Senato, 13 febbraio,* in «Rivista sperimentale di freniatria» vol. XVIII, 1892, p. 215 e seguenti. Cfr. *Statuto Società Freniatrica*, art. 1.

303 Sul tema cfr. G. Mosse, *Le Guerre mondiali. Dalla tragedia al mito dei caduti*, Bari, Laterza, 2005, pp. 142-147.

304 Il tema storiografico del rapporto tra primo conflitto mondiale e nevrosi è vasto e si sviluppa su scala internazionale. A livello europeo, il primo a definire il contorno del tema è il contributo fondamentale di Eric J. Leed, che con *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima guerra mondiale* (trad. it. Il Mulino, 1985) applica gli strumenti dell'antropologia sociale, introducendo per la prima volta uno sguardo ravvicinato sulle esperienze biografiche dei combattenti, compresi i traumatizzati di guerra. In Italia, la ricezione di questi studi si concretizza nel volume di Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale* (Bollati Boringhieri, Torino 1991), che riporta al centro dell'attenzione i traumi di guerra. Da qui prende avvio una ricca produzione storiografica. Normativo è il contributo di A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra* (Marco Valerio, Torino, 2008). Sul fronte delle biografie di internati, importante è il contributo di M. G. Salonna, *Gli "scemi di guerra". I militari ricoverati al manicomio di Ancona durante la Grande guerra* (Ancona, 2015). Per quanto riguarda, invece, i case studies manicomiali, particolare rilievo ha lo studio di G. Gallon e M. Conte sul manicomio San Servolo di Venezia (*La mente e la trincea. La malattia mentale nella Grande Guerra. Il manicomio di San Servolo*, Rossato, Vicenza, 2020). Un filone di ricerca importante riguarda la repressione marziale e l'intreccio tra psichiatria, individuazione del simulatore, tribunali militari e disertori: su questo aspetto si vedano B. Bianchi*, La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918*) (Bulzoni, Roma 2001); F. Milazzo, *«Smascherare il soldato simulatore. Difesa sociale e istanze disciplinari in ambito militare prima della Grande Guerra*», «Diacronie. Studi di Storia Contemporanea», 2018, n. 33, 1; *Idem*. *«Pazzi di caserma». Politiche di difesa sociale, tipologie diagnostiche e soldati alienati nel manicomio di Racconigi (1909-1914)*, «Memoria e Ricerca», 2018, 2; I. Salvatori, Di follia, di guerra e di altre storie, 1915-1918 (Storicum, Lecce, 2022).

305 Cfr. M. Moraglio, *Dentro e fuori dal manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, In «Contemporanea», a. 9, n. 1, p. 20.

> immistione e persino di preparazione, formazione ed applicazione, ad opera della psichiatria, di un regime discorsivo ed istituzionale che solo successivamente troverà realizzazione ed "inveramento" nel fascismo[306]

E molti medici psichiatri accettano di buon grado il reclutamento politico. Figure importanti della psichiatria si prestano dal punto di vista istituzionale e culturale ad elaborare precetti e pratiche funzionali all'ideologia del regime: lo psichiatra Petrazzani, ad esempio, vicedirettore del manicomio San Lazzaro, viene nominato primo podestà fascista di Reggio Emilia.[307] Il primo maggio del 1924, a Imola, uno scrutinio segreto tra gli psichiatri dell'Associazione dei medici dei manicomi pubblici italiani sancisce a larga maggioranza l'adesione dell'associazione ai sindacati medici fascisti.[308] Ma la consacrazione simbolica del patto tra psichiatria e regime arriva con la sottoscrizione di Enrico Morselli, presidente della Società Italiana di Freniatria, al Manifesto degli intellettuali del fascismo. D'altronde, l'adesione di Morselli – del «camerata Morselli», come lo ricorderà il figlio Arturo al suo funerale -[309] al fascismo non stupisce. È lo stesso medico genovese, figura chiave per decenni del panorama psichiatrico nel paese, che già nel 1893 aveva chiarito quanto la psichiatria e la tecnica non fossero una scienza neutra, ma strumento al servizio della "diseguaglianza" biologica incolmabile tra gli esseri umani, e parlando degli ideali "universali" del socialismo affermava:

> L'alienista raccoglie ogni giorno le prove della grande ineguaglianza che esiste fra gli uomini, e nessuno è più di lui in grado di fornire argomenti positivi per la soluzione dell'altissimo problema sociale che oggidì travaglia il sociologo ed il pensatore: nessuno più di lui vede l'improbabilità che si avveri, in un avvenire pur lontanissimo, l'utopia oramai sfatata del "socialismo egualitario" […][310]

Quando Morselli attacca i principi del socialismo, non ne contesta né le forme di organizzazione economica – come le cooperative e i tentativi di riorganizzazione delle modalità di produzione della ricchezza – né la prospettiva di classe. Ciò che egli respinge sono piuttosto i presupposti universalistici dell'uguaglianza tra gli esseri umani, eredità storica della Rivoluzione francese. Al loro posto Morselli afferma un principio che, agli occhi degli psichiatri, appare evidente: l'esistenza di una classificazione degli individui, resa intellegibile dalla nosologia e tradotta in un pessimismo sociale circa le prospettive future della società. Già alcuni anni prima Enrico Ferri – penalista,

---

306 M. Bertani, *Editoriale*, In "Rivista sperimentale di Freniatria", vol. 133, n. 1, 2009.

307 Il manicomio di San Lazzaro conosce una storia precedente all'affermazione del regime fascista, segnata da una forte integrazione tra l'attivismo istituzionale dei socialisti emiliani e il contesto psichiatrico reggiano, un rapporto stretto che rimarrà fino al tardo 1922. Ricostruisce la storia della complessa compenetrazione tra amministrazioni socialiste e il manicomio di San Lazzaro – soprattutto nel periodo della guerra e dell'immediato primo dopoguerra – Paolella (cfr. F. Paolella, *Il San Lazzaro di Reggio Emilia e una guerra da amministrare*, in [a cura di] F. Peloso – C. Bombardieri «Il conflitto, i traumi. Psichiatria e Prima Guerra Mondiale», Reggio Emilia, 2019, cfr. 36-53).

308 Cfr. L. Benevelli*, La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'impero (1936-1941)*, Lecce, Argo, 2010, p. 20. Il dato è contenuto in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, 1° giugno, 1924, p. 527. Si legge che i votanti tra i soci dell'Associazione dei medici dei manicomi pubblici italiani sono in totale 172, 127 sono favorevoli, 37 contrari, 5 nulle e 3 astenuti.

309 Paolo Francesco Peloso, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*. Verona: Ombre Corte, 2008, p. 30.

310 E. Morselli, *Pazzia e ragione*, Milano, Aliprandi, 1893, p. 3-4.

accademico e figura eminente dell'antropologia lombrosiana – aveva formulato convinzioni analoghe a quelle di Morselli, sostenendo che la disuguaglianza tra gli esseri umani era un dato naturale e ineliminabile, conoscibile e amministrabile soltanto attraverso gli strumenti offerti dalla scienza medica e psichiatrica. Scrive Ferri:

> Scemerà l'opposizione, ma crescerà la distinzione fra le varie classi sociali, eterogenee, per legge naturale, nelle idee, negli interessi, nei bisogni, nelle attitudini, nella costituzione organica. Diminuirà, e, chi sa? forse scomparirà la miseria, materiale e morale, ma non la disuguaglianza organica e psichica ed economica.[311]

Anche nel caso di Ferri – già deputato della sinistra repubblicana e socialista - non sorprende la sua convinta adesione al fascismo. D'altronde, la scienza dell'antropometria "razionale" aveva già fissato canoni ritenuti oggettivi e rilevabili, presentati come prova del fatto che la differenza - e la conseguente gradazione del valore umano - era misurabile attraverso la fisiognomica.[312]

Nel 1927 la psichiatria viene ufficialmente integrata tra gli strumenti al servizio della costruzione dello stato fascista. Nel discorso tenuto da Mussolini alla Camera dei deputati il 26 maggio di quell'anno – passato alla storia come "discorso dell'Ascensione" – il capo del governo, pur senza menzionarla esplicitamente, richiama gli obiettivi della scienza medica, e la psichiatria in particolare, come strumenti fondamentale ai quali ancorare la rigenerazione biologica e morale della nazione. Il concetto di "salute" si dilata - assumendo una funzione normativa e repressiva - e diventa fondamento di un nuovo ordine sociale e *razziale*:

> […] in uno stato ben ordinato, la cura della salute del popolo deve essere al primo posto. Bisogna quindi vigilare seriamente sul destino della razza, bisogna curare la razza

Nel 1933 il presidente della Società Freniatrica Arturo Donaggio, in occasione del XX congresso nazionale di freniatria di Siena dell'ottobre del '33, apre i lavori del Congresso con un plauso al regime per l'alta considerazione tenuta per la scienza e la psichiatria, nella lotta serrata del regime per il rinnovamento della stirpe italica. Sempre Donaggio sarà tra i firmatari del Manifesto della razza.[313] Lo stato fascista diventa la traduzione giuridica di una concezione, maturata negli ambienti medico-scientifici, che vede la nazione come un'«unità organica e funzionale», secondo la formula del *Manifesto degli intellettuali fascisti*: ogni "cellula" della nazione, cioè ogni individuo, deve essere sana, purificata e resa funzionale al corpo collettivo. La Nazione – riprendendo elementi del linguaggio nazionalista ottocentesco – attinge ora più che mai a immagini e rappresentazioni figurative mutuate dalla disciplina medica. La "funzione", nodo centrale delle ricerche scientifiche dell'epoca, diventa il criterio distintivo per includere o escludere dall'appartenenza allo stato.

311 E.Ferri, *Socialismo e criminalità*, Torino, Bocca, 1883, p. 155.
312 Cfr. M. Rossi, *Capaci di intendere e volere: la detenzione in manicomio degli oppositori al fascismo*. Milano: Zero in condotta, 2014.
313 Peloso, *la guerra dentro*, op. cit., p. 41-42.

Costrutti e teorie provenienti dalla biologia e dall'antropologia fisica si rivelano particolarmente efficaci nel plasmare una fraseologia politica che fonda l'identità collettiva sul sangue e su elementi bio-culturali comuni, presentati come base del processo di identificazione tra individuo e comunità di parentela e discendenza. La Nazione viene così rappresentata come un «complesso cellulare unitario»[314], espressione coniata dallo psichiatra Nicola Pende – convinto sostenitore del regime e fondatore dell'endocrinologia – che assegna alla psichiatria il compito di fornire spiegazioni e strumenti scientifici per misurare i livelli di adesione dei singoli al corpo collettivo. La compenetrazione tra linguaggio politico e linguaggio medico raggiunge in questo quadro un'intensità inedita: da sinestesia figurativa suggestiva, il linguaggio medico-psichiatrico diventa vero e proprio apparato ideologico, funzionale al consolidamento dei meccanismi di potere dello stato organico fascista. In un piccolo contributo dal titolo *Biopsicologia del genio politico* uscito nel 1937 sulle pagine del «Giornale di clinica medica», lo psichiatra Furio Magri, medico internino di Maggiano, spiega come l'arrivo del "genio politico" di Mussolini sia una sorta di medicinale amaro ma necessario per la società italiana del 1921, una forza che doveva "tagliare via" «le istituzioni cancrenose» del parlamentarismo. Magri – elaborando una propria filosofia della storia nella quale è difficile non riconoscere le tracce di una generazione cresciuta nella lezione hegeliana dell'*Aufhebung* assorbita attraverso la critica gentiliana – interpreta il fascismo come uno strumento del darwinismo sociale:

> un ordinamento sociale e politico ha compiuto il suo ciclo storico, degenera, si corrompe, va in sfacelo, portando il disordine nei rapporti organici fisiologici della società. Questa allora precipita nella crisi. È una speciale forma di setticemia sociale in seguito alla necrosi e putrefazione di istituzioni che ormai non hanno più la loro funzione normale.[315]

Appunto, come in una sorta di "hegelismo medico", Magri spiega come le «svolte della storia» agiscano con la stessa logica di un medico e che, in questo caso, il bisturi sia stato nelle mani al Duce.

"Funziona" solo ciò che "aderisce" al corpo unitario della Nazione. L'adesione del cittadino al progetto nazionale non resta sul piano etico o morale, ma viene tradotta scientificamente in un sistema normativo che incorpora modelli biologici. In questo quadro, il linguaggio politico del regime integra concetti e analogie tratti dal «vocabolario biologico e morale»[316]. Le teorie della biologia e dell'antropologia fisica offrono un impianto concettuale utile a definire i confini della comunità nazionale: nozioni come sangue, ereditarietà e razza diventano categorie fondanti della cultura politica fascista, parametri attraverso cui strutturare l'idea di normalità. Quest'ultima assume la

---

314 F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006, pp. 188-204.

315 F. Magri, *Biopsicologia del genio politico*, estratto dal «Giornale di clinica medica», fasc. XIV, Parma, Tip. Già Cooperativa, 1937, p. 1.

316 A. Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017, p. 15.

funzione di metro per valutare il grado di appartenenza dell'individuo alla comunità nazionale, e si costituisce, in prima istanza, per opposizione rispetto a coloro che, per ragioni biologiche, morali o sociali, ne vengono esclusi:

> Le dinamiche dell'esclusione iniziarono a essere modellate su un percorso di antinomie – vizio/dovere, ozio/lavoro, ordine/disordine, carità/punizione – che terminava nell'internamento. Inoltre, la costruzione di «controtipi» - identificati nei pazzi, criminali, vagabondi – da contrapporre agli elementi stabili di una comunità ordinata, fu funzionale alle logiche del nuovo Stato unitario, che proprio pescando nel torbido della «classe déclassée», riusciva a definire meglio i confini delle proprie consapevolezze[317]

La psichiatria, tirando le fila del ragionamento, non "subisce" il fascismo ma lo incontra, portando con sé un bagaglio già consolidato di pratiche, esperienze di gestione, discorsi sulla disuguaglianza e strumenti medici e scientifici. Si presenta al regime come un laboratorio sperimentato di controllo della degenerazione sociale e morale, già addestrato nelle procedure di esclusione e repressione. Il fascismo, con la sua vocazione a penetrare nella vita privata dei cittadini, offre però alla psichiatria un terreno inedito: quello di immaginare e attuare «interventi ed azioni che prima della guerra non erano neppure immaginabili».[318].

Sebbene le biografie individuali mostrino una significativa convergenza con il regime – al punto che, come osserva Peloso, nessuno degli accademici che rifiutarono il giuramento al fascismo proveniva dall'ambito psichiatrico – la disciplina sembra, nel suo complesso, aver mantenuto una relativa impermeabilità rispetto a una vera e propria «contaminazione ideologica». Una impermeabilità, però, che va letta con cautela: se è vero che la psichiatria italiana prosegue lungo un tracciato che dal consolidamento dell'organicismo conduce, senza apparenti discontinuità, fino alle soglie della psichiatria di comunità, è altrettanto evidente che tale continuità non coincide con un'autonomia sostanziale della disciplina rispetto al contesto politico.[319] Il fascismo costituisce, nel ventennio, «il campo di forze»[320] che condiziona profondamente il funzionamento della macchina manicomiale e della ricerca psichiatrica, pur senza intervenire in modo diretto o sistematico sulla sua struttura scientifica. Anzi, il regime sostiene quei percorsi di ricerca tecnica e di pratica istituzionale che confermano l'orientamento conservatore già radicato all'interno della classe dirigente psichiatrica. Una tendenza che, come denunciava già nel 1914 Vedrani, assumeva i tratti di quel "minotauro spiritual-nazionalista"[321] - contro il quale il medico di Fregionaia rivendicava il principio

---

317 A. Valeriano, *Ammalò di testa*, Roma, Donzelli, 2011, p. 11

318 M. Moraglio, *Dentro e fuori dal manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, In «Contemporanea», a. 9, n. 1, p. 20.

319 Peloso, *La guerra dentro*, p. 40.

320 F. Giacanelli, *Note per una ricerca sulla psichiatria italiana tra le due guerre*, in «Passioni della mente e della storia»,op. cit. pp. 568-569.

321 A. Vedrani, *La scienza non vuol frontiere*, in «Critica Sociale», ANNO XXIV/numero 4 - 16 febbraio 1914, pp. 55-56.

opposto, ovvero che «la scienza [che] non vuol frontiere» – ossia il "mostro" mitologico – l'ossatura ideologica -generato dalla fusione tra nazionalismo e spiritualismo antipositivista. La convergenza tra psichiatria e regime si fonda su un insieme di valori guida condivisi, che rende possibile uno scambio equivalente. La psichiatria si presenta come una disciplina orientata al miglioramento biologico e alla bonifica sociale; il fascismo traduce questi principi in linguaggio politico e rituali celebrativi, rivendicando l'originalità e la supremazia della psichiatria italiana rispetto alle altre tradizioni nazionali. Da un lato, dunque, la psichiatria offre strumenti e concetti per intervenire sul piano biologico e sociale; dall'altro, il regime consacra l'unicità della psichiatria italiana e le garantisce un'agibilità politica illimitata, da esercitare su tutti gli elementi marginali della società, al prezzo - però - di un crescente isolamento scientifico entro i confini dell'Italia fascista. È su questa comune matrice valoriale che si stabilisce un terreno di intesa tra disciplina medica e progetto politico fascista. Già nella discussione sull'affermazione del kraepelinismo di inizio secolo, emerge come la psichiatria italiana sia caratterizzata da un isolazionismo culturale autoimposto – fortemente connotato da argomentazioni nazionaliste – che, tuttavia, viene parzialmente attenuato, seppur con riluttanza, dalle pressanti esigenze di mantenersi al passo con il dibattito europeo per affrontare, efficacemente, la questione nosologica. Questa tensione si cristallizza nel dibattito sul mito del «primato» nazionale, che attribuisce alla tradizione italiana – con Vincenzo Chiarugi come figura eponima – il ruolo di fondatrice scientifica della psichiatria europea. Nel tentativo eclettico di rivendicare un'origine interamente italiana della disciplina, in opposizione all'altro grande "inventore", il francese Pinel, si finisce però per sacrificare la complessità del suo sviluppo tecnico e teorico. Ciò porta ad un ritardo evidente dell'Italia sia sotto il profilo normativo che nella ricerca, sia nelle pratiche manicomiali che nella psichiatria clinica. Sotto il regime fascista, l'isolazionismo culturale si trasforma in una vera e propria norma istituzionale, raggiungendo punte parossistiche. Un esempio tangibile, a Lucca, è rappresentato dalla sospensione, nel 1935, dell'acquisto di riviste psichiatriche straniere nella biblioteca scientifica manicomiale, a testimonianza di una chiusura quasi totale verso il confronto scientifico internazionale.[322] Ripiegata in una sostanziale difesa del proprio impianto neurologico e somatico, la psichiatria si chiude a ogni contaminazione proveniente dalla psicologia, come testimoniato dalla riforma universitaria gentiliana del 1924, che sopprime l'insegnamento della psicologia nelle facoltà di medicina e accorpa lo studio della psichiatria e quello

[322] ASLu, OP, *AG*, fald. 142, busta 10, plico 1: il 31 ottobre '35 Cristiani sospende acquisto delle riviste estere, nella guerra contro le sanzioni; il 31 luglio del '36, in lettera alla provincia scrive "il sottoscritto – pur essendo naturalmente , animato dallo stesso senso di disciplina e d'amor patrio, che determinò tale giusta reazione all'odioso assedio economico e pur essendo tuttora disgustato dal troppo recente ricordo dell'iniqua ingiustizia perpetrata ai danni della nostra Patria – ora che la Nazione ha trionfato in modo inimitabile sulle interessate ostilità degli altri – si permette di sottoporre al sereno giudizio della S.V.ILLma la personale proposta di riprendere gli abbonamenti a dette Riviste, le cui collezioni, rappresentano un prezioso e utilissimo patrimonio pela la biblioteca dell'istituto"

della neuropatologia.[323] La disciplina resta fedele a un approccio solidista e locale, mantenendo in vita un positivismo residuo – ma non liquidato -[324] e un idealismo ormai stanco che rilancia, però, con la stagione di un "nuovo" somatismo.[325] In questo contesto, l'introduzione di "nuovi" indirizzi come l'endocrinologia e l'ortogenesi finisce per consolidare l'impianto organicistico ottocentesco senza produrre reali svolte paradigmatiche. Anche la crescente attenzione alla fisiopatologia rappresenta in sostanza uno sviluppo del costituzionalismo di fine Ottocento promosso da Achille De Giovanni, e riflette una visione ristretta dell'eziologia psicopatologica che riconduce la malattia mentale a cause lesive o a una predisposizione biologica. Non a caso, proprio negli anni del regime, si sviluppa il «neocostituzionalismo»[326] i cui esponenti di punta sono Nicola Pende e Giuseppe Vidoni – quest'ultimo, allievo di Morselli, che alcuni anni prima, dalle pagine di «Quaderni di psichiatria» aveva stroncato un articolo di Vedrani sul tema dell'isterismo - portano ad un livello di integrazione ancor più sistemica la dimensione corporale e quella psichiatrica, aggiungendo, ad esempio, alla morfologia clinica gli studi clinici sugli ormoni.[327] Il "sostrato psichico" umano si trova, così, "rifranto" in quattro dimensioni scomponibili, studiabili settorialmente, la cui somma dà come risultato la totalità complessa della "fabbrica" psichica individuale: umore, ereditarietà, fattori ambientali e composizione neuropsichica.[328] È a questo anelito "totalitario" volto alla gestione dell'intero universo biologico e psichiatrico umano – frutto di un processo di lungo periodo della psichiatria – che la psichiatria stessa si aggancia per trovare integrazione ed eco nel più vasto progetto di costruzione della società totalitaria fascista.[329] Dal punto di vista della clinica terapeutica, la psichiatria fascista non si distingue per innovazioni sostanziali. Essa prosegue infatti nel solco delle cure somatiche già consolidate, presentando come "nuove" pratiche quali le terapie piretiche, quali la malarioterapia, l'insulinoterapia e l'elettroshock. Sebbene il fascismo, dunque, non abbia inciso in modo strutturale sulla teoria e sull'indirizzo clinico della psichiatria, è indubbio che sotto il regime la rete manicomiale abbia conosciuto una significativa espansione e che sul dispositivo manicomiale il regime abbia investito. In tutto il paese vengono inaugurati numerosi ospedali psichiatrici - tra cui quelli di Varese, Quarto dei Mille, Napoli, Grugliasco, Palermo, Reggio Calabria, Agrigento, Siracusa e Trapani - un'espansione che si accompagna a un aumento esorbitante degli internamenti psichiatrici, come abbiamo visto anche nel caso lucchese. Nel 1932, il 32,6% dei letti disponibili nelle strutture

323 V. P. Babini*, Liberi tutti*, op. cit., p. 59-63.

324 Sul tema cfr. P. Guarnieri, *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Milano 1986, pp.7-14; R.Canosa, *Storia del manicomio dall'Unità ad oggi*, Milano 1979, pp.70-77.

325 V. P. Babini, *Liberi tutti*, p. 67; A.Gibelli*, L'esperienza di guerra. Fonti medico-psichiatriche e antropologiche*, in D.Leoni, C.Zadra, «La Grande guerra: esperienza, memoria, immagini», 1986, p.69; A. Scartabellati*, Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, Udine, Goliardiche, 2003, pp. 23-28.

326 V. P. Babini, *Liberi tutti*, op. cit., p. 64-65.

327 F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006, p. 190.

328 *Ivi*, p.191.

329 *Ivi*, p. 192-201.

ospedaliere italiane è destinato alle degenze psichiatriche, a testimonianza della crescente rilevanza e diffusione dell'istituzionalizzazione psichiatrica nel contesto fascista.[330]

Anche nel panorama delle organizzazioni psichiatriche si registrano pochi cambiamenti significativi. La società freniatrica rimane sostanzialmente intatta, ma al dibattito si aggiungono alcune nuove realtà: viene fondata la Società Psicoanalitica Italiana e l'Istituto di Statistica delle malattie mentali, con sede presso il manicomio d'Ancona, gestito da Gustavo Modena.[331] Il 19 ottobre 1924 a Bologna viene fondata la LIPIM, la Lega Italiana per la Profilassi e l'Igiene Mentale. L'organizzazione nasce nel nuovo clima politico-sanitario promosso dal governo fascista. Già nel marzo 1923, a pochi mesi dall'insediamento, il regime approva il primo Regolamento per la profilassi delle malattie veneree e sifilitiche. [332] In piena continuità ed armonia con le nuove linee politiche, la LIPIM viene alla luce con la benedizione di Giulio Cesare Ferrari – psichiatra, promotore della scuola psicologica italiana, accusato di essere un convinto sostenitore della «manganelloterapia»[333] - e di Levi Bianchini, fervente sostenitore del fascismo. Tra i presidenti onorari figurano alcune delle figure più autorevoli della psichiatria nazionale, quali Enrico Morselli, Eugenio Tanzi e Leonardo Bianchi. Lo statuto della LIPIM stabilisce come obiettivi principali

> stimolare nell'opinione pubblica, negli studiosi e nelle classi dirigenti l'interesse per tutte le problematiche relative: a) al miglioramento dell'assistenza psichiatrica per adulti e bambini; b) alla profilassi delle malattie nervose e mentali; c) all'igiene mentale intesa nei suoi significati più ampi, comprendenti gli ambiti biologico, psicologico, medico, educativo, lavorativo e sociale

Particolare rilievo viene attribuito al ruolo di prevenzione e profilassi, affidato agli psichiatri non solo nell'ambito dei manicomi, ma anche nelle scuole, nelle fabbriche e nell'esercito. La LIPIM rappresenta così una perfetta sintesi della convergenza tra i valori dell'assistenza psichiatrica e gli obiettivi del regime fascista. [334] Organizzata in sezioni regionali, l'associazione vede attivi diversi nuclei territoriali. Maggiano, in questo, ci permettere di osservare da vicino le dinamiche di costruzione del nuovo associazionismo psichiatrico fascista. Nel 1925, il presidente della provincia Giovanni Sergiusti informa il direttore di Maggiano che a Firenze si terrà un'importante adunanza per istituire la sezione toscana della Lega:

> Per incarico ed in rappresentanza della S. V. ILLma presi parte alla adunanza preparatoria che ebbe luogo recentemente a Firenze per la costituzione della Sezione Toscana. della Lega e la Igiene e profilassi mentale,

330 F. Peloso, *La guerra dentro*, p. 34.
331 Cfr. M. Moraglio, Dentro e fuori dal manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre, In «Contemporanea», a. 9, n. 1, pp. 21-22.
332 M. Petracci, I matti del Duce, p. 46.
333 cfr. F. Giacanelli, *G. C. Ferrari nella storia della psichiatria in Italia*, Bologna, 1984. Sulla figura di Ferrari cfr. Mario Quaranta, *Giulio Cesare Ferrari. Scritti di psicologia, Pitagora*, Bologna 1985 e Id., *I mondi di Giulio Cesare Ferrari. Psicologia, psichiatria, filosofia*, Edizioni Sapere, Padova 2006; Susanna Lazzari, *Giulio Cesare Ferrari psicologo e psichiatra tra Otto e Novecento*, Edizioni Sapere, Padova 1998.
334 F. Cassata – M. Moraglio, *Manicomio, società e politica*, Pisa, BFS, 2005.

> fondata nell'Ottobre […] In detta adunanza furono […] fissati nello Statuto […] 2. Esercitare un'opera di propaganda nelle scuole, negli Opifici, nelle caserme, assicurandosi anche la cooperazione specie degli Insegnanti per dar risalto alle cause principali che predispongono alle malattie mentali o le provocano 3 Promuovere l'Istituzione di dispensari per la diagnosi precoce delle malattie mentali.[...] In ordine al modo più adatto per la propaganda era già in parte dal Personale di questo Istituto con conferenze letture pubbliche è stato dato un notevole contributo, potrà insieme alla S. V. Ill.ma, che oltre tutto è Medico colto ed illuminato [Sergiusti], essere studiato un programma semplice, molto semplice e che riesce pratico evitando tutte quelle cose che hanno più del dermografico che non del fattivo e dell'utile. In ordine ai Dispensari sulla cui pratica efficacia io non mi faccio molte 1llusioni, mi sembra tuttavia che nella nostra provincia ci già questa istituzione, sufficiente, il Dispensario Carlo Gianni e inoltre Il Dispensario Croce Verde dove anche per specialità Psichiatrica vi è qualche medico competente. Di più anche nello stesso nostro Ospedale Psichiatrico sono avviate corrente di ammalati che all'inizio della loro malattia vengano a chiedere consiglio, o dimessi che tornano […] i Reparti aperti non vi ha che una sola soluzione veramente razionale, quella cioè che la legge dei manicomi, la quale oggi fa degli Ospedali psichiatrici tanti Istituti carcerari, venga modificata e l'accoglimento degli ammalati si faccia, con criteri fondamentalmente diversi.[335]

I punti programmatici che discute la LIPIM fanno parte, insomma, degli obiettivi che già da tempo sia dalla direzione medica del manicomio sia dalla stessa amministrazione provinciale lucchese, anche prima dell'arrivo del fascismo, perseguono. Infatti, tra le iniziative più rilevanti del periodo 1910-1930 a Lucca si registra proprio la costituzione della rete territoriale di filtraggio, articolata in dispensari, sanatori, cronicari, case di cura e servizi di assistenza antitubercolare. Si tratta di un vero e proprio "indotto" di consorzi assistenziali, il cui duplice obiettivo è, da un lato, alleggerire le corsie manicomiali dai casi ritenuti impropri – pur rappresentativi della marginalità sociale – ma collaterali rispetto alla figura del "pazzo acuto": dementi cronici, alcolisti, tubercolosi, sifilitici;[336] dall'altro, esercitare un controllo più capillare e diffuso su situazioni percepite come potenzialmente pericolose per l'ordine pubblico, che il solo manicomio non è in grado di sorvegliare in modo adeguato. Nel 1934, gli sforzi del regime si concretizzano, nella sola provincia di Lucca, nella fondazione di tre istituzioni direttamente integrate con il manicomio: il Dispensario centrale di igiene sociale "Regina Elena"; l'Asilo diurno con solarium per "bambini gracili"; e l'Istituto Preventoriale "Principessa Maria di Savoia" a Carignano, più una serie di piccoli distaccamenti antitubercolari. L'obiettivo è «la difesa ed il miglioramento della nostra stirpe millenaria».[337] In questo quadro, dunque, la psichiatria orienta i propri sforzi verso due direttrici operative. Da un lato, si concentra sull'igiene mentale preventiva, promuovendo l'allontanamento dagli istituti manicomiali di una serie di soggetti cronici - gli "incurabili" - da indirizzare ad altre strutture assistenziali. Questa logica di razionalizzazione, che precede il fascismo e si consolida durante il suo affermarsi, è pienamente condivisa dalla

335 ASLu, OP, *AG*, fald. 133, busta 5, plico 1, lettera n. 630.
336 F. Cassata – M. Moraglio, *Manicomio, società e politica*, Pisa, BFS, 2005.
337 Consorzio provinciale antitubercolare di Lucca, *Le realizzazioni del consorzio nell'anno XII*, Tipo-Lito Lippi, Lucca, 1934, pp. 3-6.

direzione Cristiani, impegnata nell'ampliamento della struttura manicomiale in funzione della futura istituzione di un cronicario.[338] Si tratta di un orientamento che si pone in continuità con le istanze dell'età liberale, come confermato anche dalle parole del vicedirettore Ferrarini. Infatti, nella definizione delle linee amministrative del manicomio, Ferrarini non ha dubbi: Fregionaia deve essere una macchina organizzata secondo il grado di malattia dei ricoverati, il cui fine primario è:

> favorire nel più breve tempo possibile il massimo numero di guarigioni dei malati acuti, evento benefico che insieme all'utilizzazione a scopo industriale dei cronici sarà per divenire inoltre fonte di incalcolabili e reali economie[339]

Dall'altro lato, la psichiatria – e gli indirizzi biotipologici dominanti - assume una funzione attiva nella rimozione dalla società di ogni "cellula" «degenerata, amorale, instabile, […] antisociale e turbolenta, […] impulsiva»[340] dato che ogni «cellula produttiva» deve essere «ingranata armonicamente e consensualmente nel complesso cellulare unitario dello stato mussoliniano».[341] A

---

338 L'acquisto di Villa Fondora – villa "Belvedere" - rientra nel più vasto progetto promosso dall'amministrazione Barsanti di ampliamento del terreno fabbricativo del manicomio di Maggiano, resosi necessario per rispondere a esigenze terapeutico-mediche non più procrastinabili. Come prima misura, viene acquistata la Villa Bianchi, immediatamente convertita a colonia agricola, nella quale vengono trasferiti molti dei malati cronici presenti in manicomio agli inizi degli anni Venti. La necessità dell'acquisto di Villa Fondora viene discussa fin dal periodo bellico: già nei verbali del Consiglio sanitario dell'8 giugno 1917 e del 5 novembre 1918, il corpo medico dell'ospedale psichiatrico si esprime a favore di tale acquisizione. Il 16 settembre 1920 (prot. n. 3166), il direttore richiede la provvisoria occupazione della villa per lo sgombero della divisione maschile, gravemente sovraffollata, e della colonia agricola, nel frattempo distrutta da un terremoto. La stessa richiesta viene rinnovata il 16 settembre 1921 (prot. n. 2275), stavolta per alleggerire la divisione femminile, anch'essa in condizioni di grave affollamento. Il 19 ottobre 1921, la Commissione di vigilanza del manicomio conferma ufficialmente, nei suoi verbali, le ristrettezze degli ambienti e la necessità di allargare la struttura ospedaliera inglobando anche gli spazi di Villa Fondora. Tuttavia, nonostante l'acquisto della villa avvenga per scopi sanitari, la Deputazione provinciale decide in seguito di sottrarre la proprietà all'uso manicomiale, destinandola ad altro "erigendo istituto", e ciò senza previo avviso al corpo medico. Tale decisione scatena l'irritazione del direttore Cristiani che, tramite la relazione tecnica redatta da Ferrarini (*Relazione tecnico-sanitaria sull'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Lucca*, op. cit. 1921, p. 22), censura il comportamento della Deputazione. Nella relazione si contesta la violazione della normativa vigente, che prevedeva la presenza del direttore medico alle sedute della Deputazione relative alla gestione manicomiale, con diritto a un voto non consultivo ma non vincolante (art. 4 della legge 1904). Ferrarini, esprimendosi a nome dell'intero corpo medico, riafferma con forza l'importanza strategica della villa e ne propone l'utilizzo come asilo per cronici innocui ed inabili al lavoro, residenti nella provincia di Lucca. Tale proposta viene formulata come terzo punto di una serie di richieste avanzate alla Deputazione provinciale, con l'intento di perseguire lo scopo fondamentale di ogni istituzione psichiatrica: «rendere alla società come guariti il maggior numero d'infermi nel più breve tempo possibile» (Ferrarini, *Relazione*, p. 31-32): «3° Un asilo per cronici, destinato agli alienati cronici innocui ed inabili al lavoro della provincia di Lucca, per il quale servirebbe benissimo, con opportune e modeste costruzioni, la villa e la proprietà Fondora». La procedura di acquisizione, tuttavia, risulta da subito complessa. Il 7 febbraio 1922 (ASLu, OP, *AG*, fasc. 129, busta 5, plico 2, n. 643/1916), il segretario generale della Deputazione provinciale comunica a Cesare Fondora l'avvio dello sfratto legale dalla villa. L'azione viene in seguito sospesa, concedendo al Fondora un termine ultimo di due mesi per lasciare la proprietà. Il 14 agosto 1925 (ASLu, OP, *AG*, fald. 132, busta 7, plico 3, n. 643/1916), un colono ostacola la vendita sostenendo che i campi circostanti sono di scarsa qualità e producono "poco o niente". Tuttavia, si sottolinea che essa era già stata acquistata dalla Provincia dal signor Fondora, il quale aveva a suo tempo affermato che «chiunque coltivasse quei beni sarebbe morto di fame». Infine, il progetto si conclude in un nulla di fatto. Nel *Conto consuntivo per l'esercizio del 1926* (Provincia di Lucca, *Relazione*, Lucca, tip. Giusti, 1927, p. 11), si legge: «Di fronte a tali aumenti sta una diminuzione di L. 48.181,30 rappresentata dalla retrocessione della Villa Fondora di pertinenza del Manicomio».

339 C. Ferrarini, *Relazione*, op. cit., p. 21.

340 La descrizione è contenuta nella cartella clinica (ASLu, OP, *CC*, fald. 335, n. 213) di M. Olga, la donna - "criminale" già citata nella presente introduzione e ricoverata a Maggiano come detenuta imputata per perizia psichiatrica, autrice di numerose truffe e furti. Con lettera del 31 ottobre del '24 del giudice istruttore di Lucca Olga è prosciolta per infermità mentale. Il 2 dicembre del '24 viene tradotta dai carabinieri al manicomio di Brescia.

341 F. Peloso*, La guerra dentro. Op. cit.*, p. 121

questo punto la psichiatria si afferma – più che mai – come dispositivo di controllo e contenimento complementare all'azione delle forze dell'ordine, integrandosi nei meccanismi di repressione politica e disciplinamento sociale. Lo stesso Cristiani segnala al presidente della deputazione provinciale come tale complementarità abbia prodotto irregolarità nell'invio dei malati di mente al manicomio, evidenziando – proprio all'alba dell'affermarsi del regime - un uso strumentale del ricovero d'urgenza da parte di sindaci e delegati di pubblica sicurezza. Le autorità di PS ricorrono infatti con crescente frequenza, dal 1921, alla procedura d'urgenza per abbreviare gli iter di internamento e rimuovere rapidamente soggetti considerati indesiderati dal consorzio sociale. Nel 1922, su 209 ingressi, solo 79 risultano disposti da pretori - dunque attraverso l'iter regolare previsto dalla legge - mentre i restanti 130 sono ordinati da sindaci (a breve sostituiti dai podestà) o da funzionari della pubblica sicurezza. Tra questi ricoveri d'urgenza (quindi dettati da stringenti necessità di contenimento), in quattro casi non viene riscontrata alcuna forma di alienazione mentale, mentre altri ventitré pazienti, tutti ultrasettantenni, muoiono entro tre mesi dal ricovero. Infatti, l'aumento degli invii in manicomio da parte di FFOO e PS può essere spiegato da due fattori. Da un lato, dalla necessità di dare uno sfogo immediato alle tensioni del dopoguerra e all'inasprirsi del conflitto sociale; dall'altro, dall'intromissione crescente delle autorità pubbliche che risponde ad esigenze molto concrete provenienti dai territori: molte famiglie, travolte dalla crisi economica profonda post-bellica – destinata a protrarsi a lungo – cercano un'integrazione di sostegno che il sistema, scarsamente articolato, non è in grado di offrire se non attraverso il ricorso al manicomio. In una lettera indirizzata a Sergiusti nel 1926, Cristiani elenca esplicitamente le storture del sistema, denunciando l'uso arbitrario dell'art. 42 del Regolamento sulla legge dei manicomi da parte delle autorità di pubblica sicurezza. Queste ultime - scrive - inviano d'urgenza al manicomio «perfino vecchi decrepiti morti dopo due o tre giorni dal loro arrivo, bambini sotto i dieci anni ed anche individui non riconosciuti alienati; perciò, subito da me dimessi dal manicomio».[342] Queste comunicazioni contraddicono apertamente il principio, più volte ribadito a livello istituzionale, secondo cui il manicomio si apre soltanto ai casi "acuti, pericolosi o di pubblico scandalo". In realtà il problema non sarà mai risolto: ancora nel 1935 la struttura risulta completamente satura. Il 22 ottobre di quell'anno, il direttore medico dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Trieste, Andrea di Sergio Galati, scrive a Cristiani per chiedere se, «per ragioni di difesa nazionale», in caso di sgombero, il manicomio di Fregionaia possa accogliere alcuni dei suoi pazienti. Cristiani, con nota del 25 ottobre, risponde seccamente che «non ha posti disponibili per accogliere alienati di mente in caso di evacuazione».[343] Tuttavia è lo stesso regime a disattendere gli stessi propositi degli psichiatri fascisti. Pur proclamando "razionalizzazioni" e sostenendo le leghe e le società psichiatriche - che promuovono l'igiene mentale

342 ASLu, OP, *AG*, fald. 134, busta 3, plico 2.
343 ASLu, OP, *AG*, fald. 142, busta 1, plico 2.

– il regime irrigidisce la normativa sulle dimissioni. Nel 1938 il numero delle dimissioni dall'ospedale psichiatrico risulta sensibilmente inferiore rispetto agli anni precedenti, e lo stesso direttore ne offre una spiegazione precisa nei suoi rapporti amministrativi. A ostacolare le dimissioni contribuisce in maniera determinante l'inasprimento dei criteri giuridici introdotti dalla circolare n. 131-8238 del Ministero di Grazia e Giustizia, datata 22 ottobre 1936. Il documento, inviato ai presidenti dei tribunali e ai procuratori del re, accentua la già marcata rigidità con cui la magistratura valuta le proposte di dimissione formulate dai medici direttori, imponendo su di essi una responsabilità personale ancora più stringente. I dati forniti dal medico sono eloquenti: su 172 proposte favorevoli di dimissione presentate dalla direzione nel corso del 1938, ben 79 vengono rigettate dal tribunale, mentre solo 93 sono accolte. A queste si aggiungono 62 dimissioni ulteriori, tra cui 34 effettuate in prova secondo l'art. 66, con piena assunzione di responsabilità da parte del direttore, e 4 dimissioni per guarigione ai sensi dell'art. 64. Vanno infine considerati 16 trasferimenti presso altri istituti e 8 casi in cui non viene riconosciuta l'alienazione mentale.[344] Nonostante l'impegno dei medici e delle autorità locali nel costruire una rete di filtraggio, prende forma quello strano enigma – già posto da Moraglio –[345] che vede, pur in presenza di un'evoluzione dell'approccio psichiatrico e di tentativi di selezionare preventivamente gli elementi "psicotici" o "psicodegenerati", crescere costantemente il numero degli internati. Maggiano rimane, come afferma Eugenio Tanzi a proposito della situazione manicomiale in generale, «un grandioso smaltitoio», e nemmeno il potenziamento dei dispositivi di filtraggio riesce a incrinare la prassi consolidata di inviare in manicomio i soggetti ritenuti degenerati o un peso per l'economia domestica. L'abitudine a ricorrere all'istituto psichiatrico restava infatti l'orizzonte più immediato e comprensibile sia per le forze dell'autorità pubblica sia per molti strati sociali subalterni. Il manicomio continua così a funzionare simultaneamente da dispensario, appendice carceraria, asilo, luogo preventoriale, spazio di profilassi malarica e sifilitica e solo in parte da istituto psichiatrico per i casi acuti. I manicomi restano in sostanza immutati: non poli attorno ai quali si articolano sistemi integrati di assistenza e filtraggio, ma grandi istituzioni di massa, la cui stessa massa finisce per inglobare i piccoli satelliti creati per sfoltire il manicomio, destinati però, prima o poi, a essere riassorbiti e risucchiati dall'apparato manicomiale.

È in questo contesto la psichiatria si trova a fronteggiare due forme di cooptazione istituzionale perseguite dal fascismo. La prima è quella "dall'alto": un fascismo che ingloba le classi dirigenti, che offre sponde culturali agli ambienti medici, giuridici e accademici e che si propone come soluzione autoritaria ai problemi del paese. È un fascismo che reprime, ma al tempo stesso sa convincere ampie fasce della popolazione; un fascismo dei colletti bianchi, attento a garantirsi

344 ASLu, OP, *AG*, fald. 146, fasc. 3, plico 1.

345 M. Moraglio, *Dentro e fuori dal manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, In «Contemporanea», a. 9, n. 1, p.32.

legittimazione politica e culturale e capace di lambire anche i luoghi e gli spazi della ricerca psichiatrica. Accanto a questa dimensione si sviluppa una prassi fascista "dal basso": un fascismo delle risse di strada, dei pestaggi, dei piccoli potentati squadristi. Il manicomio diventa per questo fascismo un terreno privilegiato di radicamento, grazie alla disponibilità di posti di lavoro comodi e sicuri, sostenuti dagli enti pubblici ormai controllati dai fasci. La violenza diventa così una risorsa da spendere dentro le mura manicomiali, in una professione che richiede sforzo fisico e capacità di controllo, e allo stesso tempo uno strumento di consolidamento politico. In questa doppia convergenza - tra le due forme, complementari ma differenti negli strumenti, del fascismo - l'intero universo psichiatrico viene progressivamente assorbito, infiltrato e cooptato dal regime. Dall'alto, attraverso l'inquadramento delle grandi firme della disciplina nei ranghi fascisti; dal basso, mediante l'occupazione materiale di corsie e padiglioni, le assunzioni mirate e l'utilizzo dei posti di lavoro come prebende per ricompensare e fidelizzare gli squadristi più feroci e influenti. Due manovre convergenti, innestate su pratiche già sperimentate in epoca liberale, finiscono così per dare forma al nuovo manicomio fascista.

3.1 *«Con amorevolezza […] con pazienza»: formazione, esperienze e origini degli infermieri e delle infermiere di Fregionaia*

Contemporaneamente al progressivo processo di strutturazione professionale della figura medica, anche tra il personale infermieristico inizia a delinearsi una prima forma di organizzazione sindacale. Il 3 aprile 1902 nasce a Roma la *Federazione degli infermieri e delle infermiere degli ospedali e dei manicomi*, sindacato di categoria scaturito dall'unione di sei leghe locali.[346] A Lucca, già l'anno successivo, nel 1903, la lega locale degli infermieri conta ben 92 iscritti,[347] di cui 51 impiegati presso il solo manicomio di Fregionaia.[348] Uno sguardo all'organico dell'istituto - escludendo il personale "fuori pianta", come il corpo delle suore ospedaliere e i lavoratori avventizi o giornalieri, il cui numero oscilla tra 42 e 95 unità - rivela la presenza stabile di 91 salariati:[349] in questo quadro, la

346 *Almanacco socialista italiano 1918*, ed.Avanti, Milano, 1918, p. 308-315.
347 *Bollettino dell'ufficio del lavoro*, Roma, Bertero, 1904, p. 899.
348 *Ivi*, p. 102.
349 Se si prende in esame l'organigramma riportato nell'*Annuario dei Regi Ospedali* del 1905, si rilevano i seguenti dati: un ispettore, quattro sorveglianti serventi e tre vice-sorveglianti per i ruoli di sorveglianza; tra i serventi, quattordici uomini di prima classe, ventotto di seconda classe e ventisei donne; due fornai, due cuochi, un ortolano, due agricoltori, un muratore, un falegname, un meccanico, due addetti alle mansioni di sarto e calzolaio, un barbiere e tre portieri. In totale, risultano 92 lavoratori in pianta organica. Considerando che nel 1903 la lega sindacale locale contava 51 iscritti solo tra gli infermieri del manicomio, la percentuale di sindacalizzazione supera abbondantemente la metà dei lavoratori di ruolo (circa il 55%). Se si includono anche i lavoratori avventizi e giornalieri, la sindacalizzazione risulta comunque significativa, interessando circa un quarto della forza lavoro complessiva (circa il 26%) *cfr*. RR. Spedali ed ospizi di Lucca, *Annuario per l'anno 1905*, Lucca, Marchi, 1905, pp. 21-29.

percentuale di lavoratori sindacalizzati risulta particolarmente elevata.[350] Tuttavia, questa struttura sindacale non si organizza come un reale strumento di conflitto sociale, al contrario di quanto accade, ad esempio, tra i medici primari. Infatti, anche nei momenti di maggiore tensione sociale e sindacale nel paese, all'interno del manicomio di Fregionaia non si registrano scontri significativi tra forza lavoro e amministrazione. Come già rilevato nel caso del manicomio di Santa Maria della Pietà a Roma,[351] anche qui l'organizzazione sindacale degli infermieri mantiene una fisionomia "leggera", dominata da un vertice fortemente conciliativo, quando non apertamente acquiescente, nei confronti della direzione medica e degli organi di indirizzo e governo politico. Si tratta, in sostanza, di una struttura più prossima ad un sindacalismo corporativo – legato ai soli interessi della categoria - che non ad un'organizzazione di tipo politica o di classe. Le ragioni di questa conciliazione sindacale sono molteplici. Anzitutto, la categoria degli infermieri gode di uno *status* relativamente privilegiato, favorito da pratiche di reclutamento che consolidano meccanismi di cooptazione territoriale: nei concorsi e nelle assunzioni si privilegiano infatti i figli di infermieri e gli abitanti del territorio circostante. Si legge, ad esempio, nel bando di concorso firmato dal presidente della provincia Macarini-Carmignani il 23 marzo del 1924 per l'iscrizione al corso teorico pratico per aspiranti infermieri – corso di formazione propedeutico per l'inserimento nelle graduatorie degli infermieri avventizi, giornalieri e, poi, effettivi:

> è condizione per l'iscrizione: Avere domicilio nella provincia e risiedere entro un raggio di Km. 5 dal Manicomio […] a parità di titoli saranno preferiti gli ex-combattenti e figli degli infermieri.[352]

L'aspetto ermetico e localistico della vita degli infermieri è decisivo per comprendere non solo il legame stretto tra manicomio e territorio, ma anche la difficoltà di penetrare in un ambiente che, oltre alla naturale chiusura di ogni istituzione totale, si configura come un sistema esclusivo, segnato dalla compenetrazione tra due realtà gelose del proprio ambiente. Manicomio e territorio finiscono infatti per organizzarsi come un vero e proprio cluster economico, sociale e culturale: ciò che accade dentro l'istituto resta, per così dire, protetto o soffocato da questa bolla. Si sviluppa una dimensione che potremmo definire "tellurica" del manicomio e che resterà immutata per molti decenni. Ancora Tobino, nel 1953, potrà affermare che:

> Gli infermieri del manicomio sono tutti campagnoli, nati intorno al manicomio o nelle frazioni vicine; posseggono un pezzo di terra […] poiché il manicomio è in campagna l'essere infermieri non ha fatto loro aprire spregiudicatamente il cervello, non sono in nulla diventati cittadini, sono del contado, fuori e dentro, e ci si trovano bene. Nel manicomio vedono l'aiuto finanziario alla loro impresa familiare[353]

---

350 Nel 1907, l'attivismo sindacale nella zona è molto alto: la Camera del Lavoro di Lucca, ad esempio, organizza una serie di conferenze di propaganda a Santa Maria a Colle, nei pressi dell'istituto manicomiale. Ministero di agricoltura, industria e commercio, *Bollettino dell'ufficio del lavoro*, Roma, Poligrafica grafiche, vol. VII, 1907, p. 945.

351 cfr. A. Pallotta, *Gli infermieri dal 1900*, in «L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma. L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio Provinciale alla chiusura», vol. III, Bari, Ed. Dedalo, 2003, pp. 229-235

352 AdFMT, *Documenti segreteria*, n. 2.

353 M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano, 2024, p. 9-10.

Inoltre, la natura fisicamente logorante del lavoro infermieristico - che espone a un rischio elevato di infortuni - a Fregionaia viene riconosciuta e tutelata precocemente: ben prima che la legge sugli infortuni sul lavoro (R.D. 31 gennaio 1904, n. 51) venisse estesa anche agli operatori dei manicomi, gli infermieri dell'istituto lucchese, come informa Cristiani, beneficiano già di cure mediche gratuite a carico della provincia.[354] Un ulteriore segnale della volontà dell'amministrazione provinciale di stabilizzare i rapporti con il personale è rappresentato dalla deliberazione del 4 aprile 1913, con la quale il consiglio provinciale approva il regolamento generale e la pianta organica degli impiegati e salariati. Ad essa segue, l'anno successivo, il *Regolamento speciale per il manicomio provinciale di Lucca*, deliberato nelle sedute della Deputazione del 9 e 16 giugno 1914, che sancisce formalmente un rapporto minimo di un medico ogni cento ricoverati e di un infermiere (o infermiera) per paziente. Tale rapporto, seppur sistematicamente disatteso, dimostra il tentativo dell'ente provinciale ad impegnarsi formalmente nel tentativo di contenere sul nascere potenziali conflitti sindacali all'interno dell'istituto. Al pari dei medici primari, anche per gli infermieri il Primo conflitto mondiale agisce come acceleratore del conflitto sindacale, portando la rivendicazione operaia su un piano più elevato e strutturale. Tuttavia, le agitazioni coinvolgono esclusivamente il corpo degli infermieri avventizi e giornalieri, lasciando esclusi quelli di ruolo. Il nodo centrale della mobilitazione non riguarda semplicemente la questione salariale, ma, come nel caso dei medici, riguarda piuttosto l'esigenza di ridefinire il rapporto giuridico e professionale tra questi lavoratori precari e l'amministrazione provinciale, chiedendo un riconoscimento formale del loro status e dei relativi diritti.[355] Il 14 agosto del 1916, muovendosi di concerto con i medici, anche gli infermieri avventizi avanzano alla deputazione provinciale una piattaforma rivendicativa robusta, articolata su tre punti fondamentali: l'iscrizione immediata di tutti gli avventizi alla cassa nazionale della Previdenza, la concessione dell'assistenza e cura medica gratuita in caso di malattia e la retribuzione pari al 100% del salario in caso di richiamo alle armi. La portata di questa iniziativa è già di per sé significativa e un atto di rottura: gli infermieri rivolgendosi direttamente all'ente provinciale, aggirano la direzione medica dell'istituto, a cui formalmente sarebbero subordinati. Secondo il Regolamento generale per i dipendenti provinciali (art. 11) e il Regolamento speciale per il manicomio (artt. 35, 36 e 46) del 1914,[356] infatti, gli avventizi non sono riconosciuti come dipendenti provinciali, ma risultano sotto l'autorità della sola direzione medica, la quale, tuttavia, non ha competenza esecutiva per modificare la loro posizione giuridica. Le proposte verranno sussunte solo in parte – si concede l'indennità di

354 Afferma Cristiani (in «Rivista sperimentale di freniatria», 1902, p.48): «Ad onore dell'Amministrazione del Manicomio di Lucca, che io dirigo, faccio notare che gli Infermieri del Manicomio di Lucca sono gratuitamente curati, e nulla essi perdono del salario in caso di lesioni o malattie riportate in servizio».

355 *Atti del consiglio provinciale di Lucca*, Tip. Giusti, Lucca, 1916, pp. 25-30.

356 Cfr. Manicomio Provinciale di Lucca, *Regolamento speciale deliberato dalla Deputazione provinciale nelle adunanze del 9, 16 giugno 1914*, Tip. Giusti, Lucca, 1915.

arruolamento solo ai primi tredici avventizi della graduatoria e si concede l'iscrizione alla Cassa nazionale solo dopo i primi cento giorni di lavoro continuativo in manicomio. Per quanto di poco effetto, l'agitazione degli avventizi pone il conflitto su un piano qualitativo diverso da quello semplicemente salariale, ma si propone, indirettamente, una modifica del contratto per decine di lavoratori e lavoratrici. Tuttavia, appunto, è una mobilitazione confinata ad un piccolo segmento dei lavoratori del basso servizio; infatti, la mobilitazione lascia totalmente indifferenti i lavoratori strutturati, che non solidarizzano. L'elevata affiliazione degli infermieri alle organizzazioni di mestiere, se da un lato rafforza la capacità rivendicativa della classe lavoratrice manicomiale, dall'altro favorisce una gestione unitaria e coesa del corpo infermieristico: durante la Prima guerra mondiale, lo spirito di corpo tra gli infermieri, si consolida e sovrappone ad una adesione convinta allo sforzo bellico – in un contesto, come quello lucchese, che trova un'ampia convergenza nel sostegno alla guerra[357] - sono molti gli infermieri arruolati al fronte e molti anche i caduti tra gli infermieri.[358] L'identità tra infermiere e combattente si sovrappone ancor di più quando – come abbiamo visto nel bando del '24 – diventerà elemento dirimente e di preferenza nelle graduatorie di merito per l'ingresso alla professione il certificato di reduce,[359] dando avvio ad una dinamica che, molti anni più tardi, il medico psichiatra Luigi Telantin denuncerà come quella di assumere sulla base di un riconoscimento "militare" sia stata una delle concause della trasandatezza della dimensione clinico all'interno degli istituti psichiatrici.[360] Nel 1925, su circa una sessantina di infermieri uomini, tra effettivi e avventizi, ben 48 risultano essere ex combattenti, e almeno quattro di loro decorati con la croce al merito.[361] In un corpo organizzato secondo "graduatorie" e gerarchie di tipo militare, non

---

357 Cfr. almeno P. Baldanzi, Alle origini del fascismo lucchese. Uomini e vicende 19141920 In «Documenti e studi» 6-7, pp. 17-1; S. Bucciarelli, Neutralisti e interventisti a Lucca e in provincia, ivi, 38, 2015, pp. 73-88; G. Fulvetti, *Lucca*, in F. Cammarano (a cura di), *Abbasso la guerra! Neutralisti in piazza alla vigilia della Prima guerra mondiale in Italia*, Firenze, Le Monnier, 2015, pp. 421-432.

358 Sono sei gli infermieri di Maggiano caduti durante il Primo conflitto mondiale: Cap. Mag. Lippi Silvio (1917); Cap. Mag. Bianchi David (1916); Sold. Frizza Ettore (1918), Sold. Relei Oreste (1917); Sold. Vannucci Carlo (1915); Sold. Politi Federico (1921, morto per complicazioni da ferite di guerra).

359 Il bando di assunzione accoglie l'indirizzo della legge nazionale in merito al trattamento economico dei reduci di guerra, la n. 1312 del 21 agosto del 1921, che impone agli enti pubblici e privati di assumere obbligatoriamente gli ex combattenti.

360 L. Telantin, *Vademecum morale dell'infermiere dell'Ospedale psichiatrico*, Ind. Grafiche, Ferrara, 1949, p. 7 «In base a queste esigenze, perciò, devono esser fissati dei criteri del tutto particolari nell' arruolamento del personale. È necessario, cioè, che il personale abbia quelle certe doti, che possieda quei certi requisiti che diano sicura garanzia che è all'altezza di questi compiti. Quindi il personale infermieristico non potrà venire reclutato solo perché possiede i requisiti di reduce o di partigiano o perché ha una famiglia a carico da mantenere: i requisiti economici o, meglio, le difficoltà economiche e le benemerenze belliche non devono pesare in modo preponderante nella bilancia dell'assunzione. Noi dobbiamo cercare nelle nuove reclute le doti morali, le doti di intelligenza, lo spirito di sacrificio e di abnegazione., lo spirito di disciplina e di attaccamento al dovere e soprattutto l'amore al malato. Solo questi sono i requisiti che noi dobbiamo cercare in chi vogliamo nostri collaboratori, solo a parità di queste condizioni si potrà dare la preferenza al padre di famiglia o al reduce. E le Autorità non dovrebbero insistere puntando sui bisogni economici e valorizzando questi».

361 ASLu, OP, *AG*, fald. 132, busta 6, plico 1: tra il gennaio e l'agosto del 1925 una serie di delibere della Deputazione Provinciale concede agli infermieri e al corpo sanitario che hanno servito nell'esercito durante la guerra il riconoscimento degli anni di anzianità per tutto il tempo trascorso al fronte. La graduatoria degli assegni ci aiuta a comprendere quanto fossero numerosi i beneficiari del provvedimento. Tra questi figurano Andreini Adolfo, Andreozzi Eugenio, Andreozzi

stupisce che proprio gli ex combattenti si adattino con particolare facilità alla disciplina imposta dall'istituzione manicomiale. D'altronde, già Jacopo Finzi, ne *La giornata di lavoro per gl'infermieri di manicomio*, afferma che ciò che si richiede all'infermiere è di «essere uno strumento ciecamente obbediente al dottore» e la sua preparazione professionale – che deriva dalla partecipazione di corsi teorici e pratici – deve essere finalizzata all'introiezione della gerarchia sanitaria.[362] D'altronde, al principio di disciplina e al rispetto della gerarchia si costruisce l'intero assetto dell'organizzazione sanitaria interna. È proprio a questi valori – «correttezza, lealtà, disciplina»[363] – che si richiama ogni volta la direzione medica quando si aprono procedimenti disciplinari a carico degli infermieri per comportamenti scorretti. Si tratta di un disciplinamento sociale che si esercita non solo attraverso l'adesione alla gerarchia, ma anche tramite la selezione e il controllo del corpo stesso, affermerà con chiarezza il direttore medico di Maggiano in una circolare interna diretta a tutti gli infermieri dell'istituto nel 1939: «Ritengo opportuno ricordare a tutto il Personale che due dei più importanti requisiti che deve possedere un infermiere di Manicomio sono la salute fisica e il senso di disciplina».[364] Non sorprende, dunque, che proprio attraverso le strutture sindacali – prive di una marcata connotazione politica, organizzatesi come strumento di natura già corporativa e di tutela della categoria, impegnata nella costante interlocuzione con la deputazione provinciale – si sia mutato in uno strumento di facilitazione per la cooptazione, negli anni seguenti, degli elementi più fedeli ed accreditati dal fascismo locale all'interno dell'istituto e che tramite i ranghi del sindacato infermieri sia passata la costruzione di un consenso diffuso del fascio sul territorio.

La vita degli infermieri all'interno dell'ospedale psichiatrico, oltre alla disciplina imposta dalla medica direzione, è scandita da una marcata ripetitività, strutturata attorno a mansioni rigidamente codificate divise tra compiti produttivi e compiti sanitari. L'assistenza immediata – l'aspetto più propriamente sanitario, ma anche il meno "produttivo" – si declina in attività di piantonamento continuo delle camerate o di sorveglianza dei ricoverati più agitati, oppure nell'accompagnamento dei pazienti tra padiglioni su disposizione medica, così come nei trasferimenti verso altri istituti quando richiesto da esigenze di pubblica sicurezza. Accanto a questi compiti si

---

Giuseppe, Bandiera Assuero, Barsuglia Aladino, Bianchi Adolfo, Bianchi Antonio, Bonturi Italo, Buchignani Assuero, Cattani Valentino, Celoni Iacopo, Celoni Vincenzo, Chelini Eugenio, Checchi Giuseppe (2 anni), Cieci Ettore, D'Angelo Goffredo, D'Arrigo Maurizio (3 anni), D'Arrigo Pacifico, Datteri Leopoldo (2 anni, Croce al merito), Del Frate Vincenzo (1 anno), Del Mastro Nicola (3 anni), Fambrini Giulio (promosso ad effettivo in quell'anno grazie alla legge sull'anzianità cfr. APLU, AC, prot. 30, 1926), Fambrini Iacopo, Fambrini Michele, Frosini Giovanni, Giannotti Felice, Gioretti Mariano, Giovannelli Fetonte, Lippi Enrico (2 anni), Lusori Pietro (Croce al merito), Magi Alfredo, Mancioni Guido, Marlia Armendo, Marlia Dolfo, Marlia Fioravante, Marlia Giovanbenedetto (Croce al merito), Marraccini Attilio (2 anni), Minciotti Francesco, Nerdinelli Virgilio, Picchi Abdon, Sebastiani Luigi, Serani Giuseppe (2 anni), Tognotti Odoardo (Croce al merito), Vannucci Angelo (2 anni), Vannucci Carlo (2 anni), Vannucchi Annibale.

362 J. Finzi, in *La giornata di lavoro per gl'infermieri di manicomio*, estratto da «Bollettino del Manicomio di Ferrara», a. XXVII, fasc. III, 1899, p.1.

363 ALu, *AG*, fald. 146, fasc. 6, plico 5.

364 ASLu, OP, *AG*, fald. 147, fascicolo 6.

svolgono, inoltre, funzioni di igiene e pulizia, ma soprattutto di assistenza alle terapie somatiche – come l'esecuzione della procedura della idro-terapia e della clinoterapia. Chi è assegnato alla colonia agricola, invece, affianca i pazienti nei lavori dei campi, mentre gli infermieri destinati ai laboratori artigianali e manifatturieri svolgono, nei fatti, un ruolo analogo a quello di un capo-tecnico di officina, garantendo la regolarità e l'efficacia delle attività produttive. Nel periodo preso in considerazione, queste mansioni non subiscono mutamenti significativi. Anzi, ancora nel 1953, il direttore medico di Lucca, Alessandro Pfanner, chiarisce che il lavoro degli infermieri si articola attorno sostanzialmente a due funzioni: lavoro di tipo domestico o d'assistenza e quello di sorveglianza.[365] Innanzitutto, però, il lavoro degli infermieri si definisce per l'essere immerso continuamente in un contesto relazionale con i degenti dell'istituto. L'infermiere deve «rimanere tutto il giorno in mezzo ai malati […] in contatto continuo con la [loro] vita intima»[366]. A differenza dei medici – la cui presenza, come attestano gli aggiornamenti dei diari clinici, risulta saltuaria e discontinua, talora concentrata su singoli casi, oppure «al soccorso d'urgenza nei giorni di guardia e alla sterile visita mattutina e serale»[367] - gli infermieri vivono quotidianamente nei padiglioni, nelle camerate, nella colonia agricola, nelle officine, mantenendo un contatto diretto e prolungato con un numero elevato di ricoverati. All'interno di questa quotidianità si apre, infatti, uno spazio interstiziale, dove il confine

365 A. Pfanner, *Introduzione al corso per infermieri di ospedale psichiatrico*, Tip. Amedei, Lucca, 1953, p. 7.

366 A. Pfanner*, Introduzione al corso per infermieri di ospedale psichiatrico*, Tip. Amedei, Lucca, 1953, p. 7.

367 Pur nel contesto di una critica a questo approccio, è lo stesso Ferrarini a descrivere come si svolge la vita del medico psichiatrico in corsia: «Oggi, onorevoli Signori, la funzione del medico di manicomio non può considerarsi più come una volta e come purtroppo in alcuni Istituti del genere è ancora intesa, ridotta cioè al soccorso d'urgenza nei giorni di guardia e alla sterile visita mattutina e serale, ma deve avere, per rispondere all'alto scopo cui è chiamata, un carattere del tutto continuativo, indugiandosi quotidianamente nello studio dei malati e dei numerosi problemi che ad essi si riferiscono, tanto più che, in vista del ricco materiale di studio di cui i manicomi dispongono, è da questi che si deve oggi attendere un sano impulso al progredire delle conoscenze psichiatriche, le quali, traducendosi a loro volta in una comprensione sempre più rapida ed esatta della natura delle malattie, possono beneficamente abbreviarle». (*Ferrarini, Relazione tecnico-sanitaria sull'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca*, Lucca, Amedei, 1921, p. 3). Nonostante l'alto proposito espresso dal medico, la documentazione clinica conferma che la presenza dei medici in corsia non era continuativa. Una prassi che si spiega anche, come vedremo, con la cronica carenza di personale medico e sanitario a Fregionaia. Tuttavia, la relazione di Ferrarini resta centrale, poiché delinea le linee guida dell'organizzazione sanitaria dell'istituto, al cui centro si afferma la figura del medico-organizzatore. Questa nuova missione del medico si fonda sul principio del costante aggiornamento scientifico, considerato requisito indispensabile per restare in servizio. Da tale premessa, Ferrarini sviluppa un ragionamento più ampio, estendendolo a tutti gli uffici della pubblica amministrazione, fino a proporre l'introduzione di test attitudinali e di merito per tutti i funzionari incaricati di ruoli pubblici. Il buon medico, secondo Ferrarini, deve dimostrare non solo di padroneggiare tecniche scientifiche moderne, ma anche di possedere spiccate capacità organizzative, funzionali alla gestione disciplinare del manicomio. Le une senza le altre rischiano di restare teoria priva di reale valore sociale. Ne è esempio la capacità – che il medico dovrebbe avere – di indirizzare le energie dei degenti verso le molte "aziende agricolo-industriali" su cui si fonda l'economia dell'istituto. Il ruolo del medico è dunque quello di un individuo sulle cui qualità personali – competenza clinica, capacità critica, spirito d'iniziativa – deve fondarsi un equilibrio consapevole. Equilibrio che eviti tanto le «temerarie larghezze gravide di pericolo» quanto i «difetti che condurrebbero alla pavida perplessità». Un medico psichiatra, secondo Ferrarini, non può permettersi né l'utopia di una grandezza irrealizzabile né la paralisi dell'inerzia. Quello che egli delinea è un sistema manicomiale pienamente funzionale, che intreccia tecnica, finanza e medicina. Una dinamica al cui centro troneggia la figura del medico-psichiatra-ricercatore-organizzatore: colui che studia le cause, contribuisce al progresso della scienza medica, previene le malattie, accelera le guarigioni e contribuisce al pareggio dei bilanci manicomiali – e dunque di quelli provinciali. Una figura che, per la natura stessa dei suoi compiti, si fa inevitabilmente politica, perché intrinsecamente amministrativa.

tra il ruolo e la persona fisica, tra la disciplina da caserma e la prossimità di camerata, si fa più poroso e si creano spazi di continuità tra le vite degli internati e quelle degli infermieri. La relazione con i pazienti, pur incardinata entro i rigidi dispositivi della disciplina manicomiale, conosce, infatti, momenti di soggettivazione e trasgressione. Non mancano infatti episodi che rivelano la fragilità di questo confine che nelle corsie sfuma, come nel caso dell'infermiere Lelio Gemignani, sospeso dal lavoro per essere stato beccato il 29 dicembre 1938 a giocare a carte con un paziente, «dimostrando di non aver tenuto nessun conto del mio ORDINE di servizio n. 480, ed anche di non aver una chiara comprensione dei suoi precisi doveri».[368] Altri infermieri, invece, vengono scoperti a introdurre clandestinamente alcolici nell'istituto, cedendo alle insistenze di un paziente alcolizzato.[369] L'abitudine degli infermieri di passare segretamente lettere e notizie dei ricoverati ai parenti è oggetto di un intervento normativo da parte della stessa direzione medica che fa inserire nel regolamento generale un articolo che (art. 155) sancisce il divieto: «agli Infermieri di dare ad estranei, ai parenti ecc. notizia dei ricoverati, di servire da tramite alle corrispondenze che i malati cercassero di far pervenire clandestinamente fuori», l'articolo è ribadito, con l'affissione di una copia dello stesso in portineria, il primo giugno del '22.[370] Questa costante esposizione alla relazione con i ricoverati, immersa in una dimensione di convivenza prolungata, rende impossibile una totale separazione tra il mondo interno dell'ospedale e quello esterno: all'interno del manicomio si replicano, infatti, dinamiche tipiche della vita sociale esterne, comprese tensioni, gerarchie e violenze. Gli infermieri, pur tenuti a rispettare rigidamente le regole comportamentali, finiscono spesso per essere coinvolti nelle contraddizioni quotidiane del manicomio, dove le norme ufficiali si scontrano continuamente con una realtà complessa, fatta di relazioni umane segnate da tensioni emotive e da uno scontro fisico costante. In questo terreno di confine tra ciò che è prescritto e ciò che accade davvero, la pratica infermieristica si carica inevitabilmente di aspetti personali, rendendosi permeabile alla violenza. Così, l'avventizio Matteo Pietro viene sottoposto a consiglio di disciplina per accessi d'ira e offese rivolte tanto ai pazienti quanto ai superiori, e sanzionato con tre giorni di sospensione dal lavoro e dalla retribuzione (3 marzo 1939).[371] Pochi giorni prima, il 2 gennaio, il consiglio di disciplina commina cinque giorni di sospensione all'infermiere a contratto Ziliante Solbani, in servizio presso la seconda infermeria, il quale aveva dichiarato al Capo Infermiere Fioravante Marlia:

> Questa notte il malato Fanti Guido mi ha minacciato, ma io ero già pronto per difendermi. Provvedi, perché ti ho già avvertito altre volte che io mi difendo (picchio), poi se succede qualche cosa non direte che non vi ho

368 ASLu, OP, *AG*, fald. 147, fasc. 6, plico 5.

369 ASLu, OP, *AG*, fald. 146, fasc. 6, plico 5. Il Consiglio di Disciplina nella seduta del 19 maggio 1938 decide la sospensione dal servizio e dal salario per 15 giorni agli infermieri Bianchini Alberto, Gemignani Pompeo e Matteoli Mario. I tre sono accusati di aver introdotto, contro il regolamento, del vino per un malato alcolista. La è aggravata non solo dalla pubblica affissione, ma anche dalla diffida a non commettere più tale in frazione pena, l'allontanamento definitivo per indegnità. Il fatto viene commentato come un atto di "tradimento" da parte della medica direzione.

370 AdFMT, *Documenti presidenza*, n. 2.

371 ASLu, OP, *AG*, fald. 147, fasc. 6, plico 5

avvertito[372]

In un ambiente segnato da costrizione, ansia e controllo, anche la violenza prende le forme di sadismo più o meno esplicito: come nel caso dell'infermiera straordinaria Moretti, deferita dal servizio, per aver ordinato ad una malata, addetta al servizio biancheria, ed affetta da forti reumatismi fisici, di ballare sul posto.[373]Anche sul piano spaziale si mantiene una costante osmosi relazionale tra infermieri e pazienti, che non si esaurisce nella prassi della custodia eterofamiliare, ma si inscrive in un *continuum* tra interno ed esterno, strettamente connesso alla funzione primaria dell'infermiere: quella di presidiare la vita interna dell'ospedale. Per questo motivo, ad esempio, spetta ancora agli infermieri – spesso in collaborazione con le forze dell'ordine – attivarsi in caso di fughe di ricoverati, organizzando vere e proprie squadre di ricerca che battono la zona circostante, come nel caso di Giulia P., evasa nell'agosto del 1909, e ricercata dagli infermieri.[374] La quotidianità dell'infermiere si intreccia così profondamente con quella del malato da confondere talvolta i confini dei ruoli, al punto che gli stessi infermieri finiscono per essere percepiti quasi alla stregua dei ricoverati, e persino messi in competizione con essi. Una competizione che si gioca non solo sul piano simbolico, ma anche materiale: il lavoro dei pazienti viene progressivamente contrapposto proprio a quello degli infermieri salariati, non più soltanto in funzione dell'economia interna all'ospedale – come strategia per riutilizzare forza lavoro altrimenti "improduttiva" – ma anche per rispondere a esigenze di contenimento dei costi. Come osserva Ferrarini, parlando della situazione dei salariati del manicomio del 1921, «che oggi specialmente, dato l'elevato costo della mano d'opera, il lavoro degli alienati sia grandemente proficuo è cosa facilmente intuibile». Due esempi chiariscono questo punto: durante un periodo in cui i malati non potevano essere impiegati per lavare le stoviglie in cucina, il manicomio è costretto ad assegnare il compito a cinque infermieri, con un aggravio di spesa pari a 90 lire al giorno, rispetto al semplice stipendio di un solo sorvegliante quando il lavoro era svolto dai ricoverati. Analogamente, nell'officina calzaturiera, destinata a produrre e riparare le scarpe per gli 800 degenti, si passa da un organico di sette operai salariati (un capo officina e sei operai avventizi) a un solo dipendente – il capo officina – affiancato da sei pazienti, generando un risparmio quotidiano di 60

372 ASLu, OP, *AG*, fald. 146, fasc. 6, plico 5 (16/08/1938).

373 ASLu, OP, *AG*, fald.146, fasc. 6, plico 5.

374 Il caso è riportato in *Una fuga dal manicomio di Lucca*, in «Corriere della sera», 27 agosto 1909. Sono diversi i tentativi di fuga dal manicomio, come rivela un altro episodio del novembre del '38, che si conclude con un processo all'infermiere di guardia della cucina. Faldone 146 (1938) OP, fascicolo 6, plico 5: il 20 novembre 1938, (n. prot. 1924, fasc. 6-5/1939) inizia una indagine sulla evasione del ricoverato Paolinelli. Essendo in cucina poco prima delle 20 del 14 settembre i malati erano sotto la sorveglianza del cuoco, il quale, però, assenta per l'ordine dell'ispettore di consegnare la chiave della cucina. Non ha chi mandare da portarla e ci va in persona "data l'assoluta tranquillità di contegno degli ammalati di cucina ed il fatto che egli uscendo li aveva chiusi dentro". Paolinelli apre – passato prima il cancello di rete interno del vano centrale della cucina porta in stanza della preparazione carne – il cancello posto alla finestra dalla quale viene issata la carne dall'esterno che il malato forza con gancio di ferro (gli stessi usati per la carne). L'indagine si conclude senza punizioni in quanto non si rivela incuria.

lire.[375] Il rapporto tra infermieri e internati si costruisce sul duplice asse dell'efficienza economica e del disciplinamento[376] ma questo scontro assume spesso anche i tratti ambigui di un incontro e di uno specchio reciproco. Non di rado, infatti, infermieri e ricoverati condividono un simile orizzonte culturale e un codice reciprocamente comprensibile che favorisce una sorta di "empatia" culturale con i ricoverati, piuttosto che con i medici: provengono dagli stessi ambienti sociali contadini, si riconoscono nelle stesse credenze religiose, hanno vissuto le stesse esperienze comuni e, spesso, affrontato gli stessi traumi collettivi, primo tra tutti, l'esperienza del primo conflitto mondiale - che a Maggiano si fa sentire con l'apertura del reparto psichiatrico militare che tra il 1917 e il 1918 fa raddoppiare il numero degli ammessi rispetto alla media degli anni precedenti.[377] Dalla convinta adesione, alla brutalizzazione dello scontro in trincea per finire al trauma di dismettere i panni militari e di rivestire quelli civili, il primo conflitto è lo sfondo storico che unisce un'intera generazione e l'intero "corpo" manicomiale. Il "contraltare" di quel combattentismo degli infermieri sono quei «feriti senza ferite»[378] che ritroviamo tra gli internati civili che arrivano al manicomio anche molti anni dopo la fine del conflitto. I reduci hanno i corpi segnati da ferite ancora purulente della guerra, ma al manicomio arrivano per i traumi psicologici che non se ne vanno e che prendono la forma di psicosi o nevrosi che innescano gli internamenti. È il caso di S. Pietro, internato «dopo la guerra europea» per una sindrome maniaca a sfondo mistico;[379] o di T. Ettore, ricoverato nel 1931 per crisi epilettiche comparse sotto le armi e mai più scomparse, con un quadro marcato da apatia e inedia lavorativa.[380] Altri, come M. Silvio – ex ardito, bersagliere, legionario straniero – entrano in manicomio per una depressione aggravata dall'alcolismo, conseguenza di una grave invalidità riportata al fronte e dell'incapacità di reinserirsi in una vita civile - peraltro segnata dalla miseria - che gli spalanca, di tutta risposta, le porte del manicomio.[381] Simile la vicenda di Dante Maltagliati, 39 anni, tre matrimoni alle spalle, più volte ferito al fronte e segnalato come disertore, anch'egli devastato dalla guerra e dall'alcolismo acuto.[382] A volte sono racconti ancora vividi quelli che si legano alle biografie dei reduci internati e che si trascinano nella memoria per molto tempo, diventando fotografie indelebili, come nel caso di Nerio F. [383] Nerio arriva nel gennaio del '19 per la

375 Ferrarini, *Relazione tecnico sanitaria, sull'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca*, Lucca, Amedei, 1921 (p. 13).
376 E. Goffman, *Asylum*, op. cit., p. 111.
377 Durante il conflitto mondiale, il numero degli internamenti cresce in modo marcato: si passa dai 390 ricoveri del 1916 ai 644 del 1917, con una sostanziale conferma nel 1918 (640 ingressi). La brusca contrazione che si registra già nel 1919 – anno in cui viene chiuso il padiglione militare – conferma il peso determinante della guerra sull'andamento dei ricoveri: gli ingressi calano a 252, segnando un netto ridimensionamento. (ASLu, OP, *AG*, fald. 146, fasc. 3, plico 2).
378 V. P. Babini, *Liberi tutti*, p.57.
379 ASLu, OP, *CC*, fald. 371, c. 136.
380 ASLu, OP, *CC*, fald. 371, c. 209.
381 ASLu, OP, *CC*, fald. 413, c. 143.
382 ASLu, OP, *CC*, fald. 410, c. 14.
383 ASLu, OP, *CC*, fald. 333, c. 88.

prima volta a Maggiano, trasferito dal manicomio di Siena. All'esame psichiatrico d'ingresso "il motivo" dell'internamento non lascia adito a dubbi: nevrosi di guerra. Il medico annota: dopo un'iniziale conversazione

> […] ad un tratto inizia a scapeare con violenza ed allora i suoi discorsi appariscono incoerenti, fatui, chiede la mantellina, il berretto da alpino, batte con forza le mani [anche nella foto scattata all'ingresso Nerio stringe le mani in uno sforzo evidente, *ndr*], si fa rosso nella faccia e va ripetendo questo desiderio come automaticamente.

Una volta dimesso nel '24 Nerio farà ritorno periodicamente in istituto. Di nuovo internato in quello stesso anno, Nerio persiste nel suo «stato delirante». Dice di sentirsi meglio ma di vedere di fronte a sé immagini della morte putrescente dalla trincea:

> […] domandatogli come va risponde "bene", però dice di avere il naso, le orecchie e la bocca piene di mosche che gli danno un gran fastidio.

Dopo una vita di recidività in manicomio, Nerio verrà dimesso definitivamente in custodia alla moglie solo nel 1941. Morirà poco dopo.

La memoria del conflitto continua a vivere a lungo: ancora nel 1933, il manicomio ospita un piccolo padiglione riservato ai soldati italoamericani che avevano combattuto nelle fila dell'esercito statunitense durante la Grande Guerra.[384] Le traiettorie biografiche di infermieri e internati si intrecciano, inoltre, anche nella condivisione di un radicato sentimento religioso. Questo legame emerge chiaramente nella frequenza con cui le cartelle cliniche registrano deliri a sfondo mistico: sono innumerevoli i casi clini che presentano visioni o dialoghi diretti con la Madonna, con Dio o i santi, spesso invocati, a volte bestemmiati quasi sempre venerati, in un *continuum* di dannazione e salvezza. Una convergenza che trova particolari momenti di condivisione nella ritualità cattolica, come nel caso della celebrazione del *Corpus Domini*, occasione in cui pazienti ed infermieri partecipano, fianco a fianco, nella lunga processione che percorre i sentieri dell'Oltreserchio.[385] Anche sul piano materiale si riscontrano esperienze comuni. Le difficoltà economiche, croniche e pervasive, accomunano entrambi i gruppi: da un lato, gli infermieri impegnati a integrare un salario sempre insufficiente; dall'altro, le famiglie dei ricoverati che lottano per ottenere sussidi o aumenti delle indennità di custodia. A fare da trait d'union tra le due condizioni è il destino riservato a molte donne. Le infermiere, obbligate a lasciare il lavoro dopo il matrimonio secondo il regolamento interno (art. 32),[386] vengono ricondotte alla dimensione domestica, licenziate dal proprio ruolo, allo stesso ruolo di "atte alla casa" che costituisce, non a caso, la formula ricorrente nella grande maggioranza

---

384 ASLu, OP, *AG*, fald. 140, fasc. 1, plico 1.

385 Riporta Mario Tobino in *Le libere donne di Magliano*, la partecipazione del corpo infermieri e dei ricoverati alla processione del Corpus Domini e la sua organizzazione: «Domani, dunque, ancora una volta vedrò la processione del Corpus Domini del manicomio. Tutti gli anni, al di fuori di quelli della guerra, ho visto, da quando son laureato, la processione dei matti, nel primo sboccio dell'estate, e ogni volta quello sfilare di folli dietro i preti ammantati mi ha portato a considerare la mia condizione. Ogni anno i matti, dietro il baldacchino, frastornati dai loro delirii, reietti dalla società, seguono in due file. Io, dietro le persiane, guardo».

386 Provincia di Lucca, *Regolamento e pianta organica degl'impiegati salariati*, Amedeo Lippi, Lucca, 1928, p. 19.

dei certificati redatti dai medici condotti per le donne internate.[387]

Senza mettere davvero in discussione l'inquadramento della professione infermieristica all'interno dello spazio asilare ovvero quello di ingranaggi, arruolati all'interno del proletariato, assunti specificamente per ruoli di reclusione e agenti passivi delle volontà dei medici - «Poliziotti psichiatrici, plasticamente identificati dall'uniforme, intruppati tra le corsie dell'ospedale»[388]- la fotografia che trasmettono le carte delle punizioni e quelle medico-direzionali offrono un'immagine più complessa e nitida della relazione tra infermieri e ricoverati. Questi due gruppi sono spesso due segmenti dello stesso proletariato e della stessa classe subalterna, con retroterra socioculturali analoghi, difficoltà simili e condizioni di vita pressoché sovrapponibili, lo stesso modo di percepire e strutturare il mondo. Ciò sfuma la relazione middle-down (con il top rappresentato dalla categoria dei medici) e mappa una serie di porosità che rende il manicomio una istituzione meno "compatta". A dividerli non è tanto la distanza sociale quanto la funzione: da che parte dell'esercizio della violenza si trovano e – come vedremo – da quale parte del potere locale stanno.

3.2 Come un pugnale nero nel cerchio bianco. Il fascismo lucchese alla conquista dell'amministrazione provinciale (1919-1923)

La tornata elettorale delle amministrative del 1920 segna un discreto successo per il Partito Socialista in tutta la provincia di Lucca, con particolare affermazione nei comuni situati lungo l'asse industriale che da Ponte a Moriano giunge fino a Fornaci di Barga. I risultati più significativi si registrano nella Valdinievole, dove il PSI conquista i municipi di Pescia, Buggiano e Borgo a Buggiano. Un successo tutt'altro che inatteso: già alle elezioni legislative del 1919, nel collegio elettorale di Lucca e Massa Carrara, i socialisti avevano raccolto il 24,7% dei consensi (21.209 voti), arrivando secondi e rimanendo a breve distanza dal Partito Popolare (25,9%). Un avanzamento tanto più apprezzabile se comparato con quanto riscosso dal candidato socialista, quello stesso Edoardo Bonardi, che alle precedenti elezioni legislative del 1913,[389] nel collegio di Lucca, aveva raccolto

[387] Sul tema cfr. anche C. Carrino, *Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850-1950)*, Carocci, Roma, 2018, pp. 35-38.

[388] G. Mamone, *Introduzione*, in V. Fiorino – G. Mamone (a cura di), *Dalla custodia alla cura Infermieri e riforma psichiatrica in Italia*, Pisa: Ed. ETS, 2025. p. 14.

[389] Le elezioni del 1913 nel collegio lucchese sono molto combattute. I candidati sono tre: Orsini Gustavo, candidato del partito popolare italiano, il maggior generale, comandante della brigata Salerno, Icilio Buonini, indipendente della destra, e il medico e direttore dei regi ospedali di Lucca Bonardi Edoardo, socialista. Orsini e Buonini si piazzano rispettivamente primo e secondo, a dividerli uno scarto di soli 3 voti: 4474 voti per Orsini, 4471 per Buonini (molto indietro Bonardi con 234 preferenze). Si rende necessario il ballottaggio. Al ballottaggio, che vede un sensibile aumento dell'affluenza elettorale, segno di una corsa molto sentita, il militare e generale livornese Buonini si aggiudica il collegio con 5315, distaccando di oltre 200 voti il candidato Orsini (5105 voti) (in *Statistica delle elezioni generali politiche, alla*

appena 234 voti su oltre 9.000 votanti. Una *débâcle* che aveva determinato la chiusura del periodico socialista *La Sementa*, che avrebbe riacceso i rotocalchi solo sei anni più tardi.[390] L'avanzata socialista, inscritta nella più ampia tendenza elettorale favorevole a livello nazionale del PSI, desta non poche preoccupazioni ed angosce nella classe dirigente lucchese. Già in epoca liberale, le consultazioni elettorali del primo Novecento sono vere e proprie battaglie che lacerano il tessuto sociale lucchese e lasciano lunghe scie di rancori, visibili, perfino, nei documenti manicomiali. È il caso, ad esempio, del sacerdote N. M., internato per la prima volta a Maggiano nel 1916. Nella *modula* clinica si legge che

> due anni fa ebbe un forte dispiacere a causa delle elezioni comunali. Da poco tempo si è dato all'uso delle bevande alcoliche», e ancora: «il malato […] bestemmia […] spesso dice di levarsi la vita! […] non è contento finché non avrà fatto come Musolino

in riferimento al celebre brigante calabrese. Nell'anamnesi è riportato che, durante le elezioni politiche, M. era cappellano a S. Concordio Contrada, e che «per ragioni di ricompensa votò per il candidato Orsini, mentre tutto il paese e il rettore istesso erano per Buonini». Dopo il voto, viene rimosso dal suo incarico di cappellano: un trauma che avrebbe, poi, innescato la crisi psichica, descritta dai medici come «frenosi maniaco-depressiva» e connotata da idee deliranti a carattere persecutorio.[391] Il caso mostra con chiarezza come le tensioni elettorali locali si traducano in brutali

---

XXIV legislatura, Roma, Bertero, 1914, pp. 66-67) *Cfr*. C. Carolei*, Una Toscana diversa: vita politica e amministrativa a Lucca alla fine dell'età giolittiana*, in «Documenti e Studi», n. 10/11, Lucca, Pacini Fazi editore pp. 149-150.

390 S. Bucciarelli, *Neutralisti ed interventisti a Lucca e Provincia*, in «Documenti e Studi», n. 38, Lucca, Pacini Fazi editore, 2015, p. 76.

391 Il clima elettorale doveva essere rovente, e i comitati di ciascun candidato si attivarono per mobilitare quanto più possibile l'elettorato. È evidente il ricorso allo *spoils system*: Orsini contatta il parroco della zona, una roccaforte del rivale Buonini, per orientare il voto. Nel diario clinico del sacerdote N. M., redatto poco dopo l'ingresso in manicomio, il medico annota che, sebbene il paziente compia un evidente sforzo per contenersi nel parlare con gli altri, «il processo logico del pensiero è sufficientemente conservato». Il 3 agosto 1916 viene rilasciato in custodia domestica. Inizia una lunga fila di ricadute e di internamenti. Il secondo internamento comincia il 6 aprile 1925, ma della degenza resta poca documentazione: la modula segnala scheda alcuni giorni il paziente è silenzioso, taciturno, indifferente a ciò che lo circonda. È presente invece la documentazione relativa alla presa in custodia da parte del padre, Dante M., che se ne assume la responsabilità nel gennaio 1926. Il terzo internamento inizia il 30 agosto 1929. Oltre alle condizioni già segnalate negli anni precedenti, la modula aggiunge «abuso di alcool», e un carattere sempre più violento e irascibile: «si è fatto minaccioso contro gli altri». Viene dimesso in prova ad ottobre, ma già a novembre fa ritorno a Maggiano, dove resta fino all'estate del 1930, per poi essere nuovamente dimesso in custodia familiare. Il quarto internamento ha inizio nell'aprile 1933, ancora una volta con annotazioni di abuso di alcool; viene dimesso in prova nel novembre dello stesso anno. Il sesto internamento inizia nell'aprile 1935 e si protrae fino all'ottobre, al termine del quale rientra in custodia domestica. Il settimo internamento comincia nel maggio 1936, e stavolta la documentazione è più estesa: nella modula viene nuovamente indicata la diagnosi di «frenosi maniaco-depressiva», una classificazione che rimane invariata a distanza di vent'anni. A settembre, con il prot. 454, la direzione della Casa di salute Fatebenefratelli di Venezia scrive a Maggiano per informare che: «Avvenuto accordo fra la Federazione del Clero in Italia e questa Casa di Salute, approvata dalla S. Sede e da S. E. il Capo del Governo, stabilisce che tutti i sacerdoti della media e alta Italia ammalati di forme mentali siano ricoverati e curati in questa Casa di Salute». Si chiede quindi che si pongano le condizioni per il trasferimento. L'11 novembre, il direttore Lippi Francesconi risponde alla direzione della Fatebenefratelli segnalando la presenza, nell'istituto, di ben due sacerdoti: «S. don Biagio», 74 anni, originario di Capannori, e «M. N.», 54 anni, di Lucca (San Concordio). Nel frattempo, nel diario clinico aggiornato ai primi mesi del 1937, si legge che N. M. è divenuto logorroico, parla moltissimo, ed è stato spostato alla colonia agricola per lavorare. Il 23 febbraio 1937 interviene direttamente l'arcivescovato di Lucca con una lettera indirizzata al procuratore del re, in cui si chiede che, «per il decoro degli stessi sacerdoti», questi vengano trasferiti a Venezia. Il 2 marzo, Lippi Francesconi informa che l'arcivescovato ha ottenuto l'autorizzazione al trasferimento. Infine, il 23 marzo 1937, il vescovo di Lucca scrive al direttore per esprimere

dinamiche di *spoil system*, dove le preferenze politiche si trasformano in moneta di scambio per la permanenza o l'esclusione da incarichi pubblici, anche nel clero. Nel primo dopoguerra, il già alto livello di tensione legato al momento elettorale si intreccia, con un crescente conflitto ideologico che spacca la società italiana del post-Prima guerra mondiale. La "grande paura" che vive l'establishment politico ed economico della città è alimentata dal fatto che l'espansione del PSI in zona trova le sue ragioni nel radicamento capillare delle organizzazioni sindacali di orientamento rosso tra le masse lavoratrici, urbane e rurali. Dal 1913 fioriscono cooperative operaie, società di mutuo soccorso e, nelle campagne, leghe contadine di ispirazione socialista. Alla fine del 1920, la Camera del Lavoro di Lucca, può vantare un bacino di circa seimila tessere e federa una quarantina circa di organizzazioni. Altrettanta vitalità sperimentano il mondo cattolico e le sue organizzazioni sindacali. Forte del radicamento parrocchiale e dell'attivismo di figure come don Tocchini, promotore del sindacato bianco di Lucca, il sindacalismo "popolare" conquista consensi crescenti, non solo nelle campagne ma anche in ambito urbano. [392] Il Partito Popolare si salda così con personalità del mondo cattolico-sociale, come il professor Arturo Chelini, fondatore e animatore della "Casa del Popolo" delle leghe bianche e direttore del settimanale *L'Idea Popolare*, che nei suoi editoriali richiama alla solidarietà e all'unità della classe lavoratrice, sostenendo apertamente le lotte sindacali. L'intensificarsi della mobilitazione si traduce in un'impennata degli scioperi: nel solo secondo semestre del 1920 se ne contano una trentina di rilievo, con la partecipazione di centinaia di lavoratori. Come nel caso socialista, anche per i popolari l'attività sindacale si intreccia strettamente con i risultati elettorali. Le reti associative cattoliche contribuiscono in modo determinante alla significativa affermazione del PPI alle elezioni amministrative del 1920: i popolari ottengono la maggioranza in numerosi comuni della Versilia (95 consiglieri su 190 seggi totali), a Lucca e in varie località del contado. Tuttavia, nelle elezioni provinciali di secondo grado le forze costituzionali conservano ancora una posizione dominante (21 seggi), seguite dai popolari (12) e dai socialisti (7).[393]

«gratitudine per la cortese comunicazione dell'avvenuto trasferimento a Venezia dei due miei sacerdoti». ASLu, OP, *CC*, fald. 413, c. 134.

[392] Dei grandi stabilimenti industriali presenti nella piana lucchese solo: «la Manifattura Tabacchi di Lucca e lo iutificio di Ponte a Moriano, sfuggivano all'influenza delle leghe bianche e del sindacalismo popolare» (G. Pardini, *Alle radici del fascismo "intransigente" Teoria e prassi politica nel fascismo lucchese (19201922)*, p. 10). Tuttavia, L'idea che la borghesia lucchese, soprattutto negli ambienti più progressisti, si era fatta del nuovo proletariato di fabbrica lucchese, frutto della organizzazione industriale di massa, si vide presso smentita. Veniva smentito, pur senza esagerare la portata degli eventi, il paradigma di una società sostanzialmente "docile" e aconflittuale, una immagine oleografia tramandata nel tempo di un mondo contadino che anche qualora diventi operaio resta terso dal conflitto sociale, sostenute dalla convinzione che le stesse forme di produzione industriale, incardinate sulla piccola impresa artigianale, impedivano il manifestarsi del conflitto di classe. Ancora all'inizio del Novecento sulle pagine de "Il Progresso", organo dell'Associazione Politica Progressista, organizzazione della borghesia riformista di Lucca, si leggeva: «Presso di noi una vera e propria separazione di classi non esiste: vi sono dei signori, dei professionisti, dei commercianti, degli artigiani, degli agricoltori ma una classe operaia, a sé, come una classe inferiore, differente in tutto alla superiore dirigente non esiste». (cfr. F. Petrini, *Aspetti dell'industrializzazione in Lucchesia: 1880-1901*, Documenti e Studi n. 5, dicembre 1986, pp. 5-101, p. 14).

[393] D. M. Bruni*, Le elezioni amministrative del 1920 in Toscana*, in S. Rogari, Il biennio nero in Toscana Crisi e

Ma dal 1920 in poi il consenso dei partiti costituzionali si sgretola sempre più. Nel settembre del 1920, inoltre, la piattaforma rivendicativa del sindacato rosso fa un salto qualitativo, radicalizzandosi: l'obiettivo non è più soltanto il miglioramento salariale ma comincia a farsi largo l'idea di arrivare a controllare direttamente le strutture produttive. Il 3 settembre del 1920 le maestranze operaie di Fornaci di Barga occupano, in maniera pacifica, gli stabilimenti della Società Metallurgica Italiana rivendicandone la gestione.[394] L'innalzamento dello scontro sociale irrigidisce ulteriormente le posizioni della controparte padronale che, riunita nelle organizzazioni dell'Agraria Toscana e dell'Unione Industriale Lucchese, sceglie di portare avanti un approccio muscolare nei confronti dei sindacati. Tuttavia, a fine 1920 la repressione militare e poliziesca del movimento "soviettista" porta a un generale riflusso della partecipazione sindacale, così che a Lucca, come in tutta Italia, il Biennio rosso si chiude con una battuta d'arresto delle forze rivoluzionarie. La sconfitta delle forze operaie apre un vuoto nello spazio politico organizzato. Sebbene l'iniziativa, a questo punto, torni formalmente nelle mani delle forze "d'ordine" e costituzionali, spesso legati al potere di conestabili locali, i partiti borghesi tradizionali – liberali, liberaldemocratici, repubblicani e radicali – si rivelano, tuttavia, troppo deboli e frammentati per dare vita ad un blocco politico che riesca ad incanalare e mobilitare la frustrazione ed il malessere che ampi settori sociali dimostrano, specialmente tra i reduci e i ceti medi. È in questo contesto che il combattentismo e il nazionalismo, già vitali sul territorio lucchese, emergono come le forze politiche tra le più attive e capaci d'iniziativa. Come osservano Quilici e Baranti[395] il combattentismo rappresenta nel primo dopoguerra una delle principali forze di mobilitazione della Lucchesia. Alimentato dal mito della "vittoria mutilata", dalle delusioni della conferenza parigina e dalle frustrazioni sociali del dopoguerra, questo si struttura in associazioni rivendicative molto aggressive, che iniziano a colpire – oramai apertamente e fisicamente - il socialismo locale. Alle elezioni politiche del 1919, il Partito dei Combattenti ottiene nel collegio Lucca-Massa-Carrara un significativo 13,1% dei voti (11.265 preferenze), segno di un consenso diretto e non mediato dalle vecchie forze politiche. Nel 1920, in blocco con liberali e popolari, i combattenti entrano nella giunta di Forte dei Marmi. È proprio da questo *milieu* combattentistico e nazionalista – pur elettoralmente frammentato, ma ideologicamente esteso e culturalmente formidabile - che prende forza il fascismo lucchese,[396] presentatosi alla città come il soggetto in grado

dissoluzione del ceto politico liberale, pp. 41-42.

394 A. Ventura, *Fornaci di Barga 1915-1920*, in Documenti e Studi n. 38, 2015, pp. 61-72.

395 L. Quilici-E. Baranti*, Lucca 1919: la vita politica e sociale della città raccontata dai giornali lucchesi*, In «Documenti e Studi», n.1, p. 14-17. L'universo combattentistico e nazionalista è così composto: «Sono tante e si fanno sentire in tutta la Lucchesia le forze coalizzate del nazionalismo nostrano pro-Dalmazia e Fiume. In prima fila le forze dell'ex interventismo lucchese, le associazioni patriottiche: Associazione Mutilati ed Invalidi di guerra, Associazione Democratica (Pannunzio), Associazione Ex Combattenti, Comitato di Azione Civile, Associazione Trento e Trieste, Fascio provinciale di Difesa Nazionale. Tutte queste associazioni si riuniscono a Lucca nei primi mesi del 1919 per costruire l'unità d'azione di tutte le forze interventiste […]»

396 Afferma Pardini che la continuità tra l'ambiente combattentistico e quello fascista è evidente sin dai primi momenti di vita politica del fascio lucchese: "Tutti gli aderenti al fascio erano anche iscritti all'Associazione Nazionale

di aggregare quel vasto blocco controrivoluzionario terrorizzato dagli eventi del 1920: dagli ambienti più conservatori del Partito Popolare, dai settori del liberalismo urbano e del notabilato agrario. Il fascio di combattimento, dopo un avvio incerto, viene costituito ufficialmente a Lucca in vista delle elezioni amministrative del 26 ottobre 1920, attirando al suo interno molti degli elementi più radicalmente antisocialisti, reduci e nazionalisti. Solo poche settimane dopo, il 14 dicembre, il fascio lucchese – con il contributo di quello pisano e senese - ha già la forza di organizzare la sua prima clamorosa azione squadrista: l'assalto al comizio del deputato socialista Lorenzo Ventavoli in piazza San Michele, che si conclude con diciannove feriti e due morti. È l'inizio di una presa sistematica del potere a livello comunale e provinciale.

Nel gennaio 1921, lo sciopero dei postelegrafonici, ultimo colpo di coda del movimento sindacale rosso, offre un'occasione decisiva per la saldatura delle forze d'ordine: le squadre antisciopero, organizzate da nazionalisti, liberali e fascisti, riescono a stroncare la mobilitazione operaia. Tra gli uomini d'ordine – per lo più espressione dell'aristocrazia terriera, del notabilato cittadino e della grande borghesia – che sostengono il blocco antisciopero, si distingue la figura del dottor Giovanni Sergiusti. Medico specializzato in ostetricia, Sergiusti rappresenta un punto di riferimento del liberalismo monarchico lucchese: già assessore all'igiene del Comune nel 1909, nel 1914 abbraccia con convinzione la causa interventista e si arruola volontario, servendo come capitano della Croce Rossa presso il campo ospedale militare di Lucca. Terminato il conflitto, prosegue il suo impegno politico: nel corso della mobilitazione contro lo sciopero dei postelegrafonici si mette a disposizione delle squadre di borghesi come *chauffeur*, mentre nell'aprile del 1921 si iscrive al fascio di combattimento lucchese e già l'anno seguente entra a far parte nell'organigramma del partito fascista in qualità di membro chiave della segreteria.[397] Nel 1922 il medico assume la presidenza della deputazione provinciale mentre l'anno successivo, in seguito alle elezioni provinciali del giugno 1923 che sanciscono il netto successo del blocco politico sostenuto dal Partito Nazionale Fascista, viene nominato commissario prefettizio della Provincia, in accordo con Carlo Scorza – divenuto nel frattempo ras del fascismo lucchese.[398] Da questa posizione, Sergiusti – esponente del fascismo intransigente lucchese - diviene il primo e unico interlocutore della direzione medica provinciale di Fregionaia. Intanto, il fascismo stabilisce e rafforza la propria presenza organizzativa anche nella zona dell'Oltreserchio.[399] Il 9 maggio 1921 Scorza, in qualità di membro della segreteria del fascio

Combattenti e la sala di via Guinigi, sede dell'ANC di Lucca, sarà il primo luogo di ritrovo del Fascio lucchese." (*Alle radici del fascismo "intransigente" Teoria e prassi politica nel fascismo lucchese (19201922)*, p. 14).

397 Paolo Baldanzi, *Alle origini del fascismo lucchese. Uomini e vicende 1914-1920*, in «Documenti e studi», n. 6-7, pp. 63-64.

398 G. Pardini*, Nascita del regime: la fine del sistema democratico-liberale e la normalizzazione statalista e totalitaria in provincia*, in «Documenti e studi», n.18/19, p. 157.

399 L'organizzazione del sindacalismo nazionalista, come l'UIdL di De Ambris e Corridoni, trova terreno fertile in molte realtà operaie lucchesi. Nel settore della sanità, ad esempio, i nazionalisti trovano tra gli infermieri una buona base di reclutamento. UIdL, ad esempio, appoggia tra il 1920 ed il 1921 la vertenza degli infermieri dei Regi Ospedali contro

lucchese, inaugura a Nozzano – a pochi chilometri dal manicomio – la sede locale del fascio, incitando i presenti a «perseverare nella lotta contro il comunismo».[400] L'attività istituzionale è accompagnata da un'intensa attività squadrista. La legione territoriale dei Carabinieri segnala, ad esempio, un "incidente fra fascisti e sconosciuti" avvenuto a Nozzano la sera del 12 giugno 1921: un gruppo di fascisti locali, guidati dal capostazione Gualtiero Bozzolini, si dirige verso la frazione di Balbano «a scopo di divertimento»; giunti nei pressi del sottopasso di Castiglioncello, vengono coinvolti in una colluttazione con alcuni sconosciuti. Nell'episodio viene colpito, «con vari pugni senza conseguenze», Francesco Fruzzetti.[401] Intanto, anche nell'istituto psichiatrico di Maggiano, già da inizio del 1922, è ormai operativo il sindacato fascista degli infermieri, sezione del sindacato fascista degli impiegati.[402] Tra il 1922 e il 1923 la sezione fascista degli infermieri di Maggiano si inserisce da subito in un contesto di acceso conflitto sindacale, originato dal tentativo della Deputazione provinciale di modificare il regolamento interno del personale infermieristico del 1913. Da questo scontro la sezione di Fregionaia della Confederazione Fascista delle Corporazioni Sindacali raggiunge la legittimità politica necessaria a muoversi con più agio negli ambienti infermieristici. E sebbene i fasci, in questa fase, mostrino un sindacalismo "nero" rivolto solo alla difesa dei diritti già acquisiti e sanciti dalla Carta degli infermieri – quindi non un sindacalismo "espansivo" direzionato alla conquista di nuovi diritti -, ciò è sufficiente a costruire loro una solida base di consenso tra i lavoratori. La riforma proposta, che apre formalmente la vertenza, prevede da un lato la riduzione del personale di assistenza, dall'altro la rettifica di benefici economici protetti proprio dal regolamento. A metà aprile il conflitto si inasprisce: il 18 aprile il sindacato fascista invia una lettera al direttore medico dichiarando l'impossibilità di accettare il nuovo regolamento, che colpisce direttamente i diritti dei dipendenti. Nella lettera si legge:

> questo sindacato non può accettare né riconoscere il regolamento speciale Interno per questo Ospedale Psichiatrico Provinciale testé promulgato perché falcidia diritti assolutamente acquisiti dal personale. I diritti in tratto non solo gli sono dati dal Regolamento Interno in vigore fino dal 1913, ma anche, e questo è di più, da quello Generale Organico.[403]

Nell'adunanza del 19 aprile la deputazione provinciale ribadisce che il regolamento approvato non è «da mutare», poiché concordato direttamente con il sindacato fascista. A questa affermazione replica il segretario sindacale dei fasci Bertolucci che, in una lettera del 23 aprile 1923, smentisce quanto dichiarato sia dalla deputazione sia dal direttore Cristiani. Secondo Bertolucci, infatti, le modifiche

---

la riduzione d'organico (Ministero per il lavoro e la previdenza sociale, *Bollettino del lavoro e della previdenza sociale, Industrie grafiche*, Roma, 1922, vol. 1, p. 261).

400 AISRECLu, *Fascismo e RSI*, busta 7, fasc. 43, c. 70

401 AISRECLu, *Fascismo e RSI*, busta 7, fasc. 43, c. 97-98

402 G. Pardini, *Alle radici del fascismo intransigente. Teoria e prassi politica del fascismo lucchese (1920-1922)*, in Documenti e Studi, n. 14/15, Lucca, Marco Litotipo, 1993, pg. 104, n. 176.

403 ASLu, OP, AG, fald. 130, busta 6, plico 1.

al regolamento non erano mai stato realmente discusso tra le parti sociali. Ricorda soltanto un'unica convocazione ufficiale, nella quale aveva fatto mettere a verbale la propria riserva a procedere per vie legali qualora fossero stati ridotti diritti già acquisiti; precisa, inoltre, che in quella sede il potere effettivo del sindacato era molto limitato. Nella stessa lettera, Bertolucci riferisce anche di un incontro riservato avuto direttamente nell'ufficio del direttore Cristiani. In quell'occasione si era dichiarato disposto a svolgere un'opera di persuasione - senza alcun vincolo formale - nei confronti del personale penalizzato dalle riduzioni, a condizione che venissero reinseriti nel regolamento almeno il diritto alle scarpe per le infermiere e alle pianelle. La promessa, però, non viene mantenuta dalla direzione e dalla provincia. Il segretario ribadisce quindi la posizione del sindacato, fermo nel «non voler accettare il Regolamento cui trattasi perché falcidiava diritti acquisiti». Il fulcro della contestazione si sposta principalmente sulle condizioni materiali del vestiario da lavoro: agli uomini si imponeva che la giacchetta durasse due stagioni anziché una, mentre alle donne venivano tolti i diritti al fustagno, al bordato, alle pianelle e alle scarpe. La vertenza ha un esito positivo, infatti il 1° settembre 1923 il sindacato degli infermieri di Maggiano informa la nuova deputazione provinciale, appena insediata dopo la nomina di Sergiusti, dello stato della vertenza:

> La precedente deputazione volle, proprio gl'ultimi giorni del suo potere, riformare il regolamento speciale Interno per questo Ospedale Psichiatrico Provinciale, riforma che, proprio per una sua illegalità, riuscì assai dannosa per questo personale Infermieri ed Infermiere

Nella lettera si sottolinea una contraddizione con il Regolamento Generale Organico: questo, approvato dal Consiglio il 4 aprile 1922, garantiva al personale il diritto al vestiario. Una decurtazione, quindi, avrebbe comportato una modifica al Regolamento stesso, che rientrava nella sola competenza del Consiglio e non poteva essere effettuata dalla deputazione. Nella seduta del 6 settembre, confermata poi con delibera del 27 settembre, la deputazione stralcia la riforma e ripristina le condizioni del vecchio regolamento sul vestiario. È con questa prima vittoria del sindacato nero che inizia il processo di cooptazione politica – stimolato dai vertici della provincia e del partito – del personale infermieristico.

La presa di potere da parte del fascio nella deputazione provinciale prima, e nell'amministrazione provinciale poi, apre una nuova fase nella storia del manicomio: un passaggio che, come vedremo, sarà foriero di sviluppi ulteriori, ma che, va ricordato, affonda le radici in un processo iniziato già una ventina di anni prima. Il vizio normativo della legge n. 36 del 1904, già contestato dai direttori medici, consiste infatti nel fatto che la norma, pur attribuendo loro importanti responsabilità amministrative, mantiene comunque un vincolo "politico" eterodiretto, subordinando gli istituti psichiatrici alle amministrazioni provinciali. La piramide amministrativa delineata dalla legge colloca al vertice il direttore, sotto di lui i medici, poi il corpo infermieristico e infine i

ricoverati. Ma al di sopra di questa gerarchia si staglia una figura di natura diversa, non tecnica ma politica, rappresentata dall'amministrazione provinciale da cui l'intero istituto dipende. Questo vincolo – che a Fregionaia era stato il frutto di una lunga battaglia tra l'amministrazione provinciale e l'Opera Pia – diventa ora lo strumento con cui il fascismo procede alla fascistizzazione del manicomio. L'arrivo di Sergiusti, esponente dell'ala più intransigente del partito, alla guida della provincia, segna, infatti, una svolta: l'assetto dell'istituto cambia radicalmente e il processo di fascistizzazione della struttura lucchese riceve una brusca accelerazione. Il regime dimostra così come esista una continuità diretta – anche normativa – tra il periodo liberale e quello fascista, una continuità che non necessita di essere trasformata perché la legge 36 dimostra di essere uno strumento flessibile, adattabile, che già predispone gli istituti psichiatrici a recepire le direttive politiche "dall'alto". Il manicomio si trova dunque, strutturalmente, in una condizione di subalternità. Ciò significa che lo spazio di autonomia medica che, come abbiamo visto, era stato incarnato dai primari e talvolta dallo stesso direttore, viene, ora, progressivamente schiacciato da una morsa: dall'alto, dagli indirizzi politici della provincia guidata da Sergiusti; dal basso, dal corpo infermieristico arruolato per motivazioni politiche e incaricato di controllare la vita interna all'istituto. Una pressione che ridurrà drasticamente sempre più i margini di non affiliazione al regime.

3.3 Separati dal mondo, ma non isolati: le prime fasi della fascistizzazione dell'istituto

All'uscita dalla guerra, l'ospedale psichiatrico di Lucca si presenta in condizioni tutto sommato buone, sia per quanto riguarda i tassi di dimissione che quelli di mortalità. Nel panorama nazionale del primo dopoguerra, l'istituto lucchese si distingue positivamente: con una media del 64,8% nel rapporto tra ammessi e dimessi, si colloca al settimo posto a livello italiano e al secondo tra i manicomi toscani, superato solo da Siena. Ancora più rilevante il dato sulla mortalità, dove Lucca, con una media del 7%, è al quarto posto nazionale e prima in Toscana, superando ampiamente Firenze (11,31%) e Siena (10,89%).[404] Tuttavia, l'idillio di un "buon" andamento amministrativo si infrange contro un clima crescente di tensione e intimidazione che, dall'esterno, penetra progressivamente anche nei reparti manicomiali. L'atmosfera si fa via via più pesante, e all'interno dell'istituto si registrano episodi di violenza. Il 5 febbraio 1921, ad esempio, una violenta rissa esplode nello stanzino della portineria tra due infermieri per motivi politici. A innescare lo scontro è un acceso

[404] Ferrarini (*Relazione tecnico-sanitaria sull'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Lucca*, Lucca, Amedei, 1921, p. 22. Per quanto riguarda il dato delle dimissioni, la situazione toscana necessita di una contestualizzazione: il dato senese – il migliore della regione – è, tuttavia, fortemente sbilanciato dato che ad un picco di dimissioni nel 1919 (89,6%) segue un crollo nel 1920 (35,4%), mentre, al contrario, Lucca mantiene un andamento più regolare e stabile. Anche rispetto a Firenze (52% nel 1919, 39,1% nel 1920) e Volterra (media 31,1%), Lucca mostra una maggiore continuità gestionale.

scambio di battute tra l'infermiere Veronesi e il collega Brancoli, noto per le sue simpatie socialiste:

> - Vedi hanno formato il fascio anche a Viareggio ora state in filo voialtri socialisti!
> - Non ti vergogni ad essere la spia dei fascisti?[405]

Brancoli viene sospeso per tre giorni dal lavoro.[406] Sebbene a Lucca non si arrivi agli estremi di altri manicomi – come, ad esempio, a Genova-Cogoleto, dove si registra perfino un omicidio a sfondo politico tra membri del personale – [407] l'episodio si inserisce, comunque, nel contesto di affermazione del fascismo, per mezzo della violenza, all'interno delle strutture sanitarie manicomiali.

Con l'ascesa al potere di Mussolini, nel novembre del 1922, prende avvio un processo di progressiva centralizzazione e consolidamento del potere, attuato attraverso l'occupazione sistematica delle istituzioni pubbliche. Il regime fascista avvia la costruzione di un articolato sistema di controllo e consenso, sempre più capillare, che penetra nei gangli dell'amministrazione statale e locale. In questo processo rientra anche il manicomio di Maggiano. Fin dai primi anni le strutture del partito esercitano una crescente pressione sui vertici dell'istituto per favorire l'inserimento di personale politicamente allineato nella struttura. Sin dai primi anni il potere fascista locale esercita una crescente pressione sui vertici dell'istituto affinché favoriscano l'inserimento di personale politicamente allineato. Questa strategia porterà, nel giro di pochi anni, a una vera e propria saldatura tra la dirigenza del fascismo provinciale e la base dell'organizzazione ospedaliera, unendo il massimo vertice politico locale con il personale infermieristico. Le ragioni di tale attenzione non sono difficili da comprendere. Già in epoca liberale il suo peso era notevole, ma nel 1922 raggiunge dimensioni enormi: la spesa per il mantenimento dei ricoverati ammonta a oltre 3 milioni e 400 mila lire, pari al 44,77% delle uscite provinciali. L'8 maggio del 1922 il Ministero dell'interno spedisce all'amministrazione provinciale, per voce del prefetto di Lucca Di Donato, un rapporto con tre punti critici particolari annotati sul bilancio preventivo del 1922. Al terzo punto – il più problematico a livello finanziario - c'è l'enorme spesa che rappresenta il manicomio: «la spesa dei dementi aumenta anche quest'anno di ben lire 120.000 ed è, fatte le debite proporzioni, delle più alte, se non la più alta, di quelle raggiunte dalle altre Province del Regno». Il rapporto medio tra la spesa manicomiale e il numero abitanti delle provincie si attesta nel resto d'Italia a 4,50 lire, questo rapporto a Lucca è di circa 7.06 lire.[408] Nel 1923 si registra una lieve flessione, ma già l'anno successivo la cifra risale, superando i 3 milioni e mezzo (44,70%). Nel 1925 si sfiorano i 3 milioni e 800 mila lire, con un leggero miglioramento percentuale (32%), mentre nel 1926 si tocca il picco massimo: oltre 4 milioni e 263 mila lire, a fronte di un bilancio complessivo di circa 14.200.000 lire (29,8%). Anche per il 1927 le previsioni indicano

---

405 AdFMT, *Corso istruzione infermieri,* 1931, c.8.
406 AdFMT, *Corso istruzione infermieri,* 1931, c.8.
407 P. F. Peloso, *La guerra dentro,* op. cit., pp. 22-27.
408 ASLu, OP, AG, fald. 129, busta 6, plico 1.

una spesa stabile, intorno ai 4 milioni.[409] Una spesa così ingente rende evidente l'esigenza di affidarne la gestione ad un personale fidato e politicamente allineato, che vigili sul controllo delle attività interne alla struttura. La stretta repressiva esercitata all'interno del manicomio colpisce in particolare i livelli inferiori della gerarchia sanitaria. Già nel 1922, il presidente della Deputazione provinciale diffonde una circolare interna che impone una dura restrizione sull'uso della stampa da parte dei dipendenti, accusati di criticare pubblicamente le scelte amministrative e di fomentare tensioni tra le categorie del personale e verso i superiori. Un atteggiamento che viene definito «indice di bolscevismo dissolvente, e quindi deplorevole e funesto». Sullo sfondo l'esigenza di tener segrete le difficoltà economiche che attraversa l'ente provinciale, che in quello stesso anno portarono a drastici tagli al personale e alle spese.[410] D'altronde, già nel 1922, la deputazione provinciale si muove per restringere ogni margine di libertà sindacale tra i dipendenti dell'ente: in occasione dello sciopero nazionale degli enti locali, indetto il 6 aprile 1922 per protestare contro il mancato pagamento della seconda indennità di caro-viveri, la deputazione interviene duramente, bollando lo sciopero come un «provvedimento così grave che viene a dannazione il pubblico», segno di «scarso senso di responsabilità» da parte del personale, a cui viene chiesto, al contrario, di restare «al proprio posto».[411] Tra il 1924 e il 1926, il commissario prefettizio Sergiusti, prepara le carte per dare l'assalto al manicomio e portare l'istituto sotto il più stretto controllo politico del fascio. Per rafforzare la presa, Sergiusti si affida a due strumenti: da un lato, un piano di nuove assunzioni; dall'altro, la riforma del personale infermieristico. Il 15 gennaio 1924, la deputazione provinciale istituisce il già citato corso teorico-pratico per gli aspiranti infermieri e infermiere. Il concorso – prodromico all'inserimento nella graduatoria di merito del personale avventizio - apparentemente orientato alla qualificazione del personale, si trasforma in un formidabile strumento di selezione politica dei candidati. Il 30 marzo 1924, viene dunque indetta la visita medica per valutare nuovi aspiranti, alla presenza dei dottori Cristiani e Fornasari da Verce. L'esame è finalizzato a verificare l'idoneità fisica dei candidati, ma anche a registrare elementi ritenuti penalizzanti ai fini dell'assunzione. Tutto viene preso in considerazione, si legge, ad esempio, che Giulio Landi, aspirante infermiere, viene penalizzato per un «tatuaggio braccio sinistro».[412] Ogni candidato viene sottoposto ad un attento esame delle sue

409 *Relazione e note illustrative al bilancio preventivo – per l'esercizio 1928*, Tip. Lippi, Lucca, 1928, p. 8. Nel bilancio provinciale del 1927 erano stati previsti 1.900.000 lire dalla sovrimposta e 1.300.000 lire dalla tassa sugli scambi, ma il Ministero delle Finanze riduce l'importo complessivo di 1.100.000 lire. Contestualmente, la spesa per il manicomio risulta superiore alle previsioni di circa 250.000 lire. Si calcola un costo giornaliero di 9,10 lire per degente, su circa 300.000 giornate di presenza. Sebbene si cerchi di contenere le spese, non è possibile ridurre ulteriormente la retta giornaliera, che nel 1926 era stata di 10,38 lire, con un'eccedenza di spesa di 575.000 lire rispetto al preventivo. Si prevede una riduzione massima di soli 30 centesimi al giorno. Inoltre, per il mantenimento di pazienti in altri manicomi o in custodia domestica, la provincia spende nel 1927 circa 900.000 lire.

410 ASLu, OP, *AG*, fasc.129, busta 6, plico 8.

411 APLu, AC, prot.. 181, 1922.

412 AdFMT, *Documenti ufficio di presidenza,* doc. 1. La necessità è di rimpiazzare con un *turnover* gli infermieri avventizi che scarseggiano per causa della guerra Il 30 marzo 1924, viene dunque indetta una visita medica per valutare

credenziali morali e politiche, basate sulle relazioni stilate e inviate ai medici dai fiduciari del Partito Nazionale Fascista e dal sindacato fascista, con l'obiettivo di reclutare solo elementi ritenuti politicamente affidabili. Ad esempio, delle venti infermiere inserite nella graduatoria, diciassette risultano segnalate dal fiduciario di zona come «fascista, brava ragazza»[413]. Nell'aprile 1926 il processo di fascistizzazione dell'Istituto psichiatrico di Maggiano subisce un'accelerazione. A rafforzare il piano di Sergiusti concorrono anche le gravi carenze strutturali del manicomio. Nel gennaio 1926, il direttore Cristiani scrive ai colleghi direttori dei manicomi di Firenze, Siena, Arezzo e Volterra per ottenere un quadro comparativo dei ricoverati e del personale. Il confronto è impietoso. A Firenze, 1.636 degenti sono seguiti da 232 infermieri (1 ogni 7); a Siena, 1.097 degenti e 174 infermieri (1 ogni 6,3); ad Arezzo, 559 malati per 93 infermieri (1 ogni 6); a Volterra il rapporto è analogo, circa 1 a 6. Il manicomio di Lucca, invece, con 904 ricoverati e appena 108 infermieri, registra il peggior dato regionale: un infermiere ogni 8,3 pazienti. L'8 febbraio, Cristiani inoltra la relazione a Sergiusti aggiungendo che il suggerimento del commissario di «mantenere il personale nei limiti dello stretto necessario», attuando una riduzione ulteriormente del personale, è impossibile senza compromettere l'efficacia del servizio assistenziale (si ricorda che è ancora in essere il regime di *no-restraint*).[414] La relazione di Cristiani si rivela, dunque, un assist prezioso per le mire di Sergiusti, proprio alla vigilia dell'apertura dei bandi di assunzione in manicomio a conclusione del concorso infermieri. Prima, però, Sergiusti mette mano alla riforma dell'intero organico provinciale, che culminerà nel settembre del 1927 con l'approvazione del *Regolamento generale e pianta organica degli impiegati e salariati*.[415] La riforma, avviata con la revisione dell'organico del manicomio, segna un punto di svolta nella subordinazione dell'istituto alla strategia di costruzione del consenso del potere fascista locale. All'articolo 3 del nuovo regolamento si stabilisce una composizione fortemente politicizzata delle commissioni giudicatrici per i concorsi per infermieri e medici: tre membri su cinque sono, ora, designati direttamente dal consiglio provinciale, rafforzando il peso della componente politica negli accessi ai pubblici impieghi. Contestualmente, si assiste ad un netto peggioramento delle condizioni contrattuali per il personale: gli articoli 33 e 34 revocano il diritto al compenso di un anno di stipendio per il personale anziano non iscritto alla Cassa nazionale di previdenza e sopprimono l'erogazione gratuita di cure mediche, farmaci e rette ospedaliere per patologie chirurgiche. Viene, inoltre, abolita la gratuità del vitto per il personale di servizio.[416] Tra le

---

nuovi aspiranti, alla presenza dei dottori Cristiani e Fornasari da Verce. L'esame è finalizzato a verificare l'idoneità fisica dei candidati, ma anche a registrare elementi ritenuti penalizzanti ai fini dell'assunzione. Si legge, ad esempio, che Landi Giulio, aspirante infermiere, viene penalizzato per un «tatuaggio braccio sinistro» (APLu, AC, prot. 40, 1924, 30 marzo 1924).

413 AdFMT, *Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri,* 1926, c. 8.

414 ASLu, OP, *AG*, fasc. 133, busta 6, plico 1.

415 *Regolamento generale e pianta organica degl'impiegati e salariati* (Lucca, tip. Lippi, 1928)

416 La svolta repressiva nei confronti del personale infermieristico aveva avuto inizio già diversi anni prima rispetto ai provvedimenti più noti e strutturati. Durante la gestione dell'Opera Pia, infatti, l'ospedale psichiatrico non era stato

misure più drastiche della riforma, tuttavia, vi è il ridimensionamento dell'organico "stabile": in un contesto più generale di politica di riduzione del debito provinciale,[417] i posti per gli infermieri effettivi passano da 60 a 20, determinando l'immediato collocamento fuori pianta di circa 40 tra infermieri ed infermiere.[418] Per sopperire al fabbisogno di personale e allo stesso tempo mantenere uno stretto controllo politico sull'organico, si ricorre massicciamente all'impiego di infermieri avventizi e giornalieri, più facilmente rimovibili, più gestibili e, soprattutto, meno costosi.

> [gli infermieri avventizi sono] confermabili di anno in anno, a forma dello speciale regolamento e che in tal modo l'amministrazione non dovrà sopportare spese di indennità o di pensioni per eventuali riduzioni del personale[419]

Una scelta che consente di mantenere una rotazione forzata tra gli operatori, alimentando un sistema clientelare e instabile, basato, certamente, su criteri di fedeltà al regime e di connivenza con le cariche politiche locali. A queste dinamiche si accompagna, tuttavia, una reazione - per quanto sommessa - da parte del personale, immediatamente e duramente repressa. Il 5 maggio 1926, al momento dell'ingresso in servizio, un gruppo di infermieri si raduna in portineria per criticare la "nuova sistemazione organica". Tra i più espliciti figurano il barbiere Giovanni Vannucchi e il capo-colono Annibale Buchignani, quest'ultimo autore – a quanto afferma un terzo infermiere avventizio presente, in una comunicazione delatoria fatta ai superiori - di generiche «minaccie[sic]». L'economo dell'ospedale, figura chiave nella gestione del personale e responsabile fiscale dell'istituto, cui viene riferito l'episodio, decide di non inoltrare rapporto formale né al direttore né agli uffici provinciali, minimizzando l'accaduto: «il nostro personale ha un po' l'abitudine alla critica, salvo però ad essere docilissimo nell'accettare tutte le disposizioni». I due vengono comunque richiamati e rimproverati. Afferma l'economo che i due: «mi assicurarono però che non avevano nell'animo nessun senso di

---

dotato di un regolamento interno specifico – redatto sulla base delle disposizioni previste dalla legge del 14 febbraio 1904 – che disciplinasse organicamente la vita quotidiana all'interno dell'istituto. È solo a seguito della provincializzazione del manicomio che l'Amministrazione provinciale, guidata da Barsanti, si attiva affinché tale regolamento venisse finalmente elaborato, anche su sollecitazione del corpo medico e sanitario. Il testo normativo, lungi dall'essere un semplice strumento organizzativo, rappresentava in realtà il consolidamento del potere amministrativo esercitato dai medici sull'intera struttura. Il regolamento sanciva, tra l'altro, il controllo esclusivo da parte dei sanitari sull'alimentazione dei pazienti, attraverso l'introduzione di una tabella dietetica; la totale discrezionalità dei medici nell'accettazione o nel respingimento del cibo portato dall'esterno; e la possibilità, riservata unicamente a loro, di prescrivere qualsiasi specialità farmaceutica. In linea con questo rafforzamento del controllo medico, nel 1923 fu introdotta una stretta significativa anche sul regime dei permessi per malattia concessi al personale. Da quel momento, le visite domiciliari per la certificazione dello stato di salute non furono più affidate a medici generici, ma riservate ai medici fiduciari dell'istituto stesso. L'Amministrazione giustificava tale misura con l'intento di arginare presunti abusi, dichiarando: «Nell'anno 1923, a togliere abusi avanti verificatisi con un forte aumento di giornate di malattia, furono messi dall'Amministrazione dei freni (medico fiduciario, certificato medico, ecc.), i quali valsero a impedire quegli abusi e a diminuire le giornate di malattia». ASLu, OP, *AG*, fald. 135, fasc. 6, plico 6.

417 Il debito della provincia tra il 1926 ed il 1928 passa da un passivo di quasi un milione di lire ad un bilancio in pari tra entrate ed uscite, complice anche i forti tagli. *Relazione del commissario straordinario per la provincia di Lucca*, A. Lippi, Lucca, 1929, p. 6-7.

418 Degli infermieri rimossi dalla pianta organica, solo 25, ancora nel 1935, risultano registrati nella graduatoria degli avventizi in attesa di essere assunti nuovamente nel ruolo di effettivi. Segno di una certa difficoltà di cambiare lavoro, difficoltà a rientrare in organico, ma anche segno che si è scelto di allontanare dalla pianta organica tutti quei soggetti su cui non si potava fare strettamente affidamento. (APLu, AC, Prot. 38, 1935, 6 aprile).

419 ASLu, OP, *AG*, fald. 135, busta 5, plico 1.

ribellione verso le disposizioni». Ebbene, il clima si irrigidisce immediatamente: Cristiani, venuto a conoscenza dell'accaduto, emana una circolare interna che vieta in modo tassativo qualsiasi commento sulla riforma dell'organico: «è assolutamente vietato esprimere qualsiasi giudizio sulla riforma organica recentemente applicata dall'On. Commissario nella sua alta competenza e autorità». Anche «la benché minima critica» sarebbe perseguita a livello disciplinare. Anche il commissario Sergiusti, tuttavia, viene a conoscenza dell'episodio e chiede, al contrario della blanda reprimenda di Cristiani, che i due vengano sospesi dal lavoro – con sospensione dello stipendio - per un mese. Il 7 maggio, l'economo dell'istituto e il direttore Cristiani intercedono in favore dei due operai, richiedendo al Commissario Sergiusti un «atto di clemenza». Alla richiesta è allegata una lettera firmata dagli stessi Buchignani e Vannucchi, nella quale gli infermieri, nel chiedere scusa per l'accaduto, attribuiscono le proprie parole ad una «conseguenza di frizzi e scherzi fra compagni, cosa abitudinaria nel momento in cui siamo riuniti all'ingresso in servizio». Sebbene la sanzione venga inizialmente rimodulata in una sospensione salariale di due giorni al mese - fino a raggiungere il massimo di trenta giornate – e infine revocata da Sergiusti stesso in occasione delle nozze di Carlo Scorza, il 9 giugno, l'episodio rivela con chiarezza il clima di pesante censura e repressione che si respira all'interno dell'istituto. [420] Il disagio degli infermieri è confermato dagli immediati effetti della riforma. Un prospetto del luglio 1926 mostra la distribuzione giornaliera del personale: nel reparto maschile, con una media di 500 pazienti, operano circa 18-20 infermieri effettivi e 39 avventizi; nel reparto femminile, su 407 ricoverate, si contano solo 15 infermiere effettive e una trentina di avventizie. Solo nelle officine prevale ancora il personale di ruolo: panificio, lavanderia, muratori, falegnami, portinai, cuochi, farmacisti. Si tratta tuttavia di posizioni già in passato colpite dalla riforma, che aveva drasticamente ridotto i posti di lavoro attraverso l'introduzione del lavoro coatto dei ricoverati. Mentre alcuni settori marginali (servizi generali, barbiere, telai) fanno ampio ricorso agli avventizi.[421] La vita degli avventizi è segnata da un'instabilità cronica e da un forte stress lavorativo: nel novembre 1926, ad esempio, otto infermieri avventizi chiedono formalmente di essere esonerati per un anno dalle chiamate giornaliere per poter svolgere altri lavori, senza però essere penalizzati nelle graduatorie, causa le difficoltà salariali.[422] Vinte le resistenze del personale infermieri il 16 maggio del 1926, la commissione esaminatrice sottopone a prova orale e pratica i partecipanti al corso al fine di stilare le graduatorie di merito, la commissione è composta: da Andrea Cristiani, dallo stesso Commissario prefettizio Sergiusti ed dal medico della provincia Costantino

420 Le carte che riguardano l'episodio dei due infermieri sono contenute in APLu, AC, prot. 30, 1926, 6 maggio.

421 APLu, AC, prot. 30, 1926. Quella di amnistiare le punizioni in occasione di una celebrazione non è una pratica insolita ma che si utilizzerà anche in seguito, ad esempio in (ASLu, OP, *AG*, fasc.139, busta 6, plico 5) si legge che in occasione del decennale dell'era fascista vengono amnistiate tutte le punizioni del corpo infermieri.

422 APLu, AC, prot. 30, 1926, novembre 1926.

Pasero.[423] Quello stesso giorno vengono subito depennati dalla lista degli aspiranti infermieri Amleto Cozzoli e Alfonso Cervelli, contrassegnati con la sigla "antif." - *antifascista*.[424] Mentre per gli aspiranti Anteo Coturri, Federico D'arrigo e Luigi Bianchi «non essendoci nessuna dichiarazione dell'ispettore di zona del P.N.F. […] si potranno solo chiamare in casi eccezionali».[425] Ancora per tutto il '26 continuano le discriminazioni. Il 29 novembre, Cristiani informa il Commissario Prefettizio di aver radiato, su indicazione del fiduciario di zona altri due candidati: Gustavo Consani, schedato come «antifascista», e Lucchesi Roberto.[426] Il giorno seguente, Sergiusti – non ancora soddisfatto da come procede l'epurazione degli elementi invisi al regime - inoltra al direttore medico una lettera nella quale chiede che «Ella chiami in servizio quelli che crede i più meritevoli _ ex – combattenti, fascisti, disoccupati poveri _ lasciando indietro gli ex-comunisti, antifascisti, possidenti».[427] Due giorni più tardi, il direttore risponde alla lettera di Sergiusti segnalando che: «dell'elenco di sopraricordato dell'Ispettore di zona G. Fabiani [...] di detto elenco 15 aspiranti infermieri avversi al regime» sono già stati depennati dai registri degli aspiranti. E ancora: in una lettera del 27 dicembre 1926 al Commissario Prefettizio, Cristiani conferma la rigorosa applicazione delle direttive politiche: «attenendomi alle disposizioni che Ella mi dette in proposito, io non ho più chiamato in servizio aspiranti infermieri antifascisti e i non bisognosi».[428] La graduatoria del 1926 culmina in una lista di meritevoli resa pubblica il 13 gennaio 1928, redatta «di pieno accordo coi Rappresentanti dell'A.M. del pubblico impiego e del P.N.Fascista».[429] Tra i criteri di valutazione, espressi in trentesimi, l'iscrizione al partito garantisce fino a cinque punti, confermando il peso determinante dell'affiliazione politica nelle selezioni.[430] Il 19 febbraio 1926, il commissario prefettizio Sergiusti impone a medici e impiegati del manicomio il giuramento di fedeltà al regime. A sottoscrivere il documento sono 179 membri del personale medico e infermieristico. Il giuramento viene ripetuto ufficialmente il 27 febbraio per il personale assente, come nel caso dell'infermiere Egidio Fambrini, assente per malattia, e di nuovo ripetuto il 6 maggio. Lo stesso 6 maggio viene data a Sergiusti la copia del verbale di prestazione del giuramento di fedeltà al fascismo dall'ufficio della direzione medica. Tra i nomi dei sottoscrittori mancano solo due dipendenti, i quali si rifiutano apertamente di firmare il giuramento, sono: Alfredo Roemer, contabile del manicomio, e l'infermiera

423 APLu, AC, prot. 40, 1924, 17 maggio del 1926.
424 AdFMT, *Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri,* 1926, c. 22.
425 AdFMT, *Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri,* 1926, c. 29.
426 AdFMT, *Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri,* 1926, c. 20.
427 AdFMT, *Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri,* 1926, c. 13.
428 AdFMT, *Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri,* 1926, c. 28.
429 Dei 50 elementi scelti tra gli ammessi al corso teorico e pratico solo 30 diventano vengono nominati allievi infermieri, come scritto da bando cfr. APLu, AC, prot. 40, 1924, 20 gennaio 1924. Tra ottobre e novembre del 1928 si apre un nuovo corso pratico per infermieri. Nei certificati richiesti si trova, ora, anche quello di buona condotta morale, civile e politica (cfr. ad es. cartella di Dino Bandiera APLu, AC, *Dep. Provinciale, Corso infermieri istanze*, Affari, 1928, 498).
430 AdFMT, *Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri,* 1926, cc. 26-27.

Matilde Garini. Ai due, «non avendo voluto firmare»[431], viene immediatamente consegnata la lettera di licenziamento, in applicazione della legge n. 2300 del 24 dicembre '25, che permette di dispensare dal servizio i «dipendenti da qualsiasi Amministrazione dello Stato, che […] si pongano in condizioni di incompatibilità con le generali direttive politiche del Governo». Inizia una sempre più opprimente ingerenza di Sergiusti negli affari del manicomio, il 5 marzo del '27 il commissario chiede al direttore una ulteriore stretta sui permessi per assentarsi dal lavoro dei salariati, limitando i permessi solo a casi «di carattere assolutamente urgente ed eccezionale».[432] Intanto, anche fuori dalle mura dell'ospedale, il regime stringe le maglie del controllo nella piana dell'Oltreserchio. Il 16 gennaio 1925, un'ondata di perquisizioni ordinate dal questore di Lucca colpisce la campagna circostante al manicomio, coinvolgendo abitazioni ed esercizi commerciali a Ponte San Pietro, Maggiano, Farneta e Santa Maria a Colle. Tre persone vengono denunciate per detenzione illegale di armi e munizioni.[433]

Dopo la prima fase del '26, le pressioni su Cristiani da parte della provincia e del sindacato fascista si intensificano. Il 19 novembre 1927, il commissario prefettizio Sergiusti inoltra al direttore – senza alcun commento aggiuntivo – una lettera firmata dal fiduciario di zona Bertolucci, già trasmessa alla sua attenzione. Nella missiva, Bertolucci si fa portavoce del malcontento dell'Associazione fascista del pubblico impiego di Maggiano, accusando Cristiani di non promuovere con sufficiente zelo l'inserimento degli elementi più fedeli al regime tra le fila del personale dell'istituto:

> Mi faccio un dovere d'informare V.S.ILLma che il modo come vengono chiamati attualmente in servizio gli aspiranti infermieri, per gli eventuali rimpiazzi, dà luogo spesso a lagnanze per parte di alcuni di essi. Si nota infatti che alcuni lavorano continuamente, altri saltuariamente, ed altri assolutamente nulla; peggio ancora è il fatto che vediamo spesso in servizio elementi non fascisti né combattenti mentre questi ultimi sono lasciati più in disparte. Se diamo poi uno sguardo alla nota che regola l'Ispettore per la chiamata in servizio del personale in parola, troviamo a fianco dei vari nomi annotazioni, come ad esempio, questa: "No" "si chiami poco" "si chiami in cassi [sic] eccezionali ecc." […] consigliamo una revisione generale.

Bertolucci chiede il rinnovo dell'organigramma dell'istituto e che, in questo processo, vengano coinvolti maggiormente gli elementi per «meriti di fascista, combattente, mutilato ecc. tenere conto all'atto che dovranno essere scelti per la nomina ed avventizi di ruolo».[434] Cristiani cede alle pressioni sindacali. Nel 1928 viene promosso dalla provincia un nuovo concorso per accedere alla scuola di formazione teorica e pratica per infermieri e stavolta il criterio di fedeltà nella scelta dei nominativi è ancor più smaccato. Compongono la commissione chiamata a valutare le 217 richieste di iscrizione direttamente tre esponenti del fascio: Dante Briganti, rappresentante della federazione fascista

---

431 ASLu, OP, *AG*, fald. 133, busta 6, plico 1.

432 ASLu, OP, *AG*, fald. 134, busta 6, plico 1 (n. 9.3-27; prot. 488).

433 Cfr. *Sequestri e perquisizioni*, in «Corriere della sera», 17 gennaio 1925.

434 AdFMT, *Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri,* 1926, c. 14-15.

lucchese, Dante Menichetti, in vece delle organizzazioni sindacali fasciste, e Ruggero Lazzoni, rappresentante del pubblico impiego fascista.[435] I tre commissari incaricati della selezione valutano i candidati secondo una griglia di criteri che comprende le condizioni economiche, i precedenti politici e la «posizione attuale verso il fascismo». Nella relazione del 9 gennaio 1929 si precisa che tra coloro ritenuti inammissibili figurano anche «quelli che per precedenti politici non sono ritenuti degni di appartenere ad una pubblica Amministrazione». Altri elementi presi in considerazione sono l'età, l'eventuale invalidità, la distanza geografica dal manicomio, le buone condizioni economiche, il livello d'istruzione e il servizio militare svolto.[436] Con la leva delle assunzioni iniziate con i concorsi di preparazione professionale del 1924 e 1928[437] il manicomio viene definitivamente *fascistizzato.* Nel giro di alcuni anni, tra le file del corpo infermieri, vengono arruolati nomi noti e figure apicali del fascismo dell'Oltreserchio lucchese: Vittorio Marlia, segretario del Fascio di Nozzano San Pietro; Italo Fabiani, segretario del fascio di Ponte San Pietro; Cesare D'Arrigo, segretario del fascio di Nozzano Castello; Aniceto Lencioni, segretario del Fascio di S. Macario; Giuseppe Cortopassi, segretario politico del fascio di Maggiano.[438] Numerosi anche gli squadristi tra i più attivi della piana: Pietro Carlotti, Ubaldo Dalle Piagge, Guglielmo D'Arrigo – tutti presenti nelle formazioni *ante marcia* su Roma – accanto a figure come Aniceto Lencioni ed Egizio Dalle Piagge, che le carte dell'epurazione del 1945 segnaleranno addirittura con la qualifica di "gerarchi".[439] In un prospetto vergato dal vicedirettore Ferrarini, per quanto riguarda le richieste di benemerenze fasciste nel '33 si

---

435 APLu, AC, *Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza*, affari, n. 498, 21 gennaio 1930.

436 APLu, AC, *Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza*, Affari, n. 498, 9 gennaio 1929. I nomi sono dieci in totale: Rodolfo Bianchini, Dante Fambrini, Vittorio Fambrini, Casimiro Chiocchetti, Mario Matteoli, Ferdinando Fambrini, Giovanni Berrettoni, Pilade Marcucci, Pietro Bertolozzi, Lelio Marlia. Tra le donne non risultano escluse per motivazioni politiche e, tutte, raggiungono il massimo nella valutazione verso l'operato del fascismo. Il "consenso" unanime al fascio da parte delle donne, cela, invero, una maggiore difficoltà di partecipazione agli spazi politici, anche del dissenso, e di aggregazione delle donne ed una sostanziale visione passiva del ruolo della donna. Le donne fasciste sono

437 APLu, AC, *Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza*, Affari, n. 498, 25 marzo del 1946 si riapre la graduatoria di merito degli anni passati «per eliminare tutte le votazioni e preferenze attribuite per meriti fascisti». Nella graduatoria si leggono appunti importanti: vengono reintegrati nella graduatoria del 1926: Fambrini Armando, Gemignani Italo, Cervelli Alfonso, Fambrini Luigi, Bianchini Achille, Consani Gustavo. Nella graduatoria del 1928: Lencioni Aniceto sospeso per epurazione, Bianchini Dante partito con la milizia come Allegrini Giuseppe, Baralla Gisberto, mentre Casini Italo sarebbe riportato al ruolo di avventizio nel quale fu promosso per meriti fascisti. Nella graduatoria del 1936, gli epurati sono molti: Dalle Piagge Filippo, Dalle Piagge Ubaldo, D'Arrigo Guglielmo, Carlotti Pietro, Marlia Enrico, Olivati Elio (brigatista nero).

438 AISRECLu, *Fascismo e RSI*, busta 17, fasc. 135. Giuseppe Cortopassi, capo squadra del «Battaglione d'Assalto», viene raccomandato, nel gennaio del 1930, a graduatoria ancora aperta da Sergiusti in persona (Archivio della provincia, *Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza*, Affari, n. 498, 18 gennaio 1930). Per una panoramica dell'organigramma del fascismo d'Oltreserchio *cfr*. sempre in AISRECLu, *Fascismo e RSI*, busta 17, fasc. 135, "*Elenco dei fasci di combattimento della provincia suddiviso per zone*: all'interno della suddivisione territoriale del Fascio lucchese, la zona VIII corrisponde all'area dell'Oltreserchio. Per questa circoscrizione risultano nominati il dott. Borella per la parte politica e Giuseppe Tessandori per quella amministrativa. Tra i segretari dei Fasci locali figurano: Nello Simi per Nozzano Castello; Vittorio Marlia per Chiatri-Nozzano San Pietro; Italo Fabiani per Ponte San Pietro; Aniceto Lencioni per San Macario; Amedeo Cattani per Santa Maria a Colle.

439 AdFMT, Personale sospeso per epurazione, fasc. 10, cc. 3-5

legge che queste riguardano almeno 5 infermieri:

> Fabiani Italo, Marlia Vittorio, Dalle Piagge Egizio, Casini Italo, Consani Alberto, hanno presentato, in originale, l'attestato di partecipazione alla Marcia su Roma. Inoltre, il Fabiani Italo ha presentato, sempre in originale, anche il Brevetto di concessione della Croce per anzianità di servizio M.V.S.N.[440]

Il 5 maggio 1933, su proposta del federale fascista, l'amministrazione provinciale delibera il riconoscimento di un'anzianità di servizio commisurata al periodo di iscrizione al Partito Nazionale Fascista anteriore alla marcia su Roma, estendendo così ai dipendenti della provincia di Lucca un analogo provvedimento già adottato a Verona. Si tratta, di fatto, di un premio economico fondato su criteri esclusivamente politici. Tra i tredici dipendenti beneficiari a livello provinciale, ben nove risultano essere lavoratori del manicomio: un dato che conferma quanto il corpo infermieristico dell'ospedale psichiatrico rappresenti il fulcro del fascismo tra i lavoratori dell'amministrazione pubblica provinciale. Nello specifico, i beneficiari si dividono tra quattro infermieri effettivi (Eugenio Chelini, Giuseppe Pernica, Fioravante Marlia e Italo Fabiani) e cinque infermieri avventizi (Alberto Bianchini, Alberto Consani, Alfredo Landini, Vittorio Marlia e Egisto Dalle Piagge). Il più "titolato" di tutti è Vittorio Marlia, cui vengono riconosciuti ben 550 giorni di anzianità "politica".[441] Figura centrale di questo gruppo, Marlia è l'architrave del processo di penetrazione fascista all'interno dell'istituto. Ex sergente durante la Prima guerra mondiale e barrocciaio di professione, si iscrive al Partito Nazionale Fascista il 27 aprile 1921.[442] Negli anni successivi si rende autore di pestaggi e bastonature nella zona dell'Oltreserchio e nei dintorni. Nel 1925 partecipa a una spedizione punitiva a Cerasomma, culminata nel pestaggio di Beniamino Bisordi, poi costretto a fuggire in Sudamerica.[443] Entra in servizio come infermiere avventizio a Maggiano il 16 aprile 1927, dopo il collocamento a riposo dell'infermiere Egidio Fambrini.[444] La sua ascesa, rapida e sostenuta, si inserisce in un chiaro contesto clientelare: ammesso tramite il primo concorso del 1926, Marlia beneficia dell'appoggio diretto del segretario politico del fascio di Ponte San Pietro, Italo Fabiani, che gli consente, addirittura, di poter sostenere l'esame di idoneità in una sessione separata rispetto agli altri candidati.[445] Il 6 aprile 1934, Il 6 aprile 1934, in vista della riorganizzazione del corpo infermieristico, Cristiani redige una lunga relazione sul personale, che funge da base per la selezione dei profili da promuovere. La riorganizzazione, infatti, comporta un ampliamento della pianta organica con l'apertura di undici nuovi posti da infermiere effettivo, per i quali vengono applicati due criteri di selezione: uno per

---

440 ASLu, OP, AG, fald, 140, busta 12, plico 2.

441 APLu, AC, Prot. 243, 1933: il 5 maggio del 1933.

442 G. Fulvetti, *Una comunità in guerra. La certosa di Farneta tra resistenza civile e violenza nazista*, L'ancora del Mediterranea, 2006, Napoli, p. 100-103. Afferma Fulvetti che Marlia è autore primo del proprio destino: è lo stesso Marlia, infatti, a fondare, a metà degli anni Trenta, il fascio di Nozzano San Pietro di cui sarà, non a caso, primo segretario, contrapposto al fascio della vicina Nozzano Castello.

443 AISREC, Processi, busta 22, fasc. 26, 13 giugno 1945.

444 APLu, AC, prot. 38, 1935

445 APLu, AC, *Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza,* Affari, n. 498, 26 novembre 1926.

merito e l'altro per anzianità. In cima alla lista figura, unico per merito, proprio Vittorio Marlia. Seguono Battistina Magnoli, Domenico Allegrini, Giuseppe Vannucci, Salvatore Cervelli, Cesare D'Arrigo, Enrico Buchignani, Alberto Bianchini, Cesare Bianchi, Gino D'Arrigo e Delio Marlia, tutti promossi secondo il criterio dell'anzianità.

> Ho seguito il criterio della promozione per merito per l'infermiere Marlia Vittorio assegnandogli il primo posto fra quelli promovibili ad effettivo per l'assistenza immediata perché durante i molti anni di servizio il Marlia ha sempre rivelato intelligenza pronta, zelo non comune e spiccato senso del dovere[446]

Al momento della promozione a infermiere effettivo, Vittorio Marlia riveste già il ruolo di caposervizio supplente. Attorno a lui si consolida rapidamente il gruppo coeso degli infermieri fascisti, che si delinea fin da subito come un nucleo di potere interno alla struttura. Questo gruppo agisce come un vero e proprio blocco di pressione, capace di orientare le assunzioni, condizionare le promozioni e persino promuovere rivendicazioni sindacali di tipo corporativista. Il 20 dicembre 1932 Marlia viene nominato – a seguito delle dimissioni del ragioniere Domenico Simoni dalla carica di reggente – da Lazzoni all'interno della consulta di cinque fascisti incaricati di dirigere la sezione fascista per il pubblico impiego del gruppo infermieri dell'ospedale psichiatrico di Fregionaia. Il 27 marzo dell'anno seguente, sempre il fiduciario provinciale della Federazione dei fasci di combattimento della Lucchesia conferma il direttorio del sottogruppo manicomiale per il pubblico impiego, ponendo ufficialmente Marlia alla sua guida.[447] Il 22 maggio 1935 Marlia ottiene un'ulteriore promozione: viene nominato ispettore del personale infermieristico. Il documento che accompagna la nomina di Marlia è un esempio cristallino di costruzione *ad usum Delphini* di carte volte a mascherare i veri interessi in campo e i meccanismi clientelari. La proposta di promozione parte dalla direzione medica – allora retta *pro tempore* dal vicedirettore Ferrarini – che il 22 aprile suggerisce di affidare a Marlia l'incarico lasciato vacante dal pensionamento dell'ispettore Guglielmo Celoni. A giustificazione dell'esclusione di Egidio Minciotti, viceispettore in carica, si riporta che quest'ultimo avrebbe «recisamente espresso il desiderio di non essere promosso al posto superiore».[448] Sempre nella lettera del 22 aprile viene comunicato, inoltre, che in via provvisoria viene affidato l'incarico di vice-ispettorato a D'Arrigo Cesare – anch'esso segretario del fascio di Nozzano Castello. Dalle carte si apprende che nella mancata nomina di Minciotti si nasconde una valutazione tutta politica:

> quando lasciò il servizio l'Ispettore Celoni, la promozione veniva di diritto e in pieno merito al Minciotti. Ma il Direttore Dot. Cristiani lo invitò a rinunciare alla nomina, perché il Minciotti, pur non avendo mai avuto attività politica di sorta né assunto mai atteggiamenti ostili al governo fascista, non era iscritto al partito. Al suo posto fu nominato subito l'infermiere effettivo semplice Marlia Vittoria, fascista della pria ora, squadrista, marcia su

446 APLu, AC, prot. 38, 1935
447 ASLu, OP, *Direzione medica*, fald.140 (1933), Fasc. 6, plico.
448 APLu, AC, prot. 38, 1935.

Roma e segretario del fascio di Nozzano[449]

Dal 1926 è sempre più chiaro che l'anzianità come criterio di promozione e di accesso alla carriera all'interno della gerarchia dell'istituto sia diventato, ormai, un elemento secondario, lasciando sempre più spazio ad una gestione fondata sui meccanismi di arbitrarietà politica: un tema da tener presente quando, come vedremo, nel 1936 si dovrà scegliere il nuovo direttore medico.

A rafforzare, inoltre, l'opera di reclutamento del personale concorre l'aumento degli internamenti, che coincide con il periodo di consolidamento del regime. Nel 1921 i ricoverati presenti al primo di gennaio sono 760, già nel 1926 la cifra s'aggira attorno ai 915. Gli anni seguenti si assiste ad una crescita continua. In circa 15 anni, dal consolidamento del regime, il numero delle presenze fisse più che raddoppia, se ne offe un prospetto:

1923– 778
1924 - 796
1925 – 855
1926 - 897
1927 - 916
1928 - 929
1929 - 1164
1930 - 1285
1931 - 1338
1932 - 1358
1933 - 1369
1934 – 1417
1935 – 1481
1936 – 1590
1937 - 1600
1938 – 1590

Considerando che nel ventennio precedente, dal 1901 al 1921, la crescita è di sole circa 60 internamenti: nel 1901 sono 701 gli internati, mentre nel 1921 sono 761. Una crescita bassissima, dell'8,6% circa, rispetto al tasso di crescita degli internamenti a Maggiano del quindicennio fascista che supera il 105%.[450] Il 25 giugno 1928 viene firmata una convenzione tra le province consorelle di Lucca e Pistoia per il trasferimento a Maggiano dei malati pistoiesi, fino ad allora ricoverati negli stabili del San Salvi di Firenze. Già nel primo mese, giungono al manicomio lucchese 220 nuovi

[449] AdFMT, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca*, Fascicolo personale dell'Infermiere Vice Ispettore degli ispettori Minciotti Egidio. Nato nel marzo 1878, nato a S. Maria a Colle (Lucca), cattolico, titolo di studio elementari, non iscritto al PNF, Minciotti è assunto il 30 aprile 1904 è servente giornaliero, il 1° luglio 1908 passa a infermiere di terza classe e il 1° luglio 1922 è capo reparto. Il 1° ottobre 1927 è nominato viceispettore. «Operaro della Chiesa di S. Maria a Colle, presidente della Commissione paesana», Minciotti è dispensato dalla guerra in quanto infermiere e perché figlio di padre cieco. Ha tre figli che lavorano con lui in manicomio. Nella sezione *Osservazioni del medico direttore* si legge del caso della mancata nomina.

[450] Vi è tuttavia da fare alcuni distinguo in questi dati. Dal 1903 al 1911 il numero di ricoverati aumenta di centinaia di ricoverati, arrivando al limite record di 1001 malati, un aumento "esterno" che deriva dalla convenzione che Lucca stipula con la provincia di Massa e di Carrara. La convenzione si concluse nel 1911 quando Massa e Carrara stipula un accordo con il San Niccolò di Siena.

internati (100 donne e 120 uomini), provocando un immediato sovraccarico per il personale. Il rapporto tra numero ricoverati e numero di infermieri rischia di saltare definitivamente:

> Infatti, oggi avendo 49 infermieri in servizio per 432 ammalate il rapporto è di 1 a 8,8, con l'arrivo delle 100 donne a Firenze il rapporto salirà a 1 infermiera per 9,5 malate (le ammalate passano da 432 a 532). lo stesso per gli uomini che con l'arrivo di 120 malati, il rapporto attuale già alto di 1 infermiere per 9,1 malati (60 inf. A 548 malati) aumenterà di 1:9,6 (60 più 9 assunti a fronte di un totale di 668 malati)[451]

Tra il 1929 e il 1930 il numero dei malati aumenta a dismisura: per la prima volta i ricoveri superano il migliaio stabile. In una lettera del 13 novembre 1931,[452] Cristiani – che solo due anni prima aveva definito «saggissima» la scelta della convenzione – [453] giudica la convenzione un disastro per lo stabile. Anche accelerando il turnover con un aumento delle dimissioni, il numero dei ricoveri continua a crescere in modo strutturale: almeno cento in più ogni anno. Nel 1931 si raggiunge il record di 1.358 ricoveri. Si arriva ad un punto tale che, per rispettare il rapporto di almeno un medico ogni 100 ricoverati, sarebbe necessario aumentare di un terzo il numero di dottori, procedendo con

---

451 ASLu, OP, *Direzione medica*, fald.135, 5, 1. Già il 9 luglio 1928, con l'arrivo dei malati dalla provincia di Pistoia, il direttore Cristiani si trova a riorganizzare in emergenza il personale, assumendo 1 infermiera e 3 infermieri per la vigilanza dei nuovi ricoverati, e 4 infermieri per la succursale di Lucca. A fronte di una situazione sempre più difficile, Cristiani accetta provvisoriamente un rapporto di 1:9,5 per le donne e 1:9,6 per gli uomini, ben al di sopra del rapporto raccomandato di 1:7. Il 3 gennaio 1929, Cristiani segnala al commissario Sergiusti la necessità di nuove assunzioni. Nella lettera del 9 luglio 1929, afferma che, dopo l'arrivo dei malati da Pistoia (ben 220 trasferimenti), la divisione femminile necessita urgentemente di 7 infermiere e 9 infermieri. La pressione sugli spazi è tale che il panificio viene riconvertito in dormitorio e refettorio, mentre nuovi locali vengono realizzati sopra le cantine e l'officina. Il rapporto in corsia, che prima era di 1:8,8 per le donne e 1:9,1 per gli uomini, dopo l'ingresso dei pistoiesi scivola a 1:9,5 e 1:9,6. Il 13 maggio 1930, Cristiani torna a denunciare la gravità della situazione: in corsia il rapporto effettivo è salito a 1:10,3 per le donne (56 infermiere su 580 pazienti) e 1:10,5 per gli uomini (69 infermieri su 729 ricoverati). Chiede quindi 6 nuove assunzioni (3 uomini e 3 donne) per riportare i rapporti almeno a 1:9,8 e 1:10,1. Nella sua relazione allega anche un confronto con altri manicomi toscani: Siena (1:9,4 u.; 1:9,3 d.), Firenze (1:8,4 u.; 1:8,7 d.), Arezzo (1:6,3 u.; 1:6,0 d.), evidenziando quanto Lucca sia in condizioni più critiche. Il 31 maggio 1930, l'amministrazione approva la richiesta. Tuttavia, l'emergenza è strutturale: l'8 aprile 1933 Cristiani ottiene un'ulteriore autorizzazione per nuove assunzioni, portando il personale infermieristico a 79 unità, per mantenere un rapporto di 1:9,6. Ancora nel 1935, con 872 alienati e 88 infermieri, il rapporto è al limite di 1:9,5, tanto che il 20 agosto (prot. 38) l'amministrazione approva altre 4 assunzioni per contenere il deterioramento del servizio. (APLu, AC, prot. 40, 1933: 3 gennaio del 1929)

452 ASLu, OP, AG, fald. 138, busta 6, plico 2 (n. di protocollo 3367; fasc. 6/2/1931).

453 ASLu, OP, AG, fald. 136, busta 5, plico 1, 19 luglio '29, lettera di Cristiani a preside, presidente provincia, commissario prefettizio: "il manicomio di Lucca si è trasformato in uno Ospedale; risanamenti, ampliamenti, dei reparti esistenti, razionale costruzione dei nuovi padiglioni, sostanziale trasformazione do del tutto nuova sistemazione dei servizi generali […] la decisione di accoglie gli ammalati della nuova provincia di Pistoia è stata saggissima perché ha portato la popolazione del nostro istituto al numero considerato come ideale dalla sana tecnica manicomiale […] malati lucchesi e pistoiesi, simili per temperamento ed abitudini di vita […]" un aumento che porta ad un rapporto tondo tra infermieri e malati di 1:10. Cristiani inoltre immagina ancora ampliamenti per l'aumento del numero dei matti, aumento dovuto "le dimissioni [..] si rendono più difficili per ragioni diremo così di carattere mondiale: peggioramento delle condizioni economiche, maggiore intolleranza della società moderna al malato di mente [...]". In una lettera del '26, di nuovo Cristiani, parlando delle condizioni economiche delle famiglie dei pazienti segnala che la povertà diffusa è il principale ostacolo all'ottenimento della custodia domestica dei malati «Nella mie Relazione alla S. V. ILLma del 1926 le significai come data l'indigenza delle famiglie dei nostri ricoverati si vanno rendendo sempre più difficili le dimissione in prova e in custodia domestica dei non completamente guariti, i quali per la loro nessuna o scarsa capacità lavorativa causata dalle condizioni psicopatiche, tornando dal Manicomio a casa loro sono di aggravio economico alle famiglie, le quali per ciò oppongono una tenace resistenza fino alla assolute rifiuto di riprenderli. Al punto che io in più casi di reciso rifiuto delle famiglie valendomi dei poteri conferitimi dalla Legge sui Manicomi sotto la mia responsabilità, ho dovuto dimettere e fare accompagnare individui in famiglia dall'Autorità di P.S. Tali difficoltà nelle dimissioni ho incontrato più accentuate nel 1927». (ASLu, OP, Carte della Direzione Medica, fald. 134, busta 3, plico 2).

almeno 5 assunzioni (sono solo 8 i medici, a fronte di un bisogno di almeno 13 medici[454]). Per tamponare la congiuntura, Cristiani propone, almeno, di trasformare i posti dei medici praticanti in posti di assistenti medici, regolarizzandone la posizione e aumentando la durata e la responsabilità del loro impiego. È in questo contesto che chiede la stabilizzazione del dottor Grazi (già medico praticante). Ancora nell'aprile del 1930, il direttore Cristiani si rivolge ai dirigenti di diversi ospedali psichiatrici italiani per ottenere informazioni circa il rapporto tra pazienti e personale infermieristico, includendo anche le suore. Le risposte restituite offrono un quadro piuttosto articolato. A Colorno, ad esempio, il rapporto è di un infermiere ogni nove pazienti uomini e uno ogni sei pazienti donne. Sondrio indica un rapporto di 1 a 5,5 per gli uomini e 1 a 6,9 per le donne; Cremona fornisce dati simili, con un rapporto di 1 a 5,5 per gli uomini e 1 a 5,7 per le donne. A Perugia si registra un infermiere ogni 6,6 pazienti uomini e uno ogni 7,3 donne, mentre a Cagliari le proporzioni sono di 1 a 5,7 per gli uomini e 1 a 5,4 per le donne. Anche a Treviso il rapporto resta elevato: 1 a 5,4 per gli uomini e 1 a 5,8 per le donne. Infine, Lecce riporta un rapporto di 1 a 5,9 per gli uomini e 1 a 7,5 per le donne. Oltre a questi anche altri manicomi, tra cui: Alessandria, Bologna, Teramo, L'Aquila, Pesaro, Padova, Ancona, Imola, Ferrara, Macerata, Aversa e Catanzaro, solo quest'ultimo con un rapporto attorno a 1 a 9. Particolarmente rilevante, per comprendere il quadro regionale, il dato proveniente dal manicomio San Niccolò di Siena ovvero quello di un infermiere ogni 9,4 pazienti uomini e uno ogni 9,3 pazienti donne. Cristiani utilizza questi numeri per evidenziare la situazione di estrema carenza di personale del manicomio di Lucca, dove il rapporto supera ampiamente la soglia di dieci pazienti per ogni infermiere (1 a 10,1 per le donne e 1 a 10,4 per gli uomini). Nonostante l'avvio di un piano ambizioso di costruzione di nuovi padiglioni - concepiti secondo criteri di razionalizzazione che prevedevano la centralizzazione delle infermerie e una gestione più efficiente del controllo degli infermieri nei padiglioni - la situazione non mostra miglioramenti apprezzabili, ancora nel 1929, poco prima dell'arrivo dei pazienti provenienti da Pistoia, il numero complessivo di infermieri si attestava a 136, e il rapporto rimaneva comunque tra i più bassi in Italia: un infermiere ogni 8,8 pazienti donne e uno ogni 9,1 pazienti uomini. Il manicomio lucchese, nonostante i piani di assunzioni pilotate ed effettuate per reclutare gli elementi politicamente più fedeli della piana, si conferma, comunque, cronicamente sottorganico, incapace di garantire una copertura infermieristica adeguata al numero dei ricoverati.[455] Questa ennesima relazione di denuncia di sottorganico da parte del direttore, come con le precedenti relazioni, aprirà ad una nuova fase di assunzioni con l'apertura

454 ASLu, OP, fald. 135, busta 5, plico 1: n. 11 (28 luglio '28) lista completa degli impiegati che lavorano all'OP: Alessi Urbano, Ansani Agostino (medico praticante); Cristiani Andrea (Direttore) 60 anni, Datteri Leopoldo (scriv. Direzione medica), Ferrarini Corrado (vicedirettore) 61 anni, Fornasari Verce Ettore, 59 anni, Medico Primario; Franceschi Francesco cappellano, Ridolfi Salvatore, medico praticante, Teobaldo rossi economo, Roemer Alfredo contabile, Vedrani Alberto Medico Primario 56 anni.

455 ASLu, OP, *Carte della direzione medica*, fald. 137, busta 6, plico 1.

del concorso pratico del 1931.

3.4 Processi di allineamento: il tramonto delle autonomie mediche, i casi di Vedrani e di Fornasari da Verce

Poche, e riconducibili a singole vicende biografiche, sono le voci dissenzienti che si levano tra gli psichiatri durante il consolidamento del regime. Il caso forse più noto è quello di Arnaldo Pieraccini, medico socialista e apertamente antifascista, direttore del manicomio di Arezzo e amico personale di Vedrani – che difese in occasione della discriminazione subita al concorso fiorentino del 1907 – e di Cristiani – il cui figlio, Carlo Pieraccini, servirà per meno di anno proprio al manicomio Lucca, tra il 1925-1926, giusto in "tempo" per finire tra i sospettati nelle politiche antimassoniche promosse dal fascio locale.[456] In misura diversa, anche Luigi Scabia, alla guida del manicomio di Volterra, entra in conflitto con il nuovo ordine politico: il suo potere personale e "imprenditoriale" viene progressivamente contrastato dal regime fascista, fino a condurlo alle dimissioni e a ostacolarne perfino le celebrazioni pubbliche in occasione del funerale. Tuttavia, si tratta di episodi isolati, che non danno vita a un'opposizione strutturata né a una resistenza collettiva. Nel caso di Scabia, peraltro, risulta difficile persino ricondurlo a una chiara posizione antifascista. Né Scabia né Pieraccini, in ogni caso, subiscono epurazioni clamorose: entrambi mantengono per anni i propri incarichi direttivi. Il fascismo, in ambito psichiatrico, piuttosto, assume i tratti di un potere pervasivo ma non necessariamente eclatante, che opera perlopiù attraverso pressioni informali, intimidazioni sottili, conflitti locali e silenziamenti mirati. Talvolta, come nel caso di Scabia, le pressioni lambiscono persino i familiari dei medici, nel tentativo di neutralizzarne il dissenso, reale o presunto.[457]

Una volta avviato il processo di reclutamento ideologico, il regime mira a silenziare progressivamente le figure professionali che avevano animato la stagione dell'autonomia medica a

---

456 APLu, AC, prot. 49, 1925, 9 giugno del 1925: Il 10 agosto 1925 la Deputazione provinciale delibera la sostituzione del dottor Felice Pfanner, medico praticante presso l'ospedale psichiatrico, da poco chiamato a ricoprire un incarico presso l'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Siena. Al suo posto viene nominato Alessandro Pfanner. Tuttavia, già nel novembre dello stesso anno, anche quest'ultimo lascia l'incarico dopo pochi mesi dalla nomina. A subentrargli è il dottor Carlo Pieraccini, la cui assunzione viene caldeggiata da una lettera inviata il 21 novembre 1925 dal dottor Cristiani al presidente della Deputazione, nella quale si sottolineano le credenziali familiari e i legami personali: «figlio dello illustre Sig. Prof. Arnaldo Pieraccini, Direttore del Manicomio Provinciale di Arezzo, il quale è notissimo a tutta la famiglia Psichiatrica Italiana e col quale tutti noi particolarmente siamo legati, da anni, da vincoli di amicizia». Anche questa nomina, tuttavia, si rivela effimera: già nell'agosto dell'anno successivo (prot. 30, 1926), Carlo Pieraccini lascia l'istituto per assumere l'incarico di medico di sezione presso il manicomio di Castiglione delle Stiviere, in provincia di Mantova.

457 V. Fiorino, *Le officine della follia*, op. cit., pp. 43-46. Cfr. F. Stok, *Luigi Scabia*, op. cit.

Maggiano. Dopo aver già inquadrato il corpo infermieristico all'interno delle strutture fasciste, il regime si concentra ora sui medici. La prima occasione si presenta il 13 aprile 1925, quando l'intero corpo medico del manicomio di Fregionaia viene ufficialmente invitato - su sollecitazione di Carlo Scorza e del presidente della deputazione provinciale - a partecipare alla cerimonia per la consegna della tessera ad honorem del Partito Nazionale Fascista al professor Bianchini, presidente del Consiglio provinciale.[458] Il 1 giugno del '27 il personale medico iscritto al sindacato medico fascista viene "invitato" da Sergiusti, nel quadro della battaglia mussoliniana per il potenziamento della lira, a contribuire allo sforzo nazionale con una autotassazione «del 10% sopra le tariffe praticate presentemente».[459] Ma se questi episodi segnalano tentativi di cooptazione, almeno a livello celebrativo del corpo medico, pochi mesi dopo l'invito di Scorza il clima è già irrigidito. È in questo contesto di crescente controllo che si colloca il "processo" Vedrani.

Nei primi giorni di ottobre del 1925, la segreteria del sindacato fascista degli infermieri invia una comunicazione al presidente della Provincia, Sergiusti, segnalando la presunta presenza di un «informatore segreto» all'interno del manicomio. Nella lettera si fa riferimento ad alcuni articoli comparsi su *La Nazione* e *Il Nuovo Giornale*, nei quali si dà notizia del tentativo di fuga di alcuni ricoverati. La vividezza dei dettagli riportati — tra cui il soprannome di uno dei due fuggiaschi, il «Boccaccia» — induce a sospettare che le informazioni siano trapelate dall'interno dell'istituto. Ciò basta ad avviare un'indagine interna, che prende ufficialmente avvio il 10 ottobre. Con una lettera dai toni marcatamente intimidatori, Sergiusti informa Vedrani che l'attenzione degli inquirenti si concentra su un membro della sua famiglia. Secondo i vertici sindacali, infatti, «da qualche tempo si andava compiendo delle indiscrezioni ad opera di qualche dipendente dell'Amministrazione». Il presunto informatore è identificato in Angiolino Vedrani, figlio del medico. Sulla base delle informazioni ricevute dai sindacalisti, Sergiusti accusa il giovane di essersi introdotto all'interno del manicomio, aver interferito con l'attività clinica e aver fatto uso indebito della linea telefonica urbana dell'istituto. La reazione di Sergiusti è drastica: convocato Vedrani, arriva a minacciare la revoca della residenza per sé e per la sua famiglia all'interno della struttura. La rimozione dell'appartamento è un ricatto economico molto grave. Il 12 ottobre Vedrani risponde formalmente alle accuse con una lettera accorata indirizzata a Sergiusti, in cui contesta punto per punto l'impianto dell'inchiesta e ne sottolinea le evidenti contraddizioni. Già il giorno 8, infatti, viene informato dal collega medico Ferrarini dell'esistenza di un'indagine promossa dal sindacato fascista nei suoi confronti: notizia che, a suo dire, lo coglie del tutto impreparato, arrivando «come fulmine a ciel sereno». Pur non escludendo la possibilità che il figlio Angiolino possa aver utilizzato, in qualche occasione, il telefono

458 ASLu, OP, *AG*, fald. 132, busta 6, plico 2.
459 ASLu, OP, *AG*, fald. 134, busta 11, plico 1.

della portineria — come peraltro fanno anche le altre famiglie dei medici, afferma — Vedrani rifiuta l'idea che da ciò possa derivare una responsabilità più ampia o un intento doloso. Rivendica, anzi, la propria correttezza e quella del figlio, e invita il destinatario della missiva a considerare con maggiore equilibrio la consistenza delle accuse: «voglia intanto premettere a un uomo che da 25 anni serve con debole ma con fedeltà continuata l'Istituto di sollevare qualche dubbio sulla verosimiglianza di taluna di queste accuse». A sua difesa, chiama a testimoniare lo stesso redattore de *La Nazione*, autore degli articoli incriminati, il quale, in una lettera indirizzata direttamente al medico, dichiara esplicitamente: «mai il collega Angelo Vedrani ebbe a comunicare a lui o ad altro membro della Redazione notizie riguardati in qualsiasi modo il Manicomio». In merito alla presunta fuga di notizie, Vedrani osserva come, in un ambiente tanto frequentato e permeabile quale quello manicomiale, la diffusione orale delle informazioni sia del tutto plausibile e difficilmente controllabile: «di bocca in bocca, la cosa, dopo mezz'ora è di dominio pubblico: col tram Maggiano-Lucca è presto in piazza Napoleone». A rafforzare nel medico il sospetto di trovarsi di fronte a un'accusa costruita ad arte contro di lui e la sua famiglia è, in particolare, il capo d'imputazione relativo all'"interferenza" del figlio Angiolino nelle attività dell'istituto. Vedrani replica con tono fermo, richiamandosi al principio di autorità vigente all'interno della struttura e all'evidenza empirica:

> nello stabilimento c'è pure un Direttore, che ha autorità ed alta sorveglianza su tutti i servizi, dica egli, che da 25 anni e più riceve tutte le mattine i rapporti di tutto lo stabilimento, se mio figlio […] poco più che ventenne, ha mai fatto questo e in caso affermativo, perché non l'avrebbe impedito?

La risposta di Sergiusti, datata 15 ottobre, si limita ad affermare che «la sua lettera […] non modifica in alcun modo i risultati della mia inchiesta»,[460] ribadendo così l'ammonimento già espresso. Non è possibile, sulla base della documentazione disponibile, stabilire con certezza se le accuse mosse dal sindacato fascista nei confronti del figlio Angelo trovino fondamento oppure no. È certo, tuttavia, che le minacce e le pressioni esercitate dal preside non si traducono in provvedimenti formali: non vi è né un licenziamento né una revoca dell'alloggio in istituto. Nonostante ciò, Alberto Vedrani decide comunque di lasciare il manicomio e trasferirsi con la famiglia a Lucca. Continua per alcuni anni la sua attività scientifica, collaborando con *La Rassegna di studi psichiatrici*, sulla quale pubblica nel 1926 l'articolo *La sterilizzazione per motivo eugenico*. Nel contributo Vedrani spiega che, pur mostrando di comprendere le ragioni che spingono a una profilassi di tipo biologico verso soggetti alcolizzati e degenerati, contesta l'assunto fondamentale della dottrina eugenetica, sostenendo che la psichiatria non abbia ancora acquisito una sufficiente certezza circa il ruolo effettivo dell'ereditarietà nei disturbi psicotici. Dopo il 1930, tuttavia, la sua produzione scientifica si dirada sensibilmente, fino a interrompersi quasi del tutto, eccezion fatta per qualche intervento occasionale su riviste

460 Le carte dell'inchiesta sono contenute in ASLu, OP, *AG*, fal. 132, fasc. 5, plico 1.

specialistiche.[461] Di fronte alla pressoché completa cooptazione della scienza psichiatrica nel nuovo ruolo sociale assegnatole dal regime fascista - quello di strumento di pianificazione demografica e controllo politico e sociale - Vedrani affida a uno dei suoi ultimi contributi, dal sapore quasi allegorico, pubblicato nel 1930, il compito di veicolare un profondo senso di sfiducia nella pretesa di oggettività assoluta della disciplina psichiatrica nell'arrivare a conoscere la vera natura della follia, contestandone, così, quell'illusione di poterne gestire e rettificare la natura attraverso le teorie allora dominanti - dall'eugenetica al determinismo biologico:

> La degenerazione palese o latente di Morel, l'atavismo di Lombroso, l'infantilismo circoscritto di Kraepelin (che non è, in fondo, se non il fanciullino di Platone e di Pascoli), la psicanalisi di Freud a base di sessualismo e d'istinto e la psicologia individuale di Adler a base di volontà di potenza, la dissociazione e la rimozione, il subcosciente e l'incosciente, la suggestibilità e l'autosuggestibilità, eccetera. Chi è in possesso di alcune di codeste chiavi, le può volgere «serrando e disserrando sì soavi», da entrare a modo suo nel tempio e magari illudersi di vederne i restauri più o meno autentici o dolosi. Ma quanto all'oro greggio, quello, ahimè, rimane inesorabilmente sepolto nelle profondità del sottosuolo[462]

Già nel 1931, il nome di Vedrani scompare dalle pagine della *Rassegna di Studi Psichiatrici*. Quando dalla sede di Lucca giungerà un nuovo contributo alla redazione della rivista, a firmarlo sarà questa volta un altro medico: Guglielmo Lippi Francesconi. L'articolo, promosso dal direttore Cristiani, è intitolato *Il tempo di riassorbimento del ponfo da iniezione intradermale di soluzione di cloruro di sodio – prova di McClure e Aldrich nei dementi precoci e nei maniaco-depressivi*.

La stretta repressiva che il fascismo esercita nei confronti della massoneria rappresenta un

---

[461] Si propone un prospetto delle sue pubblicazioni su «Rassegna di studi psichiatrici» fino al 1930: nel 1926 compaiono: *Ancora e sempre: Paralisi*, *Revisione della questione delle neurosi*, *La Psichiatria senza pace*, *Il pienismo bonum et laudabile e i suoi contrapposti*, *Per la preistoria della cura di Wagner* e *Alucinor, alucinatus sum, alucinari*. nel 1927 escono *Paralisi progressive*, *La parola agli erodobiologi*, le Pagine scelte di Psichiatria con *Un caso istruttivo di dementia precox*, *Gli epilettoidi* e *Le psicosi degenerative*, a cui si aggiungono *L'ultimo scritto di Kraepelin sull'epilessia*, *La patogenesi dell'accesso epilettico*, *Esibizionismo* e *Rileggendo Stekel*; nel 1928 compaiono *Patogenesi dell'epilessia*, *Epilessia: affezione non univocamente costituita?*, *Tutti i casi sono epilessia affettiva ecc.?*, *Il ritorno di "Genio e follia"*, *Pieni e leptosomi: tentativo di accorpamento tipologico*, *Per una storia italiana della catatonia: una esumazione*, *Ancora sulla psicogenesi dell'epilessia* e *Sul contegno religioso degli epilettici*; nel 1929 vengono pubblicati *Episodi di forza e agilità morbosa in epilettici*, *Parole di Plant su Kraepelin*, *Da Spielmeyer: sull'innervazione locale*, *Lombroso in un giudizio di Lange-Eichbaum*, *Il memoriale della psichiatria italiana*, *Come nasce e come tramonta l'affetto epilettico*, *Mitomania: il caso di Ceselio Basso a Pomposa* e *Psichiatria forense: personalità psicopatica originaria*; infine, nel 1930, Vedrani cura una nuova serie di Pagine scelte di psichiatria con *E. Kraepelin: Le personalità psicopatiche*, *K. Schneider: Le personalità psicopatiche*, *Intermezzo italico: I mattoidi di Lombroso*, *Sonno e isteria, sonno invernale e psicosi circolare*, *Ancora sul sonno*, *Primitivo e secondario nelle schizofrenie*, *Genio scientifico e psicopatia* e *Patologia gemellare psichiatrica*.

[462] A. Vedrani, *Sacco d'oro. Pagine di psichiatria per tutti*, in «Pègaso», ANNO II/Numero 7 - luglio 1930, pagg. 47-53. Nell'articolo, Vedrani commenta il caso – già riportato anche sulle pagine del *Giornale di Psichiatria Clinica* – di un giovane meccanico diciassettenne di Pomposa, in provincia di Ferrara. Il ragazzo, affetto da mitomania, era convinto dell'esistenza di un passaggio segreto sotto la chiesa del paese, che avrebbe condotto a una stanza sotterranea contenente un tesoro. Così profondamente persuaso da questa fantasia, coinvolge alcuni amici e insieme iniziano a scavare. Scoperti, vengono tutti arrestati. Interrogato, il giovane insiste: quel passaggio lui lo ha visto, ci è entrato, ma poi il parroco lo avrebbe fatto murare per impedirne l'accesso. La vicenda genera clamore e spinge persino la polizia a effettuare degli scavi nella zona, che tuttavia si rivelano infruttuosi: del passaggio non vi è traccia, e mai ne è esistito uno. Vedrani riflette allora su come una costruzione immaginaria possa radicarsi nella mente umana al punto da determinare azioni concrete, coinvolgere altri, suscitare l'intervento dell'autorità. Ma ammette che spiegazioni definitive non ve ne sono.

ulteriore passo nel processo di restringimento delle autonomie professionali, e in particolare di subordinazione del personale medico agli indirizzi politici del regime.[463] La guerra alla massoneria a Lucca da parte delle camicie nere conosce episodi di aperta violenza: nella notte tra il 29 e il 30 ottobre 1924, ad esempio, la sede della loggia massonica di rito scozzese "Tito Strocchi", situata nel centro storico di Lucca, è oggetto di una spedizione squadrista. In applicazione dell'articolo 2 della legge del 26 novembre 1926, il commissario prefettizio di Lucca, Giuseppe Sergiusti, invita tutto il personale degli enti pubblici – «di qualunque categoria» – a dichiarare per iscritto se abbia «appartenuto od appartenga ad associazioni, enti od istituti operanti nel Regno o fuori di esso in modo clandestino od occulto».[464] All'appello rispondono 177 dipendenti del sistema sanitario provinciale – 115 uomini e 62 donne – ma di questi undici nomi, evidenziati in blu sull'elenco, attirano l'attenzione delle autorità: si tratta, in larga parte, di medici, tra cui Cristiani, Alessi, Ferrarini, Vedrani, Paoletti, Pieraccini, Fornasari, Veronesi, Rocucci e Datteri. L'attacco, sebbene mascherato da semplice atto amministrativo, è chiaramente rivolto a colpire gli ambienti tradizionalmente più legati alla libera muratoria, come quello della libera professione e quello medico. Alcuni dei medici coinvolti, infatti, risultano iscritti alla loggia "Libertas" di Lucca, fondata nel 1905 e affiliata al Grande Oriente d'Italia, una delle più attive del territorio. Tra i membri della loggia compaiono i nomi di Ettore Fornasari da Verce e Corrado Ferrarini, [465] ma anche di altri noti esponenti del circuito sanitario lucchese, come Giuseppe Verciani, Giuseppe Tabarracci e Andrea Martinelli. Il clima si fa ancora più teso nel corso del 1926, quando Fornasari finisce sotto il tiro diretto del fascismo lucchese. Il 15 maggio di quell'anno, il medico scrive al commissario Sergiusti per difendersi da un violento attacco comparso sulle pagine de *Il Popolo Toscano*, giornale diretto da Carlo Scorza, espressione dell'ala intransigente del fascismo provinciale, che raccoglie l'eredità dell'*Artiglio*, già organo ufficiale del fascio lucchese. Nell'articolo, Fornasari viene accusato di partecipare ancora «a non so quali riunioni massoniche». Il medico nega recisamente ogni addebito, e in tono deferente ribadisce la propria adesione al regime: «Colgo l'occasione per confermare il giuramento prestato dinanzi alla S.V. il 22 febbraio. Smentisco recisamente l'accenno suddetto».[466]

3.5 Nero più nero: 1930-1934, gli ultimi anni di Cristiani, l'intensificazione della fascistizzazione e il consolidamento del potere del nucleo degli infermieri squadristi nel manicomio di Fregionaia

463 Sul tema cfr. almeno G. Padulo, *L'ingrata progenie. Grande guerra, Massoneria e origini del Fascismo (1914-1923)*, Siena, Nuova Immagine, 2018; F. Conti, *Storia della massoneria italiana. Dal Risorgimento al fascismo*, 2003; F. Conti, Bologna, Il Mulino, pp. 457; F. Conti, *Massoneria e fascismo: dalla marcia su Roma alla legge sulle associazioni segrete*, in (a cura di F. Conti) «La massoneria italiana da Giolitti a Mussolini», Viella, Roma, 2014, p. 85-109.

464 ASLu, OP, *AG*, fald. 133, fasc. 6, plico 1.

465 V. Gnocchini, *Massoneria e Toscana: Logge e massoni in Toscana dal 1731 al 1925*, Roma, Erasmo, 2010, pp. 178-179.

466 APLu, AC, prot. 30, 1926, 15 maggio.

A partire dal 1932, l'intera struttura manicomiale è oggetto di un articolato programma di interventi edilizi.[467] Su iniziativa e con finanziamento della provincia, l'istituto viene ampliato con la costruzione di un nuovo magazzino e di un laboratorio di tessitura, nell'ambito di un piano di ristrutturazione più ampio avviato tra il 1930 e il 1931.[468] I lavori rispondono a una condizione interna ormai al limite della sostenibilità. In una lunga lettera inviata al capo della Provincia, il direttore Cristiani denuncia a fine 1932, l'esplosiva crescita della popolazione manicomiale e la conseguente mancanza di spazi, una crescita imputabile a due fattori principali. Il primo è la crisi economica di portata mondiale, che da un lato alimenta la marginalizzazione sociale e quindi il numero dei ricoveri, dall'altro rende le famiglie più riluttanti a riprendersi i propri congiunti dimessi, con una flessione pari al -3,3%. Il secondo fattore è rappresentato dalla convenzione che la provincia di Lucca ha stipulato con la "consorella" pistoiese, i cui ricoverati – ben 525 – costituiscono ormai circa il 37% dei ricoverati (su un totale di 1395). Chiaramente, Cristiani non cita tra le cause un più pressante controllo da parte delle forze di pubblica sicurezza sulla popolazione. Comunque, il margine di ricettività residuo è ridotto a livelli minimi: Cristiani segnala la disponibilità di appena 45 letti nella sezione maschile e una sessantina in quella femminile, numeri del tutto insufficienti a far fronte alla crescita costante della domanda. Il direttore propone la costruzione urgente di un nuovo padiglione da almeno cento posti letto, ritenuto indispensabile per evitare il collasso del sistema.[469] Nonostante i rilevanti investimenti pubblici, le spese di manutenzione della struttura restano alte e suscitano ripetute sollecitazioni alla frugalità da parte dell'amministrazione provinciale.[470] Gli interventi

---

467 *Opere sanitarie, stradali e scolastiche compiute nella provincia di Lucca*, in «Corriere della sera», 28 settembre 1932.

468 La visita della Commissione di vigilanza sui manicomi della provincia di Lucca, svoltasi il 18 e 19 febbraio 1931, evidenzia i significativi miglioramenti compiuti nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale negli ultimi due anni (ASLu, OP, *AG*, fald. 139, fasc. 12, plico 1). L'intero complesso è oggetto di un vasto programma di ammodernamento, che include l'intonacatura degli edifici, la sistemazione dei viali e dei sistemi di scolo, la pavimentazione, l'introduzione del riscaldamento e la sostituzione degli infissi. Accanto a questi interventi strutturali si registrano importanti ampliamenti funzionali: vari locali vengono riconvertiti a dormitori per alienati tranquilli e agitati, mentre nuove costruzioni offrono oltre duecento posti letto aggiuntivi tra cui un padiglione per osservazione femminile, uno per agitate e uno per tranquille. Prosegue inoltre l'ampliamento della colonia agricola. Parallelamente si rafforzano i servizi generali, con l'installazione di un pastificio, un impianto frigorifero con fabbricazione del ghiaccio, e un macchinario elettrico per tostatura e macinatura del caffè, confermando l'autosufficienza del manicomio. Che l'istituto fosse considerato un fiore all'occhiello dall'amministrazione provinciale lo conferma, due anni prima, anche il Prefetto Le Pera che, in occasione di una visita ufficiale del 22 giugno 1929 (ASLu, OP, *AG*, fald. 136, busta 6, plico 1,) si congratulava con la Direzione per «l'accuratezza, l'ordine e l'esemplare disciplina onde è tenuto l'importante istituto. Con l'arrivo dei malati da Pistoia, tuttavia, si prova a ritagliare ogni spazio utile per l'accoglimento degli alienati, si legge, ad esempio, in una lettera del 26 settembre del '28 di Cristiani al segretario generale prov. Lucca, che il prof. Urbano Alessi «lascerà libero il proprio alloggio, interno al manicomio, con l'intento di offrire uno spazio sufficiente per inserire almeno 25 posti letto per i ricoverati». (ASLu, OP, *AG*, fald. 135, busta 9, plico 1).

469 ASLu, OP, *AG*, fald. 140, fasc. 9, plico 1.

470 ASLu, OP, *AG*, fald. 136, busta 6, plico 1, 25 maggio del '29 (n. 46 31-5-1929; 1802). Sergiusti invia una serie di note a Cristiani su spese e costi del manicomio. "il servizio economale è complesso e non si esauriscono certo per quanto può concernere il trattamento degli ammalati. D'altra parte, poi sarebbe assai difficile stabilire un punto di divisione netto e preciso delle funzioni di carattere esclusivamente economico dalle altre che hanno attinenza, più o meno diretta, sul trattamento ammalati" per abbassare costo ammalati si chiede di: intervenire in "inconvenienti che denotano

riguardano anche la qualità e il numero delle celle d'isolamento, segno della persistenza del modello custodialistico nonostante il modello di *no-restraint*.[471]

Nel gennaio del 1934, Cristiani stila la relazione annuale sull'andamento del manicomio per l'anno precedente. Nella sua lettera, indirizzata al preside della provincia Della Gherardesca, si segnala un ingente numero di ammessi: ben 344 pazienti, un dato che conferma la tendenza alla crescita costante della popolazione manicomiale. La percentuale delle dimissioni – in custodia per grandissima maggioranza (305 su 344) - si attesta al 62,86%, una delle più alte nel panorama nazionale, che per il 1933 varia dal 36,48% al 68,98%. Tuttavia, Cristiani mette in evidenza una significativa disparità tra le due province che si servono del manicomio: «la percentuale delle dimissioni degli alienati della provincia di Pistoia è del 3,54% maggiore di quella di Lucca». Tale differenza è attribuita al fatto che «l'Amministrazione Provinciale di Pistoia, provvidamente, è più larga nei sussidi alle famiglie povere degli alienati», permettendo così il ritorno a casa di pazienti non guariti, ma migliorati e dimissibili, che in assenza di pericolosità possono essere assistiti privatamente. Il quadro complessivo, anche sotto il profilo della mortalità, appare contenuto: il tasso di decessi si ferma al 5,1%, un valore che colloca Maggiano nel limite minimo della media nazionale, oscillante tra il 5% e l'11%. Nonostante le numerose dimissioni, l'anno si chiude con un incremento netto di 48 ricoverati: dai 1.369 presenti al 1° gennaio, si passa ai 1.417 del 31 dicembre. Secondo Cristiani, si tratta di un incremento fisiologico della società fascista, comune a tutti i manicomi del Regno, e fortemente legato – di nuovo - alla crisi economica globale: «la quale, per il disagio

una certa rilassatezza "sui servizi. I prezzi delle merci di acquisto vengono segnati più alti di quelli che sono sul mercato, anche perché invece di andare all'ingrosso si compra al dettaglio. Non si controlla che i carretti con la sabbia siano riempiti solo per ¾ e pagati invece come interi. Nel laboratorio e officine i costi sono alti e il rendimento basso, causa dell'elevato numero di straordinari, il macchinario della pompa è stato rotto due volte. Una volta viene bruciato il motore elettrico un'altra una biella delle pompe a stantuffo. Già in una lettera del 3 maggio, Sergiusti, lamentando l'assenza per malattia dell'economo, segnalava gli alti prezzi delle derrate alimentari "non si pone il dovuto impegno nella ricerca delle più favorevoli condizioni per gli acquisti".

471 Si legge una lunga relazione tecnica che durante la visita del «18 corrente, la S.V. Ill.ma rilevò la primitività dell'installazione delle camere d'isolamento per i malati violenti e m'incaricò di studiare le razionali modificazioni da apportare a queste, per renderle igieniche e più confortevoli, pur senza diminuire le garanzie di sicurezza. Ho studiato il problema e mi affretto a segnalare alla S.V. la nuova sistemazione, che io riterrei dovesse per ora essere limitata a due sole camere del Reparto Uomini e, dopo un trimestre di buona prova, potrebbe essere estesa a sei camere del Reparto Uomini e a sei del Reparto Donne, eventualmente con quelle modificazioni che l'esercizio avesse dimostrato necessarie. In ambedue le camere dovrebbero essere applicati i vetri infrangibili alle attuali finestre. La regolazione della luce dovrebbe essere fatta con persianine di ferro avvolgibili ma applicate esternamente alla difesa della finestra e manovrabili dall'esterno. La ventilazione dovrebbe essere fatta con una piccola manica aspiratrice elettrica, con una bocca applicata al soffitto delle due camere, con la tubazione sistemata nella intercapedine, molto alta, esistente fra il soffitto della camera e il piano del pavimento di quella soprastante, e con lo sbocco all'esterno. Una delle due camere dovrebbe essere rivestita, tanto sulle pareti che sul soffitto, con stucco lucido, arrotondando tutti gli angoli, e il pavimento dovrebbe essere di esagonette con raccordi ai lati. L'altra camera dovrebbe essere rivestita con le stesse modalità della precedente, ma con *Stelite*, e il pavimento dovrebbe essere fatto con lo stesso materiale. Dopo l'esperimento di tre mesi, sarà mio dovere riferire alla S.V. Ill.ma il risultato pratico della nuova sistemazione e dei due tipi di rivestimento, perché la S.V. Ill.ma possa, ad esito favorevole, ordinare il completamento del lavoro». (ASLu, OP, *AG*, fald. 140, busta 9, plico 1). Sono queste le celle di isolamento coperte dalle alghe marine che racconta Mario Tobino in *Le Libere Donne di Magliano*. Sull'uso delle alghe marine cfr. ASLu, OP, *AG*, fald. 144 (1936), fasc. 5, plico 2

finanziario delle famiglie, fa aumentare le ammissioni degli alienati e fa diminuire le dimissioni». Il dato nazionale è significativo: «solo durante l'ultimo anno si è avuto, nei manicomi del Regno, il forte aumento complessivo di 2.091 ricoverati». Il direttore rivendica con orgoglio i risultati ottenuti. Anche sul piano dell'organizzazione interna e dell'impiego dei malati nei lavori manuali, i numeri sono rilevanti: oltre la metà dei pazienti (50,2%) – 428 uomini e 313 donne – è coinvolta in attività lavorative.[472] Non solo Cristiani, ma anche per la provincia il manicomio è un "fiore all'occhiello" di buona amministrazione fascista e lo dimostra, ad esempio, il fatto che nel '35 l'istituto diventi la galleria d'arte per la mostra temporanea - aperta al pubblico -, dei quadri del pittore e scrittore «anarco-fascista»[473] - amico personale del sindacalista De Ambris, vicino agli ambienti del sindacalismo nazionalista e fascista della prim'ora - Lorenzo Viani, internato, al tempo, nella casa di cura dei villini di Nozzano.[474]

Intanto il 1933 segna una svolta decisiva nella riorganizzazione dell'organico infermieristico dell'ospedale psichiatrico. In quell'anno si chiude, infatti, la fase di rinnovamento dell'organico con la pubblicazione di una lunga graduatoria di merito relativa a 150 aspiranti infermieri manicomiale, risultati idonei al termine del corso teorico-pratico istituito con deliberazione presidenziale dell'8 settembre 1933, e valutati da una commissione giudicatrice nominata con successiva deliberazione del 20 agosto 1935. La graduatoria riflette il nuovo equilibrio di potere e chiudono il capitolo di ricambio dell'organico sulla base della "fedeltà" politica al regime: i primi due posti sono assegnati a invalidi di guerra (Lenzi e Gemignani), mentre numerosi altri classificati mostrano un'anzianità di militanza fascista che ne rafforza la posizione, molti sono iscritti antemarcia o marciatori su Roma. Ubaldo Dalle Piagge (25°) è iscritto al PNF dall'11 giugno 1922; Carlotti di Nozzano (50°) dalla stessa data; Daniele Coltelli (61°) dal 12 marzo 1921; Amos Bigongiari (97°), in servizio a Maggiano, dal 30 settembre 1922; Guido Frizza (112°) e Giulio Chiocchetti (135°), rispettivamente di Nozzano e Arliano, anch'essi dal giugno 1922; infine, Cesare Casini (139°) e Giacomo Casini (146°) si dichiarano partecipanti alla Marcia su Roma.[475]

Tuttavia, una volta conclusa la fase più intensa del processo di fascistizzazione e consolidatasi

---

472 ASLu, OP, *AG*, Fald. 140, busta 3, plico 1.

473 Cfr. L.L. Rimbotti*, Lorenzo Viani e l'anarco-fascismo. Cronache rivoluzionarie di una cultura totale*, Passaggio al bosco, 2025; E. Rotelli, *La forma della giovinezza. Lorenzo Viani e il Duce*, Milano 1996; U. Sereni, *Per la storia di un artista militante*, in *Lorenzo Viani. Il segno caricato tra satira e provocazione*, Capezzano Pianore 1996; U. Sereni, *Al fratello di pene avvolto. Lettere di Lorenzo Viani a Gabriele d'Annunzio*, ivi; Id., *Per la storia di un uomo di pena: i giorni di Nozzano*, in *Ai confini della mente: La follia nell'opera di Lorenzo Viani*, (a c. di G. Bruno, E. Dei) Pontedera 2001.

474 Corriere della sera "notizie varie", 5 aprile 1935*, Lorenzo Viani allestisce al Liceum di Firenze una mostra di quadri e disegni fatti nel manicomio di Fregionaia.* Viani, al tempo della mostra, è in aperto dissidio con le autorità fasciste per aver criticato pubblicamente il Podestà di Viareggio. Cfr. G. Bruno – E. Dei, *Ai confini della mente. La follia nell'opera di Lorenzo Viani*, Pistoia, M&M, 2001.

475 ASLu, OP, *AG*, fald. 142, fasc. 6, plico 1.

i nuovi equilibri di potere - garantiti dalla politica di epurazioni e assunzioni mirate - riemergono con forza le tensioni interne tra il personale infermieristico e i vertici provinciali. Si riapre, di fatto, la questione "sindacale". A farsi promotori delle rivendicazioni dei lavoratori è il gruppo di infermieri più attivi tra le sezioni del fascio locale, che approfittano della propria militanza per costruire reti di influenza e protezione, agendo all'interno del manicomio come nodi di un potere para-istituzionale, fondato su logiche clientelari e su forme di coesione - quasi - "clanica". Gli agitatori sono tutti elementi noti per atteggiamenti indisciplinati[476] e per il ricorso sistematico alla violenza, dentro e fuori dall'istituto, le cui condotte rimangono, tuttavia, largamente impunite grazie alle strette connessioni con il potere politico locale. Nel 1929, ad esempio, l'infermiere D'Arrigo «uomo di attività fascista molto vivace, ben noto come strenuo e litigioso bevitore», segretario del fascio di Nozzano Castello, viene incarcerato e processato per «aver preso parte ad una violenta e sanguinosa rissa in una osteria». L'apertura del fascicolo giudiziario segue contemporaneamente la radiazione dai ruoli in manicomio. Tuttavia, nonostante l'alto numero di testimoni, viene assolto "per assenza di prove", e dopo appena due mesi è reintegrato in servizio. La sua carriera non subisce contraccolpi: anzi, come abbiamo visto, nel 1935, con la nomina di Marlia a capo degli infermieri, D'Arrigo viene promosso Viceispettore. Episodi simili si ripetono: nel marzo 1938, sempre D'Arrigo si rende protagonista di gravi episodi di violenza verbale e fisica, «in preda a disgustante ubbriachezza», nella frazione di Santa Maria a Colle. La nuova proposta di radiazione è però di nuovo bloccata, stavolta su diretto ordine dal vicefederale Bianchi, che riesce a contenere la sanzione in una sospensione di soli sei giorni, ottenendone un ulteriore reintegro. L'unica conseguenza politica sarà l'abbandono della carica di segretario del fascio e un trasferimento in un'altra frazione di Lucca (Nave).[477] Simile è il caso dell'infermiere Lancioni Aniceto, definito dalle carte dell'epurazione del 1945 come «fascista violento e intemperante».[478] Il gruppo gode della pressoché totale impunità giuridica e politica. Le coperture garantite dai vertici locali del fascio consentono loro, perfino, di tirar su e nascondere agli occhi di qualsiasi provvedimento disciplinare una remunerativa rete di ricettazione

476 L'11 giugno 1928 il Regio Commissario Sergiusti trasmette al direttore Cristiani una severa lettera di censura in merito ai comportamenti di alcuni dipendenti del manicomio, militanti fascisti. Sergiusti lamenta che diversi salariati dello stabilimento si assentano con frequenza dal servizio, giustificando brevi permessi con presunte chiamate dalla federazione del Partito Fascista, dal comando della MVSN o con altri pretesti analoghi. Invita pertanto il direttore a negare in modo assoluto tali concessioni, sottolineando come dietro «la vernice di politici interessamenti» si celi spesso «una deplorevole negligenza, o il desiderio di sbrigare faccende private». La questione si intreccia, in quei giorni, con gli episodi che coinvolgono Fabiani Italo, calzolaio dell'ospedale e capo manipolo della Milizia. Il 12 giugno, assieme ad altri otto infermieri, Fabiani presenta una cartolina rosa per l'impiego militare: è la seconda volta in un mese, avendo fatto altrettanto il 12 maggio. Pochi giorni prima, il 9 giugno, l'ispettore degli infermieri si era recato da Cristiani per comunicargli che Fabiani, mostrando una lettera dell'on. Scorza, chiedeva di assentarsi per svolgere attività in qualità di segretario del Fascio di Ponte S. Pietro. Cristiani acconsente per non «incorrere in una manchevolezza verso l'on. Scorza», ma si dichiara pronto a uniformarsi alle disposizioni di Sergiusti. Infatti, già il 13 giugno, la lettera viene trasformata in un Ordine di Servizio interno che dispone ufficialmente la sospensione di tali permessi. ASLu, OP, *AG*, 135, 6, 1: n. 38. prot. 1291 6-1/1928.

477 APLu, AC, prot. n. 337, 1943.

478 AdFMT, *Personale sospeso per epurazione*, fasc. 10, cc. 3-5

delle provviste alimentari e delle forniture destinate al manicomio, aiutati da un contesto di omertà al quale partecipano anche le forze dell'ordine. Sarà soltanto nel 1943, in un momento di profonda crisi del fascismo e di disgregazione delle sue strutture di controllo, che il direttore Lippi Francesconi offrirà un resoconto retrospettivo degli ultimi anni di gestione, denunciando apertamente l'esistenza di questa rete di protezioni, connivenze e silenzi che ha consentito al gruppo di prosperare e consolidarsi all'interno dell'istituto:

> Per fare un esempio: una volta constatai un grave furto con scasso d'una grossa quantità di stagno dalle officine dell'Ospedale il cosiddetto reparto ergoterapeutico Denunciai subito il fatto al Maresciallo dei Carabinieri di Nozzano, riferendo contemporaneamente all'Amministrazione. Il Maresciallo venne sul posto con gran pompa, constato lo scasso nel cancello delle officine stesse, trovò tracce inequivocabili del passaggio dei ladri e poi, inspiegabilmente fermò" tre infermieri, che, per il loro servizio non ave vano che scarso contatto colle officine e precisamente il sorvegliante dei lavoratori esterni, Tognotti Odoardo, il colono Buchignani Assuero e l'uomo faticante di dispensa, Dinucci: essi risultarono subito del tutto innocenti, si che dovettero rimetterli in libertà entro le 24 ore. Seppi poi che della cosa si occupò l'ispettore Marlia e nei giorni che seguirono, ebbi, insieme al Preside della Provincia e ad altri, la netta impressione che tutto fosse stato taci tato, perché la cosa non doveva aver seguito. Credo bene anzi riferire che il Maggiore dei Carabinieri Ventura, interessato vivamente del fatto dallo stesso Preside, promise di occuparsene attivamente; viceversa, per molti mesi non si seppe più nulla Richiamato e sollecitato dal Preside stesso a render conto delle sue ricerche rispose con evidente titubanza che " qualchecosa avevano trovato, ma che non gli sembrava il caso di andare a fondo, perché si trattavi di stuzzicare certi gradi della Milizia " Parole testuali! E la cosa si fermò a questo punto: l'Amministrazione perdette circa tremila lire di stagno puro e non si parlò più d'altro. Mi risultava inoltre, per notizie soffiate da un religioso, allora in servizio alla nostra chiesa, ma (che non voleva noie) che alcuni individui, miei dipendenti, dei quali mai naturalmente mi riuscì di sapere il nome, si conducevano ben poco onestamente nei riguardi del materiale che veniva loro affidato. Mi si riferiva di quantità di carne, di formaggi, di cuoio, di vino, di conserva di pomodoro, di scarpe, di teli gommati, di filo e rete di ferro, di materiale elettrico etc. etc. che spariva. Sempre ne informai il Preside che insistette più volte col Maggiore dei Carabinieri, sempre chiedemmo un intervento radicale, che non venne mai. Cercai di far qualcosa da me solo, ma non mi riuscì mai di accertare nulla, si dà aver possibilità di sporgere denunzia esatta. Anche le persone più oneste e più fedeli che avevo attorno, quando si trattava di parla[479]

Come verrà approfondito nel capitolo seguente, il documento redatto dal direttore non può essere considerato neutrale. Esso si colloca, infatti, all'interno di una fase di crescente isolamento del medico, inasprito dal conflitto, anche personale, istauratosi tra sé e il gruppo degli squadristi attivi all'interno del manicomio. La denuncia, infatti, assume i tratti di un tentativo di memorialistica difensiva, finalizzata a costruire un'immagine di passività o di impotenza del direttore rispetto allo strapotere del fascismo locale, così da alleggerire, almeno in parte, le sue responsabilità nella complicità con il sistema di potere all'interno del manicomio. Un sistema di potere di cui il gruppo degli infermieri rappresentava il braccio più visibile e brutale. Nonostante ciò, la documentazione

[479] AdFMT, *Estratti dal memorandum compilato dal Prof. Guglielmo Lippi Francesconi*, *direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Lucca. Datato 27 dicembre 1943*, p. 3.

d'archivio conferma l'effettiva intangibilità della rete di potere costituitasi attorno al gruppo, e la solidità dei suoi legami con i vertici provinciali del partito. Al vertice del gruppo si trova Vittorio Marlia che, come accennato nel paragrafo precedente, si serve della propria posizione all'interno del partito per accrescere la propria influenza sul manicomio – e viceversa, utilizza il controllo dell'istituto per consolidare il proprio potere nel territorio. Per farlo, si serve, soprattutto, della violenza "dei suoi". Continua, infatti, Francesconi affermando che il "violento" D'Arrigo, infatti, è un uomo "eterodiretto" nelle sue azioni, incapace di autonomia propria:

> nelle sue manifestazioni violente a sfondo politico […] era sempre stato, a causa dell'ottundimento e della facile suggestionabilità volitiva conseguenti all'abuso alcolico, un docile strumento nelle mani di individui più equilibratamente malintenzionati[480]

L'ispettore - «evidentemente intangibile, pel quale tutto era permesso» - è il cardine del sistema di potere fascista, in grado di far promuovere ed aprire le porte dell'istituto a «tutti i suoi amici, parenti e correligionari»,[481] e di organizzare attorno a sé una vera e propria sfera di dominio personale, che travalicava le mura dell'istituto per abbracciare l'intera area amministrativo della zona VIII. Dopo la decisione del ragionier Lazzoni di nominare Marlia a capo del sottogruppo della sezione fascista per il pubblico impiego del gruppo infermieri dell'ospedale psichiatrico di Fregionaia – e di riconfermarlo anche l'anno seguente – Marlia consolida il proprio ruolo come «il contatto fra gli iscritti al gruppo e il fiduciario provinciale».[482] Attorno a lui si struttura una consulta formata da altri squadristi interni al manicomio: Giuseppe Cortopassi, Achille Giorgetti, Bernardino Bertolucci, Aniceto Lencioni, Maurizio D'Arrigo, Domenico Allegrini, Virgilio Nardinelli, Guido Lencioni, Cesare D'Arrigo e nuovamente Giuseppe Cortopassi. È questo gruppo a promuovere, il 4 aprile 1933, un attacco frontale al nuovo preside della provincia, Gaddo della Gherardesca, con una lettera inviata direttamente al segretario federale del partito. È necessario, tuttavia, gettare uno sguardo alle dinamiche del fascio federale lucchese per capire il probabile motivo di questo risollevato "spirito" sindacale. Al centro della contestazione torna la riforma dell'organico, avviata da Sergiusti negli anni precedenti e già oggetto di polemiche nel 1926. Allora il conflitto si era chiuso con una lettera di scuse firmata dai due infermieri che avevano protestato; ora, invece, la situazione nel fascio lucchese è cambiata, complice il crollo definitivo del potentato politico di Carlo Scorza[483]: a capo della provincia non siede più

480 APLu, AC, prot. n. 337, 1943.

481 AdFMT*, Estratti dal memorandum compilato dal Prof. Guglielmo Lippi Francesconi, direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Lucca. Datato 27 dicembre 1943*, p. 5.

482 ASLu, OP, *AG*, fald. 139, fasc. 6, plico 1: 20. In ASLu, OP, *AG*, fald. 137, fasc. 6, plico 5: si legge che l'esonero dalla carica di Simoni Domenico data 26 luglio del '30, ne dà notizia proprio Lazzoni con lettera alla medica direzione di Fregionaia). La consulta, tuttavia, non dispone di poteri effettivi: non può decidere in autonomia, né trattare direttamente con la Direzione medica o con il Capo della Provincia, se non su esplicito incarico del fiduciario. Solo in caso di urgenza è autorizzata a interloquire con la Direzione per ricevere delucidazioni.

483 Nel 1932 Scorza viene cacciato dal direttorio del PNF dal nuovo segretario Starace a causa di un nuovo allineamento del potere. Dopo la firma dei patti Lateranensi tra Mussolini e Papa Pio XI, infatti, si era aperta una fase di attacco frontale e diretto del fascismo alle strutture e alle reti autonome del cattolicesimo sociale, di cui si fa protagonista

Sergiusti ma Gaddo della Gherardesca. Della Gherardesca è un uomo ininfluente nelle dinamiche di potere lucchesi, di origine fiorentina, è un nobile di «scarso peso» politico. La nomina di Della Gherardesca, nel 1933, fa il paio con l'altra nomina alla vicepresidenza della provincia, quella dell'avvocato Gaetano Montauti, iscritto al PNF nel 1933, già esponente del mondo liberal-democratico lucchese che non pochi scontri aveva avuto con il fascismo delle origini e col *ras* Scorza.[484] Seppur esponente di prestigio del fascismo lucchese Della Gherardesca non gode della solita protezione e della solita nomea "minacciosa" del predecessore, così che la protesta degli infermieri può assumere un tono apertamente conflittuale. Che si tratti di un pretesto di scontro politico, di un colpo di coda del fascismo più intransigente non ancora "epurato", o di una sincera difesa corporativa non è facile capirlo, quel che è certo è che la vecchia organizzazione del personale, ora, non è più tollerata. Il ridimensionamento deciso dalla riforma di Sergiusti, che aveva ridotto gli infermieri effettivi da 60 a 20 e le infermiere da 47 a 16, sopprimendo al tempo stesso le posizioni di custode, barbiere e addetti ai servizi generali, viene adesso percepito dagli squadristi come un fatto insostenibile:

> tutti i posti di ruolo, così aboliti, venivano ricoperti, via via che i titolari andavano in pensione o morivano, con avventizi con contratto a termine confermabili di anno in anno. Questa riduzione di ruolo organico è del tutto arbitraria, ingiusta, illegale. Arbitraria perché non trova la sua ragione nella diminuzione delle esigenze di servizio, mentre per norma amministrativa generale i ruoli organici dovrebbero comprendere tutti i posti che hanno carattere continuativo. Ingiusta perché stabilisce un trattamento nettamente diverso, per stipendio, pagamento delle giornate di malattia, permessi; pensioni etc. a due gruppi di salariati, che portano lo stesso carico di servizio e hanno le stesse responsabilità, illegale perché viola l'articolo 23 del regolamento per l'esecuzione della legge sui Manicomi 14 febbraio 1904, articolo che stabilisce che l'infermiere quando abbia compiuto un biennio di buona prova e ottenuto l'attestato d'idoneità di cui all'articolo 24 dello stesso regolamento viene nominato effettivo.[485]

Per tutto il 1933 la tensione tra il gruppo degli infermieri di Maggiano e le autorità provinciali si protrae e acuisce ulteriormente. Il gruppo guidato da Marlia arriva a reclamare non solo il ripristino dell'organico precedente, ma l'abolizione totale della riforma introdotta da Sergiusti. In particolare, si chiede l'estensione della qualifica di effettivo anche a figure marginali del personale come il terzo fornaio e il pastaio. Il 1° giugno dello stesso anno, Marlia ottiene la conferma ufficiale del proprio ruolo di incaricato del sottogruppo infermieri dell'ospedale psichiatrico provinciale da parte del

---

Carlo Scorza. Mussolini, tuttavia, nel 1932, sceglie di adottare una nuova linea politica "conciliativa" con il mondo cattolico, arrivando, dunque, alla esclusione dei protagonisti della stagione anticlericale. Scorza perde, in pochissimo tempo, tutta la sua influenza nel partito, finendone relegato in un angolo, e perdendo, contemporaneamente, persino, la sua rete di potere federale in Lucchesia. Cfr. G. Pardini, *Dalla conquista del potere all'avvento del regime. Vicende politiche del fascismo lucchese (1923-1932)*, in «Documenti e studi», parte I, n. 18/19, pp. 203-208. Sullo scontro tra fascismo e cattolicesimo in Lucchesia cfr. G. Fulvetti, *Una comunità in guerra*, pp. 36-39.

484 G. Pardini, *La repubblica sociale italiana e la guerra in provincia di Lucca (1940-1945)*, Lucca, Marco Litotipo, 2001, pp. 38-39.

485 ASLu, OP, *AG*, fald. 140, bust 6, plico 8.

fiduciario della federazione lucchese, Italo Fabbri. Nel frattempo, con la nuova riforma dell'organico, si assiste a un graduale riassorbimento delle posizioni soppresse negli anni precedenti: una volta chiusa la stagione dei bandi e assicurato l'inserimento in graduatoria degli elementi politicamente più fedeli, il numero degli effettivi viene riportato da 20 a 56. Il confronto con la situazione degli anni Venti evidenzia chiaramente il mutato contesto politico-istituzionale. Nel 1924, Sergiusti aveva ancora la forza di respingere, seppure votata all'unanimità dal sindacato infermieri, la richiesta di un aumento salariale per il caroviveri.[486] Già nel 1927, gli equilibri si erano ribaltati: Sergiusti si trova costretto a prorogare l'erogazione del sussidio, anche in deroga alla normativa nazionale. Il gruppo accumula così tanta forza contrattuale che Marlia il 30 agosto 1934 chiede e ottiene da Cristiani – col requisito di almeno due anni di buona condotta – l'azzeramento del cumulo delle punizioni disciplinari a carico degli infermieri.[487] A conti fatti, al termine della lunga tornata di bandi e nomine tra il 1924 e il 1932, il nucleo del personale maschile risulta fortemente caratterizzato dal triplice profilo di combattente, fascista e sindacalista. Si consolida così, attorno al gruppo infermieristico, una vera e propria identità politica e sociale che integra funzioni sindacali e a cui si aggiunge un'ulteriore caratterizzazione, quella militare. Tutti i membri del gruppo, infatti, risultano inquadrati nella 86ª legione della MVSN «Intrepida» periodicamente richiamati per corsi di addestramento militare.[488]

3.6 "Avanti Rosso ebbro carnevale del mare": La nomina di Guglielmo Lippi Francesconi alla direzione del manicomio

Nell'adunanza del 5 marzo 1936, alla presenza del Preside della Provincia, Gaddo della Gherardesca, e del segretario generale Domenici, viene formalizzata la pensione del direttore medico Andrea Cristiani, che assume il titolo onorifico di direttore emerito, ponendo fine a una direzione durata trentasei anni.[489] Nella stessa seduta viene affrontata la questione, tutt'altro che marginale, della

---

486 ASLu, OP, *Carte della medica direzione*, fald 132 (1925), 5,1: Il sindacato infermieri dell'ospedale psichiatrico di Fregionaia nell'adunanza generale tenuta la mattina del 31 dicembre 1924 ha votato all'unanimità l'ordine del giorno seguente: dato il costo della vita è estremamente alto, mai raggiunto neanche in passato; considerato che, dalla precedente amministrazione, gli fu tolto ingiustamente e contrariamente a quanto praticato da altre amministrazioni 50 lire di indennità caro-viveri; il 18 luglio del '24, fu concessa alla categoria impiegati un aumento di stipendio che varia da un massimo di 5000 a 1500 lire annue, senza dare niente agli infermieri. Chiedono un aumento salariale di 1200 lire annue per tutti i dipendenti salariati. Il conflitto scoppia di nuovo il 7 settembre (n. 481/1925), quando, dopo il rapporto del dell'Economo del 25 agosto che chiede di aumentare il prezzo del pane e del vitto prelevabili dal personale dell'Ospedale stesso, il presidente della provincia propone di aumentare il costo della colazione fino a 0,45 L e quello di ogni pasto fino a 2,50 e 2 lire a kg di pane. Il 21 dicembre 1925

487 ASLu, OP, *Carte della medica direzione*, fald. 141 (1934), fasc. 6, plico 5:

488 Libano Oliveri, dell'ufficio direzione istruzione premilitare, del comando, il 21 ottobre '32, chiede al direttore Cristiano che Vittorio Marlia, D'Arrigo Cesare, Dalle Piagge Egizio vengano esentati dal lavoro per i corsi di istruzione premilitari (come avvenuto per l'anno precedente) degli allievi del corso di S. Maria a Colle. Cristiani, in lettera dello stesso giorno (n. di prot. 3369, fasc. misc. 1-1-32) acconsente alla richiesta di buon grado (ASLu, OP, *AG*, fald. 139 (1932), fasc. 1, plico 1).

489 APLu, AC, prot. 75, 1936, 7 aprile 1936.

successione alla direzione sanitaria dell'istituto. Sin da subito si affaccia l'ipotesi di procedere con una nomina diretta, senza bando di concorso, a favore di una figura esterna all'ospedale psichiatrico, un orientamento genera malumori nel corpo medico. Tra i più contrari vi è Ettore Fornasari da Verce, medico primario dell'istituto, che decide di esprimere il proprio dissenso direttamente al prefetto

> il prof. Fornasari di Verce, medico primario, costà residente – via del Molinetto 2 - ha appreso che, in occasione del prossimo collocamento del Direttore e del Vicedirettore del locale Manicomio, l'Amministrazione Provinciale penserebbe di chiamare un estraneo a coprire interinalmente il posto di Direttore, invece che incaricare della supplenza, in attesa della definizione del concorso, uno dei medici primari. Egli si dorrebbe di ciò, perché tale decisione significherebbe non aver fiducia nei tre medici primari, i quali sono da molto tempo in servizio e specialmente nei suoi riguardi pure avendo piena competenza per dirigere convenientemente un manicomio

Contattato quello stesso marzo dal prefetto in merito alla faccenda, il preside della provincia conferma le indiscrezioni: la provincia si indirizzerà su un nome esterno.[490] La decisione è così motivata: nessuno dei tre medici-primari risponde ai *desiderata* della provincia. *In primis* nessuno dei tre medici ha la residenza nella struttura, condizione che interrompe la fluidità nella catena di comando, necessaria alla gestione degli oltre 1.600 ricoverati. Affermazione "parzialmente" vera, dato che, come ricorda lo stesso Della Gherardesca «Vedrani ha un appartamento presso l'Ospedale, del quale peraltro non usufruisce, preferendo abitare con la famiglia nella casa propria a Lucca».[491] In secondo luogo nessuno dei tre garantirebbe quel *surplus* di «integrazione» necessaria ad implementare il servizio medico, che deve, ora, far fronte al *turnover* di pensionamenti che ha ridimensionato il corpo medico (assieme a Cristiani è andato in pensione anche il vice-direttore Ferrarini). Si riferisce, in questo caso, all'età avanzata dei tre medici:

> Ho creduto quindi opportuno, presentandomisi una favorevole occasione di avere disponibile una persona esperta, competente, fornita di tutti i requisiti voluti, provvedere ad una direzione per incarico, anziché affidarla al più anziano dei tre primari.

La persona che ha in mente Della Gherardesca è il professor Guglielmo Lippi Francesconi, «un giovane e distinto professionista della città» titolato e già impiegato in un manicomio della provincia:

> è questi il Dr. Prof. Guglielmo Lippi Francesconi, libero docente in Psichiatria, assistente volontario nella clinica neuropsichiatrica della R. Università di Pisa dal 1927 ad oggi, e vicedirettore nello stesso periodo di tempo della Casa di cura per malati nervosi e Mentali delle Ville di Nozzano (Lucca), ex combattente e fascista fervido ed attivissimo.[492]

Lippi Francesconi nasce a Lucca nel 1898, figlio di Guglielmo Lippi, medico dell'ospedale civile della città. Proviene da un ambiente familiare di alto status sociale, inserito fin da giovane nel circuito culturale lucchese, gravitante attorno al caffè Caselli. Qui matura legami con buona parte

490 APLu, AC, prot. 75, 1936, 4 marzo del 1936.
491 APLu, AC, prot. 134, 1936, 13 maggio 1936.
492 APLu, AC, prot. 134, 1936, 13 maggio 1936.

dell'ambiente culturale lucchese: prima l'amicizia con Giacomo Puccini, poi quella con Giovanni Pascoli, entrambe ereditate della rete di relazioni paterne. Quando il padre muore prematuramente, a soli venticinque anni, a causa di una malattia infettiva, è lo stesso Pascoli a scrivere le parole incise sulla targa commemorativa, dedicandola proprio al figlio neonato: «Manda un vagito la culla ed un palpito manda la tomba / Dice la tomba: chi sei? dice la culla: son te!».[493] In seguito, il medico, stringerà rapporti di amicizia ed intellettuali anche con Lorenzo Viani[494]. Insomma, Francesconi affianca all'attività di medico anche quella culturale, divenendo un personaggio molto in vista nell'ambiente intellettuale lucchese: oltre ad essere promotore di importanti conferenze pubbliche – una delle quali tenuta a Nozzano San Pietro in favore della politica coloniale italiana il 16 novembre del '35[495] - Francesconi è anche fondatore del *Rotary club* di Lucca e socio della Accademia Lucchese di Scienze Lettere e Arti.[496] Inoltre, nel 1926, il medico risulta vincitore del primo concorso bandito dal comune di Viareggio per la realizzazione del manifesto ufficiale per il carnevale dell'anno 1927, con un disegno dal titolo «Avanti Rosso ebbro carnevale del mare». Contrariamente da quanto affermato da Della Gherardesca, Guglielmo Lippi Francesconi non è affatto una figura "esterna" al manicomio di Lucca. Al momento della nomina a direttore Lippi Francesconi può già vantare un rapporto quasi decennale con l'istituto di Fregionaia. Alcuni documenti riservati, inviati nel 1927 dalla Regia Prefettura di Lucca al direttore Cristiani, rivelano infatti che Francesconi non solo avesse già operato nell'ospedale psichiatrico come medico di laboratorio - subito dopo la laurea in medicina, conseguita nel 1926 presso l'Università di Pisa – ma che sul suo conto fosse già presente in prefettura un fascicolo relativo alle sue credenziali morali, politiche e professionali. In particolare, il prefetto di Lucca chiedeva al direttore Cristiani di «farmi tenere riservate informazioni circa la competenza tecnica del dott. Lippi Guglielmo che fu assistente presso cotesto ospedale». Alla richiesta Cristiani risponde affermando che

> il dott. Guglielmo Lippi ha per parecchio tempo in questo O.P.P. si occupò nelle indagini cliniche per gli alienati e contemporaneamente si dedicò alle ricerche in laboratorio nel laboratorio psichiatrico di questo O.P.P. Per tal modo egli acquistò la coltura pratica nella psichiatria e tecnica manicomiale, di cui dette le migliori prove[497]

Dopo il primo periodo di formazione a Fregionaia, prosegue la sua carriera come assistente volontario alla clinica neuropsichiatrica della R. Università di Pisa, diretta da Giovanni Battista Pellizzi, e, già nell'ottobre del 1927, è nominato vicedirettore della Casa di cura per malati nervosi e mentali "Ville

493 Alcune note biografiche del medico sono contenute in *L'incredibile storia di Guglielmo Lippi Francesconi autore del primo manifesto del Carnevale di Viareggio,* Grafiche – Ancora, Viareggio, 2012.

494 *Discorso inaugurale, alla mostra Viani, in cui furono esposti i disegni che illustrano questo libro, tenuto dal prof. Guglielmo Lippi Francesconi*, in L. Viani, *Le chiavi nel pozzo, Firenze*, Vallecchi, 1943, pp. 7-27.

495 In «L'Artiglio», n. 32, 16 novembre 1935; sulle conferenze di Francesconi in quegli anni cfr. M. Bertolozzi, *Testimoni di guerra*, in «Documenti e studi» n. 47, pp. 61.62.

496 *Cfr*. G. Fulvetti, *Guglielmo Lippi Francesconi a Maggiano tra il fascismo e la guerra*, in (a cura di) M. Riccucci, «Le parole per dirlo. La malattia mentale: luoghi, persone, narrazioni», Pisa University press, Pisa, 2024.

497 ASLu, OP, *AG*, fald.134, busta 6, plico 1: il 28/10/ 1927 (div. San. n. 15618).

di Nozzano", istituto legato da rapporti convenzionali e di stretta collaborazione proprio con il manicomio di Fregionaia. A consolidare il profilo di Francesconi concorrono il passato da tenente in congedo del II Reggimento Granatieri, l'adesione all'associazione combattentistica lucchese e, soprattutto, l'iscrizione al Partito Nazionale Fascista, avvenuta il 22 novembre 1932 (tessera n. 146646). In breve tempo, entra a far parte del direttorio del fascio di Nozzano San Pietro, lo stesso fondato dal Marlia. Francesconi non è un fascista della prima ora; il suo avvicinamento al regime sembra piuttosto rispondere ad una strategia di sopravvivenza, utile a evitare ostacoli alla carriera. Ciononostante, si inserisce rapidamente nelle attività della sezione, assumendo l'incarico di delegato alla coltura del Dopolavoro di Nozzano San Pietro.[498] Dopo l'esordio come psichiatra e libero docente, Francesconi inizia nel 1931, come abbiamo visto, a sostituire Alberto Vedrani nell'invio dei contributi scientifici da Lucca alla redazione di «Rassegna di studi psichiatrici», collaborazione che prosegue per diversi anni. In un articolo pubblicato sulla rivista nel 1933, egli presenta il caso clinico di un ingegnere affetto da psicosi maniaco-depressiva, ricoverato presso la casa di cura Ville di Nozzano".[499] Il contributo si apre significativamente con una citazione di Vedrani, di cui Francesconi sembra ereditare simbolicamente il ruolo ma anche l'impostazione nosologica di matrice kraepeliniana. Tutti i suoi articoli appaiono sotto la supervisione diretta di Pellizzi e Cristiani, segno che già dal 1931 Francesconi è incardinato nell'organico del manicomio di Maggiano. Quando il 2 febbraio arriva tra le mani del preside Della Gherardesca il *curriculum* del medico, accompagnato da lettera di referenza firmata da Pellizzi, Francesconi è già un personaggio noto negli ambienti politici ed accademici della provincia, con ottime credenziali politiche e noto a Lucca sia tra gli ambienti accademici, intellettuali, medici e politico-amministrativi. Insomma, un uomo della provvidenza. In una corrispondenza riservata tra il preside e il prefetto, Della Gherardesca non manca di sottolineare che proprio la sua adesione al PNF e il possesso di "ottime credenziali politiche" costituiscono un criterio discretivo per

498 APLu, AC, prot. 134, 1936, 2 febbraio 1936.

499 Il caso clinico è molto particolare: E. Q., telefonista durante la grande guerra, classe 1899, inizia il corso a Torino in ingegneria industriale, in studi su elettromeccanica e in particolare interesse per la radiofonia, ma le condizioni psichiatriche non gli permettono di finire la laurea. Vive un forte senso di persecuzione e di mania di grandezza, tanto che finisce in casa di cura seguito dal professor Tanzi: in cura, nel 1926, indirizza al fisico Majorana e a Marconi, valutazioni sullo sviluppo della radiofonia. Tanzi lo segnala come ipomaniaco. Dimesso per miglioramento, l'anno seguente viene seguito da Morselli, per una grave ricaduta, il professore non ha dubbi: di costituzione paranoica. Maniaco, ipofisiaco, idee di persecuzione ed "insalata di parole", arriva il 2 settembre del 1930 alle Ville di Nozzano, durante l'internamento dimostra uno stato di eccitazione ed esaltazione oscillante. Nella produzione documentaria presentata da Francesconi, il ricoverato produce grafici cartesiani sul suo stato di depressione ed eccitamento, riportate come la sinusoide raccorciata della scarica elettrica. Nel colloquio giornaliero con il medico, ad esempio del 10 novembre 1930, Q. fornisce rappresentazione immaginaria al suo stato mentale: «roba da matti, chi sa quello che c'è in questa testaccia frolla? Forse c'è troppa roba ed è tutta mescolata…ci vorrebbe un colonnello per mettere tutto a battaglioni ed a compagnie. La rivista delle idee…tutte in uniforme…col fucile! (ride clamorosamente)». Il 12 novembre: «come sta, signor Dottore? Glielo chiedo prima io, vede, così si guadagna tempo!», è ironico. Nel gennaio 1931, visti i miglioramenti, viene dimesso, salvo tornare in manicomio a Nozzano nell'agosto del 1931. L'articolo dimostra che Francesconi lavora già direttamente all'interno del manicomio di Fregionaia: (cfr. G. L. Francesconi, *Insalata di parole – vaniloquio morboso*, in «Rassegna di studi psichiatrici», anno 1933, pp. 235-268).

l'esclusione degli altri tre candidati primari e la scelta di Francesconi:

> i motivi che hanno determinato il provvedimento […] con il quale è stato provvisoriamente affidato l'incarico della Direzione dell'Ospedale psichiatrico al dott. Professore Guglielmo Lippi Francesconi […] rimangono in servizio tre medici primari, nessuno dei quali ha residenza presso l'istituto. Il più anziano di essi [*nda*. Vedrani] non è iscritto al partito ed ha già un'età di oltre 65 anni[500]

A fissare con chiarezza questo principio era stato, d'altronde, lo stesso prefetto di Lucca, Francisci, con una comunicazione che recepiva le direttive emanate dal Consiglio dei ministri il 2 ottobre 1934. In una nota trasmessa all'amministrazione provinciale e comunicata anche a Cristiani, il prefetto riferisce infatti che la Presidenza del Consiglio dei ministri, per volontà di Mussolini, ha stabilito che:

> ha disposto che gli incarichi di carattere tecnico, legale o sanitario, debbano essere conferiti dalle pubbliche amministrazioni soltanto a quei professionisti, i quali oltre ad essere iscritti alle rispettive organizzazioni sindacali giuridicamente riconosciute, siano in possesso del requisito dell'iscrizione al Partito Nazionale Fascista[501]

Tuttavia, le proteste dei medici non sono prive di fondamento, e il rischio di uno scandalo per la palese forzatura politica impone una linea di cautela a Della Gherardesca. La provincia adotta così una strategia di repressione "morbida", accogliendo parzialmente il criterio dell'anzianità di servizio. Nella seduta del 21 novembre 1936, infatti, pur svanita per Vedrani la possibilità di ottenere la direzione dell'istituto, il consiglio provinciale deroga alla direttiva di Mussolini e lo promuove all'unanimità vicedirettore, proprio in virtù della sua lunga carriera.[502] Quel che non si era riusciti a fare tra il 1922 e il 1926 – ovvero rimuovere e sostituire i funzionari e i medici ritenuti avversi al regime, o semplicemente non integrati nel nuovo ordine politico – si realizza progressivamente attraverso il *turnover* dei pensionamenti. Se per gli infermieri la prassi è stata smaccata e feroce, con licenziamenti e pressioni brutali, per quanto riguarda i medici il fascismo preferisce la linea della continuità amministrativa, sanzionando, osservando, ma preferendo non rimuovere i quadri dirigenti o gli psichiatri dai propri ruoli. Il potere del fascio si era servito fin lì di funzionari di carriera di cui non si fidava pienamente, che spesso avevano frequentato ambienti non del tutto allineati e, talvolta, personalmente critici nei confronti delle prassi e del potere fascista, ma cionondimeno – se questa contestazione non si faceva pubblica - risultavano "utili" al funzionamento della macchina amministrativa. Non esistono, ad esempio, carte che provino un sostegno esplicito o il tesseramento di Cristiani al fascio. Anzi, nel 1946, nel contesto dei processi per la defascistizzazione, emerge che lo stesso Cristiani avrebbe aderito passivamente agli indirizzi politici del regime perché gravava su di lui la spada di Damocle di essere «incorso nell'errore durante le ultime elezioni politiche fasciste

500 APLu, AC, prot. 134, 1936, 14 aprile, minuta riservata.
501 ASLu, OP, Direzione medica 141 (1934), fasc. 12, plico 1:
502 APLu, AC, prot. 134, 1936, 21/11/1936.

dando voto contrario al regime».[503] Tuttavia, come vedremo più avanti in merito agli internamenti di natura "politica", il discrimine non è tanto l'adesione o meno al fascismo, quanto la funzionalità all'ordine pubblico: ciò che conta veramente è che la personale inclinazione dei funzionari non costituisca né aperta opposizione né, tantomeno, il rischio di intralcio alle politiche scelte dai vari potentati locali. È in questa prospettiva che anche il "voto contrario" espresso da Cristiani nelle elezioni politiche non trova, in realtà, una traduzione immediata in un contrasto alle politiche di assunzione del fascio. Si riflette piuttosto in atteggiamenti di smussamento e di accomodamento al confronto col gruppo di potere fascista, muovendosi sempre nell'orizzonte di una difesa "simil-corporativa" dell'ambiente manicomiale e dei suoi equilibri interni. È quanto accade, ad esempio, nella vicenda dei due infermieri minacciati di licenziamento da Sergiusti per aver contestato la riforma dell'organico. Con il pensionamento di Cristiani si apre dunque lo spiraglio per porre rimedio a questo "neo" nell'amministrazione provinciale e chiudere definitivamente ciò che non era stato possibile portare a termine al momento del consolidamento del regime, tra il 1922 e il 1924. Con il pensionamento del vertice manicomiale – Cristiani e Corradini – viene ora chiamato a dirigere l'istituto un elemento più strutturato politicamente, fidato e pienamente integrato nel sistema: Guglielmo Lippi Francesconi..

Va tuttavia segnalato come il processo di infiltrazione delle nomine politiche all'interno anche del corpo medico fosse già in corso da alcuni anni. Si assiste, infatti, a un lento ma progressivo adeguamento delle prassi di selezione dei medici a quelle già collaudate per gli infermieri. Il 17 ottobre del 1928 il direttore Cristiani scrive a Sergiusti per chiedere, preso atto del collocamento a riposo del dottore Urbano Alessi, l'apertura di un concorso per la nomina di un nuovo medico primario. La richiesta si inserisce nel quadro di un ampliamento complessivo dell'organico medico, reso necessario dall'arrivo imminente dei 170 pazienti provenienti da Pistoia. Cristiani propone l'assunzione di almeno due medici assistenti internini, al fine di raggiungere un organico strutturato secondo il seguente schema: un direttore, un vicedirettore, quattro primari, due internini e un medico praticante, per un totale di nove unità.[504] L'8 gennaio 1929 la Deputazione provinciale delibera l'assunzione di due medici internini "fuori pianta", ovvero con incarico temporaneo e non stabilizzabile, giustificato dalla natura provvisoria dell'accordo di convenzione con l'ospedale di Pistoia, della durata di nove anni. Il 1° febbraio la provincia procede all'assunzione dei medici praticanti Agostino Ansani e Salvatore Ridolfi in qualità di internini, mentre viene aperto il bando per

503 AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 179.

504 Tuttavia, lo stesso direttore denuncia come tale dotazione rimanga inferiore al minimo previsto dalle norme vigenti, che prescrivono un medico ogni cento pazienti, ossia tredici unità complessive per una popolazione degente di 1300 malati. Viene inoltre segnalata la difficoltà di reperire medici praticanti, che, a fronte di vitto, alloggio e un compenso netto di 335 lire mensili, tendono ad accettare l'incarico solo per brevi periodi, abbandonando presto la posizione (ASLu, OP, AG, fald. 135, busta 6, plico 2).

il posto di medico primario. Già il 14 dicembre del 1928, Cristiani aveva chiesto formalmente di essere escluso dalla commissione giudicatrice, anticipando la probabile candidatura di due medici con i quali aveva avuto rapporti professionali diretti: Gino Francioni e Alessandro Pfanner – figlio di Pietro Pfanner, medico chirurgo e sindaco di Lucca dal 1920-1922. Nella lettera, Cristiani sottolinea come entrambi fossero già stati suoi collaboratori presso l'istituto, aggiungendo che «il dott. Pfanner frequenta tuttora questo istituto per i suoi ruoli», e invoca una *legittima suspicione*. Nonostante ciò, il 15 dicembre Sergiusti comunica al direttore il rigetto della richiesta, pur mostrandosi comprensivo delle motivazioni addotte.[505] Il 26 aprile la commissione procede quindi regolarmente alla valutazione dei candidati e al colloquio. Pur non essendo formalmente prevista una componente amministrativa o politica – che avrebbe potuto esercitare una pressione diretta – la composizione della commissione ricalca fedelmente quella per il concorso degli infermieri, essendo costituita dal direttore Cristiani, dal medico provinciale e dal professor Enrico Morselli. Al termine delle prove, viene stilata la graduatoria: Francioni risulta primo classificato, seguito da Pfanner. Tuttavia, il 12 giugno, Francioni rinuncia all'incarico, consentendo la nomina di Pfanner.[506] Il 22 aprile 1933, in conseguenza del crescente carico di lavoro e dei tagli al personale medico imposti dalla riforma dell'organico voluta da Sergiusti nel 1931,[507] si rende necessaria l'assunzione, anch'essa fuori pianta, di due nuovi medici: Ubaldo Barsotti e Giovanni Pancanti, subentrati a Rodolfi e Grazi. L'assunzione di Barsotti è accompagnata da una lettera del Fascio di combattimento di Lucca, firmata dal vicesegretario politico Baldo Baldi, che lo raccomanda «poiché il dr. Barsotti ci risulta professionalmente a posto e buon fascista».[508] Contestualmente, la deputazione provinciale delibera anche l'assunzione, già avvenuta il 26 aprile 1933, del medico Furio Magri in qualità di internino, con una formazione in ostetricia presso la clinica di Pisa, e accompagnato in questo percorso da Giovanni Pancanti.[509] Non sorprende,

505 ASLu, OP, *AG*, fald. 135, busta 6, plico 2 (n. 6-2/ 1928).

506 ASLu, OP, *AG*, fald. 135, busta 6, plico 2: Nel contesto della riforma dell'organico approvata nel 1929, che prevedeva l'istituzione di un nuovo posto di medico primario, il 12 giugno dello stesso anno viene proposto per l'incarico il dott. Francioni, risultato primo nella graduatoria di merito. Francioni tuttavia rifiuta la nomina, e il posto viene quindi assegnato al secondo classificato, Alessandro Pfanner. Dal bando di concorso (n. 4053 / fasc. 18-12-1928) emerge, grazie a una lettera inviata da Sergiusti a Cristiani, che la commissione giudicatrice era composta dal direttore del manicomio, dal medico provinciale e dal prof. Enrico Morselli.

507 APLu, AC, prot. 152, 1933. 3 gennaio 1933: con riforma dell'organico del 13 maggio del 1931, vengono soppressi due posti da medico assistente (5000lire annue) a favore di un quarto posto da medico-assistente internino (10000lire annue)

508 APLu, AC, port. 152, 1933, 23 maggio 1933

509 ASLu, OP, AG, fasc. 140, 6.2 Il 19 aprile 1933 Cristiani scrive al commissario prefettizio di Lucca per comunicare alcune proposte di nomina relative ai medici assistenti internini. Dalla corrispondenza si evince che, in caso di vacanza nell'organico medico, il commissario intende segnalare il dottor Barsotti – da lungo tempo attivo nel servizio sanitario provinciale, già assistente presso il laboratorio d'igiene e profilassi, e sottotenente medico militare – e il dottor Pancanti. A seguito delle dimissioni dei medici internini Ridolfi e Grazi, la condizione di vacanza si verifica concretamente. Cristiani propone il dottor Furio Magri, con un solido percorso formativo: allievo interno per due anni presso la clinica psichiatrica dell'Università di Pisa, seguito da corsi di perfezionamento in puericultura, igiene pubblica, ostetricia e ginecologia, nonché terapia del cancro. A confronto, il dottor Pancanti risulta specializzato in neuropsichiatria, avendo svolto l'intero percorso da allievo interno ad assistente presso la clinica delle malattie mentali e nervose della Regia Università di Pisa, negli anni accademici 1930-31 e 1931-32. A suo favore interviene con una lettera di

pertanto, che nel prospetto del Direttorio del Dopolavoro dei dipendenti dell'Ospedale psichiatrico redatto nel 1939, gli unici medici iscritti risultino essere esclusivamente quelli di nuova nomina: Furio Magri (direttore), Giovanni Pancanti (assistenza sanitaria e cultura popolare), e Plinio Gori (insegnamento professionale). Nessun medico "anziano" vi compare, a conferma della progressiva e selettiva sostituzione del personale medico in funzione del graduale allineamento ideologico.[510]

D'altra parte, è la fisionomia stessa del ruolo del direttore del manicomio che "richiede" la presenza di un uomo fidato. Il potere del medico direttore, infatti, eccede i paletti delle mere competenze sanitarie, di vertice della struttura manicomiale, e, tracimando, diventa il volto di un potere territoriale, riconosciuto e riconoscibile, al quale si appellano anche i cittadini che vivono attorno al manicomio: il direttore esercita un forte potere di influenza amministrativa locale. È a lui che gli abitanti del luogo, ad esempio, rappresentati dal parroco, si rivolgono per certi problemi di inquinamento delle acque di zona[511], ed è ancora lui ad essere interpellato da un gruppo «folto di paesani», che ne ferma l'automobile per segnalare problemi con gli scarichi dell'istituto.[512] Questa proiezione del potere medico-amministrativo sul territorio si manifesta con particolare evidenza nella gestione del sussidio per la custodia domestica, misura che costituisce il principale strumento di politica sociale manicomiale e che si inserisce all'incrocio di un dialogo "polifonico" tra le amministrazioni provinciali, le autorità sanitarie, le famiglie e le forze dell'ordine.[513] La concessione, l'aumento o la revoca di tale sussidio dipende dalla firma del direttore e genera un campo di relazioni in cui si giocano interessi economici, forme di solidarietà familiare e strategie di sopravvivenza economica domestica. La custodia domestica diviene così spazio di negoziazione e contesa, talvolta

raccomandazione il professor Giovanni Battista Pellizzi, direttore della stessa clinica. Alla fine, vengono nominati Barsotti e Pancanti, mentre Magri viene inizialmente escluso. Tuttavia, pochi giorni dopo – come si legge in una lettera di Cristiani al commissario prefettizio (ASLu, OP, AG, faldone 140, fasc. 9.1, n. 1211) – Magri prende comunque servizio come internino il 26 aprile 1933. In attesa della formale istituzione del quarto posto da assistente, l'impressione è che venga creato un incarico ad hoc per consentirne l'ingresso.

510 AdFMT, *Risposte – amministrazione*, fasc. 4, c. 4.

511 ASLu, OP, *AG*, fald.141, fasc. 9, plico 1. In una lettera del 2 luglio 1935 si apprende che la gente della campagna circostante al manicomio invii una lettera di lamentazioni a Cristiani, firmata del Sacerdote, per informarlo dell'inquinamento l'acqua di scarico della lavanderia del manicomio arrivano fino alle acque di zona.

512 Faldone 146 (1938) OP, fascicolo 5, plico 1. A raccontare l'episodio al Preside della provincia è lo stesso direttore Lippi Francesconi: «verso le ore 18,30, mentre, venendo da Nozzano transitavo in macchina dalla strada comunale che costeggia il muro di cinta dell'Ospedale Psichiatrico, dalla parte di mezzogiorno sono sta- to fermato da un gruppo discretamente folto di paesani, i quali mi hanno invitato a discendere dalla automobile e poi, con deferente fermezza mi hanno fatto constatare che i fossi campestri di proprietà privata, oltre la strada , erano tutti abbondantemente inquinati da uno scarico dei rifiuti luridi, provenienti dai servizi igienici dell'Istituto, attraverso un condotto che Immette nel fosso lungo detta strada ; condotto dal quale realmente fuoriesce un liquame insopportabilmente fetido e, come la S.V. Ill.ma ben comprende, eventualmente pericoloso. Sono riuscito a dominare subito quella giusti- ficata inquietudine, assicurando che me ne sarei immediatamente occupato, dichiarandomi del tutto sicuro dell'interessamento da parte della S.V.Illma. Oggi mi permetto segnalare la cosa alla S.V., in quanto questo particolare appartiene alla grave questione degli scarichi del Manicomio già da tanto affidata, per uno studio conclusivo, ad una speciale Commissione […] uguale a quella ieri segnalatami da quei paesani in modo inconsueto esiste purtroppo anche a settentrione e sarebbe necessario ed anche urgente riprendere l'attento esame di tale grave inconveniente, che, se ulteriormente mantenuto potrebbe condurre a conseguenze oltremodo incresciose».

513 Normativa per ricostruire il rapporto di dialogo tra le varie controparti dell'internamento è V. Fiorino, Matti, indemoniate e vagabondi, pp. 27-77.

anche giuridica, tra i membri della famiglia del malato, come dimostra il caso emblematico di S. Francesco.[514] Internato quattro volte a Maggiano, F. è al centro di un conflitto prolungato tra il padre e il fratello, entrambi aspiranti alla custodia, che si protrae fino al contenzioso giudiziario. A seguito della revoca del decreto di affidamento al fratello e del conseguente reinserimento in manicomio, Francesco viene affidato nuovamente al padre. Tuttavia, già nel 1938, le difficili condizioni economiche in cui versa la famiglia inducono Francesconi a sollecitare un incremento del sussidio mensile, che viene portato da 50 a 60 lire. La situazione precipita nel 1944: nel corso dell'ultimo internamento, la famiglia risulta priva di qualsiasi contributo economico. Saranno i carabinieri a certificare formalmente lo stato di bisogno e a trasmettere alla Provincia la richiesta di riconoscimento dell'arretrato del sussidio per il periodo gennaio–giugno 1944. Altri casi confermano il ruolo del medico direttore come arbitro e garante di una funzione sociale del manicomio: nel maggio 1941, il presidente della provincia di Pistoia richiede il parere "autorevole" di Francesconi sulla possibilità di sospendere il sussidio concesso a C. Rosa.[515] La relazione dei carabinieri sembrerebbe giustificare l'interruzione del contributo: la paziente, madre di quattro figli, è considerata guarita, in grado di occuparsi autonomamente della casa, e la famiglia dispone di entrate minime ma regolari (il marito è «bracciante agricolo guadagna giornalmente lire 12,30, mentre il figlio di 15 anni, tappezziere, ne guadagna 5 al giorno, a carico hanno altri due figli piccolissimi»). Tuttavia, Francesconi si oppone alla sospensione, ritenendo prudente prorogare per un ulteriore anno l'erogazione del sussidio, in considerazione della natura ciclica del disturbo maniaco-depressivo – di tipo ciclotimico - da cui Rosa è affetta. Oppure nel caso di C. Fernando,[516] già internato due volte nel 1940, a cui la provincia di Pistoia chiede di rimuovere il sussidio, difeso, invece, dalla relazione della legione territoriale di Firenze e dallo stesso medico direttore. Oppure come nel caso di N. Quinto,[517] diciassettenne cenciaiolo di Pistoia, inviato a Maggiano dal questore nell'agosto del 1937, descritto all'ingresso come travolto da una «turbinosa [...] folla di idee, eiettivata da una travolgente logorrea con urla e canti e bestemmie». In manicomio, N. manifesta una forte resistenza all'adattamento al codice dell'internato: scalcia, salta sul letto, canta incessantemente, e viene più volte trasferito nella sezione agitati. Il medico segnala, tra crisi di pianto, la presenza di "tendenze a nuocersi". Dimesso il 21 febbraio del 1938, N. viene affidato in custodia alla madre, Vannucci Elvira, anch'essa straccivendola.

514 ASLu, OP, *CC*, fald. 471, c. 100.

515 ASLu, OP, *CC*, fald. 465, c. 123. Il tempo darà ragione alla valutazione di Francesconi: nel luglio dello stesso anno la C. torna in manicomio.

516 ASLu, OP, *CC*, fald. 466, c. 140. Nella lettera i militari segnalano la situazione familiare: "trasmette informazioni riguardo al paziente sulla sua situazione economica: le condizioni economico finanziarie [...]sono misere. Possiede la casa di abitazione e vive col ricavato del suo lavoro di falegname guadagnando in media dalle 12 alle 15 lire al giorno – le condizioni mentali dell'ex ricoverato sono buone; si mantiene calmo tanto che è sufficiente la sorveglianza del nipote sopracitato. Non intende ad alcun lavoro".

517 ASLu, OP, *CC*, fald. 422, c. 22.

Anche in questo caso, le condizioni economiche del nucleo familiare - definito "nullatenente" dai carabinieri nella loro relazione alla provincia di Pistoia - risultano determinanti. Nel 1943, la madre presenta una formale richiesta di incremento del sussidio, motivandola con la persistente disoccupazione del figlio, non ancora completamente guarito. Lo stigma della malattia mentale, l'assenza del padre, il peso dell'«attuale costo della vita» costituiscono fattori di fragilità strutturale che rischiano di far deflagrare nuovamente il nucleo familiare. Anche in questo caso, la "salvezza" della famiglia è subordinata alla decisione del medico direttore, che accoglie la richiesta. Il potere del medico, in ambito sanitario e amministrativo, risulta superiore a ogni altro parere, e può arrivare a contraddire apertamente anche le relazioni delle forze dell'ordine, come nel caso di Carlo P.[518] internato nel 1931 per paralisi generale. Secondo il decreto definitivo di internamento, Carlo viene dimesso nel 1933 in custodia alla moglie. Il 25 ottobre dello stesso anno, a fronte della richiesta di un piccolo sussidio, le forze dell'ordine emettono parere favorevole. Tuttavia, il direttore Cristiani ne redige una controrelazione negativa: «Il P., sopra distinto, si rivela orientato, ordinato, tranquillo, laborioso – Per le sue condizioni mentali non si ritiene quindi che sia il caso di concessione del sussidio». Risulta evidente come il ruolo del medico direttore non si esaurisca nella funzione clinica, ma si delinei come lo snodo decisivo di un apparato di controllo che dai territori arriva fin dentro alla struttura manicomiale, un perno della macchina assistenziale, l'unico in grado di valutare e contenere le situazioni di fragilità – economica, sanitaria e psichiatrica – sul territorio. Il direttore è un anello di congiunzione tra il territorio e gli organi amministrativi e politici e, come vedremo nei casi di internamento di oppositori politici, un elemento integrato nel sistema di repressione e controllo sociale. È quindi necessario che sia "dei nostri".

3.7 «Sulla scia luminosa dei voleri del Duce»: I primi anni di direzione Guglielmo Lippi Francesconi: dal 1936 al 1940

La nuova direzione Lippi Francesconi ha formalmente inizio il 1° aprile 1936, come annunciato da un ordine di servizio interno redatto dal vicedirettore Ferrarini il 30 marzo precedente, che ne organizza la cerimonia d'ingresso alle ore 10:00. Il nuovo direttore, Guglielmo Francesconi, si mostra fin da subito estremamente energico nell'impostare la propria linea di comando: nel giro di appena dieci giorni promulga numerosi ordini del giorno che modificano l'organizzazione quotidiana dell'istituto. Tra i primi provvedimenti si segnalano: l'obbligo per i degenti di muoversi in gruppi serrati durante ogni spostamento interno; la prescrizione che impone ai malati di rimanere seduti al proprio posto durante la distribuzione del vitto; il divieto assoluto di visite per i primi quindici giorni

[518] ASLu, OP, CC, falf. 371, c. 133. Lettera di ammissione protocollata (prot. n. 1604; reg. n. 8431).

dal ricovero, e, successivamente, la limitazione a un massimo di due visitatori per paziente. [519] Fin dai suoi esordi, la direzione di Francesconi si caratterizza per una duplice dinamica: da un lato, il tentativo di riaffermare la centralità del medico direttore, in risposta al crescente peso assunto negli anni precedenti dalla componente infermieristica; dall'altro, un processo di progressiva integrazione dell'ospedale psichiatrico all'interno dell'apparato amministrativo e ideologico dello stato fascista. Uno dei primi fronti su cui Francesconi interviene per ristabilire un controllo medico è quello del reclutamento del personale, fino ad allora largamente condizionato da un sistema informale di raccomandazioni su base politica, incentivato dalla stessa amministrazione provinciale, che sollecitava i fasci locali a segnalare elementi "fidati" o da inserire nei corsi pratici e teorici o da promuovere nelle graduatorie di merito.[520] Il sistema si presenta come un vero e proprio caos, un intreccio disordinato di relazioni clientelari: lettere di presentazione scritte da più mani, interventi simultanei di funzionari e autorità locali, e una crescente tendenza a far del manicomio un'estensione del nascente "stato sociale" fascista, finalizzato a dare impiego a individui in condizioni di fragilità economica o marginalità sociale. Questa funzione sociale, subordinata a logiche di controllo territoriale e fedeltà politica, si riflette nei numeri: nel 1933 risultano pervenute al direttore medico e al presidente della provincia oltre 68 richieste di raccomandazione; nel 1934 il numero sale vertiginosamente a più di novanta, in coincidenza con l'imminente chiusura delle graduatorie di merito del concorso aperto nel 1931. Seguono, in flessione: 12 richieste nel 1935, quattro nel 1936, due nel 1937 e una nel 1938.[521] Le raccomandazioni, redatte tanto dai fiduciari quanto dagli stessi aspiranti, parlano invariabilmente il «linguaggio del bisogno, della pietà – giammai quella del diritto».[522] Sono suppliche affinché si tenga conto di necessità personali, dello stato di difficoltà economiche di eccezionale disagio sociale. Si tratta, infatti, di suppliche volte a far valere condizioni personali di disagio, difficoltà economiche o situazioni sociali particolarmente critiche. Suppliche dal tono "religioso", che risalgono l'intera gerarchia istituzionale fino a raggiungere i vertici del potere. Paradigmatica è la vicenda di Guglielmo Marlia, camicia nera residente a Nozzano, segnalato come «marciatore su Roma» dal segretario federale Andrea Ippolito, che nel dicembre del 1933 si rivolge direttamente al capo del governo, Benito Mussolini, invocando il suo intervento per essere ammesso al concorso per infermieri presso il manicomio di Fregionaia. La missiva viene trasmessa al preside della Provincia, il quale, rispondendo al Prefetto che chiede chiarimenti, assicura che «dell'alta

519 ASLu, OP, AG, fald.144 (1936), fasc. 6, plico 7:

520 APLu, AC, deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza, affari, visite mediche dei concorrenti, n. 383, 4 dicembre del 1933: al concorso del 1933 si iscrivono 373 aspiranti, accedono al corso solo in 76. Gli aspiranti vengono contattati per la visita medica attraverso i segretari del fascio. Vengono contattati i segretari del fascio di: Carignano, Cerasomma, Fagnano, Farneta, Maggiano, Meati, Montuolo, Nozzano, Piazzano, Pieve Santo Stefano, Sant'Alessio, Sant'Angelo in Campo, S. Anna, S. Donato, S. Macario in Piano, San Macario in monte, S. Maria a Colle.

521 APLu, AC, prot. N. 383.

522 V. Fiorino, Officine della follia, p. 189.

raccomandazione a favore del concorrente Marlia Guglielmo sarà, a suo tempo, tenuto il debito conto».[523] Simile il caso dell'infermiere Giuseppe Casini - piazzatosi 148 su 150 al concorso infermieri – che nel 1937 scrive al capo del governo per essere assunto nell'istituto. Casini, già calzolaio aggiunto del manicomio, lamenta che non gli siano stati riconosciuti né i meriti di guerra né quelli politici da squadrista. Dietro questo effluvio di richieste di assunzione, tuttavia, insiste un senso di confusione o di volontaria incomprensione tra il raggiungimento dell'abilitazione in seguito al corso di formazione e l'aspettativa di un'assunzione diretta: i bandi periodicamente aperti dall'amministrazione, infatti, non garantiscono l'assunzione in manicomio, ma solo l'accesso alla graduatoria per aspiranti infermieri. Lo dimostra la risposta del preside della Provincia a una lettera inviata il 2 ottobre 1933 dal console comandante della Legione MVSN (86° comando), Angelo Pieroni, nella quale si sollecita l'assunzione presso il manicomio provinciale di otto militari raccomandati. Il preside precisa che: «questa amministrazione non ha bandito un concorso per assunzione in servizio di infermieri manicomiali, ma bensì per l'ammissione di aspiranti allievi infermieri».[524] Lavorare in manicomio, del resto, appare per molti, provenienti da una zona di piccola proprietà terriera, un traguardo desiderabile: nel 1933, al concorso per aspiranti infermieri erano inizialmente previsti 60 posti, ma l'enorme afflusso di domande – oltre 400, molte delle quali sostenute da raccomandazioni – spinge l'amministrazione ad ampliare la platea degli ammessi a 165 candidati. Le raccomandazioni piovono da ogni direzione: dalle sezioni del Fascio femminile, dalle segreterie politiche dei fasci di zona, dalle organizzazioni sindacali, fino agli stessi infermieri già in servizio.[525] Il fenomeno è pervasivo. Nel 1933, ad esempio, risultano segnalati Valentino Davini e Giacomo Casini, entrambi iscritti al Fascio di Balbano fin dal 1921. L'anno successivo, nel 1934, compaiono tra i raccomandati Pietro Cortopassi, Dante e Giuseppe D'Arrigo, oltre al già menzionato Guglielmo Marlia. In questo clima di confusione e pressioni crescenti, il direttore Francesconi decide infine di intervenire. In una lettera indirizzata al preside della Provincia, dichiara che la misura è colma, tracciando un limite alle continue e sempre più invadenti spinte clientelari:

> All'epoca in cui fui chiamato ad assumere, su vostra fiducia, l'incarico della Direzione, fissai subito la mia attenzione su un principio fondamentale: che la questione del personale non potesse in alcun modo diventare, né

[523] APLu, AC, *Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza*, *Affari*, n. 383, *istanze ed esposti diretti al capo del governo*.

[524] APLu, AC, *Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza*, *Affari*, n. 383.

[525] Archivio della provincia, deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza, affari, n. 383, nel 1935 arrivano raccomandazioni al preside della provincia per assumere fascisti e segretari del fascio a Maggiano: Aldo Mandoli, ispettore fascista della 3 zona, chiede vengano assunti Bini Gino (segretario fascio di Nozzano San Pietro) e Vannucci Giuseppe (segretario fasci di ponte s. Pietro9; il segretario federale amministrativo Gustavo Micheletti chiede l'assunzione di De Raniri Dumas Alfredo, fascista; il segretario del fascio di Montuolo, Luigi Puccetti, raccomanda il fascista Tacconi Umberto, il "vecchio fascista" Landi Nicola viene raccomandato dal Prefetto al preside della provincia, il "giovane fscista" Guido Checchi, viene raccomandato dal comandante in seconda della federazione dei fasci giovanili di lucca, Ing. Ugo Benedetti; il presidente federale dell'associazione nazionale combattenti raccomanda il fascista Simi Gino.

> allora né in seguito, materia di arbitrio personale. Per tale motivo […] si convenne di mantenere un criterio di equilibrio nelle assunzioni, selezionando quegli elementi che, nel contesto del tempo, potevano rendersi indispensabili "a tutti gli effetti", sia per esigenze straordinarie, sia per sopperire a improvvise vacanze di posti effettivi o eventuali emergenze. Tali assunzioni straordinarie finirono per riguardare comunque un numero relativamente limitato di soggetti (rispetto all'alto numero di diplomati), numero che fino ad oggi verte su una trentina di unità, compresi alcuni particolarmente abili, ma costretti a prestare servizio in reparti specializzati - quali quelli di infermeria industriale o agricola. L'ordine di graduatoria, salvo rarissime eccezioni determinate da ragioni superiori alla nostra volontà, fu severamente seguito […][526]

Ancora più esplicita, in merito al rapporto tra il superamento del concorso e l'effettiva assunzione in servizio, è una lettera del direttore Francesconi datata 1941. Di fronte all'ennesimo ricorso rivolto al Duce - stavolta presentato dall'infermiere giornaliero Tacconi - il direttore chiarisce:

> […] si ha ragione di ritenere che i postulanti siano i cosiddetti giornalieri, e cioè quegli abilitati nei corsi tenuti periodicamente dall'Istituto, che non fanno parte del personale vero e proprio, non essendo compresi in alcun ruolo, ma che costituiscono una specie di vivaio al quale la Medica Direzione attinge per le necessità contingenti ed immediate di supplenze e di sostituzioni del personale effettivo od avventizio[527]

Tuttavia, la ferma volontà di porre un argine alle pressioni clientelari non riesce a smantellare il sistema di assunzione fondato sulla raccomandazione politica. Anzi, è lo stesso Francesconi, appena insediato alla direzione del manicomio, a perpetuarne le logiche. Probabilmente su sollecitazione dei vertici dell'VIII zona del PNF – da cui egli stesso proviene – il direttore si fa promotore dell'assunzione di alcuni camerati ritenuti politicamente affidabili.[528] Il 31 ottobre 1936, infatti, Francesconi scrive al preside dell'Amministrazione provinciale per comunicare la vacanza di due posti tra gli infermieri effettivi, a seguito del pensionamento di due infermieri. Nella stessa lettera segnala due candidati:

> al proposito mi pregio informare la S.V. Ill.ma che, con lettera del 18 settembre 1936, il segretario federale del PNF di Lucca mi segnalava il fascista Cortopassi Giuseppe, tesserato dal 1922, segretario del fascio di Maggiano, bisognoso, padre di otto figli e nostro infermiere avventizio (al diciottesimo posto nel ruolo), affinché lo raccomandassi alla S.V. Ill.ma per una eventuale nomina ad effettivo. Eguale raccomandazione (verbale) mi veniva fatta nei riguardi di Consani Alberto, anch'egli tesserato dal 1922, con brevetto di marcia su Roma, diciannovesimo nella stessa graduatoria

Il direttore aggiunge che, da parte della direzione medica, non vi è alcuna obiezione all'avanzamento di ruolo dei due candidati, sottolineando anzi non solo i loro meriti fascisti, ma anche le buone qualità

---

526 APLu, AC, prot. 383, 1933.

527 ASLu, OP, *AG*, fald. 149, fasc. 6, plico 5.

528 ASLu, OP, *AG*, fald. 149 Fasc. 5, plico 1: (prot. 1812 fasc. 5-1-1941) del 29 ottobre del '41 Guglielmo Lippi Francesconi propone al preside dell'amministrazione provinciale di Lucca di assumere per i posti da infermieri avventizi Dalle Piagge Ubaldo, D'Arrigo Guglielmo e Carlotti Pietro – qualificati come squadristi. Ciò avviene per la promozione a effettivi degli infermieri Rossi Clarino e Vannucci Bruno, ma soprattutto per la destituzione dell'infermiere Marlia Arturo (fratello di Vittorio).

dimostrate «sotto il profilo disciplinare e produttivo».[529] In graduatoria, ricorda Francesconi, figurano anche altri camerati meritevoli di attenzione secondo i criteri politici del tempo: Italo Casini, marciatore su Roma con tessera fascista dal 1922, si colloca al 22° posto tra gli avventizi; Aniceto Lencioni, segretario del Fascio di San Macario, è 29° nella stessa graduatoria. Nel 1939, il già consistente gruppo di infermieri squadristi si espande ulteriormente. Con una comunicazione datata 23 marzo (prot. 7183), Francesconi informa il presidente della provincia della presenza, nel manicomio, di ben 13 dipendenti identificati come squadristi e marciatori su Roma: Giuseppe Davini, i fratelli Vittorio e Arturo Marlia, Fabiani, Landini, Cortopassi, Consani, Dalle Piagge Filippo e Ubaldo, D'Arrigo, Carlotti, Casini e Enrico Marlia.[530] La geografia degli squadristi sembra dar ragione all'ipotesi di assunzione per "vicinanza" al Marlia: sette di questi sono iscritti al fascio di Nozzano-San Pietro, due a quello di Nozzano Castello, uno ciascuno ai fasci di Balbano, Maggiano, Sant'Anna e Ponte San Pietro. Con la delibera provinciale del 21 aprile 1940, diversi infermieri avventizi squadristi riescono perfino a ottenere, su sollecitazione del direttore, la stabilizzazione in pianta stabile come effettivi in soprannumero, grazie all'applicazione della legge del 29 maggio 1939, n. 782.[531] La prassi clientelare continua anche nel 1941: il 29 ottobre, Francesconi propone al preside dell'Amministrazione provinciale di Lucca l'assunzione, come infermieri avventizi, di Ubaldo Dalle Piagge, Guglielmo D'Arrigo e Pietro Carlotti – tutti indicati come squadristi – in sostituzione degli infermieri Rossi Clarino e Vannucci Bruno, appena promossi a effettivi.[532] Alla luce di questi dati, e considerando che – secondo una comunicazione ufficiale del 1° febbraio 1940 – il personale

---

529 ASLu, OP, *AG*, fald.144, fasc. 5, plico 1: (n. prot. 3087. fasc. 5/1/'36 che ha per oggetto infermieri avventizi segnalazione di meriti fascisti nei riguardi di un eventuale avanzamento di ruolo) del '31 ottobre del "36 di GLF a preside della amm. Provinciale data notizia che due infermieri sono andati in pensione si rendono vacanti due posti: "al proposito mi pregio informare la S.V. Illma che con lettera del 18 settembre '36 […] il segretario federale del PNF di Lucca mi segnalava il fascista Cortopassi Giuseppe, tesserato dal 1922, segretario del fascio di Maggiano, bisognoso, padre di 8 figli e nostro infermiere avventizio (al 18esimo posto nel ruolo avventizi) affinché lo raccomandassi alla S.V.Illma per una eventuale nomina ad effettivo _ eguale raccomandazione (verbale) mi veniva fatta nei riguardi di Consani Alberto, tesserato dal '1922, brevetto di Marcia su Roma (al 19 esimo posto nello stesso ruolo). Da parte di questa medica Direzione niente si opporrebbe a che i suddetti fossero avanzati di ruolo, in considerazione dei meriti fascisti che posseggono e credo convenga aggiungere che trattasi di due ottimi elementi, sotto il punto di vista disciplinare e produttivo [...]" nella stessa lettera si legge che anche altri due elementi classificati 22esimi e 29esimi che sono Casini Italo (tessera 1922, marciatore su Roma) e Lencioni Aniceto (tessera 1922, Segretario del Fascio di S. Macario), posseggono equivalenti meriti fascisti "nel caso che ai meriti fascisti dei quattro suddetti infermieri fosse possibile conferire valore nei riguardi di un eventuale avanzamento nel Ruolo, mi pregio informare S.V.Illma che nulla osterebbe da parte di questa medica direzione a che i suddetti venissero ad occupare i primi quattro posti di detto ruolo". Nella lettera si nomina anche l'effettivo accoglimento della proposta della promozione ad Egizio dalle Piaggie, altro elemento con meriti fascisti. Infatti, l'11 settembre del '36 (n. prot. 1860 fasc. 5.2.1936) si legge di 7 avanzamenti nel ruolo. Il settimo è Egizio dalle Piaggie "infermiere effettivo […] ha funzioni di Capo Padiglione e di sostituto Vice Ispettore da circa 6 anni (cioè, anche da quando era avventizio) Ottimo elemento. Propongo la nomina a Capo Padiglione (stip. da 4900 a 5500).

530 ASLu, OP, *AG*, fald. 147, fasc. 10, plico 1.

531 ASLu, OP, *AG*, fald. 148, fasc. 6, plico 1.

532 ASLu, OP, *AG*, fald. 149, fasc. 5, plico 1: (prot. 1812 fasc. 5-1-1941) del 29 ottobre del '41 Guglielmo Lippi Francesconi propone al preside dell'amministrazione provinciale di Lucca di assumere per i posti da infermieri avventizi Dalle Piagge Ubaldo, D'Arrigo Guglielmo e Carlotti Pietro – qualificati come squadristi. Ciò avviene per la promozione a effettivi degli infermieri Rossi Clarino e Vannucci Bruno, ma soprattutto per la destituzione dell'infermiere Marlia Arturo (fratello di Vittorio).

infermieristico dell'ospedale contava 87 uomini, 71 donne e circa 40 avventizi, si può stimare che, sotto la direzione di Francesconi, almeno un settimo del personale infermieristico maschile fosse costituito da militanti squadristi o da fascisti di lungo corso.[533] Ancora il 1° gennaio 1942 viene stabilizzato come effettivo in sovrannumero lo squadrista Nicola Landi, esplicitamente per meriti politici e demografici.[534]

Tuttavia, la condiscendenza nelle assunzioni, non allenta il tentativo della direzione medica di preservare un minimo di autonomia e di riordinare il rapporto tra la direzione e il corpo infermieristico. Il direttore vuole riconquistare terreno decisionale e, per questo, tenta di ridimensionare alcuni privilegi consolidati negli anni del corpo infermieristico. Nel 1938 Francesconi si trova a dirimere una vertenza sindacale sollevata dallo stesso Vittorio Marlia, che si fa portavoce di certe istanze salariali reclamate dal personale. In una lettera indirizzata il 25 febbraio al preside della provincia, Marlia protesta contro la decisione del preside di limitare lo spaccio interno alla sola vendita dei prodotti provenienti dalla dispensa ospedaliera. Una simile restrizione, sottolinea, costringerebbe gli infermieri ad acquistare generi di prima necessità presso i negozi esterni, rinunciando così ad un risparmio stimato tra il 10 e il 15% del salario. Chiede pertanto che lo spaccio continui a offrire beni di più largo consumo e ricorda come, negli anni precedenti, l'attività abbia registrato una crescita significativa, con utili saliti da 10.000 a 20.000 lire. Alla lettera replica lo stesso giorno, il 25 febbraio, il direttore Francesconi, che trasmette al capo della provincia una dettagliata relazione. Nella nota, egli precisa di essere stato messo a conoscenza della protesta tramite una comunicazione dell'incaricato del Pubblico impiego e osserva:

> Mi è stata presentata, per conoscenza, una lettera dell'Incaricato del Pubblico Impiego diretta alla S.V. Ill.ma, in merito alla modifica dell'andamento dello spaccio viveri. Poiché non era stata ancora presa alcuna disposizione definitiva in merito, la protesta mi sembra alquanto prematura, sebbene io stesso possa in parte comprenderne i motivi

Tuttavia, Francesconi chiarisce che l'intenzione di riportare lo spaccio alla sua forma originaria – ovvero come emanazione diretta della dispensa – era maturata da tempo, al termine di una fase sperimentale che, a suo giudizio, ne aveva distorto la funzione originaria. Alla luce di ciò, il direttore propone una serie di misure restrittive: la soppressione dell'autonomia dello spaccio e la sua reintegrazione nell'economato ospedaliero; il divieto di ritiro dei pacchi da parte dei familiari del personale; la consegna dei viveri solo al termine del turno di lavoro; la chiusura dello spaccio durante il giorno; e la limitazione della fornitura ai soli generi di largo consumo, escludendo i prodotti considerati «voluttuari» o «poco adatti all'ambiente campagnolo». Quest'ultima osservazione rivela come al tentativo di ristabilire l'ordine gerarchico all'interno del manicomio si accompagni una

---

533 ASLu, OP, *AG*, fald. 148, fasc. 6, plic. 3, inviata all'Ufficiale Sanitario Direttore dell'Ufficio d'Igiene.

534 APLu, AC, prot. 305, 1944.

rivendicata distanza sociale e una pregiudiziale classista e culturale nei confronti dell'ambiente infermieristico, percepito, pur sempre, come segnato da rozzezza e dal materialismo spicciolo delle campagne.[535] Il 7 marzo successivo, il preside della provincia recepisce integralmente le proposte di Francesconi, deliberando «di non poter accogliere le richieste, di cui all'esposto preso in esame», e respingendo così formalmente le rivendicazioni avanzate da Marlia e dalla componente infermieristica. Nel mirino della direzione finiscono anche le giornate di malattia del personale femminile, sulle quali Francesconi interviene imponendo una rigorosa stretta, segno ulteriore di un approccio gestionale volto a disciplinare, ridurre margini di autonomia e contenere i costi anche a scapito del benessere del personale.[536] Francesconi si appella più volte all'importanza della disciplina e del rispetto della gerarchia, a conferma del processo di rafforzamento del potere del direttore in atto. È in questo clima di riconsolidamento dell'ordine interno che il medico lucchese si trova a entrare in rotta di collisione con l'"impero" Marlia. Arturo Marlia, fratello di Vittorio, viene assunto come infermiere avventizio in sovrannumero per meriti politici (squadrista) nel marzo 1940, in sostituzione dell'infermiere Lucchesi, recentemente promosso. Tuttavia, la sua permanenza risulta fin da subito problematica: già nei primi giorni di agosto del 1940, Arturo è oggetto di un duro richiamo per un grave atto d'indisciplina nei confronti di un superiore – un episodio del quale, però, non rimane traccia nei documenti ufficiali della direzione medica. Il 28 agosto dello stesso anno viene convocata la Commissione disciplinare per il pubblico impiego, che deve pronunciarsi sia su Arturo che su Vittorio Marlia: quest'ultimo, in qualità di ispettore, viene accusato di aver coperto il fratello omettendo di avviare i necessari procedimenti sanzionatori. La commissione è composta, oltre che dallo stesso Lippi Francesconi, anche dall'avvocato Fabio Domenici, segretario generale della Provincia, e da

535 ASLu, OP, AG, fald. 146, fasc. 5, plico 1.

536 ASLu, OP, AG, fald. 135, fasc. 6, plico 6: Il documento si rivela estremamente interessante nella sua interezza: «Il numero fortemente cresciuto delle giornate di malattia nel personale femminile denota, in questo, una tendenza ad approfittarne troppo largamente, e la cosa emerge chiaramente dai seguenti dati e raffronti. Nell'anno 1933, per porre fine agli abusi verificatisi con un forte aumento delle giornate di malattia, furono messi in atto dall'Amministrazione dei freni (medico fiduciario, obbligo di certificazione medica, ecc.) che valsero a impedire quegli abusi e a ridurre significativamente le assenze per malattia. Orbene, nel primo semestre del 1936, le giornate di malattia nel personale femminile furono 368, mentre nel primo semestre del 1937 sono salite a 768: un aumento di ben 400 giornate. Ciò, si noti bene, mentre il numero delle infermiere e delle operarie di ruolo aventi diritto al trattamento di malattia è diminuito, a causa dell'abolizione di alcuni posti nel ruolo stesso durante il 1937. Confrontando poi il personale femminile con quello maschile, si hanno i seguenti risultati: nel primo semestre del 1936, gli uomini hanno totalizzato 834 giornate di malattia; nel primo semestre del 1937, soltanto 681, cioè 153 giornate in meno, in relazione anche al diminuito numero di personale di ruolo. Le donne, al contrario, nonostante la diminuzione del numero di dipendenti, hanno totalizzato un numero maggiore di assenze per malattia, con un incremento di ben 400 giornate, come visto sopra. Nel primo semestre del 1936, gli uomini avevano fatto 834 giornate di malattia e le donne 368: le donne, dunque, avevano fatto 466 giornate in meno. Nel primo semestre del 1937, invece, gli uomini hanno fatto 681 giornate di malattia, mentre le donne 768: 87 giornate in più rispetto agli uomini. Ciò, si noti ancora, avviene nonostante che gli uomini in ruolo, aventi diritto al trattamento di malattia, siano molto più numerosi delle donne: gli infermieri e operatori maschi sono 89, mentre le infermiere e operarie donne solo 52. Le donne, essendo 37 in meno, avrebbero dovuto fare un numero di giornate di malattia inferiore, e non maggiore, come invece risulta. Pertanto, si richiama energicamente il personale femminile affinché tale stato di cose cessi. In caso contrario, è certo che l'Amministrazione, per ragioni economiche e morali, sarà costretta ad adottare nuovamente provvedimenti restrittivi a danno dello stesso personale».

Raffaello Santucci, sorvegliante stradale.[537] Le fonti interne rivelano che Vittorio non si sia solo limitato a coprire l'infrazione, ma che abbia preso parte attiva all'episodio che ha scatenato il procedimento. A fornirne una descrizione dettagliata di ciò che è accaduto è il solito *memorandum* di Francesconi. Vittorio e il fratello, infatti, vengono accusati d'aver aggredito Gaddo della Gherardesca nel suo stesso ufficio:

> […] una volta che il Marlia, con un suo esaltato fratello, infermiere straordinario, nell'Ufficio del Preside della Provincia, fece al Preside stesso una scenata.. i cui estremi cadevano indubbiamente sotto la sanzione del Codice Penale (oltraggio e minacce a pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni)[538]

A seguito dell'aggressione interviene direttamente la Regia Prefettura: «lo stesso Prefetto Gaetani aveva proposto di fare immediatamente arrestare i responsabili». Alla richiesta si associa la proposta dello stesso Gaddo della Gherardesca di radiare Arturo dal servizio e sospendere Vittorio fino alla deliberazione della commissione. La misura viene formalizzata tramite l'intervento dell'economo del manicomio. Ma, anche questa volta, Marlia riesce a minare l'autorità del preside e della direzione e a: «scrollare ancora una volta alle fondamenta ogni autorità del Preside e del Direttore del Manicomio». La seduta della Presidenza della provincia del 28 agosto si conclude con un provvedimento esemplare solo in apparenza: licenziamento in tronco per Arturo e decurtazione dello stipendio per Vittorio. Non si ha il coraggio di condannare direttamente e pesantemente Vittorio: il capoinfermiere dimostra, non solo una straordinaria capacità di difesa del proprio ruolo, ma che il potere che ha accumulato negli anni, ormai gli garantisce una copertura politica ben più solida delle sanzioni disciplinari. Lippi Francesconi afferma che con i due Marlia il consiglio di disciplina è stato «addirittura umoristico»:

> il fratello, come squadrista, fu assunto la sera stessa della sua radiazione dal Manicomio, alla Manifattura del Tabacchi: l'Ispettore fu semplicemente sospeso dallo stipendio (anzi da un quinto dello stipendio) mi sembra per cinque giorni.[539]

A rafforzare il senso di impotenza di Francesconi rispetto all'intoccabilità di Marlia è l'episodio che anticipa l'apertura della commissione disciplinare. Vittorio si presenta nell'ufficio del direttore medico e adotta con lui un tono «ricattatorio a proposito d'una insignificante sfumatura extra annonaria». A nulla valgono le giustificazioni successive, in cui Marlia si descrive come un uomo piegato e implorante, arrivando a «raccomandarsi come una donnicciuola», perfino gettandosi a terra e baciando il direttore. È una messinscena consapevole quella dell'infermiere, una pantomima calcolata, nella quale la supplica diventa il mezzo ironico per ribadire la propria impunità. Il quadro si chiude con una riflessione amara e sconsolata del direttore – seppur da leggere, anche questa, alla

---

537 APLu, AC, prot. 83, 1940.

538 AdFMT, *Estratti dal memorandum compilato dal Prof. Guglielmo Lippi Francesconi, direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Lucca. Datato 27 dicembre 1943*, p. 2.

539 AdFMT, *Estratti dal memorandum compilato dal Prof. Guglielmo Lippi Francesconi, direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Lucca. Datato 27 dicembre 1943*, p. 2.

luce del tentativo di rimpicciolire la propria figura e il proprio ruolo nel sistema di potere fascista locale – che evidenzia come, ormai, gli equilibri di potere all'interno della struttura siano cristallizzati e ben radicati:

> Quando, per fare un ennesimo esempio, un Preside della Provincia, squadrista, intimo delle più alte gerarchie, intimissimo del Presidente del Tribunale Speciale e milionario, vale a dire nelle più fortunate condizioni di chiedere giustizia si arrende o é costretto ad arrendersi totalmente difronte ad una ingiuriosa e plateale aggressione verbale contro di lui, nel suo ufficio, nell'esercizio delle sue funzioni, aggressione sostenuta da due dei suoi più bassi dipendenti - io; modestissimo Funzionario dell'Amministrazione Provinciale da lui presieduta, non posso che ritirarmi tristemente deluso e sconfortato nel mio angolo, sempre più convinto che la mia autorità può valere soltanto contro colpevoli privi di appoggi altolocati[540]

Se da un lato Francesconi si adopera per ristabilire l'ordine tra il personale infermieristico, dall'altro eredita il ruolo di Cristiani portavoce delle istanze del corpo medico,[541] di fronte alle gravi carenze d'organico. In una tabella del 1939 si legge la ripartizione del personale medico per padiglione, che evidenzia una situazione di sovraccarico generalizzato. Nella sezione femminile risultano in servizio tre medici: Alberto Vedrani (reparti di accettazione, osservazione e vigilanza tranquille) con 100 ricoverate; Fornasari da Verce (reparto agitate lavoratrici) con 262 ricoverate; Plinio Gori (già in pensione ma ancora in servizio, addetto a infermeria donne, isolamento, semitranquille, croniche tranquille e croniche malproprie) con 342 pazienti. Nella sezione maschile la situazione non è diversa: Alessandro Pfanner (accettazione, osservazione, vigilanza cucinieri) segue 62 pazienti; Ansani (I e II infermeria, isolamento, frenastenici, cronici tranquilli) 217; Pancanti (agitati, semitranquilli) 328; Furio Magri (tranquilli, colonia agricola, istituto di psicopatologia infantile) 306. Soltanto Pfanner e Vedrani rispettano il rapporto di un medico ogni cento pazienti ricoverati.[542] Non solo, ma questo prospetto non è molto diversa dallo stesso che Cristiani, in uno dei suoi ultimi rapporti prima del pensionamento, aveva segnalato alla provincia: ancora nel '36, il servizio di assistenza immediata grava quasi ed esclusivamente sulle spalle di medici di età molto avanzata – gli stessi soliti protagonisti della stagione delle autonomie mediche, ovvero Giuseppe Paoli, Alberto Vedrani, Corrado Ferrarini e Fornasari da Verce[543] - tutti entrati in servizio attorno alla

---

[540] AdFMT, *Estratti dal memorandum compilato dal Prof. Guglielmo Lippi Francesconi, direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Lucca. Datato 27 dicembre 1943*, p. 13.

[541] D'altronde nel settembre del '35 per motivi di mobilitazione militate, aveva appena lasciato l'incarico, il dottore internino Del Secco. È di quei giorni, infatti, la richiesta di strutturare in istituto il medico Gori segnalato come ottimo elemento politico dal Fascio di Quiesa. Il 21 ottobre, al preside della provincia Cristiani, di fronte alla sproporzione enorme tra medici e ricoverati, si batte per avere almeno apire una posizione in più per medico di assistenza in organico «La proposta comporterà in futuro un lieve aumento di spesa, che tuttavia appare ampiamente compensato dal vantaggio organizzativo derivante dal mantenere il numero di medici ben al di sotto della proporzione di 1 ogni 100 degenti, come invece raccomandato dal Consiglio Superiore di Sanità». (ASLu, OP, 142, 6, 3).

[542] ASLu, OP, *AG*, fald. 147, fasc. 6, plico 2.

[543] ASLu, OP, *AG*, fald. 144, fasc. 6, plico 2. Vale la pena riportare per intero l'organigramma del servizio medico di Maggiano descritto da Cristiani: «Il Prof. Corrado Ferrarini – Vice-Direttore – ora ha assunto anche il servizio dell'Istituto Psichiatrico Infantile, accrescendo così il suo gravoso e importante lavoro di servizio negli altri reparti indicati nell'unito prospetto. Rinunciato all'Assistente Dott. Magri, che lo coadiuvava, si è sobbarcato così al maggiore lavoro di disimpegnare da solo l'importante servizio dei vari reparti indicati nell'allegato prospetto. Il Prof. Ettore Fornasari di

svolta del secolo, e su una pattuglia instabile di medici assistenti soggetta a frequente ricambio.[544] Questa situazione di grave carenza stimola una lunga e articolata relazione che il direttore Lippi Francesconi invia al preside della provincia, nella quale denuncia apertamente la criticità dell'organico medico dell'istituto. Il primo punto messo in evidenza riguarda la mancata sostituzione, a partire dal 1° aprile 1936, di due figure di lungo corso, Ferrarini e Gori, le cui dimissioni hanno lasciato vacanti i rispettivi posti senza che alcuna nomina seguisse: «non senza imbarazzo, confesso, da parte della Medica Direzione». In secondo luogo, Francesconi sottolinea la condizione di precarietà degli assistenti internini – quattro in tutto – che attendono da tempo l'indizione di un bando per stabilizzare la propria posizione. Infine, lamenta la condizione anagrafica dei due medici primari, Vedrani e Fornasari, i quali «hanno raggiunto l'età, che purtroppo non combina più con determinate disposizioni regolamentari già esistenti». Alla luce di queste considerazioni, Francesconi chiede l'apertura di un concorso per la copertura di otto posti complessivi – quattro per medici primari, quattro per assistenti – e coglie l'occasione per congratularsi con l'amministrazione provinciale per il finanziamento del nuovo "centro terapeutico-diagnostico". Sul piano numerico, ribadisce che, a fronte di una proporzione auspicabile di un medico ogni cento ricoverati, a Maggiano sono presenti appena nove medici per oltre 1600 pazienti, rendendo di fatto impossibile ogni forma di "razionalizzazione". In una successiva lettera di risposta al prefetto (prot. 377, fasc. 6/2/1939), datata 2 marzo 1939, Francesconi conferma che la capienza nominale del manicomio sarebbe di 1300 posti, ma che la «presenza odierna» è di oltre 1601 alienati. Specifica, inoltre, che a prestare servizio a tempo pieno sono il direttore stesso, il vice-direttore, due medici primari e quattro assistenti internini.[545] La situazione non cambia nel corso dell'anno successivo: in una risposta del 22 gennaio

---

Verce – Primario – continuando nelle mansioni gravose, data la massa numerica degli alienati e il distanziamento dei locali, secondo l'allegato prospetto, si è sobbarcato poi ad assumere il servizio dei vari reparti del Dott. Vedrani quando questi ha il giorno libero o si assenta regolarmente. Il Dott. Alessandro Pfanner, che avanti come Primario teneva le infermerie uomini e donne ed altri reparti, ha assunto un lavoro che, data la massa numerica e il tipo dei malati, è più gravoso e difficoltoso, stante i reparti assegnatigli come dall'accluso prospetto. Quanto agli Assistenti, il Dott. Agostino Ansani – che già coadiuvava e suppliva il Primario Dott. Pfanner quando questi teneva, come sopra è detto, le infermerie, ecc. – ha dato così lunga prova della piena conoscenza e pratica nel campo alienistico, tecnico e medico-chirurgico, che, dando per ciò sicuro affidamento, è stato destinato a capo del grave e importante servizio delle infermerie uomini e donne e di altri padiglioni, come è indicato nell'unito prospetto. Il Dott. Giovanni Pancanti – che coadiuvava prima il Prof. Fornasari e poi il Prof. Ferrarini – ha dato lunga prova di sicura competenza alienistica e tecnica manicomiale. L'ho mantenuto al Prof. Corrado Ferrarini nelle complesse e delicate mansioni inerenti al servizio dei vari reparti come dall'allegato prospetto. Inoltre, per la competenza del medesimo Dott. Pancanti nelle ricerche di laboratorio, ho a lui affidato anche il Laboratorio, come è indicato nel prospetto stesso». Il Dott. Furio Magri – che da lungo tempo coadiuvava il Dott. Vedrani – ha mostrato piena padronanza nel campo alienistico e tecnico manicomiale e per ciò è stato destinato a coadiuvare il Dott. Pfanner nei reparti di alienati di difficile governo, come dall'unito prospetto. Il Dott. Plinio Gori – che è il più giovane degli Assistenti – coadiuvando il Prof. Fornasari ha già fatto buona prova della pratica alienistica; perciò, continua a disimpegnare il grave compito di coadiuvazione del Prof. Fornasari nei vari reparti, come è accennato nel predetto prospetto. Al Dott. Furio Magri e al Dott. Plinio Gori inoltre è stato accresciuto il lavoro anche perché hanno la supplenza del Dott. Ansani nei giorni in cui egli è libero, o in assenza regolare: il Dott. Magri per il reparto maschile, il Dott. Gori per quello femminile».

544 APLu, AC, prot. 49, 1925, 9 giugno del 1925.

545 ASLu, OP, *AG*, fald. 147, fasc. 6, plico 2:

1940 indirizzata al dott. Del Greco, Francesconi conferma l'organico medico in carica: egli stesso in qualità di direttore; Vedrani come vice-direttore; Pfanner come medico primario; e, in qualità di assistenti internini, Ansani, Pancanti, Magri, Gori e Cozza.[546]

Dal punto di vista clinico-terapeutico, Francesconi si colloca pienamente nel solco tracciato da Cristiani, senza introdurre sostanziali discontinuità rispetto all'impianto precedentemente consolidato. Una delle cifre più evidenti di questa continuità è l'ulteriore estensione del lavoro come dispositivo terapeutico e disciplinare. Nel marzo del 1939, infatti, si registra un nuovo picco di impiego: il 53,5% degli uomini internati risulta assegnato a mansioni lavorative. Su 880 degenti maschi, 457 sono impegnati in attività diversificate – dalla pulizia degli spazi interni (150 unità) ed esterni (45), al lavoro agricolo (35 contadini), all'edilizia (45 terrazzieri) e alla movimentazione interna (50 portatori). Sono segnalate anche presenze più specializzate: 2 pittori, 2 scultori, 1 addetto al laboratorio scientifico, 2 legatori, 3 fabbri, 2 stagnini, 4 scrivani. Sul versante femminile, su 720 internate si contano 400 lavoratrici: 85 addette alle pulizie interne, 70 al ricamo e cucito, 28 ai telai, 30 come portatrici, e poi suddivisioni secondo i reparti per grado di agitazione – 40 nella sala lavoro "agitate", 36 nelle "semi tranquille" e 20 nelle "tranquille". Si segnalano inoltre 8 imbianchine, una presenza simbolica nel laboratorio scientifico (ma come addetta alla pulizia), e 14 unità impiegate in lavanderia.[547]

Nel luglio del 1939, nel quadro di promulgazione delle leggi razziali e con la diffusione della già nota rivista *Difesa della Razza*, viene pubblicato il primo numero di *Medicina della Razza*. Si tratta di una rassegna – come specifica il sottotitolo – volta a promuovere nella società lucchese una cultura eugenetica e di igiene mentale, in linea con le direttive del regime. Come afferma il Preside della Gherardesca, nella prefazione al numero inaugurale, la rivista nasce dalla volontà di valorizzare quanto l'amministrazione provinciale «sta facendo […] per incrementare e perfezionare tutti i numerosi ed importanti servizi sanitari».[548] La fondazione della rivista si inserisce in un processo di crescente cooperazione tra gli istituti impegnati nella profilassi sanitaria e psichiatrica – il Consorzio Antitubercolare e l'Istituto Psichiatrico – la cui sinergia, secondo una concezione unitaria della neurologia psichica, è orientata al miglioramento del patrimonio biologico e mentale della "razza" e della "stirpe". Lo stesso Della Gherardesca, pur riconoscendo i risultati ottenuti sul piano dell'ampliamento delle strutture e dei servizi destinati ai malati di mente, ammette che «poco c'è da fare per questo genere di malattia che, interessando i centri nervosi, può essere curata soltanto attraverso ad un regime di vita sano e tranquillo». Nonostante «le enormi difficoltà che presenta un

546 ASLu, OP, *AG*, fald 148, fasc. 3, plico 2:
547 ASLu, OP, *AG*, fald. 146, fasc. 3, plico 1.
548 In «Medicina della razza», A. I, n. 1, Lucca, Lippi, 1939, pp. 5-10.

bilancio deficitario» come quello della Provincia di Lucca, la retorica del progresso insiste sugli sforzi compiuti per «trasformare il più possibile in un ridente luogo di soggiorno ciò che, per la natura stessa dei suoi abitanti, può anche oggi essere considerato come il più tetro luogo di cura». È dentro questa rete territoriale, modellata come sistema integrato di controllo e prevenzione, che gli istituti vengono intesi come centri di eugenetica e di miglioramento razziale. I «due nuovi magnifici istituti, uno sanatoriale ed uno preventoriale», che nel 1939 ospitano già 400 persone, si affiancano al progetto di demolizione dei «quartieri infetti», in un più ampio sforzo del regime per la rigenerazione genetica della popolazione. In questo quadro, *Medicina della Razza* si presenta come strumento di «propaganda», con l'obiettivo dichiarato di «ispirare nella popolazione la più completa fiducia per i nostri Istituti» e di «creare in essa […] una nuova coscienza, una mentalità nuova nei riguardi di tutto ciò che è prevenzione e cura» – ovvero, «una pista di lancio a tutto ciò che di buono e di utile potrà scaturire dallo studio […] di tutte le istituzioni ed organizzazioni igienico-sanitarie-assistenziali». Non sorprende, allora, che la rivista – la quale accoglie contributi di natura medico-sociale – si presenti come organo ufficiale di diffusione "degli istituti sanitari della provincia di Lucca". A dirigerla è il professor Giacomo Bianchi, incaricato di Medicina Preventiva dei Lavoratori e di Psicotecnica presso l'Università di Pisa, da tempo collaboratore del Preside della Provincia nell'istituzione del Consorzio Antitubercolare. All'interno del comitato di redazione figurano le personalità più influenti del sistema sanitario e politico lucchese: tra esse, il già noto Giovanni Sergiusti – in questa fase nella veste di medico direttore dell'Ospedale Territoriale di Marlia – il professor Cosimo Pieri, incaricato di Chimica bromatologica presso l'Università di Pisa, e Guglielmo Lippi Francesconi. Proprio Francesconi contribuisce sin dal primo numero al dibattito con un saggio intitolato *Note eziologiche sulla debolezza mentale con particolare riguardo alla tubercolosi dei procreatori*.[549] Nell'articolo Lippi Francesconi propone una lettura eugenetica della frenastenia infantile, in piena sintonia con gli indirizzi psichiatrici del tempo e in piena continuità con gli indirizzi ideologici del regime. Basandosi sulle osservazioni cliniche condotte all'interno dell'istituto psichiatrico infantile, individua nella trasmissione ereditaria il principale fattore eziologico, legando la debolezza mentale a condizioni patologiche dei genitori come l'alcolismo, la consanguineità, le intossicazioni, e in particolare a infezioni come la lue e la tubercolosi, quest'ultima già teorizzata da Kraepelin come fattore degenerativo. Pur riconoscendo che «nulla di deciso» può essere affermato in termini scientifici definitivi, Francesconi insiste sulla necessità di considerare anche la «sola eventualità» della trasmissione ereditaria come motivo sufficiente per rafforzare l'azione preventiva. La profilassi non è solo uno strumento medico, ma diventa un dispositivo di controllo sociale e morale: continua Francesconi affermando che occorre «disciplinare l'ambiente» delle classi popolari,

[549] G.L.Francesconi, *Note eziologiche sulla debolezza mentale con particolare riguardo alla tubercolosi dei procreatori*, in «Medicina della razza», a. I, n. 2, pp. 61-76).

combattere l'alcolismo e l'occultamento delle infezioni, e soprattutto promuovere una «coscienza profilattica» diffusa. L'obiettivo dichiarato è l'eliminazione progressiva dei «complessi minorativi» che affliggono la prole e ostacolano il raggiungimento di una «perfezione razziale».

Il manicomio lucchese, intanto, si adegua alle innovazioni psichiatriche in campo terapeutico promosse dal regime. Il 13 novembre, insieme al dottor Plinio Gori, Lippi Francesconi si reca personalmente presso la Clinica neuropsichiatrica dell'Università di Roma per assistere alle prime applicazioni del «nuovissimo metodo terapeutico delle psicosi», l'elettroshock. Durante la permanenza, della durata di una settimana, i due medici osservano direttamente il funzionamento dell'apparecchio.[550] Sulla base dell'esperienza romana, viene avanzata richiesta formale alla Provincia per l'acquisto di un apparecchio al costo di 7.000 lire, mentre una successiva minuta del 23 dicembre 1940, indirizzata alle Officine Elettrotecniche Italiane di Milano, conferma l'effettiva attivazione dell'iter per la fornitura.[551]

È «sulla scia luminosa dei voleri del Duce»[552] - afferma Francesconi - che Fregionaia arriva alle porte del secondo conflitto mondiale.

4. Ordinare, reprimere, irregimentare. Biopolitica, battaglia razziale e repressione dell'antifascismo al manicomio di Maggiano

4.1 Degenerati e pericolosi: il manicomio di Maggiano al centro della bonifica sociale fascista

Il 6 novembre 1926 viene approvato il Testo unico delle leggi di Pubblica sicurezza, primo passo verso un marcato irrigidimento delle norme sociali. La riforma comporta un inasprimento delle misure di sicurezza e delle pene; accanto all'introduzione di nuovi strumenti cautelari, come il confino anche per i reati comuni, si amplia in modo significativo la discrezionalità concessa ai funzionari di

[550] ASLu, OP, *AG*, fald. 147, fasc. 10, plico 1. La cura, si legge nel report che scrivono i due medici, consiste nel «determinare il passaggio attraverso la massa cerebrale del soggetto della corrente alternata della rete domestica […] da 60 a 135 volt per un tempo di 1/10 di minuto secondo», in modo da indurre un «accesso convulsivo epilettico completo», ritenuto in grado di attenuare «in maniera notevole le manifestazioni di alcune gravi psicopatie».

[551] Infine, una lettera del 18 aprile 1941 attesta che, su indicazione diretta del Ministero dell'Interno, Francesconi e Gori sono stati inviati a frequentare un apposito corso di aggiornamento professionale sull'uso dell'elettroshock, sebbene al momento della stesura non abbiano ancora ricevuto il rimborso delle spese.

[552] Tra il 1923 e il 1938 l'ospedale psichiatrico avvia un ampio piano di trasformazioni strutturali e impiantistiche. Si costruiscono una seconda cabina elettrica, una nuova centrale termica, un impianto fognario completo, una stazione di pompaggio con rete idrica e un sistema telefonico interno. Vengono rinnovati lavanderia, disinfezione e cucina, con edifici e attrezzature moderne, e realizzati nuovi padiglioni per bambini, epilettici, cronici e sudici, oltre alla sistemazione dei reparti osservandi ed epilettici. Si edificano una camera mortuaria con forno crematorio, nuovi locali per direzione e amministrazione, cucine autonome nei reparti, panetteria a gasolio, magazzini e depositi. Per il lavoro agricolo e tecnico si costruiscono alloggi per le maestranze, stalle, porcilaie, scuderie, officine meccaniche e falegnameria. Completano l'intervento una serra, un campo sportivo, la nuova portineria e la sistemazione della cinta muraria. (ASLu, OP, *AG*, fald. 147, fasc. 9, plico 1).

polizia, autorizzati ad adottare tutte le misure d'urgenza che ritengano opportune per il mantenimento dell'ordine pubblico nei confronti di qualsiasi comportamento considerato pericoloso.[553] Tuttavia, nel lessico giuridico italiano, il concetto di "pericolosità" non è la prima volta che fa la sua comparsa: abbiamo già visto come la legge manicomiale n. 36 del 1904, infatti, lo aveva già indicato quale criterio determinante per l'internamento, rivelandosi efficace nel ricondurre, sotto un'unica categoria, comportamenti tra loro molto diversi ma accomunati dall'essere considerati anormali, devianti o degenerati. Di conseguenza, l'attenzione delle autorità di pubblica sicurezza si concentra fin da subito su soggetti già stigmatizzati e assimilati alle cosiddette "classi pericolose"[554]: ovvero quell'insieme eterogeneo di figure percepite come portatrici di disvalori sociali: vagabondi, alcolizzati, oziosi, omosessuali, sifilitici - le «riserve indiane»[555] della marginalità sociale – finiscono ancor più sotto la lente d'ingrandimento degli agenti della PS. Quello che De Bernardi definisce la materializzazione di un «nodo irrisolto» della società italiana, ovvero la frattura tra «vastissimi settori di proletariato» e le strutture dello stato unitario prima e fascista poi, trova nel manicomio la possibilità di gestire, con strumenti di controllo diretto dei corpi attraverso la scienza, questa frattura.[556] Tra gli strumenti di cui la Pubblica sicurezza dispone per la "bonifica sociale", il manicomio occupa una posizione centrale. Esso presenta due elementi di particolare utilità: non richiede un iter procedurale complesso e consente un internamento a durata potenzialmente illimitata, fino a decisione del medico. Come già denuncia Cristiani nel 1926, Maggiano è pienamente coinvolto negli abusi delle forze di Pubblica Sicurezza, che ricorrono all'invio diretto di un individuo in manicomio senza la necessità di un'autorizzazione provvisoria del pretore.[557] Tuttavia, per comprendere appieno il ruolo di Maggiano nel dispositivo di controllo sociale del regime, bisogna partire dalla sua natura "giuridica": è un manicomio provinciale, destinato ad accogliere internati civili, non soggetti legati - almeno non direttamente - a sentenze dei tribunali. Non mancano però i trasferimenti dal carcere e casi legati ai

---

553 Testo unico di Legge, 6 novembre 1926, titolo 1, art. 2.

554 Il termine viene coniato da Honoré-Antoine Fregier, funzionario del dipartimento della Senna, a metà dell'Ottocento. Pur essendo questa una riflessione nata osservando da vicino gli sviluppi sociodemografici dei *faubourg* urbani della società francese post-rivoluzionaria (Parigi in testa), il concetto di *classi pericolose* si trasforma rapidamente in uno strumento di classificazione che in tutta Europa si dimostra funzionale alla criminalizzazione dei comportamenti devianti di determinati strati sociali – in specie quella dei bassifondi. Questo processo contribuisce alla definizione degli assunti materiali ed ideologici fondativi della società moderna, imperniata sulle logiche del razionalismo economico e della funzionalità sociale. Le classi pericolose diventano, dunque, oggetto privilegiato dell'intervento dei dispositivi coattivi e delle pratiche poliziesche. Gli individui appartenenti a questa categoria incarnano, in misura variabile, il *corpus* dei disvalori associati al declassamento morale. Collocati inesorabilmente ai margini della società industriale, questi "avversari" prescelti dalla nuova organizzazione collettiva – spesso geograficamente circoscritti e privi di ambizioni di carattere politico-rivoluzionaria – resistono ad ogni tentativo di irreggimentazione imposto dalla morale pubblica. Le cause attribuite a questa condizione di alterità sociale sono molteplici). Sul tema cfr. H.A. Fregier, *Des classes dangerouses de la population dan les grands villes, et des moyens de kes rendres milleurs*, Bruxelles, 1840, sul tema *Cfr*. A. Valeriano, *Ammalò di testa*, Donzelli, Roma, 2011, p. 9; P. Sorcinelli, *Il quotidiano e i sentimenti. Introduzione alla storia sociale*, Bruno Mondadori, Milano 1996, pp. 46-48, *cfr*. anche E. Ciconte, *Le classi pericolose tra invenzioni e realtà, in Classi pericolose. Una storia sociale della povertà dall'età moderna ad oggi*, Laterza, Bari, 2022.

555 Il termine è usato da Phyllis Chesler in *Le donne e la pazzia* (Einaudi, Torino, 1977, p. 38).

556 A. De Bernardi, *Follia, psichiatria e società*, Franco Angeli, Milano, pp. 28-29.

557 ASLu, OP, *AG*, fald. 134, busta 3, plico 2.

processi penali. Un ordine di servizio del 1928 stabilisce che «i detenuti imputati devono essere ammessi dietro ordinanza dell'autorità giudiziaria, in base alla quale gli agenti della pubblica forza li traducono a questo manicomio»[558]. Dalle celle del San Giorgio – il carcere di Lucca -, in realtà, si arriva a Maggiano soprattutto per ragioni peritali: detenuti temporaneamente inviati per una valutazione psichiatrica in sede forense, utile a un procedimento giudiziario. È il caso di Collandro[559], 54 anni, venditore ambulante, trasferito dalle carceri giudiziarie di Lucca per una perizia psichiatrica ordinata dal giudice istruttore, mentre è imputato per lesioni. Giunge in osservazione il 14 febbraio 1941. La scheda antropometrica precisa che è di «razza ariana». In questi casi, il manicomio funziona come un'estensione del carcere: è il tribunale, il 1º marzo 1941, a concedere un breve colloquio con i figli. Dodici giorni dopo, il 12 marzo, Collandro muore per arteriosclerosi cerebro-spinale e paralisi bulbare prima dell'inizio dell'istruttoria. Storia simile quella di Aldovino,[560] 9 anni, bracciante, che arriva a Maggiano il 18 gennaio 1939 su richiesta urgente del giudice istruttore di Lucca per una perizia psichiatrica nell'ambito di un procedimento penale. Oppure come il caso di Salvatore,[561] trasferito a Maggiano dal manicomio giudiziario di Reggio Emilia, «soggetto poco intelligente» che dopo la detenzione manicomiale sviluppa un certo delirio a sfondo religioso. Dimesso allo zio parroco, viene rimandato in manicomio dopo poco tempo, vi morirà per cachessia nel '43. A parte i casi in cui la continuità tra carcere e manicomio è evidente e giuridicamente codificata - ma dove comunque il manicomio interviene solo dopo un'azione eclatante, passata innanzitutto attraverso i tribunali - esiste un piano più sfumato, difficile da cogliere: quello dell'uso del manicomio come prolungamento dell'azione di pubblica sicurezza per reprimere comportamenti ritenuti scorretti o devianti. E la difficoltà sta proprio qui: in fondo, in un contesto in cui la funzione del manicomio è assorbire gli «errori della fabbrica umana»[562] per ortopedizzarli, correggerli o, se irriducibili alle leggi dello «Stato etico», rimuoverli dalla vista del pubblico e impedire loro di «inquinare il consorzio civile»[563], tutti gli internamenti possono essere ricondotti a un meccanismo di repressione di condotte considerate immorali, degeneri o pericolose. «Vite al confine»[564] che si tenta di ricondurre nell'alveo dell'ordine e della disciplina. Si pensi, ad esempio, alla vasta categoria dell'alcolismo: il confine tra passare una notte in cella e l'ingresso in manicomio è spesso aleatorio, affidato al caso, all'autorità che interviene per prima o che per prima vigila sul caso, al rapporto con la famiglia, alla gravità e alla frequenza degli episodi acuti, alla volontà dei parenti - se hanno le risorse o meno per ospitare

558 ASLu, OP, *Indice degli ordini di servizio interni*, fald. 75, prot. n. 872, fasc. n. 282, del 29/4/ 22.
559 ASLu, OP, *CC*, fald. 450, cc. 35.
560 ASLu, OP, *CC*, fald. 433, c. 15.
561 ASLu, OP, CC, fald. 370, c. 88.
562 N. Pende, *La Costituzione*, in «Le forze sanitarie», a. VII, 1938, p. 184.
563 M. Moraglio, *Dentro e fuori il manicomio. Note sull'assistenza sanitaria nell'Italia tra le due guerre*, in «Contemporanea», I, 2006, p. 21.
564 Cfr. M. Rossi, *Capaci di intendere e volere: la detenzione in manicomio degli oppositori al fascismo*. Milano: Zero in condotta, 2014

l'alcolizzato o se sono intenzionati a disfarsene. Non di rado, carcere e manicomio si alternano senza soluzione di continuità, in una spirale che assorbe il soggetto. In questa prospettiva, distinguere è quasi impossibile - la rètina è molto sottile - perché i motivi dell'internamento, fondati sullo scandalo pubblico e sulla pericolosità sociale, sono perfettamente adattabili al disegno di "bonifica" della società: tanto quando si tratta di interventi ispirati all'ideale di miglioramento della "razza italica", quanto quando l'obiettivo è neutralizzare un individuo percepito come pericoloso sul piano "politico" in senso lato, vago, pre-politico, non necessariamente militante, ma che, comunque, fa restare invisi alle forze dell'ordine. In certi casi, però, la motivazione sociale si rivela più scoperta: l'urgenza di togliere di circolazione un elemento percepito come minaccia – capace di degenerare o di saldarsi a forze destabilizzanti per lo stato fascista – emerge con più chiarezza. E questo lo si avverte quando in un caso clinico la presenza della pubblica sicurezza si fa più "morbosa", le reti di intercettazione locali – medici condotti, podestà, rappresentanti della rete assistenziale - si fanno più attive, e le *modula* trascrivono fedelmente biografie filtrate da pregiudizi e stereotipi. In questi casi, status sociali, descrizioni comportamentali e annotazioni burocratiche, pur sempre elementi interconnessi e mai unica causa dell'internamento, aderiscono in pieno alla retorica di regime: il contrasto e l'assorbimento di quei soggetti "pericolosi", per costruire un mondo purificato proprio dalla loro assenza. Esmireno[565], classe 1869, è un ex ciabattino e arriva a Maggiano nel '36 su richiesta del pretore con un certificato che lo segnala come alcolista. Nella modula leggiamo:

> Per vari anni spesso in preda a delirio alcoolico, commetteva stranezze, dando noia alle persone e facendo ragionamenti strani. Per qualche tempo si conteneva per tornare poi da capo nel solito […] da circa sue mesi a detta della moglie non le dà più seguire né il giorno né la notte. Per la strada è il ridicolo dei passanti adornandosi l'abito e il cappello con i fiori, immagini di santi etc. presenta idee sconnesse, deliranti, insonnia

La vera molla dell'internamento non è tanto la diagnosi, quanto il suo essere «dedito all'accattonaggio», in un momento in cui la legge si stringe con durezza contro vagabondi e mendicanti. Il medico d'osservazione lo diagnostica «confusione mentale senile su alcolismo cronico». Tuttavia, per la durata di tutto il suo internamento si dimostra «educato, convenevole-orientato in tutti i sensi- non presenta disturbi della memoria – processo ideativo e patrimonio ideativo consono all'età ed alla cultura del paziente». Ma, di nuovo, la sua condotta - che non fa rilevare alcunché di psicotico - si scontra con la forte pregiudiziale repressiva che si irrigidisce di fronte a comportamenti "potenzialmente" pericolosi. Infatti, Esmireno confessa al medico che vorrebbe

> chiedere a Mussolini una piccola pensione per vivere. Domandatogli: a quale titolo? Risponde: perché non ho da vivere a qualcheduno mi devo pur mantenere. Voglio avvicinare Mussolini; ci voglio parlare. Venne a Pistoia, ma non ci potei parlare

565 ASLu, OP, *CC*, fald. 414, c. 188.

Dopo questa dichiarazione, nel diario clinico compare la nota del medico: ora è «fatuo, idealista, qualche volta confuso; è voluto venire lui qui perché non vuol più lavorare e non ha voglia di fare 5 o 6 chilometri per raccattare 2 o 3 lire». Nei mesi successivi la sua salute peggiora rapidamente; il 19 marzo 1937 muore. Nel 1931, all'ospedale civile di Lucca, esplode una violenta rissa tra due donne, Alfea e Nozzolina.[566] Su richiesta del medico di turno, il questore ordina per entrambe l'immediato internamento a Maggiano. Appena arrivata, Alfea scrive all'amante - o protettore - Alfredo: «Senti Alfredo, bisogna che ti confessi la verità: essendomi picchiata e poi leticata all'ospedale, il dottore, credendo fossi matta mi a [sic] mandato al ~~ospedale~~ [sic] manicomio». Chiede cento lire e lo prega di non informare il marito del suo internamento. Le due erano ricoverate all'ospedale per accertamenti relativi a una bleonorragia uretrale uterina, comunemente chiamata gonorrea. Nella scheda del questore sono entrambe indicate come «prostitute»; la modula clinica, inoltre, registra «abuso di coito, di vino e di fumo». Vengono rinchiuse «tutte e due in una cella». Il ricovero è presentato come una punizione per le due donne, una "lezione" per «non aver dato retta». Nozzolina scrive: «Ci siamo leticate fra amiche che eravamo all'ospedale di Lucca e così, per darsi una lezione, ci hanno portato al manicomio». Il manicomio è davvero un luogo punitivo, prosegue Alfea: in manicomio «si sta proprio male, chi urla di qua, chi urla di là, si sta proprio male». Dopo quindici giorni di osservazione – e riappacificate le due – entrambe vengono dimesse per mancata alienazione mentale.

Né il codice Zanardelli né, successivamente, il codice Rocco fanno esplicita menzione dell'omosessualità come reato. Tuttavia, la cornice etica e culturale della società italiana prima e durante il regime, colloca l'omosessualità in uno spazio dell'anormale che viene condannato senza appello. L'immagine dell'uomo virile, guerriero, difensore della stirpe e della patria, si intreccia con l'idea di un ordine "naturale" delle cose, dal quale l'omosessualità è esclusa. Il termine stesso diviene un contenitore di disvalori:[567] lo stesso Pellizzi, il clinico pisano, ad esempio, definisce il progressivo processo di emancipazione femminile e di parità tra i sessi come "omosessualismo sociale", interpretandolo come il frutto della femminilizzazione dell'uomo e mascolinizzazione della donna.[568] Pur non essendo "ufficialmente" criminalizzata, l'omosessualità è di fatto un comportamento perseguito, considerato scandaloso e assimilato a un insieme di devianze morali. In ambito psichiatrico, viene interpretata come sintomo di un disturbo più profondo: nelle diagnosi formali raramente è nominata, ma compare talvolta nei diari clinici come annotazione di rilievo. L'assenza di una definizione giuridica esplicita non impedisce la repressione: molti uomini accusati di pederastia

566 ASLu, OP, *CC*, fald. 371, cc. 126-127.
567 G. Romano, *The pathologisation of homosexuality in fascist Italy. The case of G.*, MacMillan, London, 2019, p. 54-59
568 G.B. Pellizzi, *Fecondità è potenza. Osservazioni sul problema demografico*, in «Lettura italiana», Milano, 1929, vol VIII-IX.

sono inviati al confino, incarcerati o deportati nei campi di concentramento nazisti.[569] Le politiche nataliste del regime fascista contribuiscono a collocare l'omosessualità tra gli elementi "degenerati" contrari alla "razza italiana". In questo contesto, l'omosessualità diventa una colpa interiorizzata: chi giunge in manicomio sa già che si tratta di un comportamento "sbagliato" e spesso lo riconosce come tale, riformulandolo secondo le categorie morali dominanti. Così accade a Lorenzo,[570] colono internato per la prima volta nel 1941 su richiesta del commissario di pubblica sicurezza, con diagnosi di "sindrome schizoide". Durante un colloquio con il medico, afferma di essere sposato e padre di sette figli, elencandone i nomi: è un'invenzione. Incalzato dal medico sulle ragioni della sua presenza a Maggiano, Lorenzo non esita: «la debolezza sessuale che dà contro i propri interessi […] così dice la scienza, per quello che mi trovo qui». Allude alla propria omosessualità, che non nomina direttamente, ma della quale è consapevole grazie a quanto letto «sull'almanacco Bemporad». Il medico annota: «ha tendenze omosessuali». Pochi giorni dopo, alcuni compagni di camerata lo aggrediscono accusandolo di aver «toccato i loro genitali» durante la notte. Sottoposto a elettroshock, Lorenzo muore in manicomio nel 1948. Di solito l'"omosessualismo", quando compare, è una caratteristica riferita quasi esclusivamente alle cartelle cliniche maschili. Nelle donne questo aspetto viene per lo più attenuato, dissolto in formule vaghe, ricondotto a manifestazioni ritenute anomale, interpretato come espressione di una psicosi più profonda o come segno di una presunta minorità educativa sessuale, ritenuta congenita al genere femminile e tale da renderle "naturalmente" più inclini al libertinaggio. E tuttavia, pur raramente, emergono anche casi di omosessualità femminile esplicitamente indagati dai medici e registrati nei loro commenti clinici. È il caso di Noemi[571] arriva a Maggiano nel settembre 1930, inviata dalla questura di Pistoia. Il medico condotto la definisce "demente precoce, pericolosa a sé e agli altri", ma in manicomio la diagnosi diventa "psicosi circolare" in fase depressiva recidivante, con tono malinconico, idee fisse, insonnia e agitazione. All'esame psichico appare lamentosa, piagnucolosa, e descrive così il suo male: «Mi piglia debolezza al cervello, agitazione allo stomaco e alla testa, mi fisso sulla malattia, sulle persone. Se vedo una persona mi ci fisso, mi affeziono e non mi passa più». Poco dopo, il diario clinico registra un cambiamento: Noemi comincia a manifestare «atti di omosessualismo verso le infermiere che aggredisce stringendo eroticamente». Viene trasferita nel reparto di vigilanza per malati violenti. Dimessa in custodia al cognato, rientra in manicomio il 6 luglio 1931: il medico segnala nuovi accessi deliranti e minacce ai familiari. In una lettera del 1° giugno, il cognato scrive di una ricaduta caratterizzata da ostilità verso tutti, in particolare verso la sorella, e chiede il ricovero, giustificando la rinuncia con la morte recente della madre e la paralisi del padre. Al colloquio, Noemi spiega: «Mi

569 *Cfr*. G. Goretti, T. Giartosio, *La città e l'isola. Omosessuali al confino nell'Italia fascista*, Donzelli, 2022.
570 ASLu, OP, *CC*, fald. 471, c. 97
571 ASLu, OP, *CC*. fald. 372, c. 187.

è morta la mamma da un mese: il dottore ha detto che, già che ci vado volentieri, torni al manicomio». Nell'agosto 1931 il medico annota: "Innamorata di un'infermiera, le ha dato un forte strappo". Nel febbraio successivo, lei nega nuovi attaccamenti omosessuali, ma alla domanda sull'infermiera risponde:

- Mi garbava si ma vedo che è contraria, allora io come devo fare? Da qualche anno mi pigliano quelle affezioni per qualche persona anche se mi picchiasse io le vorrei bene lo stesso
- Ma però le picchia le sue simpatie?
- Per *mattìa*, per svagarmi, mica che lo faccio per cattiveria

A luglio 1933, interpellata su amori e progetti di dimissione, ride: «Faccio per distrarmi, per passare il tempo. Ma poi tanto ci ritorno: in casa non ci posso stare». Nel 1932, il cognato rifiuta ancora la custodia, affermando che Noemi non è guarita; il direttore Datteri scrive al padre sostenendo invece la sua piena tranquillità, ordine e laboriosità, ma il padre – malato e ospitato dal cognato – non può occuparsene. Nel luglio 1933 dichiara apertamente la sua attrazione per le donne e il rifiuto degli uomini:

- Mi sento molto portata per le altre persone – quando trovo una persona che mi va, vorrei che mi baciasse, mi carezzasse – sono anche gelosa se fa qualche carezza ad un'altra persona – mi sento l'istinto di volere bene alle infermiere, le aiuto volentieri, ho provato anche a baciarle, ma sono indifferenti e serie, non si fanno neppure toccare
- sente di volere più bene alle donne o agli uomini?
- Dagli uomini non voglio essere toccata né baciata, molto volentieri dalle donne – qui cerco una donna che mi contraccambi il mio bene, ma non la trovo, mi stanno tutte indifferenti

È descritta come «ubbidiente e collaborativa», ma dal 1934 compaiono "capricciosità". Nel 1937 alterna fasi di litigiosità e violenza con momenti di ordine e lucidità. Mostra affezioni esagerate verso ammalate e infermiere, senza segni di erotismo – Noemi è ufficialmente "guarita". Nel 1951 la famiglia rifiuta di nuovo la custodia, così viene trasferita al manicomio di Pistoia.

I comportamenti che, in ultima analisi, il manicomio condanna e tenta di "correggere" – attraverso strumenti quali l'ortopedia morale, il costituzionalismo, la ricerca nelle diagnosi complesse di segni di tare ereditarie e di atavismi – coincidendo spesso con gli indicatori di "disfunzione" sociale che riproducono fedelmente i pregiudizi già radicati nelle forze di pubblica sicurezza e nei funzionari statali nei confronti delle classi subalterne e "pericolose". Si tratta di pregiudizi profondi, alimentati dall'angoscia per mutamenti sociali imprevedibili e potenzialmente deflagratori, che vedono nei ceti poveri e marginali – costretti a sopravvivere in condizioni insalubri e di estrema indigenza – una massa potenzialmente incontenibile e ostile ai valori dominanti. Il fascismo, in questo senso,

irrigidisce la «gerarchia della paura»[572] già consolidatasi nel lungo Ottocento, ridefinendo priorità e bisogni sociali e introducendo politiche di contenimento ed esclusione. Le forze dell'ordine, lungi dal considerare le peculiarità individuali, mantengono una vigilanza costante sulle biografie dei soggetti delle classi subalterne, innescando circoli viziosi in cui il disagio alimenta la stigmatizzazione e viceversa. Ne scaturisce un sistema di "targetizzazione" dei soggetti screditati – da reprimere, colpire e sorvegliare – per i quali l'internamento manicomiale rimane un'opzione costantemente a portata di mano. Silvestro[573] ha quindici anni, viene da Gallicano, lavora come contadino. Una poliomielite contratta da bambino gli lascia una grave difficoltà di deambulazione, ma il «patrimonio mentale» è intatto. All'esame psichico d'ingresso si legge: «Ragazzo abbastanza vivace e intelligente […] Orientato in tutti i sensi». Nessun disturbo sensoriale, memoria integra: «Ideazione e ragionamento normali in relazione all'età e all'istruzione ricevuta». Parla poco del padre, che lo picchiava spesso, e con affetto della madre. Sa leggere e scrivere: lo dimostra un breve testo sotto dettatura, senza errori - «Cesare Augusto Imperatore di Roma volle conoscere quanti sudditi avesse in tutto il mondo». La modula lo segnala come disoccupato, ma lui, al contrario, afferma di lavorare come aiuto calzolaio. Interrogato sul perché si trovi in manicomio Silvestro risponde: mi «Trovai in piazza, dove vendono i maiali, in terra, accanto a una cesta, un portafoglio del Brogi con seimila lire dentro... il Maresciallo di Gallicano disse che li avevo rubati». Silvestro è poverissimo, segnalato per una menomazione fisica, di condizione umilissima, quindi, il funzionario di Pubblica Sicurezza non ha dubbi: è stato Silvestro. La versione dei fatti - vera o no – del ragazzo non regge di fronte allo sguardo del Maresciallo, che innesca la procedura di internamento che coinvolge anche il Podestà. Il medico condotto del paese lo certifica «affetto da frenastenia e pericoloso a sé e agli altri». In un'ulteriore relazione, lo stesso medico delinea il quadro di un soggetto davvero pericoloso per la sicurezza pubblica: l'anno precedente, a quattordici anni, volendo rendersi indipendente dalla famiglia, manifesta «atti di indisciplinatezza e vera ribellione». Si allontana di casa, risponde a tono, reagisce fisicamente quando si sente minacciato. «Tendenza anche al furto, tanto che il babbo, preoccupatissimo, doveva vigilarlo quasi di continuo; coi familiari aveva perso il sentimento». Dopo un mese di osservazione, però, arriva la diagnosi del medico:

> Non ricorrono gli estremi per il ricovero in manicomio. In un mese di osservazione non ha mai presentato disturbi mentali. Le informazioni assunte dal Podestà non parlano di atti che potessero motivare il ricovero, anche in via provvisoria

Il quadro tracciato dal medico condotto contrasta nettamente con quello dell'ospedale psichiatrico. Forse c'è, sì, un elemento di esagitazione, ma il contesto è quello di una vita poverissima, in cui ogni

---

572 E. Ciconte, *Classi pericolose. Una storia sociale dalla povertà dall'età moderna ad oggi*, Laterza, Bari, 2025, p. 128.

573 ASLu, OP, *CC*, fald. 436, c. 105.

atto fuori norma viene ingigantito, criminalizzato e trattato con una certa morbosità dalle forze di pubblica sicurezza. Prima di essere dimesso Silvestro confessa al medico: «È dispiacente di non essere trattenuto in manicomio, perché qui mangiavo». Aladino,[574] ha appena quattordici anni quando, nel luglio del 1919, entra per la prima volta a Maggiano. Eppure, la sua, è già la storia di un proletario "pericoloso". Le crisi epilettiche lo accompagnano sin dai diciotto mesi di vita, durante la guerra ha lavorato nello stabilimento militare di Barga; poi, per il furto di una gallina, sconta un anno di carcere. Uscito, fugge di casa e ritorna malato di sifilide. L'anamnesi è un concentrato di marginalità sociale: padre alcolista, una prozia materna finita in manicomio, istruzione «scarza [sic]» e con «poca voglia di lavorare». Tendenza all'alcol. È soggetto ad allucinazioni e deliri ipocondriaci a sfondo persecutorio. La diagnosi lo etichetta come «psicopatico episodico in frenestenico epilettico e demente precoce». Il diario clinico registra un continuo alternarsi di stati: agitazione e quiete, depressione e momenti di accettazione della propria condizione. Tuttavia, in manicomio non regge la disciplina: «Questa sera pretende di andare a letto vestito e con le scarpe. Si ribella violentemente all'infermiera che lo avverte: passa agli agitati». Dato in custodia alla madre, torna a Maggiano altre due volte, fino al 30 luglio 1925, quando viene dichiarato definitivamente "guarito". Il mondo del manicomio è, dunque, il mondo delle classi subalterne, consumate dai ritmi incessanti del lavoro e dalla miseria materiale, aggravata dal terrore di non riuscire mai a risollevarsi da questa condizione. Non è raro incontrare, nelle cartelle cliniche, come cause attribuite alla malattia, espressioni quali «strapazzo da troppo lavoro»[575] ; oppure, come nel caso di Giovanni, leggere che la ragione morale della propria "follia" risiede nella «considerazione di non poter alleviare le condizioni disagiate della famiglia».[576] Ma il manicomio stesso alimenta quella povertà che poi perseguita nei suoi internamenti: una spirale che si auto-produce. Leonardo[577] ha 53 anni quando arriva per la seconda volta a Maggiano nel 1936, è pistoiese ed un operaio meccanico. Viene segnalato nella modula come un «alcolista cronico», per i medici è affetto da paralisi progressiva generale di origine sifilitica, malattia di cui soffre dal 1917 e per la quale viene curato con malarioterapia. Dopo il primo internamento, Leonardo perde il suo posto di lavoro nelle officine meccaniche della San Giorgio di Pistoia, rimanendo disoccupato. Il manicomio trasforma lui e la sua famiglia in nullatenenti, per cui sono costretti a chiedere il sussidio.

Come dimostrano gli esempi, le cartelle cliniche compongono un mosaico eterogeneo di comportamenti e caratteristiche associati alla devianza - un concetto dal significato ampio e flessibile, utilizzato per descrivere atti anche molto diversi tra loro, ma accomunati dalla percezione sociale di

574 ASLu, OP, CC, fald. 335, c. 10.
575 ASLu, OP, CC, fald. 431, c. 225.
576 ASLu, OP, CC, fald. 431, c. 227.
577 ASLu, OP, CC, fald. 435, c. 67.

essere *anormali* o *non-normali*. La devianza può assumere diverse accezioni: può riferirsi a condotte che violano le norme di un sistema sociale; può designare pratiche lontane dalla media statistica, apparendo come anomalie; oppure può indicare la trasgressione di regole legate ai ruoli sociali, il cui mancato rispetto minaccia l'ordine economico e collettivo. In ogni caso, non è mai un concetto neutro: è sempre il prodotto di un rapporto di potere. È lo sguardo di chi detiene i valori dominanti a definire come devianti certi comportamenti, con l'obiettivo di stigmatizzarli, isolarli o escluderli dallo spazio sociale.[578]

4.2 Antifascisti, afascisti, fascisti psicotici: linguaggio e biografie degli internamenti politici

Maggiano, come abbiamo visto, non è direttamente collegato alle sentenze dei tribunali. Funziona come luogo di perizie e smistamento temporaneo verso le sedi giudiziarie, non è, quindi, legato esplicitamente agli internamenti politici comminati dal Tribunale speciale per la Difesa dello Stato. Eppure, anche il manicomio di Maggiano intreccia la sua storia con quella della repressione politica. È attraverso i manicomi civili – quelli provinciali – che transita gran parte dell'internamento politico, o almeno è da queste strutture che inizia il suo primo passo verso l'internamento politico. Un meccanismo meno appariscente, meno legato all'attivismo diretto, ma pur sempre radicato in una rete di pregiudizi che costruisce la categoria del "pericolo pubblico antifascista". Anche per gli antifascisti valgono le solite e accomodanti misure di internamento di tutte le altre categorie:

> Il primo canale di accesso degli antifascisti in manicomio […] è rappresentato dall'internamento psichiatrico nei manicomi provinciali: l'internamento civile, che colpiva soggetti che non avevano commesso nessun reato e, conseguentemente, non dovevano subire nessun processo. Nello stesso tempo l'internamento civile era diverso anche da un provvedimento di Ps. Non si doveva infatti riunire nessuna Commissione provinciale per i provvedi menti di polizia, come invece avveniva […] per la diffida, l'ammonizione politica o l'assegnazione al confino. Per far rinchiudere d'urgenza un soggetto, potevano essere sufficienti una segnalazione, un'ordinanza di Pubblica sicurezza e un certificato me dico; senza clamori, senza proteste, in silenzio.[579]

Un internamento che non colpisce tanto l'attività politica organizzata, quanto una costellazione di atteggiamenti e comportamenti letti alla luce della "pericolosità sociale" e che contribuiscono a costruire la figura del pericolo antifascista. Nei manicomi civili si punisce un antifascismo sfumato, spesso ridotto a un sentimento prepolitico di disaffiliazione dallo stato: rancore verso l'autorità poliziesca, diffidenza verso chi governa, opposizione culturale ai valori dominanti. Qui rientrano l'odio per i reclutatori militari, l'avversione per gli esattori fiscali, il disprezzo per i carabinieri che puniscono, per i tribunali che condannano, per i medici che giudicano e classificano. Più che un

578 Cfr. B. Barbero-Avanzini, *Devianza e controllo sociale*, Franco Angeli, Milano, 2002, pp. 10-17.
579 Petracci, *I matti del Duce*, p. 17.

antifascismo strutturato, spesso emerge un *afascismo* popolare, in cui il Duce e il regime diventano la *rappresentazione*[580] unitaria di tutti questi poteri che innestano l'organizzazione e l'azione dello stato stesso. Mussolini, il Re, i ministri sono le figure più visibili e riconoscibili del potere nella coscienza collettiva e - complice la propaganda che incoraggia l'immagine di un Mussolini come unico interlocutore del regime - diventano gli interlocutori privilegiato di un dialogo "diretto" e quotidiano fatto di invettive, di suppliche, di doglianze e di pubblica irrisione. Non di rado è proprio la riconoscibilità del Duce a diventare lo strumento clinico di accertamento psicotico: la domanda "Chi è Mussolini?", ricorrente nelle cartelle cliniche, può infatti valere come metro di "normalità". Così accade nel caso di Leopoldo,[581] 26 anni, di Massa e Cozzile, ventiseienne di Massa e Cozzile, diagnosticato come "idiota mongoloide" con grave deficienza psichica globale: al momento dell'ingresso, di fronte alla domanda rituale su Mussolini, risponde «quello che sta vicino al Guidi». È un sovversivismo – quello delle cartelle cliniche - inteso come repulsione verso l'ordine e la disciplina, espresso attraverso il motteggio e la derisione del regime, che approda in manicomio. In una relazione sugli episodi di carattere sovversivo avvenuti nella provincia di Lucca tra il 1° settembre e il 31 dicembre 1938, la Pubblica Sicurezza annota, il 25 novembre, che: il calzolaio Mario «canta frasi offensive all'indirizzo del Duce. Stabilitosi che trattasi di un alienato di mente, viene internato nel manicomio».[582] Ma chi incarna il regime, se da un lato è oggetto di un dialogo "prossimo", immediato, in cui solo l'incoscienza impedisce di percepire la distanza reale, dall'altro rappresenta un potere lontanissimo, impossibile dall'essere sfiorato da una qualsiasi azione - politica o meno - concreta. Anzi, come nel caso di Esmireno, persino l'idea di avvicinarsi al Duce – fosse anche solo per chiedere un sussidio – si rivela non solo impraticabile, ma segno di un comportamento da patologizzare e criminalizzare. Quello dei segnalati per antifascismo è, spesso, un atteggiamento di autentico disprezzo verso le autorità, che condividono con molti degli internati anche non segnalati per attività politica e che persiste anche dopo l'internamento, percepito da molti come la

580 In questo caso il termine rappresentazione viene utilizzato nel senso che segue: «I disturbi psichici rivelano dunque elementi culturali condivisi e addensano precisi idiomi e stilemi sedimentati: il folle incarna ed esprime simbolicamente i valori e la cultura in cui vive. In questa direzione, i racconti di sofferenza psichica contenuti nelle cartelle cliniche danno luogo a precise e reiterate rappresentazioni culturali. Utilizzo il termine rappresentazione in un'accezione molto precisa: essa investe i livelli più profondi della conoscenza, rivela la struttura più intima dei concetti, esprime le mappe di base, gli orizzonti generali entro cui si esprimono le identità collettive. Il concetto di rappresentazione riguarda quindi quel complesso di valori e di atteggiamenti irrinunciabili degli individui che investono la sfera cognitiva di ciascuno. Indagando sulle rappresentazioni della follia, intendo riferirmi pertanto alle forme di pensiero collettivo, agli schemi concettuali di fondo, a quel substrato che orienta la percezione, la codificazione, le classificazioni. Le rappresentazioni sociali alimentano inoltre e fanno parte dell'attività simbolica, investendo i meccanismi di attribuzione di senso agli eventi e alla realtà. È evidente quindi che allorché i testi di natura anche differente (dalla letteratura alle cartelle cliniche) attestano la figura del folle come essere innocente o criminale, in pose da clown o posseduti dal diavolo abbiamo a che fare con concetti di tale profondità». V. Fiorino, *Le rappresentazioni della follia: ninfomani e asceti, indemoniate e malinconiche*, in «Santa Maria della Pietà Roma», Volume III, edizioni Dedalo, 2003, p. 82.

581 ASLu, OP, *CC*, fald. 415, c. 225.

582 AISRECLu, *Fascismo e RSI*, busta 12, fasc. 86, sottofascicolo 2

continuazione di una pratica di controllo poliziesco. È il caso di Vincenzo,[583] classe 1908, agricoltore, detenuto in carcere in attesa di processo, per il quale il pubblico ministero dispone una perizia psichiatrica. L'esame, redatto da Vedrani, lo dichiara "schizofrenico". L'esperienza manicomiale alimenta in lui un profondo rancore: «reprime un risentimento grave verso i medici, infermieri, ammalati; risentimento che non manifesta nella sua essenza, ma che palesa vagamente con gesti, parole tronche, monosillabi». Anche perché, nell'immaginario popolare, le figure di medico e poliziotto si fondono, mischiano le proprie competenze, e, spesso, l'intervento dell'uno implica l'azione dell'altro. La lotta contro la degenerazione della razza affina le armi, in ultimo, nella lotta contro gli "antifascisti". Seguendo, infatti, il consueto schema di costruzione dell'"anormale", le traiettorie biografiche ai margini si scoprono "anche" antifasciste, sorvegliate dalle forze di polizia che reprimono in generale comportamenti devianti, pericolosi o ritenuti tali. Non è un caso, dunque, che la figura dell'antifascista venga modellata come proiezione di una soggettività "mediamente" pericolosa – non una novità, d'altronde, la criminalizzazione della militanza rivoluzionaria e la sovrapposizione tra folle e sovversivo -[584] in cui l'essere antifascista non costituisce la ragione primaria dell'internamento, ma piuttosto la conferma ulteriore di una vita segnata da comportamenti patologizzati e criminalizzati. È "antifascista" l'alcolizzato che, al termine di una giornata in osteria, si sente libero di rivolgere beffe e insulti al capo del governo. Non si tratta di discorsi politicamente articolati o di interventi compiuti, ma di opposizioni ridotte a improperi, offese e scherni diretti al capo del governo, al Re o ai ministri. Che tale etichetta sia, almeno in parte, una costruzione delle

583 ASLu, OP, *CC*, fald. 412, c. 121.

584 Il processo di criminalizzazione e patologizzazione della militanza politica in Italia prende avvio già nell'Ottocento e riguarda innanzitutto gli anarchici. Un episodio "fondativo" segna l'inizio di questo filone psichiatrico: nel 1878 l'anarchico lucano Giovanni Passannante tenta di assassinare il re d'Italia, Umberto I, armato di un coltello. Da quell'atto nasce un'intera corrente dell'antropologia criminale, che si mette alla ricerca della presunta tabe degenerative e psicotiche degli anarchici. L'opinione pubblica – soprattutto borghese – chiede risposte alle ragioni di una militanza politica violenta, e l'antropometria e la criminologia lombrosiana offrono un linguaggio scientifico capace di placare queste ansie collettive. Nel 1879 Cesare Lombroso pubblica l'opuscolo *Considerazioni sul processo Passannante*, trasformando un evento percepito fino ad allora come un'inspiegabile esplosione di violenza in un oggetto di lettura scientifica. Nel testo, Lombroso ricostruisce la vicenda giudiziaria dell'attentatore e ne fornisce una minuziosa perizia somatico-psicologica, centrata sul concetto di atavismo. La gracilità del corpo – 51 chili contro i 65 della media maschile italiana – la circonferenza cranica ridotta («535 [...] una delle minime»), gli occhi infossati, gli zigomi sporgenti, la barba rada: tutto diventa segno evidente che Passannante appartiene "sia al delinquente che al pazzo". Ai rilievi esterni si aggiungono i dati interni: polso debole, fegato tumefatto, milza ingrossata. Infine, la "prosopopea rivoluzionaria" che traspare dai suoi scritti completa il quadro, dando la spiegazione "d'un delitto così strano ed assurdo, come il tentativo di uccidere il più caro dei re". La follia del reo si somma allo stupore dell'opinione pubblica, generando uno stato di apprensione collettiva che scuote a fondo le coscienze. Passannante appare solo come il capo di una matassa più ampia: il problema della violenza rivoluzionaria, che Lombroso continuerà a sciogliere nel tempo. Gli spunti nati dal caso confluiscono infatti in una trattazione sistematica nel 1894, quando il medico pubblica la monumentale opera *Gli anarchici*. Qui la violenza politica viene definita come un sottoinsieme della criminalità degenerata che prospera tra mattoidi e folli. Sul tema della diffusione delle idee rivoluzionarie, Lombroso non risparmia toni durissimi: identifica i militanti politici con lo strato più infimo e torbido delle fasce urbane, lo stesso che alimenta la popolazione manicomiale. A proposito degli scritti di Passannante, che circolano ampiamente nelle città italiane, egli afferma che "peggio va la cosa col sorgere adesso in Italia di quei diari, veramente criminali, che intingono la penna nel putridume più fetido delle piaghe sociali [...]". In poche righe, il discorso scivola dalla perizia psichiatrica – attenta al corpo e alla psiche di un individuo – a una condanna senza appello delle classi subalterne e dei loro agitatori politici.

stesse forze di pubblica sicurezza – utile a giustificare un internamento in seguito a un episodio di ubriachezza acuta e a screditare ogni eventuale motivazione politica – è ipotesi non dimostrabile, ma le biografie permettono alcune valutazioni. Si tratta di individui privi di legami con organizzazioni politiche, senza preparazione ideologica, con alle spalle passati di internamento per pericolosità verso sé e verso gli altri. In questo senso, gli "antifascisti" appaiono come soggetti che, per il loro stesso profilo di pericolosità sociale, rientrano perfettamente nei quadri nosografici più diffusi dell'epoca: alcolismo cronico, mania, schizofrenia, paranoia. È sulla "sovrapponibilità" di queste figure, trattate alla stregua di un problema antropologico e politico da rimuovere, che si salda su un piano di continuità l'opposizione al regime e il vasto mondo delle «degenerazioni costitutiva delle classi inferiori».[585]Afferma, puntualmente, Petracci:

> Proprio l'elevata sovrapponibilità dei concetti di pericolosità e pubblico scandalo, ad esempio, spiega l'internamento psichiatrico di personalità irriducibili a una piena fascistizzazione, in quanto presentavano caratteri antitetici a quelli che, nella rivoluzione antropologica immaginata dal regime, dovevano caratterizzare l'«italiano» nuovo[586]

Si tratta di un antifascismo disorganico, sconnesso da qualsiasi rete clandestina organizzata, quello degli internati di Maggiano, le cui segnalazioni di "sovversione" sono talmente flebili che, non di rado, le stesse cartelle cliniche non riportano alcun cenno ad attività politiche. Casi di questo tipo emergono soltanto dall'incrocio dei dati con le carte del Casellario politico centrale e in questi frangenti, a far scattare il sospetto di trovarsi di fronte a un oppositore del regime nasce soprattutto dall'insistenza delle forze dell'ordine nel voler essere informate, passo dopo passo, l'andamento clinico e terapeutico dell'internato. Enea[587] è domiciliato a Castelnuovo Garfagnana, ha 49 anni quando il 15 maggio 1924 entra a Maggiano, dopo che il 13 febbraio sono iniziate le operazioni di trasferimento dal manicomio San Niccolò di Siena. Lo accompagna una lettera della Regia Questura, che impone di essere informata in caso di dimissione: «trattandosi di individuo segnalato come sovversivo e, quindi, da ritenersi pericoloso, specie dopo lunga degenza in manicomio». Il suo nome, infatti, compare anche nel Casellario politico centrale, con la qualifica di «socialista».[588] Già il 30 maggio 1916 il prefetto di Lucca lo ha segnalato al ministro dell'Interno come "sovversivo" durante il servizio nel terzo reggimento Artiglieria da Montagna di stanza a Genova, informando l'autorità militare competente. Bertagni è a carico della provincia di Massa e Carrara, per questo motivo si trova al manicomio San Niccolò di Siena, già dal 1920. Ancora a maggio 1924, però, i familiari – che chiedono insistentemente sue notizie alle autorità sanitarie - non sanno con certezza quali sono le

585 A. Gibelli, *Guerra e follia. Potere psichiatrico e patologia del rifiuto nella Grande Guerra*, in «Movimento operaio e socialista», a. III, 1980, n. 4, p. 464.
586 Petracci*, I matti del Duce*, op. cit., p. 56.
587 ASLu, OP, *CC*, fald. 333, c. 75.
588 ACdS, Ministero dell'interno, Casellario politico centrale, *ad nomen*. (fascicolo 548) e nel prot. n. 138 del 1939).

condizioni di Enea e se – dopo l'inclusione amministrativa della Garfagnana nella provincia di Lucca - si trovi ancora a Siena o se sia già stato trasferito a Maggiano. La moglie, il 31 maggio, scrive alla direzione medica per chiedere se può fargli visita e conoscere le sue condizioni. Il vicedirettore risponde che Enea sta bene fisicamente, ma è "invariato" dal punto di vista mentale. La tabella nosografica compilata a Siena restituisce un quadro dettagliato. Bertagni, di «indole morale buona», si occupa di piccolo commercio e «professava e diffondeva idee bolsceviche». Non ha abusi di sorta. Viene annotato che è stato segretario della Camera del Lavoro di Castelnuovo Garfagnana, da cui è stato destituito circa un mese prima dell'insorgenza dei sintomi. Inizia a sostenere che lo stato italiano sia vicino al fallimento e cambia la cartamoneta con le monete di rame, accordando un forte sconto, dice che a breve ci sarà la rivoluzione. I sanitari senesi annotano che «negli ultimi giorni, le idee rivoluzionarie lasciano spazio a un fervore religioso: legge sempre il Vangelo. È confuso, allucinato, delirante». All'esame psichiatrico a Maggiano dichiara di sentire "voci terrificanti" e mostra comportamenti con "poco profitto". Neppure il fatto che un antifascista è internato prima dell'avvento del regime, e si trovi in uno stato di sostanziale inoffensività, attenua l'attenzione della Questura. Il 23 novembre 1927, la Regia Questura scrive al direttore Cristiani per sapere «quali siano le manifestazioni maniache a cui si abbandona il predetto» e per essere «tempestivamente informata dell'eventuale sua uscita», dovendo «provvedere alla necessaria vigilanza nei suoi confronti». Il direttore risponde descrivendo Enea come «solitario, taciturno, diffidente, con incoerenza ideativa, ottusità sentimentale, deficit critico e atteggiamenti violenti» quindi non è al vaglio nessuna dimissione, tuttavia, viene confermata la disponibilità a informare la questura in caso di dimissione. Dal manicomio Enea non uscirà mai più: morirà in manicomio. Pasquale C.[589] nasce a Viareggio nel 1870 e sarà, per tutta la vita, un barcaiolo. La sua vita giudiziaria inizia presto: il 25 maggio 1904 viene arrestato a Livorno per tentato scasso. Negli anni successivi colleziona numerosi procedimenti per ubriachezza molesta — otto tra il 1904 e il 1919 — e il 6 luglio 1919 viene arrestato a Genova «per grida sediziose e porto di rivoltella». Il 27 giugno 1929, in evidente stato di ebbrezza, si presenta alla Casa del Fascio di Viareggio per parlare con il segretario dei sindacati e, davanti alla sede, urla: «Viva l'anarchia, abbasso il fascio, abbasso il Papa!». Due anni dopo, il 24 luglio 1931, viene nuovamente arrestato dai carabinieri «in pubblica piazza» per aver pronunciato «frasi offensive contro il governo nazionale» ed emesso il grido di «Abbasso il Re!». Nonostante questi episodi, nelle carte ufficiali si legge che non sia mai stato un sovversivo né simpatizzante per i partiti sovversivi, ma «un incosciente ed un alcolizzato». Il 2 ottobre 1934 è trovato in piazza Umberto I a Camaiore in stato di manifesta ubriachezza, dando «noia ai passanti». Il pretore di Viareggio, con sentenza del 28 novembre 1934, ne conferma l'arresto. Pochi giorni prima, il 16 ottobre 1934, Pasquale era stato

589 ASLu, OP, *CC*, fald. 397, c. 279.

ricoverato al manicomio di Maggiano per una perizia psichiatrica. La diagnosi: «indebolimento mentale arteriosclerotico, ottusità affettiva, tremore alle mani». Il 12 ottobre 1934 il medico perito conclude per «irresponsabilità completa, per alcolismo cronico, scarsissima pericolosità sociale». In ospedale si mostra quieto, lucido e docile, chiedendo solo di poter tornare a Viareggio. A carico suo pendeva un processo presso il Pretore di Viareggio, ma, giudicato incapace di intendere e di volere, viene prosciolto il 28 novembre 1934 «per intossicazione cronica da alcool». Rimane tuttavia in manicomio senza uno status giuridico definito per quasi sette mesi, fino a quando, il 24 giugno 1935, il Tribunale di Lucca ne decreta l'ammissione definitiva. Il direttore Cristiani segnala più volte la situazione alla Procura, già dal maggio 1935, passando per il commissario di Lucca e la Regia Pretura di Viareggio. In quegli anni, Pasquale è descritto con «contegno abulico, passivo, inconsulto, abnorme, taciturno, inoperoso e inerte». Il 16 ottobre 1936 viene formalmente internato per "intossicazione cronica prodotta da alcool". Nonostante la diagnosi di scarsa pericolosità, le autorità di polizia mantengono un controllo stretto: sulla sua cartella clinica compare l'annotazione «in caso di dimissione avvertire tempestivamente la Regia Questura di Lucca». Il 1° febbraio 1938 il reggente della questura ribadisce la necessità di comunicare preventivamente qualsiasi eventuale dimissione, «trattandosi di individuo per il quale occorrono speciali misure di polizia». Ancora il 10 ottobre 1940 la questura di Lucca chiede se C. si trovi ancora in manicomio o se sia stato dimesso, per poter predisporre il controllo. Pasquale muore in manicomio l'8 maggio 1941. È chiaro che per le forze di pubblica sicurezza il manicomio costituisca parte integrante – o un'estensione - di un dispositivo di controllo sociale e non soltanto come uno strumento sanitario. Amedeo,[590] invece, viene ricoverato il 14 dicembre 1926 con diagnosi di "improvvida pazzia". Anarchico non affiliato ad alcun circolo o federazione, non ha mai ricevuto in tutta la sua vita materiale "sovversivo" (giornali, volantini, libri) ma a lavoro – è un tagliaboschi – ha imparato a masticare il linguaggio dell'anarchismo, da allora, rivela la PS, «professa principi anarchici» e «fa propaganda anarchica spicciola con le persone che casualmente si trovano in sua compagnia»[591]. La sua storia manicomiale comincia in realtà molto prima dell'avvento del regime: il primo internamento risale al gennaio 1908, da cui esce il 4 aprile dello stesso anno, affidato alla madre e al fratello. La vita di Amedeo si alterna, da allora, fra brevi periodi di libertà e ricorrenti internamenti. Dopo il primo ingresso, torna in manicomio nel 1910, poi due volte nel 1911. È quest'ultimo ricovero, il quarto, a segnare un punto di svolta: rimane, infatti, internato per sette anni consecutivi, fino al 1918. Proprio in questo periodo compare per la prima volta in cartella un riferimento diretto alla sua attività politica. Nel novembre 1912, a circa un anno dall'inizio di quel lungo internamento, Amedeo inizia a scrivere lettere alla polizia. L'occasione è la visita del Re a Lucca:

590 ASLu, OP, *CC*, fald. 343, c. 236.
591 ACdS, MI, CPC, *ad nomen*.

> Io gli faccio sapere che sono anarchico pericoloso rivoluzionario. Abbasso tutta la questura e quei vili sfruttatori di sovrani. Vigliacco, farabutto sfruttatore di un Re e di Regina […] A quel vigliacco di un sovrano che venne a Lucca il 17 gli ci ha detto bene che io non lo sapevo, perché se no con un colpo di pugnale io mi sarei lavato le mani con quel sangue vile

Dopo la dimissione del 1918, Amedeo conosce ancora altri due internamenti: nel 1926 e nel 1927. La documentazione successiva lo mostra alle prese con difficoltà materiali più che politiche. Nel novembre 1930, dimesso come "guarito", non riesce a trovare lavoro e per questa ragione si rivolge alla direzione del manicomio per ottenere un certificato di invalidità lavorativa che gli consenta un piccolo sostegno economico. Il 21 novembre 1930 gli viene rilasciato un documento che attesta uno stato di "depressione", utile per accedere a un sussidio. Il sussidio, come abbiamo già visto nei casi di dimissione in custodia, rappresenta un sostegno di vitale importanza: è il primo paracadute di sopravvivenza per chi esce dal manicomio. Nelle mani della direzione medica, però, affiancata dalla rete amministrativa e dalla polizia, esso può trasformarsi in un formidabile strumento di controllo. La scena della richiesta si ripete più volte, sempre con lo stesso copione. Nel 1935 l'ex internato presenta domanda per ottenere un certificato di degenza; nel 1937, la stessa istanza porta la firma del direttore Guglielmo Lippi Francesconi. In entrambi i casi, la pratica viene accompagnata da una relazione della Pubblica sicurezza: il fascicolo passa dallo sguardo attento del medico direttore e il "sovversivo" non esce mai dal radar del controllo. A volte, nei casi di politicizzazione "antifascista", le origini affondano in motivi insospettabili, come la scelta di un mestiere. È il caso di Raffaello,[592] sessantaquattrenne venditore di giornali di Pistoia, la cui attività gli consente un contatto diretto e quotidiano con le notizie provenienti dal paese e dal mondo. Forse proprio questa vicinanza costante all'informazione contribuisce a orientare e nutrire la struttura dei suoi deliri. Il 7 giugno 1939 viene ricoverato a Maggiano su ordinanza del Questore di Pistoia, con diagnosi di demenza paranoide. Fin dai primi giorni in camerata appare agitato, persino laceratore, e sullo sfondo del suo quadro clinico i medici riconoscono uno stato di alcolismo cronico. Il crollo psicotico si organizza attorno a "manifestazioni deliranti di tipo politico": Raffaello è convinto, da un lato, che il lattaio gli avveleni il latte, e dall'altro che la polizia lo perseguiti perché lui «vuol informare l'andamento sociale e portare il benessere in tutto il popolo ed è certo che riuscirà allo scopo». Una convinzione che lega strettamente alla sua identità professionale: «non ha sposato una donna perché ha sposato la stampa». La cartella clinica sottolinea anche un linguaggio ricco di neologismi e l'idea fissa di avere depositato in banca una grossa somma di denaro. Nonostante ciò, nel gennaio del 1940 una lettera del direttore Francesconi al fratello Cesare registra un miglioramento, pur segnalando la persistenza di tratti violenti e recidivi tipici della sindrome paranoica. Dopo alcuni mesi di osservazione, il 28 aprile 1940 Raffaello viene dimesso e affidato in custodia domestica al fratello.

592 ASLu, OP, CC, fald. 437, c.143.

Può accadere che, soprattutto nei momenti in cui la repressione si allenta – durante i quarantacinque giorni del crollo del governo Mussolini o nel dopoguerra – le carte documentino come l'arrivo in manicomio di antifascisti sia la conseguenza diretta di violenze subite dalle squadracce nere. Il 30 luglio 1943, ad esempio, Igino si presenta all'ufficio del procuratore per denunciare quanto era accaduto al fratello Ottorino nel 1925, alla ricerca di giustizia. Ottorino era stato pestato a colpi di manganello dal fascista Armando Grossi e da una ventina di altri individui «tra i quali un certo Francesconi [Michele], Capo squadra degli avanguardisti». La sua "colpa indiretta" era stata quella di aver impedito che un «ragazzo comunista» venisse picchiato dal gruppo. Da quel momento aveva sviluppato disturbi nervosi di tale entità che, ossessionato dal desiderio di vendetta contro i fascisti – puntualmente frenato dalla famiglia – arrivò a mutilarsi una mano con un pennato. Ricoverato prima all'ospedale civile, venne poi trasferito a Maggiano, dove morì.[593] La violenza squadrista, immediata e brutale, non trova riscontro nelle cartelle cliniche, che tacciono su questi episodi. Eppure, essa emerge con forza come fattore biografico negli antifascisti più "strutturati", meno ingenui politicamente, coloro che si oppongono con decisione al potere dei fasci. Nel caso di Ottorino, la violenza subita è legata proprio al suo gesto di frapporsi tra gli aggressori e la loro vittima designata. Non sempre è possibile rintracciare riferimenti espliciti a episodi di violenza, ma nelle cartelle cliniche non mancano indizi di una dialettica politica più matura, che ci aiutano a comprendere di fronte a quale forma di antifascismo ci troviamo. Tuttavia, quando emergono ragionamenti complessi o convinzioni politiche articolate, la psichiatria manicomiale tende a leggerle come "fissazioni", psicosi paranoiche o frammenti di linguaggio delirante. Le idee politiche, il lessico stesso "rivoluzionario", diventano così, agli occhi del medico, controprova di un delirio persecutorio o di uno stato psicotico alterato. È il caso di Ranieri,[594] 56 anni, originario di Sarzana ma residente a Livorno, pensionato da ferroviere. Entra per la prima volta al manicomio di Lucca nel settembre 1943, accompagnato da una lettera del commissario prefettizio (16 settembre 1943) che ne richiede l'ammissione, sulla base di un certificato medico firmato dal dottor Giannelli. La diagnosi di ingresso recita: «delirio di grandezza, in stato maniacale [idee deliranti di grandezza, esaltazione dell'umore con ideorrea, logorrea, fatuità, ecc.]». Nell'anamnesi remota si annota che «fu messo in prigione diverse volte per ragioni politiche». Dalla Modula emerge chiaramente che sono le sue convinzioni politiche a essere considerate il nucleo della malattia: «da 15 mesi è cominciato l'attuale stato psicopatico. […] Fissazioni politiche […] cerca di battere chi gli è vicino, offende». All'esame psichico di ingresso, Ranieri dichiara: «Io ho 20 miliardi al Ministero delle finanze come patrocinatore: questi li ho guadagnati inoltrando le istanze ai Ministeri competenti. Questo è il guadagno della mia opera prestata! […] Io sono professore in malattie neuropatiche: sono diventato

593 AISREC, Processi, Busta 18, Fasc. 26.
594 ASLu, OP, *CC*, fald. 466, c. 171.

professore questa estate; sono inoltre professore, per laurea ad honorem, in filosofia, lettere, ingegneria, agraria e legge!» Non mostra disturbi di memoria per fatti recenti o lontani, ma presenta ideorrea, logorrea, fatuità e scarsa capacità critica. Il 19 settembre 1943 viene descritto come "fatuo, logorroico, clamoroso"; chiede una stanza separata a pagamento, vantandosi di possedere miliardi e centinaia di pacchetti di sigarette. La sua cartella clinica è completata con documenti del Casellario politico centrale. Dal 1926 al 1942 il fascicolo viene regolarmente aggiornato: Ranieri è un *"*diffidato" per il suo trascorso anarchico e perché «a suo tempo partecipò a tutte le manifestazioni sovversive svoltesi in questa città [Livorno] ed agli scioperi dei ferrovieri, dei quali fu uno dei principali promotori». Il profilo redatto dalla Pubblica sicurezza lo descrive come di «carattere calmo, di discreta educazione, buona intelligenza e cultura», con licenza tecnica conseguita a Termini Imerese, ma privo di titoli accademici. Trasferitosi a Livorno nel 1919 come frenatore ferroviere, viene licenziato nel 1923 per "scarso rendimento" e "sovversivismo". Frequenta un piccolo gruppo di anarchici livornesi. Caporal maggiore durante la guerra, viene segnalato come membro della *"setta anarchica"* fin dal 1921. La polizia annota la sua corrispondenza con anarchici espatriati, soprattutto a Marsiglia, e un probabile legame con *Il Corriere degli Italiani*, rivista degli emigrati italiani antifascisti, grazie all'esperienza maturata al giornale anarchico livornese *Il Seme*. Nonostante non sia mai stato proposto per il confino, nel 1933 la Pubblica sicurezza rileva che, pur non partecipando più a iniziative sovversive né mantenendo contatti con anarchici, Ranieri continua a professare idee anarchiche ed essendo – ancora al tempo - disoccupato viene intensificata la sorveglianza nei suoi confronti. Questa dinamica, tuttavia, segue un più vasto processo di "medicalizzazione" del linguaggio politico – di cui non sempre le carte di polizia tengono conto e che non sempre passano dal controllo politico del casellario politico.

I colloqui con i medici diventano a volte il luogo in cui si manifestano visioni del mondo, riferimenti ideologici e letture della realtà che, sebbene filtrati dal contesto psichiatrico, mantengono una loro coerenza interna. Non è raro imbattersi in accenni di politica nazionale o internazionale, espressi in forma paradossale, motteggiante, oppure ironica: è un linguaggio politico "psicotico", che gioca con i codici del potere, a volte replicandoli, a volte irridendoli. È il caso del "Lenin" redento di Carlo.[595] Carlo viene da Pieve di Compito ed è un recidivo del sistema manicomiale. Arrivato per la prima volta a Maggiano nel' 32 viene dimesso in custodia domestica nel '33 per tornare, alcuni mesi dopo di nuovo a Maggiano. Carlo arriva al manicomio lucchese dopo esser stato trasferito dal manicomio di Firenze, da cui è già uscito due volte e nel quale tornerà nel' 35 per essere ritrasferito, di nuovo, a Maggiano. Carlo è un bracciante, di buone condizioni sociali, alquanto istruito e nella modula del '32 risulta avere 22 anni e viene diagnosticato come affetto da Parkinson e con una psicosi

595 ASLu, OP, *CC,* fald. 415, n. 258.

con idee deliranti.

> Dottore: chi è questo giovane qui? [il dottore indica l'infermiere]
>
> Ricoverato: è Matteotti
>
> Dottore: ma è morto.
>
> Ricoverato: Già, infatti siamo nella stella Zumina [sic] dove siamo tutti morti. Anche Lenin è salvo.
>
> Dottore: Ma come, se è sempre stato contro la religione?
>
> Ricoverato: È vero è stato salvato perché era caritatevole e S. Basilio gli lascerà la strada

Alcuni giorni dopo la conversazione, il medico annota che, passando in camerata per osservare lo stato di avanzamento della malattia, Carlo lo saluta chiamandolo «Matteotti».

È evidente che per le forze di pubblica sicurezza il manicomio costituisca parte integrante – se non proprio un'estensione - di un dispositivo di controllo sociale e in alcun modo uno strumento sanitario. Nella lettera della questura, successiva alla richiesta di informazioni sul sovversivo e sindacalista Enea, non si lasciano margini di ambiguità:

> comunicarmi tempestivamente l'eventuale sua uscita da codesto Nosocomio, dovendo questo Ufficio provvedere alla necessaria vigilanza nei suoi confronti, trattandosi di individuo segnalato come sovversivo e, quindi, da ritenersi pericoloso, *specie dopo una lunga degenza in manicomio*.

Per chi è incaricato di sorvegliare gli antifascisti, il manicomio rappresenta un'istituzione punitiva, con scarsa – se non nulla – finalità terapeutica. Anzi, la lunga degenza sembra amplificare lo stigma della pericolosità sociale del "sovversivo". Il *continuum* tra carcere e manicomio emerge con chiarezza nei motivi di internamento che accompagna la lista degli alienati "processati" e "prosciolti" del 1931,[596] nella quale si leggono molti casi di intervento prima della PS - poi del manicomio - che seguono a situazioni di fragilità sociale e rispondono a criteri di semplice ordine pubblico. Troviamo Cesira, portata in manicomio dopo esser stata beccata in un tentativo di espatrio clandestino, troviamo Silvio, internato a seguito di un episodio di ubriachezza e di una condanna per insolvenza pari a 30 lire; Giovandomenico internato in seguito a minacce gravi ad una donna; Giulio, internato per atti di libidine in centro città, Vincenzo internato per «insofferenza di ordine e disciplina». Tra questi casi compaiono anche quelli di Pellegrino e Clemente, condotti in carcere dopo essere stati prosciolti per infermità mentale in seguito a denunce per «offese e minacce al capo del governo». Clemente è un agricoltore di Fornaci di Barga, che il 28 febbraio del 1930 (con sentenza del 28 ottobre 1930) viene portato davanti al tribunale per «Imp. offese al capo del governo S.M. e Duce […] la sera del 29 gennaio», Clemente è accusato d'essersi presentato in un pubblico esercizio di Fornaci e di aver urlato «Mussolini è un sudicio! Come sudici siete voi tutti italiani! [...]cosa ci sta a fare S.M. Il Re, il principe ereditario con S.E. Mussolini a Roma? Quei polentoni sono fannulloni, come lazzaroni sono tutti gli italiani». Nonostante il proscioglimento per infermità, la gravità delle frasi pronunciate ne determina

[596] ASLu, OP, *Alienati prosciolti*, fald. 211. I casi sono tutti *ad nomen*.

l'inserimento in una lista di sette internati "pericolosi" da trasferire con urgenza in un manicomio giudiziario. Nel maggio del 1932, Clemente viene portato al manicomio di Barcellona Pozzo di Gotto.

Le carte manicomiali, pur descrivendo la procedura del trasferimento, tacciono su altri aspetti; a colmare il vuoto interviene il casellario politico centrale, che – oltre a fornirne i dati anagrafici – lo segnala come «antifascista».[597] Luisa Maria[598] viene internata il 27 dicembre del 1929 per un accesso maniacale, dietro segnalazione del prefetto di Lucca. Nata 1892, «atta alla casa», Maria

> non ha mai dato luogo a rimarchi di sorta con la sua condotta politica e morale _ Ricoverata nel manicomio di Fregionaia per disturbi psichici alcuni anni or sono si è nella convinzione ch'ella commise il reato di cui all'oggetto in un momento di esaltazione mentale

Nel materiale sanitario, del suo trascorso penale non si trova alcun accenno: ciò che fa venire, di nuovo, il sospetto che ci troviamo di fronte ad un internamento di una attenzionata per attività antifascista è una carta della regia questura di Lucca, datata 1luglio 1931, nella quale si chiede alla medica direzione di comunicare tempestivamente alla questura in caso di dimissione della malata. Sì, perché Maria in manicomio arriva accompagnata da una condannata per offese al Primo ministro. Per questo fatto le vengono rivolti provvedimenti di polizia, il 24 ottobre del 1929 le viene comminata una multa e condannata con condizionale a 7 mesi e 15 giorni per direttissima. Ciò basta per finire nel Casellario politico segnalata come «antifascista». Ad aggiungere pericolosità alle parole di Maria è la sua "recidività". Infatti, era già stata ricoverata il 28 gennaio del 1912 al manicomio di Novara, per una grave agitazione motoria con intense allucinazioni dei sensi e, per questo, giudicata maniaca. Viene trasferita il 7 febbraio del 1914 a Lucca e pochi giorni dopo, il 19 febbraio, viene dimessa per guarigione. Tuttavia, già nel luglio del 1933, si prendono i contatti con la famiglia per la dimissione. La malata, infatti, si dimostra ora "governabile" e dimostra di lavorare con profitto ai telai: il comune di Altopascio, su richiesta della direzione, informa sulle condizioni economiche familiari per valutare una dimissione in custodia. Tuttavia, i figli, gli unici che potrebbero accoglierla, si riferisce dal comune, vivono nella più estrema indigenza economica:

> Il figlio maggiore Lino interpellato, mi ha dichiarato che dopo la morte del padre fu sfrattato di casa col minor fratello, per modo che si separarono ed oggi trovasi senza casa, senza mobili, senza denari e senza lavoro e che quindi, pur dimostrandosi dolente, non può aderire alla richiesta di riprendere la madre

I contatti sono riconfermati nel gennaio del 1934. La direzione riprendere il dialogo con la famiglia per la dimissione della malata, viene prima sentito un figlio, che per le cattive condizioni economiche non può farsi carico della madre, viene allora sentito l'altro figlio che, invece, ne accetta la custodia. Maria viene, quindi, dimessa in custodia al figlio e di questo viene subito informata la questura di Lucca. Nel 1935 viene svincolata dalla custodia domestica per guarigione. Nonostante questo, il suo nome resterà ancora per diversi anni in quello del casellario politico centrale.

---

597 ACdS, MI, CPC, ad nomen.

598 ASLu, OP, CC, fald. 359, c. 444.

I fascisti diventano il punto di caduta di ogni brutalità del potere, di ogni persecuzione dell'ordine. Innestano il senso di colpa in chi sceglie di andarsene dal paese, in chi vive una vita non conforme o semplicemente non partecipa attivamente alla loro propaganda. Sono i fascisti – il cui potere è sovradimensionato dalle notizie continue che raccontano della loro sfacciata e divertita violenza – a prestare il volto alle più recondite paure di rovina, di spoliazione, di annientamento. Un potere che non conosce limiti, capace con il massimo arbitrio di spezzare o, con altrettanta arbitraria magnanimità, di tollerare. Come una *longa manus* di un potere orribile e pervasivo, un'ombra che si stende ovunque, il "fascista" sta dietro ogni angolo, pronto a controllare, spiare e colpire le vite non allineate con violenza. Il fascismo non è soltanto un potere politico: è una macchia, uno spettro vago e indefinito, capace di oltrepassare persino l'oceano e stringere le esistenze anche di chi tenta di fuggire altrove, emigrando. A volte i "fascisti" nei quali ci imbattiamo nelle cartelle cliniche – che agiscono attivamente nei racconti degli internati - sono figure sospese tra la proiezione della violenza possibile e la loro violenza concreta: difficile distinguere quanto ci sia di vero o di immaginato in certe ricostruzioni. Quel che è certo è che questi internamenti vengono frequentemente sussunti come "deliri paranoici di persecuzione"[599], ignorando quanto effettivamente di colpevole avesse un potere che instilla sospetto e terrore, che colpisce e reprime con efficienza gli oppositori, e quanto questa dimensione repressiva fosse volutamente sovrarappresentata dai giornali e dai canali ufficiali nel tentativo di irregimentare la società. Al fondo dei deliri di persecuzione causati dai "fascisti" si celano domande esistenziali, in grado di far deflagrare le biografie degli internati, su quale e quanto sia grande la mia "colpa" e cosa devo aspettarmi a causa di questa. L.[600] è stato rimpatriato dagli Stati Uniti dove è fuggito a cercar fortune come figurinaio. Viene internato per sindrome paranoide nel 1924. All'esame di ingresso afferma: di non essere «matto» e che Maggiano «non è il suo posto». Afferma che è stato il fratello a volerlo far internare, ma per tutto questo, lui, non gli porta «rancore». Dietro l'internamento paranoico si intravede una storia, pare, di un vero sopruso di violenza politica:

> Veniamo a sapere che è stato in America di dove è ritornato in Italia da poco tempo, ci racconta di essere stato vittima di persecuzione da parte di operai con i quali lavorava. Cominciò a sospettare che gli mettessero sostanze velenose nei cibi per disfarsi di lui. Ci racconta di essere stato perseguitato dai fascisti andati in America. trattandolo da disertore perché alla dichiarazione della guerra non aveva sentito il dovere di venire a militare nell'esercito italiano.

In manicomio sviluppa una "esagerata devozione per un'immagine sacra che porta continuamente in dono". Nel 1929 la moglie si rivolge al Tribunale di Lucca per ottenere dal direttore dell'ospedale una certificazione della degenza del marito, necessaria per richiedere un passaporto per l'America del Nord. Scrive: «essendo io da tre anni separata dal marito e non avendo da lui alcuno aiuto, mentre

599 M. Petracci, *I matti del Duce*, pp. 64-69.
600 ASLu, OP, CC, fald. 334, c. 191.

tengo due figli da sostenere, e nulla affatto io possiedo, devo andare al lavoro». L. verrà dimesso nello stesso anno al padre. Un destino simile, per certi versi, è quello di Geny,[601] nata a Capannori e ricoverata in manicomio il 18 settembre 1936 su ordinanza del Podestà. Ha trentanove anni, è "atta alla casa" ed è cresciuta in Francia insieme al marito: nella sua cartella clinica si conserva perfino la pagella delle scuole elementari francesi, con voti altissimi in tutte le materie. Secondo la modulistica d'ingresso, la malattia sarebbe iniziata tre anni prima, quando Geny aveva manifestato una gelosia morbosa verso il marito e frequenti discussioni con i vicini di casa. Alla visita di ammissione viene definita "psicotica paranoica": non conosce il nome del padre e, interrogata sul nome della madre, risponde che «lo sa il governo». Alle domande del medico replica con frasi elusive: «chi ci sta qui dentro? – ci starà chi comanda: che so io?». Afferma inoltre di essere stata mandata in manicomio da una non meglio precisata "servente" che le avrebbe fatto una malia: «fece una malia, ero in cervello […] dunque per una malia le ho detto lo stregone». Alla domanda del medico su che luogo fosse quello in cui si trova, risponde – forse dopo aver orecchiato una eco di quel processo di assunzione mirate degli squadristi tra i ranghi degli infermieri di Maggiano: a «Pisa sento dire questo è luogo dei combattenti dei fascisti» - e ancora – «da quanto tempo che sei qui? – 4 mesi ci venni di settembre […] i combattenti han fatto una frase in comune che mi mettevano in sanatorio: allora i fascisti mi han tenuto sul loro sangue – e i combattenti dicevan che era etica, i fascisti dicevano e l'hanno avuta ieri i fascisti han telefonato ieri che mi tengono sul loro sangue». Il ricovero si trascina per molti anni, Geny sarà una delle morti per defedamento organico durante i mesi della guerra, il 18 ottobre 1944, come vedremo più avanti.

Quello che emerge dalle cartelle cliniche è un linguaggio del politico segnato, innanzitutto, dalla cifra della disorganicità. Che si tratti di un profondo disprezzo verso il regime e lo stato, o al contrario di un coinvolgimento emotivo eccessivo con essi, la psichiatria manicomiale tende a leggerlo nello stesso registro patologico. Non di rado, infatti, è anche l'adesione fanatica e per certi versi grottesca alle parole d'ordine del fascismo a condurre all'internamento, quando si traduce in atti e liturgie politiche percepite come eccedenti il senso comune dell'ordine pubblico – oppure, al contrario, come involontari ribaltamenti ironici e carnevaleschi delle liturgie ufficiali. Roberto[602], nato a Lucca nel 1908, viene internato a Maggiano in circostanze che emergono con particolare chiarezza dalla sua cartella clinica, alla quale è incollato anche uno stralcio di giornale relativo a un fatto di cronaca cittadina che lo vede protagonista. Ex cameriere del ristorante «Stella Polare», Roberto è accusato di aver lanciato alcuni vasi dalla finestra di casa contro i passanti. Non ci saranno feriti, tuttavia, uno di questi vasi, andando in frantumi, colpisce l'insegna del ristorante «Stipino», fatto che provoca la chiamata della PS a cui segue l'immediato ricovero in manicomio. All'ingresso,

601 ASLu, OP, CC, fald. 415, c. 264.
602 ASLu, OP, *CC*, fald. 414, n. 199.

il 10 luglio 1936, in condizioni di denutrizione, gli viene attribuita la diagnosi di «episodio psicopatico in soggetto probabilmente schizofrenico (stranezze nella condotta – violenta – euforia – grave infermità fisica)». Nei registri clinici, però, Roberto appare lucido e orientato, e fornisce la sua versione dei fatti. Racconta di essere stato condotto a Maggiano dai pompieri dopo aver messo in scena una personale "commemorazione della marcia su Roma":

> narra che è stato portato qui dai pompieri perché faceva la commemorazione della marcia su Roma "Ero in divisa con quella vecchia precisa che ci andai a Roma, il fazzoletto rosso in mano e la chiave di casa nel dito, che significa: "mamma, non so se ritorno più!". Ed urlavo "Viva il Duce" "abbasso l'Inghilterra" e con un martello, per dare l'accenno al popolo, ho fracassato tutta una *vetrage*... […] è tre giorni che non dormo dal pensiero di non poter aiutare, perché sono disoccupato, la madre....fisicamente mi sento bene e forte […] il gesto che ho fatto della marcia su Roma è stato poi il pensiero che ho sempre avuto per il benessere fascista e poi la miseria fa fare tante imbecillaggini, anche vedere la mamma così soffrire,...non ho mai avuto aiuti sono senza lavoro...ho chiesto di andare in montagna e non mi ci hanno mandato...ho voluto far vedere chi sono...

Il linguaggio politico della sua liturgia "fascista", grottesca e carnevalesca, appare come un disperato tentativo di attirare l'attenzione della pubblica autorità sulla condizione di miseria vissuta con la madre. Malato di tubercolosi, Roberto muore poco più di un mese dopo, il 14 agosto 1936, positivo al bacillo di Koch. Storia per certi versi simile è quella di Lorenzo[603], pittore di Pescia, internato per episodio psicotico legato alla sifilide. Al medico racconta di non capire perché sia stato portato a Maggiano: forse, dice «perché andava dall'ex podestà di Pescia (Romolo Ilio) a chiedere l'indennità per un morso ricevuto dal suo cane», mostrando una ferita nella gamba sinistra. Dopo aver ricevuto 16 lire di risarcimento, viene minacciato dall'ex podestà di venir mandato in carcere se fosse tornato a chiedere giustizia. Riferisce che «dalla paura che ebbi del cane […] mi sentivo come avere una paura addosso, mi pareva di vedere un fantasma [...]». Anche per B. il fanatismo politico fascista diventa uno strumento di accreditamento pubblico che, tuttavia, gli si ritorce contro, aprendogli le porte del manicomio:

> Dottore: quando eravate a Pescia facevi per strada delle conferenze?
>
> Ricoverato: Per l'entusiasmo della nazione...volevo andare volontario anche in Africa orientale...era l'entusiasmo che mi dava lo spirito per parlare...io conoscevo di far bene di incoraggiare la popolazione...

E ancora: Ilio[604], di 40 anni, di Stazzema, viene internato come psicotico maniaco-depressivo nel febbraio del '36 e muore, a Maggiano, nel '44 per marasma e deperimento organico. Al momento dell'internamento, da circa un anno, evidenziava un delirio di persecuzione, sostenendo che certi individui vogliono fargli ingerire della cocaina. Le idee deliranti sono a sfondo erotico e mistico, ma si riportano anche «idee di veneficio» accompagnati ad atti violenti contro la famiglia. Nell'aprile del

603 ASLu, OP, *CC*, fald. 415, n. 229.
604 ASLu, OP, *CC*, fald. 411, n. 54.

'36, dalle mura del manicomio, indirizza una lettera all'appena nominato direttore Lippi Francesconi nella quale afferma che:

> combattere da italiani le inique sanzioni è vincere lo scopo e giungere alla meta. Il sottoscritto attesta di appartenere alla genealogia dell'uomo, sia in natura, sia in cuore, in sangue e spirito super Italiano. Fascista ideale, cattolico e apostolico alla Romana. Difensore del proprio stato. Tale la conferma la mia vita oltre i quarant'anni senza urti colla legge. Pur tuttavia chiedo oggi 21 aprile pace e intesa sì con o stato che coi ministri della Chiesa essendo figlio e membro d'ambo le parti. Alzare il morale vuol dire resuscitare da morte a vita, l'uomo demoralizzato che si può paragonare l'albero senza foglie, disseccato. La parola è d'argento. Il silenzio d'oro. In ogni istante in ogni momento vogo il lavoro, più vogo il pensiero

Per questo atto viene giudicato ancora in corso l'accesso psicotico, escludendone la dimissione. Enrico[605] originario di Pieve a Nievole, viene internato nel febbraio del 1939. Non è la sua prima volta: era già entrato in manicomio nel 1932 e, di nuovo, nel 1936. È un colono, nullatenente, ha circa quarant'anni, ed è affetto da una forma di demenza precoce paranoide in psicotico alcolico. L'ossessione che lo domina è la difesa di un orto posto di fronte alla sua abitazione: non è chiaro se sia di sua proprietà, ma Enrico impedisce con la violenza a chiunque tenti di occuparlo. In manicomio ribadisce più volte: «Io sono Mussolini», e si rivolge al medico dandogli del "tu". Già nel 1934 aveva affermato con insistenza di essere il Duce in persona e il comandante d'Italia. Il 28 dicembre di quell'anno annota il medico: «delirio persecutivo contro i governanti che gli vietano di assumere il comando». Per questo motivo la sua dimissione viene ritenuta «gravemente pericolosa per la società». Il 15 settembre 1936, durante un colloquio, il medico osserva il suo atteggiamento ostile e spavaldo. Enrico tiene il berretto in testa e dichiara:

> davanti a te lo tengo, perché io sono la Milizia e te sei fascista. Il distintivo come l'hai? Il rispetto che fa uno a me non lo fa uno a te, perché ho quel che ho. Siamo noi che rispondiamo voi. E sono anche Mussolini. Io ho Roma – quella del Fascio – sono Mussolini perché sono col Papa e col Fascio". Il medico, quasi infastidito, lo interrompe: "ma perché mi dai del tu?". Ed Enrico risponde: "perché siamo noi che si guarda a voi"

Il 10 ottobre 1936, a nuove domande del medico, ribadisce: «Tu non sei tenuto a sapere certe cose, io non ti conosco; sei un antifascista». Il delirio di grandezza si ripete sempre sugli stessi nuclei narrativi: la Milizia, Mussolini, il comando d'Italia. Enrico rimane in manicomio per anni, in progressivo decadimento fisico. Muore di cachessia nel novembre del 1943. Al capo del governo si rivolgono non solo pensieri, ma anche invenzioni. Così accade a Gaetano, [606] 50 anni, operaio al Balipedio di Viareggio. Entra a Maggiano il 19 giugno 1936, trasferito dalla clinica di Pisa, con diagnosi di paralisi progressiva. L'anamnesi lo descrive come «leutico fin dalla prima gioventù […] già euforico, eccitato, con deliri di grandezza e disordine della condotta». Il 20 giugno, nel diario clinico, dichiara: «Io

605 ASLu, OP, CC, fald. 434, c. 32.
606 ASLu, OP, *CC*, fald. 414, c. 180.

facevo una pellicola mondiale, che ci vuole 50 lire di ingresso, è tutta la vita dalla nascita fino ad ora… Questa pellicola la dovevo presentare a Mussolini, così mi dava qualche cosa, una piccolezza intanto che campassi anch'io… Ho inventato una corazza da mettere ai soldati, è come una valigia». Il 23 giugno gli viene inoculato sangue malarico e lui afferma: «Io ho fatto guarire a Pisa 26 matti con l'istruzione e i salti…». Una seconda inoculazione avviene il 17 agosto. La malarioterapia viene considerata efficace: il 27 ottobre 1936 Lippi Francesconi scrive al procuratore del re che si tratta di "un paralitico sottoposto, con buon esito, alla malarioterapia", tanto da proporne la dimissione. Gaetano lascia l'ospedale il 30 novembre.

Si evidenzia una interessante relazione di potere all'interno di una società organizzata su una forma autoritaria di governo: quando il fascismo "psicotico" – quello gridato in strada, scomposto, messo in scena senza autorizzazioni – irrompe nello spazio pubblico, la sua natura grottesca di deferenza parodica non riceve alcuna indulgenza. Al contrario: nel momento in cui il "fascismo dei pazzi" incontra l'autorità fascista ufficiale, questo viene trattato come una minaccia all'ordine costituito, in nome della preservazione dell'ordine pubblico e contro il pubblico scandalo.

4.3 Mater, Matris. Donne, biologia e politiche nataliste nell'Italia fascista: la nascita dell'istituto psichiatrico infantile di Maggiano

Consolidato il proprio potere, il fascismo inaugura una politica natalista finalizzata all'espansione demografica del paese da cui attingere risorse umane utili sia alla realizzazione di un politica militare aggressiva e di stampo espansionistico sia al potenziamento della produzione agricola e industriale.[607] Nel perseguire questo obiettivo, il regime sviluppa una strategia dichiaratamente misogina: sin dal 1923, e con intensità crescente fino al 1934, viene sistematicamente disincentivato l'ingresso delle donne nel mondo del lavoro, culminando nell'introduzione delle *quote negative*, che fissano tetti massimi di assunzione femminile nelle aziende. Anche nel mondo dello sport l'accesso delle donne ad alcuni sport "maschili" e alle carriere agonistiche viene limitato o

[607] Il tema delle politiche demografiche, e del loro nerbo natalista, rappresenta un nodo storiografico cruciale e un asse centrale nella costruzione narrativa e politica del regime fascista, normativi, per ricostruire i dati, i processi di lungo periodo e le pratiche di incentivazione del regime alla natalità, sono i capitoli centrali della monografia di A. Treves, Le nascite e la politica nell'Italia del Novecento (Milano, Led, 2002). Nel discorso dell'Ascensione Mussolini dichiara apertamente i suoi obiettivi e pianifica, entro vent'anni, un incremento demografico di decine di milioni di italiani, così da porre il paese sullo stesso livello delle altre grandi potenze europee. Il nodo storiografico, messo a fuoco da De Grazia, si lega però a un interrogativo rimasto aperto: perché, in un paese già densamente abitato e primo in Europa per tassi di natalità, Mussolini persegue una politica di espansione demografica? «Ma perché Mussolini aveva bisogno di nascite? Una politica di sostegno della prolificità, in una Nazione densamente abitata come l'Italia dei primi decenni del secolo, costituisce un enigma» (V. de Grazia, *Le donne nel regime fascista*, Venezia, Marsilio, 1993). Sullo stesso "mistero" insiste anche C. Ipsen in *Demografia totalitaria. Il problema della popolazione nell'Italia fascista* (Bologna, Il Mulino, 1997).

addirittura precluso. Parallelamente, si promuove un modello familiare fondato sul sussidio per le famiglie numerose, in aperto contrasto con l'indipendenza economica e lavorativa delle donne. A questo impianto normativo si accompagna una potente retorica pubblica che esalta la donna - «la più piccola, ma più preziosa unità nella struttura di tutto l'apparato statuale»[608] - come protettrice del focolare domestico, custode morale e riproduttiva della nazione,[609] relegata ai ruoli «della donna di casa e della donna madre».[610] È in tale contesto che prende forma una capillare rete di opere sociali a sostegno della maternità, destinata a rafforzarsi con la fondazione, il 10 dicembre 1925, dell'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia (ONMI). L'Opera diventa lo strumento attraverso cui il regime persegue non soltanto un incremento numerico delle nascite, ma anche il tentativo di un controllo qualitativo e di bonifica sul corpo biologico della nazione.[611] L'intervento si estende così dalla maternità alla prima infanzia, nel quadro di una più ampia strategia di "bonifica umana" e di selezione eugenetica della popolazione. In questo scenario di crescente attenzione per il «patrimonio biologico e morale dello Stato»[612] , la rete assistenziale per la maternità si interseca progressivamente con quella psichiatrica. Quello che diventa il motto della psichiatria fascista «fare degli uomini inutili elementi produttivi»[613] diventa una prassi che osserva le vite biologiche degli italiani sin dai primi gemiti di vita.[614] A Lucca, l'Opera viene fondata il 22 gennaio 1927, alla presenza di Scorza e del podestà Guidi. Fin dai primi anni, si presentano varie occasioni di collaborazione con l'ospedale psichiatrico, favorite anche dall'attivismo di alcune figure femminili legate all'istituto. Tra queste, in particolare, Olga Gregory Fornasari da Verce, moglie del medico primario Ettore Fornasari da Verce, impegnata sia nell'ambito dell'ONMI sia nelle attività della Croce Rossa.[615] I bambini e le bambine classificati come «deficienti non pericolosi e non educabili» – ovvero inabili al lavoro e non integrabili nel sistema scolastico, per deficit congeniti o acquisiti –[616] diventano oggetto di interessamento del regime, un interesse che stimola la fondazione luoghi di internamento *ad hoc*.

In una lunga lettera indirizzata al presidente della provincia il 27 febbraio 1932, Cristiani espone le criticità derivanti dall'invio dei bambini lucchesi in istituti per minorati situati fuori dal territorio provinciale. Lucca, infatti, aveva da tempo attivato una convenzione con l'Istituto pediatrico

608 W. Reich*, Psicologia di massa del fascismo*, Milano, Sugarco, 1976, p. 94.

609 Sulla matrice storica di questo tema culturale *Cfr*. A. Banti, *La nazione del Risorgimento. Parentela, santità e onore alle origini dell'Italia unita*, Torino, Einaudi, 2000.

610 F. Cassata, *Molti, sani e forti*, p. 198.

611 Dario Padovan, Biopolitica, razzismo e trattamento degli 'anormali' durante il fascismo, in Francesco Cassata e Massimo Moraglio (a cura di), Manicomio, società e politica, BFS edizioni, Pisa 2005 p. 79.

612 A. Valeriano, *Malacarne*, p. VIII-IX.

613 F. Cassata e M. Moraglio (a cura di), Manicomio, società e politica, BFS edizioni, Pisa 2005 p,

614 Sul tema delle politiche attive che il regime fascista rivolge all'infanzia cfr. A. Gibelli, *Il popolo bambino. Infanzia e nazione dalla Grande Guerra a Salò*, Torino, Einaudi, 2005.

615 A. F. Celli – S. Simonetti*, Con il cuore e con la mente. Vite femminili in Lucchesia tra fascismo e ricostruzione*, Maria Pacini Fazi, Lucca, 2005, 153-156.

616 Guglielmo Lippi Francesconi*, L'istituto psichiatrico infantile nella provincia di Lucca, in Rassegna di Studi Psichiatrici*, Vol. XXV, Fasc. 6, 1936, pp. 996.

"Uberto I" di Firenze, che però, come segnala il direttore, non garantiva una continuità effettiva del percorso di ricovero. Al contrario, bastava «il più lieve e insignificante cambiamento nella tranquillità di contegno» perché la direzione fiorentina si dichiarasse sollevata da ogni responsabilità, provvedendo all'immediato rinvio del minore a Lucca. Ne derivava un flusso continuo e dispendioso di trasferimenti, che comportava – oltre ai costi dei biglietti ferroviari, talvolta con compartimenti riservati – anche l'impiego di automobili, personale infermieristico, religiose e persino medici per l'accompagnamento. Nel tentativo di razionalizzare le spese e ridurre i disagi organizzativi, l'amministrazione lucchese stipula una nuova convenzione con l'istituto di Siena. Tuttavia, anche questa soluzione si rivela insoddisfacente: si ripete, infatti, la medesima dinamica di esclusione sistematica dei «deficienti meno graditi», sistematicamente respinti all'Ospedale psichiatrico provinciale. Lo stesso esito riguarda una successiva convenzione con l'Istituto Medico-Pedagogico di Bologna: «Anche qui avvenne il solito rinvio», annota amaramente Cristiani. Ma più ancora dell'aggravio economico, a pesare sul funzionamento della rete di assistenza è il crescente malcontento delle famiglie. Le proteste dei genitori, esasperati dalla lontananza delle strutture e dalla discontinuità del trattamento, sfociano in contenziosi legali sempre più frequenti, capaci di trascinare la direzione dell'ospedale in complesse dispute burocratiche e politiche, con il rischio di assorbire tempo e risorse dell'amministrazione in una spirale di conflittualità permanente:

> Devo poi segnalare alla S.V. Ill.ma un altro grave fatto che ispira pietà. Spesso povere madri disperate mi implorano di non inviare in lontano Istituto il loro piccolo figlio, che esse poi, per mancanza di mezzi, non possono recarsi a visitare, restando anche col dubbio nel cuore che, se qualche malattia mortale lo cogliesse, non lo rivedrebbero mai più. […] Quando, il giorno 11 giugno 1931, dovetti inviare a Bologna la deficiente B. Vannetta, i genitori, le sorelle e altri famigliari rivolsero prima a me direttamente preghiere insistenti e ripetute di non mandarla, per il solito motivo della lontananza sopra accennato; poi mi fecero fare raccomandazioni, pure insistenti e ripetute, da persone ragguardevoli, e infine ricorsero anche all'Autorità, per cui io, per inviare a Bologna la deficiente, dovetti valermi dei poteri conferitimi dalla legge sui manicomi, anche mediante ordine impositivo d'invio del Procuratore del Re. [617]

Nasce così, su impulso diretto di Cristiani, la proposta di costruzione di un *Padiglione speciale per deficienti minorenni*, avanzata alla provincia come soluzione strutturale alla crescente difficoltà di gestione dei bambini affetti da disturbi psichici. La proposta viene accolta con favore sia dal commissario prefettizio Sergiusti sia dal presidente della Deputazione provinciale, Gaddo della Gherardesca, che la considerano un compromesso vantaggioso sul piano sanitario ed economico, anche in virtù della partecipazione finanziaria dell'ONMI. I lavori si concludono con l'inaugurazione della nuova struttura il 28 ottobre 1933.[618] L'istituto nasce con l'intento dichiarato di rafforzare

617 ASLu, OP, *AG*, fald.139, fasc. 2, plico 2.

618 ASLu, OP, *AG*, fald. 142, fasc. 5, plico 1: per il trasferimento (18 gennaio '35) e la vigilanza degli 80 bambini da Bologna a Lucca, il medico direttore Cristiani propone al preside della provincia l'assunzione di avventizi: 3 infermieri

«l'opera vivificatrice del Duce in tutti i campi, nessuno escluso, e quindi anche in quello dell'assistenza dell'infanzia forse più disgraziata e fino a qui più negletta, dell'infanzia privata della luce psichica». Denominato inizialmente *Istituto medico-pedagogico*, assumerà presto il nome di *Istituto Psichiatrico Infantile*, per evitare ambiguità giuridiche: l'ingresso alla struttura, infatti, avviene attraverso le disposizioni della legge manicomiale – ovvero per pericolosità sociale o pubblico scandalo – e non attraverso criteri pedagogici. Come preciserà, poi, il direttore Lippi Francesconi: «il nuovo reparto non è dunque una scuola o una colonia-scuola o un istituto ortofrenico propriamente detto […] ma è un Ospedale Psichiatrico Infantile».[619] A imprimere un'accelerazione decisiva al progetto è anche il dato drammatico della mortalità infantile tra i degenti lucchesi inviati altrove. In una lettera dell'11 ottobre 1927, ad esempio, l'Istituto pedagogico Sant'Orsola di Bologna informa Cristiani dell'ennesimo decesso di un bambino proveniente da Lucca: «anche una volta debbo annunziarle un decesso. Con questi di Lucca sotto questo aspetto siamo poco fortunati, giacché da qualche mese, la mortalità nell'istituto si è verificata pressocché esclusivamente tra questi». Il bambino, il piccolo Merlini, muore per un attacco di elmintiasi, ma il bollettino medico sottolinea come «le sue condizioni trofiche generali erano poco buone e quindi scarse le sue resistenze organiche».[620] Nonostante il vincolo giuridico della legge 36 sull'ammissione in manicomio, il nuovo reparto mantiene una certa "porosità". La struttura, infatti, si delinea come uno spazio "osmotico", in grado di accogliere anche bambini non pericolosi ma ineducabili per ragioni psicofisiche, esclusi dal percorso scolastico ordinario o differenziale. Si sviluppa così un sistema di "esternato", in cui i bambini frequentano l'istituto nelle ore diurne e vengono riaccompagnati in famiglia la sera. Una sorta di asilo clinico, in cui l'intervento educativo e didattico si fondono con quello psichiatrico: l'istituto si trasforma, in un laboratorio sperimentale, nel quale l'attenzione degli psichiatri si concentra in particolare sull'eziologia delle condotte psipatologiche. Gli studi condotti sui bambini vertono, in particolare, sulle connessioni endocrina – si studia ad esempio l'instabilità tiroidea, soprattutto l'ipertiroidismo – all'origine della "labe psichiatrica". Al termine del suo primo anno di attività, la struttura accoglie già un totale di 117 bambini, di cui 68 maschi e 49 femmine, in particolare, da Bologna rientrano 80 minori (46 maschi e 34 femmine).[621] La fondazione dell'Istituto Psichiatrico Infantile di Lucca assume, fin dalla sua progettazione, il significato di un punto di

uomini e 5 infermieri donne, per ricoprire questi incarichi propone alcuni nomi, tra i quali Casini Italo per meriti (marcia su Roma). ASLU, OP, fasc. 142 Fasc. 5. 1, n. 4126: 2 febbraio 1935 dal Santa Viola di Bologna al direttore di Maggiano, arriva lettera dove si scoprono molti elementi: il trasferimento definitivo di 79 bambini è del 15 gennaio, ma già da dicembre si lavora per dare di ognuno relazioni mediche corrette, viene riportata lunga relazione del dottor Palmieri sui casi di tracoma 22 in tutto. Tuttavia, a firma Ferrarini, vi è una lettera nella quale si polemizza con lo specialista medico oculista della provincia di Pistoia che nega, a 20 casi su 22, la diagnosi di tracoma ma di sola congiuntivite.

619 Guglielmo Lippi Francesconi*, L'istituto psichiatrico infantile nella provincia di Lucca*, in «Rassegna di Studi Psichiatrici», Vol. XXV, Fasc. 6, 1936, pp. 980-1001.

620 ASLu, OP, AG, fald. 134, busta 2, plico 3.

621 ASLu, OP, *AG*, fald. 142, fasc. 3, plico 1.

convergenza tra ambizioni eugenetiche, prassi cliniche e strategie di controllo sociale. In esso si manifesta con particolare chiarezza il legame tra l'intervento psichiatrico e la politica assistenziale fascista: l'istituto nasce infatti come strumento di selezione e normalizzazione dell'infanzia "deviata", nel quadro più ampio del miglioramento del patrimonio biologico e morale della nazione voluto dal regime mussoliniano.[622] A esprimere con chiarezza questa visione sarà il direttore dell'istituto, Guglielmo Lippi Francesconi:

> Una più vasta conoscenza delle modalità della profilassi mentale, una maggiore attenzione verso l'infanzia e le sue malattie e soprattutto il vivo desiderio degli Italiani di aderire ai voleri del Duce anche nei riguardi d'un miglioramento della razza, han fatto sì che da qualche anno anche la Psichiatria si è maggiormente orientata verso lo studio accurato delle forme morbose psichiche dell'evoluzione, delle loro eventuali cause e di un loro più efficace trattamento, sia profilattico che terapeutico.

Il direttore individua i tre "nemici biologici", cause principali dell'arresto dello sviluppo psichico: la tubercolosi, la sifilide, l'alcolismo. Malattie sociali, ma anche stigmi morali ed ereditari, che il regime tenta di estirpare sia con strumenti sanitari che con dispositivi disciplinari e coercitivi. Di nuovo Francesconi:

> I cardini causali su cui si muove il pesante battente che, spesso in modo inesorabile, chiude il passo all'evoluzione psichica o psicosomatica di tanti bambini - rimangono sempre, per quanto assai indeboliti dalla strenua lotta istituita contro d essi dal Regime Fascista, la *tubercolosi*, la *sifilide*, l'*alcoolismo*. È ben noto che in Italia negli ultimi anni si sono raggiunti risultati tangibilissimi nel tentativo di debellare quei tre mostruosi pericoli sociali, con una importante diminuzione della morbilità e della mortalità infantile - non solo, ma anche nei riguardi d'una bene intesa e sempre più valida applicazione dei *principii eugenetici*, il tentativo è sulla via d'essere coronato da brillanti successi. Ma gli svariati metodi di lotta contro la tubercolosi, contro la sifilide e contro l'alcoolismo tendono, sia pur produttivamente, a diminuire i casi di malattia e di morte, a proteggere la maternità e l'infanzia da malattie distruttive e irreparabili, a purificare il complesso sociale e via dicendo, e non è poco. Pure è estremamente necessario rivolgere l'attenzione anche verso quegli esseri, piegati sotto un gravame ereditario […][623]

Quando Maria[624] entra per la prima volta nel manicomio infantile di Lucca, nel 1933, ha appena otto anni. Proviene dalla Spezia e nella sua cartella clinica si annota fin da subito una presunta familiarità patologica: la madre e la nonna sono definite "deficienti". Appena giunta all'istituto, Maria viene immediatamente trasferita presso l'Istituto Psichiatrico Infantile "Santa Viola" di Bologna, dove la relazione medica di accettazione registra una diagnosi articolata: «Condizioni generali discrete, sviluppo somatico inferiore alla norma della sua età. Microcefalia. Numerosi segni degenerativi somatici e pregresso rachitismo. […] dal lato mentale è lucida e orientata».

---

622 Sull'utilizzo delle fonti riguardanti i bambini nella storiografia psichiatrica cfr. P. Guarnieri, *Bambini e salute in Europa 1750-2000*, in «Medicina & Storia», 7, 2004, pp. 7-8.

623 Guglielmo Lippi Francesconi, *L'istituto psichiatrico infantile nella provincia di Lucca, in Rassegna di Studi Psichiatrici*, Vol. XXV, Fasc. 6, 1936, p. 980.

624 ASLu, OP, *CC*, fald. 466, c. 172.

La diagnosi conclusiva è quella di "infantilismo". Nel 1935, con l'apertura dell'istituto infantile lucchese, Maria è tra le prime bambine a far ritorno a Maggiano. Il colloquio con lo psichiatra restituisce uno spaccato drammatico della sua storia familiare e relazionale. Il dialogo annotato nella cartella mostra una bambina lucida, che tenta di raccontare la violenza subita:

- Maria: Sono nata a la Spezia quando son venuta a Lucca avevo otto mesi [sic]
- Dottore: tuo babbo cosa fa?
- M.: Niente; ha fatto morire il mì nonno, il mì babbo
- D.: Come ha fatto a farlo morire?
- M.: Perché lo faceva arrabbiare.
- D.: Al babbo gli vuoi bene?
- M.: Sì di Quore [sic], ma lui non a me
- D.: Perché dici che il babbo non ti vuole bene?
- M.: Perché, quando ero piccina mi picchiava, mi buttava anche in terra mi svegliava nella notte
- D.: Perché ti svegliava?
- M.: Perché non voleva che dormissi, ha consumato i soldi di mì madre e quelli di mì nonno.
- D.: La mamma com'è?
- M.: La mamma è buona
- D.: che lavoro fa?
- M.: Fa i guanciali ricamati e i vestiti
- D.: a scuola dove sei stata?
- M.: Dalle suore
- D.: Che t'hanno insegnato?
- M.: A dì le sillabe

Il dialogo, nella sua semplicità, rivela le dinamiche profonde di una disgregazione familiare: un padre alcolista e violento, una madre che lavora, ma che non riesce a proteggere la figlia. Nel 1937 Maria viene affidata alla madre. Ma, come spesso accade nelle traiettorie delle vite marginali, l'allontanamento dall'istituto è solo temporaneo, anzi, per questi bambini l'ingresso nell'istituto infantile è il primo passo per una vita che si annoda a quella dell'istituto. Nel 1943 riappare tra le carte dell'ospedale psichiatrico, questa volta proveniente dalle carceri di Lucca, il certificato che la accompagna la descrive come "sfollata, senza fissa dimora". È il medico dello stabilimento penitenziario, dott. Macarini, a richiedere formalmente il trasferimento in manicomio, segnalandone i "segni manifesti di deficienza mentale". La diagnosi, nel frattempo, si è fatta più dura, più stigmatizzante:

> Personalità psicopate originaria (tara ereditaria grave, carattere patologico instabile eccitabile con eventuali tendenze amorali: abito corporeo astenico infantilistico […] due internamenti precedenti

Alla vulnerabilità psichica e sociale si aggiunge, ora, anche quella fisica: Maria risulta positiva al bacillo di Koch. Il suo diario clinico si interrompe nel gennaio 1944, con un'unica annotazione: "deceduta" per deperimento organico.

Roberta[625] entra per la prima volta nel manicomio di Maggiano nell'aprile del 1934. Ha poco più di nove anni e proviene da Viareggio, viene quindi subito trasferita all'Istituto Psichiatrico Infantile Santa Viola di Bologna, dove resterà fino all'anno seguente, per poi fare ritorno a Maggiano. La modula medica che accompagna il primo internamento – redatto dal medico condotto – è già di per sé rivelatore: la descrizione clinica si confonde con un giudizio morale intransigente, eco diretto del vissuto e dei pregiudizi familiari. Roberta, si legge, «manifesta cattive tendenze». È definita «inquieta fin dall'età di 5 anni», «bugiarda, disobbediente», e, soprattutto, irriformabile: «fu iscritta alle elementari ma non fu possibile impartirle alcun insegnamento». Seguono annotazioni di tipo comportamentale, ossessive nei dettagli: «prende talvolta qualche soldo in casa per comprare dolciumi», «prende biciclette dove le trova e sta fuori casa delle ore», «ha appetito vorace, mangia smodatamente in ogni momento», «frequente il bisogno di defecare, si trattiene prolungatamente al gabinetto "non si sa a che cosa fare", dice la madre». Non mancano i riferimenti al sospetto di onanismo e a una precoce "devianza sessuale", così come al consumo occasionale di sigarette. La famiglia – nullatenente, si legge nel modulo iniziale; «operaia», in una scheda successiva – interpreta queste condotte come «cattiveria», lo psichiatra suggerisce una possibile eziologia neurologica, la corea. Nella relazione del 27 aprile 1934, la diagnosi è formulata in termini che mescolano accenni di neurologia, innesti morale e note vaghe di psichiatria: «deficienza psichica coreica (deficienza prevalente nel campo morale, incoercibile sovraeccitazione motoria con moti coreatici)». La ragazzina viene descritta come incapace di stare ferma: «non è possibile tenerla a letto, alzata corre e balza qua e là; essa medesima dice che non le riesce di star ferma». Una *pazza morale*, insomma. Alla domanda del medico sul perché sia stata portata in manicomio, risponde semplicemente: «andavo coi ragazzi, eran loro che mi chiamavano». Anche l'esame somatico sembra voler fissare nel corpo le tracce dell'anomalia: Roberta è segnalata come affetta da "gigantismo ipofisario". Nel 1935, il direttore medico del Santa Viola ribadisce la diagnosi: «diversi segni degenerativi somatici […] deficienza prevalente nel campo morale». Il linguaggio, come in molti casi dell'infanzia psichiatrizzata in epoca fascista, confonde la trasgressione con la patologia, l'aperta sfrontatezza nei confronti di autorità sorde per pericolosità sociale e la sofferenza con la colpa. I corpi sgraziati e

625 ASLu, OP, *CC*, fald. 478, c. 89.

deformi[626], rappresentazioni plastiche della dismisura[627] che devono essere ricondotte alla norma;[628] la precoce espressione di sessualità o di desiderio diventa stigma clinico; l'insubordinazione, tratto di diagnosi. Nel 1935 Roberta viene dimessa in custodia alla famiglia. Ma, come nel caso di Maria, l'allontanamento dall'istituto è solo una breve parentesi, soprattutto in una famiglia dove gli stigmi sociali sono accentuati e vissuti come un affronto. Roberta sarà nuovamente internata nel 1940 e, ancora una volta, nel 1945. Nel '45 sarà dimessa per guarigione.

Elia[629], nasce nel 1921 a Viareggio**,** il suo primo internamento al manicomio di Maggiano avviene per ordinanza del pretore il 20 aprile 1934, ad appena tredici anni. Nonostante l'anamnesi familiare non riporti patologie pregresse, Elia è identificato come epilettico convulsivo, con un rendimento scolastico scarso e una storia di enuresi notturna protrattasi fino ai cinque anni. Nel diario clinico, il giorno successivo al ricovero si legge:

> […] limitatezza mentale. Non sa né leggere né scrivere […] è perfettamente consapevole del suo stato di inferiorità di fronte ai suoi coetanei. Dice di volere bene ai genitori e non rivela sviluppo eccessivo dei sentimenti egoistici. È calmo e disciplinato. Dice di essere venuto volentieri in manicomio per essere curato della sua malattia

La diagnosi è chiara: frenastenico epilettico. Il 28 aprile viene trasferito all'Istituto Psichiatrico Infantile Santa Viola di Bologna. Vi resterà fino al 15 gennaio 1935, quando rientra a Maggiano. La relazione di accompagnamento redatta dai sanitari bolognesi restituisce un quadro clinico fortemente compromesso: «[…] numerose note degenerative somatiche. Nutrizione buona. Dal lato psichico appare gravemente deficiente. È quasi del tutto disorientato […] soggetto ineducabile». Eppure, dal suo ritorno, Elia viene assegnato stabilmente all'Istituto Psichiatrico Infantile, dove inizia a svolgere attività lavorative interne, prevalentemente nel reparto materassi, dimostrando, invece interesse e abilità manuale. Alterna periodi di socialità a momenti di chiusura e isolamento e non mancano conflitti con altri degenti, perché, anche l'istituto infantile, come il manicomio, è un luogo fortemente segnato da violenza. L'8 agosto 1936 si annota: «è quieto, lavora di materassaio. Domanda insistentemente di passare alla colonia. Si accontenta». Nel 1938 viene dimesso in custodia domestica e lavora per un periodo come tappezziere a Lucca. Ma la sua permanenza fuori dall'istituto è, anche per Elia, molto breve. Alcune crisi epilettiche e accessi convulsivi lo riportano a Maggiano già nel 1941. A settembre dello stesso anno viene coinvolto in una rissa con altri ricoverati, ma dopo pochi giorni si mostra «pentito, tranquillo». Il 1° novembre, un episodio apparentemente secondario segna un drastico peggioramento. Una parente, con leggerezza, gli comunica che il nonno è deceduto. Elia

---

626 M. Setaro, *Capricciose, incorreggibili, disubbidienti. Storie di bambine in manicomio*, in M. Setaro – M. Baioni, «Asili della follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani», Pacini, Pisa, 2017, pp. 40-46.

627 A. Valeriano, *Malacarne*, pp. 26-29.

628 F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006, pp. 188-204.

629 ASLu, OP, *CC*, fald. 471, c. 102.

reagisce inizialmente con indifferenza, tuttavia, quasi un mese più tardi – il 27 novembre –, cambia improvvisamente umore: si fa litigioso, tetro, tenta la fuga dal manicomio. I sanitari decidono il suo trasferimento al reparto agitati, in seconda vigilanza. Nel 1942 viene dimesso nuovamente, ma il 7 luglio 1944 rientra di nuovo a Maggiano, stavolta, riportano le carte, di sua spontanea volontà. Alla base del suo rientro, tuttavia, c'è un "bisogno" molto pratico: la fame. Dichiarerà ai medici: «sono tornato al manicomio perché a casa non avevo da mangiare». La sua storia familiare è, infatti, segnata dalla miseria che la guerra amplifica: il padre, alcolista, era morto di tubercolosi nel sanatorio di Carignano l'anno prima e di fronte alla deflagrazione della rete parentale, il manicomio è l'unico altro luogo "familiare" al quale rivolgersi. Nella scheda clinica del '44 si annota: «ha accessi epilettici classici, è irascibile, violento, impulsivo, batte la madre e minaccia i familiari. Tenta il suicidio». Elia morirà a trentuno anni, nel 1952, nel manicomio, alla fine di una vita segnata dalla recidività.

Tuttavia, il manicomio infantile non ospita soltanto bambini con diagnosi psichiatriche in senso stretto. La funzione dell'istituto si allarga, infatti, a quella di filtro sociale e dispositivo di riassorbimento dei soggetti "estranei" o "devianti", secondo categorie tanto vaghe quanto pericolose. Accanto ai bambini epilettici o psicotici, vi compaiono anche casi di sindrome di Down, identificati all'epoca con la diagnosi di "idiozia mongoloide". Un esempio emblematico è quello di Renata G.[630], quindicenne ricoverata con la nosografia di «gravissimamente deficiente». Il caso viene discusso da Guglielmo Lippi Francesconi, il quale, nella sua classificazione dei minori ricoverati, distingue tra soggetti recuperabili e irrecuperabili, attribuendo la condizione di Renata a un «problema genetico». Nonostante il giudizio severo sulla sua recuperabilità, nel 1938 Renata viene dimessa alla custodia del padre. Il dato è rilevante, perché dimostra quanto anche nella gestione dei soggetti classificati come "irrecuperabili" si seguano logiche non esclusivamente cliniche, ma anche economiche, familiari e istituzionali, a seconda dei momenti e delle risorse disponibili.

4.4 La donna da correggere. Biografie in fuga, recluse e «incontrollabili» nell'istituto di Maggiano

«I discorsi della sragione saranno indissolubilmente legati alla dialettica […] della famiglia», osserva Foucault in *Storia della follia in età classica*.[631] Le cartelle cliniche dell'archivio di Lucca sembrano confermare questa intuizione, soprattutto per quanto riguarda le biografie femminili. I racconti di internamento sono quasi sempre immersi nel lessico domestico: donne che cercano di sfuggire alla casa o, al contrario, di riemergere dal peso delle regole familiari, dei giudizi e delle

630 ASLu, OP, *CC*, fald. 414, c. 208.
631 M. Foucault, *Storia della follia*, Milano, Rizzoli, 1963, pp. 568-569.

tensioni che vi abitano. Spesso l'ingresso in manicomio è innescato da una perdita familiare che porta a "deflagrazione" la rete parentale: la morte di un padre, di un figlio, di un genitore, evento che destabilizza un equilibrio già fragile e attiva il meccanismo dell'internamento. L'irrigidimento delle norme sociali voluto dal regime fascista[632] chiude definitivamente quello stretto spiraglio di fuga che per molte donne, durante gli anni della guerra, ha rappresentato la possibilità di impiego all'interno delle fabbriche o in altri luoghi di lavoro. Tuttavia, con la fine del conflitto e il ritorno degli uomini dal fronte, si assiste a una svolta "intimista": le donne vengono riassorbite, silenziate e tumolate all'interno della dimensione domestica. A Lucca si registra tuttavia una significativa eccezione: la presenza di una consistente "manifattura" femminile, rappresentata in particolare dal lavoro delle sigaraie e delle operaie tessili, impiegate nella Manifattura Tabacchi e nella Cucirini Canoni.[633] Queste masse di lavoratrici animano, negli anni, il movimento sindacale lucchese. Si tratta, però, di un'eccezione. La stragrande maggioranza delle donne resta impiegata nei lavori domestici – retribuiti o come "atte alla casa" – o è relegata alla gestione del focolare, al più integrando il lavoro nei campi svolto dai mariti, dai padri o dai fratelli. La politica fascista, fondata sulla centralità della donna-madre e della donna-tutrice, innesta le proprie strategie nataliste sulle spalle delle donne, investite della responsabilità di garantire il futuro demografico e morale della nazione. A loro è richiesto il massimo dello sforzo e il minimo dell'esposizione pubblica. La propaganda insiste ossessivamente sul tema: dalla fondazione dell'ONMI nel 1926 alle iniziative di promozione della maternità che prendono slancio nel 1929, come la «Sagra della maternità» – istituita in Abruzzo per premiare i comuni con il più alto tasso di natalità – o la «Giornata della Madre e del Fanciullo», che celebra le donne con più figli.[634] Parallelamente, l'opinione pubblica viene nutrita con un'immagine del femminile ridotta a proiezione di un complesso valoriale funzionale al regime: docile, mansueta, sottomessa. In questo senso, il fascismo si presenta come «un episodio particolare e distinto del dominio patriarcale».[635] Le cartelle cliniche femminili mostrano il riflesso di questo dominio e come i pregiudizi attraversino ceti e status sociali.

Antonia[636] è una donna colta, insegnante di musica, lettrice appassionata, moglie di un professore di liceo a Lucca. Nonostante lo status elevato, la sua vita ruota intorno alla casa: persino la sua istruzione è frutto di un lavoro da autodidatta. Poco prima dell'internamento diventa "ipercritica", "pessimista", angosciata da pensieri di rovina. Cura il malessere leggendo e scrivendo:

---

632 Cfr. sul tema P. Corner, in *Fascismo e controllo sociale*, in «Italia contemporanea», settembre, 2002, n. 228.

633 Cfr. sul tema S. Simonetti, *Storia del lavoro femminile. La Manifattura Tabacchi di Lucca. Una fabbrica di pubblica utilità*, Argot, Lucca, 2021; F. Creatini, *Il Novecento della Cucirini Cantoni Coats*, New Digital Frontiers, 2021.

634 A. Valeriano, *Malacarne*, cit., p. 76.

635 V. de Grazia, Il patriarcato fascista: come Mussolini governò le donne d'Italia (1922-1940), in F. Thebaund (a cura di) Storia delle donne. Il Novecento, Bari, Laterza, 1992, p. 141-151.

636 ASLu, OP, *CC*, fald. 372, c. 208.

> Ha letto opere letterarie italiane e francesi e, soprattutto, molti romanzi a lieto fine, scartando quelli a fine tragica: e leggeva anche di notte quando, per disturbi cardiaci, non poteva dormire. Durante il tempo in cui cadde, negli anni passati, ammalata d'influenza, concepiva, degente nel letto, la trama di qualche nuovo romanzo, che scriveva tutto di getto in un paio di mesi appena guarita. […] Il manoscritto di uno dei suoi romanzi (di cui non ricordo il titolo) trovasi presso l'Editore Franco Campitelli di Roma e Foligno, per pubblicarlo in volume, se lo troverà molto interessante e di facile smercio.

Antonia sembra ereditare lo stesso stigma, la solita colpa - una sorta di miasma "femminile" - delle donne della sua famiglia. Afferma il marito:

> Mia suocera era una donna intelligentissima e di vivissimo ingegno, e, se avesse studiato, sarebbe riuscita a farsi notare per opere letterarie e artistiche (aveva disposizione al disegno e alla pittura). Mia moglie non frequentò alcuna scuola, se non quella elementare, e fu istruita dalla madre in un primo tempo e poi studiò sempre da sé. Una sorella di mia moglie, che vive ad Ischia colla figlia, maritata a un medico e che conta attualmente 69 anni, era una volta assalita, piuttosto frequentemente, da fenomeni isterici: è anch'essa scrittrice di romanzi

Ma quando il marito si assenta per lavoro, Antonia torna dal fratello, «quel rude soldataccio [è capitano di fanteria]», che la accusa di simulazione e di portare rovina in famiglia. Antonia teme soprattutto che il fratello possa attaccare anche sua figlia, dato che la «figlia di una nevrastenica, sarebbe diventata nevrastenica anche lei». Antonia sviluppa una fobia per le divise: al momento dell'internamento chiede al medico se sia un poliziotto, convinta che i poliziotti vogliano ucciderla. Già seguita privatamente da Nicola Pende nel 1928, dopo lo scontro col fratello viene ricoverata a Maggiano nel 1931 con diagnosi di "malinconia". Nell'aprile del 1935, su iniziativa del pubblico ministero, si apre una causa di interdizione. Il Tribunale civile e penale di Lucca nomina come perito Lippi Francesconi, incaricandolo di valutare lo stato di salute mentale della donna. Nella sentenza si legge che "il suo interrogatorio non fornisce elementi sufficienti di giudizio per statuire circa la richiesta interdizione. Pur avendo infatti la M. dichiarato di non essere in grado di vedere da sé i propri affari, di non saper contrattare, né far di conto, ha risposto con sensatezza a tutte le domande, come una persona naturale". Nello stesso anno, Antonia viene dimessa e affidata alla custodia del marito. Ada[637] è, invece, una casalinga analfabeta di 53 anni, separata e nullatenente, giunge a Maggiano nel 1940 su richiesta del podestà di Pescia, con diagnosi di maniaco-depressiva. Ha già un precedente ricovero nel 1929. Questa volta racconta di essere perseguitata da un uomo che le lancia un sasso; non può accusarlo, non avendolo visto. Poco dopo entra in un bar, beve un quartino di vino, viene giudicata ubriaca e allontanata. In piazza, cercando il figlio, è osservata dalla gente che, ignorando il colpo ricevuto, la considera ubriaca. Riaccompagnata a casa, finisce in manicomio: "quando si riceve un sasso non si può esser contenti", dice, ma di ferite non c'è traccia. Racconta di un fratello "rovinato" in America, di sogni religiosi che anni prima avevano turbato il marito al punto

637 ASLu, OP, *CC*, fald. 446, c. 99.

da chiedere la separazione. Scrive una lettera in cui si dice felice che il "dottor Vetrani (sic) […] capisce che io sto bene". In effetti, pochi mesi dopo viene dimessa in prova alla figlia. Sebbene le vicende di Antonia e Ada appartengano a storie e contesti familiari differenti, le pregiudiziali che le colpiscono sono trasversali. In entrambi i casi, la frattura con l'ambiente domestico segna l'avvio dell'internamento: le donne vengono percepite come "rovine" della propria famiglia e, una volta "disciplinate" o stabilizzate, restituite a un parente in forma di custodia.

La casa, presentata come spazio "naturale" e ineludibile per le donne, diventa in realtà un luogo saturo di pregiudizi, dove l'adattabilità femminile si trasforma in un criterio implicito di giudizio. L'arrivo in manicomio è soltanto lo strumento per disinnescare "l'implosione" familiare. Gli internamenti si innescano spesso da conflitti domestici, da urti con la dimensione familiare e parentale. È proprio dalla casa che parte la richiesta di ricondurre la donna sotto l'ordine patriarcale, un ordine che replica e rafforza le gerarchie politiche del regime. Famiglia e fascismo si sovrappongono per analogia e per struttura: entrambi si fondano sul sangue, sulla rigidità dei ruoli, sull'idea di docilità e accettazione dell'esistente. La "fuga" – il più immediato mezzo di sottrazione - diventa un atto di tradimento, punito e perseguito. Per la donna, l'allontanamento dal domicilio diventa un segnale d'allarme che attiva il controllo delle autorità e si traduce quasi automaticamente nell'internamento manicomiale; in un altro senso, ma con la stessa logica repressiva, l'emigrazione clandestina dal paese scatena l'arresto e il procedimento penale.[638] Le cartelle cliniche raccontano di biografie in fuga: spesso biografie giovani che cercano di troncare i rapporti con famiglie oppressive o da situazioni di profondo disagio sociale. È il caso di Clementina[639]internata a soli 14 anni, su segnalazione del padre e con l'appoggio del podestà di Stazzema, che la descrive come impossibile da seguire per "mancanza di mezzi morali e materiali". Bocciata due volte in terza elementare, Clementina viene mandata presto a far pascolare le pecore; un giorno, giocando, precipita da un dirupo di sei metri. Nella vita dura che segna quella di «tutte persone abitanti nella campagna», Clementina scopre presto l'alcool – riporta la modula del medico condotto: «bevanda abituale il vino, che era molto gradito dalla paziente, ma ne faceva poco uso per ragioni economiche familiari». Di notte tenta spesso di scappare; reagisce con violenza, colpisce i coetanei – «due o tre schiaffi e non ci vengono più i ragazzi con me, perché hanno paura» – respinge con decisione qualsiasi contatto («non

638 Il processo di patologizzazione dell'emigrazione, anche questo iniziato alla metà dell'Ottocento, e ciò che questa dinamica comporta e tenta di contrastare a livello sociale, è fotografato in pieno in G. Mamone – F. Milazzo, *Storia e psichiatria. Problemi ricerche, fonti*, (Milano, Biblion, 2019. pp. 37-38): «Con la classificazione dell'emigrante come un soggetto deviante e predisposto alla follia, la psichiatria di fine Ottocento svuota la portata socio-economica di un fenomeno di massa come l'emigrazione e assume anche di fronte all'evento migratorio quella funzione di tutela sociale che stava svolgendo attraverso la marginalizzazione e il confinamento nelle strutture manicomiali dei soggetti non in grado di integrarsi con i canoni etico-eco-nomici della società liberale ottocentesca: i folli, i vagabondi, i devianti, gli ozioso, in altre parole le classi pericolose per l'ordine borghese».

.639 ASLu, OP, CC, fald. 413, c. 165.

ti piacciono i ragazzi?» – «no») e arriva a picchiare la madre e lanciare sassi al padre che le chiede di calmarsi. Il medico è netto: «ci si trova di fronte a una ragazza squilibrata di mente, pericolosa per gli altri». La diagnosi clinica è altrettanto perentoria: episodi di impulsività in oligofrenica. Alla domanda sul perché avesse aggredito il padre, Clementina risponde: «perché non ci vuò andare dietro a lui, vuò andare a sentire la radio». Il rifiuto profondo per il proprio ambiente familiare si traduce in fughe ripetute, sempre bloccate, che la conducono infine in manicomio, etichettata come "cattiva": «perché sei venuta qui?» - «ero cattiva» - «Che cattiveria hai fatto?» - «volevo andarmene». Nel 1941 si ammala di tubercolosi polmonare; dopo una breve tosse violenta e febbre alta, muore per insufficienza cardio-respiratoria. Un destino simile è quello che a Giuseppina,[640] internata per la prima volta nel 1925 e poi ancora nel 1936. Anche lei cerca la fuga da casa, tentando di convincere qualcuno a portarla via dall'ambiente domestico. Per questo è definita "ribelle, piagnucolosa". Ricoverata per psicosi maniaco-depressiva, viene inghiottita dalla violenza quotidiana del manicomio, diventando bersaglio di continue risse tra pazienti. E ancora: Valentina[641] arriva in manicomio con diagnosi di psicosi maniaca (di Pistoia, «atta alla casa»). Nelle carte del medico condotto si legge: «Oltremodo irrequieta, molto vivace; talvolta intollerante della disciplina domestica»; inoltre «da chiunque si lascia portare via da casa; chiede denari alla gente, specie agli amici di famiglia, spendendoli poi a capriccio».

Il contesto familiare diventa così la prima cellula – e insieme la prosecuzione – della criminalizzazione di comportamenti ritenuti pericolosi per l'ordine sociale. La casa è il primo banco di prova sul quale si misura la capacità delle donne di essere all'altezza delle aspettative del contesto sociale e quanto il superamento completo di queste tappe sia discriminante al fine dell'internamento.[642] Le politiche contro la "degenerazione" e contro le "minacce all'ordine" trovano nel manicomio un dispositivo parallelo a quegli altri repressivi: se l'operaio comunista, il dissidente politico, il bottegaio socialista o il cavatore anarchico finiscono principalmente dietro le sbarre, al confino, agli arresti domiciliari, esuli o, se va male, in obitorio e solo marginalmente in manicomio, la donna ribelle viene rinchiusa principalmente in manicomio. Celebre il caso di Elena Melli, intellettuale, combattente e militante di punta dell'anarchismo italiano, accusata di terrorismo e di frequentazioni pericolose (Elena è a lungo compagna di vita dell'anarchico Errico Malatesta): nel 1937 Elena sarà rinchiusa – dopo una "crisi di nervi" avuta in Questura – presso il manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma.[643] Il fine ultimo della "terapia" manicomiale non è mai la guarigione – d'altronde, quale guarigione si può pretendere da chi si ritiene segnato da una tara ereditaria, da una

640 ASLu, OP, CC, fald. 414, c. 197.
641 ASLu, OP, *CC*, fald. 371, c. 147.
642 C. Carrino, *Luride, agitate, criminali,* p. 17.
643 ACdS, Ministero dell'Interno, Casellario politico centrale, *ad nomen.* Cfr. inoltre G. Fulvetti – A. Ventura, *Antifascisti lucchesi nelle carte del casellario politico centrale. Per un dizionario biografico della Provincia di Lucca*, Lucca, Pacini Fazzi, 2018, pp. 140-142.

lesione cerebro-spinale o da un'alterazione cellulare? – ma piuttosto il disciplinamento alle regole della società esterna, o, più semplicemente, il contenimento sociale: il non disturbare più l'ordine. Ciò che si chiede è la sottomissione. È questa, e non altro, il perno della "cura", principio esplicitato persino nel linguaggio medico. Dora[644] professoressa di lettere, donna colta della borghesia lucchese, residente in una villa liberty della prima periferia periurbana. Nel tardo '44, nel clima deflagrato della guerra e sospettando il marito di una relazione extraconiugale, uccide la figlia e, poco prima di colpire anche il secondo figlio, viene fermata. Per il delitto viene destinata al manicomio criminale di Aversa. L'inchiesta stabilisce che, al momento del fatto, non fosse capace di intendere e di volere – "*raptus malencholieus*", secondo periti e magistrati – e la diagnosi ne consente il trasferimento a Maggiano. Qui, per tutta la degenza, Dora dimostra una «perfetta equilibratezza psichica ed esemplare *sottomissione*». È proprio questa docilità alle regole dell'istituto a valere, agli occhi del marito, come condizione sufficiente per perdonarle il crimine "euripideo".

Ma in un ambiente insalubre e sovraffollato – come testimoniano le ripetute denunce di sottorganico da parte dei direttori – poco può dirsi davvero di curativo. Anzi, spesso l'ingresso in manicomio coincide con un peggioramento delle condizioni cliniche. Così avviene per Stella,[645] classe 1908, affetta da sindrome depressiva. Internata una prima volta nel 1932 e poi di nuovo nel gennaio 1939, si presenta lucida e orientata, raccontando di provenire da una famiglia di contadini duramente colpita nell'ultimo anno: perdite economiche, malattie in famiglia – forse influenza spagnola – e l'aborto della cognata. «Ero debole e anemica – ripete sempre – e nervosa. Mi hanno portata qui perché avevo bisogno di essere custodita e loro non potevano». La scheda clinica nota che, dopo il primo ricovero ordinato dal padre per "nervosismo e irrequietezza periodica", Stella «peggiorò molto a Maggiano, dicendosi ammalata». Il manicomio, insomma, produce l'effetto opposto: invece di guarire, aggrava. Nel 1951 viene infine trasferita al nuovo manicomio di Pistoia.

Le cartelle cliniche delle degenti rivelano come la sottomissione alle regole del focolare domestico sia talvolta esplicitamente indicato come motivo valido di dimissione. Così, ad esempio, Silvia, nel 1933, viene rilasciata dal manicomio e affidata al marito perché ai medici "dimostra affetto verso marito e figli, con i quali desidera tornare a casa".[646] È, appunto, quella stessa sottomissione che si chiede nella dimensione domestica e che fa iniziare la richiesta di correzione, morale e fisica, e ideologica della malata. Si richiede che sia succube sia adatta alla disciplina, si richiede che non si ribelli alle dinamiche familiari e interne. Richieste fortissime e stigmatizzanti, richieste dalle famiglie stesse e i medici condotti accettano i racconti delle famiglie. La stagione *charcotiana* aveva imposto,

644 ASLu, OP, *CC*, fald. 472, c. 154.
645 ASLu, OP, *CC*, fald. 433, c. 22.
646 ASLu, OP, *CC*, fald. 371, c. 139.

alla fine dell'Ottocento, il paradigma della donna isterica: "uterina" per definizione, preda di un eccesso quasi animalesco, teatro di un pieno atto psicotico in cui venivano esaltate e patologizzate tutte quelle emozioni e comportamenti considerati propri del femminile. L'isterismo aveva così offerto alla scienza una categoria apparentemente quantificabile e dimostrabile, rafforzando stereotipi secolari: la donna come essere infantile, dominato da appetiti indomabili, naturalmente iraconda, ciarliera, vendicativa e per questo da vigilare continuamente. «L'isterizzazione del corpo della donna» aveva portato al triplice processo di saturare completamente di sessualità il suo corpo; lo aveva integrato – per una patologia intrinseca al corpo stesso – nel campo delle pratiche e dei discorsi medici e infine

> messo in comunicazione organica con il corpo sociale (di cui deve assicurare la fecondità regolata), lo spazio familiare (di cui deve essere un elemento essenziale e funzionale), e la vita dei figli (che produce e che deve garantire grazie ad una responsabilità biologico-morale […][647]

Non è casuale che la maggior parte delle psicosi ciclotimiche – forme segnalate dalla nosologia come ricorrenti e cicliche, invero espressione di una più costante sorveglianza dei comportamenti delle donne da parte di familiari e medici – riguardi proprio le donne. Nel 1932, infatti, a Maggiano gli internati per psicosi ciclotimiche sono 77 donne a fronte di 49 uomini, nonostante le prime rappresentino appena il 40% della popolazione manicomiale complessiva.[648] Nella lettura medica dell'epoca, la donna "normale" poteva essere contenuta e resa socialmente accettabile grazie alla costante disciplina domestica del padre o del marito, o all'esempio morale della madre. La donna "deviata", invece, restava prigioniera della propria "fatuità" e della propria personalità «cupa, irritata, ribelle»[649] e «incoerente e fatua», e in ogni caso di vittima della sua inferiorità intellettiva.[650] Anche se la costruzione teorica di Charcot verrà in seguito criticata e ampiamente smontata, la sua eco resterà a lungo nei manuali, nelle diagnosi e nelle cartelle cliniche. La vita di Guglielmina[651] si snoda tra le due sponde del Mediterraneo, nata in Egitto, al Cairo, si trasferisce con la famiglia in Italia, e a poco meno di 25 anni, nel 1932, incrocia per la prima volta il manicomio. Pima le dimissioni e poi, di nuovo, il manicomio nel 1938. Guglielmina è segnalata per "idee deliranti erotico-mistiche". Nel 1944 nel diario clinico si annota:

> nè cambia: il suo delirio ha un continuo equilibrio. Fisicamente deperita. Essa psichicamente poggia sul terreno isterico o, meglio, se così si può dire, su un terreno *morbosamente femminile*: una pazzia morale in mano a una donna.

---

647 M. Colazzo, *Quale donna turba il cervello dell'alienista? Ipotesi di lavoro alla ricerca del paradigma della follia declinata al femminile attraverso la letteratura ufficiale della seconda metà del XIX secolo*, in A. De Bernardi, *Follia, Psichiatria e società*, Franco Angeli, Milano, p. 414-415.

648 ASLu, OP, *AG*, fald. 138, fasc. 3, plico 1.

649 ASLu, OP, *CC*, fald. 410, c. 27.

650 C. Lombroso, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Roux, Roma, 1893, pp. 160-180.

651 ASLu, OP, *CC*, fald. 431, c. 272.

Nel 1934, il prospetto redatto da Cristiani sull'andamento manicomiale rivela un dato significativo: a livello clinico, il direttore osserva che almeno cinque donne vengono dimesse dopo il periodo di osservazione, poiché «non affette da alienazione mentale». Questo elemento suggerisce una maggiore accondiscendenza dei medici condotti – spesso sollecitati dalle autorità locali e di pubblica sicurezza – nell'accogliere richieste di internamento nei confronti di donne percepite come «scomode» all'interno della famiglia o della comunità.[652] Fiammetta,[653] 31 anni, «atta alla casa», viene mandata dal commissario di Pubblica sicurezza di Montecatini Terme. La modulistica è inclemente: «Costumi: immorali», anzi è una «immorale, adultera […] beve regolarmente» ed è affetta da «onanismo», con «idee di suicidio e di omicidio verso i familiari e i parenti». Ma l'esame psicosomatico restituisce un'immagine diversa:

> Si presenta lucida, conversevole. Dà conto di sé. È perfettamente orientata – sa che questo è il manicomio. Capì che ce la portavano quando ieri la invitarono a presentarsi al commissario […] il marito l'aveva più volte minacciata di prendersi la soddisfazione di mandarla qui.

Il marito, un certo Attilio – internato a sua volta a Maggiano nel 1930 per epilessia e da allora in custodia domestica con sussidio di 1,50 lire giornaliere – è «gelosissimo» e ha «sparso per tutto il paese voci che lei è puttana adultera». Le fa mancare i mezzi di sostentamento; hanno cinque figli. «Le molte volte se ne duole e piange»; e, sebbene talvolta accenni al desiderio di morire, aggiunge:

> non ho nessuna intenzione di farmi del male: ho voglia di vivere ma io sotto la sua direzione (del marito) non ci voglio più andare: anderò co' miei fratelli

Nega che qualche medico l'abbia visitata prima di venire in manicomio. Nega di – versione poi confermata dallo stesso marito a colloquio col medico direttore che ha voluto incontrarlo – aver minacciato di morte parenti che non vedeva da molto tempo. Fiammetta invia al medico direttore Francesconi una lettera, che recita:

> io sottoscritta […] vengo a pregarla se per gentilezza sollecitare la mia partenza, dato che io non ho fatto nulla di male a nessuno in quanto tutto quello che hanno scritto sui fogli, riguardo a voler ammazzare i figli il marito e i parenti queste sono tutte menzogne, che io non ho pensato nemmeno lontanamente. Certo che lei può considerare, che avendo un marito che maltratta dalla mattina alla sera e che minaccia anche di picchiare, come tante volte mi ha picchiato creda che un momento di sconforto viene a tutti, e allora si suol dire tante cose. Ma che realmente io non ho mai pensato di fare, specialmente quella di voler ammazzare i figli, che sono l'unico conforto per me nella vita, e che vivo del suo amore. Se qualche volta, in quei momenti di sconforto che mi causava mio marito, ho detto come si suol dire, non ho più voglia di fare questa vita, credo che non ci sia nulla di male, essendo sedici anni che faccio una vita di martirio. Il giorno che mi sono sposata, Sappia signor direttore

652 Il dato resta costante anche negli anni successivi: la dimissione di soggetti non alienati sono 7 nel 1936, 5 nel 1937 e 8 nel 1938.
653 ASLu, OP, *CC*, fald. 422, c. 214.

> che mio marito mi ha picchiata, consideri lei, se sarò stata nel caso di dire qualche volta che non avevo voglia di fare questa vita cose che si dicono per sfogarsi un poco, tanto per non morire davvero

Il 20 agosto 1937 il marito le scrive per chiederle di tornare insieme, con lei e i figli, per un «avvenire ancora più bello» e le ricorda che «bisogna essere ubbidienti in questa vita». Poco dopo, una lettera anonima raggiunge l'ufficio del medico direttore:

> La notte del 7 c.m. fu portato costà la certa Fiammetta Spinetta moglie del Sig. Spinetti Attilio residente in Montecatini Terme. Risp. Direttore la sopra scritta non è una pazza, è stato suo marito, per la gelosia che esso porta verso la propria moglie pensate che è madre di cinque tenere creature, che piangono continuamente per la mancanza di sua madre. E' un 'ingiustizia mettere una donna al Manicomio per la gelosia di un vile. A voi Risp.Sig. Direttore rivolgo le più angosciose parole che questa donna di mandarla dai suoi figli. […]

La lettera innesca un cortocircuito nel sistema di internamento: il medico direttore contesta apertamente la versione del marito e del medico condotto. In una comunicazione al prefetto, Lippi Francesconi denuncia che la donna è stata ricoverata sulla base di pochissime prove, tutte provenienti dal marito, definito un «violento geloso» nei confronti della moglie. Per questo ritiene necessario – visto che non è stata presentata alcuna evidenza di violenza da parte della donna durante il ricovero – raccogliere ulteriori informazioni da fonti diverse dal marito, già internato in passato a Maggiano per episodi psicoemotivi. Fiammetta viene dimessa libera l'8 settembre 1937 per non riconosciuta alienazione mentale. Caso simile è quello di Rosa,[654] anche in questo caso il medico condotto si attiene alle esigenze e alla versione del marito e dei familiari. Rosa ha 42 anni quando arriva per la prima volta a Maggiano, è moglie di un pensionato e napoletana d'origine. Nella modula si legge che fa abuso di coito e di alcol. La malattia sarebbe iniziata:

> da vario tempo: carattere irascibile, facile al litigio senza motivi specifici. Da arrivare spesso all'ingiuria verso i vicini. Ad esempio, mal sopportava che delle persone fossero vicino la sua dimora e le aggrediva ingiuriandole; talvolta, se non aveva modi di sfogare la sua minaccia litigiosa, da se stessa con lunghi soliloqui si ripeteva le frasi più abituali a lei "assassino vigliacco.

Il marito, dato che spesso Rosa se ne andava di casa e non tornava più, riferisce di aver dovuto denunciarla ai carabinieri. Aggiunge che «ha dimostrato tendenza alla megalomania, si sprecava per contezza, spendeva eccessivamente e sproporzionatamente alle possibilità della casa» e che «nel parlare si dimostra una certa ostentazione erotica e si compiaceva di decantarmi le bellezze della figlia "giovane, bella di 20 anni che starebbe bene al suo fianco"». Finge di conoscere la musica, ma «non conosce una nota musicale». Per giudizio del marito, inoltre, sarebbe stata curata per sifilide, che le avrebbe lasciato occasionali convulsioni. Giudizio *tranchant* del medico condotto. La paziente arriva in manicomio con un atto di notorietà firmato da quattro testimoni – tre coloni e una «atta alla casa» – sottoscritto dal podestà il 21 luglio 1936. Nel certificato medico, il dottor Pirolo la segnala come

654 215.414

«affetta da megalomania». Tuttavia, nella cartella nosologica non si riporta alcuna malattia nota e l'esame di Wassermann per la lue risulta negativo. All'esame clinico si dimostra molto lucida e afferma:

> Se non era il terremoto (probabilmente quello di Avezzano, durante il quale persi un fratello) non avrei incontrato un animale di uomo che mi picchia, mi ha fatto morire una figliola: lo incontrai a Napoli, mi ha sempre picchiata, ho preso più bastonate d'un ciuco; lui era ferroviere, andò in pensione, comprò un podere a Molecchio. Mio marito è una bestia: non crede in Dio e non va in chiesa, vive come un animale.

Viene ammessa, ma ritenuta ragionevole, presente, orientata e priva di segni di megalomania. Dal diario clinico:

> «perché l'han portata qui?» «[…] mio marito mi picchiava mi correva dietro mi voleva tirare il collo_ allora sono andato dal Maresciallo_ mi hanno mandato qui: io non ho mai fatto male a nessuno[..] protesta di non avere idee di grandezza: "chi l'ha detto, ha detto una così grande corbelleria Signor dottore!" parla con grande sentimento ed intelligenza. Anche per Rosa la sua "certificazione" di normalità passa dalla sua sottomissione: il 24 luglio dello stesso anno, il medico annota: «tranquilla, lucida, garbata e sottomessa»

E di nuovo: il 4 agosto il direttore Francesconi scrive che:

> Rosa […] si trova in condizione di essere dimessa per non avere presentato_ durante l'osservazione_ la megalomania denunziata dalla modula informativa_ e tenuto contegno perfettamente ragionevole, corretto, docile, bonario.

Ne chiede l'immediata dimissione. Rosa è una donna intelligente e istruita, come emerge dalle lettere – prive di errori grammaticali e dalla calligrafia ordinata – che invia ai familiari durante il ricovero. La prima, al fratello, è datata 28 luglio 1936: lo informa che per i primi quindici giorni non potrà ricevere visite. Il 7 agosto, il fratello le risponde offrendole ospitalità a Roma, se occorre un domicilio per le dimissioni. Il 25 agosto Rosa scrive alla figlia che presto uscirà dal manicomio: il marito, chiamato a colloquio dal direttore, viene persuaso ad inviare a Rosa, quanto prima, un abito, del denaro e una tessera per raggiungere Roma. Il giorno successivo, viene dimessa libera, per non riconosciuta alienazione mentale e le vengono pagate 38 lire dal marito per ritirare, presso il bagaglio ferroviario di Lucca, un pacco contenente la tessera di riconoscimento e l'abbonamento ferroviario. Rosa prende il treno per Roma. Il 27 agosto, una lettera della figlia al direttore informa che la madre è arrivata a Roma «perfettamente tranquilla» e ringrazia la Madre Superiora del manicomio per le cure prestatele. D'altronde, il mondo delle cartelle cliniche straborda di tracce di violenze domestiche, che emergono – filtrate – persino nei fascicoli degli uomini. A pagarne le conseguenze è spesso la moglie, bersaglio diretto dei deliri del marito. Giuseppe,[655] colono di 34 anni, originario di Sassuolo ma residente in provincia di Pisa, viene internato nel maggio del 1944 per una vivissima psicosi

655 ASLu, OP, CC, fald. 474, c. 66.

paranoide a sfondo persecutorio. Racconta:

> sospettavo dell'infedeltà mia moglie perché nella notte sentivo ballare il letto sotto il quale stava nascosto un suo nipote....tre, quattro giorni fa trovai il nipote, con mia moglie in camera, era di notte, mia moglie stessa mi confessò che era in fallo, allora detti qualche schiaffo alla moglie, e la presi per il collo, feci così per impaurirla!!...mi vogliono fregare tutti i quattrini....mi hanno attirato qua in Toscana...

Nel racconto di Giuseppe c'è tutto il mondo della marginalità sociale e il suo sfogarsi sulla moglie: lo sradicamento dal luogo d'origine, il timore di perdere quel poco che si è accumulato, il delirio che si riversa sulla moglie e sui suoi presunti «ganzi». Pochi giorni dopo, Giuseppe ammette, però, «non essere vero che la moglie lo tradiva: gli sembrava, forse era il nervoso». Ma la ritrattazione non basta. Appena affidato di nuovo alla custodia domestica della moglie, si mostra subito minaccioso e paranoico nei suoi confronti. Nel giro di pochi giorni torna in manicomio, questa volta con ordinanza di ricovero del questore. Nel 1951 viene trasferito a San Giovanni in Persiceto. A volte, il manicomio, è un rifugio involontario contro questa la violenza dei mariti, che a divenire traumatica è la "minaccia" della dimissione. Dalida[656] ha 47 anni - atta alla casa - quando nel 1937 viene internata per "psicopatia istero-nevrastenica" in "leggera bevitrice". In quell'anno, racconta al medico, il rapporto col marito è diventato insostenibile: «Lui mi picchiava, bisognava per forza che mi difendessi». Durante una lite particolarmente violenta, Dalila scaglia un sasso verso di lui, senza colpirlo. «Io mi ero chiusa in camera perché avevo visto che aveva cattiva idea di picchiarmi; lui aprì la porta con uno spintone e mi picchiò». Le ragioni del conflitto coniugale ruotano intorno al futuro familiare: lei vorrebbe che il marito fosse "più appassionato per il lavoro", lui, invece, è un uomo che è "più appassionato per la casa". Dopo un periodo in manicomio, viene rimandata a casa "in custodia domestica" con il marito: «Abbiamo detto di riprovare», afferma. Ma l'anno seguente, nel 1938, torna a Maggiano. «Mio marito mi compativa poco e diceva che ero pigra; io m'arrabbiavo e dissi: sai che è? Se non mi fai tu i fogli li vado a far fare io per tornare in manicomio». Per lei, l'ospedale psichiatrico sembra quasi una scelta, una via di fuga dal clima familiare carico di tensioni. Eppure, anche questa volta, afferma di voler uscire: «Ora mi sento di lavorarci, mi sento più forte».

Giulia[657] viene internata il 29 maggio 1937, originaria di Balbano, è vedova. Al momento dell'ingresso ha 56 anni, viene giudicata come paranoica (delirio di persecuzione). Nel diario clinico di Monti si legge: «Fuori si sente pedinata, in odio a tutta l'umanità; non trova tranquillità se non dentro al manicomio: la sua grande paura è che non la si voglia tenere qua dentro». Morirà dieci anni dopo, per tubercolosi. Per quanto le relazioni con la famiglia possano essere improntate sul senso di colpa o organizzate su pregiudiziali morali che costringono, soffocano e creano dolore per le donne,

656 ASLu, OP, CC, fald. 430, c. 186.
657 ASLu, OP, CC, fald. 421, c. 144.

a volte, però, la paura più grande è quella di non avere il tempo per "ricucire", per chiedere "perdono" e farsi riaccogliere nel nucleo familiare. Marianna[658] ha 37 anni, è nubile e "atta alla casa", quando entra in manicomio l'11 luglio 1936. All'esame di ingresso si rivela lucida, orientata, consapevole di ciò che le accade. Riferisce al medico di non avere alcun disturbo e sostiene che i familiari hanno convinto il medico condotto a farla internare per non doverla mantenere a proprie spese, dato che non si è mai sposata. Racconta, inoltre, che «ai tempi della guerra detti fuori di testa per il dispiacere del fratello: era lì, morto, steso; non parlai più per una quindicina di giorni». Il 1° agosto 1937 riferisce al medico di soffrire di un tremendo dolore, ovvero «la paura di non andare più via di qui». E così sarà: Marianna morirà all'interno dell'ospedale psichiatrico il 31 dicembre 1938, per bronchite, miocardite e insufficienza cardio-respiratoria.

Alle violenze domestiche si sommano, non di rado, quelle fisiche e sessuali. Per alcune donne, la traiettoria dall'abuso all'internamento è diretta: il violentatore diventa un'ombra che continua a perseguitarle, fino a varcare la soglia del manicomio. Eda,[659] 19 anni, «imbecille», atta alla casa, custode delle vacche, entra a Maggiano il 26 settembre 1938 per perizia psichiatrica in qualità di parte lesa. Vi resta appena una settimana, fino al 2 ottobre, ma in cartella resta una lunga relazione manoscritta. Sin dall'infanzia Eda soffre di gravi problemi di sviluppo organico e motorio: una zia ha il "ballo di San Vito" e lei stessa è soggetta a spasmi così violenti da inarcarle il corpo fino a toccare con spalle le natiche. A scuola viene respinta da un insegnante che la definisce «assolutamente negativa ad ogni insegnamento», ma in famiglia è descritta come tranquilla, obbediente, «non capricciosa». La relazione ricorda episodi di molestie precedenti: una volta, alla fontana di paese, un uomo le aveva toccato il petto "per scherzo" e lei era corsa a casa in lacrime. Ma il 30 luglio 1938 la violenza è brutale: mentre pascola le vacche, Eda torna piangendo disperatamente. A un'amica confida che «Gigino […] le aveva fatto male» e le aveva provocato sanguinamento genitale. Nel diario clinico del 26 settembre si annota: «Ha mangiato, ha orinato, ha riposato; di tanto in tanto piange, a suo dire, perché non vede il proprio padre. Ha detto che un giovane di nome Gigino si è approfittato di lei. Io mi trovo qui, ma lui si trova in gabbia». Marina[660] ha 17 anni e lavora come operaia cartaia quando, il 3 luglio 1940, il podestà di Pescia chiede il suo internamento. La diagnosi: isteria, ipocondria, paraplegia momentanea, abbattimento e disperazione. Eppure, all'esame di ingresso, appare lucida, sveglia, capace di rispondere «con garbo». Nel diario clinico viene descritta come «garbata e gentile con tutti, pulita e ordinata». Mangia poco del cibo dell'ospedale, preferendo nutrirsi con ciò che ha portato da casa. Racconta subito un episodio chiave: un affronto subìto da un uomo del paese, per il quale è in corso un processo. Una sera, tornando dalla fabbrica alle undici,

658 ASLu, OP, CC, fald. 414, c. 203.
659 ASLu, OP, *CC*, fald. 431, c. 234.
660 ASLu, OP, *CC*, fald. 446, c. 136.

incontra un uomo che le si para davanti in modo brutale. Lo riconosce: è un giovane che da tempo cerca di rivolgerle attenzioni. La afferra per le braccia; lei grida e lo respinge con forza, rientrando a casa sconvolta. Racconta tutto alla madre, ma poco dopo cade a terra in convulsioni, rimanendo a letto per quattro giorni. Il medico le chiede di scrivere, di suo pugno, quanto accaduto: in buon italiano e con ottima grafia, Marina descrive la paura di quella notte, il fango che le impediva di correre, il terrore crescente durante la fuga. Aggiunge di aver provato "un grande tristezza" e "una forte agitazione" nei giorni successivi. Viene trasferita in manicomio, dove resta in osservazione per 18 giorni. In ospedale, Marina annota «trovai un medico assai coscienzioso» che trova meraviglia «che io fossi stata portata in un manicomio». I suoi unici disturbi sono allo stomaco, conseguenza di un'operazione subita nei mesi precedenti. Il 7 settembre 1940, viene dimessa "per guarigione".

Lo stigma di genere pesa anche sui vizi sociali più comuni: se compiuti da una donna, «conservi un livello di implicazione più alto con lo stigma di carattere morale»[661], un *surplus* di colpa. Esiste una pregiudiziale antifemminile che amplifica l'errore e che, in manicomio, accomuna infermiere e internate. Il 7 agosto 1940, nella divisione maschile, un ricoverato aggredisce una guardia nel tentativo di evasione. Il guardiano chiama in aiuto le infermiere, ma queste – terrorizzate – fuggono senza prestargli soccorso. Nel rapporto disciplinare, il direttore Lippi Francesconi attacca con durezza:

> Questo contegno supremamente ridicolo da meschine *donnicciuole* male si adatta col nobile lavoro dell'infermiera di Ospedale Psichiatrico, che deve avere lo spirito pronto a qualsiasi situazione e, soprattutto, deve possedere l'intelligenza necessaria per prendere immediatamente una decisione così naturale, così logica.[662]

Al di là dell'episodio, la scelta lessicale è rivelatrice: Francesconi richiama il paradigma della donna civetta, pavida, ostaggio dei propri sentimenti. Se a chiunque si richiede prontezza, alle donne si impone uno sforzo ulteriore: superare una presunta inclinazione naturale alla paura e alla sottomissione. Questo pregiudizio di fondo se emerge nel rapporto con le infermiere nelle cartelle cliniche deborda.

Anderson[663] è nata a Stoccolma e domiciliata a Firenze, di religione luterana, un tempo dama di compagnia, poi infermiera. Viene descritta come "irritabile e taciturna", la causa scatenante è il suo vizio, ovvero l'uso «un po' eccessivo del caffè». Ma anche il più piccolo comportamento, se interpretato come vizio, può trasformarsi in un caso «morboso». È il caso di G. D. [664], internata nel 1944 per mania depressiva. La famiglia la accusa di certi atteggiamenti «immorali»: «Ha detto avevo la mania dei gatti, uno poi lo tenevo meglio di un cristiano! Cose da non immaginare». Persino il

661 V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, op. cit., p. 124.
662 ASLu, OP, *AG*, fald. 148, fascicolo 6, plico 6.
663 ASLu, OP, CC, fald. 334, c. 175.
664 ASLu, OP, CC, fald. 483, c. 208.

prete – intervenendo su richiesta dei familiari – le raccomanda un comportamento più «consono»: «Il confessore mi disse che non dovevo tenerlo così, ma che dovevo tenerlo come una bestia». Teresa,[665] atta alla casa, 59 anni, di Nolazzana, internata dal 1925 al 1936 ben quattro volte. Nel suo caso, lo «squilibrio» si manifesta con una forma di tabagismo. Nella modula informativa del quarto internamento si legge che, dopo «problemi pregressi», la crisi si esprime nel tentativo di «fuggire di casa ribellandosi» ai congiunti e nell'iniziare a «fumare» – gesto osservato come un'inquietante stranezza. Ambrosina[666], nel 1939, è al suo nono internamento. La diagnosi ufficiale la definisce «tossicomane iatrogena» per l'uso domestico, quotidiano e protratto, di morfina e di altri medicinali come Veronal, Trionel e Luminale. L'abuso le provoca un marcato abbattimento sonnacchioso e paresi agli arti inferiori. In camerata chiede spesso «punture di morfina come le è stato fatto a casa». Il suo primo internamento risale al 1926, con diagnosi di psicosi melanconica periodica – psicosi maniaco-depressiva. Solo nel 1937, al sesto ricovero, compaiono nelle note cliniche i primi riferimenti alla «tendenza tossicomane (in nevropate originaria) – abuso di stupefacenti». Un passaggio chiave emerge nel luglio 1933: il medico di Pisa che la seguiva le aveva consigliato un «parco uso di narcotici» per attenuare il nervosismo. Il "vizio" per cui Ambrosina viene internata è il manicomio stesso ad averlo avallato. Ambrosina muore nel 1950 per insufficienza cardiaca. Mentre per Miria,[667] il "vizio" è la conseguenza del suo lavoro. Infermiera all'ospedale civile di Lucca, viene internata a Maggiano il 28 maggio 1944 con diagnosi di «tossicomania (abuso impulsivo incoercibile di sostanze medicamentose continuato da più anni: alterazione tossica dell'umore e della condotta; eredità familiare)». La scheda clinica precisa: padre, madre e un fratello tossicomani. Da anni abusa di encodal, morfina e polibromuri che reperisce in ambulatorio. La dipendenza è causa di «alterazioni violente dell'umore specialmente nell'ambiente familiare» che fanno scattare l'internamento, ma nasce da una combinazione di fattori: il peso del lavoro ospedaliero, le fatiche domestiche e la pressione di non riuscire a tenere insieme tutto. Già nel 1920, quando stava per sposarsi, aveva avuto un episodio malinconico; il medico dell'epoca le prescrisse una pasticca di encodal al giorno, aprendo così una strada farmacologica che non si sarebbe più chiusa. All'esame psichico di ingresso si presenta piangendo, agitata, protestando che i familiari l'hanno "tradita" portandola in manicomio. Per lei il provvedimento è sproporzionato: «non si faceva più che tre iniezioni di morfina al giorno», si difende. La notte stessa piange a lungo; le vengono somministrati 0,10 di luminale. Il 29 e 30 maggio lamenta forti dolori: riceve ancora luminale e una iniezione di canfora. Il 31 appare più tranquilla, ma resta irritata verso il marito e il cognato che l'hanno messa in manicomio «dove si perde l'amore». Muore il 10 luglio 1945 per deperimento organico, senza essere mai uscita da quel

665 ASLu, OP, CC, fald. 414, c. 217.
666 ASLu, OP, CC, fald. 437, c. 141.
667 ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 79.

ricovero.

Ma il vizio massimo, quello che non si può perdonare a una donna, è l'"andar con uomini" per piacere: una colpa che infrange ogni morale civile, religiosa e pubblica, e che contraddice l'immagine femminile dominante, quella della madre procreatrice e della moglie fedele. Elsa,[668] ha 48 anni quando arriva a Maggiano, il 26 febbraio 1944. È un'ex cameriera di trattoria, inviata dal questore di Lucca. Il contesto è quello degli sfollamenti civili durante la guerra: la sua casa è stata distrutta e sopravvive in condizioni estreme, al limite della sussistenza. È vedova e ha alle spalle un passato di internamenti al manicomio di Volterra. La sua cartella clinica recita: «folle morale, in oligofrenica dimessa dopo un triennio di degenza, dal manicomio di Volterra in custodia domestica, sfollata da Livorno a Lucca: prostituzione randagia, ninfomania, turpiloquio». All'ingresso si annota che il marito «la mise nel manicomio di Volterra per questioni di corna: ivi rimase tre anni; nel frattempo lui è morto». Dopo la morte del marito, Elsa «dichiara senza ritegno che le piace divertirsi con gli uomini, chi la compensava in un modo e chi in un altro. Si compiace di parlare scandalosamente e turpemente in faccia a tutti». Il medico condanna senza esitazione il suo atteggiamento, definendolo «cinismo sfrontato». Alcuni mesi dopo, il diario clinico torna a insistere sul tema e ricostruisce la storia di quella che, agli occhi dei sanitari, non può che essere una prostituta: perché, si dà per scontato, ci deve essere sempre un tornaconto materiale. Elsa stessa racconta che, dopo lo sfollamento, «la mamma, due fratelli e una sorella, loro dormono su un saccone di paglia e me non ci volevano». La miseria la spinge a frequentare i soldati tedeschi: «mi divertivo coi tedeschi e loro mi davano tanta roba da mangiare: burro, marmellata». Se si dà per scontato che le donne abbiano un *surplus* di colpa, allora, a queste, si chiede anche un *surplus* di giustificazione: ciò che fanno non è mai neutro, deve essere continuamente giudicato e condannato. Elsa prova a difendersi almeno dall'accusa di aver portato disonore alla famiglia con i suoi comportamenti: «Sono stata anche a dormire sotto la stazione e sui treni e per questo avevo il fastidio addosso. Non ho fatto niente di male a nessuno, non ho rubato, non ho ammazzato, quello che ho fatto, ho fatto sulla mia vita e non su quella degl'altri».

Val la pena seguire puntualmente due casi biografici di donne che condensano i nodi centrali dell'internamento femminile: il conflitto tra le prime autorità che dispongono il ricovero e il giudizio degli psichiatri; la dimissione come premio per la "sottomissione" alle regole del manicomio o per il ritorno a un ruolo conforme all'ideale della "buona famiglia". Si tratta di due vicende "complete", poiché restituiscono la complessità delle circostanze alla base della richiesta di ricovero e mettono in luce dinamiche di violenza domestica, rotture familiari e soprusi esercitati da figure autoritarie – siano esse parenti o rappresentanti del potere pubblico e assistenziale. Queste storie emergono dall'intreccio

668 ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 31.

di documenti e dagli interventi prodotti "dall'alto" – dai medici condotti, dagli psichiatri, dalle forze dell'ordine – e di materiali autobiografici manoscritti, nei quali le donne narrano in prima persona la genesi del proprio internamento e la deflagrazione del contesto quotidiano. Le biografie, che rispondono a criteri di "terapia", sono documenti ad uso interno, usati dal medico direttore per "valutare" la possibile dimissione o l'avanzamento nella ricomposizione psicotica. Tuttavia, anche in questo caso, assistiamo ad una asimmetria di genere: nelle cartelle cliniche le pazienti donne scrivono molto di più degli uomini – o, meglio, le cartelle cliniche trattengono più materiale documentario prodotto dalle donne – perché sembra rispondere ad un bisogno pressante di "giustificazione" da parte delle internate, quasi un dovere morale di spiegare e difendere la propria condizione. Scrivono per sottrarsi allo stigma della malattia mentale, per ribadire la propria lucidità, per restituire senso e dignità alla propria storia. Ma, nel farlo, finiscono spesso per aderire – consapevolmente o no – ai codici narrativi che l'istituzione stessa impone, nel tentativo di guadagnarsi la libertà.

Maria[669] ha appena diciassette anni quando, il 25 agosto 1943, viene internata per la prima volta su ordine della questura di Lucca. Orfana, «figlia di ignoti», ha trascorso la vita alla Pia Casa di Beneficenza, dove vive e presta aiuto nei lavori domestici. La cartella clinica tace sulla diagnosi; un accenno compare soltanto nella richiesta di ammissione definitiva, datata 3 settembre 1943: «Maria […] affetta da episodi di erotismo in giovanile anormale». L'esame somatico rileva un unico – e irrilevante – dettaglio: «Lieve asimmetria facciale. Torpore tiroideo?». Nell'esame psichico di ingresso, redatto il 28 agosto 1943, non emerge nulla di questa presunta "anormalità". Il medico annota:

> è ubbidiente e garbata. Dice: Mi hanno castigato portandomi al Manicomio, perché alla Pia Casa sgombravamo e c'erano degli operai io ci scherzavo, ma non facevo niente di male, soltanto ci parlavo volentieri e poi uno mi chiese se gli avessi scritto una lettera. Io gli scrissi e gli domandavo che intenzioni avrebbe avuto, ma ci fu chi vide fecero la spia alla Superiora e per questo mi trovo qui. A domanda ha scritto la storia del caso

Maria accetta ben volentieri la proposta del medico di raccontare la propria storia e il motivo del suo internamento:

> Il motivo che mi ha portato qua è perché non mi comportavo tanto bene. Quando ero alla Pia Casa venne l'ordine che si dovesse a cambiar casa e andare ad abitare a Bagni Caldi, ma vedendo che c'era molta roba da portare via chiamò alcuni soldati; mentre si portava via la roba ci fu uno che gli incominciai a piacerli ed io ero la stessa, quando ero nella scuola che lavoravo tranquilla non mi accorgevo che tante volte passava di 1ì lui e allora a visto che io non mi ero accorta di lui. incominciò a fischiarmi e al parlava o mi diceva come mi chiamavo, quanti "anni avevo e quando uscivo dalla Pia Casa, lo non potevo parlargli perché c'era la suora e gli dissi a voce bassa: vai fuori che verrò anch'io e cosi potremo parlare a faccia a faccia e infatti fece proprio "come io gli dissi. Mentre mettevo in ordine la roba la suora mi disse di andare a prendere un secchio di acqua calda io tutta attenta prendo

669 ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 148.

> il secchio andai a prendere l'acqua, ma in quel mentre vedo apparirai lui "davanti ed mi fermo e mi disse come mi chiamavo e mi disse anche che mi "voleva bene io a quelle parole li non ci credevo ma lui me lo diceva mi "disse anche che quando uscivo dalla Pia Casa mi veniva a trovarmi e se era il necessario mi sposava allora io ho visto che mi voleva proprio "bene, la sera prima che dovessero andar via lui faceva del tutto per venirmi da me e di nuovo mi disse se gli scrivevo una lettera ed io gliela scrissi mandandoli a dire se veramente mi voleva bene e se il suo bene non veniva fallito come fanno tanti altri che prendono e quanto l'hanno prese in giro allora ecco che le lasciano, cosi speriamo che non sia anche di te. La mattina quanto ritornava mi disse se gli avevo scritto e io dissi di sì e glielo detti dicendoli di stare zitto e di non dire niente a nessuno. Ma in quel mentre che gli davo la lettera venne una sorvegliante e mi vide che gli avevo dato la lettera ed io non gli dissi nulla, allora questa mi andò accusarmi dicendoli tutto quello che aveva visto. Passati due giorni la Superiora mi chiamò e mi disse che cosa gli mandai a dire in quel foglietto ed io gli dissi la verità, allora lei mi lasciò stare od do allora me la profittai perché non mi fece nulla e scherzai anche con un altro soldato dell'Accademia che era dinanzi a noi e dopo tante chiacchiere gli sortissi anche a lui la lettera mettendoci le stesse parole e con me trascinai altre due mie compagne, ma anche questa volta la Superiora lo venne a sapere e mi richiamo dicendomi se ora veramente vero di tutto quello che avevo fatto ed io gli raccontai tutto e la Superiora mi disse che per me era finita e mi disse che mi portava qui a Maggiano a me mi dispiacque, ma ormai era troppo tardi

Manca ancora un anno alla trasformazione della Pia Casa in campo di concentramento, nel cuore della città, gestito dai tedeschi per accogliere tutti i rastrellati della zona.[670] Nel frattempo, nei quarantacinque giorni seguiti al crollo del governo Mussolini, è già in corso lo sgombero della struttura. È in questo clima che Maria giunge a Maggiano. Del suo caso comincia a occuparsi il medico internino Mario Tobino, che nel diario clinico, a distanza di alcuni mesi dall'internamento, registra un calendario di visite singolare. Nelle note si avverte, in filigrana, la prosa e i tentativi di scrittura che matureranno ne *Le libere donne di Magliano*:

> 23-3-44: È tranquilla. Narra una storia di suore. Non dà noia in nulla. Sembra, negli occhi, una ragazza languida.
>
> 25-3-44: Certamente è sensibile all'amore, e a quel particolare Amore di Maggio, che usava essere in gloria nel regno di Lorenzo dei Medici (mentre ora è costretto alla vergogna).
>
> 15-4-44: Ancora non abbiamo da notare nulla su questa ragazza, che non osiamo profferire: malata.
>
> 28-4-44: Non abbiamo da aggiungere nulla. Forse, ma non ne siamo sicuri, ella ha un desiderio amoroso.

I medici non rilevano alcun delirio di natura "erotica" e considerano eccessivo il provvedimento di internamento, riducendo l'episodio a un'ingenuità adolescenziale. Il manicomio, pur rappresentando l'esito di una frattura rispetto al piano della "normalità" e costituendo un ambiente chiuso e protetto, finisce tuttavia - talvolta in forme assurde e distorte - per replicare fedelmente le stesse dinamiche sociali esterne che contribuiscono a condurre le donne in istituto. Così, Maria viene notata dal barrocciaio incaricato della consegna quotidiana del vino e addirittura richiesta in moglie al direttore, Lippi Francesconi. Ancora Tobino:

---

670 Don Sirio Niccolai, *Gli Oblati al tempo della Resistenza*, in «Documenti e studi», n. 31, p. 264-267.

> 25-5-44: Oggi è venuto un barrocciaio toscano e disse che voleva parlare col direttore dell'Ospedale. Quando fu davanti al direttore gli chiese, a nome di suo figlio, la mano della ricoverata D. Maria; della quale è questa la sua cartella nosografica. La D. Maria è una ragazza di 18 anni, di origine oscura non conoscendosi né il padre né la madre. Viveva con le suore, le quali vedendo che non aveva inclinazione per la vita di chiesa ma semplicemente per la vita, secondo che racconta la D., fu portata al manicomio. La dottoressa Alma Spagna che abita a Lucca, in via 28 ottobre, la giudicò "pericolosa a sé stessa e agli altri per cui necessita urgente ricovero in Ospedale Psichiatrico" e operò in questo modo che la fece rinchiudere. La dottoressa Alma Spagna, dal sottoscritto non stimata, giudicò la D. "con tendenze erotiche morbose", queste tendenze qui non si rivelarono, apparve invece la sua ingenuità. Per la storia, rara in manicomio, aggiungo che un giovane, che per caso era venuto dentro al manicomio per una commissione, la vide dietro le sbarre, e se ne innamorò; ed oggi suo padre, il barrocciaio toscano, è venuto a chiederla in sposa.
>
> 30-5-44: Le sarte sono venute a prender le misure alla promessa sposa.
>
> 3-6-44: Il barrocciaio toscano, col fiocco celeste al collo, è venuto a prendere la promessa sposa, e l'ha portata dal figlio.

Il 1° giugno 1944, il medico direttore Francesconi chiede, in una lettera al Procuratore dello Stato, le dimissioni di Maria. Pur dando ragione alle suore riguardo alla probabile scarsezza "morale" dell'internata, il medico sostiene, tuttavia, che esso è causato dalla «semplicità originaria d'intelletto» e che, dunque, si possa affermare «che con uomini essa non abbia avuto contatti materiali d'indole del tutto immorale». "«Ricoverata il 24 agosto del 1943 in questo Ospedale» - Francesconi spiega che Maria, dopo un primo periodo di irrequietezza, ha compreso i suoi errori e che dal suo arrivo: «si mostrò sempre ubbidiente e garbata, volenterosa per lavorare al Guardaroba e lucida, quieta e serena». Maria, ora, è una ragazza "perbene" che tiene «a curare la propria persona», senza, però, «esagerazioni né dipinture né atteggiamenti d'inquietudine sensuale». Dunque, Maria non ha alcun "vizio" estetico:

> […] circa 15 giorni or sono, un giovane carrettiere di Ponte a Serchio (Pisa) tal Rondello Chelossi di Attilio, che trasporta combustibile al1'Ospedale, vedendola alla finestra del piano superiore del Guardaroba, ne rimase invaghito e non le nascose la sua simpatia e la decisa volontà di chiederla in sposa...al direttore. Da ciò nacque un affetto, che ha, a quanto abbiamo notato, caratteristiche di serietà. Il giovane, con suo padre e un cugino, venne pochi giorni fa in direzione, espresse sentimenti rettissimi, mentre suo padre aderiva apertamente al desiderio del figlio.

Maria ha dimostrato di essere una ragazza "seria", senza inclinazioni erotiche morbose e ora ottiene il permesso di lasciare Maggiano quando il padre del suo pretendente chiede ufficialmente la sua mano alla direzione dell'istituto. Passata al vaglio del manicomio, Maria è ora considerata "uguale" alle donne libere, dotata della stessa buona morale che si richiede loro.

> Il padre C. dichiarò inoltre che per lui e per sua moglie l'occasione non poteva presentarsi migliore (sic) dato il fatto che la giovane, oltre ad essere piacente e sana, non ha famiglia sua e, malgrado le leggerezze in civetteria,

> non solo non differisce dalla maggioranza delle coetanee libere, ma...almeno ha avuto evoluzione sempre in Istituti severamente raccolti!

Lippi Francesconi, confrontandosi con il Procuratore di Stato, arriva alla conclusione che una dimissione immediata per guarigione non potrebbe dare direttamente gambe alla proposta di matrimonio della famiglia dei barrocciai, scrive Tobino il 3 giugno del '44:

> Il procuratore dello Stato, cui s'è rivolto il Direttore in consiglio in caso così nuovo, ha indicato il dovere di consegnare la ragazza alla Pia Casa (ora sfollata a Bagni di Lucca), essendo ella minore e senza famiglia, quindi sicuramente in tutela. Sarà quindi dimessa, la Marina, ai sensi dell'art. 64, cioè come guarita e accompagnata da un'infermiera ai Bagni di Lucca. Il futuro suocero è stato invitato dal Direttore ad andare dal Procuratore dello Stato per aver da lui superiori lumi sul da farsi.

Maria passa da una custodia all'altra: dapprima dalle suore al manicomio, poi - una volta "purificata" - nuovamente alle suore, che dovranno consegnarla al futuro marito. Il 3 giugno 1944, una lettera della direzione dell'Ospedale Civile di Lucca informa il Commissario prefettizio che Maria viene finalmente dimessa, "in libertà", per completa guarigione. Sarà uno degli ultimi atti del medico direttore: già il 6 giugno 1944 risulterà "assente dal servizio", fuggito dal clima di vendetta e di guerra civile che si respirava all'interno del manicomio.[671]

Il 21 ottobre 1943, su richiesta urgente del Questore di Lucca e in seguito alla segnalazione del commissario di Pubblica Sicurezza Adolfo Rigoni, Annetta[672] viene ricoverata in manicomio con la consueta formula: «pericolosa a sé e agli altri». La sua cartella clinica è preceduta da un modulo redatto dal medico condotto dell'Ospedale Civile di Lucca, che ne delinea la traiettoria clinica e sociale. Annetta, si legge, soffre da anni di ricorrenti episodi depressivi. Nell'agosto del 1943, durante un nuovo episodio malinconico, tenta per due volte il suicidio: prima cercando di avvelenarsi con etere solforico – viene ricoverata, curata e dimessa –, poi gettandosi da una finestra, procurandosi la frattura del femore destro. Durante il ricovero, la frattura la costringe all'immobilità e, come annota il medico, la «frena nelle sue intenzioni». Ma al termine della convalescenza, le idee suicidarie riaffiorano con ancora maggiore intensità. Nella descrizione del medico condotto si intrecciano elementi clinici e valutazioni morali, in un linguaggio che sottolinea la pericolosità sociale della paziente più che la sua sofferenza. La sua fragilità psichica – riconosciuta – diventa rapidamente motivo sufficiente per giustificare l'internamento coatto. Ma ciò che colpisce è l'assenza, in questa fase, di una presa in carico autenticamente terapeutica: la frattura che la immobilizza sembra essere l'unico argine concreto al suicidio, più della rete affettiva o delle cure psichiatriche. E il manicomio appare come l'unica risposta possibile, nonostante le condizioni di Annetta non sembrino mutate

671 APLu, AC, Carteggio e Atti, prot. N. 233/1944. n.1 p. 538 "Supplenza del medico-direttore – compenso dovuto al v.direttore incaricato alla direzione".
672 ASLu, OP, *CC*, fald. 467, c. 195.

sostanzialmente rispetto a quelle gestite fino ad allora in ambito ospedaliero. Leggiamo nell'esame psichico d'ingresso la conferma per quanto riguarda i due tentativi falliti di suicidio:

> Si presenta con aspetto tetro di donna disperata. Si constata che è conscia di sé e rende conto sommariamente […] due mesi fa (essa dice per gelosia del marito infedele si gettò dalla finestra fratturandosi il femore. Bevve anche dell'etere, fu portata all'ospedale

Il 3 novembre 1943 viene diagnosticata dal medico in osservazione come psicotica maniaca depressiva con delirii depressi, ansia, tetraggine ed atti di furore contro sé stessa. Il diario clinico il 22 ottobre del '43 il medico riferisce che:

> Non si tiene in piedi. Riferisce che due mesi fa si gettò dalla finestra e si fratturò il femore destro e più bevve un sorso di etere "perché voleva morire per causa di suo marito che pratica un'altra donna. Dice che la notte non può dormire ha preso una compressa di Dial, ha riposato abbastanza

Tre giorni più tardi, il diario viene aggiornato con la seguente nota: «Aspetto tetro, crucciato a domande non risponde; accenna alla testa come se le dolesse». Il diario viene nuovamente aggiornato tra novembre e dicembre con quanto segue: «Invariata, triste, tetra: "vuole andare via" - "i suoi bambini sono innocenti" - "ha un gran malaccio nella testa" […] Mangia da sé dicendo: "Che mangio a fare? Ingrasso troppo"». Il 30 novembre, colta da un senso di irrequietezza e di intrattenibile tristezza, spedisce una lettera ad un suo congiunto nella quale saluta e perdona chiunque le sia stata vicina. Il 9 dicembre, il medico, aggiorna il diario con quanto segue: «Ha detto con l'infermiera che "vuol andare a casa e si vuole affogare in una vasca». Le registrazioni si interrompono fino al 4 marzo del '44, quasi quattro mesi più tardi, quando una delle infermiere trova, legata alla cintura di Annetta, un laccio artigianale, fatto da lei annodando insieme i brandelli di alcuni lenzuoli laceri ed alcuni pezzi di camicia, l'idea è che voglia usarlo come oggetto per strangolarsi. Nello stesso giorno viene registrato dal medico un lungo colloquio con Annetta:

> Dottore: Come stai?
>
> Ricoverata: Male [..] mi va giù tutta la testa – non mi riesce tener su la testa, mi sento tirar gli occhi in su, ho tanto male perché se volessi piangere non mi riesce più né piangere né urlare, per discorrere sono in un bagno di sudore.
>
> Dottore: Che disgrazie hai?
>
> Ricoverata: Non posso più guarire ormai non mi so spiegare come faccio a stare al mondo così? Quando sono a letto mi sento come pietrificata, sto come morta sempre nel letto. Non mi ci levo io dal mondo mi ci vogliono levare gli altri.
>
> Dottore: Chi ti vuol levare dal mondo?
>
> Ricoverata: La questura! L'ho sentito dire qui dentro.
>
> Dottore: Ma perché la questura ti vorrebbe levare dal mondo?

Ricoverata: A me pare di non aver fatto niente.

In quello stesso 4 marzo '44, il medico direttore Guglielmo Lippi Francesconi informa il tribunale di star valutando la richiesta del marito di una dimissione in custodia. Tuttavia, Annetta, del marito non ne vuol più sentir parlare:

> Li 4 marzo 1944 XXII […] Annetta fu […], nata nel 1907 a Lucca, ivi domiciliata_ fu ricoverata in questo Istituto il 21 ottobre 1943 essendo affetta da psicosi depressiva con due gravi tentativi di suicidio, delirio melanconico ansioso. Ora la malattia è migliorata, ma non si può escludere che si debbano ripresentare recidive. A richiesta del marito saremmo disposti a dimetterla in cura e custodia domestica o in esperimento per un certo periodo, si ritiene indispensabile l'assicurazione di una vigile sorveglianza e amorevole assistenza da parte del marito e di altri familiari. Si rilascia in carta libera per gli usi consentiti dalla legge.

Infatti, Annetta, a casa, assieme al marito, non vuole tornare: passerà i mesi più cupi della guerra, quando Lucca è attraversata dalla Linea Verde e il fronte si avvicina drammaticamente alla città, nella struttura. Sono mesi segnati da intensi bombardamenti, da un forte scontro militare, da rastrellamenti e, come vedremo più avanti, dal progressivo collasso del sistema manicomiale. Sono i mesi delle morti per inedia, i mesi in cui "deceduto per deperimento organico" – o per marasma o per cachessia - chiudono le cartelle di centinaia di ricoverati di Maggiano. Annetta resiste al momento più acuto della disintegrazione della rete assistenziale e sociale pur di non far ritorno a casa dal marito. Il suo diario clinico viene aggiornato, nuovamente, tra il gennaio ed il maggio del 1945:

> «Nella seconda metà dell'anno scorso la Martinelli andò calmandosi […] in questi mesi del '45 ha recuperato interamente lucidità e serenità: non si riconosce più la malinconia d'un tempo: parla con perfetta consapevolezza e giustezza, e misura normale d'affetto e d'espressioni».

Il 20 maggio '45 il direttore Alessandro Pfanner, valutati i progressi, ne propone la dimissione per guarigione:

> Al Procuratore del Regno di Lucca Martinelli Annetta fu Baio Bandoni, nata nel 1907 a Lucca, ivi domiciliata, coniugata con Martinelli Alfredo entrata in questo Ospedale il 21 ottobre 1943 in pieno accesso melanconico delirio depressivo, è andata progressivamente migliorando si che da tempo ha recuperato la lucidità e la serenità normali, e mantiene contegno corretto, bonario e tranquillo. Non sussistendo più elementi psicopatici da giustificare un suo ulteriore ria vero, in data odierna l'ho di messa, consegnandola al fratello Bandoni Luigi e alla sorella Bandoni Elena in via di prova secondo l'art.64 del Regolamento sui Manicomi, in conformità del quale mi affretto a darne comunicazione e chiedo alla S.V. il decreto di definitivo licenziamento per guarigione il Medico Direttore Inc.

Annetta viene dimessa in prova al fratello e alla sorella, Luigi ed Elena, in quello stesso maggio '45. Anche se non "pienamente" libera e guarita, Annetta riesce ad ottenere una libertà vincolata alla promessa, strappata al medico direttore, di non dover più incontrare suo marito. Il perché di questo veto è una lunga storia che intreccia violenze domestiche, la guerra, tentativi di copertura da parte della milizia di un marito fascista e ben inserito in certe sfere. Ed è la stessa Annetta a raccontarlo.

> Sono sposata da quasi 18 anni e posso dire che il mio fu un matrimonio d'amore e che fra me e mio marito siamo andati per lungo tempo perfettamente d'accordo. Ho due foglie, una à 17 anni, e l'altra di 14. Nel 1935, scoppiata la guerra d'Africa, mio marito partì volontario e questo fu un colpo molto forte per me che ero abituata a stare sempre con lui. Dato che io sono di temperamento molto malinconico, ne risentii assai in salute; circa un'ora dopo che egli mi aveva salutato, ed era partito, fui presa da un gran malore con convulsione svenimento. Mentre io gridavo ed una mia amica mi soccorreva, bussarono alla porta: era mio marito che era ritornato per poche ore perché la partenza era stata rimandata alla mattina seguente. Quando egli poi partì definitivamente mi disse che mi disse che mi avrebbe scritto sempre, ma che se fosse stato ferito o ammalato non me ne avrebbe dato notizia perché temeva che, per il mio carattere apprensivo, ne avessi un colpo troppo forte, tanto più che sapeva come mio padre fosse morto qui in manicomio, proprio in seguito a un dispiacere provato per una figliola. Per parecchi mesi, dunque, io ricevvi lettere dall'Africa: poi per circa tre mesi non ebbi più niente. Cominciai a rattristarmi e a dispiacermi sempre più credendo che mio marito fosse morto; non riuscivo più a mangiare né a dormire e mi ammalai di un forte esaurimento nervoso.

Annetta inizia ad essere visitata privatamente da Alessandro Pfanner, mentre il marito, nel frattempo, ottenuto un permesso di 30 giorni, fa ritorno a casa dal comando divisionale. Tuttavia, la situazione, in poco tempo, mota radicalmente:

> Per due anni facemmo così due mesi di villeggiatura, io e la bimba; al ritorno del secondo anno notai in mio marito un gran cambiamento; era serio e non tollerava che io gli facessi né una gentilezza né un complimento. Alle mie richieste rispose di essere molto preoccupato perché all'ufficio di collocamento, in cui egli lavorava a tempo avanzato, era successo un ammanco di denaro sul sussidio dei disoccupati ed egli doveva darsi da fare con gli altri per mettere in luce come stavano le cose; cominciò così a stare fuori di casa anche durante i giorni liberi dal lavoro e persino a mezze nottate; spesso mangiava fuori di casa. Quando vidi che le cose andavano in lungo lo interrogai di nuovo e gli chiesi se si sentiva male, dal momento che lo vedevo sempre serio e così deperito; egli dapprima disse di sì, poi cominciò a offendermi dicendo che non potevo fare a meno di lui e che probabilmente durante il suo soggiorno in Africa, non gli era stata fedele. Allora non ebbi più coraggio d'insistere con lui e mi chiusi nella mia disperazione, cercando però di trattarlo sempre bene e non fargli mancare nessuna attenzione; naturalmente però sospettando che avesse un'altra donna e per questo non volesse più sapere di me. Un giorno parlando con una mia cognata, le chiesi come si poteva fare per sapere se i nostri mariti ci tradissero: essa rispose che bisognava posteggiarli. Pensai subito di farlo. Proprio lo stesso giorno, uscendo dalla casa della mia cognata, vidi a poca distanza mio marito che si dirigeva verso via degli Asili con un involto in mano, come altre volte mi era capitato; mi appostai e vidi che entrava in una casa che non potevo bene distinguer. Rimasi appostata nella strada per tre quarti d'ora; finalmente sentii il suo passo mentre scendeva le scale e appena lo vidi uscire lo chiamai e gli dissi che non m'ero ingannata, egli aveva una donna. Dapprima negò, poi vedendomi agitata mi disse “Sei troppo buona, ti voglio dire la verità” - E mi raccontò come aveva conosciuto quella donna, e come si era legato con lei; disse anche che stessi tranquilla perché fra poco l’avrebbe definitivamente lasciata per tornare da me;

Il marito, scoperta la relazione extraconiugale, promette ad Annetta di non voler più continuare il proprio rapporto con l’amante. Tuttavia, Annetta non gli crede e, di nuovo, si apposta sotto l’appartamento di lei, per smascherare la menzogna del marito. Dopo pochi giorni, Annetta scopre di nuovo il marito a casa dell’amante. La reazione del marito e dell’amante è da subito molto violenta:

egli m'insultò dicendo che non ero che una commediante e avevo avuto altre relazioni di uomini. Mi difesi a parole come potei e infine, ebbi da lui uno schiaffo a cui risposi sbattendogli sulla testa un bicchiere e ferendolo leggermente. Infine, egli mi accompagnò fin quasi a casa, e se ne ritornò per i fatti suoi. Nei giorni seguenti io cercavo di essere più calma possibile, ed egli mi prendeva con le buone e mi prometteva che tutto sarebbe finito; fra poco stava per scoppiare la guerra ed egli sarebbe partito, o richiamato, o volontario; Altre invece diceva che non si può imporre l'affetto quando non si sente più. Insistei per sapere quale legame tanto forte lo univa a quella donna ed egli disse che si poteva trattare di tante cose, d'interessi, di figlioli....Non potei più resistere e tornai da Leda, col consenso di mio marito, per informarmi di come stavano le cose. Bussai alla porta di lei ed essa, senza farmi entrare, cominciò a oltraggiarmi e mi dette una spinta come se volesse buttarmi a terra; insistei ancora per avere una spiegazione e per farmi ridare la roba di mio marito. Ella allora mi afferrò per le vesti, mi buttò su di un divano e cominciò a percuotermi sulla testa e sul viso e darmi calci. Mi difendevo malamente perché per andare da lei mi ero apposta alzata dal letto dove mi trovavo da parecchio tempo. Fortunatamente la mia amica era in quel tempo andata a casa mia, e avendo saputo da mio marito dov'ero andata, anzi spinta da lui, venne a vedere che cosa m'era accaduto, giunse proprio mentre Leda dopo avermi battuto, gridava dalla finestra "Correte! Ho una matta in casa!" La mia amica vedendo che Leda era troppo infuriata, chiamò in aiuto un uomo che scaricava merci nella strada e così riuscì a strapparmi dalle mani di lei e a ricondurmi a casa malconcia per le percosse. Mio marito quando mi vide in quelle condizioni rimase commosso e mi promise che non sarebbe più andato da quella donna, che era addirittura una belva; infatti per tre giorni non si mosse mai di casa.

Messo di fronte alla scelta se continuare la relazione extraconiugale o salvare il matrimonio con la moglie, il marito sceglie di partire volontario per la guerra, nella speranza di lasciarsi alle spalle l'intera vicenda. Dal fronte, il marito, piano piano, inizia a far perdere le proprie tracce, diradando la corrispondenza con la moglie. L'epistolario, sempre meno fitto, arriva all'interruzione:

Egli m'avvisò che aveva fatto domanda per andare in guerra volontario e doveva partire la sera stessa per San Remo col battaglione 86° Camicie Nere. Partì infatti e di là mi scrisse tre volte, abbastanza affettuosamente; poi non ricevvi più niente, tanto che stavo molto in pensiero e fortunatamente seppi da un suo compagno, tornato in licenza, che stava bene. Gli mandai a dire che mi scrivesse e finalmente ricevvi da lui una lettera, in cui mi diceva, che avrei dovuto ben capire come egli non intendeva più di avere rapporti con me, e di continuare a fingere. Contemporaneamente mio marito scrisse, una lettera a suo fratello, in cui diceva che avesse cura delle bimbe e che, se io avessi continuato a stare male, andasse dal dottor Fanner a farsi rilasciare un certificato per fargli avere una licenza: così sarebbe tornato per sistemare le bimbe e avrebbe provveduto a far ricoverare me al manicomio. Nei mesi seguenti mio marito ebbe due volte la licenza e tornò a Lucca, ma a casa non venne mai; io però prima lo intuivo, poi ne avevo la conferma da un suo fratello e dai compagni; naturalmente egli viveva in casa della sua amante. Una volta poi mi mandò a chiedere i vestiti borghesi da suo fratello Augusto, che dormiva in casa mia, per non lasciarmi sola con le bimbe, adducendo la scusa che voleva lavorare a S. Remo alla mensa degli ufficiali, rifiutai e gli scrissi che non c'era bisogno che si mettesse a lavorare perché il Duce ci manteneva tutti e quattro, lui con lo stipendio e io e le bambine col sussidio.

L'unico posto che Annetta conosce per avere notizie del marito e reclamare un po' di giustizia – almeno per quanto riguarda i soldi del mantenimento che il marito non le fa arrivare - è il consolato della Milizia. Il console della Milizia, messo al corrente del comportamento del militare, opta per una giustizia militare: fatto convocare il marito di Annetta, lo spedisce per un po' di tempo in carcere di

rigore. La situazione non fa altro che precipitare ancor più i rapporti tra loro due:

> Mi consigliarono allora di andare alla milizia, per sapere quanti giorni di licenza aveva avuto mio marito, e quindi riscuotere le otto lire di sussidio giornaliere, che aspettavano a lui, in questo periodo. L'impiegato a cui mi rivolsi, si maravigliò che io non fossi al corrente dei fatti di mio marito, cosicché dietro le sue interrogazioni io fui costretta a dire della relazione di lui con Leda e della sia cattiva condotta verso di me e le bimbe. Mi portarono allora davanti al console della Milizia al quale dovetti raccontare come stavano le cose. Egli mandò a chiamare con un pretesto mio marito che fu trovato in casa della sua amante e che venne subito. Il console lo interrogò e lo rimproverò e gli disse che lo avrebbe immediatamente fatto ripartire col primo treno per S. Remo. Infatti così fece, e mio marito arrivato a destinazione, fu messo in prigione di rigore, e non ebbe più licenze. Nel frattempo il battaglione di mio marito, fu mandato nel Montenegro, di là egli scrisse qualche volta alle bimbe e a suo fratello Augusto, a me mai.

Il potere non si presenta come un blocco monolitico: si modula e si sfuma, a seconda di chi muove l'accusa, delle relazioni personali e del peso delle conoscenze. Così, quando Annetta sorprende di nuovo il marito con l'amante, è lei ad essere convocata in Questura per "rispondere" del proprio comportamento. Ma, a differenza di quanto accaduto con la Milizia, qui trova un muro di gomma. Il maresciallo, a quanto pare, legato al marito da rapporti di conoscenza, non solo le nega ascolto, ma la minaccia apertamente: se non smette di "tormentare" il marito le verrà tolta la custodia delle figlie. Annetta, però, può contare su una famiglia non priva di risorse. Rifiuta di piegarsi alle minacce del marito e decide di muoversi sullo stesso terreno delle conoscenze, rivolgendosi a un avvocato potente: l'onorevole Macarini, deputato del PNF ed ex preside della provincia di Lucca..

> Nel settembre dell'anno 1941 o 1942 – non mi ricordo bene, io una sera tornavo verso casa dopo aver ripreso l bimba che era stata a ripetizione; quando fui in piazza della Cittadella vidi seduto al tavolino di un caffè un militare insieme a una donna. Nonostante l'oscurità ebbi subito l'impressione che fosse mio marito con la sua amante: non m'ero ingannata. Lo chiamai e gli dissi che le bimbe lo volevano salutare; venne e mi disse di aspettarlo in piazza S. Michele, che mi avrebbe raggiunto fra pochi minuti. Aspettai con le bimbe per circa mezzora, ma egli non venne, allora tornai indietro, anche per contentare le bimbe che piangevano dicendo di volere il babbo a casa. Lo chiamai di nuovo ed egli venne e m'insultò. Disse che era già stato a casa e che io non avevo voluto aprire e che voleva farci i conti a quattrocchi con me. Risposi che non avevo niente da nascondere e che parlasse pure; ma io capivo bene che il male veniva da quella donna e feci il fatto di scagliarmi su di lei; mio marito me lo impedì afferrandomi per le vesti in malo modo, comandandomi di andare a casa subito, che egli sarebbe venuto a suo comodo. A casa trovai una brutta sorpresa: sotto la porta c'era una busta chiusa, che io aprii subito. Era una lettera dell'avvocato. […]. La mattina dopo fui chiamata in questura e interrogata, ma il maresciallo, che mi accusava di aver insultato una camicia nera e la moglie di Martino, non mi lasciava parlare dicendo che ero una demente, che non era vero che mio marito avesse un'amante e minacciandomi di farmi mettere le manette se continuassi a parlare. Voleva anche farmi firmare un foglio senza nemmeno leggermene il contenuto, ma io mi rifiutai recisamente. Impensierita da tutti questi fatti volli consultare un avvocato e andai dall'onorevole Macarini al quale esposi il fatto mio; egli mi confortò dicendomi che mio marito non avrebbe potuto farmi nessun male e tanto meno togliermi le bimbe affermando che ero pazza quando non era affatto vero. Siccome io apparivo poco convinta, l'avvocato mi mandò a parlare col Procuratore del Re il quale pure mi assicurò che le parole di mio marito non contavano e che per arrivare a impormi la separazione bisognava che

mi avesse trovato in adulterio e con due testimoni»

Rientrato stabilmente a Lucca dopo essere stato ferito in battaglia, il marito decide di riprendere la vita familiare con la moglie e le figlie. Il reinserimento nell'ambiente domestico innesca però nuove tensioni: la violenza riemerge e la situazione diventa presto insostenibile:

> Poi seppi da un suo compagno che era stato ferito e che durante la convalescenza sarebbe stato mandato a Lucca. Infatti una mattina quando meno me l'aspettavo, me lo vidi comparire a casa. Tutta contenta fui per abbracciarlo, ma mi rispose dicendomi che facessi presto a dargli i vestiti e che preparassi il desinare e perché sarebbe venuto a mezzogiorno ma non a casa; per la notte gli preparassi il letto nella camera delle bimbe, perché a dormire con me non sarebbe venuto più. Mi sentii tanto avvilita, che trovai la forza di ribellarmi e gli dissi che non l'avrei lasciato uscire di casa se non con me o con le bimbe; egli allora portò con sé le bimbe e poi per circa 10 giorni fu in casa buono e gioviale. Un giorno che egli mi disse di svegliarlo presto alla mattina seguente, perché doveva partire per lavoro, gli dissi quasi scherzando "vuoi che venga a dormire con te? Così mi torna meglio per svegliarti" non mi rispose, ma dall'espressione del suo viso, conobbi che era arrabbiatissimo; allora lo chiamai in camera per non parlare davanti alle bimbe e gli dissi che avevo scherzato. Mi rispose che in casa egli era venuto per le bimbe, non per me e che, se anche fosse morta [l'amante], io non avrei contato nulla per lui. Tonato poi in salotto disse alle bimbe che il colpevole non era lui, e quando fossero state grandi avrebbe detto loro che bel sudiciume era la loro madre; cercai di difendermi ma egli mi offese anche di più gravemente, ed io lo colpii alla testa con uno zoccolo, che tenevo ai piedi. Egli abbracciò le bimbe piangendo e disse "per due sudiciumi di donne mi sono trovato così". Poco dopo uscì di casa ed io feci scrivere una lettera alla bimba maggiore, in cui lo pregava di essere buono e di tornare in casa, che la mamma non gli avrebbe più detto nulla. Infatti per tutto il rimanente della licenza egli si mantenne tranquillo, ma sempre molto freddo con me; soltanto alla partenza mi salutò, dicendomi che stessi sempre buona com'ero stata fino allora.

Il marito di Annetta riparte per il Montenegro con la sua divisione e, da quel momento, ne perde definitivamente le tracce. Con i bombardamenti sempre più frequenti e il bisogno di guadagnare qualcosa, Annetta lascia Lucca e si trasferisce in campagna, ospite di un'amica che gestisce una trattoria. Porta con sé solo la figlia più piccola, lasciando l'altra a Viareggio dal cognato. In campagna cominciano le crisi: convulsioni, svenimenti, mal di testa costante. «Avevo mal di capo continuo», racconta Annetta. Il medico Pfanner la rassicura: non perderà «il capo». Ma una mattina, esausta, prende una bottiglia di etere e «pensando di stordirmi, l'annusai a lungo». Annetta teme di essersi avvelenata e per questa ragione viene portata d'urgenza all'ospedale civile di Lucca. Durante il ricovero emerge per la prima volta l'ipotesi di un internamento manicomiale. «Nessuno dei medici voleva prendersi la responsabilità di mandarmici, perché capivano che non ero pazza», ricorda. L'episodio, tuttavia, spaventa l'amica che sceglie di non volerla più tenere con sé, e Annetta è costretta a tornare dalla madre, convivendo con la sorella e il cognato. L'idea del manicomio, però, non la abbandona. Temendo che la famiglia «preparasse in segreto i documenti per trasportarmi al manicomio», è, di nuovo, presa da un accesso di disperazione e si getta dalla finestra. All'ospedale le diagnosticano 36 giorni di prognosi. Dimessa, rientra a casa, ma la famiglia «non si sentiva di prendere la responsabilità di sorvegliarmi». Così, l'ipotesi temuta diventa realtà: Annetta viene

trasferita a Maggiano.

Le storie di Annetta e Maria raccontano come una biografia manicomiale possa essere il prodotto di un lungo e logorante processo di un confronto col potere (psichiatrico, poliziesco, giuridico, morale e familiare). Il ricovero è una prospettiva minacciata, sventolata, spesso miseramente accettata e introiettata. Il ricovero si avvicina se passa dalle scrivanie di funzionari rigidi – spesso imboccati dalle versioni acquarellate dei parenti – oppure si allontana con l'intervento di un'autorità che sa prestare ascolto. Il ricovero è la minaccia di vedersi tolto tutto, è la punizione per essere state cattive madri o cattive mogli, è una leva di ricatto formidabile che si staglia sull'orizzonte di una immoralità non perdonabile. Il ricovero è un processo che va ben oltre i funzionari che appongono le firme sulle carte per l'internamento: attraversa gli sguardi dei familiari, incapaci di cogliere l'unità tra i racconti delle donne e gli episodi "scandalosi" che le riguardano. E ancora: si nasconde dietro il funzionario di pubblica sicurezza che "rimette in riga" una donna che si è azzardata ad essere troppo esuberante, o troppo insistente nel reclamare tutela. Ma è anche l'avvocato che tranquillizza, è il padre che firma. Il ricovero è la rassegnazione silenziosa del viaggio d'andata, che si spezza in un pianto disperato quando si prende coscienza di dove si è arrivate. È*, in nuce*, la riproduzione di un'intera cultura del potere, che si declina in un sistema capace di gestire l'irriducibilità alle regole della sottomissione e dell'obbedienza solo con la forza della cura somatica o con la reclusione.

5. Maggiano in guerra. Dalla disarticolazione istituzionale alla militarizzazione del personale infermieristico, dagli sfollati al difficile dopoguerra

1° settembre 1939, in appena quattro settimane i panzer della Wehrmacht travolgono la Polonia del maresciallo Rydz-Śmigły, schiacciandola sotto i cingoli. Francia e Inghilterra, legate a Varsavia da un patto di difesa, dichiarano guerra alla Germania nazista. Anche l'Unione Sovietica – che aveva fatto della pace di Riga del 1921 il quadro giuridico e ideologico della propria rivalsa contro lo stato polacco – dopo trattative infruttuose con Londra e Parigi, sigla con Berlino il patto di non aggressione Molotov-Ribbentrop e partecipa all'invasione, spartendosi la Polonia con Hitler e attestandosi sui nuovi confini orientali del Reich. L'Europa, a soli vent'anni dalla fine della Grande Guerra, ripiomba così nella spirale del conflitto totale. La *drôle de guerre*, lo strano clima di guerra non guerreggiata che domina l'Europa continentale, dura fino al maggio 1940. Poi, i carri tedeschi aggirano la linea Maginot e in poche settimane anche Parigi cade. Mussolini, timoroso di restare escluso dal nuovo ordine europeo, decide di affiancare Hitler: il Patto d'Acciaio prende la forma di un cannone. Il 10 giugno 1940, dal balcone di Palazzo Venezia, il Duce proclama che per l'Italia è giunta «l'ora delle decisioni irrevocabili». Il paese si mobilita. È il primo tassello, da quel momento inizia l'effetto domino che trascina il regime verso il crollo e l'Italia verso la guerra civile: il disastro della "guerra

parallela", il coinvolgimento delle truppe italiane nella campagna contro l'URSS, la caduta dell'impero d'Africa, i bombardamenti alleati sulle città, lo sfaldamento dell'esercito, le prime bande armate, la fuga della monarchia, la fame, gli sfollamenti, la guerra in montagna e l'occupazione militare tedesca.

Quella che dovrebbe essere una guerra di conquista, combattuta fuori dai confini nazionali, si trasforma, invece, in una guerra interna che investe con un portato di distruzione mai visto prima direttamente il territorio e le sue istituzioni. Gli ospedali psichiatrici non fanno eccezione: dei sessantanove istituti italiani, circa la metà sorgono accanto a obiettivi militari attorno ai quali si combatte; una quindicina ospita comandi tedeschi o italiani o infrastrutture strategiche; quasi trenta subiscono i bombardamenti alleati, diciotto risultano danneggiati in modo irreparabile al termine del conflitto.[673] Ma per gli ospedali psichiatrici la guerra non significa soltanto un involontario coinvolgimento sul piano militare: significa trovarsi al centro di uno sbandamento sociale e collettivo che travolge la popolazione civile. Come tutte le istituzioni dello stato, anche i manicomi sono chiamati a fare la loro parte, ossia contenere – o meglio, nascondere – le conseguenze "indesiderate" della guerra, siano esse sociali o psicologiche. In primo luogo, riprendendo la funzione che da sempre hanno esercitato: diventano nuovamente luoghi di reclusione degli "scarti" militari del conflitto. Come già accaduto nella Prima guerra mondiale, vi vengono internati e nascosti i soldati traumatizzati: quelli mandati a combattere in scenari lontani, isolati, in mezzo a popolazioni ostili – come in Africa; quelli che diventano un rischio per la disciplina interna alle unità; quelli che cercano una via di fuga rompendo le righe dopo l'armistizio dell'8 settembre; quelli che, durante la guerra civile, continuano a militare nell'esercito o nella milizia in un contesto che li vuole sempre più abbrutiti e pronti a scatenarsi contro popolazioni inermi, per servire l'alleato tedesco. E, in questa guerra combattuta "in casa", accanto ai militari traumatizzati, nei manicomi finiscono anche i civili segnati dall'urto dei bombardamenti, dalla distruzione dei centri abitati, dal passaggio delle truppe tedesche che ovunque diffondono violenza, compiono rastrellamenti e fucilazioni di massa. Sono i volti del fallimento delle politiche di guerra del Duce e del regime. In un clima segnato da una generale inedia, dentro un contesto di caos e smarrimento in cui l'intero apparato statale subisce un cortocircuito radicale e i rifornimenti alimentari si interrompono e gli approvvigionamenti di ogni bene collassano, il manicomio diventa per molti una *extrema ratio*. Lo è soprattutto per i recidivi, per coloro che – venuta meno la rete familiare di sostegno e in assenza di altro sostegno da parte degli enti pubblici – non conoscono altro "sussidio" che non l'istituto psichiatrico. È in questo contesto che il manicomio si incardina al centro di quella dimensione di guerra "ai civili", trasformandosi in un approdo per sfollati, sbandati e senza dimora in cerca di quel minimo necessario alla sopravvivenza.

673 Cfr. V. P. Babini, *Liberi tutti*, op. cit., pp. 115-117; Peloso, *La guerra dentro*, op. cit., pp. 198-203.

Una scelta che, come vedremo, si rivelerà per molti fatale.

Come tutte le istituzioni statali, anche gli istituti psichiatrici attraversano le tribolazioni e gli scossoni di potere che segnano l'Italia in guerra. Le date della guerra scandiscono le vicende interne e l'andamento istituzionale: allo sfaldamento dell'organizzazione manicomiale fa da contraltare l'irrigidimento e la militarizzazione del nucleo squadrista degli infermieri, deciso a difendere il fascismo (e con esso la propria rete di potere e influenze) nell'istituto e, al tempo stesso, il proprio potere nella zona dell'Oltreserchio. A Maggiano, dove la presenza fascista è radicata, pesa l'impossibile processo di defascistizzazione durante i quarantacinque giorni seguiti alla caduta di Mussolini. Il passaggio del fronte acuisce questa dinamica: nel quadro della dimensione di violenza che insanguina l'Appennino tosco-emiliano si inseriscono anche gli eventi che segneranno il manicomio in questi anni. Si compie così la trasformazione della geometria del potere avviata già nel 1904: alla fase delle autonomie mediche era subentrato un potere che, sviluppandosi lungo l'asse relazionale che univa i vertici politici del potere provinciali al corpo infermieristico, aveva visto la compressione delle libertà mediche e la riduzione del potere direttoriale. Ora, questo, processo giunge ad una nuova fase. Il blocco degli infermieri diventa il fulcro di un potere brigatista su cui il fascismo repubblicano si appoggia, arruolando da quei ranghi quadri politici e militari, funzionali alla propria sopravvivenza e concedendo loro margini arbitrari di comando, senza mediazioni: la "base" della piramide assistenziale o, meglio, la sua parte "nera", ora, si ritrova ad occuparne il vertice. Alcuni di questi assumeranno un ruolo centrale nelle operazioni repressive nei confronti del movimento resistenziale, ricorrendo a violenze contro i civili, partecipando ai rastrellamenti e fornendo informazioni ai tedeschi sulla presenza dei partigiani e renitenti alla leva. Con la Liberazione, le vicende del manicomio si intrecciano con il più ampio processo di epurazione dei gangli dello stato, volto a rimuovere gli elementi più compromessi del regime, spesso individuati semplicemente tra i più violenti e tra quelli dei quali era impossibile negare le complicità con gli occupanti. Si tratta tuttavia di un percorso incompiuto, segnato da contraddizioni, processi istruttori che portano alla luce verità parziali e dal più forte desiderio di garantire – di nuovo - quella continuità della macchina amministrativa e con essa il funzionamento "vitale" dello stato nazionale: un processo che si chiuderà troppo in fretta, lasciando dietro di sé non pochi veleni.

5.1 1940-1941: l'istituzione psichiatrica alla prova delle prime fasi del conflitto

Il 15 maggio del 1940 a Lucca si tiene una imponente manifestazione animata dalle sezioni giovanili del fascio che portano in piazza circa 3000 studenti «sbeffeggiando le democrazie occidentali», il clima di guerra in Europa è salutato da un solido consenso al regime in città. L'inizio

della guerra coincide con la riorganizzazione interna al fascio lucchese: il federale Mario Piazzesi, in vista della guerra, dà priorità ad una struttura fascista che si in grado di tenere l'ordine pubblico con il pugno di ferro, per questa ragione richiama alla partecipazione attiva buona parte del vecchio fascismo intransigente squadrista – allontanato dopo il discredito di Scorza – un'operazione che si concluderà nel marzo '41 con il rinnovo della segreteria federale composta da squadristi ante marcia ed elementi intransigenti.[674] Il clima di irrigidimento della federazione arriva anche in provincia: nel '41 la proposta del prefetto di nominare a preside della provincia il "moderato" Gaetano Montauti, seppur affiancato da una vicepresidenza ed un rettorato espressione dell'*extrême* del partito, viene bocciata dalla federazione lucchese, che propende per un nome più apertamente "fedele" alla linea di Piazzesi. Il 27 novembre, il prefetto è costretto a fare marcia indietro e a capo della provincia viene nominato Macarini-Carmignani, elemento più fedele e benvoluto dai fasci.[675] La provincia e la città di Lucca entrano in guerra in uno stato di forte mobilitazione politica, al cui vertice siede un partito già pronto alla militarizzazione e attento nell'opera di politicizzare e socializzare gli obiettivi della guerra fascista.

Il manicomio giunge alle soglie della guerra già segnato da tensioni interne al corpo infermieristico, in particolare tra il personale religioso, acuita dal temperamento dirigista di Lippi Francesconi. Nei primi mesi del 1940, infatti, esplode una crisi tra il corpo delle suore ospedaliere. Il 23 maggio, alla vigilia del conflitto, il direttore Lippi Francesconi scrive alla Madre Visitatrice di Siena denunciando l'indebolimento fisico e "morale" della superiora, suor Fontanini, logorata dalla malattia e ormai incapace di esercitare autorità sul personale, laico e religioso.[676] Nella stessa lettera ricorda come, tempo addietro, fosse stata inviata a Maggiano la giovanissima suor Vicenza, destinata ai compiti più gravosi — cucina, lavanderia, spartito. Ma, appena giunta con suor Giuseppina, si rivela affetta da complicazioni polmonari, mai segnalate, e si mostra inesperta e lenta, soprattutto in lavanderia, dove – pare - manchi di rapidità e autorità. Francesconi ne chiede la sostituzione, ma si scontra con la difficoltà di reperire nuove religiose, possibilmente diplomate infermiere, capaci di assumere incarichi di caposervizio. Il 19 maggio 1940 muore suor Rosa, vice superiora e colonna della comunità ospedaliera: aveva alle spalle 37 anni di servizio, dal 1902, tra reparto delle agitate, laboratorio di cucito e "conforto" a ricoverate e familiari. La perdita aggrava la crisi. Il 30 giugno Francesconi scrive una nuova, piccatissima lettera alla Madre Visitatrice a Siena: dopo aver garantito l'invio di una suora di "caratura" per le mansioni necessarie, la suora smentisce improvvisamente coi fatti la promessa, «in un modo così poco simpatico». La religiosa accordata - che avrebbe dovuto già

674 G. Pardini, *La repubblica sociale italiana e la guerra in provincia di Lucca (1940-1945)*. Lucca: Marco Litotipo, 2001, pp. 13-26.
675 *Ivi*, pp. 39-41.
676 ASLu, OP, *AG*, fald.148, fasc. 6, plico 4.

trovarsi a Maggiano – non arriva. La risposta alla lettera del direttore, da parte della Madre, arriva il 5 luglio: «non diffido della vostra comprensione, perché so che anche voi siete stato militare e sapete di quale importanza sia una Suora di dispensa e di cucina in una grande ambulanza». Il 23 luglio Francesconi ringrazia per l'arrivo di una suora destinata alla cucina, "ragione di grande tranquillità". Ma rinnova con forza la richiesta: servono altre cinque religiose - quattro per la cucina e una con pratica chirurgica, "intelligente e svelta", capace di dirigere e affiancare il direttore medico. La domanda si inserisce nei lavori di riorganizzazione legati alla costruzione del nuovo padiglione diagnostico-terapeutico, che esige un impegno maggiore anche da parte dalle quindici suore già in servizio. Il 27 giugno 1940 suor Bulgarini, della Compagnia delle Figlie della Carità, presenta infine una supplica al presidente dell'amministrazione provinciale: denunciando l'enorme carico di lavoro che grava sulle religiose, specie in cucina e lavanderia, chiede l'adeguamento del compenso annuo da 704 a 900 lire per ciascuna suora, in ragione dell'importanza e del riconoscimento del servizio svolto all'interno dell'Ospedale Psichiatrico.[677] La situazione, tuttavia, non è più favorevole tra le fila del personale laico di assistenza. Il 15 marzo 1940, in risposta alla richiesta di informazioni avanzata dal direttore del manicomio di Arezzo, Pieraccini, sui dati di Fregionaia, Lippi Francesconi restituisce un quadro tutt'altro che rassicurante: il personale infermieristico opera infatti in condizioni di piena deroga, con un rapporto medio nell'ultimo periodo di un infermiere ogni 9,5 ricoverati, pur continuando a garantire il regime di *no-restraint*.[678] Il 7 agosto 1940, lo stesso direttore comunica al preside della provincia che almeno, dal punto di vista "militare" – ossia per quanto riguarda reclutati e mobilitati – la situazione appare sotto controllo: fra i 56 infermieri, soltanto tre sono stati richiamati al fronte, immediatamente sostituiti da personale avventizio.[679] Nondimeno, l'elevato rapporto tra medici, infermieri e ricoverati, aggravato dallo scoppio della guerra, rende il carico di lavoro insostenibile. Lo stesso Lippi Francesconi, rivolgendosi al preside, chiede che si interceda presso il prefetto affinché al personale sanitario venga concesso qualche giorno di riposo in più al mese, sottolineando come l'assistenza in manicomio richieda «non soltanto un forte e continuato impegno fisico, ma anche e specialmente psichico». Nonostante le parole rassicuranti del direttore, che invitano alla calma e negano l'esistenza di un problema di organico, è diffusa la consapevolezza che i tagli per l'arruolamento siano inevitabili e destinati a colpire con durezza. Già prima della dichiarazione di guerra di Mussolini, sollecitati dall'amministrazione provinciale, gli ex dipendenti dell'ospedale – infermieri e infermiere in pensione – inviano una lettera al capo della provincia, dichiarandosi disponibili, per ragioni di mobilitazione, a tornare in servizio.[680] L'idillio, infatti, dura poco: il 10

677 ASLu, OP, *AG*, fald. 150, fasc. 6, plico 4.
678 ASLu, OP, *AG*, fald. 148, busta 1, plico 3.
679 ASLu, OP, *AG*, fald. 148, busta 5, plico 1.
680 APLu, AC, *AC*, prot. n. 331, 1940.

febbraio 1941, a pochi mesi dall'inizio del conflitto, iniziano a fioccare i richiami alle armi, che riducono drasticamente il personale addetto all'assistenza immediata. La situazione diviene talmente grave che il direttore, scrivendo al preside della provincia, lamenta come, fra il già ridottissimo organico, non vi sia più «alcun elemento adatto da destinare in aiuto al barbiere effettivo, indispensabile per sopperire alle necessarie pulizie dei ricoverati». È così necessario richiamare in servizio Giovanni Vannucchi – l'infermiere di cui appena quindici anni prima Sergiusti aveva chiesto il licenziamento per insubordinazione - ex barbiere del manicomio ormai in pensione.[681] A questa situazione già drammatica si aggiungono anche congiunture inaspettate, come lo straripamento del fiume Serchio nel novembre 1940, che per giorni rende accessibile l'istituto soltanto con le barche motorizzate della marina militare e distrugge parte degli impianti elettrici dell'istituto, oltre che le case di molti infermieri.[682]

D'altronde, nemmeno la condizione del corpo medico si presenta meno problematica. In un primo momento, l'età avanzata di una parte dei medici impedisce un vero e proprio svuotamento degli organici:

> Mi pregio informarvi, in merito all'eventualità di concessione di congedi speciali, che la situazione dei quadri di questo Istituto non ha risentito, nel campo sanitario, dello stato di guerra attuale, rimanendo quindi invariata rispetto agli anni precedenti. Infatti, nessuno dei medici in servizio risulta essere stato richiamato per esigenze militari, sia per ragioni di età avanzata, sia per riforma o altri motivi.[683]

Ciò non toglie che la situazione resti comunque fragile. Già dal 1936, con i pensionamenti di Paoli e Ferrarini mai rimpiazzati, l'istituto si reggeva su appena sette medici per l'intera popolazione manicomiale. Nel 1940, tra i tre primari "storici" – Paoli, Fornasari da Verce e Vedrani – sopravviveva soltanto quest'ultimo: il 31 agosto muore infatti, dopo trentanove anni di servizio e ancora in attività, Ettore Fornasari da Verce.[684] Al suo posto viene nominato il medico internino Andrea Cozza, ma la sostituzione si rivela di brevissima durata: già nell'aprile 1941, sottoposto a visita militare a Parma, Cozza è costretto a rassegnare le dimissioni, lasciando vacanti due posti da medici primari.[685] Nel frattempo, anche il quadro complessivo muta rapidamente. Dal 1941 le esenzioni mediche cominciano ad assottigliarsi e il direttore Lippi Francesconi, in una lettera del 9 aprile al preside Gaddo della Gherardesca, restituisce l'immagine di una crisi ormai conclamata. I 1650 ricoverati devono essere ripartiti in sole sette grandi sezioni, ciascuna affidata a un unico medico, con una media impressionante di circa 240 pazienti a testa. In aprile, di fronte a un carico di lavoro ormai

681 ASLu, OP, *AG*, fald. 149, busta 6, plico 5.
682 ASLu, OP, *AG*, fald. 148, busta 5, plico 1.
683 ASLu, OP, *AG*, fald. 148, busta 5, plico 1.
684 APLu, AC, *AC*, prot. 448, anno 1940, 8 ottobre 1940. Nella lettera che accompagna la notizia della morte del medico si legge che Olga Gregory Fornasari, moglie del primario, richiede con urgenza all'amministrazione provinciale la pensione di reversibilità per la morte del marito, deceduto in attività di servizio.
685 ASLu, OP, *AG*, fald. 149, busta 6, plico 3.

intollerabile, il dottor Pancanti presenta le proprie dimissioni, costringendo lo stesso Francesconi ad assumere la responsabilità clinica della sezione di osservazione maschile. Anche i medici Magri e Gori ricevono la notizia che in qualsiasi momento potrebbero essere mobilitati, l'esenzione dal servizio è garantita solo a Vedrani - per età avanzata – al direttore Lippi Francesconi e al primario Pfanner, entrambi arruolati nel «servizio civile». Per quanto riguarda il vicedirettore Vedrani, Lippi Francesconi segnala che vi è ormai difficile farvi ulteriore affidamento:

> da tempo versa in precarie condizioni di salute e più volte mi ha manifestato la volontà di resistere per senso del dovere, data la gravità della situazione. Tuttavia, mi ha anche avvertito che, qualora la sua attività – già ora fortemente limitata – dovesse essere ulteriormente sollecitata, si vedrebbe costretto a chiedere il riposo definitivo.[686]

La prospettiva di una prosecuzione negli arruolamenti – cosa che avrebbe, di fatto, lasciato sulle sole spalle del direttore e del medico Pfanner la conduzione dell'intero manicomio - preoccupa Lippi Francesconi: «È evidente che, per quanto buona possa essere la nostra volontà, ciò non sarebbe assolutamente sufficiente a garantire il funzionamento del servizio». La provincia, tuttavia, già assorbita dal compito di arginare un malcontento sociale sempre più diffuso, non risponde. Il 9 luglio 1941, esasperato dal silenzio, il direttore è costretto a richiamare l'attenzione del preside sui risparmi che l'amministrazione aveva accumulato negli anni passati, proprio a scapito dell'organico medico, sempre gestito in condizioni di penuria e con inquadramenti al ribasso: al posto di due primari, che avrebbero comportato una spesa annua di 29.600 lire, era stato assunto un internino pagato appena 10.000 lire, e un altro primariato era stato sostituito con un secondo giovane medico in formazione.[687] Il quadro rimane critico per tutto l'arco del conflitto, ma nei primi anni la situazione raggiunge livelli prossimi al parossismo, con un organico che non riesce mai a stabilizzarsi. I medici che arrivano a Maggiano, infatti, vengono continuamente arruolati: sul finire del 1941 vengono assunti due medici internini, Campanini e Barbieri, ma anche questi, nel giro di breve tempo, sono costretti a lasciare l'incarico per motivi di leva.[688] Nell'aprile del 1942, Lippi Francesconi tenta nuovamente di tamponare l'emergenza, proponendo l'assunzione del dottor Ennio Lorenzi, nato a Lucca nel 1913, laureato a Pisa nel 1937 e iscritto al Partito Nazionale Fascista dal 1933 nella sezione di Pescia. Collega di lunga data del direttore, Lorenzi aveva prestato servizio come assistente nel reparto di Medicina dell'Ospedale Civile di Lucca e come medico presso la casa di cura per nevrosi e malattie mentali "Ville di Nozzano". La proposta viene accolta con sollecitudine: già il 10 aprile 1942 il preside della provincia, Della Santina, e il segretario generale Domenici deliberarono la sua assunzione. Tuttavia, dopo pochissimo tempo, Lorenzi è costretto a dimettersi per non meglio

686 ASLu, OP, *AG*, fald. 149, busta 6, plico 3,
687 ASLu, OP, *AG*, fald. 149, fasc. 6, plico 3.
688 APLu, AC, *Deliberazioni del preside*, pag. 302, delibera n. 310/1941si assume un nuovo medico.

precisate «ragioni di salute». Il 9 luglio dello stesso anno, Lippi Francesconi torna a rivolgersi alla presidenza provinciale per sollecitare una nuova assunzione:

> sono a proporVi l'assunzione al posto di Assistente internino del Dott. Mario Tobino fu Candido e di Maria Biassoli Ottaviani, celibe, nato il 16 gennaio 1910 a Viareggio, ivi domiciliato in via Cesare Battisti, n. 93 - iscritto al PNF proveniente dalle organizzazioni giovanili, combattente in A.S. - proposto per due decorazioni al valore, attualmente in attesa di accertamenti invalidità di guerra. Laureato nel 1936 presso la R. Università di Bologna. Già Medico presso l'Ospedale Psichiatrico di Bologna, di Ancona e Gorizia.[689]

Mario Tobino è appena rientrato in Italia dopo diciotto mesi di servizio militare, congedato a causa di una ferita all'anca sinistra e di un'ipertrofia muscolare. È reduce dal fronte libico – esperienza che racconterà nei suoi romanzi il *Diari della Libia* e *Il perduto amore* – dove aveva prestato servizio presso il 303° ospedale da campo di Tecnis. Al momento del contatto con Lippi Francesconi, Tobino si trova a Firenze, assegnato all'ospedale psichiatrico "Chiarugi" dopo un brevissimo periodo di convalescenza nella struttura. Laureato in medicina a Bologna il 4 luglio del 1936, Tobino vince il concorso per medico assistente presso il manicomio di Ancona – concorso al quale si era presentato su segnalazione dell'amico Aldo Cucchi, medico, futuro capo della Resistenza partigiana in Emilia e deputato del PCI – per poi prendere servizio successivamente anche al manicomio di Gorizia. Sul piano scientifico – legato in specie al suo percorso accademico - Tobino porta con sé l'impronta del clima fascistizzato della psichiatria nazionale, anche senza aperta adesione alle politiche psichiatriche del regime. Ne è un esempio il contributo intitolato *Nota storico-statistica sulla paralisi progressiva nel Manicomio Provinciale di Ancona*, in cui Tobino tenta di spiegare i dati statistici relativi alle morbosità riscontrate durante il suo periodo di permanenza nel manicomio marchigiano.[690] Nel descrivere il «morbo dai segni di mille colori» – così ribattezza la paralisi progressiva – affiora un Tobino segnato da una prospettiva perlomeno "conservatrice" riguardo al rapporto tra la vita urbana e la campagna, erede di una lunga tradizione della psichiatria – sistematizzata da Lombroso - che il fascismo aveva fatto propria. Tobino individua, infatti, le radici della malattia paralitica nel degrado morale e sociale delle società industriali, in contrapposizione al mondo rurale. La città, luogo dell'"alienazione" e della dissoluzione dei legami sociali, appare contrapposta alla campagna, celebrata – in sintonia con la retorica del regime – quale presidio dei valori autentici della nazione. Secondo Tobino, il ritmo frenetico e disumanizzante della società meccanizzata conduce alla liquefazione dei principi fondanti della comunità, alimentando confusione sociale e instabilità politica su scala mondiale:

> a noi sembri che se mai si dovrebbe accusare la confusione politica e sociale mondiale piuttosto che la civiltà, infatti non si possono dire civili nel senso vero della parola quei paesi che sono dominati dalla così detta «civiltà

689 APLu, AC, *Carteggio e Atti*, prot. n. 331, 1942.

690 M. Tobino, *Nota storico-statistica sulla paralisi progressiva nel Manicomio Provinciale di Ancona*, estratto da "L'ospedale Psichiatrico". Rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, anno VII, fasc. V, Napoli, Bianchi, 1939.

> meccanica», la quale, mettendo la macchina al di sopra dell' uomo, porta in genere ad abbandonare o a falsare quelle leggi e quegli antichi costumi che sono sempre stati la base su cui poggia la vera civiltà, a queste eterne leggi e costumi sostituendo la provvisorietà, lo smodato desiderio di piaceri e di sensazioni, il gusto per una vita turbinosa e superficiale, creando così quel modo di vivere che, secondo diversi autori, rappresenterebbe una delle maggiori cause predisponenti alla paralisi progressiva. (p. 5)

Anche nell'interpretazione eziologica dell'altra grande patologia che affolla i reparti manicomiali – la psicosi sifilitica – Tobino si affida a una chiave di lettura fondata su un canone morale conservatore. La spiegazione si innerva infatti di richiami a un mondo rurale trasfigurato in acquarellatura idilliaca, innalzato a baluardo morale contro «l'abbandono della vita semplice», unico modello in grado di preservare la società dalle malattie viziose del secolo.

> I marchigiani sono individui in genere di carattere dolce, parchi nel mangiare, misurati nei divertimenti, lontani da ogni bizzarria, contenti del proprio stato, facili ad essere guidati, non desiderosi di avventure, da secoli dediti, eccetto piccoli gruppi abitanti in note cittadine, alla semplice vita dei campi, di intelligenza normale; ottimi lavoratori, specie se indirizzati con senno e con energia, e loro massima caratteristica consiste nell'intraprendere un lavoro dedicando a questo più che la loro intelligenza il loro amore. Girando per le Marche si incontrano paesini ridenti, antichi, circondati da lievi colline, leggere valli, dove i campi sono tenuti alla perfezione.

Non sarebbero, dunque, le condizioni materiali della modernità industriale – turni estenuanti, organizzazione del lavoro, alcolismo – a spiegare la diffusione della malattia, quanto piuttosto, secondo Tobino, la perdita dei valori tradizionali.[691] Si tratta di una visione intrisa di passatismo e perfettamente in sintonia con il clima politico del ruralismo fascista, che trasfigura la campagna in un luogo di armonia e moralità, cancellandone però le contraddizioni storiche.[692] La durezza dell'esistenza contadina e le lotte sociali che avevano attraversato le campagne italiane vengono obliterate, sostituite da un'immagine cartolinizzata e rassicurante della società rurale. Eppure, proprio le Marche furono tra le regioni più conflittuali d'Italia, teatro di scioperi durissimi durante il biennio rosso, espressione delle condizioni di vita insostenibili cui erano sottoposti mezzadri e braccianti.[693] E ancora, nel 1940, esce un contributo di Tobino nel quale il medico – in piena continuità con il paradigma di terapia shock e somatica – racconta gli effetti benefici dell'insulina-terapia applicata su alcuni pazienti del manicomio d'Ancona.[694] Pur non avendo avuto negli anni del regime legami con gruppi clandestini antifascisti né partecipando direttamente ad azioni contro il fascismo, tuttavia, Tobino esprime un documentato ed intimo senso di insofferenza nei confronti del regime, stimolato dall'amicizia stretta negli anni dell'università con lo stesso Cucchi e con Mario Alberto Pasi – futuro

691 A. Valeriano, *Malacarne*, pp. 118-119.

692 Sul tema cfr. A. Di Michele*, I diversi volti del ruralismo fascista*, in «Italia Contemporanea», n. 199. 1995, pp. 244-267

693 cfr. R. Giacomini, *La rivolta dei bersaglieri e le giornate rosse*, in «Quaderni del consiglio regionale delle Marche», 2010, p. 245; Scontri violenti tra braccianti senza lavoro e latifondisti sostenuti dalle forze dell'ordine si verificarono in quei giorni a Gioia del Colle. Cf. *I fatti di Ancona, Terni e Gioia del Colle alla Camera, e Ancora i fatti di Gioia del Colle. La sanguinaria reazione dei contadini*, in "La Tribuna", domenica 4 luglio 1920.

694 M. Tobino, "I risultati ottenuti con l'insulina e la cardiazolterapia in cento casi di schizofrenia, in Rassegna di Studi Psichiatrici, vol. XXIX, fasc. 1, gennaio-febbraio 1940, pp. 96-124

partigiano e commissario del comando unico del CLN bellunese, torturato ed ammazzato dai tedeschi nel '45.[695] È questo sentimento, legato all'esperienza maturata a Maggiano, che condurrà Tobino, tra il marzo e il settembre del 1944, a intrecciare rapporti con gruppi di opposizione antifascista della zona della Versilia – si dirà felice Tobino, nel suo diario personale, di «essere stato modesto partigiano»[696], insignito di medaglia di riconoscimento nel 1961[697]. La critica al sistema di organizzazione provinciale e, più in generale, alla rigidità del regime affiora, tra il 1943 ed il 1944, in maniera sempre meno velata e sempre più insistente nelle cartelle cliniche e nelle annotazioni sul progressivo sfaldamento del manicomio.[698] «Ho perso vent'anni a odiare il fascismo»[699], annoterà nel suo diario personale, pochi anni dopo il crollo del regime. Una distanza dal fascismo – culturale e antropologica, prima ancora che politica – che costituirà un tratto costante della prosa tobiniana e che si tradurrà in una radicale estraneità a tutti quei "soggetti" antropologici prodotti dal regime: ras locali, arrampicatori sociali, squadristi da bastone, letterati da propaganda, piccoli burocrati (come nel caso della dottoressa Spagna, nella cartella clinica di Maria). In questi Tobino riconosce il trionfo della piaggeria e della mediocrità, un universo che suscita in lui insofferenza viscerale. Un retroterra emotivo dal quale nasceranno molte delle sue opere, tra cui *Bandiera nera*, feroce e icastica rappresentazione del fascismo di provincia, fatto di piccoli gerarchi e dinamiche asfittiche. Sono pensieri istintivi quelli di Tobino contro il fascismo, mossi, innanzitutto, da un risentimento nei confronti della società borghese, accusata d'aver finanziato e messo al governo i fascisti, e che, incapace di riconoscere i propri limiti culturali, ha accettato e delegato alla violenza del regime la repressione di ogni critica e la salvaguardia dei propri privilegi di classe. Dirà Tobino: «Odio i ricchi, a qualsiasi partito appartengono».[700]

5.2 «La fame cronica sconosciuta agli uomini liberi»[701]: defedamenti, cachessia, deperimento organico. La fame del 1941-1943

Allo scoppio della guerra la situazione annonaria nazionale versa già in pessime condizioni, ma i primi due anni di conflitto si rivelano tragici per il paese: a segnalarlo è lo stesso Ministero

695 L'amicizia dei tre è raccontata nel romanzo *I tre amici* (Milano, Mondadori, 2014); cfr. anche V. Babini, Liberi tutti, op. cit, pp. 112-113.

696 AdFMT, *Diario di Tobino*, *Sicilia* (continuazione del precedente quaderno N° venti), 19-7-1953.

697 AdFMT, *Diario di Tobino*, 15-11-1961: «Ieri l'altro mattina il carabiniere distintissimo che di solito frequenta la segreteria del manicomio per suo servizio di scartafacci, mi si è presentato e mi ha detto: – Ho qualcosa per lei –. Erano due medaglie: per la Libia e quella per il partigiano».

698 M. Marchi, *La resistenza nel Diario di Mario Tobino* e M. Villano, *La vera storia del Clandestino. Letteratura e storia nei "Promessi sposi" del Novecento*, in M. Cioni (a cura di), «Tobino e Bologna. Nuovi itinerari tra medicina, letteratura e storia», Emil di Odoya, Bologna, 2022, pp. 161-176 e 197-212.

699 AdFMT, *Diari di Tobino*, 28-4-1950

700 AdFMT, *Diario di Tobino*, 11 agosto del 1946.

701 P. Levi, *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino 1989, p. 61.

dell'Agricoltura e delle Foreste. Il Ministero calcola che tra il 1941 e il 1942 i consumi mensili medi di grano, granturco e riso crollano di oltre il 40% (da 480.000 tonnellate si scende a poco più di 290.000).[702] Se si confrontano i dati con quelli del 1939, la caduta sfiora il 50%: dalle quasi 5 milioni di tonnellate annue di grano consumate si passa alle sole 2 milioni e seicentomila del 1942. Questo tracollo produttivo trascina con sé l'intero settore alimentare,[703] producendo vistose ricadute anche sul consumo calorico quotidiano: nel giro di pochi anni la dieta media degli italiani perde circa 700 calorie al giorno (2.905 nel 1930 contro le 2.238 del 1942).[704] Le conseguenze di questo impoverimento, pur colpendo l'intero paese, non si distribuiscono in maniera omogenea tra territori e gruppi sociali. Si rivelano particolarmente gravi, ad esempio, per i degenti degli istituti manicomiali, dove alle mense arriva con sempre maggiore fatica il minimo indispensabile alla sopravvivenza.[705] Con il peggiorare dell'andamento bellico, anche la situazione alimentare del paese si aggrava ulteriormente: in proporzione all'inasprirsi delle politiche annonarie cresce la preoccupazione dei direttori degli istituti psichiatrici, già alle prese con difficoltà di approvvigionamento. Già alla fine del 1940 la produzione di grano, vino, castagne e olio registra un drastico calo in tutta la Lucchesia.[706] Molteplici sono i fattori che determinano il crollo della produzione: in primo luogo l'estrema frammentazione della piccola proprietà terriera, che spezzetta il suolo coltivabile e ostacola ogni tentativo di concentrare in senso estensivo e intensivo gli sforzi agricoli. Nella provincia di Lucca, su circa 48.000 famiglie impegnate nell'economia rurale, quasi 38.000 appartengono a piccoli proprietari, con rendite modeste e terreni poco produttivi. A peggiorare la situazione contribuisce l'avvio della mobilitazione di manodopera civile destinata alle fabbriche tedesche, che sottrae ulteriori braccia all'agricoltura. A ciò si somma il richiamo alle armi, che prosciuga ulteriormente le risorse umane indispensabili al lavoro nei campi.[707] Gli echi di queste ristrettezze economiche e annonarie raggiungono presto – come dicevamo - anche il manicomio. Nei primi mesi del conflitto, tuttavia, non si registrano forme di impoverimento straordinario: il direttore medico lamenta

---

702 Nicola Gallerano, *Crisi di regime e crisi sociale*, in Gianfranco Bertolo (et al.), in *Operai e contadini nella crisi italiana del 1943-1944, Milano*, Feltrinelli, 1974, pp. 50.

703 Ministero per la Costituente, *Rapporto della commissione economica,* II (Industria), 1, Roma, Istituto poligrafico dello stato, 1947, pp. 18-19.

704 N. Gallerano, *Crisi di regime e crisi sociale*, op. cit., pp. 51.

705 Una delle maggiori difficoltà riscontrate dagli istituti psichiatrici è, ad esempio, il fatto che molti tra i malati degenti sono stati ricoverati prima della normativa del 1941 sul razionamento alimentare, ciò comporta che questi siano sprovvisti di tessera annonaria. Questa dinamica produce un clima di continuo contrasto tra le direzioni mediche e le province che calcolano il quantitativo necessario per le richieste alimentari sulla base del numero totale delle tessere presenti all'interno della loro unità amministrativa. Nel 1941 nel manicomio di Lucca si segnalano circa un migliaio di malati sprovvisti di tessera annonaria, molti dei quali anche tra quelli internati dopo il 1941. Tuttavia la normativa riguardo l'approvvigionamento alimentare degli istituti psichiatrici non è puntualmente normata, dato che non in tutte le province gli istituti sono tenuti a trasmettere le tessere annonarie dei propri ricoverati alla provincia: ad esempio la provincia di Siena si serve, per calcolare il quantitativo alimentare da fornire al San Niccolò, del numero degli internati totali regolarmente trasmesso dalla Dirigenza dell'istituto a cadenza mensile e non sul numero delle tessere annonarie registrate.

706 G. Pardini, *La guerra e la repubblica sociale italiana*, op. cit., p. 16.

707 *Ivi*, p. 49.

continuamente la carenza di organico e le difficoltà materiali, ma queste appaiono, almeno inizialmente, come un proseguimento di problemi strutturali già da tempo radicati. La penuria, infatti, costituisce una costante della storia manicomiale. A ciò si aggiunga che, da sempre, la provincia, più attenta al pareggio di bilancio che al funzionamento dell'istituto, lascia l'ospedale psichiatrico in uno stato di cronico sottofinanziamento. Già prima della guerra si moltiplicano le denunce sul degrado delle corsie, provenienti persino dagli stessi ricoverati. Negli anni immediatamente precedenti il conflitto si assiste, ad esempio, a una drastica riduzione della razione di pane, che impoverisce ulteriormente la dieta degli internati. Il cibo in manicomio è scarso, monotono, di qualità discutibile, e la dieta stessa è parte integrante del dispositivo disciplinare che regola la vita interna – un aspetto particolarmente detestato da molti pazienti. Lo dimostra il caso di Ettore:[708] ricoverato nel 1931 dopo un tentativo di suicidio per asfissia da stufa a carbone, e diagnosticato come epilettico in seguito alle esperienze traumatiche della Grande Guerra, nel marzo del 1933 egli scrive una lettera alla moglie per denunciare le condizioni durissime delle camerate e implorare di poter tornare a casa:

> Adesso ti dico che qua si muore di bile e di pensiero e di fame perché qua si mangia continuamente minestra sull'aqua [sic], fagiuoli e baccalà e tutto senza una stilla d'olio proprio sensa [sic] condire e si stà proprio nel sudiciume avete capito brutte faccie [sic] di Diavoli! [riferendosi alla moglie e alla cognata].

Le morti per deperimento organico e decadimento delle funzioni vitali costituiscono una costante della vita manicomiale.[709] Ma già allo scoccare del primo anno di guerra la cronica condizione di carenza giunge al parossismo: le ristrettezze economiche e alimentari toccano un punto di non ritorno. È in questo clima, segnato da tensioni crescenti e da una pressione insostenibile, che Lippi Francesconi sembra prende progressivamente le distanze dal regime, disarmato dall'evidenza che anni di proclami e propaganda ormai si sono liquefatti e il risultato è una inevitabile catastrofe umanitaria in istituto. Quello di Francesconi è un disamoramento percepibile – mai espresso direttamente – dal tono delle carte che continuamente spedisce ai vertici della provincia, facendosi latore di una protesta che si fa via via sempre più vibrante: il direttore medico denuncia con insistenza le condizioni al limite del collasso in cui versa l'istituto. La cartella clinica di Carlo è emblematica di questo sentimento che ormai Francesconi trattiene a fatica.[710] Carlo muore il 9 giugno 1942, ma il decesso viene comunicato con ritardo di qualche giorno all'ufficio comunale di Lucca, circostanza che apre un procedimento a carico dello stesso direttore. Interrogato dal giudice istruttore, Lippi Francesconi – saturo di responsabilità alle quali ormai non può più dare agio - descrive un manicomio ormai prossimo all'implosione, schiacciato da una carenza senza precedenti di infermieri e di mezzi di sussistenza:

---

708 ASLu, OP, *CC*, fald. 372, c. 209.
709 V. Fiorino, *Matti. Indemoniate e vagabondi*, op. cit., p. 82.
710 ASLu, OP, CC, fald. 411, c. 46.

> effettivamente necessaria economia di guerra questa direzione ha ridotto il servizio dell'Autista-commissionario dell'Istituto, ad un solo viaggio quotidiano, che per necessità di servizio […] si deve svolgere nelle ore del mattino e precisamente dalle 8:00 alle ore 13:30. […] 2) molto spesso, per ovviare agli inconvenienti di quei ritardi, ho distaccato dal delicato servizio di assistenza e di vigilanza un infermiere per portare la denunzia allo stato civile. Da molto tempo questa possibilità mi è oltremodo ostacolata per la grave difficoltà di distogliere un infermiere dal già ridotto servizio di custodia, dato l'imponente numero di richiamati (circa un centinaio) Ho molte sezioni ciascuna con un complesso di circa 200 alienati, affidate a due soli infermieri […] Ad un istituto provinciale, la cui Direzione ha sempre curato di ottemperare con la più sottile esattezza alle disposizioni di Legge, può essere concessa qualche eccezione, senza che si debba vedere giungere, per le sanzioni richieste dall'impiegato comunale, il Maresciallo dei Carabinieri o addirittura il Procuratore del Re Imperatore?

Il tema della fame, presto, diventa cartina di tornasole della disaffezione al regime e per Lippi Francesconi assume una valenza etica lacerante. Tra il 1941 e il 1945 le morti per deperimento organico, cachessia ed enterocolite – ovvero infezione intestinale - si contano a centinaia: numeri impressionanti, che alimentano uno stato crescente di rabbia e di progressivo distacco dal regime, persino tra i fascisti più fedeli.

Va subito chiarito che, però, quello di Lucca, tuttavia, non è un *unicum*, ma è un capitolo di quello che Gérard Clavairoly definisce «le génocide par l'oubli»[711], riferendosi alle oltre duemila morti per fame tra gli internati dell'hôpital du Vinatier, vicino a Lione, durante la guerra e l'occupazione nazista. Il caso lucchese si inserisce, infatti, in un quadro europeo più ampio di sterminio per inedia degli alienati iteranti: nella sola Francia di Vichy sono oltre quarantamila gli alienati che muoiono di fame negli ospedali psichiatrici.[712] È quella che nella storiografia francese prende il nome di «extermination douce»[713] – uno sterminio dolce, "gentile" - quello che si fa nei loro confronti, che non ricorre alla violenza delle camere a gas, alle deportazioni o alle fucilazioni delle SS, ma che si presenta nondimeno come una forma di annientamento: la rimozione del cibo da un luogo dal quale non si può uscire. Questa prospettiva è senz'altro utile e necessaria per collocare il fenomeno nel contesto della guerra, rendendo ragione – la parola *extermination* come termine di paragone quantitativo - delle proporzioni delle morti e delle violenze perpetrate dalle forze occupanti contro i civili. Tuttavia, almeno per quanto riguarda il caso italiano - e quello lucchese in particolare

711 G. Clavairoly*, Le génocide par l'oubli*, in «Le Progrès», 8 dicembre 1981

712 Pierre, Bailly-Salin, *The Mentally Ill Under Nazi Occupation in France*, in «International Journal of Mental Health», Vol. 35, No. 4, in «The Holocaust and the Mentally III: Part II: Starvation» (WINTER 2006-7), pp. 11-25; M. Caire*, Un établissement du dispositif de la Seine. L'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche*, in (a cura di) I. von Bueltzingsloewen, «"Morts d'inanition" Famine et exclusions en France sous l'Occupation», Presses Univ. de Rennes, 2005, p. 95-108; *idem*, *À propos de l'hécatombe par carence dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Comité de lecture du 22 octobre 2005 de la Société française d'Histoire de la Médecine; O. Bonnet-C. Quétel, *La surmortalité asilaire en France pendant l'Occupation*, in «*Nervure*», IV, 2, 1991, p. 22-32.

713 M. Lafont*, L'extermination douce: la mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le Régime de Vichy*, Ligné, AREFPPI, 1987. La monografia è ampliamento della tesi di dottorato in medicina di M. Lafont *Déterminisme sacrificiel et victimisation des malades mentaux. Enquête et réflexions au sujet de la mortalité liée aux privations dans les hôpitaux psychiatriques français pendant la période de la seconde guerre mondiale* (Université de Lyon), ottobre 1981.

- non emergono documenti che attestino una pianificazione scientifica o programmatica dell'eliminazione degli alienati in quanto "nemici" o come peso morto di cui disfarsi. Più che un progetto di sterminio, sembra, piuttosto, agire, qui, una logica di annientamento *douce* che è insita nella conduzione stessa della guerra: le risorse e tutto ciò che è considerato utile vengono sistematicamente dirottati verso i punti di forza dell'apparato statale - nodi industriali, infrastrutture militari, sistemi logistici - ritenuti cruciali per sostenere il conflitto. È chiaro che sotto questo modo di organizzare l'intero assetto delle risorse soggiaccia una indifferenza che è tanto colpevole quanto la deliberata specifica volontà di sterminio della popolazione manicomiale, se non altro perché questa indifferenza nei confronti delle vite degli internati è motivata dall'idea chiara che esista una "gerarchia delle vite" e che quella di un ricoverato psichiatrico valga meno delle vite degli occupanti nazisti. Nel caso dei manicomi, infatti, questa legge del più forte – a cui spinge la mancanza di risorse - trova una risonanza ancora più profonda, sia sul piano pratico che su quello ideologico-psicologico, radicata nella concezione stessa che le società hanno elaborato nei confronti dei malati di mente e degli obblighi che la società stessa sente di avere nei confronti dei ricoverati. Per oltre un secolo, infatti, l'immagine dei ricoverati che circola nella narrativa, nell'opinione pubblica, nella politica e persino nella letteratura scientifica è quella degli «infelici», degli «sventurati», ultimi nella scala del darwinismo sociale che governa la vita collettiva. Nei loro confronti la società assume sostanzialmente due atteggiamenti: da un lato, quello della pietà, del paternalismo sociale, una compassione miserevole che si traduce nel «diritto-dovere dei dotti, dei dirigenti» di gestire non solo loro, l'intero corpo sociale, «anche a vantaggio delle masse subalterne [e dei ricoverati in questo caso]» [714]; dall'altro, quello della repressione, che colpisce i malati percepiti come pericolosi o come fonte di pubblico scandalo. In entrambi i casi si riconosce, tuttavia, una minorità morale, un ruolo di appendice sociale – degenerata e anormale – attaccata agli organi vivi della società. La guerra incrina e, di fatto, smaschera l'ipocrisia caritatevole, tirando le fila della gerarchia sociale nella maniera più brutale: i ricoverati non sono considerati uguali agli altri e la differenza la si ritrova, ora, nel piatto del pranzo e della cena. Quando lo stato fascista deve stabilire a chi destinare le risorse e dove tagliare le spese, la logica conseguenza è che il peso di questa politica ricada innanzitutto sui civili, e tra questi ultimi i ricoverati in manicomio finiscono per occupare il gradino più basso. Non si tratta di un annientamento scientificamente pianificato – benché più di un dubbio di complicità aleggi attorno ad alcune disposizioni governative sugli approvvigionamenti, che i medici stessi contestano – ma di una tragedia umanitaria ampiamente prevedibile alla luce delle condizioni di vita degli internati. Si tratta spesso di anziani alla fine del percorso di vita, di malati cronici segnati da alcolismo, di tubercolotici

[714] Cfr. F. Giacanelli, *Un nuovo quadro professionale della borghesia nel secolo diciannovesimo: il personaggio dello psichiatra tra filantropia medica e controllo sociale*, in «Rivistra Sperimentale di Freniatria», vol. 104, 1980, pp. 926.

o sifilitici, sui quali l'aggiunta della fame produce un incremento inesorabile della mortalità. Tutto ciò porta a vivere nelle camerate – testimoniate soprattutto nel caso francese - raccapriccianti scene di sopravvivenza.[715] Ma le somiglianze tra il caso italiano e quello francese sono impressionanti soprattutto nei numeri: i numeri delle calorie, dei grammi di pane, della farina, della carne, coincidono quasi perfettamente e restituiscono con crudezza la dimensione della tragedia. Nell'agosto del 1941, i pazienti francesi ricevono in media circa 250 grammi di pane e 15 di grasso al giorno, 150 grammi di carne e 40 di formaggio a settimana, con appena 500 grammi di zucchero al mese: valori che si rivelano sorprendentemente simili a quelli degli ospedali psichiatrici italiani. Identica, al di là degli steccati nazionali, resta la logica che governa la scelta tra chi far sopravvivere e chi condannare: la medesima *ratio*, come vedremo, che impone la divisione tra malati lavoratori e non lavoratori, tra chi può ancora rendersi utile e chi, più fragile, soccomberà per primo alla penuria.

Nell'autunno del 1941 circola la voce che il governo stia preparando un nuovo decreto per ritoccare ulteriormente – e al ribasso – le già misere razioni. Le direzioni manicomiali, fino a quel momento passive esecutrici delle direttive ministeriali, non riescono più a nascondere le loro perplessità di fronte a politiche annonarie che minano la sopravvivenza stessa degli istituti. Tra i primi a prendere posizione è proprio Lippi Francesconi. Il 3 ottobre scrive al Commissario prefettizio di Lucca, esprimendo tutta la sua preoccupazione per il futuro dell'istituto e per la sorte dei ricoverati:[716]

> Mi permetto di sottoporre alla Vostra benevola attenzione lo stato di cose che viene instaurandosi in questo Istituto a seguito della riduzione della farina di pane. Secondo le più recenti disposizioni si dovrebbe portare la razione di pane per ogni ricoverato ai 100 gr. giornalieri. Per un precedente assenso [del] Prefetto, la razione di pane fino ad oggi era stata stabilita in gr. 450 per la Divisione Maschile, in gr. 350 per la Divisione Femminile e in gr. 300 per il personale convivente. Tale maggiorazione per gli ammalati era stata concessa in considerazione [del fatto] che mal si sopperiva alla scarsezza del pane con gli altri generi, di cui è resa difficilissima la fornitura (farina di mais, patate ecc.).

A interessare il medico è in special modo la condizione dei: «circa 700 ricoverati fra uomini e donne [che] sono adibiti alle varie lavorazioni, indispensabili per la vita dell'Istituto stesso» necessari al funzionamento dell'istituto, sui quali è necessario investire in termini di risorse. Prosegue Lippi Francesconi, nella lettera, che le nuove norme impongo di ripensare – con meno risorse - alcuni pasti giornalieri come la colazione: «Occorre pensare che, per esempio al mattino, la colazione è rappresentata unicamente dal pane con una razione assai limitata di latte e surrogato di caffè». Oppure la merenda, ridotta alla mera distribuzione di un po' di pane, al fine di garantire: «che ai due pasti del mezzogiorno e della sera restasse integra la razione di 100 gr. di pane a pasto». La lettera si conclude con la preghiera di agire e fare pressioni sull'annona pubblica al fine di evitare la catastrofe

---

715 I. von Bueltzingsloewen, *Les aliénés morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques francais suos l'occupation, Vingtième Siècle*, in «Revue d'histoire», 76, octobre-décembre 2002, p. 100-101.

716 La lettera è contenuta in Archivio di Stato di Lucca, *Ospedale Psichiatrico*, Ammessi e Malati (d'ora in avanti ASLu, OP, OP, AAMM), *Elenchi degenti 1940-1945 per l'annona,* b. 211, 3 ottobre 1941.

umanitaria: «tenendo presente – conclude - lo specialissimo tipo di conviventi, di cui Vi parlo, e quindi la grande delicatezza del mio compito direttivo». Lo stesso 3 ottobre Lippi Francesconi riprende un vecchio uso del predecessore Cristiani e invia una circolare agli ospedali psichiatrici di Verona, Siena, Trento, Napoli, Ancona, Brescia, Bergamo, Udine, Reggio Emilia, Parma, Bologna, Volterra, Arezzo, Genova, Quarto e Firenze, chiedendo notizie sulla razione quotidiana di pane concessa ai ricoverati. Non lo dichiara apertamente, ma l'intento è chiaro: raccogliere dati per suffragare la propria richiesta di aumento della farina. Le risposte giungono in rapida sequenza: il 6 ottobre Arezzo indica 450 grammi per i malati e 350 per il personale; Brescia attende disposizioni ma distribuisce 170 grammi per ogni ricoverato comune e 255 per i lavoratori; Reggio Emilia segnala 200 grammi in via provvisoria. Il 7 ottobre Parma comunica 300 grammi, Volterra e Verona distinguono tra 200 grammi per malato "esausto" – ovvero non lavoratore - e 400 per lavoratore, mentre Ancona si attesta a 200 grammi, nonostante la richiesta di aumento a 300 per i degenti e 400 per il personale. L'8 ottobre Udine chiude la serie, confermando 300 grammi per malato.[717] Forte di questi numeri, Lippi Francesconi comincia a sollecitare con insistenza un aumento della quantità di farina pro capite destinata a ciascun malato. La riduzione dei pasti quotidiani non rappresenta soltanto un problema di carattere sanitario, ma diventa anche una questione di disciplina interna. In un sistema manicomiale fondato sulla gestione dei "bisogni"[718] e su un meccanismo di premi e punizioni legato all'obbedienza - cioè, sulla totale dipendenza dei ricoverati dall'istituto per la soddisfazione delle esigenze quotidiane e per la stessa sopravvivenza, che costituiva il nucleo del potere medico in corsia - l'indigenza finisce per incrinare l'intero impianto disciplinare. Proprio su questo nodo il direttore Lippi Francesconi torna più volte, sottolineando come la carenza di pane «ha determinato e determina episodiche reazioni violente in questi elementi, così scarsi di potere inibitorio». [719] Con il protrarsi del conflitto e l'acuirsi della crisi alimentare, la vita all'interno del manicomio conosce un progressivo sfaldamento della convivenza. La riduzione delle razioni non si traduce soltanto in un impoverimento materiale, ma provoca continue tensioni, sfociando in proteste e in comportamenti di natura predatoria nei confronti del poco cibo disponibile. A ribellarsi con maggiore frequenza sono soprattutto le donne. Così accade ad Antonina,[720] operaia affetta da schizofrenia e internata nel luglio 1943: nel diario clinico, aggiornato al 30 settembre, si annota che «porta via il cibo alle altre ammalate» e, interrogata sul perché, risponde con disarmante semplicità: «ho tanto appetito». Un bisogno che non nasconde neppure ai suoi familiari: in una lettera del 30 luglio del '43 alla madre afferma

> da due giorni prendo della roba amara me la da la suora, [la] prendo avanti mangiare un compasto che io non so

[717] ASLu, OP, Ammessi e malati, *Elenchi degenti 1940-1945 per l'annona,* fald. 211.
[718] Cfr. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Milano: Einaudi, 1972.
[719] Archivio di Stato di Lucca, *Ospedale Psichiatrico*, Ammessi e Malati (d'ora in avanti ASLu, OP, OP, AAMM), *Elenchi degenti 1940-1945 per l'annona,* b. 211, 3 ottobre 1941.
[720] ASLu, OP, *CC*, fald. 465, c. 121.

> spiegare e allora mamma con questo avrei [bisogno] di gran custodimento uova, latte mi sentirei di prendere, no come qui [che] ci danno pane, cipolle roba grossolana un po' di carne un po' di latte ridotto ai pasti e altro non ci danno.

Maria[721] è internata a Maggiano per delirio di persecuzione e psicosi paranoide nel luglio del 1944. Nel diario clinico, aggiornato al 13 luglio, si legge: «Oggi nel tempo della dispenza [sic] si è ribellata dicendo che ci deve avere mezzo chilo di pane per conto suo». Un disagio profondo, per una struttura adibita al più rigido controllo sociale e piramidale. In un rapporto del 21 gennaio 1942, indirizzato al Commissario prefettizio, il medico segnala, nuovamente, lo stato della dieta dei degenti:[722]

> Nella piena consapevolezza del duro, quanto glorioso, momento, che attraversa la Nazione mi permetto tuttavia sottoporre alla Vostra attenzione quanto segue, nella speranza che Vi possa essere possibile raggiungere, presso gli Uffici competenti, eventuali modifiche al modo ad alla misura degli approvvigionamenti. I pasti giornalieri stabiliti dalla Tabella dietetica in questo Ospedale Psichiatrico erano in precedenza costituiti da:
>
> 1) una colazione al mattino, con una razione di latte e surrogate di caffè zuccherato e oltre gr. 200 di pane;
>
> 2) un desinare con gr. 200 di pane, minestra in brodo carneo o vegetale o asciutta e una razione di carne di gr. 90 (cruda col1'osso) (per 5 su 14 pasti alla settimana) con contorno di verdura o patate o fagiuoli o polenta; eppure, di pesce salato con lo stesso contorno;
>
> 3) una cena con gr. 200 di pane, minestra o farinata di farina gialla o di farina di castagna o un piatto di patate e fagiuoli.
>
> Ai lavoratori, che rappresentano quasi il 50% dei ricoverati, veniva data anche una merenda nel pomeriggio, consistente in gr.100 di pane con marmellata o olive indolcite o castagne ecc. Inoltre, detti lavoratori avevano la carne anche alla sera. Si aggiunga il consumo di circa 10.000 uova al mese per le diete speciali, preparazione di pietanze, diete di sovralimentazione ecc. Il fabbisogno medio giornaliero di pasta o riso si aggirava intorno ai Kg.200. Quello delle patate sui Kg. 300- Quello dei fagiuoli sui Kg.70 se per confezioni di minestre, sui Kg.180 se per confezioni di pietanze. Quella settimanale di baccalà in circa Kg.150 (divisi in due pasti alla settimana). Inutile dirvi che pane, pasta, riso, patate e fagiuoli costituiscono la base alimentare dell'imponente complesso dei ricoverati che negli ultimi 10 anni ha oscillate sempre fra le 1500 le 1800 presenze e che il baccalà rappresentava un ottimo complemento alimentare.

Il rapporto si conclude con un impietoso resoconto sulle scadenti qualità del cibo somministrato e il conseguente vertiginoso aumento delle morti:

> Sia per l'osservanza alle disposizioni attuali, sia per la forte irregolarità e discontinuità delle assegnazioni fatte dagli Uffici competenti, è avvenute che, essendo la nostra Dispensa senza riserve, ci siamo trovati nella necessità non solo di ridurre globalmente e grandemente le razioni individuali, ma spesso siamo stati costretti a sopperire ai pasti mancanti con generi di fortuna. Per farvi un esempio non di rado il desinare ha consistito in una minestra di pasta cotta nella sola acqua salata, una sardina e un'arancia, il che è scientificamente del tutto insufficiente.

Ma è soprattutto il problema del pane, fondamento della dieta manicomiale, a stimolare a Lippi Francesconi amare riflessioni sul destino dei degenti, su cui tornerà a battere anche nei mesi

---

721 ASLu, OP, *CC*, fald. 471, c. 107.

722 Archivio storico provinciale di Lucca, *Carteggio e Atti,* (d'ora in avanti ASPLu, CAA) prot. N. 39, c. 119, 21 gennaio 1942.

successivi.[723] Nel rapporto del 9 ottobre 1942, indirizzato al capo della provincia, Lippi Francesconi mostra piena consapevolezza della natura del problema, che non risiede soltanto nei ritardi dell'approvvigionamento, ma è soprattutto nei limiti stringenti che il dispositivo manicomiale impone ai ricoverati:

> E' vero che la razione di pane assegnata dalle Superiori Autorità agli alienati è doppia di quella concessa alla popolazione (gram.300), ma è anche vero che all'esterno l'individuo riesce a sopperire in qualche modo alla deficienza del pane, mentre all'interno dell'Ospedale Psichiatrico i ricoverati hanno ben poco per compensare la riduzione quantitativa e qualitativa di quel principale alimento.

La situazione a Maggiano, osserva Lippi Francesconi, è ormai «veramente penosa». Nello stesso rapporto il direttore informa le autorità sull'andamento dei decessi, presentando un prospetto che mostra un incremento allarmante: dalle 113 morti registrate nel 1938 si passa alle 171 del 1941; nel solo settembre 1942 i decessi superano già le 220 unità, raggiungendo a fine anno le 296, con un aumento di circa il 162% rispetto al 1938. Già negli ultimi mesi del 1941 la mortalità aveva subito un'impennata: nel dicembre di quell'anno si contano 24 morti, quasi una al giorno. A completamento dei dati statistici, il rapporto include anche una descrizione delle condizioni cliniche che accompagnano i ricoverati sfiniti dall'inedia, fino all'esito fatale:

> Trattasi per lo più di esiti letali, conseguenti a malattie, il cui complesso sintomatologico è rappresentato da estremo dimagrimento e astenia profonda, edemi alla faccia ed agli arti, diarrea profusa. In genere la malattia dura pochi giorni: si ha all'inizio rapida caduta delle forze, il soggetto deve essere allettato; la morte sopraggiunge in genere senza sintomi clamorosi, per graduale inesorabile decadimento. La forma morbosa è pressoché indominabile dai rimedii chimico-farmaceutici; ricostituenti d'ogni genere, iniezioni d'olio neutro sterile, preparati vitaminici ecc. non danno che scarsissimi risultati.

La scarsità alimentare nei reparti raggiunge un livello tale da costringere il direttore a decisioni di natura estrema, come la valutazione se destinare le poche risorse disponibili a pazienti particolarmente sfiniti, con il rischio di penalizzare il resto degli internati, oppure lasciare che i più gravi soccombano:

> Sono riuscito soltanto ad evitare, in alcuni casi, la scomparsa della malattia vera e propria, istituendo nelle due divisioni, maschile e femminile, una stanza speciale di sovralimentazione, dove faccio passare, per 15-20 giorni, gli elementi più defedati, che vengono nutriti con dosi d'alimenti cospicue, naturalmente però a svantaggio dei quantitativi giornalieri della massa.

La morìa è facilmente riscontrabile consultando i faldoni delle cartelle cliniche relativi agli internamenti durante il periodo bellico. Nel faldone 466, che documenta gli ingressi dell'agosto 1943, si registrano 18 decessi su 31 cartelle (circa il 58%); tutti i pazienti deceduti, ad eccezione di un caso, non superano l'anno di degenza. Le principali cause di morte sono enterocolite, cachessia, deperimento organico o un generico «marasma». Analogamente, nel faldone 465, relativo ai ricoveri

[723] APLu, AC, prot. N. 39, c. 1473, 9 ottobre 1942.

del luglio 1943, si contano 7 morti su 18 cartelle (circa il 43%), con degenze tutte inferiori all'anno. Nel faldone 467 (agosto-settembre 1943) su 35 cartelle si registrano 19 decessi (circa il 54%), anch'essi avvenuti entro un anno e mezzo dall'internamento, con cause analoghe: marasma, cachessia e deperimento organico. I dati del «Movimento generale» per l'anno 1943 confermano questa "sensazione": al 1° gennaio sono presenti 1.334 ricoverati (687 uomini e 647 donne); gli ammessi durante l'anno sono 249 (153 uomini e 96 donne) e i decessi 198 (122 uomini e 76 donne). La maggior parte dei decessi è attribuibile alla combinazione di marasma e cachessia (49 casi, di cui 45 uomini e 4 donne), enterocolite e infiammazione intestinale dovuta alla carenza alimentare (34 casi, 12 uomini e 22 donne) e deperimento organico (20 casi, 14 uomini e 6 donne). Non soltanto Francesconi denuncia la gravità della situazione. Anche i medici di reparto registrano, nei propri diari clinici, il progressivo deperimento degli internati, dando voce a una critica implicita nei confronti dell'assetto alimentare imposto dal regime. È soprattutto Tobino a inserire nelle cartelle osservazioni che lasciano trasparire un atteggiamento di distacco e, al tempo stesso, di denuncia. Nel caso di Fiorella,[724] trentacinquenne epilettica, al suo secondo internamento nell'agosto del 1943, Tobino annota nel giugno 1944: «Si aggrava il deperimento organico. Le condizioni alimentari di queste malate, come molte volte è stato detto e scritto, sono scarsissime». La donna muore pochi mesi dopo, il 10 ottobre 1944, per deperimento organico. Argia,[725] cinquantunenne ricoverata nell'aprile 1939 per accesso melanconico, che muore nel luglio 1944. Tobino descrive la sua lenta consunzione: nel maggio 1943 scrive «enterica. La solita triste malattia da carenza»; nel luglio successivo: «deperita. Dell'enterocolite leggermente migliorata»; nell'ottobre 1943: «continua l'enterite. Il deperimento. Morirà di fame»; e nel marzo 1944: «deperita di più». Il 12 settembre 1944, sette giorni dopo la liberazione della città, nella cartella clinica di Geny, Tobino registra:

> è infatti edematosa, e diarroica – e febbricitante. È venuta a morire di fame in questo reparto. La quasi assoluta mancanza di distribuzione di grassi e di proteine porta nella tomba tutte queste malate. La on. Medica Direzione da mesi e mesi è informatissima della situazione, cioè delle morti, che sopraggiungono a grappoli giornalieri[726]

Non vi è dubbio che sia la fame, frutto della guerra, a determinare la morte di molti internati. In un contesto dove ogni aspetto della vita è rigidamente controllato e la statistica diviene la scienza per governare i padiglioni, le cartelle cliniche offrono una testimonianza puntuale degli stati nutrizionali dei degenti e permettono di confrontare i dati del periodo prebellico con quelli degli anni del conflitto. Il caso di Agostino,[727] ventinovenne di Lammari, è esemplare. Ricoverato una prima volta nel 1936 e una seconda nel 1937, a seguito di un intervento dei carabinieri dopo una colluttazione con il padre riportata anche dalla stampa locale, viene sottoposto a perizia psichiatrica da Alberto Vedrani. La

724 ASLu, OP, OP, CC, fald. 467, c. 183.
725 ASLu, OP, OP, CC, fald. 435, c. 64.
726 ASLu, OP, *CC*, fald. 415, c. 264.
727 ASLu, OP, *CC*, fald. 431, c. 151.

diagnosi è di psicosi degenerativa con sindrome schizofrenica. Nella relazione, Vedrani annota inoltre che il paziente si trova in «buono stato di nutrizione, masse muscolari valide e toniche». Cinque anni più tardi, nel settembre 1942, Agostino muore in manicomio per cachessia e deperimento organico. E non vi sono dubbi neppure tra i medici che sia la fame a mietere la maggior parte delle vittime. In un documento datato febbraio 1945, quindi mesi dopo il passaggio del fronte da Lucca, Vedrani – in un clima di certo più libero e disteso di quello che affronta Lippi Francesconi – può affermare senza smentita, in una lettera all'amministrazione provinciale:

> Le ragioni delle numerose morti sono queste: la prima e la più importante è l'insufficienza del cibo. Questa insufficienza alimentare, qualitativa più che quantitativa, è cominciata subito dopo l'inizio della guerra e si è andata sempre più aggravando fino ad arrivare, nel 1942 e in certi giorni assai recenti, ad acuti gradi. Ne viene di conseguenza che i ricoverati non soltanto soffrono dell'insufficienza presente, ma hanno anche il peso della penuria passata.[728]

Inoltre, il peso delle privazioni belliche si intreccia anche con la crescente disorganizzazione dei servizi interni, aggravata dalla riduzione del personale infermieristico che si riverbera sullo stato di sottoalimentazione dei ricoverati. Così accade a Enrico,[729] arrivato in manicomio – su richiesta del Questore di Pistoia - in stato marasmatico per "follia acuta". Enrico aveva spaventato la propria famiglia per l'indifferenza con la quale aveva affrontato i bombardamenti:

> In occasione del bombardamento di Pistoia rimase assolutamente impassibile, mormorando "è tutta una commedia" e non volle muoversi di casa, malgrado le invocazioni dei famigliari atterriti. Rimase con la massima calma a leggere un libro di Massimo d'Azeglio al lume d'una candela.

In istituto gli viene diagnosticata una "demenza precoce catatonica" con negativismo e sitofobia. Rifiuta sistematicamente il cibo, al punto che il diario clinico del 20 gennaio 1944 registra il suo stato marasmatico: per la scarsità di personale, «viene imboccato con ogni cura dall'ammalato Guerri». Muore per deperimento organico dopo pochi giorni. Alle pressanti richieste dell'autunno del '42, il direttore medico dell'ospedale non riceve dalla provincia alcuna risposta concreta: soltanto la vaga promessa di recuperare le gravi mancanze, a condizione di una più stretta collaborazione da parte del direttore stesso. Al danno si aggiunge la beffa. L'11 novembre del 1942, nel pieno della crisi alimentare e senza alcuna misura reale da adottare, il presidente dell'amministrazione provinciale Carmignani ha cura di trasmettere al direttore medico una circolare del prefetto, relativa alla propaganda, che richiede la necessaria iscrizione di Francesconi alla *Società Amici del Giappone*, costituita nel 1938 sotto il patronato del duca di Pistoia e promotrice della rivista *Yamato*. Nella circolare si sottolinea come «tale attività assuma attualmente speciale importanza nel quadro dei

728 ASLu, OP, *AG*, fald. 153, busta 5, plico 1.
729 ASLu, OP, *CC*, fald. 467, c. 200.

nuovi rapporti consacrati nel tripartito e nell'alleanza militare italo-nipponica».[730] È in questo scarto ormai evidente tra la retorica fascista e la concretezza della guerra che si subodora la fine imminente del regime e la tragedia che travolgerà il paese da lì a pochi mesi.

Parallelamente all'aumento dei decessi, tra il 1941 e il 1942 si registra anche una crescita significativa delle dimissioni: dalle 169 del 1941 si passa alle 209 del 1942, proprio nell'anno in cui la carestia comincia a farsi sentire con maggiore evidenza. Di per sé, il numero non è eccezionale: già tra il 1936 e il 1937 le dimissioni si erano attestate intorno alle duecento unità, per poi calare nel triennio 1938-1940, quando oscillano tra le 150 e le 170. La vera novità non risiede quindi nella quantità complessiva, quanto piuttosto nella "geometria" delle dimissioni. Nel 1937, ad esempio, la stragrande maggioranza dei casi riguardava dimissioni in custodia (141 su 209), mentre le guarigioni erano soltanto 22. L'anno successivo, su 136 dimissioni, appena 4 furono registrate come guarigioni, a fronte di 98 dimissioni in custodia e 34 in esperimento o in prova. Durante la guerra, invece, le proporzioni cambiano sensibilmente: nel 1942 le dimissioni per guarigione salgono a 59, lo stesso numero di quelle in custodia, cui si aggiungono 61 in esperimento; nel 1943, su 158 dimissioni totali, le guarigioni sono 58, le custodie 39 e gli esperimenti 29. È difficile interpretare questo mutamento come il riflesso di un miglioramento clinico. Molto più plausibile è leggerlo in relazione al contesto storico e sociale. La dimissione in custodia o in prova presuppone infatti che la famiglia sia disposta e in grado di assumersi la responsabilità del malato. In un'epoca di disgregazione come quella bellica, segnata da privazioni e dall'assenza di molti uomini richiamati al fronte o inviati al lavoro coatto, entrambi i presupposti risultano difficili da soddisfare. Di conseguenza, la direzione dell'ospedale ricorre con maggiore frequenza alla formula della guarigione: una via d'uscita che consente di liberare il paziente dal vincolo manicomiale senza attendere l'assenso della famiglia e, soprattutto, senza imporre a quest'ultima oneri insostenibili, inoltre la dimissione in custodia prevede una forma di monitoraggio del paziente dimesso da parte della medica direzione, che, ormai, non può più essere garantito in alcun modo. È una sorta di libera tutti per salvare i pazienti dalla morte certa. Si tratta, infatti, di una strategia che mira ad accelerare le pratiche di dimissione in un momento in cui la morte per inedia rischia di sopraggiungere prima ancora della formalizzazione burocratica.[731] In questo quadro si collocano numerose vicende individuali, che restituiscono con forza il dramma vissuto dalle famiglie, costrette a misurarsi quotidianamente con la scarsità di risorse e con il tempo che, in quegli anni, diventa un bene prezioso. Della cartella di Foscarina,[732]ad esempio, rimane soltanto la lettera del marito, soldato al fronte, che chiede a Francesconi di dimetterla in custodia ai suoceri

> che gli voglion tanto bene […] Avrei piacere se lei Signore Professore lo permette di rendergliela senza fare la

730 ASLu, OP, AG, fald.150, fasc.6, plico 9.
731 Sul tema delle "dimissioni forzate" cfr. P. Giovannini, La psichiatria di guerra, op. cit., pp. 58-59.
732 ASLu, OP, CC, fald. 433, c. 289.

> dimanda, sennò poveri vecchi gli toccherebbe impazzare troppo. Gli unisco qui busta e francobollo (marzo 1939).

In effetti il 23 aprile 1939 il direttore comunica la possibilità di dimessa "al marito e al padre" ma la precarietà economica impedisce un immediato ricongiungimento. Foscarina morirà nel 1943 per deperimento organico. Storia simile è quella di Ivo,[733] nato nel 1908 e internato il 16 dicembre 1935 per ordine del pretore di Lucca. Arruolato nella Guardia di Finanza, durante il servizio manifesta i primi sintomi di schizofrenia, che portano alla sua riforma e al ricovero in manicomio. Inizialmente internato a Cogoleto, viene poi trasferito a Genova e successivamente a Firenze, da dove esce nel 1932 già in condizioni di grave debilitazione fisica. La scheda clinica registra fin dall'inizio "deliri di persecuzione", collegati all'ambiente della caserma, che avrebbe acuito le sue inclinazioni paranoiche. Rientrato a Lucca, viene nuovamente ricoverato. Il 28 aprile 1943 la madre, dopo aver fatto visita al figlio in manicomio, scrive al direttore Lippi Francesconi una lettera in cui afferma:

> nel visitare il disgraziato mio figlio […] ho profondo dolore, constatato il suo gravissimo deperimento fisico tale da far prevedere la misera sua fine, da un momento all'altro. […] Eppoiché, questo suo accelerato deperimento si deve allegare, indubitamente, alla deficienza del nutrimento, Osa pregarvi ancora di trovar modo che questi gli venga migliorato. È una Madre che ve lo chiede e che geme sotto il peso del più acerbo dolore

Non vi è tuttavia il tempo di prendere in considerazione l'ipotesi di una dimissione: Ivo muore infatti per deperimento organico prima che la pratica possa essere avviata. Dunque, i medici avvertono che è necessario far presto e la dimissione in guarigione velocizza le pratiche di svuotamento dell'istituto. La logica che ispira questa scelta emerge, seppur tra le righe, dalle stesse parole del direttore Francesconi, il quale, in un prospetto del marzo 1944, ammette:

> sono documentabili i nostri tentativi di alleggerire più che è possibile l'ambiente, provvedendo alle dimissioni ogni qual volta ci è concesso, nei casi, in cui il comportamento del malato può essere appena tollerabile all'esterno, dimissioni che indubbiamente vengono ad impegnare spesso pesantemente e in modo esclusivo la mia personale responsabilità.[734]

Eppure, pur nella tragedia delle morti per inedia, trova spazio il paradosso: ciò che per molti degenti rappresenta un luogo di sfinimento, per altri diventa invece un'ancora di salvezza. L'agibilità cui allude lo stesso Francesconi per i "liberi" – ossia la possibilità di integrare le scarse razioni ufficiali con risorse reperite all'esterno – non vale per chi non dispone di alcun sostegno. Per molti ex internati, Fregionaia è stato, volenti o nolenti, l'unico punto di riferimento in un'esistenza segnata dalla recidività manicomiale: vi hanno trascorso lunghi periodi, intervallati da brevi parentesi di dimissioni, e pur ricordandone la miseria dei pasti, nelle loro memorie resta la certezza che dalle cucine dell'istituto qualcosa pur sempre arrivava nelle camerate. In parte i dati sembrano confermare questa percezione. Per quanto drammatica, la situazione alimentare all'interno dell'ospedale psichiatrico non

733 ASLu, OP, *CC*, fald. 410, c. 390.
734 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, plico 5.

giunge mai a un vero e proprio collasso: la macchina distributiva non si arresta neppure nei momenti più difficili, nemmeno durante il passaggio del fronte. Lo attestano anche i rapporti del comando tedesco, che, dopo l'armistizio dell'8 settembre, occupa l'intera provincia e requisisce le scorte dell'Annona a proprio vantaggio. Alcuni generi ormai scomparsi dai magazzini pubblici, complice il sistematico saccheggio delle truppe d'occupazione, continuano infatti a trovarsi – seppur in quantità minime – soltanto negli spacci ospedalieri. È il caso del burro: nel marzo 1944 il Militärkommandantur di Lucca segnala[735] che nella zona apuana non viene distribuito neppure un grammo di grasso commestibile e la produzione lattiera, scarsissima, è destinata a coprire i soli bisogni ospedalieri:

> la produzione di latte è molto scarsa e viene usata per coprire il fabbisogno dei bambini e dei malati. La limitata quantità di burro ottenuta dalla spannatura del latte viene fornita alla popolazione per il consumo privato, preferibilmente agli ospedali. [736]

Mentre la fame miete centinaia di vittime nelle camerate, ai cancelli del manicomio si registra un fenomeno sorprendente: l'aumento delle ammissioni cosiddette "volontarie". In piena emergenza alimentare, infatti, il manicomio, pur nella sua miseria, appare a molti come un rifugio in grado di garantire almeno un pasto. È il caso di Giuseppe,[737] un uomo che può essere definito più un habitué che un vero e proprio paziente di Maggiano: nel giugno del 1942 si presenta spontaneamente alla portineria chiedendo di essere ricoverato per l'undicesima volta, con l'unico scopo — come dichiarerà lui stesso — di «venirsi a sfamare». Nel diario clinico, aggiornato al 25 giugno, si legge: «Chiede insistentemente di essere dimesso e confessa di aver simulato l'alienazione mentale per venirsi a sfamare». Dimesso per mancata alienazione mentale al termine del periodo di osservazione obbligatoria, nell'agosto del 1944 si ripresenta ancora una volta all'ingresso dell'ospedale, dichiarando senza esitazioni: «A casa non ho da mangiare e da nutrirmi». Dinamiche che non spariscono neppure con il passaggio del fronte: Fortunata[738] è un'anziana profuga da Massarosa, proveniente dal *refugee camp II* allestito dagli alleati. Il 16 gennaio 1945 viene internata con diagnosi di demenza senile, riferisce: «Sono scarsa e ignuda e senza soldi, mangerei un po' di polenta invece sono tanti giorni che sono digiuna, avrei bisogno di andare in un ospedale almeno mi darebbero da mangiare».

5.3 La guerra in casa: il 1943, i quarantacinque giorni, la RSI a Lucca e l'impossibile resa dei conti

735 Nicola Labanca, *Il nervo della guerra*, Siena, Unicopli, 2020, III, p. 62.
736 Ivi, p. 39.
737 ASLu, OP, CC, fald. 471, c. 116.
738 ASLu, OP, CC, fald. 474, c. 7.

Nell'aprile del 1943 Aldo Vidussoni, la giovane scommessa del Duce per ridare slancio al partito, viene costretto alle dimissioni dopo appena quattro mesi di segreteria.[739] Al suo posto viene nominato segretario del PNF Carlo Scorza – l'«ultimo gerarca».[740] Con la sua ascesa, il fascio lucchese si ritrova improvvisamente al centro della scena politica nazionale. Scorza prova a rilanciare il PNF con una retorica accesa, rivoluzionaria e intransigente, e, forte del prestigio derivatogli dalla nuova posizione, tenta di esercitare la propria influenza anche all'interno della federazione locale, intervenendo sul mercato nero e cercando di limitare la speculazione annonaria. Tuttavia, i suoi sforzi non producono risultati concreti. Ormai la situazione alimentare è talmente insostenibile che la protesta è in piazza: nel solco delle prime timide agitazioni per il caroviveri nei primi mesi del '42, anche nella Lucchesia si registrano alcune agitazioni negli stabilimenti da parte degli operai. Il 13 aprile del '42 le operaie della Industria Lucchese Filati incrociano le braccia per più di due ore, contro l'inflazione, ormai alle stelle, e contro la mancanza di beni di prima necessità.[741] Sempre nell'aprile del 1943, anche in Versilia esplodono manifestazioni di malcontento legate alla drammatica situazione annonaria: il cibo ormai scarseggia ovunque e la popolazione si trova quotidianamente a fronteggiare la fame. A Torre del Lago, a Villa Basilica, a Segromigno, a Porcari e a Pieve Fosciana, così come a Stazzema, sono soprattutto le operaie delle cartiere a dare avvio a proteste improvvise, nate senza una regia organizzata ma capaci di assumere un forte valore simbolico. La contestazione della penuria alimentare diventa infatti, implicitamente, una contestazione del regime stesso, il cui consenso si sgretola parallelamente al collasso dell'annona.[742]

Nel frattempo, l'andamento della guerra per le potenze dell'Asse si fa sempre più disastroso. Nel novembre del 1942 le truppe italiane, al seguito di Rommel, subiscono a El Alamein una dura sconfitta che segna la fine delle ambizioni di avanzata verso Alessandria d'Egitto; pochi mesi più tardi, nel febbraio 1943, la disfatta di Stalingrado decreta il tramonto della fase espansiva tedesca e l'inizio di una lunga e inesorabile ritirata verso Berlino. Il sistema militare e industriale italiano è ormai avviato verso una disarticolazione senza precedenti, mentre il conflitto comincia a toccare direttamente anche aree fino ad allora rimaste ai margini delle ostilità. Così, a metà del 1943, Lucca, fino a quel momento relativamente risparmiata perché distante dal fronte e priva di obiettivi strategici di rilievo, viene colpita dai primi pesanti bombardamenti. Le sirene che annunciano gli allarmi antiaerei diventano parte integrante della vita quotidiana: nei soli primi sei mesi dell'anno risuonano

739 *Cfr*. un breve riassunto della parabola Vidussoni lo offre M. Franzinelli, *Amnistia Togliatti. 1946, colpo di spugna sui crimini fascisti*, Milano, Feltrinelli, 2016, pp. 190; sui motivi della revoca *cfr*. P. Corner, *Mussolini e il fascismo. Storia, memoria e amnesia*, Viella, 2022, p. 141.

740 L'espressione dà il titolo al libro biografia su Carlo Scorza a cura di a C. Rastrelli*, Carlo Scorza. L'ultimo gerarca*, Mursia, Milano, 2010.

741 G. Pardini, La Repubblica sociale, p. 46.

742 *Ivi*, p. 30.

oltre settanta volte, scandendo le giornate degli abitanti. Il 21 luglio 1943, un Regio Decreto inserisce ufficialmente la provincia di Lucca tra le zone dichiarate in stato di guerra. Questo clima opprimente trova presto un riflesso anche all'interno del manicomio, dove la minaccia bellica assume contorni concreti e visibili. Già dopo le prime incursioni del 1940-41, il 23 maggio 1941 il prefetto Francisci scriveva all'amministrazione provinciale una lettera "riservata e segreta", annunciando l'imminente installazione sul tetto dell'ospedale psichiatrico di grandi segnali di riconoscimento antiaereo: «segni distintivi di protezione contro i bombardamenti aerei […] Il segno distintivo consisterà in un rettangolo contenuto in campo color giallo e diviso con una diagonale in due triangoli: uno di colore nero e l'altro bianco».[743] Tuttavia, due anni più tardi, la situazione appare ben diversa. Alla fine di maggio 1943 il direttore Francesconi invia al presidente della Provincia un rapporto dai toni preoccupati, denunciando l'insufficienza delle misure predisposte per la difesa dell'istituto. In particolare, segnala l'esiguo numero di maschere antigas disponibili e, pur ammettendo che «in caso di lancio chimico su Fregionaja, quel centinaio di maschere possano servire a qualcuno e a qualcosa», insiste sull'inadeguatezza complessiva degli strumenti di protezione. Prendendo a modello altre strutture, come il manicomio di Firenze, chiede inoltre la costituzione di una squadra di pronto intervento, capace di affrontare i possibili incendi provocati dalle bombe. Nelle sue parole si avverte la consapevolezza che un attacco aereo diretto contro il manicomio potrebbe tradursi in un vero e proprio disastro umanitario:

> In caso di incursione con bombe dirompenti e incendiare, ho ragioni di prevedere il crearsi di uno stato di cose interno di una gravità eccezionale: assenza di ricoveri, assenza di prese d'acqua [...] stragrande di porte chiuse a chiave, inferriate dappertutto, reti, muri insormontabili, impraticabilità e oscurità completa delle soffitte, severe pericolo costituito dalla posizione elevata del grande serbatoio d'acqua sulla cucina, scarsezza di personale da adibirsi contemporaneamente ai salvataggi, alla lotta contro il fuoco, alla vigilanza dei ricoverati […] un'aggressione chimica significa una strage anche (especialmente) di quei ricoverati, che fosse possibile evacuare[744]

La creazione di questo nucleo si rende necessaria per le congiunture militari: come osserva Francesconi «l'animo nostro è preparato […] per la miglior sicurezza di questa folla d'infelici, che, come ogni altra classe umana, ha diritto di essere protetta». Tuttavia, annota amaramente il medico, in un contesto così particolare «l'animo non basta». La paura evocata da Francesconi non è affatto infondata. Il tema degli effetti della "prossima guerra" sugli ospedali psichiatrici, infatti, non era nuovo. Già nel 1939 Mario Peserico, direttore degli Istituti Ospedalieri di Noventa Vicentina, pubblica sulle pagine della «Rassegna di studi psichiatrici» un articolo nel quale mette in guardia circa la «sistemazione degli alienati in caso di guerra». Peserico suggerisce di predisporre in anticipo

743 ASLu, OP, *AG*, fald. 149, busta 9, plico 1
744 ASLu, OP, AG, fald. 151, busta 9, plico 1.

piani precisi: separare i cronici dagli acuti, individuare per tempo gli ospedali da sfollare e quelli di raccolta, e soprattutto prepararsi a un inevitabile clima di disordine. Senza un'organizzazione preventiva – ammonisce – la guerra avrebbe prodotto il collasso amministrativo e sanitario dell'intero sistema psichiatrico.[745] Ancora prima, nel 1936, era stato Gustavo Modena, direttore dell'ospedale psichiatrico di Ancona, ad avvertire le autorità: un eventuale bombardamento avrebbe avuto conseguenze devastanti su strutture prive di rifugi e per di più collocate in zone difficili da raggiungere. Una previsione che si rivelerà tragicamente esatta: l'8 dicembre 1943 i bombardieri alleati colpiscono l'istituto, causando ventotto vittime, tra le quali lo stesso direttore medico Arrigo Tamburini.[746] Lo stesso avviene a Volterra, dove nella struttura bombardata dagli Alleati rimangono a terra, privi di vita, una decina di ricoverati.[747] Il 9 luglio, il preside della provincia di Lucca procede a istituire una piccola squadra di otto elementi, selezionati tra operai e infermieri giornalieri.[748] Sul fronte dei rifornimenti la situazione non appare migliore: il manicomio versa in condizioni di completo sbando. Il 26 aprile 1943 giunge alla direzione medica, per disposizione del presidente della provincia, un *vademecum* contenente «consigli per ottenere un risparmio del materiale di medicazione». Il tono delle raccomandazioni, se non fosse per il contesto drammatico, apparirebbe quasi comico: vi si afferma infatti che «risparmiare in questo campo significa concorrere allo sforzo della Nazione per il raggiungimento della vittoria». Tra le indicazioni, dal carattere apertamente paradossale, figura perfino l'uso del carbone di paglia in sostituzione del cotone per il trattamento delle ferite suppuranti.[749] Alle difficoltà di approvvigionamento sanitario si aggiungono quelle legate a beni di consumo ritenuti essenziali nella gestione quotidiana dei ricoverati. Il direttore si vede costretto a rivolgersi direttamente agli uffici del Monopolio di stato per chiedere una deroga nella distribuzione del tabacco da fumo, destinato a circa seicento pazienti di sesso maschile, sia come premio per i lavoratori sia come sostegno nei casi di tabagismo cronico. Nella sua richiesta sollecita

745 Cfr. M. Peserico, *Considerazioni sul problema della sistemazione degli alienati in caso di guerra in relazione a particolari necessità di evacuazione*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1939, pp. 1049-1053.

746 F. Peloso, *La guerra dentro*, op. cit., p. 200.

747 Cfr. I. Sarteschi, *L'ospedale neuropsichiatrico di Volterra durante il periodo bellico*, in «Neopsichiatria», n. 12, pp. 1-10.

748 Il 9 luglio 1943, in risposta alla circolare n. 831, il presidente della Provincia approva l'istituzione di una squadra di pronto intervento. Il compito è preciso: durante la notte il gruppo dovrà essere sempre pronto ad accorrere alla Direzione, equipaggiato di tutto punto, per poi dislocarsi nei luoghi colpiti in caso di incursione aerea. Nelle ore diurne, invece, potrà contare sull'appoggio del personale dei laboratori industriali. Ogni membro deve essere munito di elmetto, cinturone, piccozza, maschera antigas ed estintore; la tuta di servizio, considerata l'impossibilità di reperirla all'esterno, sarà confezionata direttamente dalla sartoria del manicomio. A ciascun partecipante spetterà un soprassoldo di sette lire per ogni turno effettuato. Il 30 luglio, il presidente della amministrazione provinciale delibera definitivamente l'approvazione della squadra di primo intervento composta, però, solo da se elementi scelti tra gli infermieri e gli operai dello stabilimento. Vengono stanziati 2600 lire per attrezzatura ed equipaggiamento, come già previsto, la sartoria del manicomio si dovrà occupare della tuta della squadra antiaerea. La squadra verrà sciolta il 10 ottobre del 1944.

749 ASLu, OP, AG, fald. 151, busta 5, plico 1, foglio 12.

un aumento della fornitura almeno fino a ventiquattro chilogrammi settimanali. La notizia della carenza di tabacco, come nel caso del pane, osserva il direttore, ha già provocato

> un sensibile mutamento di contegno, che è prevedibile debba accentuarsi progressivamente, tanto più che dall'inizio della guerra i nostri infelici ospiti sono venuti a trovarsi in difficilissime condizioni alimentari, fra l'altro aggravate dalla forte riduzione del sale, che rende del tutto insoddisfacenti gli alimenti, prevalentemente vegetali, che da quello, si può dire, ricevevano tutto il loro sapore[750]

A metà luglio gli Alleati sbarcano in Sicilia e attorno al regime inizia a stringersi il cappio della resa dei conti. L'andamento della guerra segna la fine del governo mussoliniano: il 25 luglio il Gran Consiglio del fascismo approva la mozione Grandi che porta alla deposizione e all'arresto del Duce. Tra i pochi a tentare di opporvisi vi è l'intransigente Scorza, che in *extremis* cerca di far discutere una mozione contraria a quella di Grandi, destinata, tuttavia, a rimanere lettera morta. Inizia una nuova fase, per il paese e, di riflesso, anche per le sue istituzioni.

A Lucca il 20 luglio, pochi giorni prima del crollo, la federazione del fascio era riuscita a portare in piazza circa duemila persone per manifestare «in difesa della patria» e a sostegno della guerra. Ma già la sera del 25, alla notizia della caduta di Mussolini, la città si riempie di manifestanti che inneggiano a Badoglio, alla patria e alla fine del regime. Tre giorni più tardi, il 28 luglio, il partito federale lucchese è allo sbando: nel capoluogo non esiste più un partito fascista. In questo vuoto di potere la questura intensifica la sorveglianza, temendo il sollevamento dei partiti antifascisti e il rischio di disordini pubblici. In effetti, la nuova situazione incoraggia i partiti antifascisti a uscire, seppur con cautela, alla luce del sole. Si apre così l'interregno fragile di Badoglio, i famosi "quarantacinque giorni" che preludono alla tragedia dei mesi successivi. In questo clima sospeso prende avvio un primo, timido, tentativo di epurazione nei confronti dei funzionari della pubblica amministrazione maggiormente compromessi con il regime fascista.[751] È in questo contesto che si inserisce l'episodio che avrà conseguenze funeste per il direttore Francesconi appena l'anno seguente.

Il 26 luglio un gruppo di tredici infermieri si presenta nell'ufficio del direttore per chiedere una revisione dell'organigramma interno: chiedono la rimozione dai ruoli di comando di tutti coloro che negli anni hanno beneficiato dei favori del regime e, in particolare, l'allontanamento immediato dell'ispettore Marlia e del suo vice D'Arrigo, considerati simbolo del sistema clientelare fascista e esponenti di un potere violento. Una richiesta tutt'altro che marginale, se si pensa che - come già mostrava il caso del fratello di Marlia, Arturo - il nucleo dei fascisti in manicomio è numeroso, combattivo e solidamente protetto. Non sorprende, dunque, che in breve tempo si arrivi a un vero e proprio muro contro muro. Quello stesso giorno, infatti, in seguito a un ordine giunto «da Lucca» in

750 ASLu, OP, AG, fald. 151, busta 5, plico 1.

751 La situazione a Lucca nei giorni precedenti il 25 luglio e il clima di incertezza vissuto dopo la caduta del governo Mussolini, cfr. G. Pardini*, La repubblica sociale*, pp. 88-95.

applicazione delle direttive ministeriali, Francesconi dispone la rimozione dall'istituto di insegne, ritratti ed emblemi fascisti. La decisione scatena la reazione dei sostenitori del regime: ricevuta la notizia, il viceispettore D'Arrigo «si scatenò violentemente, bestemmiando, minacciando, oltraggiando» tanto nei confronti dei colleghi quanto, idealmente, contro lo stesso direttore.[752]

> Il 26 luglio us. quando per ordine del Direttore dell'Istituto venivano tolte le fotografie dell'ex Capo del Governo e Duce del fascismo, il D'Arrigo fece apertamente mostra di fronte ai dipendenti ed a ricoverati lucidi, della sua accesa partigiana acrimonia, esprimendosi con male parola dirette a chi quest'ordine aveva dato e dando in tal modo evidente esempio di incomprensione e di indisciplina, aggravato dal fatto di essere esso investito di funzioni di comando.[753]

Rivolgendosi agli infermieri intenti a staccare i ritratti di Mussolini, D'Arrigo commenta con tono sprezzante: «Mettili da parte, che chi li ha fatti togliere ce li rimetterà». Nonostante quanto riportato da Francesconi nei suoi appunti, in quella circostanza il viceispettore non viene sospeso: una scelta probabilmente dettata dal timore di esacerbare ulteriormente gli animi già agitati del gruppo di infermieri fascisti. Il giorno successivo, il 27 luglio, il direttore - attenendosi alle disposizioni della Provincia, che raccomandano la massima prudenza per garantire l'ordine pubblico in una fase politica tanto incerta - si vede costretto a rivolgere un appello alla calma a tutto il personale, cercando di disinnescare il conflitto che serpeggia all'interno dell'istituto:

> Allo scopo di uniformarsi alle precise disposizioni del Capo del Governo e di osservare la più rigida disciplina, non ammetto raggruppamenti, assembramenti, riunioni nell'interno dell'Istituto né tanto meno colloqui o discussioni non inerenti al servizio. [754]

In questa fase Francesconi, attestandosi su una linea di continuità amministrativa, cerca di incarnare un senso di ordine istituzionale che, anche dopo i fatti del 25 luglio, non deve andare in frantumi, pena il collasso dello stato e il tracollo delle sue istituzioni. È evidente, dalle sue mosse, che tutte le azioni siano orientate alla salvaguardia della disciplina e al mantenimento di un equilibrio interno, nel tentativo di evitare il crollo della struttura ospedaliera e l'abbandono del presidio psichiatrico. Il direttore governa dunque con l'obiettivo di preservare una parvenza di normalità: lo conferma la richiesta, avanzata il 27 luglio dal presidente della Provincia Macarini Carmignani – su impulso del governo Badoglio che, pur caduto Mussolini, promette ai tedeschi la prosecuzione della guerra e la continuità dell'arruolamento – di trasmettere l'elenco degli uomini delle classi 1907-1916 ancora presenti tra i lavoratori dell'istituto, per gli obblighi di leva. Francesconi inoltra, senza esitazione, la lista richiesta.[755] Tuttavia, il tappo della "normalità" è ormai saltato, ed è sempre più difficile contenere le spinte centrifughe che, questa volta, provengono dagli infermieri. Il 7 agosto,

752 *Memorandum Lippi Francesconi*, op. cit., pp. 5-6.
753 APLu, AC, prot. n. 337, 1943.
754 *Memorandum Lippi Francesconi*, op. cit., p. 6.
755 ASLu, OP, AG, fald. 151, busta n.5, plico n. 1.

ottantacinque di loro inviano al presidente della provincia una lettera in cui sollecitano con forza la revisione dei ruoli e delle posizioni interne, chiedendo la rimozione dagli incarichi di responsabilità dei "marciatori su Roma" e degli "squadristi". È in questa circostanza che Francesconi – «esasperato sia dal timore di disordini e conseguente impigliamento della mia responsabilità, sia dal fatto che non mi sentivo effettivamente aiutato da nessuno» e di certo, ormai, troppo esposto per ritirarsi dallo scontro di potere che va delineandosi– emana una seconda circolare. Pur ribadendo «l'assoluta necessità d'ordine e di disciplina», il documento si apre con un incipit che non lascia spazio ad equivoci:

> La gioiosa sensazione di libertà, che ha invaso i nostri animi dopo la fine senza gloria d'un governo rovinoso, se ha rimesso in giusta luce il nostro diritto di vivere, non deve farci perdere di vista il nostro preciso dovere.[756]

Che si trattino di parole di sincera condanna al regime oppure di uno stratagemma per guadagnare tempo, placare le richieste degli infermieri ed evitare lo scontro diretto con il nucleo degli squadristi, resta il fatto che il gruppo si sente ormai accerchiato e prossimo all'epurazione. Il 12 agosto D'Arrigo, insieme all'infermiere Egizio Dalle Piagge– cognato di Marlia – riceve l'ordine dall'ispettore, in quel momento lontano dal manicomio perché in servizio con la Milizia, di entrare nel suo ufficio, aprire l'armadietto personale e sottrarne centinaia di carte. I documenti vengono poi consegnati all'infermiere Buchignani, nel reparto caldaie, e lì bruciati. Come dichiarerà in seguito Dalle Piagge durante l'interrogatorio della commissione di inchiesta, quelle carte sono «roba del Fascio di Nozzano»: carte contenenti dati, nomi e contatti sensibili che – se, come previsto dalla legge - fossero finite nelle mani dell'autorità militare avrebbero certamente portato alla luce il sistema clientelare e i crimini commessi dai fascisti nella zona. Per questa ragione D'Arrigo, Marlia e Dalle Piagge vengono sospesi cautelativamente dal servizio, su indicazione del prefetto, in attesa di processo disciplinare. Il 19 agosto è convocata la commissione, composta da Lippi Francesconi – anche in qualità di segretario – dal presidente (in sostituzione del segretario generale della Provincia, avvocato Fabio Domenici, temporaneamente assente per infortunio), dal vicesegretario generale dottor Giuseppe Bocci e dal capo degli infermieri dei Regi Spedali ed Ospizi di Lucca, Giovannini Emilio, chiamato come parigrado di Marlia. Lo stesso 19 e il 22 agosto Marlia e D'Arrigo vengono sospesi dal grado e dallo stipendio. Nello stesso 22 agosto a D'Arrigo è consegnata la comunicazione della commissione disciplinare, che lo invita a presentare per iscritto una memoria difensiva per poter essere eventualmente reintegrato in servizio. Qualche giorno più tardi, D'Arrigo replica negando in blocco tutte le accuse:

> Il sottoscritto è uomo d'onore conoscendo nella vita le responsabilità di ciò che fa, e se il fatto sussistesse lo affermerebbe. Anche se l'aver appartenuto al disciolto partito fascista può aver radicato in lui in buona fede una

[756] *Memorandum Lippi Francesconi*, op. cit., p. 7.

> convinzione, ciò non impedirà che egli non sappia quali sono i doveri che la disciplina impone e particolarmente l'obbedienza agli ordini superiori. Quando venne l'ordine di rimuovere i quadri lo scrivente dette ordini in conformità ai capi servizio e si astenne dal fare ogni e qualunque commento.[757]

Il 21 agosto la sospensione viene notificata anche a Dalle Piagge, con l'invito a presentare per iscritto la propria difesa alla commissione disciplinare. Il 30 agosto egli risponde con una lettera in cui non nega l'accusa, ma offre una versione dei fatti attenuata, nel tentativo di ridimensionare la portata degli episodi contestatigli, dichiarandosi comunque estraneo a ogni responsabilità diretta:

> Il Marlia, assente dal servizio perché richiamato alle armi, presso la Milizia a Lucca, mi pregò vivamente di prendere la chiave di un mobile che era ma nel suo MAZZO per ricercare e portargli, l'indirizzo dei suoi fratelli cui voleva scrivere; gli avrei poi fatto riavere la chiave e gli indirizzi. Recatomi nella sua stanza e aperto il mobile trovai fra l'altro alcuni fogli di carta e buste colla intestazione del P.N.F. (saranno stati una diecina) e pensando che non sarebbero più serviti, lacerai la intestazione dai fogli e le buste le gettai nel cestino. La carta la misi sotto la cartella sul tavolo per servire come minute e le buste le gettai nel cestino. Non ritenevo di commettere niente di male ed era presente anche Ispettore D'Arrigo il quale pure ritenne che nessuna importanza avesse questo fatto. Nessuna altra carta o documento (come mi si contesta di aver trovato ed asportato) fu da me toccato o rimosso ed in verità non so in che cosa potessero consistere tali documenti perché io non mi occupai di vedere che cosa altro ci fosse nel mobile.[758]

Il 23 agosto la lettera di sospensione è recapitata anche a Vittorio Marlia, al quale, però, non viene offertà l'opportunità di scrivere una propria memoria difensiva. Da quel momento, Marlia risulta irreperibile, scomparso dalla zona dell'Oltreserchio, come scrive ironicamente Francesconi, probabilmente nascosto in qualche «*fifhaus*».

L'8 settembre, alle 19:42, il Maresciallo d'Italia e capo del governo Pietro Badoglio annuncia via radio l'armistizio che il suo governo aveva firmato a Cassibile con il comando militare Alleato il 3 settembre. L'Italia si arrendeva senza condizioni agli Alleati. In molte piazze della penisola esplode l'euforia: l'annuncio è interpretato da molti come la fine della guerra; per altri, invece, più consci della situazione, è chiaro da subito che si tratta dell'inizio dello sbandamento generale. Anche in Lucchesia si registrano alcune timide manifestazioni, che però nel giro di pochissimo tempo lasciano spazio all'apprensione: già il 10 settembre, alle 15:15, reparti di marinai e dell'aeronautica tedeschi entrano e occupano la città di Lucca. Dell'esercito Badogliano che «fu e morì» in un sol giorno[759] rimane ben poco: a Lucca la piazza militare italiana, composta perlopiù da allievi ufficiali, un paio di pezzi di artiglieria e qualche manipolo di truppa, si sfascia completamente nel giro di qualche ora. L'11 settembre la 306ª divisione tedesca occupa stabilmente l'intera zona, trasformata, ora, in una zona militare sotto il comando del tenente colonnello Randolf, mentre la gestione della pubblica

757 APLu, AC, AC, prot. n. 337, 1943.
758 APLu, AC, AC, prot. n. 337, 1943.
759 U. La Malfa, *Per la rinascita dell'Italia,* dicembre 1943.

sicurezza viene affidata ai carabinieri. L'arrivo dei tedeschi in Italia coincide con la ricostituzione di un simulacro di stato fascista: il 12 settembre i paracadutisti liberano Mussolini dalla prigione del Gran Sasso e, il 23 settembre, lo stesso Mussolini annuncia la nascita della Repubblica Sociale Italiana. Anche a Lucca prende forma una prima riorganizzazione del fascismo "rinato": il 16 settembre viene ricostituito il fascio e nei giorni successivi riaprono sedi in tutta la provincia, da Viareggio a Pietrasanta.[760] Il 27 settembre l'ex federale e console Michele Morsero ordina, con un manifesto rivolto al «popolo e alle camicie nere di Lucchesia», la riapertura di tutti i fasci della provincia. La scansione degli avvenimenti è decisiva per comprendere l'andamento della commissione disciplinare guidata da Francesconi contro gli infermieri fascisti. Già il 13 settembre, infatti, Marlia – protagonista poche ore prima di una rapina a un treno militare italiano fermo alla stazione di Nozzano e carico di beni alimentari poi intascati e rivenduti – invia a Francesconi una lettera che il direttore ricorderà come «minacciosa quanto insensata, dandomi del tu, ricolma d'odio, di ingiurie e di false accuse»[761]. Nella missiva Marlia lo minaccia apertamente di fargliela pagare per quanto accaduto nei suoi confronti. Quella reazione assume i tratti di una resa dei conti interna all'organizzazione di potere dell'Oltreserchio, che mette in rotta di collisione due figure chiave: da un lato il direttore di un'istituzione cruciale per il territorio – snodo del sistema clientelare fascista, luogo di distribuzione di incarichi e prebende, strumento di premiazione ed elevazione sociale dei "buoni" fascisti di zona – dall'altro il capo dell'VIII zona del fascio lucchese, un piccolo ras tanto potente quanto violento, a capo di un «gruppo di facinorosi»[762] addestrato a intervenire contro ogni minaccia, reale o presunta, al suo potere. Marlia viene convocato da Francesconi, che nel frattempo si era riavvicinato a figure come il nuovo viceispettore Minciotti – penalizzato nel 1936, proprio da Marlia, nella mancata promozione a capo degli infermieri – il quale lo accompagna al colloquio quasi come guardia del corpo. La discussione tra direttore e ispettore si rivela breve: Francesconi la incanala su un terreno a lui familiare, domandando se Marlia non soffra di qualche «alterazione psichica». Marlia, come già in passato, si mostra remissivo – «un agnello!», annoterà il direttore –[763] probabilmente consapevole che il vento stava cambiando e cercando di guadagnare tempo. Intanto, con la ricostituzione del fascio in zona, anche la commissione disciplinare si trova in una posizione scomoda e imbarazzante nel dover giudicare due pezzi grossi del fascio come Marlia e D'Arrigo. Il 28 settembre la commissione propone al prefetto tre condanne: un mese di sospensione dal grado e dallo stipendio per Marlia; quarantacinque giorni di sospensione per D'Arrigo; la riduzione di un quinto del salario per Dalle Piagge. Tuttavia, già, il 30 settembre il commissario prefettizio Sparacino

760 G. Pardini, *La repubblica sociale italiana*, pp. 129-137.
761 *Memorandum Lippi Francesconi*, op. cit., p. 8.
762 *Ivi*, p. 9.
763 *Ibidem*.

chiede l'archiviazione degli atti del procedimento disciplinare, motivando la delibera con una formula inequivocabile:

> Considerato, e altro, che i fatti addebitati ai tre incolpati furono determinati da moventi politici e che quindi, nella nuova situazione politica oggi determinatasi, non possono più essere perseguiti.[764]

La conclusione del processo Marlia anticipa ciò che ormai è nell'aria e che Morsero, ai primi di ottobre, formalizza in un comunicato agli enti: la richiesta di riassumere tutti gli elementi allontanati durante i 45 giorni per motivi politici. Il vento è cambiato del tutto, e l'iniziativa torna nelle mani di Marlia e del suo gruppo. Con la ricostituzione del fascio riprendono anche le pubblicazioni dell'«Artiglio», organo dei fascisti lucchesi, e proprio sul primo numero compare un attacco diretto a Guglielmo Lippi Francesconi, accusato di sedizione e tradimento verso il fascismo.[765] Il direttore finisce così nel mirino dei fascisti repubblicani, che ne chiedono apertamente la rimozione. In un clima di crescente isolamento, Francesconi cerca di ristabilire un rapporto di subordinazione con il neocostituito fascio repubblicano. Intanto, il 30 luglio si era riaperto il caso del già citato antifascista Ottorino, vittima nel 1925 di un pestaggio fascista che lo portò prima all'ospedale civile e poi a Maggiano, dove morì nel dicembre del 1935. Ai primi di ottobre, il procuratore di stato chiede al direttore – che all'epoca dei fatti non era ancora in carica – una valutazione medica sul caso, con l'obiettivo di incriminare gli squadristi Armando Grossi e Michele Francesconi, indicati dal fratello Igino come responsabili della morte. Il direttore, rifacendosi alla perizia medica redatta da Fornasari da Verce nel 1928, sostiene che Ottorino fosse giunto in manicomio perché demente precoce, affetto da allucinazioni sin dall'infanzia. Descritto come mutacista, reagiva con violenza a qualsiasi pratica terapeutica – come i clisteri – e cadeva facilmente in stati stuporosi. Francesconi chiude la relazione affermando che

> A mio personale modo di vedere […] ritengo sia del tutto da stabilirsi la diagnosi di demenza precoce di tipo catatonico. Tutto depone per questo concetto le descritte allucinazioni nell'età infantile, l'atto impulsivo automutilante, senza alcuna spiegazione, ed infine la sindrome di rigidità psicomotoria classica, mantenuta invariata per i setti anni di ricovero nell'Ospedale Psichiatrico e solo interrotto da episodi impulsivi immotivati[766]

Nella relazione non compare alcun riferimento alle percosse subite da Ottorino. Il 18 ottobre, anche sulla base di quanto riportato dal medico, il procuratore decide di chiudere la questione, avvalorato dal cambio di versione dell'unico testimone oculare, che dichiara di non aver mai assistito a pestaggi di matrice squadristica, scagionando così i due sospettati squadristi. È probabilmente a questo episodio che si riferisce il figlio, Pier Luigi Francesconi, nell'intervista rilasciata a Paola Tranchina nel 1998, quando racconta che il padre rimase inviso ai fascisti per una perizia medica in cui

764 APLu, AC, AC, prot. n. 337, 1943
765 *Memorandum Lippi Francesconi*, op. cit., p 11.
766 AISREC, Processi, busta 18, fasc. 26, c. 10 (18 ottobre 1943).

riconosceva come concausa del delirio psicotico di un antifascista proprio un pestaggio subito da parte di camicie nere.[767] È plausibile che, in una fase iniziale dell'inchiesta – iniziata, appunto, durante i 45 giorni - Francesconi fosse effettivamente incline a riconoscere la responsabilità degli squadristi, come riferirà in seguito al figlio; ma il clima politico mutato nell'ottobre 1943, con la restaurazione delle strutture fasciste repubblicane, dovette influenzare profondamente il suo giudizio, spingendolo a una relazione che eluderà ogni riferimento alla violenza nera. Nel frattempo, si inserisce un altro episodio che contribuisce a spiegare gli sviluppi successivi. Non passa molto tempo dal ritorno del gruppo degli squadristi in manicomio che, già il 15 novembre 1943, riprendono i furti e le ricettazioni all'interno dell'istituto. Lippi Francesconi segnala l'accaduto a Piazzesi, nuovo capo della Provincia – figura che sostituisce il preside e il commissario prefettizio –[768] denunciando il furto di circa 150 coperte di lana, una cinquantina di lenzuola e numerosi abitini dei bambini sottratti dal deposito dell'istituto infantile. La mattina precedente, verso le sei, un'infermiera aveva notato, lungo la strada nei pressi del manicomio, un camion fermo e quattro individui «che le son sembrati indossare una uniforme e che sono rimasti del tutto sconosciuti». Questi scaricavano rapidamente alcuni fagotti, gettandoli dalla scarpata nei campi, probabilmente in attesa di recuperarli in un secondo momento. L'infermiera, insieme all'anziano padre, riesce a recuperare la refurtiva, a metterla al riparo dalla pioggia e a rientrare in istituto per denunciare immediatamente l'accaduto. Vengono allertati immediatamente i carabinieri, che rinvengono sul posto anche un giacchetto da uomo con una candela nel taschino. Secondo la ricostruzione dei militari, i ladri sarebbero entrati da una finestra lasciata aperta dalle suore «per far prendere aria» ai vestiti, avrebbero prelevato i fagotti dal deposito e li avrebbero caricati sul camion. Resisi conto, però, che la refurtiva era contrassegnata e quindi facilmente riconoscibile, l'avrebbero gettata frettolosamente dal mezzo, abbandonandola lungo la strada. Francesconi avanza subito dei sospetti e indica ai carabinieri «il nome di un giovane di Lucca, degenerato epilettoide, pregiudicato, con tendenze criminali, dimesso un anno fa e che ultimamente fu arrestato per furto di bicicletta», ex degente dell'istituto ed ex lavoratore della falegnameria del manicomio. Tuttavia, anche in questo caso, il nome non è distante dagli ambienti della Milizia – e quindi dalla cerchia di Marlia – all'interno della quale il giovane risultava mobilitato.[769]

---

767 Cfr. P. Tranchina*, Intervista a Pierluigi Lippi Francesconi*, in «Fogli di informazione», n. 191, pp. 35-42.

768 Il 13 novembre Piazzesi, capo della provincia, comunica una serie di provvedimenti: chiede la massima cortesia, in questo momento di turbamento, da parte degli uffici pubblici e servitori dello stato nei confronti della popolazione, ordina che tutti i busti, i ritratti, le effigi appartenenti alla ex casata regnante vengano rimossi e consegnati alla prefettura. Comunica che per il nuovo riassetto istituzionale la qualifica di prefetto è abolita e sostituita da quella di "capo della provincia".

769 Le carte della denuncia si trovano in ASLu, OP, AG, fald. 151, fascicolo n.5, plico n. 1, 12.

La resa dei conti però sembra vicina: il 16 novembre – a raccontare è sempre Francesconi – il direttore viene informato da Sparacio che «il capo aveva chiesto di farmi sostituire su due piedi, senza possibilità da parte mia di difesa, di spiegazione o d'appello». Chiosa Francesconi:

> In tal modo un professionista onorato da una vita ineccepibile, con tre figliuoli sulle spalle, combattente, veniva messo sul lastrico come una serva, per dare esclusivamente soddisfazione ad uno…squisito idealista qual è questo Vittorio Marlia.[770]

Il giorno seguente Marlia si presenta da Dominici con un rapporto a carico del direttore, accusandolo di utilizzo improprio dei beni del manicomio – dal pascolo abusivo al furto di galline, di pane e di latte – con l'intento evidente di far arrivare il documento sulla scrivania di Piazzesi. Tutto lascia intendere che la rimozione di Francesconi sia ormai imminente. A salvarlo è lo stesso Dominici, che riesce a fermare Marlia e «potè arginare, non so ancora se provvisoriamente o definitivamente, il crudele e ingiusto attacco»[771]. Difficile credere a un simile colpo di fortuna in un contesto tanto vigilato e teso: più verosimilmente, Francesconi gode ancora, in quel momento, di un certo rispetto nelle alte sfere della pubblica amministrazione che richiamano alla cautela rispetto ad azioni dalle conseguenze incalcolabili. Resta comunque il nodo centrale: perché, dopo l'8 settembre, nonostante l'ostilità crescente del gruppo fascista di Maggiano e l'attenzione sospettosa della federazione fascista, Lippi Francesconi non venga rimosso dalla direzione, ma rimanga alla guida di Fregionaia per quasi un altro anno. La risposta potrebbe trovarsi in ciò che il *Militärkommandantur* 1015 di Lucca – sezione Gruppo amministrativo militare – scrive il 18 dicembre 1943 al generale plenipotenziario della Wehrmacht in Italia, giudizio ribadito anche in un rapporto del gennaio 1944: «La sostituzione di funzionari fedeli alla Corona con i fascisti procede ancora molto lentamente, dato che, a quanto sembra, mancano elementi esperti che godano sufficiente fiducia».[772] Come osserva Nicola Labanca nel suo studio sull'occupazione tedesca in Italia, ai capi delle province «mancano evidentemente persone fidate ed esperte di cui poter disporre per questa incombenza».[773] Del resto, in quel momento, le priorità del comando tedesco – cui l'amministrazione italiana si allinea – sono altre: in primis, quella di costruire una struttura in grado di garantire lo spoglio sistematico delle risorse alimentari e industriali a favore del Reich. Anche in Lucchesia, come nel resto delle zone occupate in Europa,[774] lo sguardo dei tedeschi è fisso sui dati della produzione: secondo il rapporto del *MK 1015*, già ai primi mesi di occupazione militare, la produzione agricola della provincia basterebbe a malapena per il 30% del fabbisogno della popolazione. Si segnalano gravi carenze: la

770 *Memorandum Lippi Francesconi*, op. cit., p. 11.
771 *Ivi*, pp. 11-12.
772 Nicola Labanca, *Il Nerbo della guerra*, libro III, p. 28.
773 *Ibidem*.
774 Sul tema è fondamentale M. Mazower, *L'impero di Hitler. Come i nazisti governavano l'Europa occupata*, Mondadori, Milano, 2010, pp. 290-310.

semina delle patate «è talmente scarsa da rendere necessaria l'importazione di notevoli quantitativi», lo zucchero «deve essere completamente importato», la produzione di latte copre solo i bisogni minimi di bambini, anziani e malati, mentre il burro «basta appena per il 10% della popolazione». Quanto ai cereali, «tolte le quote spettanti ai produttori, bastano a coprire la domanda di un solo mese. A partire dal 15.11.1943 cereali e riso dovranno essere completamente importati».[775] Gli unici settori in cui si registra un'eccedenza sono quello vinicolo e quello dell'olio: le grandi aziende lucchesi Bertolli e Salov hanno già stipulato contratti di fornitura con i tedeschi, e dall'olio si ricava un surplus di circa 200 tonnellate destinate a Roma. Questa prospettiva consolida l'idea, già accennata in precedenza, che l'*extermination douce* - ovvero le morti per fame negli istituti psichiatrici - sia anzitutto il prodotto di un calcolo egoistico sul controllo delle risorse da parte delle truppe occupanti. Le truppe tedesche, pur consce dei risultati che avrebbero avuto queste politiche sulla popolazione civile, restano tuttavia totalmente indifferenti delle conseguenze. È difficile parlare, dunque, di una applicazione metodica e scientifica degli strumenti di sterminio – contrariamente a quanto accaduto agli ebrei, agli oppositori politici, ai comunisti nell'est Europa e a molte altre categorie finite nei campi di concentramento come nemici della razza o *Untermensch*. Pur, di nuovo, non negando il principio di volontà che emerge da questo fenomeno, è piuttosto corretto definirlo uno sterminio di fatto, frutto delle politiche criminali di guerra e dell'economia di occupazione. In questo quadro, i tedeschi, spinti dalle necessità dell'economia di guerra, dunque, incentivano la continuità amministrativa, evitando scossoni che possano compromettere il funzionamento di strutture indispensabili al controllo del territorio. La figura di Francesconi si colloca verosimilmente in questo contesto: un funzionario già dotato di competenze amministrative, in grado di garantire la gestione di un ente complesso e numeroso come il manicomio, un ruolo, insomma, per il quale non si riesce a trovare in breve tempo un sostituto. Lo scontro con Piazzesi/Marlia contro Francesconi appare, agli occhi tedeschi, veri padroni della zona, una questione interna al fascio locale, del tutto irrilevante rispetto alle esigenze di stabilità e di sfruttamento delle risorse che guidano l'occupazione. Ciò non toglie che il fascio continui a esercitare una costante pressione sul medico. Il 3 dicembre, ad esempio, Piazzesi invia a tutti gli uffici sanitari della provincia – e per conoscenza anche alla direzione medica dell'ospedale di Fregionaia – una circolare in cui avverte che l'ambiente medico sarà da quel momento sottoposto a un controllo particolarmente attento:

> da qualche tempo alcuni impiegati hanno preso l'abitudine di farsi rilasciare, da medici compiacenti, certificati per malattie, che, il più delle volte, o sono immaginarie e di un'entità tale da non pregiudicare la continuazione del servizio. In questo momento, così grave per la vita della Nazione, ogni pietismo deve essere bandito

[775] Nicola Labanca, *Il Nerbo della guerra*, libro III, p. 30.

Si stringe, così, attorno all'ambiente psichiatrico la presa del fascio, l'istituto, ora vigilato più vigilato che mai, viene osservato con sospetto come potenziale canale di elusione della leva o degli obblighi civili e militari imposti dai tedeschi.

5.4 1944: l'*annus horribilis*

Il 1944 si apre con un evento destinato a rimanere inciso a lungo nella memoria dei lucchesi. Il 6 gennaio, ventidue bombardieri americani B-26 Marauders, decollati dalla Sardegna, sganciano sulla zona della stazione ferroviaria di Lucca – a poche centinaia di metri dalle mura del centro storico – 124 bombe da 500 libbre ciascuna. I morti saranno ventiquattro, ma la ferita più profonda è quella psicologica: il morale della città crolla, colpendo tanto la popolazione quanto l'apparato amministrativo.[776] Nei soli primi due mesi dell'anno si contano diciassette incursioni aeree alleate, con centinaia di bombe sganciate sul territorio. In questo clima di disarticolazione si fa sentire, seppur timidamente, la voce del movimento democratico clandestino. È proprio allora che la repressione fascista assesta un colpo durissimo e simbolico: l'arresto del professore Augusto Mancini, presidente del CLN. La repressione si fa tanto più serrata quanto più evidente è, agli occhi dei fascisti, il rischio di perdere il controllo. Il 31 gennaio Mario Piazzesi diffonde una serie di comunicati di fuoco agli uffici provinciali, inveendo contro «vigliacchi e imboscati»:[777]

> ho notato come alcuni impiegati lasciano verso le ore undici addirittura l'ufficio e vi ritornano non prima delle ore quindici. Non esisto definite tutto ciò vergognoso, come è vergognoso l'ondata di viltà che ha colpito troppi italiani. Chi non si sente i nervi a posto, se ne può tornare tranquillamente a casa, ma non deve pretendere che lo stato continui a retribuire la sua inerzia od addirittura vigliaccheria

E l'impopolarità della guerra comporta uno sforzo sempre maggiore da parte del fascio nel costringere chiunque faccia parte dei vertici della pubblica amministrazione, o chiunque abbia un minimo di potere amministrativo, a prendersi le proprie responsabilità, nel tentativo di socializzare le motivazioni del conflitto e, nel caso, le colpe dell'imminente disfatta. Più la guerra è impopolare, più si esige che ne vengano condivise le ragioni e le responsabilità. La minaccia è sempre meno velata: se il fascio crolla, a fondo va con lui l'intera classe dirigente. Il 29 febbraio 1944 Piazzesi fa circolare sulle scrivanie dei dirigenti pubblici – tra cui anche quella di Lippi Francesconi – una nota in cui, da capo della provincia, si scaglia contro il «piccolo miope burocrate, che, per il disbrigo di qualsiasi pratica, correva per farsi apporre la sigla, che doveva proteggerlo da eventuali infortuni»,[778] e chiede che i dirigenti si assumano in prima persona le proprie responsabilità. È l'avvio di quella che Rovatti definisce come la "seconda fase" della storia della Repubblica sociale italiana (febbraio–maggio

---

776 Cfr. M. Citarella, *Stazione di Lucca 6 gennaio 1944. Guerra, bombe e ricostruzione in Lucchesia*, Pacini Fazzi, Lucca, 2013.

777 ASLu, OP, AG, fald. 152 OP, fascicolo 9, n. 1.

778 ASLu, OP, AG, faldone 152 OP, fascicolo 9, n. 1.

1944):[779] con il fronte fermo sulla linea Gustav e ormai logorato, e con l'incubo dell'avanzata alleata nel Centro Italia, la retorica fascista si inasprisce fino a diventare incendiaria. Si moltiplicano minacce, punizioni esemplari, repressioni sanguinose: il terrore diventa l'unico collante per trattenere ranghi ormai disgregati. Eppure, nonostante la violenza, il fascismo ha perso gran parte del suo mordente. I bandi di leva vanno deserti, i tesseramenti crollano, le bande partigiane si ingrossano. Alla disaffiliazione popolare corrisponde una classe politica sempre più disperata, disposta a tutto pur di restare in sella, anche al prezzo di una spirale di brutalità crescente: rastrellamenti, persecuzione intensificata degli ebrei già a partire dall'autunno 1943, e una lotta antipartigiana sempre più feroce e sanguinosa. A questo si aggiunge lo sforzo della GNR – la guardia nazionale repubblicana, i reparti di polizia militare della Repubblica sociale - nel colpire le organizzazioni antifasciste in città e di setacciare le campagne per requisire più beni agricoli possibile. Anche in quelle lontane dal fronte, le federazioni fasciste non mostrano moderazione: anzi, proprio per rinsaldare i ranghi in vista dell'imminente scontro, riversano la loro violenza sulla popolazione civile, colpevole – a loro giudizio – del tradimento del 25 luglio. Una dinamica che può sembrare paradossale, ma che costituisce il cuore di quel processo di irrigidimento e disumanizzazione descritto con straordinaria lucidità da Vasilij Grossman a proposito del fronte orientale: «[…] i fascisti mentono quando dicono che la loro crudeltà si deve alla tensione della battaglia. Al contrario, il pericolo rende più saggi e la scarsa convinzione nelle proprie forze induce alla moderazione».[780] Intanto, il 2 febbraio – mentre i cieli della zona sono continuamente spazzati dall'aviazione alleata - si tiene la prima assemblea dei segretari politici dei fasci repubblicani della Lucchesia. Quella che fino ad allora era apparsa come un'entità ancora in qualche modo "leggera" del fascismo repubblicano, prende forma, si struttura e definisce con maggiore chiarezza la propria strategia e la propria ossatura militante. L'assemblea elegge a capo della federazione un triumvirato composto da Bruno Burchi, Dante Briganti e Guido Politi. L'organizzazione viene suddivisa in venti zone, ciascuna affidata a un ispettore: per l'ottava zona, corrispondente alla campagna dell'Oltreserchio, la nomina ricade su Vittorio Marlia.[781]

Ai primi mesi del 1944 il medico direttore tira le somme dell'anno appena trascorso, e i dati del 1943 restituiscono l'entità di un vero e proprio disastro umanitario. Allargando lo sguardo, si osserva con maggiore chiarezza il profilo di questa catastrofe consumata tra le mura dell'istituto psichiatrico. Negli ultimi due anni il calo è stato drastico: i presenti al 1° gennaio 1942 erano 1567 (823 uomini e 744 donne) - già ridotti rispetto al massimo di presenze mai toccato a Maggiano di 1641 presenze del 1940 -[782] mentre già al 1° gennaio 1943 risultano ridotti a 1334. Nella sua relazione

779 T. Rovatti, *Leoni vegetariani. La violenza fascista durante la RSI*, CLUEB, Bologna, 2011, pp. 41-58.
780 V. Grossman, *Vita e destino*, Gli Adelphi, 2008, p. 209.
781 G. Pardini, *La repubblica sociale*, op. cit., p. 224.
782 ASLu, OP, AG, fald. 148, busta 3, plico 2.

Lippi Francesconi precisa che «178 dei 269 morti erano affetti da enterocolite, edemi e cachessia (forma di carenza)». La maggior parte dei decessi riguarda uomini tra i 40 e i 60 anni (78), seguiti dalle donne della stessa fascia d'età (63) e, molto più indietro, dagli uomini tra i 20 e i 40 anni (37).[783] Al 1° gennaio 1944 i presenti sono 1226 (618 uomini e 608 donne), con una flessione di quasi il 22% rispetto a due anni prima.[784] Il crollo è così vistoso che il 5 marzo Francesconi propone al segretario generale della provincia di sopprimere alcuni turni di lavoro in istituto, licenziando una parte degli infermieri avventizi, giustificando la decisione con la diminuzione dei malati. La proposta – accettata dalla provincia - del medico è quella di sopprimere: per la divisione maschile, un turno giornaliero ai tranquilli, uno ai semitranquilli (dato anche il tentativo di sfollamento, a colpi di dimissione per guarigione, dei ricoverati meno acuti), uno alla vigilanza, uno all'osservazione e sei uomini di giornata nei vari reparti (per un totale di 18 infermieri licenziati); per la divisione femminile, due turni giornalieri nella sala ad alta vigilanza (6 infermiere da lasciare a casa).[785] È in questa occasione che Guglielmo Lippi Francesconi, in un clima per lui ormai ostile e carico di tensione, e con dati che sembrano sottolineare le gravissime responsabilità del regime rispetto alle morti per fame e inedia, prova a distendere i rapporti con i vertici provinciali. Lo fa cercando di alleggerirne le colpe e, indirettamente, di smussare una critica che nelle cifre potrebbe essere letta controluce. Nella lunga relazione del 27 marzo 1944 sullo stato del manicomio, il direttore insiste infatti nel sostenere che l'aumento dei decessi non sia imputabile soltanto ai deperimenti organici dei pazienti, ma anche ad altri fattori esterni che contribuiscono ad aggravare la situazione complessiva.[786] L'*excusatio* di Francesconi nasce in realtà da una «obliqua segnalazione» giunta pochi giorni prima al capo della provincia, con l'evidente intento di screditare il direttore, firmata da una «persona nota a questo Ufficio». Nella denuncia si accusava il medico di lasciar morire i malati di fame mentre nella dispensa si sarebbero accumulate ingenti giacenze di riserva. Il profilo dell'accusa – quello di incetta illegale di derrate o di accumulazione fraudolenta di annona – richiama da vicino la minaccia che lo stesso Marlia aveva già rivolto a Francesconi nel 1940; ma, nelle carte, la segnalazione resta coperta dall'anonimato. Per chiarire la propria posizione, un funzionario provinciale chiede a Francesconi di mettere per iscritto la reale condizione del manicomio. Il direttore apre la sua relazione sottolineando il grave stato dei servizi igienico-sanitari: la cronica mancanza di acqua calda per i bagni e per la disinfestazione degli ambienti – particolarmente necessaria in un contesto «nel quale abbondano purtroppo gli incontinenti di feci e di urine, i sudici in genere» – la privazione quasi totale di detergenti e saponi, la scarsità di biancheria, per cui sollecita più volte l'intervento delle autorità comunali e

783 ASLu, OP, AG, fald. 150, busta 3, plico 2.
784 ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 3, plico 2. Movimento alienati dell'anno 1944
785 ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 9, plico 1
786 ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 5.

provinciali, chiedendo almeno la fornitura della "soda". Su questo terreno, Francesconi non lascia spazio a dubbi: «dovete convenire che le mie responsabilità direttive vengono indubbiamente a ridursi a quel proposito». Un'affermazione che sposta il peso delle responsabilità lontano dalla direzione medica e, anzi, alleggerisce quelle della provincia, arrivando persino a negare – in aperta contraddizione con quanto sostenuto negli anni precedenti – il ruolo dirimente della sottoalimentazione nell'aumento delle morti per fame in manicomio:

> Risulta a questa medica Direzione, che, per ragioni più o meno oscure, circola da qualche tempo la voce, che all'Ospedale Psichiatrico Provinciale i ricoverati "muoiono di fame". Data l'evidenza di un'azione volutamente deformatrice della verità, è mio dovere riferire in merito, come in passato ho fatto colle superiori Gerarchie. La verità è la seguente: Come in tutti gli Istituti consimili - da quando, per causa di guerra, si è verificata la notevole riduzione degli alimenti e d'ogni altra necessaria fornitura anche nel nostro Ospedale abbiamo dovuto constatare un aumento (del resto non considerevole e, da quanto ci consta, meno sensibile degli altri Istituti), dell'indice di mortalità

Nello stesso prospetto delle morti allegato al report la percentuale di incremento delle morti è, invece, tutt'altro che «poco considerevole»:

> 1938 morti 113 su 1590 presenze+300 ammessi = 1890 percentuale 5,97%
> 1939 morti 123 su 1622 ammessi +335 = 1957 percentuale 6,23%
> 1940 morti 132 su 1642 ammessi +281= 1923 percentuale 6,86%
> 1941 morti 171 su 1641 ammessi +266 = 1907 percentuale 9,15%
> 1942 morti 296 su 1567 ammessi +267= 1834 percentuale 16,13%
> 1943 morti 198 su 1334 ammessi +249= 1583 percentuale 12,05%

Nei mesi di gennaio e febbraio del 1944 si registra in media un morto al giorno: 29 a gennaio, 30 a febbraio. Nel marzo, al 26 del mese, i decessi sono già 17. Francesconi osserva come certamente «la sensibile deficienza dei grassi, delle vitamine e delle proteine e la riduzione degli idrati di carbonio ha determinato l'accentuazione (non la creazione)» dei decessi, ma ritiene tuttavia «assurdo» attribuire tali aggravamenti esclusivamente alla carenza alimentare. Porta come esempio il 1942, quando l'aumento della mortalità era stato legato a un gelo eccezionale e alla difficoltà di reperire combustibile per le caldaie. Altri fattori concorrono, secondo il direttore: «gran parte dei nuovi ammessi viene condotta all'Ospedale in condizioni generali già gravi, o per miseria familiare, o per la natura stessa del male, o per vecchiaia morbosa con arteriosclerosi, cardiopatie ecc.». A riprova, Francesconi allega il prospetto delle 17 morti del marzo: quattro riguardano pazienti ultra-settantenni; diversi ricoveri giungono già segnati da una forte debilitazione organica – come G.Q., psicopatico postencefalitico di 55 anni con parkinsonismo, condotto al manicomio perché rifiutava di alimentarsi e già in ingresso appariva in condizioni gravissime. Ma tra i decessi figurano anche un diciottenne e un ventunenne, quest'ultimo morto per tubercolosi aggravata da defedamento. Numerosi sono i casi di decesso per deperimento dopo lunghi anni di internamento: C.M., demente precoce catatonica di

44 anni, «da lungo tempo nel tipico stato di decadimento delle fasi terminali», aggravato negli ultimi mesi dopo dodici anni di ricovero; un altro caso è quello di un trentacinquenne, anch'egli demente precoce catatonico, morto per «marasma», formula generica che rimanda comunque a una condizione di consunzione progressiva. Se è vero che il manicomio continua a funzionare come un cronicario – un luogo dove vengono inviati malati incurabili o in fin di vita, nella convinzione che lì si potesse almeno garantire una gestione degli ultimi tempi – resta tuttavia innegabile che dietro l'impennata della mortalità si nasconda la mano della fame. Francesconi conclude infatti: «Mi sembra dunque evidente che, se pure la carenza alimentare ostacola la nostra quotidiana lotta contro la morte – ma aggiunge - non è ad essa sola che si può ascrivere l'aumento dei casi letali». Il direttore sottolinea come «certi malevoli influenzamenti saturati di sleale volontà diffamatoria» siano all'origine delle voci che parlano di morti di fame in manicomio. In questa fase, per Francesconi ridimensionare il ruolo della fame nell'impennata delle morti significa da un lato respingere un attacco diretto alla sua persona e sua funzione e, dall'altro, indirettamente – dato l'andamento della guerra – sottrarsi dall'essere additato, dai suoi nemici, come un detrattore del conflitto e un critico dell'amministrazione provinciale.

Dai dati disponibili sugli altri manicomi italiani emergono elementi utili per collocare e comprendere i numeri di Maggiano. A livello nazionale, la mortalità media passa dal 5,88% del periodo 1934-1939 al 10,72% durante la guerra: un incremento netto, ma che evidenzia come Maggiano fosse già al di sopra della media, con un tasso di mortalità attorno all'11% tra il 1940 e il 1943, cioè negli stessi anni del report Francesconi. La situazione toscana mostra un quadro simile: la mortalità passa dal 6,11% del periodo prebellico al 12,64% durante la guerra, un dato leggermente superiore alla media lucchese. Tuttavia, per cogliere appieno la portata del fenomeno, occorre focalizzare l'attenzione sugli anni più drammatici, il 1944 e il 1945. Nel 1944, infatti, si contano 345 morti su 1.435 presenze, pari al 24,03%; l'anno successivo, su 1.147 ricoverati, i decessi sono 177, ovvero il 15,43%. Questi dati, sommati a quelli dei primi anni di guerra, portano complessivamente, per tutto il periodo bellico, il tasso medio di mortalità di Maggiano al 13%, superiore sia alla media nazionale sia a quella toscana. Il quadro, tuttavia, appare meno eccezionale se confrontato con i dati drammatici del Mezzogiorno: a Siracusa e Palermo la mortalità sfiora il 50%, mentre a Nocera Inferiore e ad Agrigento si attesta intorno al 34%. Risalendo la penisola, i numeri diminuiscono e si avvicinano, però, a quelli lucchesi: L'Aquila raggiunge il 20% di mortalità, mentre Imola, nel 1944, si registrano percentuali analoghe a quelle lucchesi. Nella rete psichiatrica Toscana il dato di Maggiano si colloca, però, tra i più alti: Volterra segna nel 1944 una mortalità del 22,6%, Siena del 17,4%. Sono numeri, quelli della mortalità degli istituti toscani – Volterra, Siena, Maggiano –,

alquanto elevati e di certo legati al coinvolgimento materiale nel conflitto.[787] D'altronde è proprio l'avvicinamento del fronte all'istituto a segnare il discrimine nei rilevamenti. Il confronto dei numeri della mortalità a Maggiano su tutto il periodo della guerra parla chiaro: mentre nel triennio 1940-1942 Lucca si mantiene su livelli relativamente contenuti, è solo nel biennio 1943-1944 che l'impennata della mortalità diventa drammatica, collocando Maggiano ai vertici della triste graduatoria nazionale dei decessi manicomiali.

Intanto, anche fuori dall'istituto, la guerra presenta un conto sempre più salato. Mentre gli Alleati combattono ancora tra le rovine di Cassino, i tedeschi avviano sul territorio lucchese una più capillare organizzazione militare, in vista di una resistenza ormai disperata. Il 13 marzo 1944, per ordine del capo della provincia, la casa di cura privata delle Ville di Nozzano deve essere sgomberata: tutti i ricoverati vengono trasferiti al manicomio di Fregionaia. Il direttore della clinica, professor Pellizzi, rimane formalmente responsabile dei malati anche dopo il trasferimento, mentre l'ospedale psichiatrico assume solo il ruolo di struttura ospitante. Nelle prime ore del 14 marzo i degenti vengono condotti a Fregionaia, e contestualmente le prime truppe tedesche entrano all'interno delle Ville, l'ordine del comando tedesco è lapidario: sgomberare subito e «lasciarsi almeno 7 letti per ufficiali germanici». Le operazioni di sgombero avvengono all'improvviso e sbrigativamente, in un clima nel quale è facile capire che oramai tutte le accortezze e le cautele nei riguardi degli internati siano al fondo della lista delle priorità: una ricoverata, rimasta fuori dalla supervisione degli infermieri, occupati in lavori di manovalanza, apre la finestra della struttura e si suicida.[788] Con l'arrivo delle truppe, la presenza tedesca nella piana dell'Oltreserchio diventa stabile, e da subito iniziano sequestri, vessazioni e un controllo militare asfissiante sulla popolazione. Tra la fine di marzo e il 6 aprile, sette infermieri del manicomio vengono sequestrati e costretti dalle autorità tedesche a prestare servizio di guardia in luoghi dove erano stati danneggiati i fili elettrici e telefonici, sottraendoli così al loro lavoro in ospedale. Numerosi salariati dell'ospedale psichiatrico risultano "vittime di sequestro", anche solo temporaneo, durante i periodici rastrellamenti tra agosto e settembre 1944: Eugenio Bertolucci, Italo Casini, Armando D'Angelo, Federigo D'Arrigo, Vittorio Lenzi e Terzilio Michelucci.[789] Un altro infermiere, Gino Malerbi, arruolato nei Carabinieri, risulta internato in Germania già dall'8 settembre 1943.[790] I salariati, vengono trattenuti anche se «in possesso di permesso regolare rilasciato loro dal Comando Militare Tedesco».[791]

Con la liberazione di Roma e lo sgretolamento della linea di difesa tedesca nel centro-sud, la Wermacht si attesta su una nuova posizione fortificata in Toscana: prima sulla linea Albert, o linea

787 Per i dati delle mortalità manicomiali *cfr*. F. Peloso*, La guerra dentro*, pp. 205-207.
788 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, busta 5, plico 3
789 APLu, AC, prot. 77, 1944
790 APLu, AC, prot. 53, 1944.
791 AdFMT, *Risposte – amministrazione*, fasc. 4.

Trasimeno e poi sulla famigerata Linea Gotica (in seguito Linea Verde) a difesa del contrafforte appenninico, ultimo baluardo naturale prima della pianura Padana. La guerra ormai è in Toscana. Dopo la chiusura, il 25 maggio, dell'ultima deroga concessa ai renitenti per potersi presentarsi spontaneamente ai comandi militari e disertare le formazioni partigiane, ogni possibilità di mediazione con migliaia di giovani in età di leva si spegne. Da quel momento chiunque faccia parte di una banda, o anche solo la sostenga, è condannato a morte: il risultato è rendere la lotta partigiana ancora più accanita, perché oramai è questione o di vita o di morte. La retorica – sempre più violenta dei fasci – lascia il posto all'azione brutale di reparti e bande armate, spesso poco legate ai comandi ufficiali, che seminano il terrore nelle città e nelle campagne. Si intensificano, inoltre, i rastrellamenti a danno di ebrei, appartenenti alla resistenza e ai *pows* alleati in fuga, contemporaneamente si fa sempre più pressante la richiesta di nuove braccia da deportare nei cantieri della TODT. I reparti tedeschi guidati da Kesselring, ormaia sempre più isolati in mezzo ad una popolazione indifferente o apertamente ostile, possono contare solo sulla collaborazione della struttura di governo fascista e delle compagnie militari della RSI: la Guardia Nazionale Repubblicana, i battaglioni regolari inquadrati nell'apparato repubblicano e, più tardi, le Brigate Nere. Nelle zone dove il fronte si avvicina, il nervosismo cresce, e le truppe occupanti si abbandonano a operazioni di "bonifica" nelle retrovie e nelle aree vicine alla linea di combattimento: si colpiscono partigiani, "sovversivi" e chiunque sia sospettato di sostenerli. È l'inizio di quella che passerà alla storia come l'«estate di sangue».[792] È in questo contesto che l'intera Lucchesia, controllata dalla *XVI Panzergrenadier-Division* comandata da Max Simon, diventa teatro di stragi, eccidi, esecuzioni sommarie e regolamenti di conti: [793] un vero e proprio bagno di sangue in cui tedeschi e fascisti agiscono fianco a fianco.[794] In una situazione così fluida, segnata da bollettini quotidiani che aggiornano su avanzate al fronte, liberazioni di città, bombardamenti e scontri, anche nella struttura del fascismo si registrano mutamenti significativi. A fine maggio Piazzesi – perno del fascismo più intransigente – viene trasferito a Piacenza; al suo posto arriva a Lucca Luigi Olivieri, figura più moderata e meno rigida. Pur tentando di trovare soluzioni per venire incontro a una popolazione stremata, Olivieri si scontra con l'impossibilità di risolvere un problema alimentare che assume ormai proporzioni strutturali e mai viste prima.

---

792 L. Klinkhammer, *Stragi naziste in Italia. 1943-1944*, Roma, Donzelli, 2006; I. Tognarini, *Kesserling e le stragi nazifasciste1944: Estate di sangue in Toscana*, Roma, Carocci, 2002; *idem*, *Là dove impera il ribellismo: Resistenza e guerra partigiana dalla battaglia di Piombino (10 settembre 1943) alla liberazione di Livorno (19 luglio 1944),* Firenze, Edizioni Scientifiche Italiane, 1988; P. Pezzino – M. Battini, *Guerra ai civili. Occupazione tedesca e politica del massacro (Toscana, 1944)*, Venezia, Marsilio, 1997.

793 P. Pezzino, G. Fulvetti (a cura di), *Zone di guerra, geografie di sangue. L'atlante delle stragi naziste e fasciste in Italia (1943-1945)*, Bologna, Il Mulino, 2016, pp. 310-316.

794 G. Fulvetti, F. Pelini, *La politica del massacro. Per un atlante delle stragi tedesche in Toscana*, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli, 2006; G. Fulvetti, *Uccidere i civili: stragi naziste in Toscana (1943-1945)*, Roma, Carocci, 2009.

È in questo contesto, segnato dall'arrivo stabile dei tedeschi nella zona - ormai pronti a dover reggere l'urto della pressione alleata - dai venti di guerra sempre più forti e da un fascismo divenuto sfacciatamente paranoico, alla ricerca continua di un nemico su cui riversare le colpe dei fallimenti, che il 5 giugno 1944 Guglielmo Lippi Francesconi registra la sua ultima presenza in manicomio. Il direttore viene avvertito che nei suoi confronti è stato spiccato un mandato di cattura dal Tribunale speciale e che le SS hanno ricevuto l'ordine di eseguirlo. I fascisti non sono disposti a perdonare il comportamento «ambiguo» – così lo definirà Marlia, interrogato dal giudice istruttore nelle carceri di Lucca il 20 novembre 1946 – [795] tenuto da Lippi Francesconi verso il regime nei quarantacinque giorni del governo badogliano. Anzi per i fasci ormai non si parla più di ambiguità: quello del direttore è stato "tradimento" vero e proprio a danno dei suoi stessi camerati. Che un uomo "dei nostri" – ex militare, arrivato prima alle Ville di Nozzano e poi a Fregionaia anche grazie alla promozione del fascio di Nozzano San Pietro, legato per carriera e interessi personali al blocco di potere dell'Oltreserchio e capace di farci credere di essere una figura affidabile (è lo stesso Francesconi, per sua stessa ammissione, ad aver promosso e sostenuto le carriere di molti camerati che «da me non hanno avuto che grossi benefici, cominciando dalle salde raccomandazioni fatte al prof. Cristiani, da Nozzano, per la loro assunzione in servizio al Manicomio») [796]– abbia scelto, nel momento del bisogno, di sottrarsi ai propri obblighi di fedeltà è un fatto intollerabile, che reclama ora una giustizia spicciola e immediata. Il fatto è grosso, arrestare Francesconi vorrebbe dire attaccare un pezzo di classe dirigente cresciuta e formatasi durante il fascismo, vorrebbe dire ammettere un fallimento di lungo periodo e lo sgretolamento dell'eredità del fascio, ma ormai non è più importante: le condizioni, ormai, lo rendono possibile. Sono contrastanti le versioni su chi abbia avvertito il direttore del mandato di cattura. Diverse persone, infatti, si intestano il merito della soffiata. Secondo una prima ipotesi è lo squadrista e marciatore su Roma Alberto Andreotti a informarlo;[797] per il figlio del direttore, Pier Luigi Lippi Francesconi, invece, l'avvertimento sarebbe arrivato dall'avvocato Velani Luigi, «usando frasi convenzionali». Lo stesso Pier Luigi ricusa un'altra voce, circolata negli ambienti del fascio, secondo la quale a mettere in guardia suo padre sarebbe stato il dottor Brancatelli, segretario di Piazzesi.[798] Un'ulteriore testimonianza, quella del ragioniere Carlo Panelli, raccolta nel dopoguerra, riferisce invece che è stato lui stesso ad avvertire la moglie del medico, dopo aver appreso da un suo contatto nell'ente SPRAL – la sezione provinciale dell'alimentazione – che Marlia stava preparando un'inchiesta contro Francesconi per accusarlo di un utilizzo illecito delle razioni alimentari e di sottrazione indebita di derrate dell'annona. Panelli racconta di aver avvisato la famiglia

795 G. Fulvetti, *Una comunità in guerra*, op. cit., pp. 185-186.
796 *Memorandum Lippi Francesconi*, op. cit., p. 11
797 ASLu, OP, *Commissione provinciale di Epurazione*, b. 5, blocco 1, fasc. 69, *ad nomen*.
798 AISREC, *Atti e processo alla Brigata nera di Lucca*, Vol III, c. 189.

quando l'accusa era ormai prossima ad essere formalizzata.[799] È probabile, in realtà, che non vi sia un netto contrasto tra queste fonti, ma che esse restituiscano piuttosto un insieme di "voci" convergenti: persone diverse, tutte in qualche maniera vicine agli ambienti del fascio, per vie differenti, cerchino di mettere in guardia Francesconi del pericolo imminente. La mattina seguente il medico raccoglie i pochi oggetti che ha a portata di mano e cerca rifugio a Vecoli, ospite prima di un amico e poi presso la canonica del paese, dove il parroco tenta di inserirlo in una lista di sfollati da far evacuare dalla zona. Poco dopo viene raggiunto dalla famiglia, ma le notizie sono allarmanti: il padre adottivo, Francesco Francesconi – che in quel momento si era rifugiato proprio al manicomio – lo informa che la moglie è seguita e pedinata da militi fascisti, intenzionati a scoprire il suo nascondiglio. Alla notizia, Francesconi decide di lasciare Vecoli con due dei figli e di trovare rifugio poco distante dall'istituto di Maggiano, presso la Certosa di Farneta.[800] La scelta di Francesconi non è casuale. In quel momento, infatti, la Certosa rappresenta uno snodo cruciale della resistenza civile: il procuratore, padre Costa, apre le porte del convento e accoglie decine di perseguitati dal fascismo e dai tedeschi. Nel convento trovano rifugio ex funzionari fascisti in fuga dalle vendette scatenate dopo i "45 giorni", ma anche partigiani feriti ed ebrei come Giorgio Nissim, figura di rilievo della comunità israelitica toscana.[801] Anche in questo caso, ad aiutarci nel ricostruire il contesto è il calendario della guerra. Francesconi, infatti, non avrebbe potuto rimandare ulteriormente la fuga. In quei giorni all'interno di un padiglione del manicomio – sgomberato appositamente – prende stanza un consistente reparto di soldati tedeschi. A partire dall'inizio di giugno, l'ospedale si trova ormai nelle immediate retrovie ed è «occupato militarmente in gran parte».[802] Quella messa in atto dai tedeschi è una strategia già vista altrove e segnata da un estremo disprezzo nei confronti dei civili: collocarsi all'interno o nelle vicinanze di strutture sensibili, utilizzandole come scudi per dissuadere gli Alleati dal colpirle. Lo stesso comportamento si registra a Roma, dove all'ospedale psichiatrico di Santa Maria della Pietà vengono requisiti addirittura cinque padiglioni.[803] L'occupazione di Maggiano da parte dei tedeschi ha innanzitutto uno scopo preciso: battere le campagne della Lucchesia alla ricerca di partigiani e di soldati Alleati feriti e nascosti dalla popolazione civile. Posti di blocco e controlli capillari vengono imposti ovunque, e persino gli spostamenti da e verso il manicomio sono sottoposti a vigilanza, poiché potevano trasformarsi in "occasioni" per il trasferimento clandestino di combattenti. Un episodio emblematico di quei giorni riguarda la squadra mobile della Misericordia di Pescia, che riesce a far fuggire un soldato polacco ferito, nascosto sotto la branda di una donna da

799 AISREC, *Atti e processo alla Brigata nera di Lucca*, Vol III, c. 197.

800 ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 5, plico 1; cfr. anche G. Fulvetti, *Una comunità in guerra*, op. cit. p. 103

801 *Cfr*. G. Fulvetti, *Una comunità in guerra*, op. cit., p. 41-60 e N. Laganà, *«Purtroppo sul nido d'implumi il nibbio fece la sua preda». Le tragiche conseguenze della notte tra il 1 ed il 2 settembre 1944 nella Certosa di Farneta (Lucca) secondo varie testimonianze*, Lucca, ISREC, 2007, p. 87-95.

802 ASLu, OP, *AG*, fald. 154, busta 5, plico 1.

803 F. Peloso, *La guerra dentro*, op. cit., p. 198.

ricoverare a Maggiano.[804] È sempre in quei giorni che, proprio a Maggiano, i tedeschi riescono a scoprire e catturare il noto partigiano ed ebreo Enzo Sereni, in quel momento al servizio dell'esercito inglese.[805] È il solito Tobino ad offrire una pennellata vivida della situazione che si viene a creare all'interno della struttura, con la coesistenza tra i ricoverati che muoio di edemi e cachessia e i tedeschi – totalmente indifferenti all'ambiente - che hanno preso stanza nella struttura:

> […] tedeschi, quella sera d'estate, che intorno a lei bevendo calarono poi nelle tenebre. Erano da dodici a quindici, alcuni giovani, altri di media età; ma tutti, dalle maniere spicce, dalle decorazioni, si capiva che ne dovevano aver mangiato di guerra, e su tutti i fronti. Qualcuno tra loro, amico del capitano medico che aveva istituito qui al manicomio un reparto per feriti, era venuto a trovarlo e aveva portato con sé i commilitoni. […] Si sedettero e sempre più la tavola si ingombrò di bicchieri e bottiglie e insieme si alzarono le voci che avevano uno stridore metallico. Per quei soldati tedeschi – eravamo nel 1943 e già la sconfitta girava sulle loro teste – doveva essere quel boschetto una delizia, finalmente un po' di pace, sepolto ogni sentore di morte. Col passare delle ore il baccano diventò padrone e solitario. Tutto intorno greve silenzio. I malati nei letti stremati dalla fame, molti già con gli edemi. Gli infermieri spaventati per le deportazioni e perché ben sapevano che nell'ospedale erano nascosti molti giovani, disertori alle armi.[806]

La gestione del manicomio passa in quelle settimane all'anziano vicedirettore Alberto Vedrani. Per un paradosso tragico della storia, quella nomina che gli era stata negata nel 1936 – per motivazioni politiche – arriva otto anni più tardi sotto forma di "facente funzioni", e non per un avanzamento di carriera, ma per lo sfaldamento del sistema politico che fino a quel momento aveva retto il manicomio. Sarà lui stesso a definire quell'esperienza una «fatale misavventura».[807]

Nel frattempo, a metà giugno, la federazione fascista lucchese subisce un cambiamento cruciale: l'avvicinarsi del fronte accelera il processo di "militarizzazione" delle strutture federali del fascismo repubblicane.[808] Il 19 giugno arriva a Lucca, su richiesta del segretario nazionale del PFR Pavolini, Idreno Utimperghe – fascista della prima ora, marciatore su Roma, estremista, dirigente sindacale fascista – destinato a diventare uno dei protagonisti delle stragi che insanguineranno la Garfagnana e la Lucchesia, resterà ai vertici del PFR fino alla sua cattura e fucilazione da parte dei

---

804 Don Guido Verreschi, *La misericordia di Pescia: nella guerra 1940-1945 e nel periodo d'emergenza 1 maggio – 22 settembre 1944*, Pescia, Tipografia Nucci,1946, pp. 7-8.

805 Cfr. L. Picciotto, *Il libro della memoria: gli ebrei deportati dall'Italia, 1943-1945*, Milano, Mursia, 2002, pp. 66-71e pp. 77-80.

806 M. Tobino, Gli ultimi giorni di Magliano, Milano, Mondadori, 2009, pp. 11-12. Non sfuggirà al lettore che Tobino colloca l'episodio nell'estate del 1943, retrodatando di circa un anno la presenza militare tedesca. Le ipotesi sono due: o si tratta, più probabilmente, di un errore o di una svista dello scrittore, oppure di un fatto che non trova riscontro nelle carte dell'Archivio di stato e dell'Archivio provinciale, forse riferibile a un reparto medico di piccole dimensioni e di scarsa rilevanza amministrativa. Allo stato attuale della ricerca, nell'estate del '43 non è registrata alcuna presenza ufficiale di truppe tedesche. Resta comunque il dato documentario della descrizione della coabitazione paradossale della coabitazione tra truppe tedesche e ricoverati di Maggiano.

807 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, busta 5, 2/10/1944.

808 Sul tema della nascita della Brigata Nera cfr. Ricciotti Lazzero, *La Brigata Nera. Il partito armato della repubblica di Mussolini*, Milano, Rizzoli, 1983, pp. 13-32; D. Gagliani, *Brigate nere. Mussolini e la militarizzazione del Partito fascista repubblicano*, Torino, Bollati Boringhieri, 2017, p. 21-108.

partigiani a Dongo, il 28 aprile 1945 Utimperghe è chiamato a reggere le sorti della federazione lucchese e già il 22 giugno – il giorno successivo all'ordine di Mussolini a Pavolini di procedere alla formazione del «partito in armi» – [809] fonda la 36ª Brigata Nera «Benito Mussolini», poi ribattezzata «Natale Piagentini» in memoria del primo caduto della formazione. La brigata, inizialmente composta da appena duecento elementi fedelissimi, viene strutturata su due squadre: la prima agli ordini di Gino Vivarelli, la seconda affidata a Vittorio Marlia, che comanda tre plotoni, uno dei quali guidato da un altro infermiere di Maggiano, Giuseppe Cortopassi. Marlia e Cortopassi – figure centrali nell'organizzazione infermieristica del manicomio – verranno ricordati, nelle carte dei processi per i crimini fascisti, come due «famigerati fascisti».[810] La Brigata Nera – confinata nei soli centri urbani – non avrà un grande potere. Pur "scimmiottando" le azioni dei tedeschi, i brigatisti sono considerati dai tedeschi stessi, spesso, come una seccatura. Tuttavia, Marlia – da "uomo finito" che il 25 luglio aveva confidato ai carabinieri di non volerne più sapere né della politica né della guerra[811]– torna al centro della scena. Salda da subito buoni rapporti con i soldati tedeschi[812] e concentra nelle proprie mani un potere militare non indifferente, riconosciuto perlomeno dalle gerarchie fasciste locali e, indirettamente, anche dalla popolazione civile. La sua squadra viene infatti impiegata in operazioni di controllo tanto nella città di Lucca quanto nelle campagne circostanti, diventando uno degli strumenti attraverso cui il fascismo repubblicano prova a riaffermare la propria presa sul territorio.[813] Sarà la squadra di Marlia – nello specifico il plotone del tenente Cortopassi – a presentarsi, ad esempio, alle caserme dei carabinieri nell'Oltreserchio per chiedere loro la massima collaborazione con i soldati tedeschi e a condurre durissimi rastrellamenti di antifascisti, come quello avvenuto a Capannori, il 12 aprile del '44, dove una decina di oppositori vengono catturati e deportati.[814] Sotto il comando di Marlia, la II squadra cerca di allargare i propri ranghi a tutti i fascisti ancora fedeli, arrivando ad arruolare – anche con coercizione – numerosi uomini della zona dell'Oltreserchio e persino alcuni sfollati provenienti da diverse parti della Toscana. Molti di questi nuovi arruolati si rendono protagonisti dei rastrellamenti condotti a Santa Maria a Colle, Nozzano e Maggiano. Non di rado, tuttavia, si tratta di individui che, pur presentati come di buona condotta politica, sono in realtà mossi soprattutto dal bisogno di una struttura che garantisca loro protezione e offra un punto di riferimento in un contesto di totale sbandamento amministrativa dello stato. Individui che, spesso, non reggono poi l'urto delle violenze e delle operazioni repressive. E al pari di altri soldati

809 D. Gagliani, *Brigate nere. Mussolini e la militarizzazione del Partito fascista repubblicano*, Torino, Bollati Boringhieri, 2017, p. 30.
810 AISREC, Precessi, busta 25, fasc. 10B.
811 *Memorandum Lippi Francesconi*, op. cit., p. 8.
812 G. Fulvetti, *Una comunità in guerra*, op. cit., pp. 110-112.
813 G. Pardini*, La Repubblica sociale italiana*, op. cit., pp. 343-344.
814 Cfr. AISREC, Processi, busta 21, fasc. 21, 18 maggio 1945.

traumatizzati finiscono in istituto psichiatrico. Vittorio V.[815] è uno di loro. Il 10 agosto 1944 sulla scrivania del direttore Vedrani arriva una lettera firmata da Utimperghe in persona, con la quale si richiede l'internamento del brigatista Vittorio, accompagnata da una valutazione sul suo stato di salute mentale. Vittorio, classe 1915, viene da Pisa, è un ex impiegato alla fabbrica Saint Gobain che a causa dei bombardamenti sulla città è sfollato a Montemagno di Calci e da lì, attraverso contatti in comune, finisce con la Brigata Nera. All'esame psichico scopriamo la sua storia:

> È un nevrastenico traumatizzato dallo stato attuale di emergenza: ha dovuto abbandonare improvvisamente la famiglia con una piccola figlia ammalata per sfollamento del paese dove abitava (Montemagno di Calci) giunto a Lucca ed essendo privo di tutto sembra si sia arruolato nella "Brigata nera" dove stava in mala voglia.

Sempre all'esame d'ingresso si rileva che appena giunto in manicomio Vittorio è scoppiato in lacrime chiedendo di essere dimesso. Il comando della Brigata lo ha mandato a Fregionaia perché «colto da una crisi nervosa» mentre serviva in operazioni militari. È una lettera dello stesso Vittorio a Cirano – probabilmente un amico –, datata 16 agosto 1944 e mai consegnata, a informarci della sua storia. Si scopre che è stato lui stesso a insistere per essere internato, pur di lasciare la Brigata: «Lo sbaglio più grosso della mia vita è stato quello di insistere di venire ad essere ricoverato qua in manicomio». Ma ciò che gli si prospetta non è una fuga, bensì una morte quasi certa: «debbo uscire altrimenti o muoio di fame o impazzisco […] per me [qui] un'ora è un secolo – continua – le giornate sono interminabili». Infatti: «il mangiare è pochissimo pochissimo e immangiabile. I più giorni non tocco niente e devo stare nel letto perché se mi alzo la debolezza mi fa andare in terra». A questo si aggiunge il rischio della follia "vera": «i pazzi sono furiosi e ributtanti di sudiciume. Senza niente da leggere, da fumare non l'ò più. Credi che temo da un momento all'altro di andar via di mente». Vittorio cerca di interagire con medici e infermieri per spiegare la sua «situazione» – lo sfollamento, l'arruolamento di sopravvivenza, l'allontanamento dalla Brigata – e ottenere una dimissione immediata, ma:

> mi hanno rinchiuso insieme ai furiosi, ho cercato di spiegare la mia situazione ma tutto è inutile, qui siamo solo a contatto con l'infermieri. Con il dottore ò parlato solo una volta e gli ho spiegato la mia situazione, per tutta risposta mi ha fatto mettere in un letto per due giorni piantonato da due infermieri.

La rigidità del disciplinamento manicomiale – dove la condotta morale e il contegno rappresentano l'unico vero discrimine di valutazione medica – si rivela insostenibile perfino anche per chi proviene da un'esperienza militare: «se poi in questo periodo fai qualche scatto o piangi insomma qualsiasi cosa allora non esci più [dal manicomio]». La cartella di Vittorio è, inoltre, una preziosa testimonianza di come la guerra venga vissuta dentro le corsie: «Qui intorno poi ci sono un'infinità di obbiettivi e gli apparecchi sempre sono sopra. Non si parla di rifugi né di cantine. Solo qui chiuso come un galeotto». Gli "apparecchi" – i velivoli militari alleati – non concedono tregua, e l'ospedale non

[815] ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 121.

dispone di spazi idonei in cui trovare riparo. Il 13 settembre 1944 Vedrani comunica al tribunale di Lucca che Vittorio «in tutto il lungo periodo d'osservazione non ha mai manifestato disturbi mentali da giustificare un definitivo internamento». Sarà dimesso solo dopo la fuga della Brigata Nera da Lucca.

Intanto, il timore dell'arrivo del conflitto e l'angoscia di essere colti di sorpresa spingono molti a cercare protezione all'interno del manicomio. Il 20 giugno 1944 Vedrani scrive al capo della provincia per sostenere la richiesta degli infermieri – rivoltisi al direttore per tramite del viceispettore Minciotti, ormai divenuto la loro voce – e di alcune famiglie di salariati, che chiedono di poter avere il nullaosta per trasferirsi a vivere tra le mura dell'ospedale «in caso di una invasione nemica», continuando così a svolgere il proprio lavoro. Il giorno successivo, una richiesta analoga arriva anche dal personale delle officine meccaniche e dagli operai del manicomio.[816] A fine giugno siamo, ormai, al punto di non ritorno. Il 30 giugno Vedrani - vista la sempre più drammatica situazione alimentare in manicomio – spinge per il "libera tutti" quasi definitivo: chiede al capo della provincia di poter rilasciare «il maggior numero di ricoverati senza l'osservanza delle prescritte formalità, almeno per tutti quegli ammalati che a giudizio della Medica - Direzione non offrono indizi ai pericolosità a se od agli altri» e ricorda che il manicomio ha cibo solo per una «diecina di giorni soltanto».[817] La situazione è così compromessa da imporre soluzioni di fortuna, al limite della legalità. Giulio[818] – internato per la terza volta per psicosi maniaco-depressiva – risulta pienamente dimissibile, ma dichiara al direttore che, pur avendo «desiderio di libertà», non ha «nessuno che mi richiede né fissa dimora». Vedrani, forzando la procedura, decide allora di dimetterlo in custodia come «familiare dall'avvocato Angelo Vedrani», il figlio del medico che nel 1926 era stato al centro della commissione disciplinare imbastita da Sergiusti contro il padre. Il 1º luglio il direttore si rivolge inoltre all'amministrazione provinciale chiedendo di «alleggerire in blocco questo manicomio di circa 15 ricoverati»[819] provenienti dalla provincia di Pisa, trasferiti a Maggiano dietro accordo verbale tra Lippi Francesconi e il direttore della clinica pisana, Gozzano. Vedrani invita inoltre a comunicare a tutte le amministrazioni, ai tribunali e alla polizia di «non mandare ulteriormente ammalati se non in caso di estremo bisogno, obbligando i medici, che spesso li accompagnano con certificati informi, ad attenersi all'art. 39 del Regolamento sui manicomi, il quale ordina l'annunciazione specifica di fatti dimostranti la tendenza pericolosa», rendendo manifesto come molti ricoveri avvengano senza alcun rispetto delle prescrizioni della legge n. 36.[820] L'8 luglio Vedrani scrive al commissario prefettizio di

816 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, fasc. 5.
817 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, fasc. 5.
818 ASLu, OP, *CC*, fald. 483, c. 225.
819 ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5.
820 Continua Vedrani: «Credo doveroso da parte mia offrirvi qui allegato un prospetto che può dar ragione in nomi e in cifre della presente sosta, nel tentativo di sfollamento di questo Istituto». Qui Vedrani fa una lista di malati: sono sette internati già pronti al trasferimento ma che l'ospedale di Volterra non ha mai mandato nessun trasporto; nel frattempo

Lucca, informandolo che – complice la sospensione del servizio funebre, dovuta ai mitragliamenti lungo la strada provinciale e alla mancanza di mezzi – i cadaveri del manicomio non possono più essere trasportati al cimitero di Lucca e devono essere provvisoriamente tumulati nei cimiteri della campagna circostante. Ma i corpi degli ex degenti sono così numerosi che i parroci di Maggiano e di Santa Maria a Colle dichiarano di non avere più spazio per accogliere i defunti dell'istituto. Per far fronte all'emergenza, sotto il sole estivo e per evitare i miasmi della putrefazione, il direttore è costretto a inviare squadre di infermieri con i feretri al cimitero di Nozzano San Pietro, nella speranza di trovarvi posto. «Il manicomio – scrive amaramente Vedrani – non è come la gente immagina, una concentrazione di follia pia o meno giuliva, ma ben più è una accolta imponente di malattie corporee demolitrici e consuntive (tubercolose, senili, ecc.)».[821] In una situazione tanto disastrata anche la rete di solidarietà con le comunità circostanti si sfalda. Il parroco di San Macario in Piano scrive al podestà di Lucca che «il paese non vuole che in questo Camposanto siano sepolte salme di cotesto Manicomio. Mi sembra di aver fatto assai. Il Comune provveda che siano portate al Camposanto di Lucca».[822] A poco vale la sollecitazione dell'ufficiale sanitario del Comune di Lucca a non rifiutare le salme dei ricoverati: i cimiteri della campagna sono ormai del tutto saturi. A questo punto, Vedrani chiede e ottiene dal podestà l'autorizzazione a seppellire i morti all'interno della struttura stessa,[823] «in terreno retrostante alla Chiesetta mortuaria dove depositiamo i cadaveri. Il quale terreno è situato a livello più basso dell'Istituto e lateralmente alla strada che dal ponticello […] sale al Manicomio».[824] Così sarà fino ai primi mesi del 1945. Solo nel 1959 il presidente della Provincia, il democristiano Osvaldo Bini, disporrà l'esumazione dei corpi e il loro trasferimento presso l'ossario del cimitero civile di Lucca.[825]

Pochi giorni più tardi, il 12 luglio 1944, arriva la resa definitiva della rete del servizio psichiatrico lucchese e dello stesso direttore: il manicomio, ormai incapace di garantire persino il minimo di alimentazione ai ricoverati, è costretto a chiudere ai trasferimenti e alle nuove ammissioni. L'amministrazione provinciale comunica «al Questore, ai Pretori ed ai Podestà dei Comuni, nelle loro qualità di Uff. di P.S.» di sospendere, a tempo indeterminato, gli invii di malati a Fregionaia, per

sono giunti altri 8; nove malati sono proposti per la consegna in domicilio ma "nessuna delle famiglie ha risposto". 1 non è potuta tornare a Pietrasanta per mancanza di un mezzo di trasporto. "è chiaro per questi pochi esempi che la migliore volontà di sfollamento con mezzi ordinari, di un manicomio di due provincie che in pochi anni ha visto la propria popolazione discendere da circa 1700 a circa 1100, va a infrangersi ora contro ostacoli di eccezione dell'ora presente: famiglie irraggiungibili o raminghe o misere o disperse, interruzione di comunicazioni, mancanze di mezzi di trasporto e non a torto temuti pericoli per le strade".

821 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, fasc. 5, 5 agosto 1944.
822 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, fasc. 5, 8 luglio 1944.
823 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, fasc. 5, 7 agosto 1944.
824 APLu, AC, *AC*, prot. 1458; 5-1-1944.
825 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, fasc. 10 ter.

insufficienza alimentare.[826] I pazienti provenienti da Livorno e Pisa vengono dirottati a Volterra, intraprendendo viaggi lunghi e difficili. Solo due carrettieri, Giorgetti Silvano e Bertolucci Guido, continuano a garantire il vettovagliamento dell'istituto e un fragile collegamento con la città: il loro carro sarà sequestrato dai tedeschi negli ultimi giorni prima della liberazione.[827] Ad agosto, infine, si "arrende" anche Vedrani. Il 29 luglio egli scrive al commissario prefettizio della provincia chiedendo l'autorizzazione a promuovere Alessandro Pfanner a vicedirettore, delegandogli progressivamente le funzioni di comando. Colpito da gravi disturbi cardiovascolari e dopo quarantaquattro anni di servizio, Vedrani non riesce più a reggere il peso della gestione. Il 5 agosto 1944 il commissario prefettizio autorizza ufficialmente la nomina di Pfanner (nel documento si fa solo un vago accenno alla «assenza» del direttore titolare, senza ulteriori spiegazioni o segnalazioni di scomparsa).[828] In effetti la situazione che si trova a fronteggiare Vedrani ha un portato emotivo che l'anziano medico non riesce a reggere: da un lato costretto a mediare – con scarsi risultati – con la politica di razzia della Wehrmacht, dall'altro a cercare di contenere, anche qui con scarso successo, lo strapotere degli infermieri-brigatisti. La mattina del 30 luglio 1944 ufficiali tedeschi di stanza a Maggiano, accompagnati dalla truppa, si presentano all'ufficio del direttore e ordinano il sequestro di cento letti completi – materassi, lenzuola e guanciali – destinati ai loro feriti di guerra. Vedrani riesce a strappare soltanto la rinuncia ai guanciali. Ormai ci siamo, quasi si sentono dalla collina del manicomio i rumori dei combattimenti: pochi giorni dopo, il 3 agosto, con le operazioni belliche ormai imminenti e la presenza di reparti combattenti nel territorio, il commissario prefettizio autorizza il servizio mensa serale per medici e impiegati, affinché siano sempre reperibili in caso di emergenze improvvise.[829]

Nel mese di agosto, tutto il territorio lucchese precipita rapidamente nel parossismo della violenza. Il 10 agosto trentotto persone vengono trucidate a Massarosa; il 12, Sant'Anna di Stazzema viene accerchiata e la popolazione intera sterminata; tra il 17 e il 19 agosto altri 159 civili cadono a San Terenzo sotto il piombo nazifascista. Anche l'area immediatamente vicina al manicomio sprofonda nel sangue: il 23 agosto il piccolo gruppo di collegamento del CLN di Santa Maria a Colle – che operava con l'appoggio del parroco don Serafini e ruotava attorno a un improvvisato ricovero ospedaliero – viene scoperto dai tedeschi. Sette uomini vengono torturati e uccisi dal sergente medico Papuska, cinque dei quali appartenenti ad un'unica famiglia (Vannucci).[830]

Ad agosto si consuma la quasi totale liquefazione del manicomio, e insieme emerge un esito

826 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, fasc. 5, 12 luglio 1944.

827 ASLu, OP, *AG*, fald. 152, fasc. 5; cfr. anche APLu, AC, prot. 2093, fasc. 5-1-44, in data 21-12-44. Il comportamento dei soldati tedeschi è modulare, anche Benvenuti (M. Benvenuti, *I primi sei anni di attività dei servizi neurologici dell'ospedale neuropsichiatrico provinciale dell'Aquila*, in «Rassegna di studi psichiatrici», n. 36, p. 241-259) ricorda del furto sistematico che i tedeschi attuano nei confronti dell'istituto psichiatrico dell'Aquila.

828 ASLu, OP, AG, faldone 152 OP, fascicolo 6, n. 3.

829 ASLu, OP, AG, faldone 152 OP, fascicolo n.6, plico 1.

830 G. Fulvetti, *Uccidere i civili. Le stragi naziste in Toscana (1943-1945)*, Carocci, Roma, 2009, pp. 175-176.

paradossale, ma in realtà coerente con il processo avviato vent'anni prima: il completo ribaltamento della piramide di comando. La saldatura tra potere politico fascista e corpo infermieristico – che aveva reso possibile la fascistizzazione dell'istituto – mostra ora il suo volto definitivo, capovolgendo equilibri e funzioni e sancendo la subordinazione della direzione medica alle dinamiche di potere che, dall'esterno, soffocano l'istituto. Il 14 agosto 1944, con decreto firmato tre giorni prima, l'«Ispettore della Brigata Nera "Mussolini", sig. Marlia Vittorio» – su richiesta dello stesso comandante militare della piazza di Lucca, Idreno Utimperghe – viene nominato dal commissario prefettizio della provincia «commissario straordinario dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale». Il provvedimento, giustificato con la necessità di una «straordinaria, temporanea direzione», assegna a Marlia pieni poteri sulla gestione amministrativa dell'istituto, con l'incarico di «studiare […] i provvedimenti ordinari e straordinari ritenuti necessari ed opportuni onde assicurare nel miglior modo il vettovagliamento e funzionamento dell'Istituto».[831] Di fatto, la direzione medica viene esautorata e il commissario fascista si insedia come nuovo padrone dell'ospedale, segnando il definitivo passaggio del controllo nelle mani degli squadristi. Si compie così, in modo drammaticamente coerente - anche se parzialmente-, la "maledizione" che il viceispettore D'Arrigo aveva pronunciato nell'estate del 1943 – «chi li ha fatti togliere ce li rimetterà», riferendosi ai ritratti del Duce: la vendetta si è consumata. Il gruppo di potere ramificato tra gli infermieri, saldato con gli squadristi, è riuscito a "battere" il direttore – ancora in fuga – e a prendersi, senza più mediazioni, le redini del manicomio. L'occupazione al vertice si esprime anche sul piano simbolico: Marlia non solo assume formalmente la guida dell'istituto, ma trasferisce la propria famiglia all'interno dell'appartamento del direttore.[832]

5.5 Internamenti di guerra: soldati traumatizzati, sfollati, civili in fuga e l'esodo dei livornesi tra continuità eziologia, sostanza organicista e accidente bellico

Per comprendere fino in fondo la dimensione di guerra affrontata dall'ospedale psichiatrico di Lucca, è necessario soffermarsi sulle cartelle cliniche che registrano gli internamenti per cause direttamente o indirettamente legate al conflitto. La guerra, infatti, non si manifesta solo come questione amministrativa e burocratica – fatta di ordini, circolari, trasferimenti di infermieri o scelte dei medici – ma entra materialmente nell'istituto attraverso le storie personali dei ricoverati. Il conflitto rappresenta una condizione generale, che si esprime come somma di molteplici fattori: ognuno di essi contribuisce, spesso in modo diverso e difficilmente quantificabile, a determinare la crisi che porta all'internamento. La guerra assume così la forma di un'esplosione diffusa, una

831 ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 6, plico 1; cfr. anche APLu, AC, prot. 249, 1944.
832 AISERC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 179.

deflagrazione che investe tanto le strutture materiali quanto quelle relazionali e psicologiche, quelle della guerra sono cartelle cliniche alla "nitroglicerina": esplodono le case e le dimore degli sfollati sotto i bombardamenti; con esse, esplodono le reti familiari che fino a quel momento avevano retto e contenuto situazioni che, in altri contesti, sarebbero state gestite senza ricorrere al manicomio; infine, esplodono le forme psicotiche, spesso caratterizzate dalla repentinità e dall'imprevedibilità. Non è un caso che nei racconti dei familiari ricorra di frequente il linguaggio dell'incredulità: la psicosi di guerra viene descritta come un evento improvviso, un discrimine netto tra un "prima" e un "dopo", tra la normalità e la follia. Prima – si sottolinea – la persona era "normale", poi, dopo il bombardamento, la prigionia, la ferita o la fuga, è sopraggiunta l'alienazione. Tuttavia, come vedremo, per gli psichiatri non è mai il trauma bellico in sé a rappresentare la vera causa della "follia": esso è piuttosto considerato un fattore scatenante, che si innesta su una predisposizione patologica già presente.

Come abbiamo già avuto modo di osservare, il 1918 rappresenta per la psichiatria italiana uno dei momenti di maggiore vitalità fino ad allora conosciuti. Da un lato, la disciplina ottiene il pieno accreditamento come scienza "di stato", legittimata a occuparsi della salute mentale delle masse mobilitate; dall'altro, la straordinaria quantità di soldati traumatizzati inviati dalle trincee ai padiglioni militari offre un vastissimo materiale clinico, alimentando nuove ricerche e dando vita a un vero e proprio torrente di pubblicazioni dedicate ai traumi psichici e alle nevropatie di guerra. Tra le opere più significative, spicca quella di padre Agostino Gemelli che, nello stesso 1918, pubblica un volume dal titolo *Il nostro soldato*. Analizzando un'ampia casistica di militari traumatizzati transitati per i reparti psichiatrici, Gemelli si pone una domanda centrale: «la paura della guerra, le emozioni della battaglia, le violente commozioni dei bombardamenti possono produrre dei turbamenti mentali temporanei o permanenti? Può, in una parola, la paura in guerra essere causa di pazzia?».[833] La risposta è netta: no, la guerra in sé non genera follia. Secondo Gemelli, infatti, tutti i militari che manifestano sindromi commozionali non sono vittime dirette degli eventi bellici, bensì individui già predisposti: «come ben dice Régis, sono dei predisposti emotivi, degli impressionabili, dei nervosi, alcuni anche dei veri nevropatici. Hanno, cioè, una costituzione emotiva».[834] In realtà, gli studi condotti sui reduci del primo conflitto non aprono un orizzonte nuovo, ma finiscono piuttosto per confermare e rafforzare un impianto teorico già affermatosi prima della guerra: l'idea che la malattia mentale sia in primo luogo espressione di una predisposizione individuale. Il paradigma traumatologico su base "predispositiva" diventa così la cornice entro cui viene fissata l'immagine del

833 A. Gemelli, *Il nostro soldato*, Treves, 1918, p. 302.
834 *Ivi*, p. 325.

soldato traumatizzato, un quadro interpretativo che, con poche variazioni, resterà sostanzialmente immutato anche nel corso della Seconda guerra mondiale.[835]

Nonostante l'emergere di studi sulla traumatologia di guerra legati al Secondo conflitto mondiale, continua a pesare l'impronta di quella «*mauvaise volonté*» – quella svogliatezza – che Giorgio Padovani, già nel 1950, indicava come l'atteggiamento diffuso con cui gli italiani, per decenni, hanno guardato all'impopolare guerra fascista.[836] Un sentimento di ripulsa che, secondo l'autore, ha determinato una radicale revisione dell'immagine del militare: non più il protagonista "positivo" della guerra, ma piuttosto un complice o, nella migliore delle ipotesi, una vittima del fascismo, entrambe figure espulse da qualsiasi retorica celebrativa. Questa prospettiva – sostiene Padovani – ha investito anche l'ambito psichiatrico, producendo un interesse più limitato e un'attenzione ridotta verso i casi di traumatologia militare. Gli studi, tuttavia, esistono e si intrecciano con la storiografia sulla guerra civile italiana, spostando però il baricentro dell'analisi sul civile, il nuovo protagonisti della dimensione bellica: una figura che assume ora i tratti del militare-partigiano, eroe della guerra di liberazione nonostante la sproporzione delle forze in campo, ora quelli della vittima inerme. Due immagini che convergeranno al cuore della narrazione fondativa del nuovo stato democratico. La nuova centralità dei civili - anche negli studi psichiatrici - è dettata dall'inedito tasso di coinvolgimento della popolazione nel conflitto: la guerra totale, infatti, inquadra i civili come un tassello fondamentale delle parti in guerra e spalanca, dunque, loro i manicomi – a quanti sono travolti da bombardamenti, a quanti sono sfollamenti, ai perseguitati e ai quasi morti di fame. I civili sono le vere vittime del conflitto e finiscono internati nei manicomi fianco a fianco con i militari traumatizzati. Ad accoglierli – soldati e civili insieme – per cause di guerra, sono gli stessi medici che applicano il medesimo paradigma interpretativo già dominante nel conflitto precedente: la follia non viene mai ricondotta al trauma in sé, ma a una frattura preesistente – biologica, ereditaria, predispositiva, organica o virale. La psichiatria, dunque, non muta prospettiva, ma la realtà della guerra amplia il laboratorio di osservazione: non più soltanto il fronte militare, ma anche quello civile. I confini cronologici del tema degli internamenti legati alla guerra a Maggiano, tuttavia, devono essere anticipati di alcuni anni rispetto allo scoppio del secondo conflitto mondiale. Già dalla seconda metà degli anni Trenta, infatti – prima con la guerra d'Abissinia e poi con l'intervento italiano in Spagna a fianco dei franchisti – i manicomi italiani vengono coinvolti nella macchina bellica del

[835] Cfr. J. Talbott, *Le choc traumatique et la seconde guerre mondiale*, in «Choc traumatiques et historie culturelle», 2000, n. 3, pp. 127-137.

[836] G. Padovani, *Événements de guerre et troubles mentaux. La contribution italienne à l'étude du probleme*, in «Premier congrès mondial de psychiatrie» par H. Ey, P. Marty et G. Daumezon, Hermann & Cie éditeurs, Paris, 1952, pp. 156-157.

regime, chiamati ad assorbire i reduci traumatizzati e a occultare il rovescio della retorica trionfale della "crociata" fascista contro il comunismo e i nemici dell'Impero.

Il 5 ottobre del 1911 le truppe da sbarco italiane occupano il porto di Tripoli, ha inizio quella che passa alla storia come la guerra italo-ottomana. Dopo alterne vicende, sconfitte disastrose e un'opinione pubblica spaccata – è in occasione di questo conflitto che Vedrani intensifica la sua polemica contro il giornalismo bellicista – l'Italia vince il conflitto e strappa ai turchi la «Quarta sponda» e il Dodecaneso. Il conflitto, tuttavia, lascia uno strascico lunghissimo di morti e feriti, tra questi ultimi, anche numerosi traumatizzati di guerra. La paura delle truppe "berbere", del deserto, di una popolazione percepita come ostile, insieme alle condizioni climatiche durissime, intessono un *mélange* di sentimenti, autorappresentazioni e proiezioni fobiche sulla realtà del conflitto che per molti soldati risulta psichicamente deflagratore. Già nel 1914 il tenente colonnello Mangiarotti pubblica un'*Inchiesta psicologica sui reduci della Libia*, nella quale tenta di far emergere le difficoltà emotive sperimentate dai militari durante la campagna. L'impresa coloniale finisce così per anticipare, in scala ridotta, la discussione sui traumi di guerra che si imporrà durante la Grande guerra.[837] Nel 1912, a conflitto appena concluso, il direttore dell'Istituto delle malattie nervose e mentali della Regia Università di Catania, Giuseppe D'Abundo - allievo di Leonardo Bianchi - conduce uno studio sui militari ricoverati per psicosi negli ospedali militari allestiti in Libia.[838] D'Abundo, convinto interventista e sostenitore dell'impresa coloniale, conclude che i soggetti psicopatici risultano segnati da degenerazione o da atavismo. A fare da eco ai suoi risultati è lo psichiatra Placido Consiglio, proveniente dalla Clinica delle malattie nervose di Roma e medico militare a Tripoli, che studia una casistica ampia di traumatizzati provenienti dalla linea del fuoco e giunge a conclusioni analoghe.[839] Anche stavolta, dunque, , dunque, la psichiatria concorre a una forma di "difesa sociale": respingendo l'idea che sia la guerra a lasciare sui soldati le "ferite invisibili", reinscrive la responsabilità del delirio in una dimensione personale, intima, nella predisposizione individuale, letta in chiave ereditaria.[840] Con l'avvio dell'impresa coloniale, la psichiatria italiana conosce quindi un forte stimolo e nuovi campi di applicazione: da un lato torna a interrogarsi, dopo Adua e la prima stagione coloniale, sulle psicosi dei militari; dall'altro, nell'incontro con "l'altro", prende forma ciò che viene definito «etnopsichiatria». Il confronto con culture percepite come radicalmente "aliene" rispetto a quella europea e bianca – filtrato da pregiudiziali razziali fortissime, alimentate da immagini e posture già consolidate nella cultura

837 *Cfr*. G. Mamone – F. Milazzo, *Deserti della Mente. Psichiatria e combattenti nella guerra di Libia 1911-1912*, Firenze, Le Monnier, 2019, pp. 13-44.

838 *Cfr*. G. D'Abundo, *Turbe neuropsichiche consecutive ad emozioni durante la guerra Italo-Turca*, In Rivista italiana di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia, V, 6.

839 Su gli psichiatri "libici" cfr. G. Mamone – F. Milazzo, *Deserti della mente*, *op. cit*. pp. 109-114.

840 *Ivi*, pp. 72-75.

coloniale europea - come quelle eritrea, etiope, tigrina, somala, oromo etc., mette la disciplina di fronte al problema del relativismo culturale, ovvero quello di riconoscere e definire l'alienazione mentale entro i sistemi di valori e i pattern comportamentali non riducibili a quelli europei, ma totalmente diversi, caratterizzati da un'estrema arretratezza culturale e stigmatizzati come inferiori.[841] In questo quadro, la psichiatria italiana fa proprie le caratteristiche di un sapere universalistico, ritenuto in grado di spiegare anche le civiltà più differenti, costruendo paragoni tra le fasi di sviluppo della civiltà umana e i "gradi" di civilizzazione. Un'idea, questa, che replica l'immagine di una gerarchica della conoscenza, per cui a ogni stadio di sviluppo corrisponderebbe un determinato tipo di scienza (dell'infanzia, dell'età matura, ecc.). È dentro questo approccio ibrido - che intreccia riferimenti antropologici, studi sulla "razza" e darwinismo sociale – e anche sulla scorta dei traumi del conflitto vissuto da coloni e militari, che comincia a strutturarsi una prima rete ospedaliero-psichiatrica coloniale.[842] Sarà anche da questa rete di igiene mentale coloniale che prenderanno avvio alcuni internamenti di coloni e soldati italiani che, prima con la guerra coloniale e poi con il conflitto mondiale, finiranno per incrociare sulla propria strada Maggiano.

Il 3 ottobre del 1935, il generale De Bono, alla testa di tre corpi d'armata del regio esercito, varca il confine che divide l'Eritrea italiana dall'Impero d'Etiopia, dirigendosi verso Adua: il fascismo è ora in guerra con il *negus* Selassié. La guerra si protrae fino al maggio del '36, quando il 5 maggio, Badoglio, capo delle operazioni in Etiopia, entra nella capitale Addis Abeba: è la nascita dell'impero fascista e allo stesso tempo l'inizio dell'isolamento internazionale dell'Italia, a seguito delle sanzioni comminate dalla società delle nazioni. La guerra – che vede la mobilitazione di circa mezzo milione di soldati italiani - costa relativamente poche vittime tra i militari italiani, poco meno di quattromila, molti di più si contano tra i soldati etiopi e tra i civili etiopi. Ma la guerra è molto dura: la guerriglia è endemica, gli etiopi sono decisi a non cedere e fino all'ultimo organizzeranno offensive contro i militari italiani. Le battaglie sono molto accanite, gli etiopi sono pronti a farsi sotto al nemico anche ingaggiando scontri corpo a corpo, il trauma psicologico per molti soldati italiani è forte.[843] Di Bruno,[844] di 30 anni di Barga, non rimane niente nella cartella clinica, si sa solo dalla madre che intrattiene con Lippi Francesconi un epistolario per avere la certificazione per una pensione di invalidità. Dalle lettere si scopre che Bruno è arrivato a Maggiano «dopo poco tempo che tornò dall'Abissinia» e che ora risulta segnalato come «mutacista a tinta depressiva, schizofrenico». Dopo breve ricovero, viene dimesso in custodia ai genitori (il padre è molto anziano) con una piccola

841 *Cfr. Iv*i, pp. 79-84.

842 Il tema è molto vasto e ha prodotto una notevole quantità di interesse e contributi. Per brevità si rinvia a Francesco Paolella, *La psichiatria nelle colonie. Una storia del Novecento*, Milano, Franco Angeli, 2017, pp. 9-26 e pp. 66-91.

843 Il tema della psichiatria e le guerre coloniali italiane, tuttavia, è studiato già dalle guerre di inizio secolo, ad esempio, segnalo l'articolo di M. Scarfone *La psychiatrie italienne au front. L'expérience fondatrice de la guerre de Libye (1911-1912)* in «Le Mouvement social», 257, 2016, 4, p. 109-126.

844 ASLu, OP, CC, fald. 434, c. 23.

pensione. Erminio[845] viene ammesso a Maggiano nel giugno del 1937. Ha trent'anni e proviene dal Regio Ospedale di Aversa, dove era stato internato come militare riformato. Inquadrato nella prima legione autocarri di Napoli – camicia nera –, è reduce della campagna in Africa Orientale Italiana. Dopo l'esperienza in Abissinia si presenta con un quadro clinico descritto come «assenteismo, negativismo, mutacismo, anaffettività». Con medici e infermieri non parla; solo alla madre, giunta a visitarlo a Maggiano, concede poche parole: alla domanda sconsolata «o dunque non mi dici nulla?», risponde con avvilimento «cosa vi devo dire?», per poi ricadere nel più assoluto silenzio. La scena è un trauma per la donna, che chiede con insistenza la dimissione del figlio, più volte negata a causa degli scatti di aggressività e degli impulsi violenti manifestati da Erminio in camerata. Il 23 settembre 1940, esasperata dal continuo rifiuto, la madre prende carta e penna e scrive al direttore una lettera dai toni durissimi:

> mio figlio […] è circa 3 anni che si trova costà, noi non ce lo abbiamo portato ma fu il destino mentre lo stesso era nelle terre dell'Impero a compiere il proprio dovere. Sig. professore, voi ignorate quali siano le pene di una mamma e perciò nelle mie reiterate domande avete sempre espresso il parere contrario. Difronte a Dio un giorno si deve render conto della propria coscienza e delle proprie azioni; quindi, pensate bene che una madre soffre attende il proprio figlio;

La madre si vede recapitare l'ennesimo rifiuto: Erminio è considerato «troppo violento». Solo nell'aprile del 1944 viene infine dimesso, ufficialmente perché «in via di miglioramento» – una formula che suona poco credibile, più dettata dalla necessità di sfoltire i reparti e rimandare a casa chiunque avesse ancora una famiglia pronta ad accoglierlo. Intanto, l'Impero italiano in Africa conosce una parabola brevissima: appena proclamato nel 1936, già nel 1941 crolla sotto la controffensiva delle truppe britanniche, sostenute dai resistenti etiopi. Le ultime guarnigioni italiane, isolate da ogni linea di approvvigionamento, resistono con accanimento: battaglie come quelle di Cheren e dell'Amba Alagi – dove viene catturato il viceré Amedeo d'Aosta – costano decine di migliaia di morti e feriti. Con la caduta dell'Africa Orientale Italiana si apre il problema delle migliaia di connazionali ancora presenti sul territorio. Tra il 1942 e il 1943, sotto l'egida della Croce Rossa, quattro "navi bianche" – il *Giulio Cesare*, il *Duilio*, il *Saturnia* e il *Vulcania* – riportano in Italia parte di quella popolazione dispersa: civili, feriti di guerra, ma anche militari dichiarati alienati. Le storie di Carlo,[846] Giuseppe[847] e Giovanni[848] rientrano proprio in questo flusso di militari-profughi. Nel 1942 i tre salgono a bordo del *Duilio* dall'Eritrea, classificati come «alienati mentali» ed esclusi così dall'internamento nei campi di prigionia per soldati italiani allestiti dagli inglesi in India e Australia. Le loro sono storie emblematiche di sopravvivenza alla guerra: casi di "follia" simulata, di alienazione

845 ASLu, OP, CC, fald. 431, c. 157.
846 ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 162.
847 ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 161.
848 ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 160.

utilizzata come strategia di sopravvivenza, quale unica via per sottrarsi al destino dei campi. Il rientro in patria non chiude la vicenda dei reduci: dopo un passaggio nei campi della Croce Rossa di Pistoia, i tre vengono infine trasferiti a Maggiano, privi del certificato ufficiale di «guarigione» dalla malattia mentale che li aveva messi al riparo dal peggiore destino oltremare.

Carlo è napoletano ed è già reduce della Prima guerra mondiale, da cui era uscito con una profonda ferita al cranio. In Africa Orientale ha servito come collaudatore di artiglieria e nel 1942 viene rimpatriato dall'esercito inglese perché internato al «Manicomio di Asmara», dove era stato ricoverato sei mesi prima come prigioniero di guerra, con diagnosi di «psicosi traumatica da esiti di ferita da guerra». Come ricorda Benevelli, ad Asmara non esisteva un ospedale psichiatrico vero e proprio (anche se più volte proposto e studiatane la fattibilità dalle autorità italiane)[849] – a differenza di Mogadiscio, dove era attivo il manicomio "Giacomo De Martino" –[850] ma probabilmente un padiglione dell'ospedale civile *Regina Elena*,[851] passato sotto controllo inglese, fu adattato a reparto psichiatrico per civili e militari italiani.[852] Di quella degenza non rimane documentazione diretta: si sa soltanto che Carlo viene segnalato come «individuo aggressivo e violento». All'ingresso in Italia, però, è lui stesso ad ammettere la simulazione: «questo era l'unico modo di poter tornare in Italia!». Sbarcato a Bari, viene condotto a Roma, all'ospedale militare del Celio, dove si rende protagonista di alcune «stramberie» – che sosterrà sempre di aver recitato. Da lì passa al campo della Croce Rossa di Pistoia, classificato come soggetto dal «carattere tendente al violento […] aggressivo – violento – pericoloso», e infine diagnosticato come "psicotico traumatico". Da lì Carlo arriva a Maggiano, dove, dopo alcuni mesi di osservazione, viene effettivamente dimesso: la sua alienazione mentale non viene riconosciuta. Giuseppe, invece, è tarantino, operaio della Marina Militare. Anche lui giunge a Maggiano attraverso l'ospedale della Croce Rossa di Pistoia, inviato per accertamenti medici. Come Carlo, proviene dal cosiddetto «manicomio di Asmara», dove era stato classificato come affetto da psicosi maniaca con allucinazioni e «facilmente soggetto a mania di eroismo». Ma sarà lui stesso a confessare la finzione: «Per rimpatriare simulai la pazzia mentre ero all'Asmara, perché avevo visto rimpatriare altri 42 che avevano simulato…». Nella scheda compilata a Pistoia – in maniera piuttosto sommaria – si legge che nell'aprile 1941 Giuseppe era stato fatto prigioniero dagli inglesi e da allora aveva iniziato a mostrare «disturbi nervosi con esaltazione e qualche allucinazione». Anche in questo caso, la giustificazione medica si appoggia a fattori somatici: «a Carthum, durante la prigionia, ebbe

---

849 Cfr. tesi di dottorato di M. Scarfone, *La psichiatria coloniale italiana Teorie, pratiche, protagonisti, istituzioni 1906-1952*, 2014, Università Ca' Foscari, Venezia, p. 129. Relatore prof. Bruna Bianchi.

850 L. Benevelli, *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'Impero (1936-1941)*, Roma, Argo edizioni, 2010, p. 75.

851 L'ipotesi è suffragata dal fatto che, come riporta M. Scarfone, (*La psichiatria coloniale italiana,* op. cit. p. 155) alcuni casi clinici di pazienti psichiatrici vengono portati all'Ospedale Regina Elena di Asmara anche prima della guerra.

852 Cfr. Medical department, USArmy, *Preventive medicine in World War II*, vol. VIII, Washington, 1976, pp. 221-222.

nefrite; a Decamerè (Eritrea) attacchi malarici». Ma in manicomio la sua condotta resta sempre tranquilla e corretta: docile, socievole, governabile. Così, il 24 settembre 1943, viene dimesso con la formula «non trovato affetto da malattia mentale». Giovanni, infine, rientra dall'Africa Orientale insieme alla batteria di uomini inviati dal manicomio di Asmara non per alienazione, ma per malattia organica: una meningo-encefalite luetica. A Maggiano racconta che durante la battaglia di Amba Alagi era stato colpito alla testa da un indigeno, perdendo i sensi. Ma, più degli altri due, ammette senza esitazione la simulazione: «narra di aver sofferto di meningite luetica, ma di non aver mai avuto disturbi mentali; negli ultimi giorni, per favoritismo, fu passato dal I Medicina alla sezione manicomiale. In tal modo poté essere rimpatriato». La sua cartella clinica è eloquente: non compaiono illusioni né allucinazioni. Ma col tempo, proprio durante la degenza a Maggiano, iniziano a emergere disturbi della memoria e, in seguito, manifestazioni violente. L'istituto, in questo caso, sembra peggiorare le condizioni del paziente. Per lui, la dimissione non arriverà mai. Ancora nel 1964 si rintracciano testimonianze degli internamenti di italiani in fuga dall'Africa Orientale a Maggiano. Luigi S.[853] scrivendo sulla rivista interna dell'ospedale psichiatrico *La Pantera*, a commento della pubblicazione del romanzo *Il deserto della Libia* di Mario Tobino, ricorda come la fuga dall'Impero – passando da «Gondor [Gondar] capitale dell'Asmara» – coincida con il momento del suo internamento psichiatrico.

Nel luglio del 1936 le legioni del corpo d'Africa dell'esercito spagnolo, guidate dal generale Francisco Franco, si sollevano contro il governo di Madrid: l'obiettivo è abbattere la Seconda repubblica spagnola, sostenuta dal Fronte popolare, e imporre un regime di stampo fascista. Fin da subito l'Italia mussoliniana si schiera a fianco di Franco: dapprima con un supporto logistico – aeronautica e marina – e, dagli inizi del 1937, con un coinvolgimento diretto attraverso il Corpo Truppe Volontarie, formato da soldati del Regio esercito e della MVSN. Gli italiani partecipano attivamente a diverse battaglie campali – Malaga, Santander e, soprattutto, alla quarta offensiva contro Madrid, culminata a Guadalajara. Proprio qui il CTV subisce la più pesante sconfitta: la resistenza delle truppe repubblicane, rinforzate dalle brigate internazionali, infligge un colpo durissimo, lasciando nei soldati italiani la memoria traumatica di una guerra ad altissima intensità. È in questo contesto che si colloca la vicenda di Adelmo,[854] internato nel dicembre 1938 su ordinanza del podestà di Camaiore e convalida del Tribunale di Lucca, che lo segnala come «melancolico». Al suo arrivo a Fregionaia, durante il colloquio di osservazione, si presenta così: «sono un peccatore. Ho ucciso, ho assassinato i miei fratelli, sono dannato, non so come farò a scontare tutti i miei peccati». La cartella clinica lo descrive come un «individuo rientrato dalla guerra di Spagna con delirio di

853 Luigi S., *Il deserto della Libia*, in «La Pantera», Lucca, a. III, n. 7, pp. 7-8.
854 ASLu, OP, CC. fald. 431, c. 258.

rovina, sconforto, ansia a tema esclusivamente bellico». Il medico condotto che redige il primo certificato conferma il quadro, sottolineando come Adelmo abbia preso parte sia alla Grande guerra sia, più recentemente, alla campagna di Spagna. Viene sentito anche il fratello, comandante della stazione dei carabinieri di Monterotondo Marittimo, che ripercorre la sua carriera: dopo la Prima guerra mondiale, arruolato nella Guardia di finanza, Adelmo si ammala di pleuro-polmonite. Una malattia organica che, secondo il medico, sembra offrire la chiave della sua fragilità psichica, dato che in gioventù era stato «robusto, attivo, moderato nel bere e nei costumi, di intelligenza sveglia e spirito gaio». Guarito dalla pleurite, Adelmo torna in servizio, questa volta nelle file della MVSN, con la quale viene mandato in Spagna dove prende parte alle battaglie di Malaga e Guadalajara, rimanendo ferito, in quest'ultima, da schegge agli arti. L'ipotesi di una causa organica è convincente, infatti gli esami rivelano la presenza del bacillo di Koch nelle urine: ecco il motivo scatenante della psicosi, non il trauma vero e proprio della guerra, ma una causa "esterna", organica, la tubercolosi. Nella anamnesi il dottore annota: «dopo il rimpatrio dalla Spagna dove ha preso parte alle battaglie di Guadalajara e di Malaga è espresso idee di colpa per aver ucciso altri uomini». Il 16 novembre del '38 nel diario clinico viene annotato:

> permane il delirio di colpa professionale bellico. Crede d'esser dannato perché ha ucciso in battaglia combattendo come gli era stato comandato": "il tema esclusivo del delirio è a carattere guerresco […] ode battaglie morti e feriti e dice che la colpa sua è perché anche lui ha ucciso, era suo dovere, ma ha ucciso, e non troverà più pace […] è ansioso, sgomento, vaga per la camerata accusandosi di aver fatto soffrire altri fratelli, uomini come lui

Dal manicomio parte l'iter per il riconoscimento ad Adelmo di «grave malattia contratta in servizio e per causa di servizio», con la richiesta di una pensione di invalidità. Dimesso in esperimento il 25 agosto 1942, rientra già il giorno successivo in stato catatonico, con un peggioramento fisico evidente e tubercolosi polmonare. Muore poche settimane dopo, il 3 ottobre 1942, per insufficienza cardiaca. Nelle cartelle cliniche di reduci come lui, la battaglia di Guadalajara diventa un punto fisso della memoria traumatica: una data spartiacque, che ritorna come evento scatenante o come sfondo ossessivo. Ciò che non trapela dai giornali di propaganda fascista riaffiora invece tra le mura vigilate del manicomio, dando corpo, nelle storie individuali, al rovescio della retorica ufficiale. Corrado[855] è un infermiere dell'Ospedale Psichiatrico di Lucca, residente a Montuolo. Nel 1939, dopo alcuni anni di assenza, riprende servizio in manicomio: era stato arruolato nel gennaio del 1937 nella 2ª Divisione, 740° Reggimento Camicie Nere. Ma al suo rientro appare subito trasformato: i colleghi osservano un marcato «mutamento del carattere e del contegno». È convinto di essere oggetto di complotti, «allucinato e delirante, ode i medici e gli infermieri che fra di loro parlano di aver avuto rapporti colla moglie sua» – la stessa moglie che denuncia ripetute violenze domestiche. Dopo pochi mesi dal

855 ASLu, OP, CC. fald. 445, c. 87.

reintegro, a soli 33 anni, il questore di Lucca ne ordina l'immediato internamento. La diagnosi di ingresso lo bolla come "demente precoce paranoide". Durante la degenza, Corrado manifesta paure costanti di torture e sevizie; nel tentativo di fuga si rompe un'anca. Lippi Francesconi annota nella cartella clinica che Corrado era già stato «spedito in Spagna dove pare che fosse già ammalato». Il suo battesimo del fuoco avviene a Guadalajara: lì viene catturato in battaglia «dai rossi» e condotto prima a Madrid, poi a Valencia, internato nel carcere di San Michele per nove mesi. Successivamente è inviato a Masegoso, ai lavori forzati. «Solo dopo due anni di vita durissima, fame, stenti, privazioni di ogni sorta, maltrattamenti, terrori» – scrive ancora Lippi Francesconi – Corrado viene scambiato con altri prigionieri e rimpatriato, passando da Palma di Maiorca su navi inglesi. Ma prima della Spagna, Corrado, afferma il medico direttore, era un «ottimo elemento per intelligenza e zelo». Nonostante la diagnosi riferisca «demenza precoce paranoica» - quindi di origine organica – Francesconi osserva che è tuttavia «evidente per noi, suoi superiori, e per i famigliari il concatenamento della psicopatia col trauma psichico di quella guerra in suolo straniero, e coi patimenti morali e fisici subiti nella lunga tormentosa prigionia, sulla cui crudeltà si hanno ampie testimonianze» e che dunque l'attenzione dei medici sia rivolta al momento traumatico. Morirà nel '45 per enterite-marasmatica. Seppure in maniera marginale, la guerra di Spagna attira l'attenzione degli psichiatri italiani. Nel 1940 lo psichiatra Ignazio Passanisi pubblica sulla rivista *Neopsichiatria* un contributo intitolato *Note di neuropatologia, psichiatria e medicina legale in margine alla guerra di Spagna*.[856] Lo studio, partendo dai dati degli ospedali militari, si trasforma in un elogio al regime: infatti l'autore osserva come i casi di neuropatie e di disturbi psichici da nevrosi di guerra risultassero relativamente pochi rispetto ai grandi numeri del primo conflitto mondiale. Tale differenza sarebbe, a suo giudizio, da attribuire "indiscutibilmente" alla migliore disciplina dell'esercito fascista e all'opera di bonifica sociale condotta dal regime.[857]

Con l'inizio della guerra e delle campagne di arruolamento, i casi di internamento di militari iniziano ad aumentare. Non si tratta, tuttavia, di numeri elevati: si parla, in contemporanea, di poche decine di soldati. Il 21 settembre 1942,[858] dall'ospedale militare di Livorno, il colonnello medico direttore Angelini richiede l'elenco nominativo dei militari ricoverati in manicomio: al 6 ottobre risultano 14 militari internati a Maggiano. Le diagnosi sono quelle tipiche della "patologia da caserma", spesso formulate con il linguaggio della predisposizione organica o ereditaria: schizofrenia (4 casi), demenza precoce (3), stati depressivi (4). Nessuno viene segnalato come portatore di una

856 I. Passanisi, *Note di neuropatologia, psichiatria e medicina legale in margine alla guerra di Spagna*, in «Neopsichiatria», fasc. 1, 1940, pp. 1-83; cfr. anche P Giovannini, La psichiatria di guerra. Dal fascismo alla Seconda guerra mondiale Ed. Unicopli, Milano, 2016, pp. 28-31.

857 I. Passanisi, *Note di neuropatologia, psichiatria e medicina legale in margine alla guerra di Spagna*, in «Neopsichiatria», fasc. 1, 1940, p. 67.

858 ASLu, OP, AG, fald. 150, busta 3, plico 2.

vera e propria "psicosi da combattimento": la maggior parte di loro arriva al manicomio direttamente dalle caserme, appena dopo l'arruolamento, e in alcuni casi si tratta persino di carabinieri. Le cartelle cliniche parlano la lingua dell'"esplosività" psicotica: episodi improvvisi, violenti, che colpiscono all'improvviso e senza apparente preavviso. Giuseppe,[859] caporal maggiore e bracciante edile, viene ricoverato in uno stato di agitazione tale che la modula clinica riporta: «Non è stato possibile procedere al suo interrogatorio dato lo stato di agitazione in cui si trovava». Morirà in manicomio. Pietro[860], invece, viene internato nel gennaio 1941 per "follia improvvisa" e dimesso già nel giugno in custodia al padre: i superiori militari rimangono sbigottiti dalla rapidità con cui la "normalità" del soldato si frantuma in una crisi psicotica acuta. A differenza della Prima guerra mondiale, non viene predisposto alcun padiglione specifico per i militari: si tratta quasi sempre di ricoveri brevi, spesso funzionali a una perizia medica. Maggiano diventa un luogo di transito: o si rimanda il soldato all'ospedale militare, oppure, nei casi più gravi, si cerca di coinvolgere le famiglie per le dimissioni in custodia, previo benestare dei comandi che devono procedere alla riforma. È il caso di Felice,[861] ventenne militare riformato e mandato a Quarto di Genova, diagnosticato schizofrenico: arriva a Maggiano il 24 luglio 1943 e viene dimesso al padre meno di un mese dopo, il 17 agosto. Ancora nel marzo del 1943 il comando militare di Livorno torna a chiedere chiarimenti sul numero dei militari internati a Maggiano: la maggioranza dei casi continua a essere rappresentata da stati depressivi, psicosi depressive, demenza precoce e schizofrenia. Un mese più tardi, nell'aprile, un'ulteriore comunicazione segnala la presenza in istituto di soli cinque militari.[862] A volte, però, i reduci portano con sé non solo il trauma ma anche un bagaglio di violenza che rende difficile la convivenza con gli altri degenti. È il caso di Andrea[863], elettricista imbarcato sul cacciatorpediniere *Animoso*, che il 9 settembre 1943 si rese protagonista – insieme ad altre navi – di una fuga rocambolesca da Portoferraio fino a Palermo per sottrarsi alla cattura o all'affondamento da parte dei tedeschi. Ricoverato a Maggiano dall'ospedale militare di Lucca, diventa protagonista di una violenta rissa con altri internati, segno di come la vita sotto le armi potesse tradursi in un'abitudine alla brutalità, percepita ormai come unico mezzo di difesa e relazione.

Il rapporto tra l'ospedale psichiatrico e le autorità militari si traduce in un flusso continuo di lettere. Da Livorno, in particolare, partono richieste incessanti di elenchi, monitoraggi e aggiornamenti sul decorso clinico dei militari internati. Il 31 marzo 1943 la direzione medica dell'ospedale militare livornese pretende l'elenco completo dei soldati non ancora dimessi – inclusi quelli già trasferiti altrove. Il 9 aprile, invece, è il colonnello medico igienista della direzione sanitaria

859 ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 155.
860 ASLu, OP, CC, fald. 450, c. 8.
861 ASLu, OP, CC, fald. 465, c. 126.
862 ASLu, OP, AG, fald. 151, fasc. 3, plico 1.
863 ASLu, OP, CC, fald. 483, c. 204.

militare di Firenze a sollecitare con urgenza la trasmissione dei nominativi: «tali documenti occorrono con immediata urgenza, per aderire a disposizioni e solleciti ministeriali».[864] Questa fitta corrispondenza testimonia un doppio movimento: da un lato la pressione per recuperare al più presto i soldati "guariti" e rimetterli nei ranghi, dall'altro la costante ossessione per smascherare i simulatori. Colpisce, tuttavia, l'assenza di un coordinamento centrale: tutto sembra demandato alle singole amministrazioni manicomiali, che si trovano così sotto la stretta vigilanza dei comandi territoriali.

Come nel caso del brigatista nero, anche per i militari può accadere che il manicomio diventi il surrogato della disciplina marziale, una sorta di prosecuzione del carcere militare per condotte considerate scorrette o sospette. Spesso i comandi, recependo segnalazioni di ufficiali e graduati, traducono in "anomalia psichiatrica" ciò che appare come indisciplina o devianza dal regolamento. È questo il destino di Franco[865], giovane casertano, soldato del 128° fanteria proveniente dall'assimilazione della Milizia, studente al primo anno di chimica all'Università di Napoli. Nell'esame psichico di ingresso a Maggiano dichiara: «sono militare a Lucca al campo mobile del 128° fanteria – Brigata Firenze. Non so perché mi abbiano portato qui. Ieri mi sentivo un po' la testa trulla, ma stamani sto bene!». La sua "colpa" è legata a un episodio avvenuto davanti a un bar. Franco racconta di aver preso nota del nome del proprietario del locale per segnalarlo al comando poiché, contro le disposizioni vigenti, teneva la luce accesa oltre l'orario consentito. Il giorno seguente il barista, alla presenza di un maresciallo e di due agenti di P.S. – che Franco afferma essere "nascosti" -, lo prega di «aggiustare la cosa» e gli infila in tasca, quasi a forza, 300 o 500 lire. Subito dopo, in quella che appare come una trappola già predisposta, Franco viene fermato e condotto al distretto. Da quel momento inizia il percorso che lo porta a Maggiano: rinchiuso nella «camera di punizione», interrogato dal medico militare, viene descritto in uno stato di «depressione nervosa». Alle continue richieste di dimissione, negate, reagisce con gesti spettacolari: getta a terra il rancio, si rotola sul pavimento, batte la testa contro il muro, rompe gli infissi, ride, canta e arriva perfino a "guidare una carrozza immaginaria". Quando colpisce con un pugno in pieno volto un sottufficiale intervenuto per calmarlo, il medico militare firma il ricovero. Il 15 agosto 1943 Franco viene trasferito all'ospedale di Maggiano. Il giorno dopo, una lettera del questore lo dichiara «affetto da alienazione mentale» e ne dispone il ricovero d'urgenza. Eppure, dopo un mese di osservazione, la diagnosi cade: il 14 settembre il direttore medico segnala che Franco «non ha presentato fenomenologia psicopatica; si è sempre mantenuto tranquillo, ordinato, lucido e governabile». La richiesta di dimissione viene ribadita il 30 settembre e Franco lascia l'istituto poco dopo.

La Seconda guerra mondiale è una guerra totale: ogni luogo dello scenario europeo diventa

---

864 ASLu, OP, AG, fald. 151, fasc. 3, plico 1.

865 ASLu, OP, CC, fald. 465, c. 136.

teatro di battaglia, non esistono porti franchi. Questa guerra combattuta "in casa", oltre che ai militari, vede protagonisti i civili, vittime di una vera e propria "guerra ai civili" che le truppe tedesche e i fascisti conducono contro popolazioni inermi. L'arrivo dell'esercito tedesco nella zona accelera processi già in corso, introducendo un clima di violenza e rappresaglie che irrompe con brutalità nella vita quotidiana: i civili si trovano esposti, senza difese, a una dimensione per la quale nessuno era preparato. Ogni decisione risponde a un arbitrio militare incomprensibile e ogni apparente gesto di "umanità" da parte dei soldati tedeschi rivela presto il suo contrario: il "cordiale" e "amichevole" sergente Florin, che intrattiene rapporti con le reti religiose locali, si rivela esecutore di rappresaglie e stragi nell'area dell'Oltreserchio. In questo clima teso, anche le occasioni più banali – un posto di blocco, un controllo di routine – nascondono rischi concreti di essere travolti da una violenza cieca, parte di una strategia pianificata volta a mantenere la popolazione in costante tensione e terrore, prevenendo qualsiasi tentativo di collaborazione con la resistenza. Le vittime civili, dunque, non sono "danni collaterali", ma obiettivi deliberatamente scelti dai militari. Non solo da parte tedesca: se i tedeschi restano più impressi nella memoria dei civili è perché sono loro a operare direttamente sul campo – visibili ai posti di blocco, alloggiati nelle case, padroni delle strade – e perché trattano gli italiani come traditori da punire, a loro si deve obbedire pena la deportazione o la morte. Ma anche gli Alleati adottano una strategia di "annichilimento" del morale civile, colpendo con i bombardamenti aerei infrastrutture e centri abitati. Nel contesto di disarticolazione dell'apparato industriale italiano, che vede i grandi centri produttivi del paese sistematicamente distrutti, prende forma la strategia del *moral bombing*:[866] l'uso scientifico e pianificato dei bombardamenti su obiettivi non necessariamente militari, colpendo direttamente le città nemiche – emblematico il caso di Dresda – con l'obiettivo di spezzare i legami residui di consenso fra il regime e la popolazione civile. I fascisti vengono così accusati della distruzione che devasta le città, incapaci di difendere la penisola dagli Alleati e dai nemici interni, e finiscono isolati di fronte a una popolazione ormai per la gran parte indifferente o ostile. I bombardamenti contribuiscono infatti a incrinare la disciplina sociale e il rispetto verso il regime e i suoi rappresentanti, dando coraggio ad azioni che fino a poco tempo prima sarebbero state impensabili.[867] Lo confermano le fonti della rete repressiva – questure, carceri, tribunali – ma anche le cartelle cliniche. È il caso di Giuseppe,[868], internato a Maggiano perché, proprio durante «un momento di allarme» per l'arrivo degli aerei, rivolgendosi a due «agenti politici

866 Cfr. almeno sul tema G. Gribaudi, *Bombing and Land War in Italy: Military Strategy, Reactions, and Collective Memory*, in J. Echternkamp- S. Martens, *Experience and Memory. The Second World War in Europe*, Berghahn, Oxford, 2010, pp. 116-216; M. Gioannini, *Bombardare l'Italia. Strategie alleate e le vittime civili*, in N. Labanca (a cura di), *I bombardamenti aerei sull'Italia*, Il Mulino, Bologna, 2012, p. 84-85; M. Patricelli, *L'Italia sotto le bombe. Guerra aerea e vita civile, 1940-1945*, Laterza, Bari, 2007.

867 Per un focus sulle condizioni dei civili durante gli scontri con gli Alleati cfr. almeno il caso palermitano trattato in M. Patti*, Le vittime dei combattimenti sul fronte interno,* in N. Labanca (a cura di), *Ostaggi della guerra. Vittime civili del secondo conflitto mondiale,* Roma, Viella, 2024, pp. 121-143.

868 ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 84.

della milizia stradale» in pieno centro a Pisa, grida loro: «vigliacchi!». Un processo che si fa tanto più intenso e violento quanto più il fronte si avvicina: le cartelle cliniche restituiscono l'impressione che, con l'avanzare della guerra, il tempo che intercorre fra il primo insorgere degli episodi psichici e l'internamento si riduca drasticamente. Ad ogni bombardamento, scaramuccia o rastrellamento, nuovi soggetti scampati – veri e propri naufraghi di guerra – arrivano alle porte dell'istituto. Non si tratta più di biografie accompagnate da lunghe descrizioni raccolte dai familiari, che riconoscono di non riuscire a contenere un congiunto, oppure storie segnate da decenni di recidività: il percorso psichiatrico diventa pressoché immediato.

L'instabilità prodotta dalla guerra si propaga a cascata in ogni ambito – sociale, medico, psichiatrico – e la somma di queste deflagrazioni costituisce la cornice entro cui si collocano gli internamenti per "instabilità di guerra". In questo contesto, ogni forma di fragilità sociale dei soggetti "esposti" – anziani, persone già seguite dai servizi psichiatrici, individui segnati da condizioni di precarietà economica – diventa una frattura insanabile che, esasperata dal conflitto, manda in pezzi la dimensione del quotidiano. Ed è proprio questo il nodo centrale: come già osservato nei casi dei militari, il quadro scientifico dell'epoca non attribuisce alcun valore originario o determinante alla traumatologia derivante dalle condizioni di vita estreme. Il paradigma eziologico resta saldamente ancorato a una concezione "interna" della follia: gli eventi accidentali possono fungere da cause scatenanti, ma il disturbo mentale continua a essere interpretato come l'esito di una predisposizione ereditaria, al massimo aggravata da fattori lesivi o virali. In altre parole, per gli psichiatri, la follia resta un fatto individuale, senza origine diretta nelle contingenze esterne. La guerra, dunque, non è interpretata come genesi del delirio, ma come una occasione che incrina equilibri già fragili e rende manifeste – più visibili e frequenti – quelle psicosi che in tempi stabili sarebbero rimaste latenti. La guerra è un rivelatore, una controprova del corredo organico, uno stress estremo sul patrimonio ereditario: porta a galla ciò che la pace non smuove. In altre parole, lo studio biografico delle cartelle cliniche di guerra permette di cogliere fattori sociali, fotografare le dinamiche degli sfollamenti, la vita sotto occupazione, le vicende dei civili. Aiuta a costruire catalizzatori e filtri interpretativi che riaggregano biografie altrimenti polverizzate, ridotte a frammenti individuali, ma che, invece, aprono lo sguardo su processi collettivi e dinamiche del conflitto che si riflettono dentro le mura del manicomio. Per la psichiatria dell'epoca, però, queste storie non hanno valore in sé: restano contingenze da ricondurre a un quadro clinico che trova origine altrove. Sono i tasselli di un enigma che si ricompone solo attraverso il linguaggio «specialistico», comprensibile ai soli psichiatri, fatto di «parole oscure, che affascinano ma fanno anche paura».[869] Un linguaggio che rischia di produrre

[869] F. Giacanelli, E. Boriosi*, Le parole della psichiatria. Il cittadino e la salute mentale dopo la riforma sanitaria*, Zanichelli, Bologna, 1982, p. VIII.

"pseudoproblemi"[870], offrendo "pseudosoluzioni" incapaci di cogliere le dinamiche sociali costitutive delle vicende, le tensioni storiche della guerra, il contesto culturale e quotidiano di biografie vissute sotto le bombe.

Sotto occupazione, è la paura a innescare il "lacerto" psicotico: una paura che invade i rapporti umani e che penetra a fondo e segna le biografie dei ricoverati. Accanto al linguaggio dell'"esplosione", infatti, convive anche quello del terrore che attraversa le cartelle cliniche. Diamante,[871] ad esempio, non lascia spazio a dubbi: nel '44 si presenta spontaneamente ai cancelli del manicomio e, all'esame psichico, dichiara di essersi recata a Maggiano «per paura». Morirà nel febbraio del '45. Una paura che talvolta assume un volto – dei volti, anzi - preciso: è la paura dei tedeschi a condurre in manicomio. Renato,[872] sedicenne, giunge a Maggiano alla fine del '43. Già internato da bambino nella clinica infantile per epilessia, stavolta è accolto all'ospedale per adulti. Non sa spiegare il motivo del suo ricovero: «perché c'erano i tedeschi!». E i tedeschi, in queste biografie psichiatriche, non sono soltanto un'ombra che incombe. Talvolta, cogliendo la funzione "punitiva" del manicomio, ne fanno uso come strumento diretto di ordine pubblico: un ordine che sembra trascendere l'arbitrarietà militare per ricalcare, in forma quasi grottesca, la logica delle normative italiane. È il caso di Pietro,[873] di Capannori, geometra, ammesso a Maggiano il 5 marzo del '44: «Si presenta accessibile, lucido, da esattamente conto di sé stesso, è orientato in tutte le altre direzioni». Interrogato sul perché fosse stato mandato in manicomio afferma «di essere stato inviato al manicomio dai tedeschi che aveva in casa perché protestava contro il chiasso che questi avrebbero fatto mentre suo padre si trovava ammalato di polmonite». In effetti il racconto di una "punizione" regge: Pietro non ha «né illusioni né allucinazioni a carico dei diversi sensi _ Non idee deliranti» e per questa ragione viene dimesso per non riconosciuta alienazione mentale. L'arrivo degli eserciti a Lucca segna l'intensificarsi dei bombardamenti e la presenza costante degli "apparecchi" – gli aerei, come viene detto in dialetto toscano – nei cieli.[874] Il brusio dei motori e lo squillo degli allarmi, come un disco che si ripete, affiorano perfino dalle cartelle cliniche. Francesco,[875] di cui abbiamo già visto la storia in merito al contenzioso riguardo la sua custodia domestica, che dura quasi dieci anni, torna a Maggiano con un certificato del medico chirurgo di Tizzana che riferisce: «per via delle continue incursioni aeree è diventato eccitabilissimo e si scaglia contro i familiari e quelli che avvicina. Ha

---

870 L. Geymonat (a cura di G.G. e M. Mondadori*), Paradossi e rivoluzioni. Intervista su Scienza e Politica*, Il Saggiatore, Milano, 1979, p. 42.

871 ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 136.

872 ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 182.

873 ASLu, OP, CC, fald. 469, c. 34. Nella cartella Pietro afferma di essere Commissario Prefettizio di Capannori.

874 Sul tema delle nevrosi di guerra dei civili, anche in riferimento alle incursioni aeree cfr. P. Giovannini, *La psichiatria in guerra*, op. cit., pp. 125-145.

875 ASLu, OP, CC, fald. 471, c. 100.

insonnia e tutte le volte che sente gli allarmi gli "si scioglie il corpo"». Anche Angela,[876] impiegata nei lavori domestici presso il comando tedesco di Nozzano, racconta che il passaggio a bassa quota di un "apparecchio" le provoca uno sconvolgimento tale da condurla al ricovero il 10 maggio 1944. Morirà poco dopo.

La guerra è una dimensione totalizzante: la sua carica distruttiva agisce come deflagratore delle reti familiari, accelerandone i processi di dissoluzione. Come già visto, la tenuta del nucleo domestico rappresenta spesso il discrimine tra l'internamento e la custodia in casa: il timore dello stigma sociale spinge molte famiglie a contenere il disagio all'interno delle mura domestiche. Ma nel contesto bellico, in cui ciascuno deve provvedere a sé stesso e proteggersi dal rischio di deportazioni o uccisioni, questa capacità di resilienza familiare si indebolisce. Le maglie del controllo della rete parentale si allargano e l'istituto diventa rifugio obbligato anche per casi che, fino a quel momento, erano rimasti nascosti nella custodia domestica. Il caso di Iolanda[877] lo spiega con grande chiarezza. Recidiva, già internata nel 1943 e dimessa in prova, Iolanda viene nuovamente ricoverata a Maggiano nell'ottobre 1944 con diagnosi di stato maniaco. La documentazione clinica parla di «umore irritato e ribelle, agitazione insensata, insonnia e clamorosa», mentre ricorre di frequente la parola "ribellione" ("percosse contro il personale e ribellione", 1944; "si ribella ad essere cambiata", 19 gennaio 1944). Nel diario clinico del maggio 1944, Tobino, che la segue, annota:

> in questo periodo, cioè dal maggio ad oggi, il fisico è deperito ed è rimasta sudicia e con poco senno, ma mai ha picchiato malate, ha destato preoccupazioni di qualsiasi genere. Essa ha una lamentela sulla bocca di poco costo, scarsa, di costo volgare è la sua personalità. Ora: i familiari per anni se la tennero in casa. Soltanto perché i tedeschi cominciarono a uccidere per le strade questi familiari la portarono in Manicomio. Ora i tedeschi non ci sono più. I familiari, dunque, se la rivogliono in casa. Io gliela darei. Dimessa.

infatti, Iolanda, dopo poco, viene dimessa. Pochi giorni dopo, tuttavia, rientra in stato di grave eccitamento, deperita e affetta da enterite. Non sopravviverà alla guerra. Simile il caso di Atena[878], invalida di 36 anni, affetta da encefalite letargica in fase parkinsoniana da circa quattordici anni. Viene accompagnata al manicomio dalle sorelle perché, scrive Vedrani, «non avendo più la possibilità per curarla e sorvegliarla […] dato anche che la loro casa sta per crollare», non sono più in grado di garantirle assistenza. Anche in questo caso, la decisione di ricorrere all'internamento in istituto non deriva da un improvviso aggravamento della malattia, bensì dalla dissoluzione delle condizioni materiali che assottigliano la capacità di protezione domestica. Certe volte, invece, la deflagrazione della rete familiare si produce quando il nucleo, già provato dalla guerra, è costretto ad accogliere parenti sfollati da lontano. Ambienti angusti, gravati da privazioni di ogni genere, diventano terreno

876 ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 69.
877 ASLu, OP, CC, fald. 471, c. 153.
878 ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 135.

fertile per tensioni e conflitti che rompono gli equilibri domestici. In questi casi, la "soluzione" trovata dalla famiglia può essere quella di alleggerire il carico con una scelta di "economia" domestica: mandare in istituto i soggetti considerati ingestibili o ingombranti o un pericolo per la fragile quiete domestica. Annunziata[879] arriva a Maggiano il 3 gennaio 1944 su disposizione del Commissario prefettizio di Serravalle. L'esame di ingresso parla di «isterica emotività morbosa in conflitti familiari». Lei stessa, fortemente risentita con i suoi parenti, confessa al medico:

> mi hanno tradito, mi dicevano che mi portavano all'Ospedale, invece sono al Manicomio...si subito mi sono accorta che questo è un luogo di matti...Avessi fatto qualcosa di male...non ho che rotto dei piatti. Mi offendevano sempre, più che altro una mia sorella e mio cognato che sono sfollati da Pistoia e sono venuti in casa mia. I loro figli che sono miei nipotini mi levavano il rispetto e io qualche volta gli ho dato qualche manata sulle mani, e loro non avrebbero preteso che toccassi i loro figli

Il conflitto domestico degenera in violenza. Annunziata racconta: «mi hanno picchiata: mi ha preso un po' di nervoso e ho battuto i piatti per terra». Prima il padre, poi il cognato la colpiscono con pugni alla testa, strattoni e schiaffi, aiutati dalla sorella: «perché ho fatto osservazioni sui bambini». Lo sfollamento, dunque, disarticola i nuclei familiari non solo per chi fugge, ma anche per chi accoglie. La deflagrazione della rete parentale, tuttavia, non implica sempre un atteggiamento attivo di rigetto da parte dei familiari: a volte si tratta della perdita improvvisa di un caro e della conseguente rottura del tessuto domestico. È il caso di Marianna,[880] quasi ottantenne, che si presenta spontaneamente a Maggiano chiedendo di essere accolta. Nella relazione medica si legge: «Ieri si è presentata a questo Istituto […] Marianna […] implorando – cosciente del proprio stato di alienazione parziale di mente – di essere accolta in questo istituto trovandosi in uno stato di alterazione emozionale per vicende di guerra». Il trauma è legato alla deportazione del figlio cinquantenne: i tedeschi se «lo presero a lavorare e lo strascinarono via e non s'è più visto». Marianna resta ricoverata fino al settembre 1944, quando, con la fine della guerra a Lucca, la direzione consente la sua dimissione in custodia alla nuora.

Altre volte la "deflagrazione" non è solo simbolica ma significa proprio la dissoluzione delle condizioni materiali, provocata sia dalle azioni di guerra sia dal contesto di gravissima crisi economica e inflazionistica, che genera disoccupazione e precarietà diffusa. È la disgregazione della vita materiale – la privazione di tutto ciò che serve alla sopravvivenza, la distruzione delle case, la perdita dei mezzi di sussistenza, la perdita di un salario – a costituire uno dei traumi più ricorrenti che porta fino a Maggiano. Teresa[881], operaia trentacinquenne di Barga, viene internata due volte nel giro di poco tempo: la prima il 23 marzo 1943, su ordinanza del podestà di Barga, con diagnosi di accesso

879 ASLu, OP, CC, fald. 468, c. 3.
880 ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 141.
881 ASLu, OP, CC, fald. 465, c. 131.

malinconico (depressione dell'umore, sconforto, sbigottimento, insufficienza psichica). Dimessa per guarigione il 9 maggio, viene nuovamente internata ad agosto dello stesso anno, questa volta con diagnosi di psicosi maniaco-depressiva in fase melanconica, e rimane in manicomio fino al 3 gennaio 1944, quando è dimessa in custodia al marito. L'esame psichico d'ingresso del 24 marzo 1943 chiarisce i motivi del ricovero: «si presenta seria senza tristezza: a domanda perché ha voluto togliersi la vita dice che era rimasta senza carbone per scaldare il latte alla bambina e perciò si disperò». La donna avrebbe infatti tentato di buttarsi dalla finestra. La stessa versione è confermata nel diario clinico del 25 marzo:

> che ho fatto io, sono stata una imbecille: Mi trovavo senza il necessario, senza legna e senza carbone, non potevo far da mangiare a mia figlia e dalla disperazione mi volevo ammazzare, ma prima di me ammazzavo la bimba. Sabato avevo la bimba in braccio e incominciai a ballare per divertirla, mia sorella per la paura che facessi del male alla bimba, mi diede due vettate nelle gambe, a me mi prese tanta rabbia mi rivoltai e diedi a mia sorella un bel calcio e la presi nella pancia in basso. Subito andò a telefonare a mio marito, e mi fecero i fogli per portarmi al manicomio dicendo che sono matta

Come di consueto, anche per lei l'anamnesi registra una "ereditarietà patologica": nei documenti compare la nota che «il padre fu ricoverato in questo manicomio». Teresa, tuttavia, contesta questa versione: nel diario clinico dichiara che «Mio padre, dal leggere tanti libri, è stato un po' ammalato di testa, ma non è mai stato nel manicomio». Non è solo la mancanza di mezzi, a volte l'indigenza è proprio sinonimo di mancanza di un tetto sopra la testa: come nel caso di Cristina che arriva a Maggiano – malata di parkinson - «dato che la sua casa sta per crollare»[882]. Come lei, molti altri, P.G., M.P, o G.D. oppure R.T., che arrivano in manicomio perché senza più «stabilità in casa per l'azione bellica».[883]

Le cartelle cliniche relative agli internamenti per «alterazione emozionale per vicende di guerra»[884] consentono di ricomporre un pezzo di mondo altrimenti frammentato, diventando un vero e proprio catalizzatore storico: quello degli sfollati di guerra e non solo lucchesi. Già nel 1941 iniziano ad arrivare a Lucca i primi profughi dalle città vicine, colpite dai bombardamenti alleati: Livorno e La Spezia, grandi porti militari con officine e impianti siderurgici, sono sottoposte a ripetuti attacchi aerei. Le incursioni, che raggiungono l'apice nel 1943, innescano un esodo di massa che tocca il culmine nel luglio dello stesso anno: su circa 360 mila abitanti in Lucchesia, si contano 41 mila sfollati, "villeggianti" o dimoranti provvisori, pari a oltre l'11% della popolazione totale.[885] Il fenomeno degli sfollamenti civili è vasto e trasversale, investe l'intera popolazione, colpita dai

882 ASLu, OP, CC, fald. 472, 136.
883 ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 142.
884 ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 141.
885 Pardini, La repubblica sociale italiana, p. 86.

bombardamenti e dallo sfaldamento della rete amministrativa e di supporto sociale.[886] A Lucca – e in particolare a Maggiano – arrivano soprattutto sfollati livornesi. La guerra in Toscana procede a ondate: dopo la liberazione di Grosseto (15 giugno 1944), le truppe della 3ª Brigata Garibaldi entrano a Piombino il 25 giugno. Da lì, l'avanzata rallenta: occorrerà quasi un mese per passare dall'estremo lembo della provincia labronica fino alla liberazione di Livorno, il 19 luglio, mentre la città subisce ancora durissimi combattimenti e bombardamenti. In realtà, Livorno aveva già conosciuto la violenza dal cielo: i primi attacchi aerei risalgono al 1941, ma il culmine arriva il 28 maggio 1943, quando un centinaio di "fortezze volanti" americane devasta il porto e le infrastrutture strategiche. Quartieri interi vengono rasi al suolo, centinaia di edifici bruciano, la città è sventrata. I raid proseguono per tutto l'anno fino a che l'amministrazione militare tedesca dichiara gran parte del centro città «Zona nera», cioè, interdetta agli abitanti: in breve, buona parte della città non esiste più. Alla fine della guerra, Livorno conterà 56 bombardamenti subiti. Ha inizio un esodo di massa che porta circa 90mila livornesi a disperdersi in tutta la Toscana, in condizioni di continuo spostamento: è quel fenomeno che Fulvetti e Gallo hanno definito "plurisfollamento".[887] C'è chi si rifugia a Firenze, chi nella vicina provincia di Pisa – anch'essa però colpita dalle operazioni militari – chi cerca riparo più lontano, verso Lucca.[888] Lo storico Acciai – che ricostruisce puntualmente i numeri e le traiettorie di questo esodo – parla non a caso di un fenomeno che assume una «dimensione intima ed esistenziale dello sfollamento»[889], una condizione che coinvolge integralmente i soggetti in fuga, ne tocca la biografia, le condizioni di vita, le emozioni, l'immaginario, flette totalmente le traiettorie biografiche alle necessità di sopravvivenza e che finisce per segnare, anche, i percorsi psichiatrici. Con loro anche molti da Pisa. L'enorme massa dei rifugiati si riversa sul territorio lucchese senza una rete strutturata di accoglienza: le soluzioni sono improvvisate, ci si appoggia a parenti, a chi è già sfollato, ma più spesso a rifugi di fortuna. È il caso di Pilade,[890] internato a Maggiano il primo novembre del '43, in condizioni di sfinimento fisico, che «avanti del bombardamento che distrusse la sua casa si sentiva bene ..ora abita in un barcone sull'Arno perché non ha più nulla....». Si vive con il poco che si riesce a racimolare, e non mancano bilanci che gli sfollati tirano tra il "prima" e il "dopo" lo sfollamento anche nelle cartelle cliniche, che restituiscono la dimensione del crollo delle condizioni materiali. Leonetto,[891] ad esempio, la quantifica a modo suo: «a Livorno bevevo un fiasco al giorno di vino ed anche qui se avevo denaro... a Pescia guadagnavo poco e bevevo poco...». Le autorità locali – ormai

886 P. Giovannini, *La psichiatria di guerra. dal fascismo alla Seconda guerra mondiale*, Milano, UNICOPLI, 2015 pp. 120-125.
887 G. Fulvetti – S. Gallo, *Antifascismo, guerra e resistenza a San Giuliano Terme*, Pisa, edizioni ETS, 2014, p. 110.
888 E. Acciai, *Una città in fuga. I livornesi tra sfollamento, deportazione razziale e guerra civile (1943-1944*), Pisa, ETS, 2016, p. 84.
889 *Ivi*, p. 87.
890 ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 204.
891 ASLu, OP, CC, fald. 473, c. 188.

prive di strumenti per migliorare le condizioni di vita di chiunque, autoctoni e sfollati – intervengono solo quando queste esistenze precarie, clandestine e sempre in fuga nel tentativo di sottrarsi ai radar delle autorità fasciste e tedesche, emergono come casi ingestibili. Allora la soluzione è il manicomio. Così accade a Gervasio,[892] livornese con gravi problemi di memoria e senza famiglia: viene mandato in manicomio come soluzione "naturale" alla sua condizione, vi morirà poco tempo dopo. Anche perché l'incontro con le autorità stesse può essere un trauma: per chi controlla e vigila sull'ordine pubblico, essere sfollato è, già, di per sé uno stigma, una condizione che "avvicina" al manicomio. Le condizioni sociali degli sfollati evocano un mondo di chiaroscuri, segnato da precarietà e clandestinità, che le autorità osservano con sospetto: lo sa Amedeo,[893] scaricatore del porto distrutto dai bombardamenti, sfollato da Livorno a Ponte Buggianese e arrivato a Maggiano «condizioni fisiche scadenti. Entra pieno di lividure e piaghe. Ha pidocchi e scabbia», dove viene ricoverato per "demenza senile". Durante la fuga dal bombardamento di Livorno, inoltre, era stato investito da un autocarro guidato da altre persone in fuga dalla città, che ne debilita il fisico. L'autorità di PS che lo segue e ne segnala il caso per l'internamento comunica che Amedeo pur non essendo «continuamente agitato, ma, dato le condizioni particolari di ambiente in cui si trova perché sfollato da Livorno, si riconosce necessità urgente di ricovero». Insomma, si ricovera proprio perché sfollato. D'altronde, anche per gli sfollati, non sono solo le autorità italiane a incutere timore: ancor più spavento provocano quelle tedesche. Giovanni[894] si presenta alle porte del manicomio in un grave «episodio depressivo» e narra che è «stato spaventato dai tedeschi che volevano prenderlo e portarlo via». Per chi ha perso tutto e si sente in balia degli eventi, senza un'ancora e senza un luogo a cui tornare o qualcuno a cui affidarsi, l'incontro con le autorità diventa inevitabilmente traumatico. Traumatico è il rapporto con chi vigila, controlla e reprime – che decide arbitrariamente se destinare alla galera o al manicomio – e traumatico è anche il rapporto con l'autorità medica, percepita come appendice di un potere totale, che incute paura e che si accusa di esser la causa di ogni male. Così, appena giunta in manicomio, Antonia[895], sfollata, si scaglia in «invettiva contro il medico assassino» che la visita, cercando di fuggir via. Ma sullo sfondo di ogni internamento resta sempre il bombardamento – origine e cardine di tutto – che ricorre con insistenza nei racconti degli sfollati livornesi. «Perché siete venuta via da Livorno?» chiede il medico a Cesari: «Perché tiravano le bombe e si scappò, avevo paura, si scappò, le case tutte disastrate».[896]

892 ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 224.
893 ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 217.
894 ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 130.
895 ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 163.
896 ASLu, OP, CC, fald. 469, c. 1.

Le psicosi segnalate al momento della convalida del fermo sono quasi sempre legate a sindromi traumatiche che raccontano una "mancanza" o una "perdita":[897] stati depressivi legati al grumo emotivo di ciò che è stato lasciato alle spalle,[898] oppure deliri psicotici con "idee di rovina", la paura ossessiva che tutto possa peggiorare e che anche quel poco rimasto venga perduto.[899] Sono stati emotivi che imbrigliano: di fronte alla distruzione e allo sradicamento totale si genera un senso radicale di impotenza, una resa alla realtà che sembra non avere vie d'uscita. Ed è proprio questa paralisi che spiana la strada all'internamento. Così accade a Ilia,[900] scappata da Livorno, si presenta a Maggiano in «stato depressivo catatonico». È lei stessa a spiegare il motivo della sua inedia:

> questa guerra ha vuotato la testa a molta gente. Abitavo con mia sorella nel vedere andare già la sua bella casa sono grossi dispiaceri, mi ero impolendrita che non mangiavo più, non mi cambiavo e non mi lavavo, non avevo più voglia di niente sapete come succede quando c'impolendriamo...

La situazione che gli sfollati si lasciano alle spalle non è molto diversa da quella che trovano in Lucchesia: è solo questione di tempo prima che la guerra arrivi anche lì, e intanto le incursioni aeree scandiscono la vita quotidiana. Guglielmina,[901] dopo lo sfollamento da Livorno, riesce a trovare persino un lavoro presso la fabbrica di proiettili di Fornaci di Barga, tuttavia, dato che anche lì ormai «spesseggiavano ogni dì le incurzioni [sic] la madre le ritirò dalla fabbrica». Perso tutto, il 2 giugno '44 viene ricoverata per "psicopatia degenerativa da tara ereditaria paterna". Sarà dimessa guarita il 5 maggio '45. Il mondo delle cartelle cliniche offre uno spaccato contestuale all'interno del quale ricollocare il mondo «atomizzato» della diaspora civile toscana in mezzo alla guerra. Esse restituiscono un contesto di lettura e di analisi che indaga ragioni e traiettorie biografiche di civili sradicati, su cui le autorità non hanno alcuna reale contezza. Raccontano il rapporto tra clandestinità involontaria e stato fascista, tra sopravvivenza e regole di guerra, filtrato dal prisma del manicomio: un'istituzione che si estende a strumento di controllo sociale, offrendosi alle autorità come argine a un fenomeno "travolgente", come lo sfollamento, composto da soggetti a loro volta "travolti" dalla guerra.

---

897 Il legame tra stati depressivi e sentimento di perdita è ampiamente documentato e costituisce oggetto di numerose pubblicazioni. Riprendendo la bibliografia già citata, si può richiamare lo studio di Chesler (*Le donne e la pazzia*, Torino, Einaudi, 1977, pp. 47-48), in cui l'autrice sottolinea come «tradizionalmente la depressione è considerata la risposta – o l'espressione – della perdita, sia di un ambivalente amato altro, sia del proprio io "ideale", sia del significato della propria vita». Una definizione che sembra adattarsi con particolare precisione alla condizione degli sfollati livornesi.

898 ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 222.

899 ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 146.; ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 122.

900 ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 27.

901 ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 81.

5.6 Il passaggio del fronte: Maggiano, isola per sfollati in mezzo a un lago di sangue

Il 2 settembre viene liberata Pisa. La battaglia tra tedeschi e fascisti contro le truppe alleate si accende ora lungo la valle del Serchio, nel tentativo degli anglo-americani di risalire il fiume e occupare la campagna lucchese. È in questo contesto, con i combattimenti a pochi chilometri dalla zona dell'Oltreserchio, che Fregionaia diventa luogo di ricovero per buona parte degli abitanti della zona. Il 1° settembre viene istituita una commissione presieduta dal direttore Vedrani, incaricata di valutare le richieste di accoglimento delle famiglie degli infermieri e delle infermiere all'interno del «recinto» manicomiale. L'ingresso è consentito solo alle famiglie sinistrate o residenti in prossimità di edifici pericolanti. Tuttavia, il medico annota che, con l'afflusso "in massa" di persone estranee alla popolazione manicomiale, si registrano continue infiltrazioni di individui che «di giorno e di notte si traforano attraverso le siepi – difesa labile o nulla per tutta la parte posteriore del manicomio – scavalcano muri e cancelli e possono nascondersi nelle molte anfrattuosità interne». Vedrani avverte il commissario prefettizio che tra questi possano trovarsi soggetti «sottraentesi ad obblighi militari o bellici», con il rischio di attirare l'attenzione delle autorità, fasciste e tedesche. Teme, in altre parole, di essere ritenuto responsabile di aver offerto rifugio ai «cosiddetti imboscati».[902] Il 4 settembre, Vedrani getta la spugna ammettendo di «trovarsi nella impossibilità fisica di contenere con studio di restrizione l'accesso ad una folla interrorita da sovraeccitazioni dell'istinto di conservazione» così che le porte del manicomio si spalancano, senza ulteriori filtri.[903] Una volta chiarita la sua estraneità, la commissione – composta da Vedrani, dal medico di sezione Ansani, dal ragioniere Pannelli (economo del manicomio), dal viceispettore degli infermieri Cesare D'Arrigo e da altri infermieri – autorizza, su richiesta del Viceprefetto, l'ingresso in manicomio di tutti gli infermieri con le loro famiglie. Ormai è impossibile distinguere tra famiglie sfollate e famiglie che possiedono ancora un'abitazione: tutte, in un modo o nell'altro, hanno case «o demolite, o pericolanti per vicinanza di mine, o inaccessibili per demolizioni di ponti o strade». Inoltre, l'intera zona è «sotto il tiro dell'artiglieria», e non mancano coloro che si presentano direttamente ai cancelli dell'istituto implorando di essere messi in salvo. Si combatte nelle strette di Nozzano e Ripafratta e l'Ospedale viene colpito due volte da bombardamenti e sottoposto per giorni al cannoneggiamento. Vedrani, tuttavia, riesce ad allestire rifugi antiaerei nei sotterranei della struttura: una misura che sembra funzionare, poiché non si registrano vittime né tra i ricoverati né tra le presenze esterne accolte all'interno.[904] Intanto, i tedeschi continuano a depredare ogni risorsa: come precedentemente accennato, il 4 settembre le truppe della Wehrmacht arrivano perfino a requisire i cavalli e il carretto utilizzato per il trasporto delle salme.[905]

---

902 ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc.5, 1 settembre 1944.
903 ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc.5, 4 settembre 1944
904 ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5.
905 APLu, AC, prot. 1458. fasc. 5-1-1944.

Nella notte tra l'1 e il 2 settembre i tedeschi irrompono nella Certosa di Farneta. Travestiti da fratelli laici, Lippi Francesconi e i figli vengono trascinati fuori dalla loro celletta e condotti nel cortile, insieme a decine di altri civili, renitenti alla leva in fuga dai rastrellamenti e dalla violenza nazifascista, tra questi anche l'ex questore di Livorno Moraglia, ricercato dai fascisti da tempo. Lì, la loro copertura viene smascherata. La scena della scoperta è raccontata dal figlio del medico, Franco Lippi Francesconi, che, riuscitosi a liberare dopo la cattura, potrà ricordare il momento di concitazione dell'interrogatorio: con una pistola puntata allo stomaco, il padre e i figli vengono costretti ad ammettere la propria identità. Caduti nelle mani dei nazifascisti, Lippi Francesconi e i figli sono caricati assieme ad altri prigionieri – tra cui anche diversi monaci – su un camion diretto a Viareggio. Dietro l'operazione vi è, senza dubbio, la delazione e la collaborazione dei fascisti locali, che da settimane sospettano che la Certosa nasconda molti ricercati. Sospetti che crescono all'interno di un *climax* di ostilità e diffidenza diffusa che le autorità fasciste nutrono nei confronti del clero lucchese e della sua rete assistenziale e caritatevole. Il 4 agosto, neppure un mese prima all'irruzione nella Certosa, infatti, veniva fucilato, poco fuori dalle mura di Lucca, don Aldo Mei, parroco di Fiano, accusato di complicità con la Resistenza e di aver sottratto dalle retate nazifasciste prigionieri di guerra alleati ed ebrei. Il risentimento di Marlia – ben testimoniato dalla caccia personale scatenata contro Lippi Francesconi nei giorni del collasso del fascismo lucchese – e l'amicizia del suo fedelissimo Lelio Rossi, commissario del fascio di Balbano, con il sergente Florin, che guida il rastrellamento, illuminano il senso delle parole pronunciate dal sergente alla notizia di trovarsi davanti al professore: «era ricercato da molto tempo e molto attivamente»[906], è intuibile comprendere che il graduato tedesco si riferisca al capitano Marlia. Che dietro all'arresto di Lippi Francesconi ci sia lo zampino di Marlia e del gruppo legato al commissario è indubbio: lo confermano diverse fonti. Innanzitutto, il clima che Marlia ha saputo creare nei mesi di assenza del direttore. Il giorno stesso della fuga del direttore, l'ispettore scatena immediatamente la caccia all'uomo: già all'indomani della fuga, Marlia minaccia personalmente i due autisti dell'ospedale psichiatrico per sapere dove avessero accompagnato il medico, aggiungendo – pare – che «sarebbe riuscito a ritrovarlo, lo avrebbe ammazzato e ne avrebbe fatto polpette».[907] La caccia si trasforma in un'ossessione. I militi non si danno tregua: un contadino della zona di Campignano, ascoltato come testimone durante il processo alla Brigata nera dopo la guerra, racconta che i soldati repubblicani hanno ricevuto l'ordine di cercare il direttore. Durante un rastrellamento, ufficialmente finalizzato a «cercare un ebreo», i militi si lasciano sfuggire con il contadino la loro vera missione:

> Vittorio P. che già aveva bevuto qualche bicchiere di vino, mi disse che dovevano essere andati a cercare anche

[906] Sull'irruzione fondamentale la ricostruzione di G. Fulvetti, *Una comunità in guerra*, pp. 117-136; G. Carlo, I crimini di guerra tedeschi in Italia (1943-45), Torino 2015, p. 258; F. Bergamini, G. Bimbi, Antifascismo e Resistenza in Versilia, Viareggio 1983, p. 177; R. Vanni, La Resistenza dalla Maremma alle Apuane, Pisa 1972, pp. 163-167.
[907] AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 189.

> il prof. Lippi del manicomio di Maggiano contro il quale Marlia Vittorio si voleva vendi care per averlo fatto mandar via dal posto[908]

Il padre adottivo di Francesconi, interrogato nel processo, racconta come il figlio – per la sua attività «antifascista» – fosse costantemente ricercato dal fascista Lelio Rossi in tutta la zona.[909] Alla fine di agosto, davanti al caffè Stella Polare, nel centro di Lucca, si consuma un pestaggio pubblico: Egidio Bertolucci, conoscente del direttore, viene «preso per il petto da Marlia Vittorio […]» che, colpendolo con «alcuni strapponi», pretendeva di sapere dove fosse nascosto Lippi Francesconi.[910] Di questo il direttore è assolutamente cosciente: a Vecoli, Francesconi, confessa a Mesanzio Pacini, che lo accoglie presso la sua casa, che è in fuga da Marlia che lo sta cercando con alcuni altri dipendenti del manicomio.[911] Nelle carte del processo alla Brigata nera, alcune testimonianze inchiodano la responsabilità morale che ha Marlia e il suo gruppo nei confronti della morte del direttore. Italo Maffei, contadino di Farneta e sfollato alla Certosa – da cui scampa per miracolo al rastrellamento – riferisce che la moglie, cugina di Lelio Rossi, gli ha riportato le parole di una certa Lina Lucchesi di Santa Maria a Colle:

> Ho appreso da Lucchesi Lina di S. Maria a Colle che circa tre giorni prima del rastrellamento si incontrò con Marlia Vittorio, il quale le domandò se sapesse qualche cosa del Lippi Francesconi poiché essa prima era, impiegata al manicomio di Maggiano e aggiunse «tra giorni farò il rastrellamento alla Certosa e così se c'è uscirà fuori alludendo al Lippi Francesconi». Credo che questo particolare sia note anche a Lippi Michele […][912]

Il rastrellamento è il risultato di mesi di indagini, di sospetti e di ricerche febbrili per stanare il direttore. Con l'avvicinarsi del fronte a pochi chilometri da Lucca, cade ogni esitazione: i soldati tedeschi, guidati dai fascisti, decidono di fare irruzione alla Certosa. Francesconi viene prima portato a Nocchi, un piccolo centro di raccolta di prigionieri non lontano dal lago Massaciuccoli, da lì, poi, trasferito al carcere Malaspina di Massa, dove, il 10 settembre, prelevato da un gruppo di SS, viene portato in località Ponte di Forno e fucilato con decine di altri prigionieri. Sorte non meno tragica tocca a sua moglie, Maria Teresa Ferrari. Il 7 settembre, nascosta in un casolare nei pressi di Vecoli, mentre attende il passaggio delle truppe tedesche in ritirata, cade vittima di un rastrellamento antipartigiano: colpita gravemente a una gamba, vede il figlio più piccolo, Michel Faust Francesconi, raggiunto da una raffica di mitragliatrice e ucciso sotto i suoi occhi.[913]

Il 4 settembre 1944 i partigiani insorgono: le truppe del CLN attaccano le postazioni tedesche schierate a difesa della città nella zona di Ozzeri. Dopo ore di combattimenti i tedeschi ripiegano definitivamente. La mattina del 5 settembre una pattuglia alleata entra da Porta San Paolo, guidata

---

908 AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 178.
909 AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 179.
910 AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 252.
911 AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 195.
912 AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 243.
913 Ricostruzione della morte del piccolo Michel Faust si trova in M. Bertolozzi, *Testimoni di guerra*, in «Documenti e studi», n. 47, pp. 61-65.

dalle squadre partigiane: Lucca è liberata. La ritirata ordinata di tedeschi e fascisti verso nord – in direzione di Viareggio e della Garfagnana – era già iniziata da giorni, coperta dagli uomini della Brigata Nera. Ancora nella tarda mattina del 4, poco prima dell'insurrezione, in città resta soltanto un manipolo di fascisti, una decina circa, guidati da Vittorio Marlia, ultimo esponente armato del fascismo repubblicano in città.[914] In un complicato allineamento di eventi, biografie e un paradossale intreccio di dinamiche di potere, la liberazione della città di Lucca finisce per coincidere esattamente con la conclusione del capitolo della guerra anche nell'istituto psichiatrico: la fuga di Marlia è l'inizio di un nuovo capitolo per Lucca e Maggiano.

L'arrivo degli Alleati ha da subito vistose ricadute materiali: le truppe americane portano con sé un quantitativo di beni alimenti che fino a quel momento sono introvabili. Il 25 settembre il comando Alleato fa arrivate al manicomio il primo carico consistente di viveri, dopo mesi: entrano nel magazzino di Fregionaia 43,6 quintali farina di panificazione; 3 quintali di zucchero: 10, 91 quintali piselli secchi in sostituzione della minestra; 3,76 quintali d'olio d'oliva 3,76; 11,04 quintali di carne suina in scatola; 1,64 quintali di crema di legumi; 9,88 quintali latte in scatola.[915] Il 19 settembre 1944, su richiesta della provincia, Vedrani redige un primo elenco nominativo delle maestranze presenti in istituto, per valutare l'impatto della guerra sul corpo medico e infermieristico. Tra i salariati maschi si contano ottantotto infermieri effettivi, ventisette avventizi e ventotto artigiani effettivi. All'appello mancano però alcuni nomi: «gli effettivi Marlia Vittorio, Consani Alberto, Delle Piagge Egizio, Landini Alfredo, Cortopassi Giuseppe». Marlia e Cortopassi hanno seguito la Brigata nera verso nord.[916] Dopo il personale, è il momento di fare il punto anche sulla situazione dei ricoverati. Il 9 ottobre Vedrani, sollecitato dal medico provinciale e dalla prefettura, avvia la stesura di report settimanali sui movimenti degli alienati. Dai dati emerge con chiarezza come, nonostante l'arrivo dei primi approvvigionamenti alleati, la mortalità resti altissima. Dal 5 al 9 ottobre, in appena quattro giorni, si registrano sette morti e una dimissione. Tra il 23 e il 25 ottobre: otto morti, una dimissione e due ammissioni. Dal 30 ottobre al 1° novembre: quattro morti. Dal 2 al 5 novembre: due morti. Dal 6 all'8 novembre: quattro morti. Dal 9 al 12 novembre: sei morti. Dal 16 al 19 novembre: cinque morti. Dal 27 al 29 novembre: ancora cinque morti. La media è di due decessi al giorno. A Natale del 1944, i ricoverati sono circa 935: quasi il 40% in meno rispetto ai malati presenti alla vigilia della guerra.[917] Non finisce neppure l'esodo degli sfollati. Il 29 gennaio 1945 un camion del comando alleato si presenta al manicomio con ventisette giovani dell'Istituto "Giovanni Pascoli" di Barga, profughi accompagnati da quattro suore, per chiedere ospitalità. Viene loro assegnato il

914 G. Pardini, La repubblica di Salò, pp. 369-371.
915 APLu, AC, prot. 1568. fasc. 5/1/1944.
916 ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 19/09/1944.
917 ASLu, OP, faldone 152 OP, fascicolo n.3, plico n. 2: Movimento alienati dell'anno 1944.

padiglioncino distaccato dietro al manicomio, già sede delle ammalate tranquille, ormai svuotato.[918] A metà dicembre del ’44 Vedrani accondiscende alla richiesta del comando Alleato di alloggiare un centinaio di soldati americani all’interno dell'istituto, il direttore cede loro il padiglione isolato d'ingresso, già occupato dai tedeschi mesi prima.[919]

Anche l’arrivo degli americani non è indolore. Porta con sé traumi e shock emotivi in una popolazione già allo stremo e bisognosa di tutto. A volte, infatti, a spaventare non è tanto l’incontro con i soldati tedeschi, quanto l’incontro con qualsiasi divisa, percepita come simbolo di un’arbitrarietà davanti alla quale ci si sente impotenti. Per questo, anche l’incontro – all’indomani della Liberazione – con i soldati americani può risultare straniante e persino terrifico, soprattutto quando vi si somma un carico di pregiudizio razziale che amplifica le paure. Il 16 settembre 1944 Viareggio viene liberata: nel corpo d’armata americano che entra in città c’è anche la 92ª Divisione di fanteria “Buffalo”, interamente composta da militari afroamericani. La divisione prende stanza in città, suscitando nei civili reazioni contrastanti, spesso intrise di stereotipi. Giovanna,[920] 52 anni, sfollata da Viareggio a Camaiore, arriva a Maggiano nell’ottobre del 1944 affetta da un “accesso melanconico (depressione)” e muore poco dopo. Il diario clinico del 6 ottobre registra che coltiva un “delirio di distruzione” e una forte inquietudine legata all’arrivo dei “mori”: «Ho rovinato la mia famiglia, per causa mia hanno ammazzato i miei nipoti, ora vengono i mori e mi portano via... sono una disgraziata...», ripete senza riuscire a spiegarsi. La prima notte di internamento non riesce a dormire e, seduta sul letto, continua: «Ci sono i mori sotto al letto... vedete che sono venuti a prendermi?». Il 10 ottobre rifiuta di mangiare, dicendo: «Non posso mangiare, sono tutta chiusa, non sono una persona, sono un cadavere vivente». Anche per lei la diagnosi vera è quella dell’ereditarietà: l’anamnesi familiare rivela che la madre era morta alcuni anni prima a Maggiano e che, sempre a Maggiano, la sorella era stata più volte ricoverata ed era morta anche lei per esaurimento. Nel febbraio del ‘45 anche Giovanna muore a Maggiano per deperimento organico.

Con l’arrivo degli Alleati, nella gestione della pubblica sicurezza subentrano i reparti di polizia militare dell’esercito anglo-americano, affiancati ai carabinieri e alle forze di polizia territoriali. Non scompare, però, la prassi di delegare funzioni di ordine pubblico a corpi militari di potenze straniere: i battaglioni di polizia militare anglo-americani diventano parte integrante del controllo sul territorio. Le cartelle cliniche testimoniano bene questa continuità, rivelando casi in cui la polizia militare americana interviene direttamente per segnalare, reprimere o contenere situazioni che sfociano poi in internamenti. È, ad esempio, il comando di polizia militare statunitense a sfondare la porta di casa di

---

918 ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 19/01/1945.
919 ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 30/12/1944.
920 ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 150.

Adelaide[921] per condurla in manicomio. Ed è sempre la polizia militare americana ad essere protagonista della vicenda di Lidia,[922] che racconta una storia vissuta ai margini della società ma che si svolge lungo il crinale della occupazione militare, prima tedesca e poi alleata. La sua biografia si consuma nel tentativo di sopravvivere al passaggio del fronte, tra soldati tedeschi, militari italiani deportati a centinaia di chilometri da casa, l'arrivo degli americani, la giustizia sommaria dei partigiani e la frantumazione di un percorso personale che porta fino a Maggiano dopo una serie continua di cadute. Lidia porta con sé una vicenda familiare segnata da dolore e violenza: nasce da una gravidanza frutto di uno stupro, subìto dalla madre per mano dello zio. A diciassette anni ha un figlio da un fidanzato partito con l'esercito in Albania, fatto prigioniero dai tedeschi e deportato ad Amburgo. Da lì, l'uomo prova a rassicurarla con una lettera, promettendo di sposarla al ritorno. Ma la guerra non concede attese né progetti di lungo periodo. «Io avevo il bimbo che moriva di fame» confessa al medico, mentre la madre era preda di crisi epilettiche e il patrigno, pescatore, non riusciva più a lavorare perché fermato, in mare, di continuo dai tedeschi. La voce di Lidia, registrata in cartella, ha i tratti di una confessione davanti a un tribunale. Non nasconde nulla del proprio passato, convinta che la verità – per quanto dura – possa risparmiarle pene peggiori: «Io per bisogno mi sono buttata prima coi tedeschi e poi con gli americani: coi tedeschi pelavo le patate e mi davano 50 lire al giorno; agli americani ci andavo per altro, io mi confesso e non voglio dire bugie». Il senso di colpa è amplificato dalla pubblica umiliazione che subisce il 20 settembre, quando i partigiani le tagliano i capelli in quanto collaborazionista. Poco dopo avviene il primo contatto con la polizia americana: «mi trovarono addosso una maglietta americana regalatami da un sergente, Gion [sic]». Arrestata, viene consegnata ai Carabinieri per accertamenti medici che riguardano una possibile infezione sifilitica: le analisi risultano sempre negative, ma l'ambiente ospedaliero le appare ostile e giudicante («il dottore mi guardò solo in modo superficiale»). Fuggita dall'ospedale, rientra a casa dove trova ad attenderla il sergente "Gion"; quella stessa sera i Carabinieri bussano alla sua porta per ricondurla in ospedale, ma ad affrontarli, stavolta, trovano l'uomo che, con la mano armata di rivoltella, riesce momentaneamente a respingerli. Poco dopo, però, interviene di nuovo la polizia americana: arresta il sergente e affida Lidia ai Carabinieri, che la trasferiscono nel carcere di San Giorgio, anche se non è chiaro di cosa sia imputata. Dal San Giorgio Lidia viene, poi, trasferita a Maggiano per accertamenti psichici. In manicomio i medici non accertano alcuna forma psicotica, infatti, ne uscirà poco tempo dopo. Cambia la forma di stato che insiste sul territorio, cambiano le uniformi che pattugliano le strade, ma restano le stesse pratiche di controllo, gli stessi automatismi repressivi e le stesse pregiudiziali che si intrecciano nelle decisioni di internamento, colpendo in modo particolare le

921 ASLu, OP, CC, fald. 474, c. 234.
922 ASLu, OP, CC, fald. 474, c. 30.

donne.

5.7 Un ritorno impossibile alla "normalità". I primi mesi del dopoguerra e i blandi processi di epurazione fascista

Quella della «mancata epurazione» è un leitmotiv che attraversa il dibattito politico e storiografico italiano sin dall'immediato dopoguerra. Già nel 1945, con la liberazione delle zone occupate dai nazifascisti, si pone il problema della continuità dello stato: magistrati, questori, funzionari e dirigenti che avevano servito il regime fascista continuano ad occupare ruoli centrali ed apicali nell'amministrazione pubblica, senza venire rimossi. Un *fil rouge* che alimenta da subito un duro dibattito, dividendo il paese tra chi ritiene necessaria una *tabula rasa* del personale compromesso e chi, al contrario, invoca una rapida chiusura del passato fascista in nome della stabilità istituzionale. Si tratta di uno scontro profondo, più profondo delle semplici biografie degli ex fascisti: da una parte troviamo le richieste più propositive e radicali, di un blocco sociale che con il fascismo chiede, ora, di fare i conti sino in fondo; dall'altra, coloro che hanno scelto di considerare il 25 aprile come il punto di chiusura della parentesi fascista, di un'occupazione indebita del paese di cui gli italiani si sono "liberati", in nome – anche – di una certa ragione di stato. La questione non si esaurisce nei primi anni della ricostruzione, ma diventa un tratto quasi distintivo della democrazia italiana: durante tutta la Prima Repubblica il tema riaffiorerà ciclicamente, soprattutto nei momenti di più forte scontro sociale e politico. Ogni volta che verranno alla luce i nomi di questori, PM, magistrati e ufficiali che avevano fatto carriera nella RSI e che erano, poi, rimasti in servizio dopo la liberazione – emblematico il caso di Marcello Guida, questore di Torino e Milano in servizio negli anni più caldi della contestazione operaia, già direttore della colonia penale di Ponza sotto il fascismo – tornano alla ribalta inchieste, denunce e, soprattutto, interrogativi sulla reale tenuta democratica delle istituzioni. Riemerge il sospetto di una continuità repressiva rimasta intoccata e il dubbio sulla piena adesione di ampi settori dello stato alla nuova Costituzione democratica e antifascista.[923] Queste dinamiche non

[923] Il tema della "mancata epurazione" ha dato origine a una riflessione storiografica vasta, che non può essere esaurita in questa sede. È tuttavia possibile indicare alcuni studi fondamentali. Un riferimento imprescindibile resta il saggio di Claudio Pavone, *La continuità dello Stato*, confluito nel volume *Alle origini della Repubblica. Scritti su fascismo, antifascismo e continuità dello Stato* (Torino, Bollati Boringhieri, 1974), che ha posto con chiarezza i confini della questione della persistenza delle strutture e delle classi dirigenti dal fascismo all'età repubblicana. A distanza di pochi anni, Galante Garrone richiama l'attenzione sul "fallimento dell'epurazione" (*Il fallimento dell'epurazione. Perché?*, in «Il Ponte», 1977), sottolineando le ragioni di un processo mancato. Negli anni Novanta, R. P. Domenico ha dedicato un'analisi sistematica dei procedimenti giudiziari tra il 1943 e il 1948 (*Processo ai fascisti. Storia di un'epurazione che non c'è stata*, Milano, Rizzoli, 1991). Sullo stesso terreno si colloca il contributo di Marcello Flores, *L'epurazione*, in *L'Italia dalla liberazione alla Repubblica* (Milano, Feltrinelli, 1998), che ha ulteriormente ampliato la prospettiva di indagine. Per un case study toscano si prenda in considerazione lo studio di Giovanni Brunetti (*Dio non paga il sabato. La defascistizzazione della provincia di Livorno (1943-1947)*, ISRPt, Livorno, 2023) sulla defascistizzazione nella provincia di Livorno. Parallelamente, la riflessione si è intrecciata con il tema più generale della rimozione delle responsabilità delle autorità militari italiane nelle zone sotto occupazione, al centro del volume di Filippo

riguardarono soltanto i ministeri e le forze dell'ordine, ma hanno un'eco diffusa in tutti i settori pubblici: negli uffici, nelle società statali, nelle scuole, nelle università, nell'esercito e negli ospedali, compresi quelli psichiatrici.

Il 26 maggio del 1944, con il decreto regio n. 134, il secondo governo Badoglio istituisce l'"Alto commissariato per le sanzioni contro il fascismo". A questo organo non spetta un compito giudiziario in senso stretto: non gli è affidato il giudizio definitivo sui soggetti compromessi con il regime, ma la funzione di integrare – attraverso un lavoro di ricerca e di istruttoria – l'attività giudiziaria vera e propria. In particolare, ha il compito di

> svolgere indagini sul conto dei fascisti più compromessi, avviare le istruttorie necessarie per i procedimenti giudiziari a loro carico, rivedere le sentenze pronunciate durante il periodo fascista e sottoporre a riesame i giudizi di epurazione pronunciati sulla base del decreto del 28 dicembre 1943[924]

Queste commissioni vengono istituite anche negli ospedali psichiatrici. Appena oltrepassato il fronte e allontanatisi i tedeschi, il CLN assume il comando della zona di Lucca. A Maggiano, subito dopo l'abbandono del manicomio, il direttore Vedrani si mette in contatto con il CLN del Partito comunista di Lucca presentando un elenco puntuale di urgenze: in primo luogo l'approvvigionamento idrico, interrotto dal crollo di un ponte; poi lo sminamento dell'area; infine il ripristino dell'illuminazione.[925] Il CLN, preso contatto con Vedrani, si attiva per fornire aiuti materiali all'istituto, ma ha in mente soprattutto un obiettivo politico che va oltre la manutenzione ordinaria: avviare, o quantomeno tentare di avviare, un processo di epurazione degli elementi più compromessi con il fascismo repubblicano. Si parte dalla direzione medica. Nella seduta del 7 settembre – quando ancora non si hanno notizie certe del direttore Francesconi – il CLN propone un avvicendamento al vertice del manicomio, come primo passo di un percorso di epurazione. La richiesta è che l'incarico venga affidato al dottor Alessandro Pfanner, già vicedirettore. Si tratta, però, di una soluzione dettata più dalla praticità che da una valutazione di merito politico: lo stesso CLN, infatti, è consapevole che il ruolo di direzione è momentaneamente ricoperto da Vedrani, descritto dalla commissione come «meritevole della più alta considerazione».[926] Tuttavia, la commissione sottolinea come il nuovo direttore dovrà assumersi

---

Focardi, *Il cattivo tedesco e il bravo italiano* (Roma-Bari, Laterza, 2013), che ha messo in luce la costruzione di un nucleo narrativo egemone nella memoria nazionale del dopoguerra. Negli anni più recenti, la ricerca ha conosciuto un rinnovato impulso: Davide Conti ha ricostruito le carriere e le continuità biografiche degli apparati repressivi con *Gli uomini di Mussolini. Prefetti, questori e criminali di guerra dal fascismo alla Repubblica italiana* (Pisa, ETS, 2018); mentre il 2019 ha visto l'uscita quasi simultanea di tre volumi che hanno dato nuovo vigore al dibattito: *Professori e università di fronte all'epurazione. Dalle ordinanze alleate alla pacificazione (1943-1948)* di Mimmo Flamigni (Bologna, il Mulino), *Dopo Mussolini. I processi ai fascisti e ai collaborazionisti (1944-1953)* di Andrea Martini (Roma, Viella), e infine il lavoro collettaneo di Chiara Nubola, Paolo Pezzino e Tiziana Rovatti, *Giustizia straordinaria tra fascismo e democrazia. I processi presso le Corti d'assise e nei tribunali militari* (Bologna, il Mulino).

924 H. Woller, *I conti con il fascismo. L'epurazione in Italia 1943-1948, Bologna, il Mulino,* 1997, p. 164.

925 ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 9, plico 1.

926 APLu, AC, Faldoni delibere, 1944, n. 7.

l'onere di «affrontare il lavoro ingrato e abbastanza faticoso di una generale sistemazione del personale con riforma di organico e di regolamenti e con una revisione delle singole posizioni determinate dagli abusi e dalle sopraffazioni del fascismo». In altre parole, il compito prioritario del direttore sarà quello di colpire il nucleo ancora combattivo e nutrito degli infermieri fascisti. Vedrani – definito «vecchio, fedele e valoroso funzionario» – appare però troppo malato e fisicamente indebolito, dunque inadeguato a reggere l'urto delle misure necessarie alla defascistizzazione. La nomina di un nuovo direttore, tuttavia, tarda ad arrivare. Nel frattempo, l'11 settembre 1944 il CLN di Nozzano San Pietro notifica alla direzione dell'OP che «tutti gli squadristi e fascisti repubblicani dipendenti di codesto Ospedale devono abbandonare codesto istituto appena ultimato il loro turno di lavoro per essere utilizzati nei lavori di sgombro macerie e riattivazione».[927] Lo stesso giorno la direzione medica annota negli ordini di servizio che Dalle Piagge Filippo, Dalle Piagge Ubaldo, D'arrigo Guglielmo, Carlotti Pietro, Casini Giacomo, sono «assenti perché squadristi».[928] E ancora il 14 settembre '44, sempre dal CLN di Nozzano arriva alla direzione medica la notifica: «che tutti gli squadristi e fascisti repubblicani dipendenti da codesto ospedale si ritengono immediatamente sospesi dal servizio in attesa di altri provvedimenti». Il 19 di settembre anche Consani Alberto, Delle Piagge Egizio, Landini Alfredo sono costretti a lasciare il servizio per comunicazione del CLN di Nozzano.[929] l 15 settembre D'Arrigo, Bianchini e Fambrini – segnalati come militari – si presentano spontaneamente al comando dei Carabinieri, con l'obbligo di firmare la presenza ogni mattina alle ore 9. I tre risultano assenti dal servizio tra il 20 e il 25 settembre, trattenuti presso la compagnia Carabinieri di Lucca. Il 23 settembre 1944 la prefettura di Lucca inoltra al capo di gabinetto Antonio Potenza – che a sua volta trasmette l'ordine alle amministrazioni – una direttiva avente per oggetto la «revisione posizione personale».[930] Su pressione del commissario provinciale del governo militare alleato e della stessa prefettura, viene stabilito che entro il 25 settembre debbano essere comunicati i nominativi dei dipendenti che abbiano rivestito una delle seguenti qualifiche: squadrista; sansepolcrista; iscritto antemarcia o alla marcia su Roma; sciarpa littoria; ufficiale già in servizio permanente della MVSN; iscritto al cessato fascio repubblicano. A questo scopo viene fatta circolare una lista, che ogni dipendente deve sottoscrivere «sotto la propria responsabilità» dichiarando di non aver mai rivestito alcuna di tali qualifiche. Tra i firmatari figura l'intero corpo medico. Soltanto due infermieri si rifiutano di sottoscrivere: Egizio Delle Piagge e Italo Casini. La gran parte degli infermieri invece firma, compresi nomi già noti: il viceispettore Cesare D'Arrigo, Fioravanti Marlia– che ammette «fu iscritto al fascio nel 1923» –, Alberto Bianchi– che precisa «iscrizione antemarcia,

927 ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 9, plico 1.
928 ASL, faldone 152, busta.5, 11/09/1944.
929 ASL, faldone 152, busta.5
930 ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 9, plico 1.

ero militare» –, Giuseppe Bernica– «iscritto antemarcia» –, Bertolucci Bernardino e Lencioni Aniceto – entrambi «sciarpa littoria». Tuttavia, l'elenco non convince la prefettura. Due giorni dopo, il 25 settembre 1944, dalla provincia giunge al direttore dell'ospedale una nuova richiesta, vergata a mano: si invita cortesemente a redigere un nuovo elenco in cui ciascun dipendente non si limiti a firmare, ma dichiari espressamente di non aver mai preso parte attiva al regime fascista o al partito repubblicano.[931] Il 9 novembre vengono destituiti o allontanati dal servizio sette infermieri. Vittorio Marlia è rimosso per il suo ruolo politico e per l'appartenenza alla Brigata nera; stessa sorte tocca a Giuseppe Cortopassi e a Giacomo Casini, quest'ultimo indicato come squadrista antemarcia, sciarpa littoria, nonché «membro del direttorio di fascio e di commissione di disciplina». Vengono inoltre destituiti Italiano Fabiani (o Italo), Pietro Carlotti, Alfredo Landini e Egizio Dalle Piagge. Nei primi mesi del 1945 si procede ad ulteriori sospensioni: tra questi figurano Cesare e Guglielmo D'Arrigo, Aniceto Lencioni e Ubaldo Dalle Piagge.[932] Tuttavia, dopo questa prima fase, già nel dicembre 1944 si assiste ai primi segnali di reintegro per alcuni degli squadristi meno esposti o considerati meno compromessi. Il 21 dicembre il presidente della provincia di Lucca dà esecuzione a una deliberazione della deputazione provinciale del 4 dicembre: viene stabilito che agli infermieri allontanati dal servizio spetti soltanto lo stipendio, ma non l'indennità.[933] Il 22 gennaio '45[934] lo stesso presidente dell'amministrazione provinciale comunica che la commissione provinciale, alla quale erano stati segnalati i casi di Guglielmo D'Arrigo, Alfredo Landini e Ubaldo Dalle Piagge per la dispensa dal servizio, ha deliberato che «non sussistono contro di loro ragioni di incompatibilità alla riassunzione». Prima di adottare ogni decisione definitiva, tuttavia, viene richiesto il parere della commissione di disciplina interna dell'ospedale. Intanto il 21 febbraio veniva assolto da ogni accusa – anche stavolta previo parere della commissione interna - Enrico Marlia, deferito alla commissione provinciale per le qualifiche di squadrista e marciatore su Roma, e che quindi è reintegrabile al servizio.[935] Il 19 marzo la deputazione provinciale discute e delibera – all'unanimità – sul memoriale presentato il 3 novembre 1944 dalla commissione interna del sindacato infermieri. Nel documento si ribadisce la necessità di chiarire quali siano stati i provvedimenti e le disposizioni emanati dal regime fascista che avevano annullato o modificato i diritti del personale infermieristico. La commissione viene inoltre

931 ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 9, plico 1.

932 AdFMT, Personale sospeso per epurazione, fasc. 10, cc. 3-5. La lista viene il 19 maggio 1945 su richiesta inviata dall'alto commissario per l'applicazione delle sanzioni contro il fascismo delegazione della prov. Di Lucca (n. 177) - richiesta segnalata come urgentissima, - nella quale si chiede di specificare, nuovamente i ruoli effettivi o avventizi: 8 medici (Ansani, Gori Plinio, Gori Siro, Furio Magri, Marsili Giulio, Pfanner Alessandro, Tobino Mario, Vedrani Alberto) risultano estranei al fascismo; con essi sei impiegati; e i 183 uomini del personale salariato infermiere e artigiano (avventizi ed effettivi). Le maestranze donne (infermiere o artigiane, avventizie o effettive) sono invece 119, anche tra loro non si registra particolari esposizioni. Risultano ancora tre deportati dai tedeschi, uno dei deportati, Delle Piagge Filippo, risulta essere uno squadrista (APLu, AC, prot n. 122, fascicolo 9/1/1944).

933 APLu, AC, prot. n. 291/1940.

934 ASLu, OP, AG, fald.154, busta 6, plico1.

935 ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 10, plico 1.

invitata a fornire un elenco dei salariati «pretermessi nelle promozioni in conseguenza delle preferenze accordate per meriti fascisti».[936] In questa fase, l'intero corpo infermieristico appare molto mobilitato, soprattutto all'interno della commissione interna, su cui gli infermieri fanno pressione, e dalla iniziativa sindacale, con l'obiettivo di ottenere l'allontanamento degli elementi più compromessi con il fascismo repubblicano. C'è molta distanza su quale debba essere il ruolo della commissione interna secondo gli infermieri e, al contrario, secondo i capi dell'amministrazione provinciale: mentre i secondi vorrebbero che quest'ultima rimanesse un organo sussidiario, privo di capacità esecutiva; i lavoratori – e con questi i rappresentanti sindacali - hanno in mente tutt'altra funzione:

> Se, alla richiesta da parte di codesta Direzione di precisare i motivi di controversia esistenti fra la Direzione e la Commissione Interna, questa Segreteria ritenne opportuno dare incarico a quest'ultima, non fu per chiedere consigli ad essa – come è stato scritto da codesta Direzione (eravamo infatti già dal 20 maggio a conoscenza, attraverso il personale, delle richieste avanzate e delle promesse ricevute) – ma soltanto per rendere più semplice e più rapida la definizione delle controversie e la concreta attuazione delle giuste richieste avanzate dal personale.[937]

Per i lavoratori avrebbe dovuto essere la provincia a recepire le direttive della commissione interna, espressione diretta della volontà delle corsie. Nel maggio del '45, tuttavia, il personale infermieristico – «che non ha visto ancora realizzata nessuna delle proprie richieste, né alcuna delle promesse elargite da codesta Direzione» – deplora apertamente la lentezza delle indagini a carico degli ex fascisti e, soprattutto, la pioggia di reintegri decisi dalla commissione per l'epurazione. Nulla sembra cambiato: intatto appare il sistema clientelare di potere costruito dalla cricca vicina a Marlia. Il 12 maggio, il segretario del sindacato provinciale infermieri di Lucca, Ruggero Bonci, scrive alla provincia denunciando che non è stato smantellato il meccanismo di favoritismi creato dal Marlia. L'occasione è la vicenda di Adolfo Pardi – capo servizio e stretto collaboratore dell'infermiere squadrista – che con abilità riesce a evitare ogni controllo dell'epurazione e a sottrarsi a qualsiasi provvedimento di allontanamento dal servizio:

> Il personale, fino ad oggi, non ha ottenuto l'allontanamento del f.f. Capo Servizio Pardi Adolfo, assegnato a quel posto (con palese favoreggiamento) dall'allora sorvegliante Marlia Vittorio, e che, nel periodo di emergenza, lasciò molto a desiderare nei confronti del personale e delle loro famiglie sfollate all'interno dell'Istituto, per avere travisato ordini di servizio e, approfittando di un'autorità che non gli competeva, creandosi fra la massa una giustificata avversione. Da quanto esposto, abbiamo il diritto di ritenere che i rapporti fra Direzione e Commissione non possano essere quelli preesistenti; pertanto, rinnoviamo l'invito a codesta Direzione a una maggiore considerazione e a una collaborazione fattiva e concreta con la Commissione Interna, per una pronta risoluzione dei problemi sopra richiamati. [938]

936 ASLu, OP, AG, fald. 153, busta 10, plico 1; APLu, AC, AC, prot. n. 291/1944.
937 ASLu, OP, AG, fald. 153, busta 10, plico 1.
938 ASLu, OP, AG, fald. 153, busta 10, plico 1.

Nel marzo del ’46 arriva il giudizio della commissione interna sul reintegro dei dipendenti Guglielmo D'Arrigo, Alfredo Landini e Ubaldo Dalle Piagge: il parere è contrario.[939] La decisione riflette la profonda spaccatura che attraversa il manicomio, dividendo direzione, amministrazione provinciale, commissione provinciale di epurazione e capi sindacali da un lato, e i lavoratori dall’altro. Una frattura che si innesta nel quadro del ricostituito sindacato confederale e che ruota attorno a una contraddizione di fondo: da un lato, la giustizia delle commissioni e dei tribunali, spesso rapida e sommaria, fondata su documenti parziali e testimonianze lacunose, che sfocia in assoluzioni dubbie e reintegri percepiti come odiosi; dall’altro, il desiderio di giustizia immediata che sale dalle corsie, dagli ambienti che hanno vissuto in prima persona il clima di violenza, che conoscono da vicino i retroscena delle vicende, che hanno ascoltato, visto e sperimentato ciò che le carte trasmettono solo con difficoltà. Nella lettera del 1° marzo ’46, la direzione medica informa l’assemblea che la commissione provinciale per l’epurazione degli enti locali – composta dal presidente Giuseppe De Gennaro, dal segretario Beniamino Prosperi e dai membri Francesco Sansoni, funzionario di prefettura, e Augusto Mancini –[940] ha deliberato il reintegro di Landini, Dalle Piagge e D’Arrigo, «non essendovi alcuna ragione di incompatibilità per la riassunzione in servizio».[941] La lettera, alla quale segue la richieste di un voto di “convalida” da parte della commissione interna, apre i lavori l'assemblea sindacale degli infermieri di Maggiano (sindacato provinciale infermieri di Lucca). La richiesta di un voto favorevole – puramente consultivo e non vincolante, come tiene a sottolineare Pfanner – viene apertamente sostenuta dall’esponente della Camera del lavoro, Vanni. Quest’ultimo si richiama esplicitamente alla linea di unità dei lavoratori portata avanti dalla CGIL di Giuseppe Di Vittorio in quel momento – che infatti cita nel suo intervento – secondo cui «tutti i lavoratori onesti, anche quelli che furono fascisti, hanno e devono avere uguali diritti». Gli infermieri, però, sono di tutt’altro avviso. Nonostante le pressioni, la commissione interna si esprime in maniera netta contro i reintegri: su 98 votanti, 77 si dichiarano contrari alla riassunzione dei tre elementi compromessi con il fascismo, mentre i favorevoli si fermano a 21. Il 4 marzo la commissione interna invia una breve nota all’amministrazione provinciale, nella quale si legge:

> in esito alla Vs/21.2.1946, relativa alla riammissione in servizio di Marlia Enrico, la C. I. ritiene di interpretare il pensiero della Massa affermando che la votazione eseguita a proposito di Landini Alfredo, Dalle Piagge Ubaldo e D'Arrigo Cesare, sia valida per il nominativo della presente come negli eventuali casi simili

Anche per il reintegro di Enrico Marlia, dunque, vi è – sebbene non fosse stato richiesto dal direttore – una esplicita bocciatura da parte dell’assemblea. Il 5 marzo il presidente della provincia interviene contestando apertamente l’impianto della votazione, dichiarando di non comprendere quali siano gli

939 ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 10, plico 1.
940 Archivio della Provincia prt. 418, 1947, 28 luglio 1947.
941 ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 10, plico 1.

obiettivi di tale opposizione né, tantomeno, quale sia il senso di una contestazione diretta da parte degli infermieri nei confronti dell'amministrazione provinciale. La reazione è durissima: la provincia non accoglie affatto di buon grado l'esito della votazione, anche perché – sottolinea – l'invio degli atti di epurazione alle commissioni interne non ha valore deliberativo e non è destinato a porre veti sui reintegri, ma soltanto a raccogliere elementi utili a conoscere meglio i contesti delle promozioni:

> Non riesco a capire che cosa significhi e a che cosa miri la votazione di cui è oggetto la lettera 1/3/1946 n. 18 di codesta Commissione Interna. Quando un dipendente della Provincia, sottoposto a giudizio di epurazione, è stato dichiarato dalla speciale Commissione provinciale non incompatibile per la riassunzione in servizio, e tale giudizio è divenuto definitivo, nessuna norma legislativa o regolamentare consente un nuovo procedimento da parte dei rappresentanti di categoria per stabilire se il soggetto sia o meno gradito al personale. L'invio degli atti da parte di quest'Amministrazione ha ben altro fine, che la C.I. non doveva ignorare, dal momento che essa stessa si era fatta promotrice di un'accurata e rigorosa indagine di tutte le posizioni acquisite nel periodo fascista. Si tratta quindi di esaminare insieme la posizione di tutti i riammessi in servizio, poiché dagli atti di quest'Amministrazione – pur formalmente regolari – non sempre è possibile accertare se furono create, a seguito di favoritismi, posizioni di privilegio con incarichi o promozioni giustificate solo dal paravento del merito, a danno di dipendenti più anziani e non meno meritevoli. Sarebbe dunque desiderio dell'Amministrazione che codesta C.I., la quale ha più facilmente modo di conoscere la verità, fornisse tutti quegli elementi e quelle informazioni necessari per giudicare con completa serenità e obiettività. Così pure, il giudizio di epurazione si limita a dichiarare che l'epurando non è incompatibile con la riassunzione in servizio; ma vi potrebbero essere casi nei quali, pur non essendo opportuno adottare il grave provvedimento della dispensa dal servizio, risulti necessaria una procedura disciplinare che comporti provvedimenti o punizioni di minore gravità. È per questi motivi che l'Amministrazione trasmette le decisioni della Commissione di epurazione alla C.I. per ottenerne il parere, agli effetti sopra precisati, e non per far intervenire tutto il personale in votazioni che non possono dare alcun pratico risultato.[942]

L'11 marzo la provincia delibera e insiste per l'integrale esecuzione delle disposizioni relative alla riammissione in servizio del personale sottoposto a giudizio di epurazione. Di fronte alla pervicacia dell'amministrazione provinciale, la mobilitazione degli infermieri si infrange: il 20 marzo Pfanner comunica alla commissione interna che, proprio in quella stessa giornata, il Consiglio sanitario ha deliberato la riammissione in servizio del viceispettore Cesare D'Arrigo, del custode Alfredo Landini e degli infermieri Ubaldo Dalle Piagge e Guglielmo D'Arrigo, in ottemperanza alla decisione provinciale dell'11 marzo.[943] Si precisa, tuttavia, che si apre una finestra di otto giorni entro la quale la commissione interna può soltanto documentare e presentare eventuali reclami, con l'unico scopo di ottenere una «revisione delle loro rispettive carriere allo scopo di accertare quali posizioni di privilegio essi abbiano eventualmente goduto per benemerenze fasciste». In assenza di reclami, i sospesi vengono reintegrati nei loro posti. Viene il dubbio, tuttavia, che il comportamento degli

942 ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 6, plico 1.
943 ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 6, plico 2.

infermieri non sia guidato squisitamente da una spinta morale o da un autentico antifascismo: nei documenti sindacali quasi mai si richiama la difesa dei valori democratici o resistenziali. Le richieste di allontanamento dei fascisti oscillano, piuttosto, tra due poli: da un lato, la volontà di una pulizia profonda dei ranghi almeno dagli elementi più sfacciatamente privilegiati dai meccanismi di consenso e dai capi infermieri più esposti e violenti dopo l'8 settembre; dall'altro, una sorta di strategia difensiva della categoria, interessata a liberarsi di chi aveva rappresentato per anni un ostacolo alle carriere e agli avanzamenti salariali. In questo quadro, si arriva persino a opporsi al reintegro di alcuni infermieri esclusi in passato dalle graduatorie proprio perché antifascisti, pur di non alterare equilibri e posizioni ormai consolidate all'interno del corpo infermieristico. Il 26 aprile 1946 giunge sulla scrivania del direttore – in forma anonima e scritta a mano – una lettera che chiede di rivedere le posizioni di Achille Bianchi e Gustavo Consani. Entrambi avevano conseguito nel 1926 il diploma di abilitazione per infermiere manicomiale al corso indetto dalla provincia e avevano prestato servizio come giornalieri. Al momento di formare la graduatoria, tuttavia, erano stati esclusi perché considerati antifascisti: «né l'uno né l'altro furono mai in effetti fatto richiesta della tessera del Partito».[944] Nel '45 Bianchi e Consani presentano, dunque, domanda per essere riassunti in servizio e la commissione si esprime favorevolmente alla loro riammissione. Nella lettera dell'anonimo si legge che: «Il personale dell'OPP sostiene che questi due individui non furono allontanati d'autorità perché considerati antifascisti, ma si sarebbero ritirati volontariamente perché avrebbero trovato occupazioni più lucrose».[945] La segnalazione è però smentita dagli atti d'ufficio. Il direttore, riferendo l'accaduto all'amministrazione provinciale, osserva che «né coloro che sostengono oggi questa tesi nulla hanno fatto né a suo tempo né ora per convalidarne la fondatezza e, nonostante ciò, esigono dall'Amministrazione un nuovo allontanamento con la minaccia, ora attiva, dell'astensione dal lavoro». L'anonimo, infatti, avverte che, qualora si procedesse al reintegro degli antifascisti, gli infermieri sarebbero pronti a scioperare. Per cercare una soluzione conciliativa, l'amministrazione provinciale si accorda con il rappresentante confederale: al fine di non danneggiare nessuno, si decide di mantenere in soprannumero gli ultimi due della graduatoria, anche qualora Bianchi e Consani venissero riassunti. Tuttavia, il direttore sembra avere chiaro in mente di chi sia la mano che ha redatto la lettera anonima, sia chi si celi dietro l'agitazione: «il personale si è dimostrato irriducibile ed è rimasto solidale con gli agitatori che si ha motivo di credere siano i due interessati, cioè coloro che dalla riassunzione del Bianchi e del Consani verrebbero ad essere danneggiati». La vicenda assume così un carattere «personalistico e di interesse veramente individuale e non collettivo», come afferma il direttore stesso, espressione di una difesa di categoria più che di un conflitto politico-ideale. La preoccupazione della direzione è che si apra un precedente, e che – come per Bianchi e Consani –

944 ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 10, plico 1.
945 ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 10, plico 1.

anche altri possano avanzare richiesta di reintegro. Infatti, quando il 22 aprile ha inizio lo sciopero, pur privo del sostegno ufficiale del sindacato, l'adesione è massiccia: già dai turni Pochi giorni dopo, alcuni infermieri consegnano all'amministrazione una documentazione a sostegno delle accuse contro Consani e Bianchi. La relazione viene però giudicata «affrettata e manchevole» e quindi insufficiente a dimostrare che i due non fossero stati effettivamente discriminati per il loro antifascismo. Una posizione, questa, confermata invece da una lettera del 1926 firmata da Cristiani che sanciva l'allontanamento dei due dal servizio. Bianchi e Consani saranno dunque reintegrati: i loro nomi compaiono infatti nella delibera provinciale del 28 agosto 1946, tra quelli degli infermieri avventizi per l'anno '46.[946]

Il 29 gennaio 1946 il giudice Mario Lombardo, pubblico ministero presso la Corte d'Assise straordinaria, inserisce formalmente Vittorio Marlia – che aveva seguito la Brigata Nera nella ritirata verso il Nord – e con lui Lelio Rossi tra gli imputati dell'istruttoria sulla strage di Farneta. Marlia verrà catturato solo nel maggio dello stesso anno a Verona, quando, nella notte tra il 30 aprile e il 1° maggio, assieme ad altri due ex camerati membri di una minuscola formazione figlia della galassia neofascista in ricomposizione – il "Partito fascista democratico" -, issa un gagliardetto con il fascio littorio sul campanile della cattedrale della città.[947] L'intento è di "celebrare" a modo loro il primo maggio. Tradotto nel carcere di Lucca verso la metà del 1946, Marlia viene sottoposto a numerosi interrogatori dal PM, durante i quali nega sempre ogni responsabilità e qualsiasi coinvolgimento nella morte di Lippi Francesconi. Parla di rapporti superficiali e distesi – di semplice conoscenza – con l'ex direttore, respingendo l'impianto accusatorio che lo vorrebbe come uno dei mandanti, in virtù della persecuzione continuativa esercitata contro di lui dal settembre 1943 fino agli ultimi giorni a Maggiano. Marlia scarica invece l'intera responsabilità sulle truppe tedesche. Il 25 aprile 1947 Lombardo conclude la requisitoria, inviata al tribunale di Firenze: pur riconoscendo il peso determinante delle SS, il giudice si dichiara convinto che dietro la morte del medico si muovesse la «cricca del Marlia»

> da un punto di vista strettamente giuridico-penale, Lombardo si trova innanzi a un *vulnus* delle sue indagini, che condiziona il suo impianto accusatorio, e finisce per trasformarsi in una garanzia per gli imputati: la centralità, in tutta l'operazione, di Eduard Florin. Senza la sua deposizione, Lombardo è costretto a chiedere l'assoluzione degli italiani[948]

Marlia – assieme a Cortopassi e Rossi – viene assolto con «formula dubitativa». Nonostante non sarà reintegrato nei ranghi dell'istituto, ancora per quasi tutto il 1948 la nomina a ispettore del personale

946 Cfr. la lista provinciale del 28 agosto '46 (APLu, AC, n. 233/1944 e ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 6, plico 1), che contiene i nomi degli infermieri avventizi per l'anno '46, nella quale sono presenti i nomi di Bianchi e Consani.

947 AISREC, Atti processo alla Brigata nera di Lucca, Vol. I, fasc. 3b, C. 1100 (non inventariato).

948 G. Fulvetti, *Una comunità in guerra*, op. cit., p. 189.

– nel frattempo conferita a Minciotti – resta bloccata dal «procedimento contenzioso instaurato dinanzi alla G.P.A. (Giunta provinciale amministrativa) da Marlia Vittorio», che pretendeva di essere reintegrato al proprio posto.[949] Non si tratta di un'eccezione: il 7 marzo 1949 viene sospesa ogni decisione sull'incarico da conferire all'infermiere giornaliero Italo Casini– con ruolo nell'assistenza immediata – e al calzolaio effettivo Italo Fabiani. Entrambi, pur essendo titolari del posto, risultano in contenzioso con la Giunta per ottenere il reintegro nelle rispettive mansioni. La vicenda si concluderà con il loro definitivo allontanamento dal servizio.[950]

Con la fine della guerra e la transizione democratica riprende anche l'agitazione sindacale del corpo medico, soprattutto tra gli internini, riaprendo quello spazio di autonomia professionale che era stato bruscamente interrotto negli anni '20 e che ora si lega al movimento sindacale e democratico. Al centro delle rivendicazioni, come già durante il primo conflitto mondiale – che aveva dato slancio al movimento dei medici – ci sono gli aumenti salariali. Il 12 ottobre 1945 una lettera firmata da un gruppo di medici di Fregionaia, guidati da Tobino, viene inoltrata alla Deputazione provinciale, contestando le riforme dell'organico e, soprattutto, il trattamento economico appena deliberato. Il gruppo denuncia, innanzitutto, la decisione di mettere a pagamento l'alloggio per i medici internini ospitati nella struttura, «che dall'inizio della fondazione dell'istituto è sempre stato gratuito per i medici assistenti». Un problema che si lega direttamente al tema del basso salario: i medici affermano di vedere svilita la propria formazione, gli anni trascorsi all'università, le specializzazioni e la pratica clinica, a fronte di stipendi che, tolti i costi del vitto, rischiano di dimezzarsi – circa 3.000 lire mensili nette. Il confronto con altre categorie è impietoso: l'ispettore del personale infermiere Minciotti guadagna 6.217 lire mensili; un medico assistente coniugato con prole 5.851 lire; uno scapolo 5.093 lire. Alcuni infermieri, come Fambrini, grazie all'anzianità di servizio, percepiscono 5.772 lire al mese. Uno scandalo – sottolineano i medici – perché la provincia, «dimenticandosi della cultura» e del carico di responsabilità che grava sui medici rispetto agli infermieri, sembra fare di tutto per non trattenere i giovani professionisti a Fregionaia. A gettare benzina sul fuoco – e a saldare le rivendicazioni dei medici con quelle degli infermieri avventizi – è la stessa Deputazione provinciale, che a fine novembre pubblica sulla rivista *Annali dell'Ospedale Psichiatrico di Teramo* un articolo in cui dichiara che, nonostante la riduzione dei malati e la conseguente «esuberanza del personale», l'amministrazione «per principii umanitari» non intende procedere a tagli del personale.[951] La commissione interna sindacale, di rimando, replica all'articolo inoltrando all'amministrazione provinciale e alla direzione medica il ritaglio con ironici ringraziamenti per la "comprensione"

949 ASLu, OP, AG, fald. 156, busta 5, plico 1.
950 ASLu, OP, AG, fald. 157, busta 6, plico 1.
951 L'intera vertenza, con ritagli di giornale e lettere dei medici è contenuta in ASLu, OP, *AG*, fald. 153, busta 10, plico 1.

mostrata e con l'invito a dare seguito concreto a quelle parole, evitando tagli al personale e riduzioni salariali. Alla lettera segue la dura risposta della deputazione provinciale che, il 26 novembre, deplora la «forma ironica e poco rispettosa» della comunicazione, ribadendo di non aver bisogno di stimoli per adempiere al proprio dovere di garantire buone cure e di non ridurre il personale. Nel 1948, tuttavia, la vertenza non solo è ancora aperta, ma si riaccende con un ulteriore inasprimento dello scontro sindacale. Un documento del 22 maggio registra che alle richieste dei medici si uniscono anche quelle del personale infermieristico. La piattaforma rivendicativa si basa su tre punti molto concreti: ricoprire i posti d'organico mancanti, ottenere aumenti salariali e procedere alla sistemazione degli avventizi (n. 145). Riprende così, in maniera attiva, quel processo di coinvolgimento politico delle maestranze mediche che era stato bruscamente interrotto con l'avvento del fascismo. Nel novembre 1948 vengono nominati i dirigenti del sindacato unitario dell'ospedale psichiatrico di Fregionaia, affiliato all'Unione provinciale dipendenti enti locali della CGIL: il consiglio sindacale è composto dal segretario Silvestri e dai componenti Lippi e D'Angelo, tra questi anche il medico primario Mario Tobino.[952]

Conclusioni

Il 26 agosto 1950 il nuovo direttore del manicomio di Maggiano, Alessandro Pfanner, comunica all'"onorevole presidente della Deputazione provinciale" che l'istituto «ha bisogno di nuovo personale infermieristico», poiché il numero dei «pensionati e dei prossimi alla pensione» è ormai tale da rendere necessario un ricambio.[953] Come già accaduto in passato, Pfanner propone di istituire un corso teorico-pratico per infermieri e infermiere, con l'obiettivo di formare almeno una quarantina di diplomati da poter impiegare, all'occorrenza, nei reparti. Tra la richiesta e l'attivazione del corso trascorrono alcuni anni, ma questa volta l'iniziativa, la prima del dopoguerra, viene organizzata in grande stile: è lo stesso Pfanner a redigere il manuale teorico di riferimento destinato agli aspiranti infermieri, pubblicato nel 1953 con il titolo *Introduzione al corso per infermieri di ospedale psichiatrico*. Tra gennaio e febbraio dello stesso anno il corso viene finalmente approvato e aperto al bando pubblico. Il presidente della Provincia di Lucca, Italo Baccelli, il 19 febbraio 1953 pubblica il testo del bando e ne definisce le condizioni: il superamento dell'esame finale conferisce l'idoneità professionale, ossia il diploma di infermiere, che non comporta un'assunzione immediata ma l'inserimento in una graduatoria dalla quale l'amministrazione potrà attingere in caso di necessità.[954] Le eventuali chiamate temporanee valgono come titolo preferenziale per future

952 ASLu, OP, AG, fald. 156, busta 10, plico 1.
953 AdFMT, *Corso per allievi ed allieve infermieri*, 1953, 26 agosto 1950.
954 AdFMT, *Corso per allievi ed allieve infermieri*, 1953, 19 febbraio 1953.

assunzioni a tempo indeterminato. Si ripete così una procedura già vista negli anni precedenti, con le consuete linee guida e le stesse ambiguità di carriera legate alla distinzione tra superamento del corso e assunzione effettiva: il direttore lamenta la carenza di personale, l'amministrazione risponde organizzando corsi che assicurano un bacino di lavoratori formati, ma non necessariamente destinati a essere impiegati in modo stabile. Dopo la fase teorica sulle funzioni dell'ospedale psichiatrico, gli allievi svolgono la pratica in reparto. I requisiti di accesso per i candidati consistono soltanto nel certificato di buona condotta, nel certificato di nascita, nella fedina penale e in pochi altri documenti generici; nulla viene detto riguardo a un eventuale vincolo di residenza. Eppure, le liste dei partecipanti rivelano ancora una volta un'osmosi costante tra il territorio e l'istituto. Ricorrono nomi noti, spesso appartenenti alle stesse famiglie che da decenni gravitano attorno al manicomio: Giuseppe Marlia, figlio di Vittorio, risulta tra i quaranta infermieri avventizi ammessi nella graduatoria finale; Giuseppe Dalle Piagge, figlio di Egizio e parente dei Marlia, supera il corso teorico ma non viene incluso tra i convocati.[955] Naturalmente le colpe dei padri non ricadono sui figli, e, in assenza di documenti che attestino il contrario, non è possibile dimostrare l'esistenza di favoritismi dietro questi nomi. Tuttavia, il dato resta rilevante: anche negli anni Cinquanta, nelle pratiche di reclutamento, l'istituto non recide il cordone ombelicale con quel blocco sociale e familiare che ha a lungo dominato la vita politica e amministrativa del territorio, e le cui biografie continuano a intrecciarsi con la storia stessa del manicomio. Questa tesi che si apre con uno "scandalo" – l'invito di Tobino a Vittorio Marlia alla marcia del *corpus domini* – si conclude con la dimostrazione che Tobino non compì niente di differente di quanto già non fosse in essere: Marlia non se n'era mai andato, un nome tabù che ancora tutti conoscevano e con il quale tutti ancora convivevano, con tutto quel portato di dolore e di una storia a lungo accennata, nota ai più ma mai approfondita, neppure in occasione di celebrazioni e ricorrenze. Tirare delle conclusioni significa, in realtà, riportare la lente al punto di partenza: sull'insistenza posta nel corso di questa ricerca sul tema della continuità. È la continuità, infatti, la chiave interpretativa dell'intera vicenda, la sua cifra distintiva oltre i singoli nodi storiografici e le specifiche contingenze. La storia di Maggiano mostra come ogni episodio sia sempre il risultato dell'intreccio fra processi di lunga e di breve durata, e come quasi nulla si crei dal nulla: *ex nihilo nihil*. Osservata da vicino – nelle pratiche di internamento e di gestione manicomiale, nelle direttive politiche delle amministrazioni pubbliche, nelle biografie che attraversano più epoche – questa continuità si fa più evidente, più comprensibile, più tangibile. In ogni dimensione analizzata, istituzionale, politica o professionale, si coglie un fondo di non alterazione nella difesa dell'istituzione e del meccanismo manicomiale, anteposta a ogni altra prerogativa. La "rivoluzione" fascista, giunta al potere, trova di fronte a sé un sistema, quello psichiatrico-manicomiale, già consolidato, sul quale

955 AdFMT, *Corso per allievi ed allieve infermieri*, *Elenco degli infermieri da utilizzare per tamponare sostituzioni di personale assente*, 28 dicembre 1954.

si innesta senza introdurre modifiche sostanziali né normative né di vertice. Il regime incontra una disciplina i cui principali esponenti sono già permeati da un nazionalismo esaltato; anche chi non vi aderisce pienamente, poi, di fronte al fascismo si troverà non in grado di organizzare un'opposizione coerente, né di trovare nella categoria le energie necessarie a convincere gli altri, perché il messaggio fascista di ordine e disciplina risponde a un'esigenza che la psichiatria ha già fatta propria negli anni della guerra: rimettere in riga il "materiale umano" per il bene della nazione. Il fascismo, assorbendo energie e competenze da quel personale tecnico, accademico, istruito e borghese, sa costruire un ponte fra psichiatria e regime, e apprende le pratiche di gestione degli strati sociali percepiti come alterità totale. La gestione dei "pericolosi a sé e agli altri" diventa così un laboratorio precoce di sperimentazione di tecniche di governo, destinate a trovare applicazione anche oltre l'ambito strettamente manicomiale, fornendo risposte capaci di incorporare paure collettive, ridefinire norme morali, gestire conflitti familiari, individuare e disciplinare l'infanzia "anormale" e riorganizzare i rapporti di genere. Sebbene il fascismo, attraverso la propria organizzazione politica e le numerose filiazioni istituzionali che ne derivano (dopolavoro, ONMI, ecc.), si presenti come uno strumento di riorganizzazione delle carriere e riesca a catalizzare e consolidare attorno a sé potentati locali, reti claniche e forme di controllo territoriale che, nel caso specifico di Maggiano, finiscono per sovrapporsi alla gerarchia manicomiale, esso non stravolge la fisionomia dell'istituzione: la maggior parte del personale resta infatti al proprio posto. Il regime preferisce evitare licenziamenti, intervenendo piuttosto a monte e impedendo nuove assunzioni. In sostanza, prende in carico una struttura già abituata a ricevere direttive politiche e continua a gestirla secondo gli indirizzi "terapeutici" e amministrativi che arrivano da figure come Cristiani, un dirigente "residuo" dell'epoca liberale: segno ulteriore di una persistenza che attraversa, pressoché intatta, i mutamenti di regime. Il fascismo garantisce e preserva la continuità come pratica politica di fondo, accontentando i medici da un lato – arrivando perfino a premiare un vecchio socialista, mai tesserato al PNF, come Vedrani, con la nomina a vicedirettore – e, dall'altro, mantenendo intatte le prerogative del sindacato corporativista degli infermieri, cercando di garantirne, al netto degli scossoni, i privilegi già acquisiti. Solo la guerra, e l'irruzione della violenza che accompagna la guerra civile, rompe questa linea "indolore" di continuità. La morte violenta del direttore rappresenta uno squarcio nel velo: porta alla luce le tensioni profonde tra un potere abituato a gestire con la violenza il dissenso – un potere che è arrivato al comando spaccando teste, ammazzando, purgando, stuprando e sparando – e quelle realtà che aveva fino ad allora tollerato o blandito, mantenendo verso di esse una postura accorta e istituzionale. Nel momento in cui si sente braccato, protetto solo dalle armi tedesche e privo di futuro, quel potere si abbandona alla propria stessa logica distruttiva, divorando la struttura che fino a poco tempo prima gli aveva garantito consenso e legittimità. Persino figure come Guglielmo Lippi Francesconi, che avevano contribuito a consolidare il potere del fascio nei gangli amministrativi del

sistema manicomiale, restano attonite di fronte alla furia che si scatena: un potere che, nel collasso, rivela la propria natura più autentica. Passato questo momento di disvelamento, tuttavia, si richiude presto la fase della messa in discussione degli equilibri di potere. Terminata la guerra, l'Italia attraversa l'ennesimo passaggio di regime – dal fascismo al governo di transizione antifascista, e poi alla democrazia repubblicana – senza intaccare in modo sostanziale la struttura di potere e le pratiche ereditate. Dopo un primo, effimero tentativo di epurazione, riemergono le stesse linee di fondo: biografie e carriere che si ricollocano, poteri che si adattano, continuità che si perpetuano in nome della "ragion di Stato". È la logica dell'accomodamento, della conservazione dell'esistente, anche a costo di tacere sulle complicità, sulle adesioni, sulle convinzioni diffuse che avevano sostenuto vent'anni di regime. Così, ancora una volta, la continuità prevale: il manicomio resta sostanzialmente intoccato, dagli inizi dell'Ottocento fino a metà anni Cinquanta ed inizio anni Sessanta, quando l'introduzione degli psicofarmaci e della socioterapia comincia lentamente a incrinare un equilibrio antico. Fino ad allora, l'istituzione conserva la propria fisionomia: un'organizzazione interna centrata sul lavoro coatto e sulle cure somatiche, una macchina che perpetua sé stessa, indifferente ai mutamenti di regime. Il fascismo, insomma, rappresenta un'accelerazione degli internamenti manicomiali: affida agli istituti psichiatrici la gestione di oltre novantamila uomini e donne in un Paese attraversato da profonde ingiustizie e da conflittualità sociali che il regime tenta di occultare. Intensifica il ricorso agli internamenti di emergenza, criminalizza la malattia mentale imponendo l'iscrizione degli internati nel casellario giudiziale e trasformando così lo stigma sociale in marchio penale. Irrigidisce le norme della morale pubblica, rendendole sempre più escludenti nei confronti dei soggetti ritenuti "anormali", e segna una netta svolta misogina e antifemminile nelle politiche sociali e sanitarie, con un aggravamento evidente nelle pratiche di giustizia di genere e nei casi di donne internate. E tuttavia, il fascismo – nonostante la propria retorica palingenetica – non inventa nulla di tutto ciò. Gestisce, in senso autoritario e con aspirazione totalitaria, modelli istituzionali e culturali già consolidati nel periodo precedente, rafforzandone la rigidità e la funzione disciplinare. Negli ospedali psichiatrici italiani, questa eredità rimane intatta fino alla fine degli anni Settanta, quando la legge Basaglia tenta, per la prima volta, di spezzarne davvero la logica.

La tesi indaga in modo approfondito soltanto alcuni anni della storia del manicomio di Maggiano: quelli del fascismo, della guerra e dell'immediato dopoguerra. Tuttavia, le prospettive di ricerca su Maggiano restano ancora numerose. Del resto, quello di Maggiano è uno studio tuttora aperto. Come accennato in introduzione, la recente messa a disposizione, da parte dell'Archivio di Stato, del fondo dell'ex ospedale psichiatrico apre a un ventaglio pressoché infinito di possibilità per proseguire l'indagine sull'istituto lucchese. Le direzioni di approfondimento sono molteplici: i rapporti inter–istituzionali tra Maggiano e gli altri manicomi, lo sviluppo dell'istituto nell'Ottocento, l'incidenza dei processi di unificazione nazionale sugli internamenti e sulla loro tipologia, l'uso

politico del manicomio come strumento antisindacale e antianarchico rivolto contro i cavatori durante gli anni della convenzione tra Massa-Carrara e Lucca. Si aprono, inoltre, prospettive di ricerca culturale e sociale: i documenti disponibili consentono di ipotizzare studi sulla storia delle migrazioni e dei rimpatri per "alienazione mentale", sui legami tra Maggiano e la rete di gestione dell'emigrazione lucchese verso il Nuovo Continente, sulle biografie di coloro che partirono e tornarono, sui loro progetti e sulle dure condizioni di vita che incontrarono. Un ulteriore campo di indagine riguarda il rapporto tra il manicomio e i gruppi resistenti e antifascisti durante la guerra; e ancora: l'attività delle commissioni di epurazione, il dibattito interno che ne seguì, gli effetti sulla stampa e le relazioni tra medici, sindacalisti e personale infermieristico. Sono nodi che questa tesi ha solo sfiorato, ma che meritano un'attenzione specifica. Molto rimane dunque da esplorare e da approfondire. Di Maggiano, in realtà, si sa ancora poco. Questa ricerca ha tentato di colmare il vuoto per un periodo limitato – i vent'anni del fascismo – ma per farlo ha dovuto ricostruire retrospettivamente oltre un secolo di storia, dal 1806 al 1920, al fine di individuare quelle linee di continuità e quelle pratiche istituzionali che durante il regime si strutturano e diventano parte integrante del sistema. L'obiettivo, in prospettiva, è che questo lavoro rappresenti un tassello utile alla ricostruzione complessiva della storia di un'istituzione centrale per il territorio lucchese, collocata allo snodo di tre fasi – liberale, fascista e democratica – e che possa costituire una base solida da cui proseguire l'indagine, tanto verso il passato quanto verso le trasformazioni successive.

Corredo iconografico

1. Statistiche manicomiali

1.1: Statistiche generali:

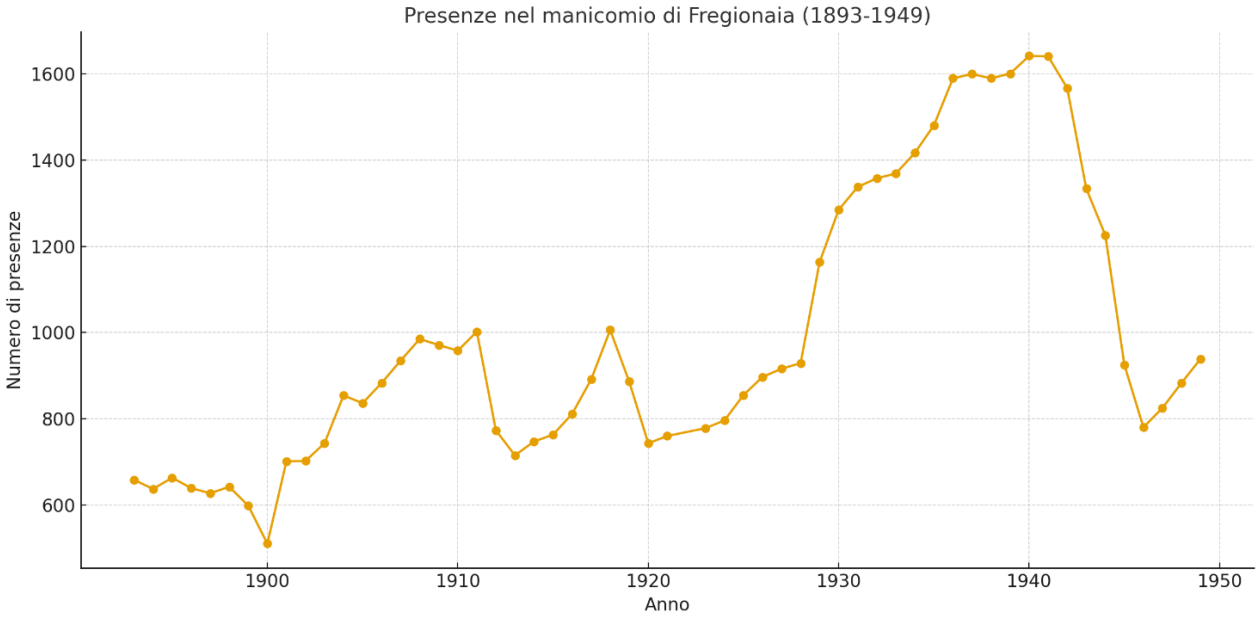


Fig. 1 – Grafico delle presenze totali all'interno dell'istituto dal 1893 al 1949

Anno	Presenza
1893	658
1894	637
1895	663
1896	639
1897	627
1898	642
1899	598
1900	510
1901	701
1902	702
1903	743
1904	854
1905	836
1906	883
1907	935
1908	985
1909	971
1910	958
1911	1002
1912	773
1913	715
1914	747
1915	763
1916	811
1917	891
1918	1006
1919	886
1920	743
1921	760
1923	778
1924	796
1925	855
1926	897
1927	916
1928	929
1929	1164
1930	1285
1931	1338
1932	1358
1933	1369
1934	1417
1935	1481
1936	1590
1937	1600
1938	1590
1939	1601
1940	1642
1941	1641
1942	1567
1943	1334
1944	1226
1945	925
1946	780
1947	825
1948	883
1949	939

Fig. 2 – Tabella generale completa delle presenze degli internati, anno per anno, dal 1893 al 1949

1.2 Analisi di dettaglio su due snodi cronologici (1928-1933 e 1944-1947)

La finestra 1928–1933 è caratterizzata da un forte aumento degli ingressi. In questi anni l'istituto supera stabilmente la soglia simbolica delle mille presenze annue. È in questo arco cronologico che si colloca la convenzione tra la Provincia di Lucca e quella di Pistoia.

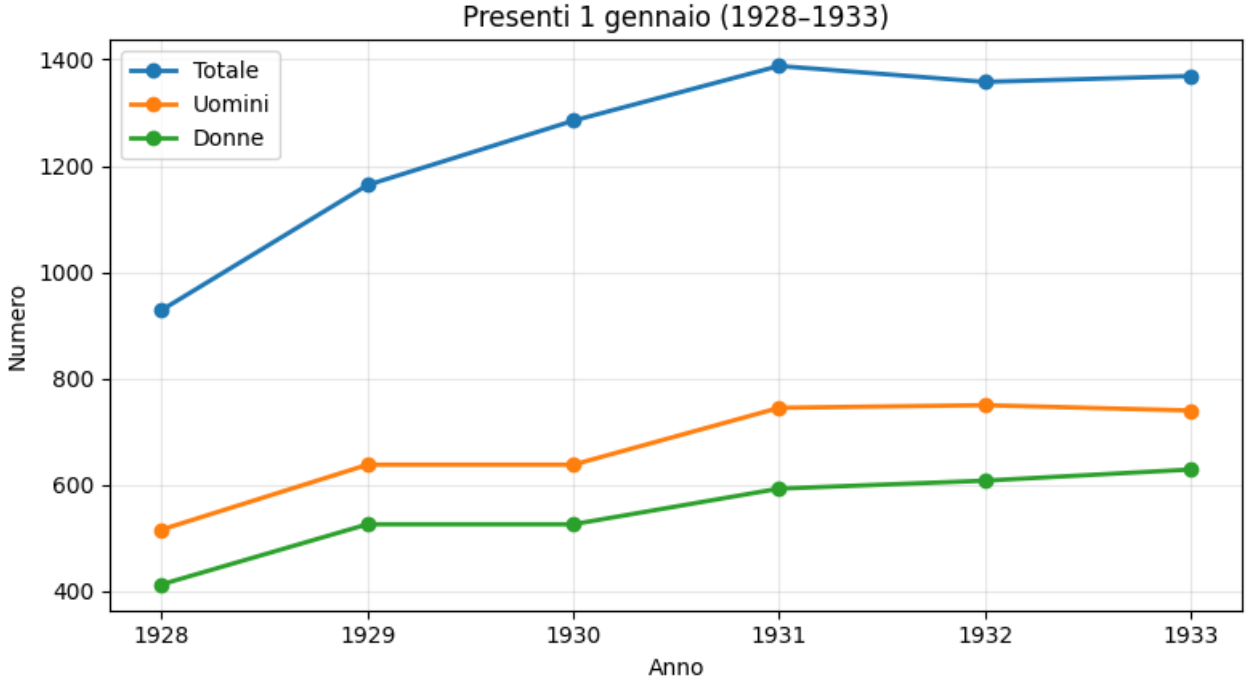


Fig. 3 – Presenti al 1° gennaio di ogni anno (1928–1933).

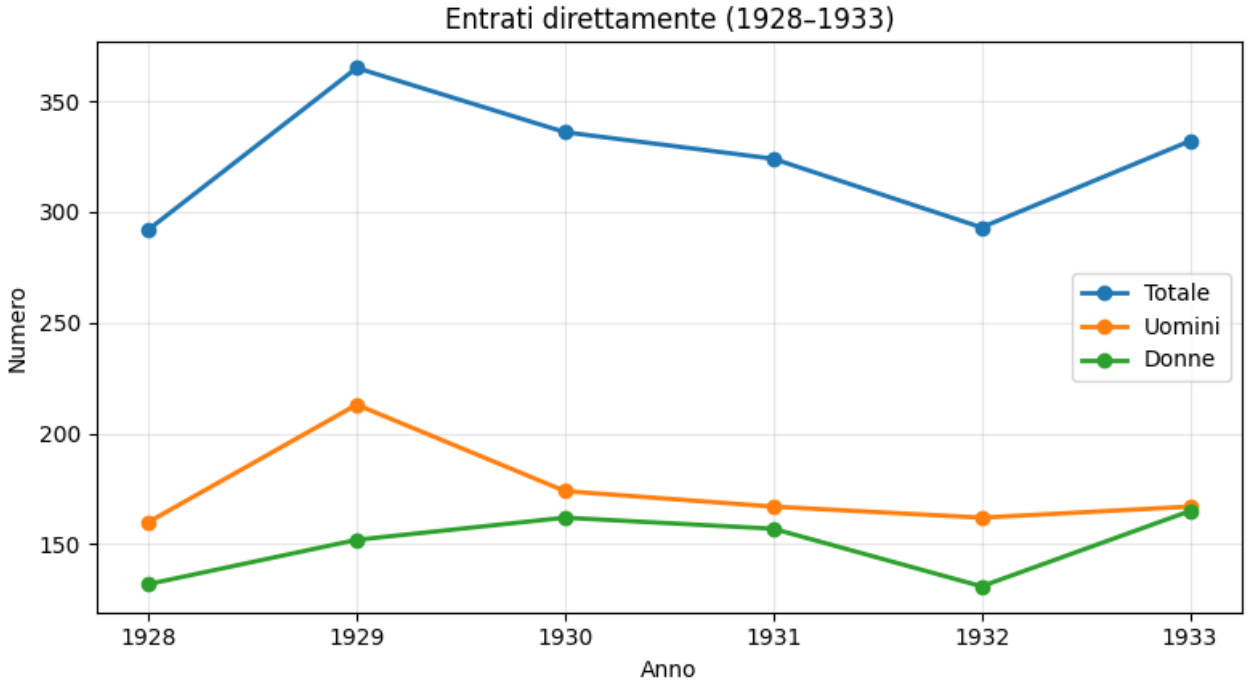


Fig. 4 – Entrati direttamente (1928–1933).

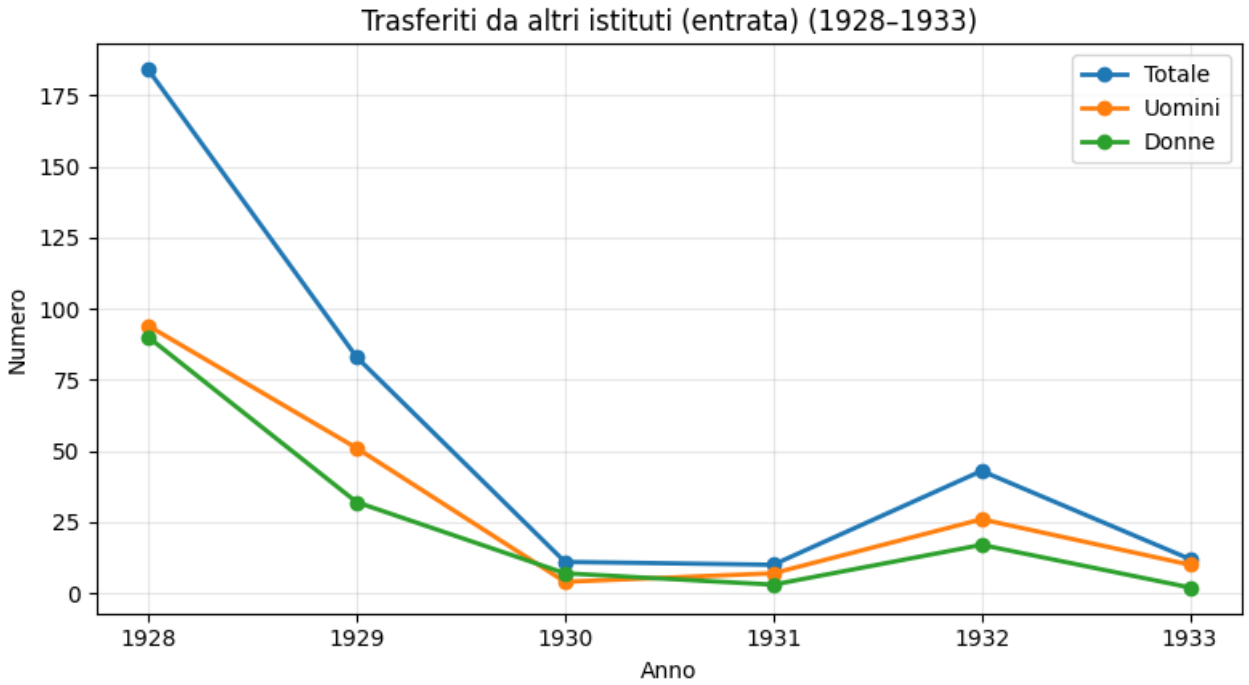


Fig. 5 – Trasferiti da altri istituti (entrata) (1928–1933).

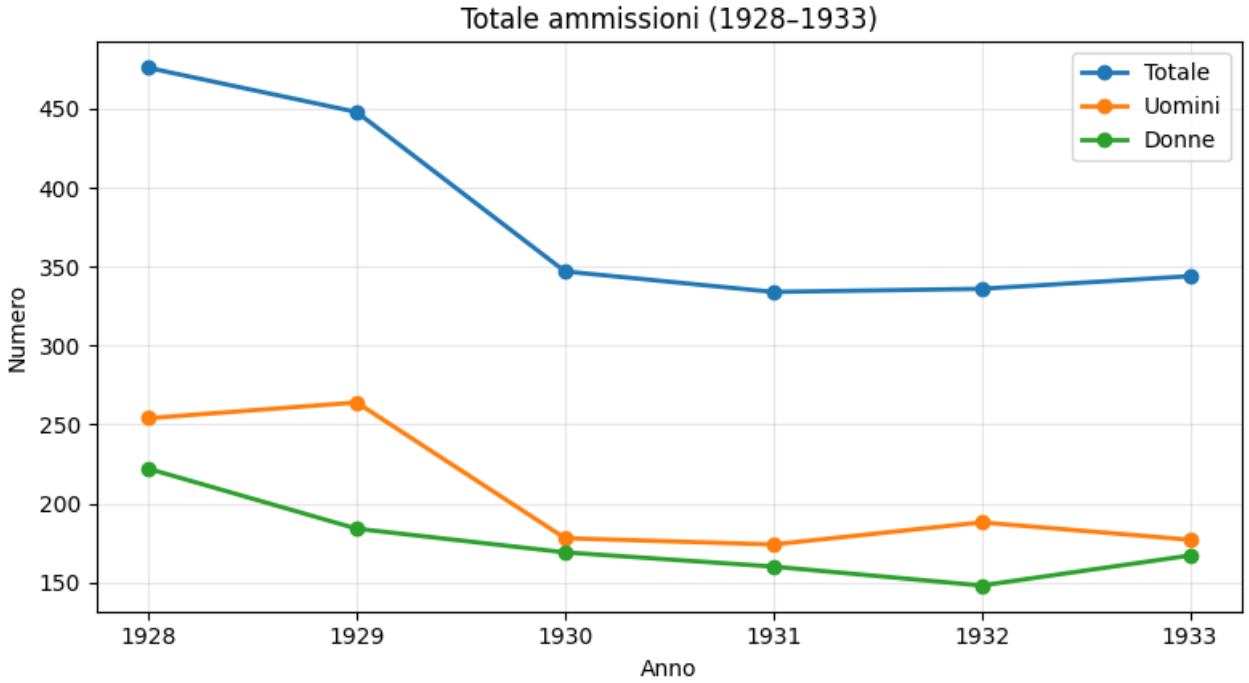


Fig. 6 – Totale ammissioni (1928–1933).

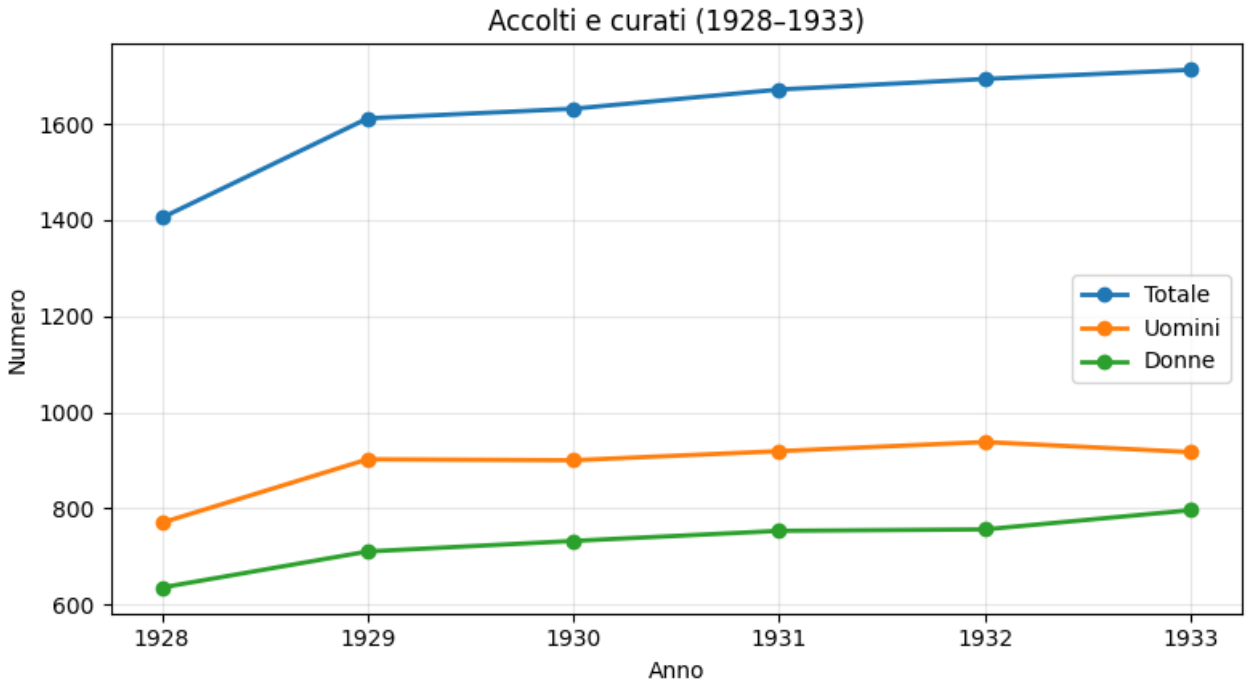


Fig. 7 – Accolti e curati, ovvero il totale di presenti e internati al netto di dimessi e trasferiti (1928-1933).

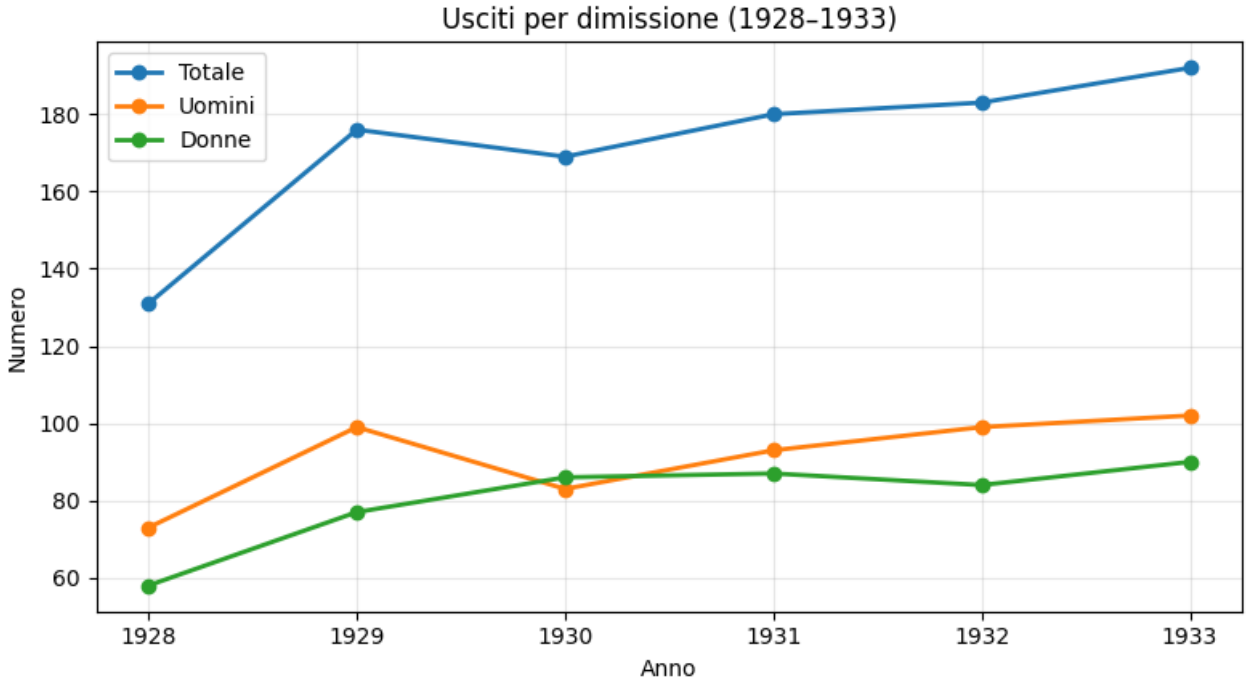


Fig. 8 – Usciti per dimissione (1928–1933)

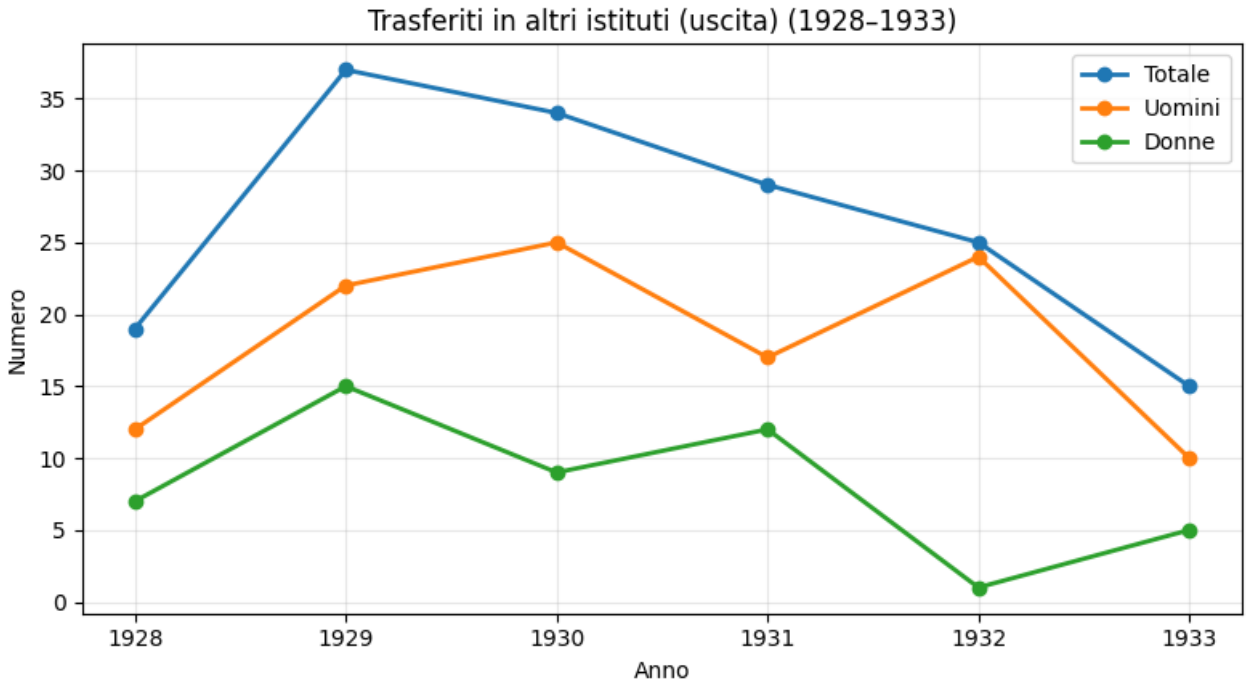


Fig. 9 – Trasferiti in altri istituti (uscita) (1928–1933).

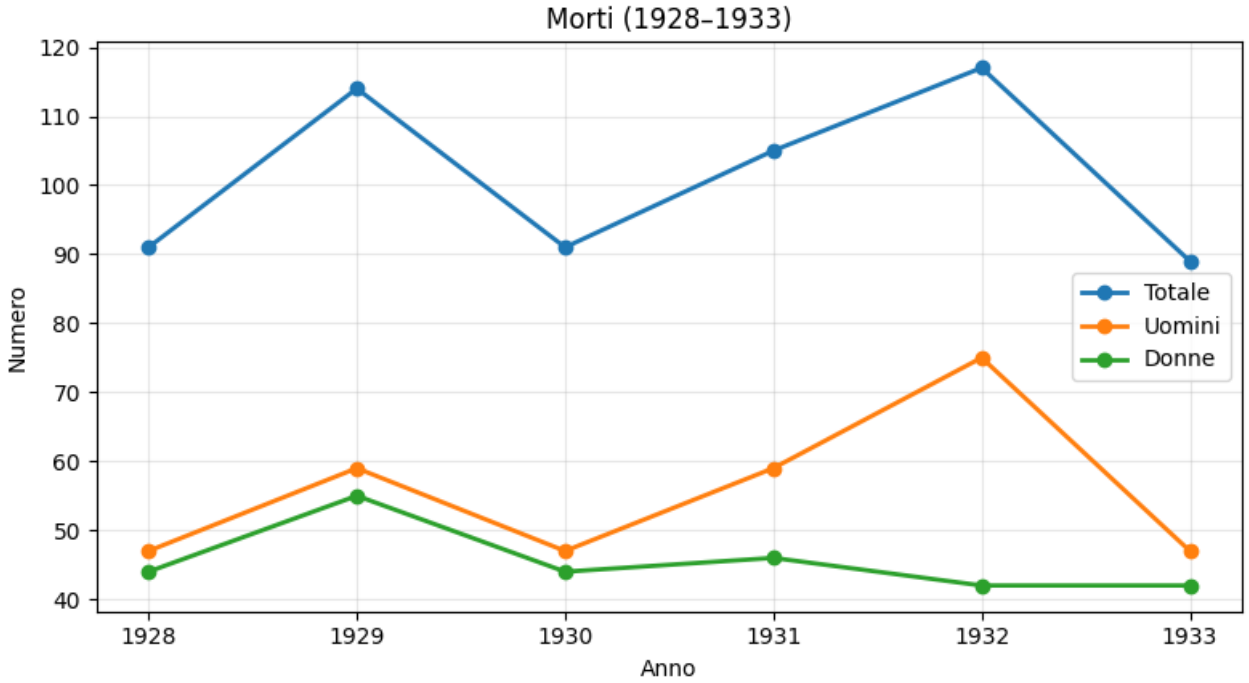


Fig. 10 – Morti totali (1928–1933).

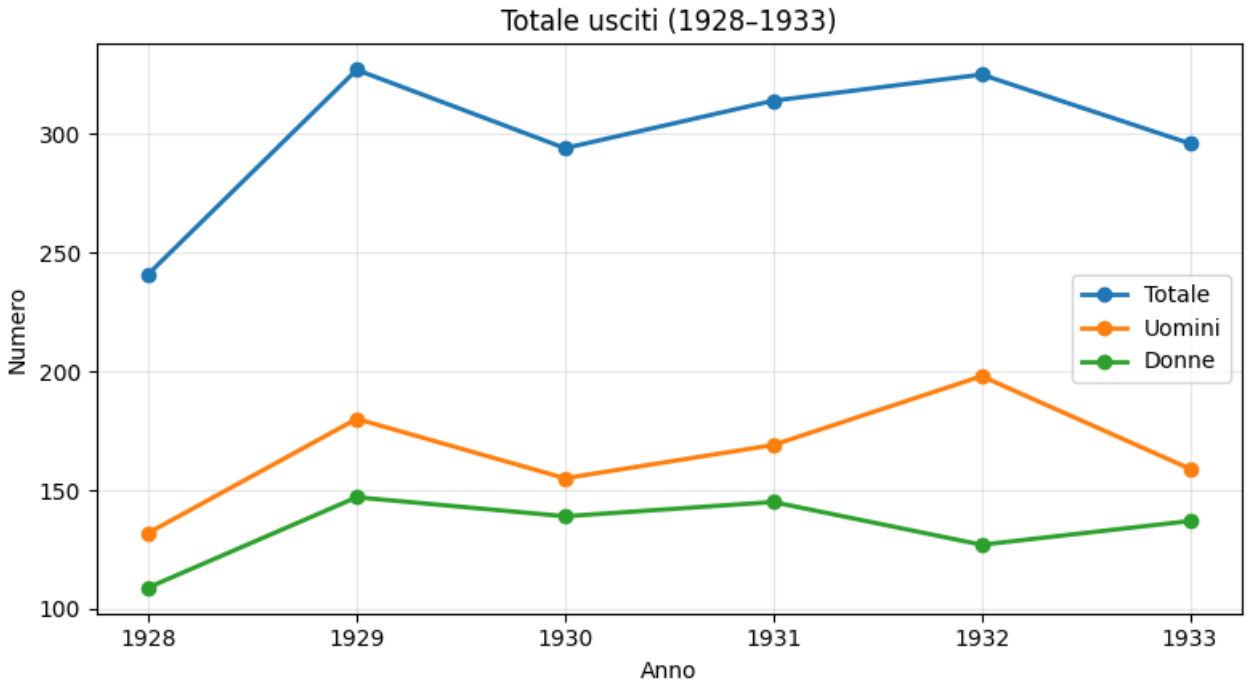


Fig. 11 – Totale usciti (1928–1933).

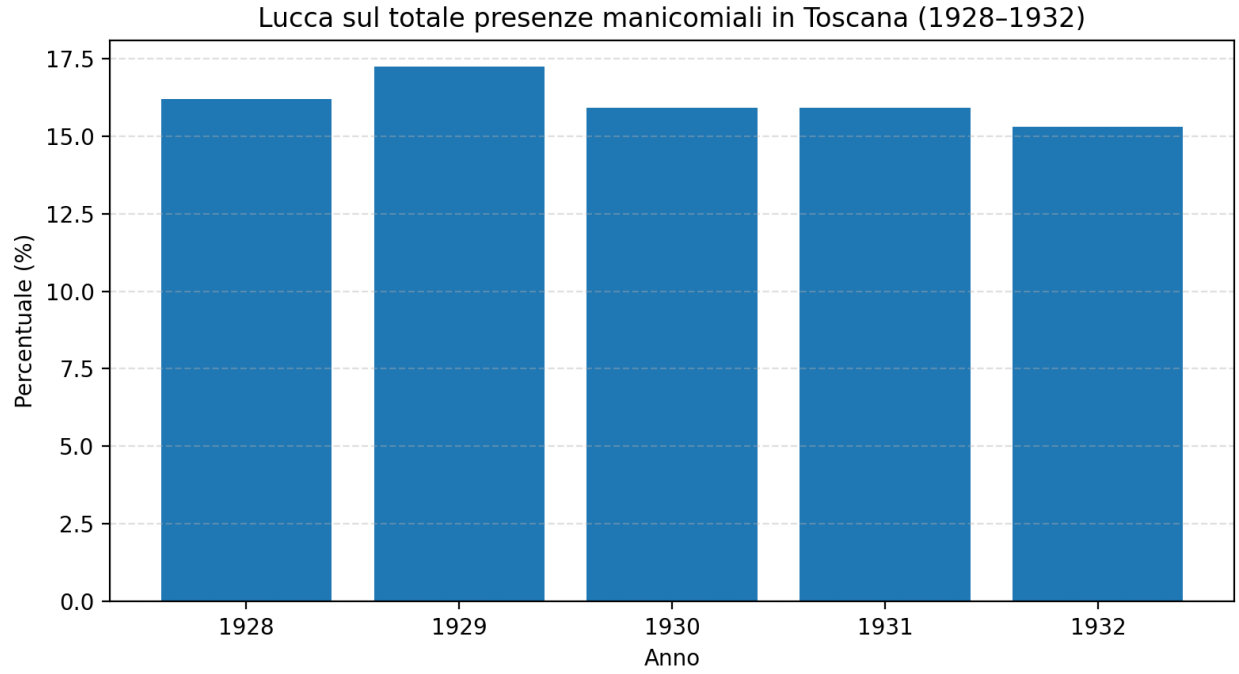


Fig – 12 percentuale dei presenti nell'istituto di Lucca sul totale delle presenze in Toscana (1928-1932)

Il periodo 1944–1947 è caratterizzato da due fattori specifici, entrambi riconducibili agli strascichi del conflitto. Il primo è la sostanziale chiusura dell'istituto sul solo territorio, con la fine (o quasi) dei trasferimenti da altri istituti. Il secondo è la progressiva "femminilizzazione" della popolazione manicomiale: per la prima volta le donne superano gli uomini nel totale delle presenze, complice l'aumento delle dimissioni maschili e, al contempo, l'incremento delle ammissioni femminili.

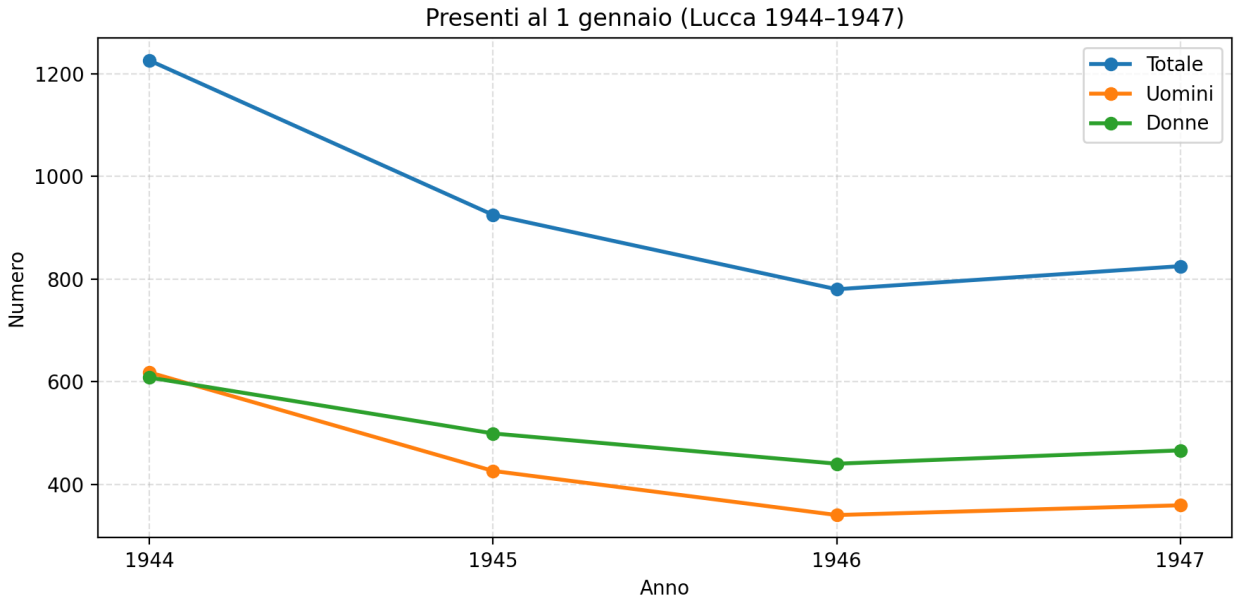


Fig. 13 - Presenti al 1° gennaio di ogni anno (1944-1947)

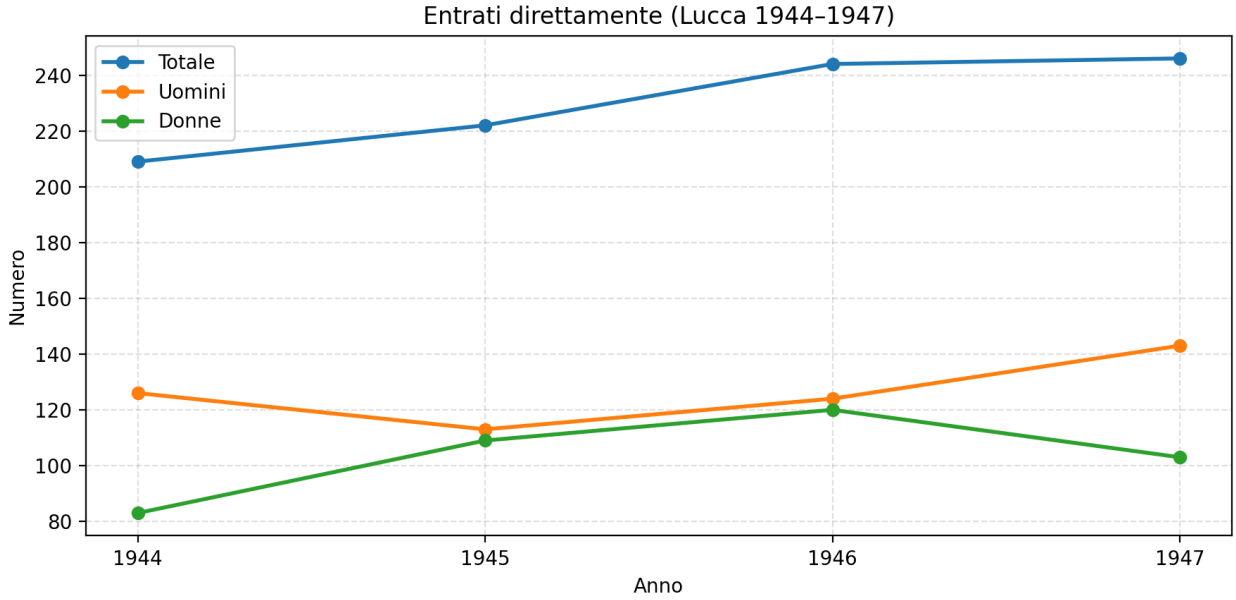


Fig. 14 – Entrati direttamente (1944-1947)

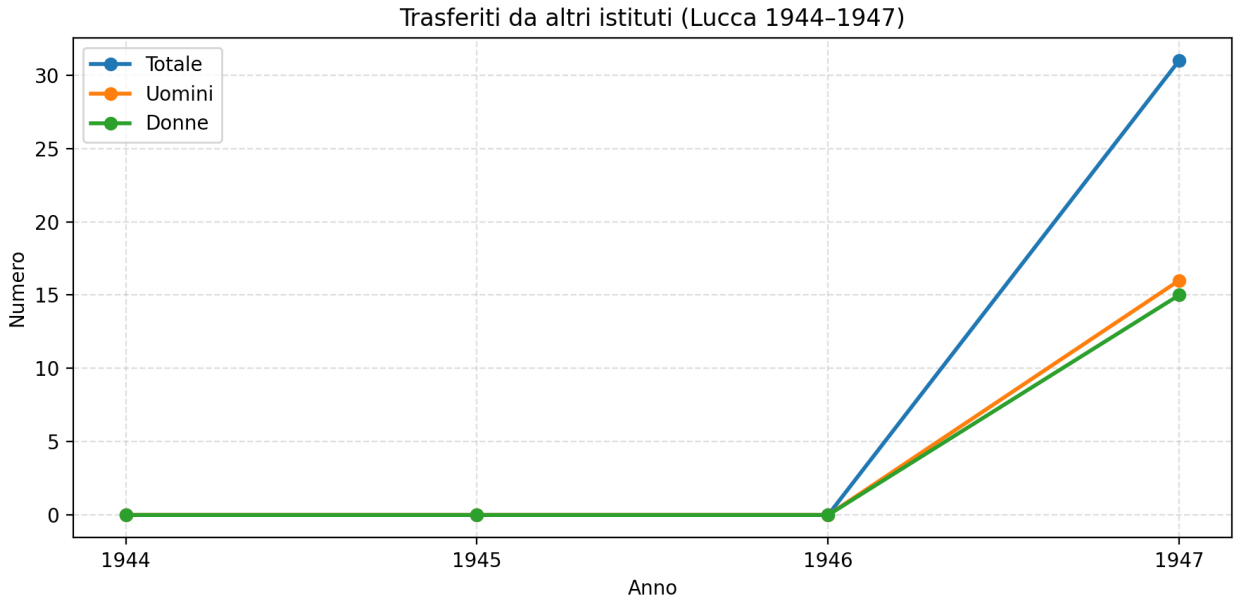


Fig. 15 – Trasferiti da altri istituti (1944-1947)

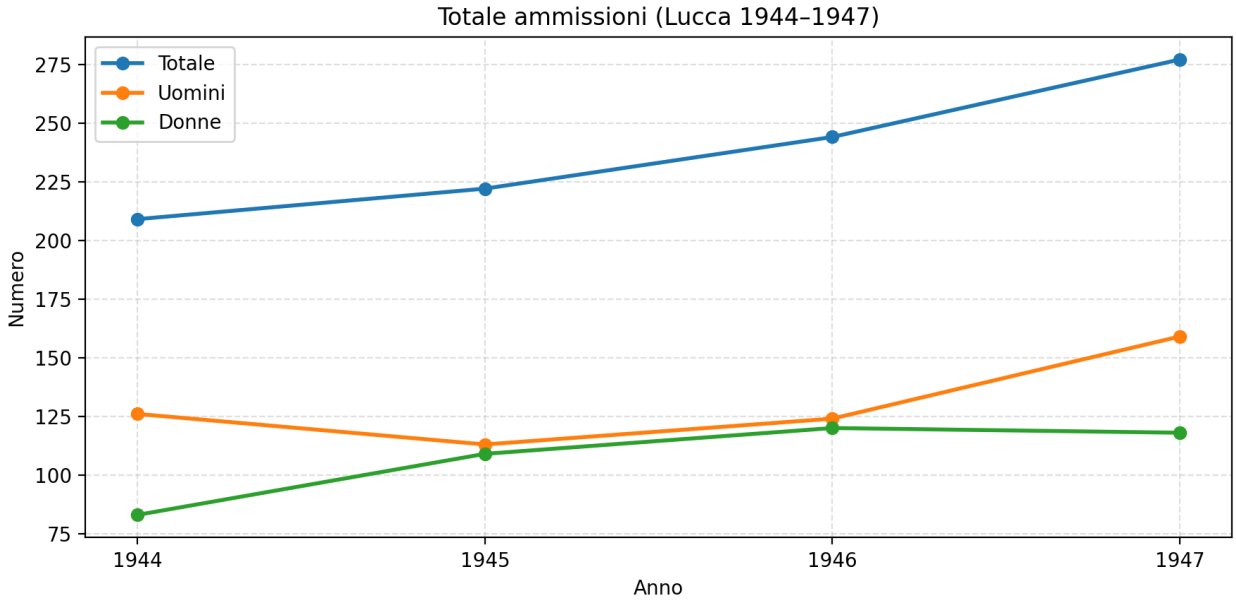


Fig. 16 - Totale ammissioni (1944-1947)

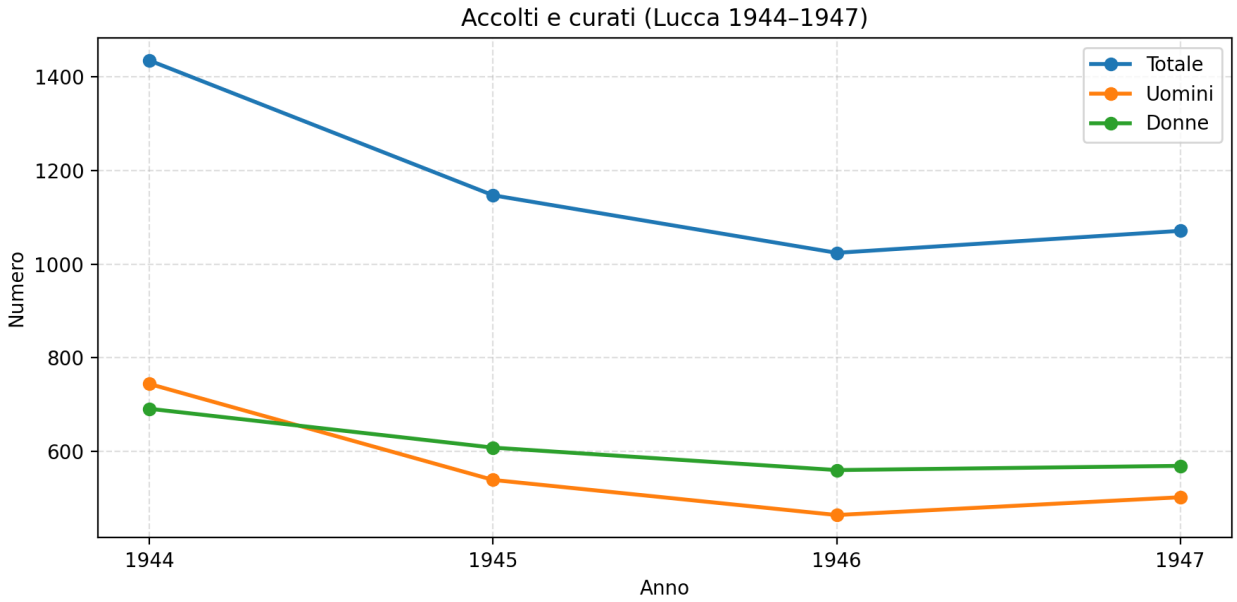


Fig17 - Accolti e curati, ovvero il totale di presenti e internati al netto di dimessi e trasferiti (1944-1947)

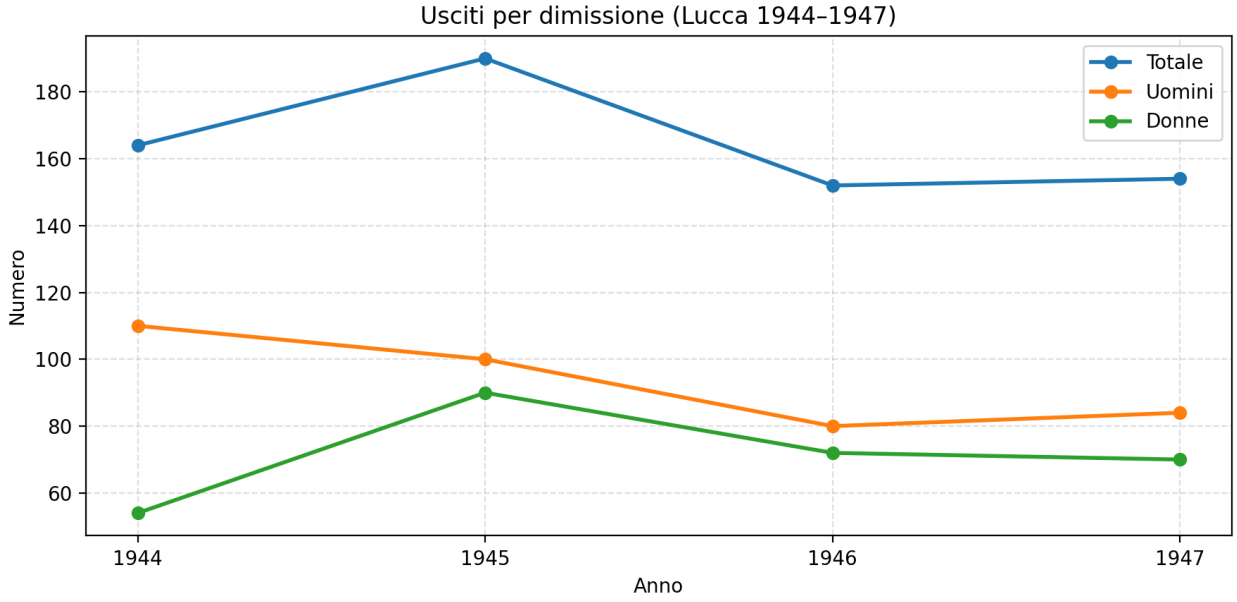


Fig. 18 – Usciti per dimissione (1944-1947)

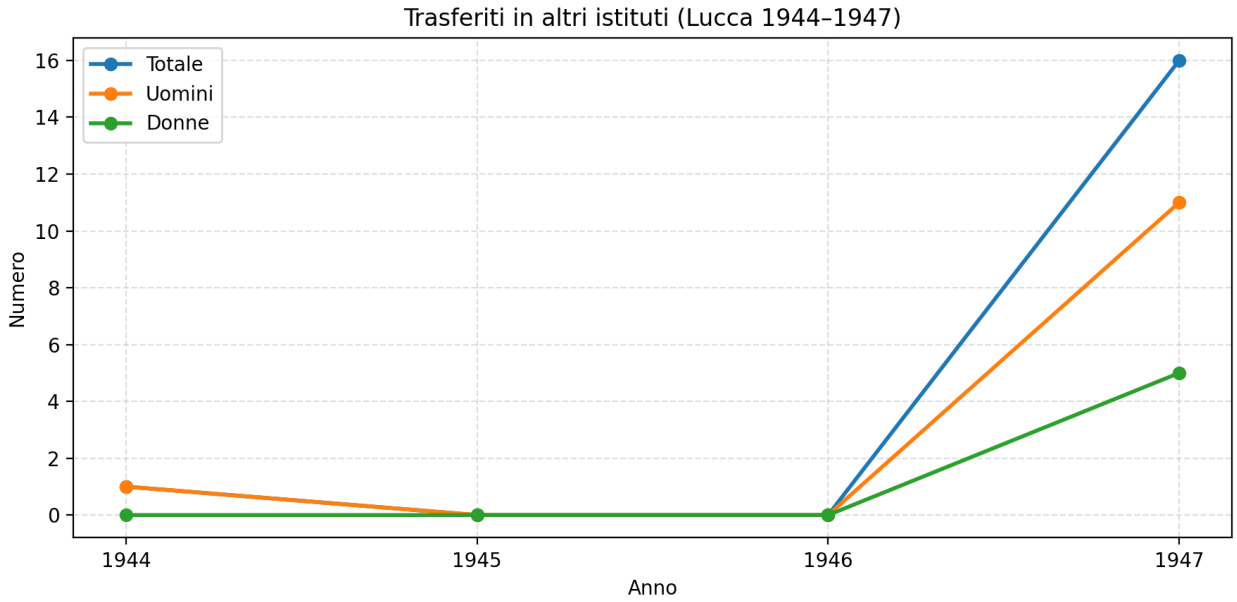


Fig.19 – Trasferiti in altri istituti (1944-1947)

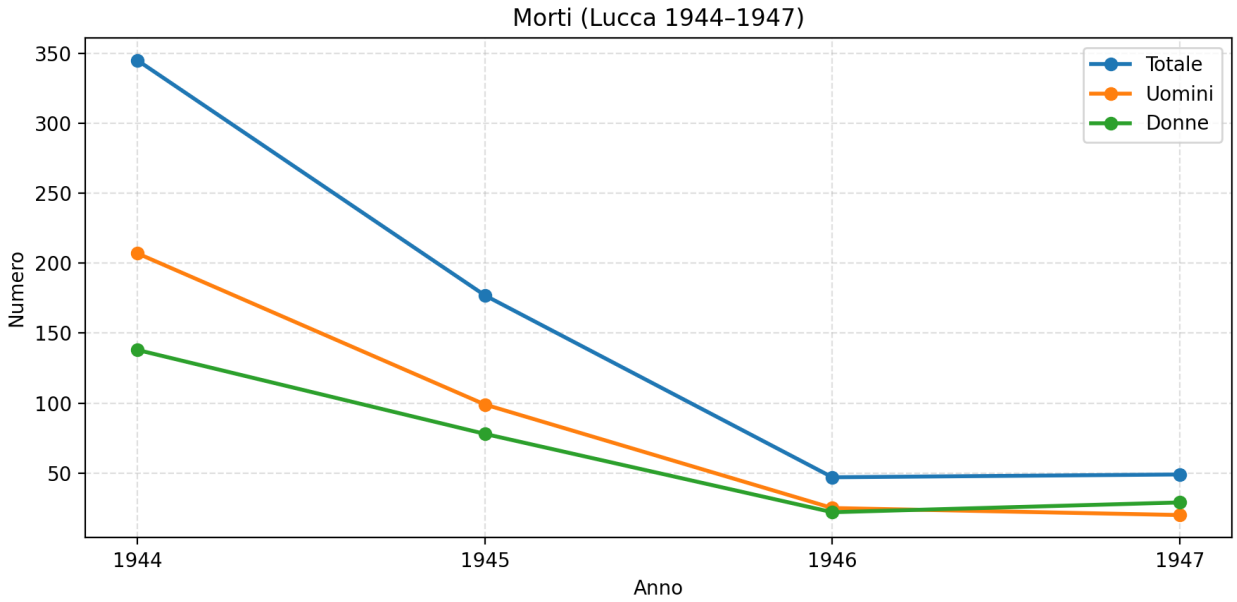


Fig. 20 – Morti totali (1944-1947)

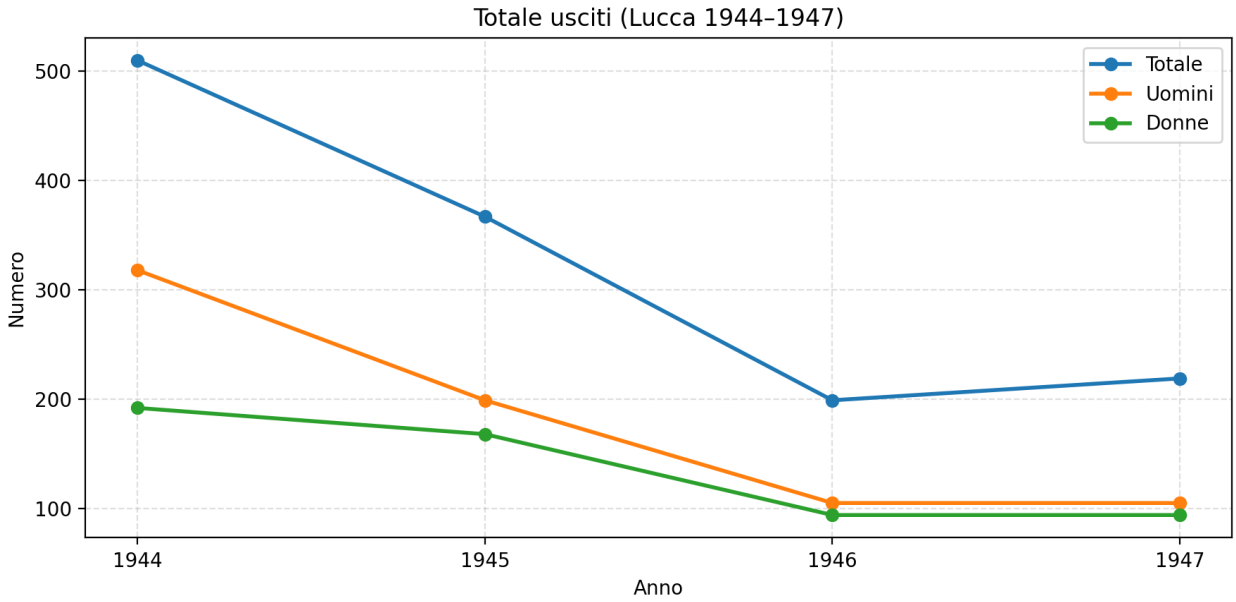


Fig. 21 – Totale usciti (1944-1947)

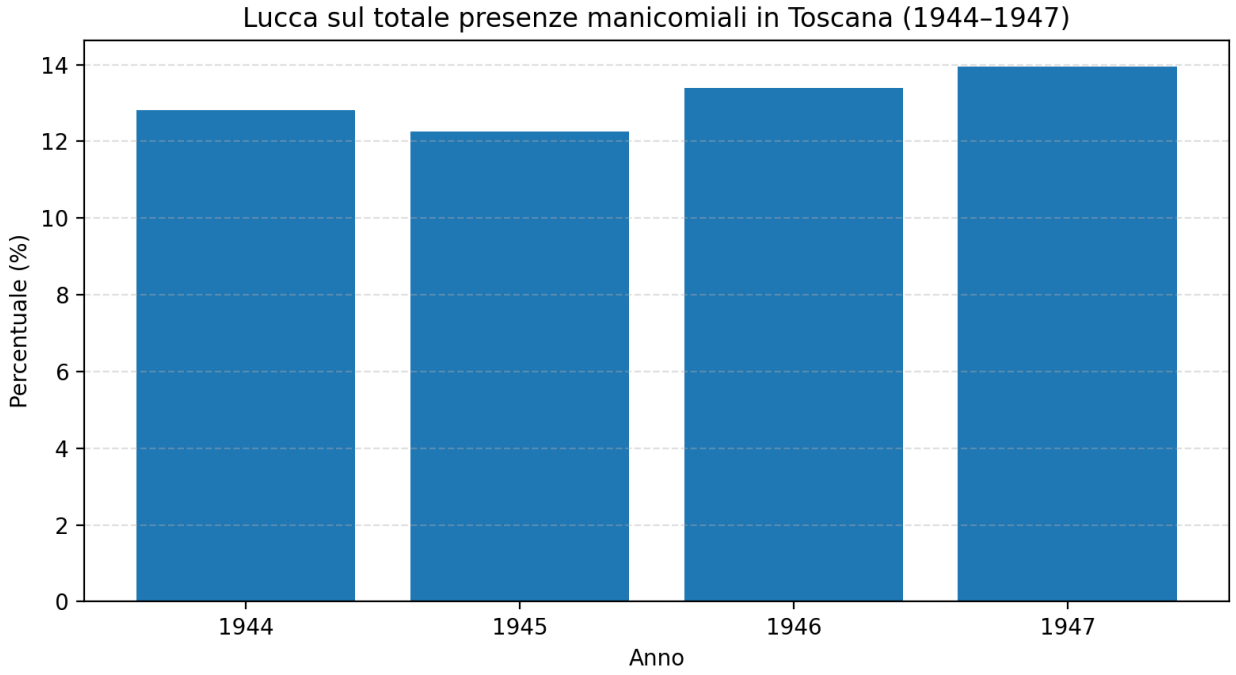


Fig. 22 – percentuale dei presenti nell'istituto di Lucca sul totale delle presenze in Toscana (1944-1947).

2.- L'istituto psichiatrico provinciale di Maggiano (1930-1941)

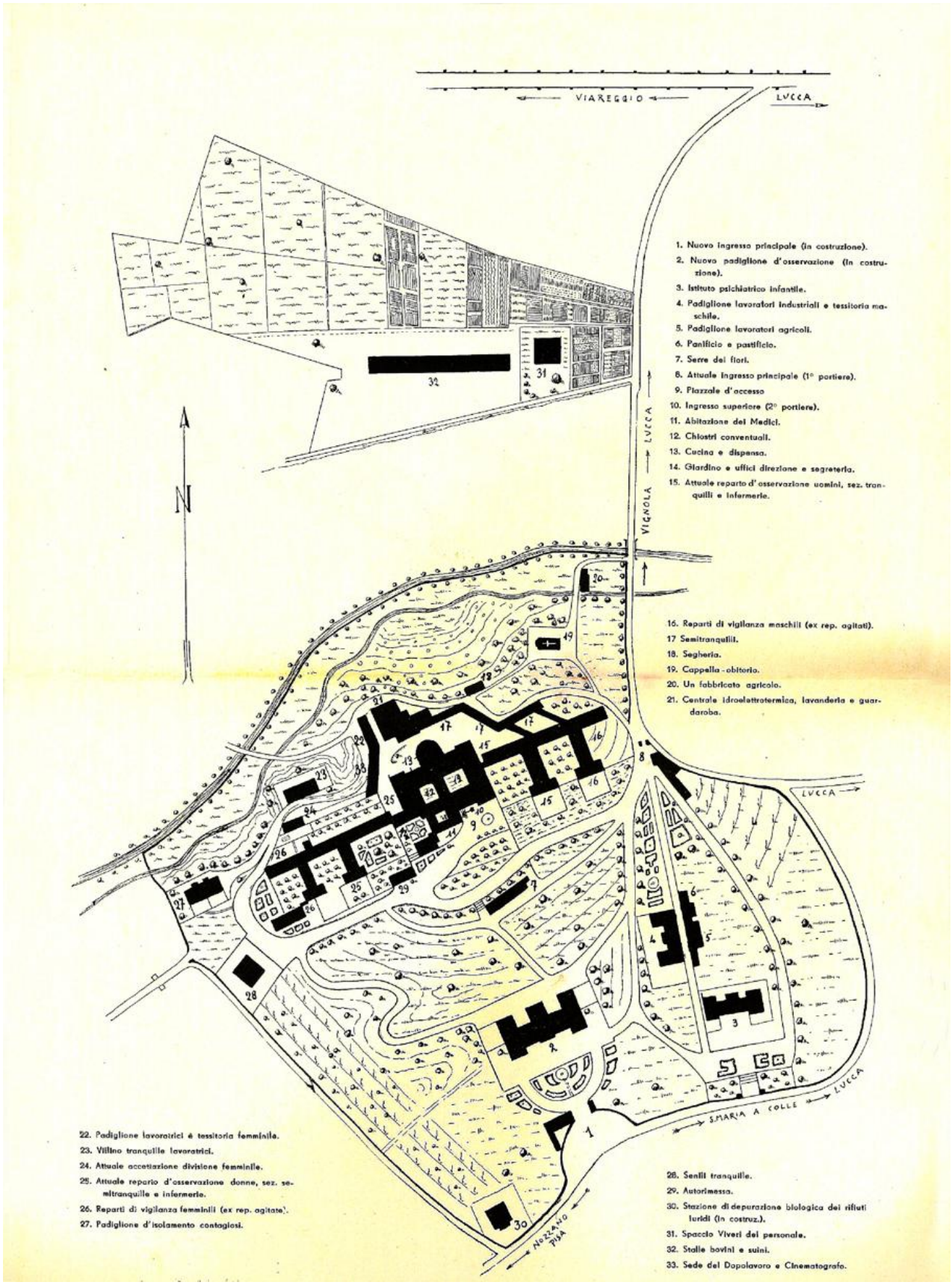


Fig. 23 – Carta topografica generale dell'istituto psichiatrico provinciale di Lucca (da: G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca nell'ultimo sessennio (1936-1941)*, in Rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, Napoli, 1942).



Fig. 24 – Istituto psichiatrico infantile. (da: G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca nell'ultimo sessennio (1936-1941)*, in Rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, Napoli, 1942)



Fig. 25 – Vista sulla colonia agricola (da: G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca nell'ultimo sessennio (1936-1941)*, in Rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, Napoli, 1942)

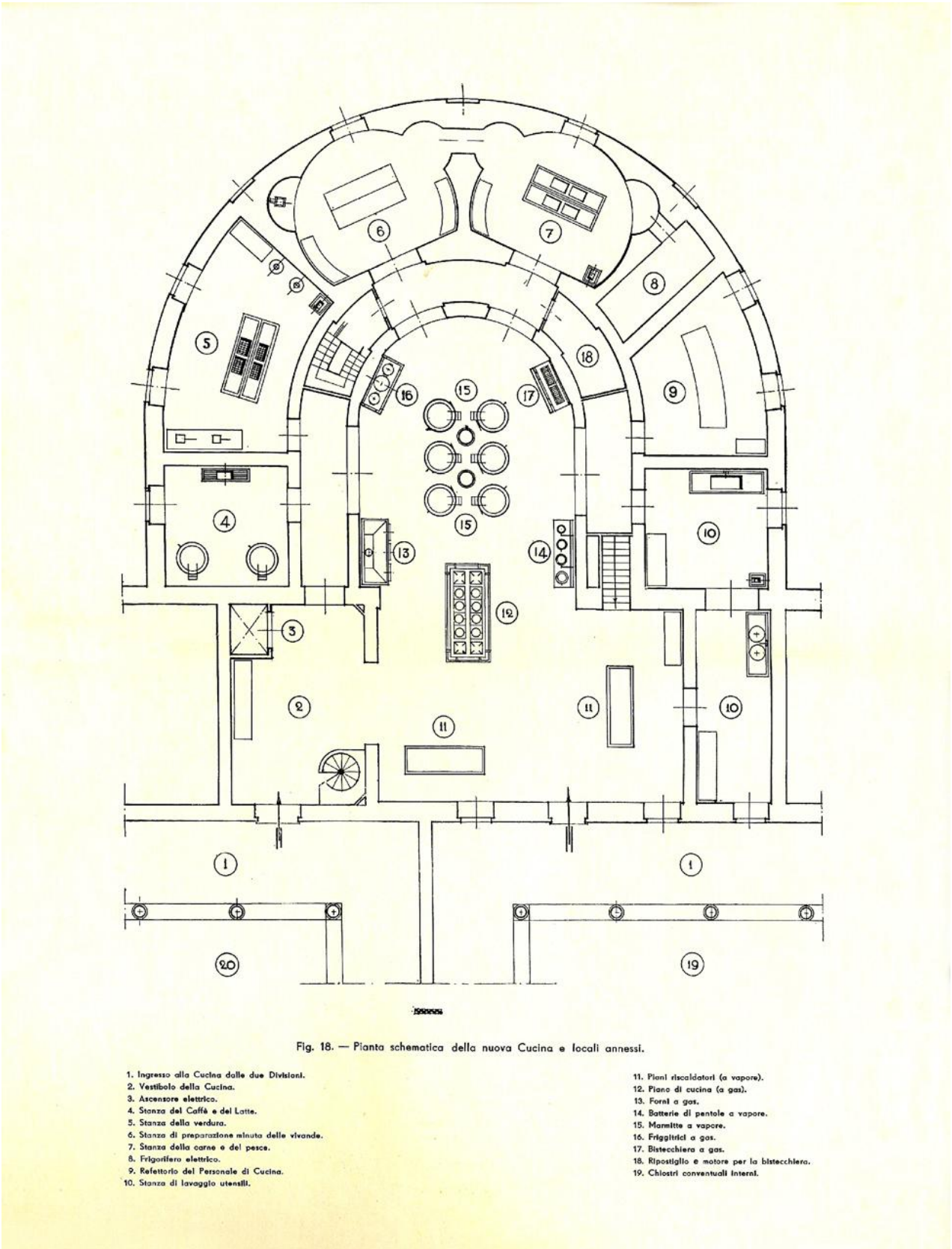


Fig. 18. — Pianta schematica della nuova Cucina e locali annessi.

1. Ingresso alla Cucina dalle due Divisioni.
2. Vestibolo della Cucina.
3. Ascensore elettrico.
4. Stanza del Caffè e del Latte.
5. Stanza della verdura.
6. Stanza di preparazione minuta delle vivande.
7. Stanza della carne e del pesce.
8. Frigorifero elettrico.
9. Refettorio del Personale di Cucina.
10. Stanza di lavaggio utensili.
11. Piani riscaldatori (a vapore).
12. Piano di cucina (a gas).
13. Forni a gas.
14. Batterie di pentole a vapore.
15. Marmitte a vapore.
16. Friggitrici a gas.
17. Bistecchiera a gas.
18. Ripostiglio e motore per la bistecchiera.
19. Chiostri conventuali interni.

Fig. 26 – Progetto di nuova cucina voluta dal direttore Lippi Francesconi (da: G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca nell'ultimo sessennio (1936-1941)*, in Rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, Napoli, 1942).



Fig. 27 - Officina falegnami (da: G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca nell'ultimo sessennio (1936-1941)*, in Rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, Napoli, 1942)

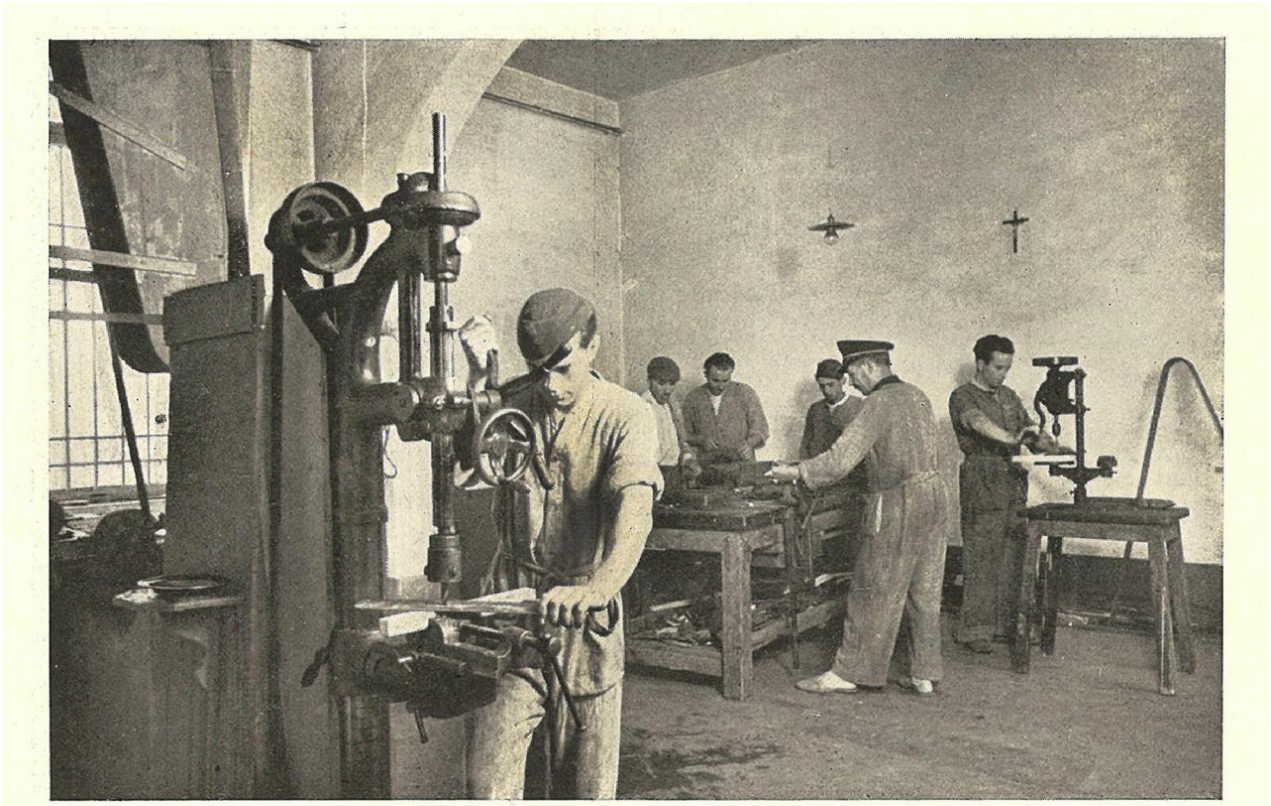


Fig.28 – Officina fabbri e ferrai (da: G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca nell'ultimo sessennio (1936-1941)*, in Rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, Napoli, 1942). L'officina fabbri e ferrai (poi *officina fabbro-meccanica*) e la falegnameria sono il nerbo del lavoro "industriale" maschile in istituto.

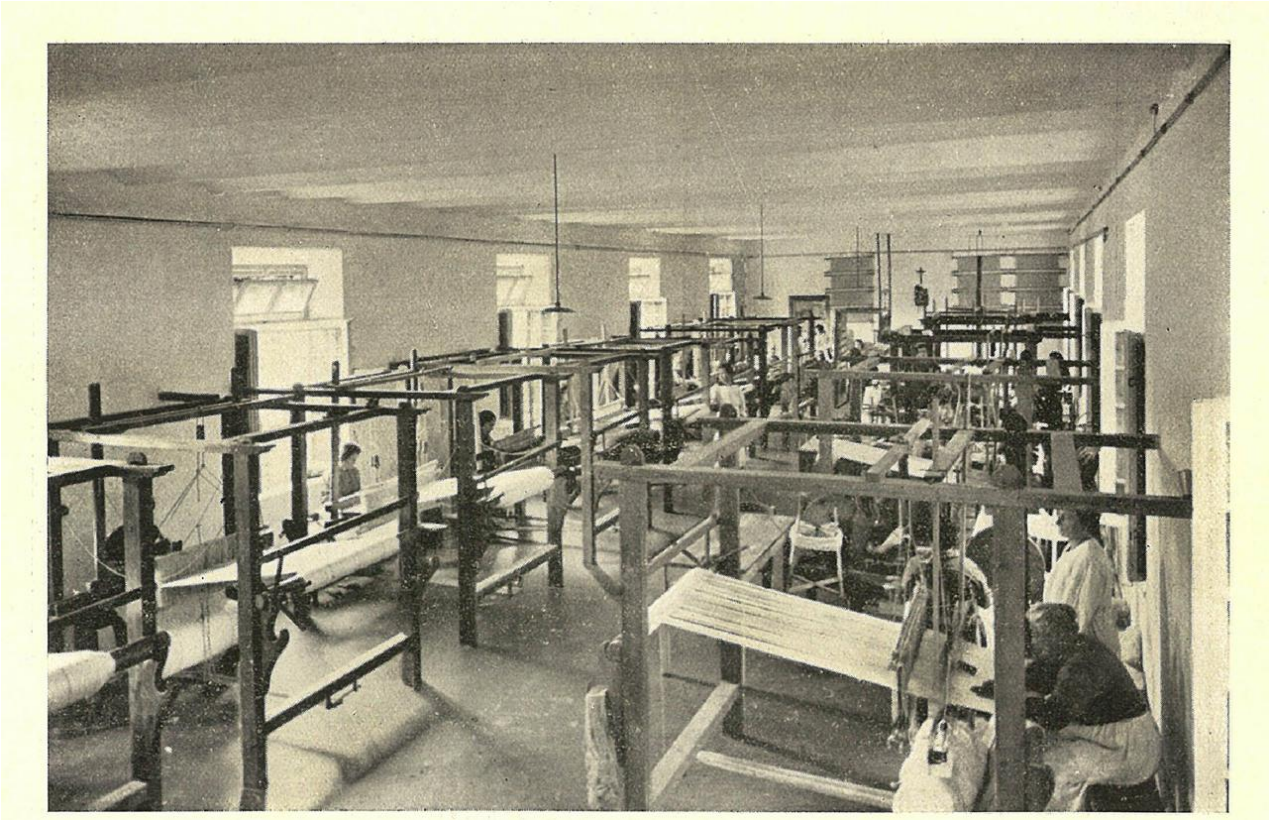


Fig.29 – La tessitoria con i telai industriali, perno del lavoro femminile in istituto (da: G. L. Francesconi, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca nell'ultimo sessennio (1936-1941)*, in Rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, Napoli, 1942)

3. Vita nelle camerate, la collezione *Fidia Palla*

Non esistono – o perlomeno, allo stato attuale della ricerca, non sono ancora emersi – documenti fotografici in grado di restituire, senza retorica, la vita interna del manicomio, non abbiamo immagini delle camerate, dei padiglioni che testimonino la materialità quotidiana e il vissuto dell'internamento. Le poche fotografie reperibili sono piuttosto immagini "a favore di obiettivo", ossia pezzi di reportage prodotti per documentare e celebrare le "conquiste" dell'amministrazione provinciale e del governo fascista. Come di sopra, vengono diffuse le foto delle "nuove" officine, delle "nuove" cucine, delle "nuove" stalle, degli interventi di riorganizzazione e ammodernamento dell'istituto. Tuttavia, a colmare parzialmente questa assenza interviene un fondo di disegni – più bozzetti che opere compiute, realizzati a penna, matita e lapis su stralci di cartelle cliniche o quaderni contabili non finiti – prodotti dall'artista Fidia Palla. La raccolta - di proprietà della famiglia ma oggi conservata e in parte esposta presso il Museo G. B. Giordano della Fondazione Mario Tobino - costituisce una fonte preziosa per accedere visivamente all'interno dell'istituto. Palla ritrae, infatti, le camerate affollate di ricoverati, alcuni momenti di quotidianità e ozio, i pasti in comune nella mensa. I soggetti si muovono all'interno dell'istituto e ciò è verificabile dalla presenza di alcuni dettagli architettonici della struttura di Fregionaia che diventano elementi ricorrenti nei disegni: le colonne e gli archi dei cortili interni della divisione maschile, il campanile della chiesa e l'arredamento delle camerate e del refettorio (tavoli,

letti in ferro, finestre). I suoi disegni rappresentano, dunque, l'unico sguardo sincero che abbiamo attualmente della vita in manicomio, anche in ragione del fatto che l'autore trascorre circa vent'anni della sua vita all'interno dell'istituto. Vale la pena, dunque, restituire la biografia dell'artista attraverso quel che emerge dalle carte dell'internamento. Fidia Palla nasce a Pietrasanta il 22 ottobre 1894, in una famiglia di marmisti. Il padre Ferdinando, fondatore dell'azienda Ferdinando Palla (1868), aveva trasformato il laboratorio in uno dei principali centri di lavorazione del marmo della città, attivo anche sul mercato americano. Cresciuto in questo ambiente, Fidia si forma all'«Istituto d'Arte Stagio Stagi», ottenendo i primi riconoscimenti. Nel 1914 viene arruolato e mandato in trincea nel genio telegrafisti; dell'esperienza della guerra restano una dodicina di disegni a matita, che testimoniano l'impatto emotivo del conflitto. Nel 1919 sposa Sandrina Pesetti e negli anni successivi nascono tre figli. Nel 1921 partecipa al Concorso per il Monumento ai Caduti di Viareggio, arrivando tra i primi dieci con il bozzetto *La Luce*. Gli anni successivi sono segnati da profondi attriti con il padre – forse di natura artistica, forse personale (sulla vita dell'artista prima del ricovero cfr. G. Talini, *Una storia vera. Disegni e lettere di Fidia Palla (1894-1944)*, Bandecchi, Pontedera, 2015). Entrato in profonda collisione con la famiglia, il 16 agosto 1924 Fidia viene internato all'Ospedale Psichiatrico di Maggiano, inviato «dal pretore di Pietrasanta» con diagnosi di «sindrome paranoide» (ASLu, *Cartelle cliniche*, fald. 334, c. 206), sulla base di un attestato di notorietà sottoscritto dai familiari e dalla moglie. All'ingresso è registrato come «scultore, coniugato con Pesetti Alessandrina, figlio di Ferdinando e Ida Corsetti». Le annotazioni cliniche dei primi giorni restituiscono tuttavia la voce di una persona pienamente "orientata", che non mostra segni evidenti di psicosi. Il 16 agosto 1924 il medico annota: «Calmo, completamente orientato nel tempo, luogo e persone; risponde a tutte le nostre domande». Interrogato sulle ragioni dell'internamento, Palla afferma: «Hanno voluto levarmi da casa con una scusa qualunque. Mio padre mi ha ostacolato in tutto […] Sono un temperamento religioso. Ho sempre cercato ispirazioni artistiche a base religiosa». Denuncia, inoltre, di essere stato oggetto di «sevizie», avvelenamenti e, in un'occasione, anche vittima di una puntura ricevuta «nella testa dopo averlo addormentato». I suoi ragionamenti, osserva il medico, si chiudono spesso in «recriminazioni verso il padre», vissuto come persecutore. Il 19 agosto 1924 dichiara: «Da piccolo mi rinchiuse in cantina cingendomi il capo con una fascia di ferro […] Non sono matto. Sono perseguitato dai parenti. Voglio cambiare domicilio e andare lontano». Il 28 settembre 1924 insiste: «Tenermi qui è un abuso. Non ho fatto male a nessuno. Ormai tutti sanno chi è la causa di questo tranello». Racconta anche un episodio avvenuto anni prima a Roma: «Presi di mira una bella Signora in teatro; seppi poi che era l'amante del Duca d'Aosta. Da quel giorno non ho avuto più pace: prese a perseguitarmi senza tregua». Il racconto induce progressivamente il medico a sospettare la presenza di una psicosi paranoide; al contempo, l'episodio di una relazione extraconiugale dell'artista risulta confermato anche dalla famiglia. È proprio a partire da questo episodio, secondo i racconti familiari

e in particolare della moglie, che Fidia inizia ad assumere comportamenti sempre più ostili e tesi, talvolta violenti, diretti verso i propri cari, mostrando una crescente insofferenza per l'ambiente domestico. Dopo il mese di osservazione, il ricovero viene convalidato e Palla rimane in istituto. Il 25 gennaio 1925 avvia uno sciopero della fame che si concluderà poco tempo dopo. Nel maggio 1934 si tappa le orecchie con del cotone «per non sentire», manifestando una sempre più marcata diffidenza verso l'ambiente manicomiale. Tuttavia, il 17 agosto 1941 il medico annota: «Non presentando segni di pericolosità, si propone per la dimissione». La dimissione non avverrà mai. A Maggiano Palla rimane fino all'ultimo giorno: muore nello stesso ospedale il 7 ottobre 1944, alle 6:30, per «deperimento organico».



Fig. 30 – scorcio dal cortile interno della divisione maschile, si può osservare al centro il campanile della chiesa dell'istituto.



Fig.31 – Refettorio.

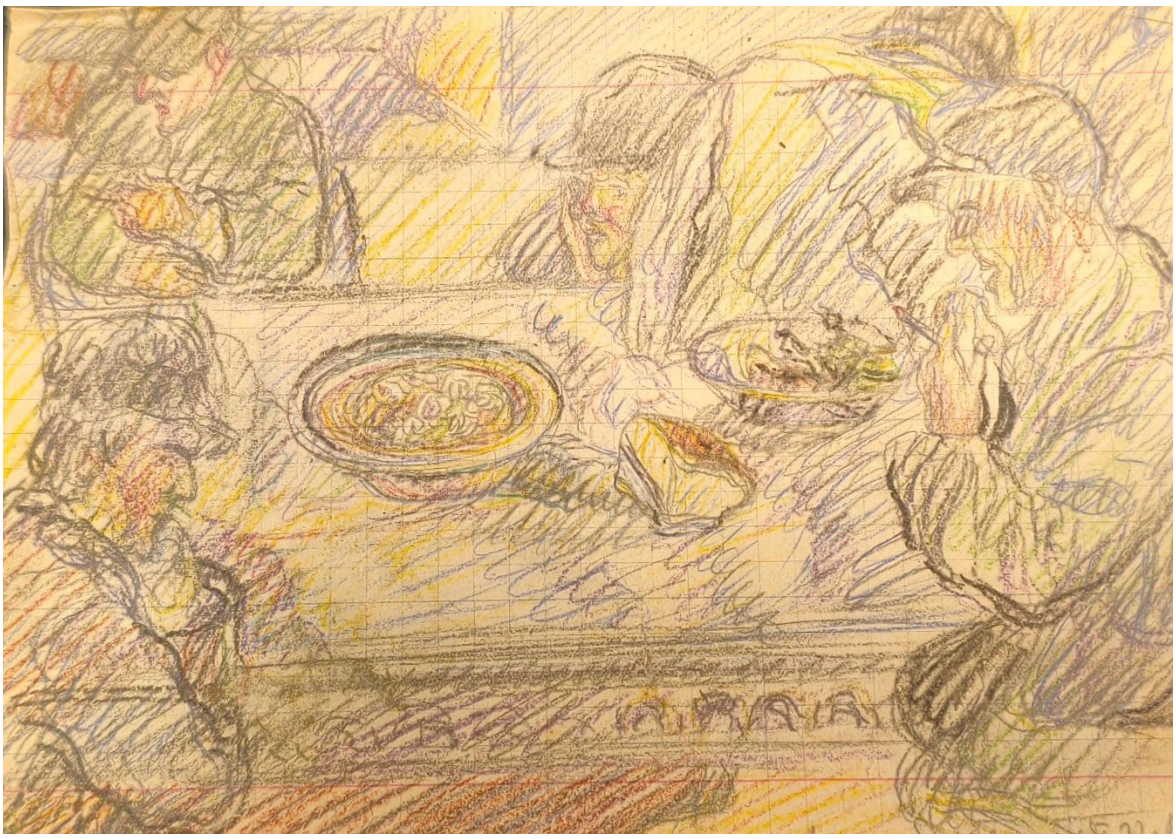


Fig. 32 – Mensa.



Fig. 33 – scorcio del cortile interno della divisione maschile.

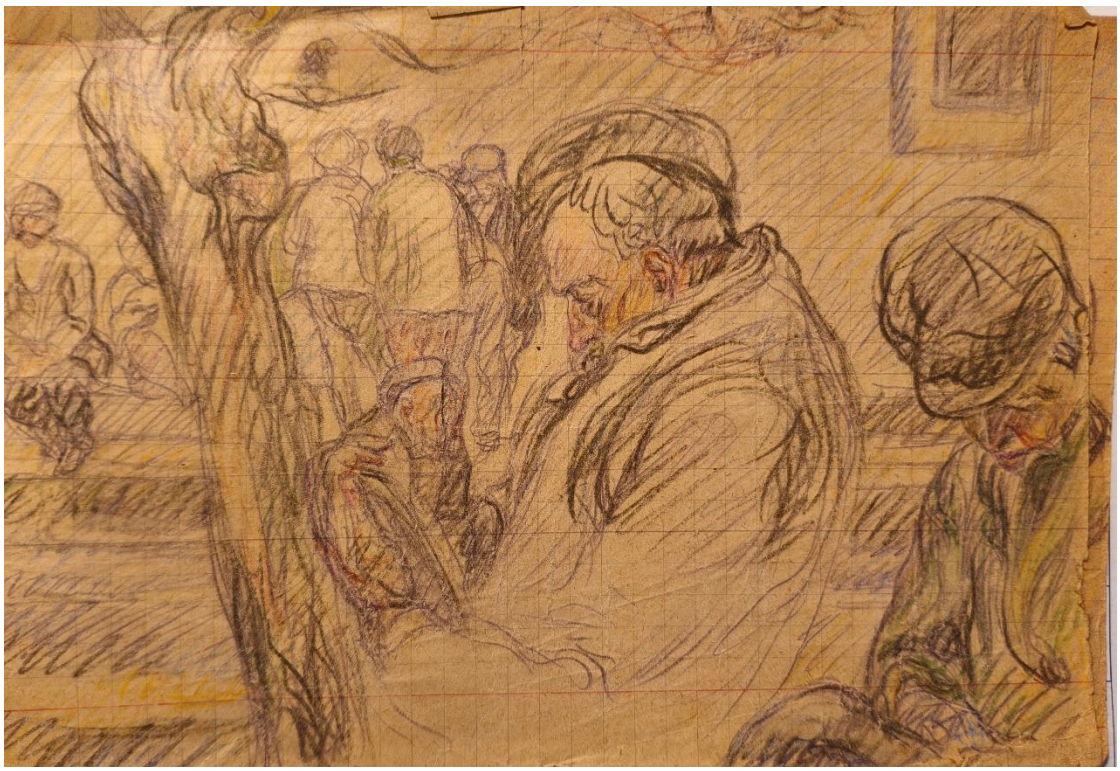


Fig. 34 – scorcio del cortile interno della divisione maschile.



Fig. 35 - Refettorio.

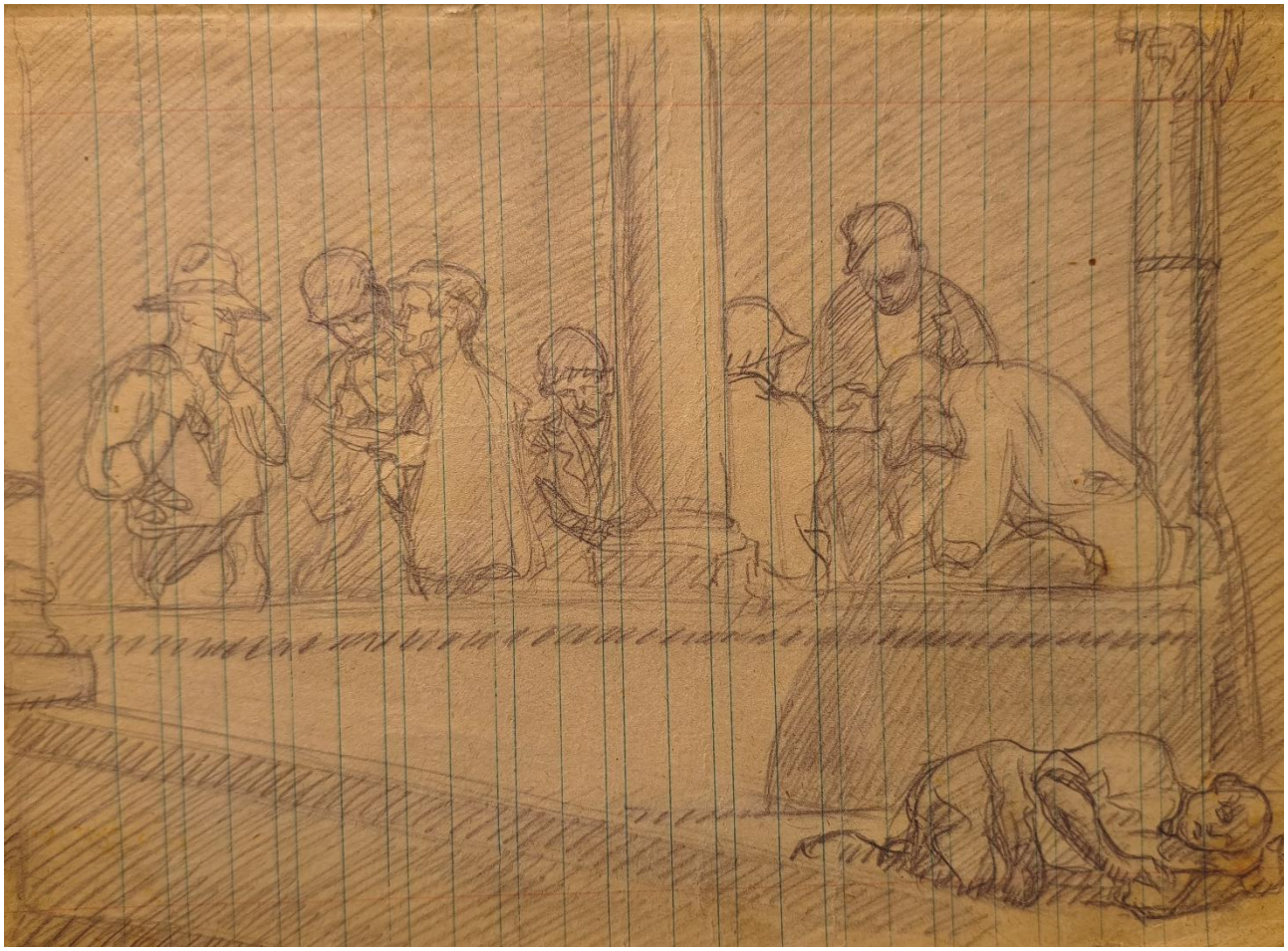


Fig. 36 - scorcio del cortile interno della divisione maschile.

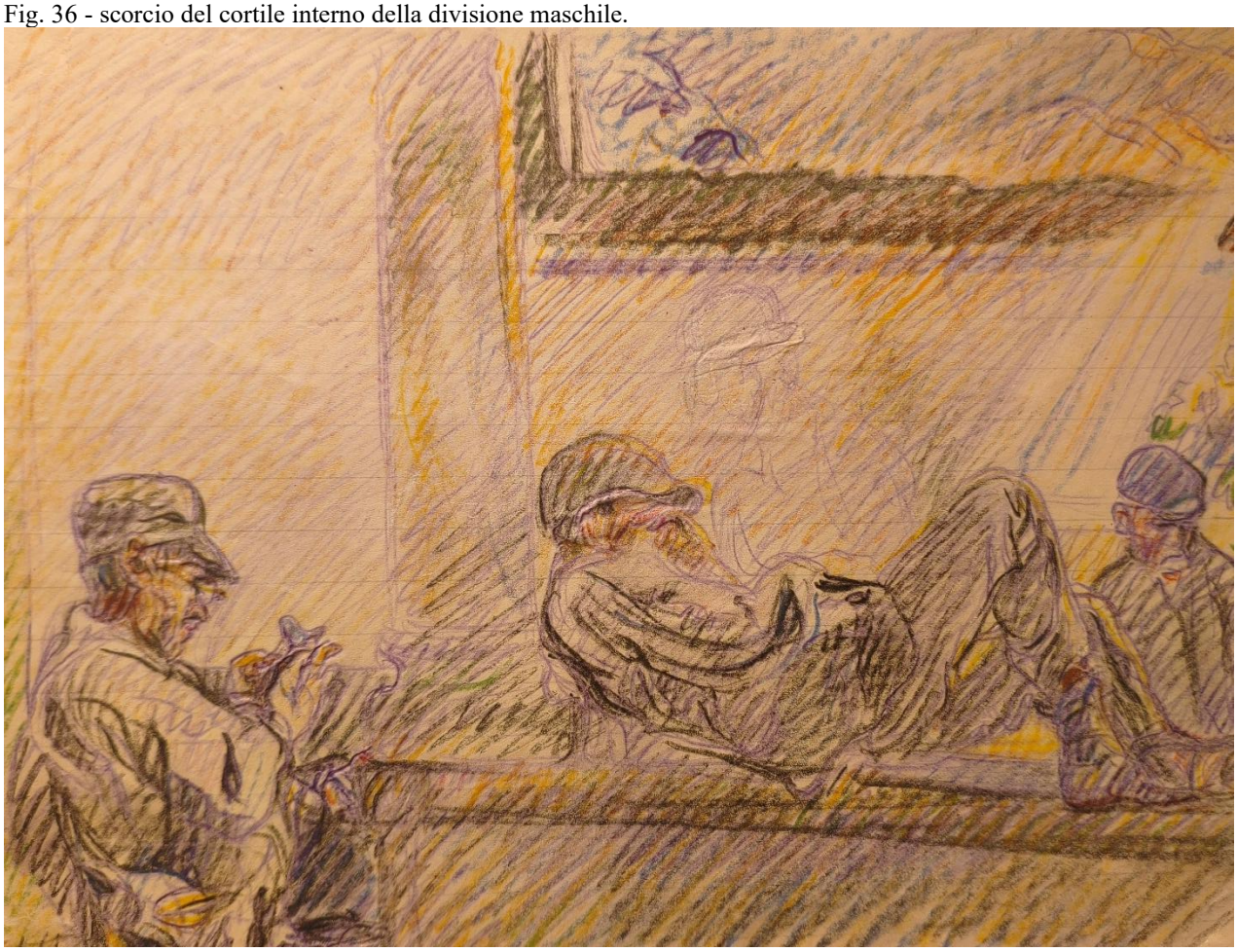


Fig. 37 - scorcio del cortile interno della divisione maschile.



Fig. 38 - scorcio del cortile interno della divisione maschile.



Fig. 39 – refettorio.

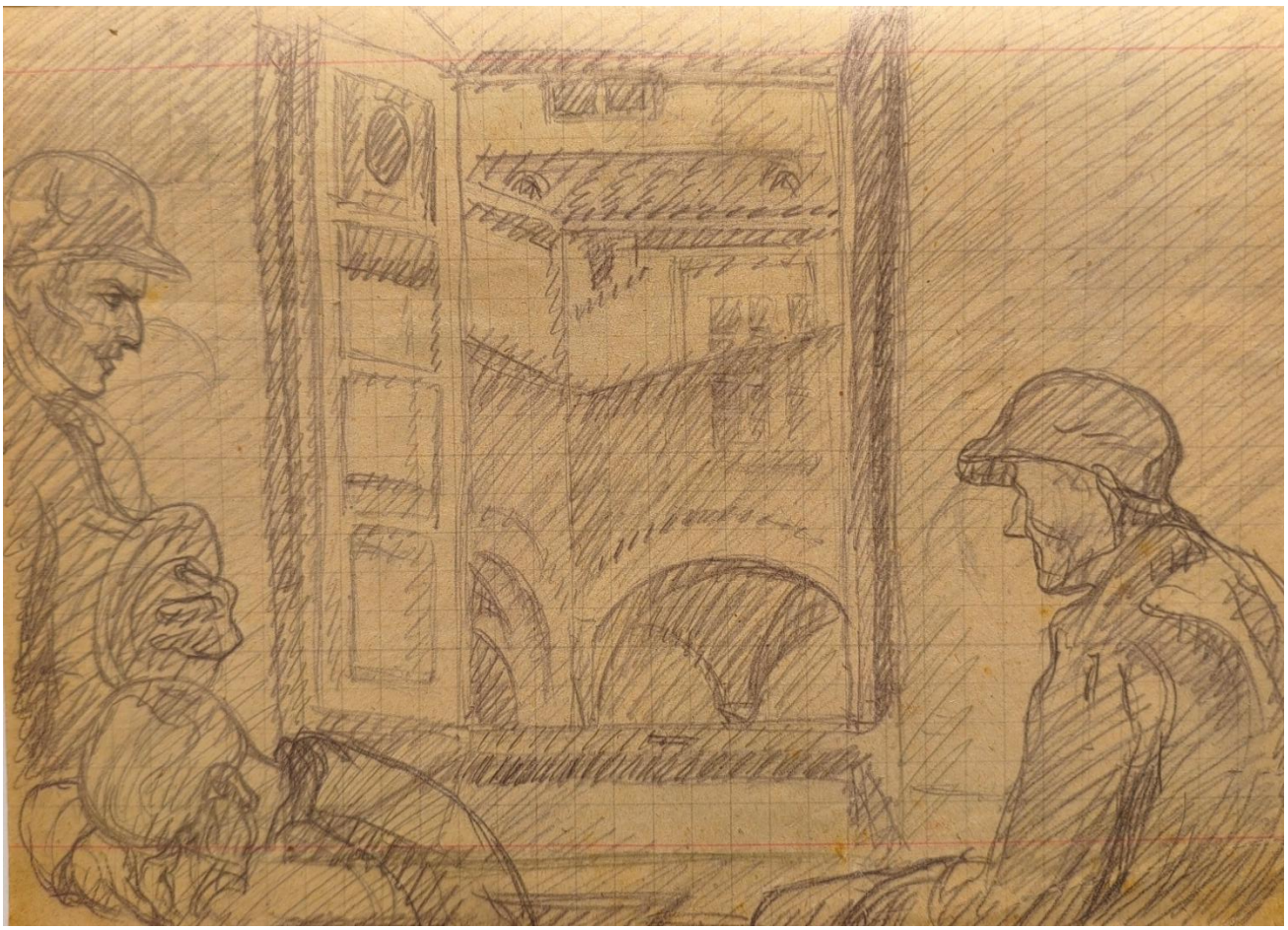


Fig. 40 – Visuale del cortile interno della divisione maschile dalla finestra di una camerata.



Fig. 41 – Camerata.

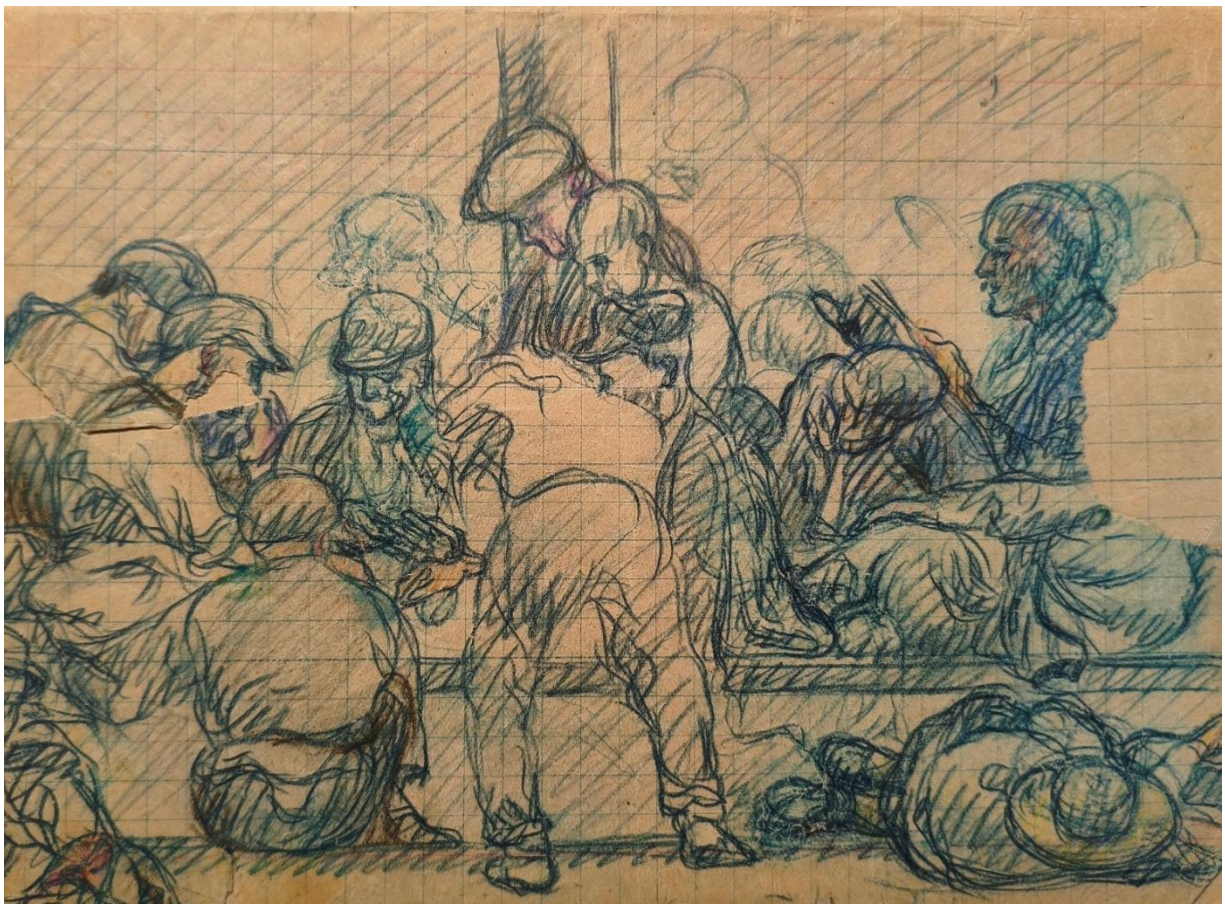


Fig. 42 - scorcio del cortile interno della divisione maschile.



Fig. 43 - scorcio del cortile interno della divisione maschile.



Fig. 44 - scorcio del cortile interno della divisione maschile.

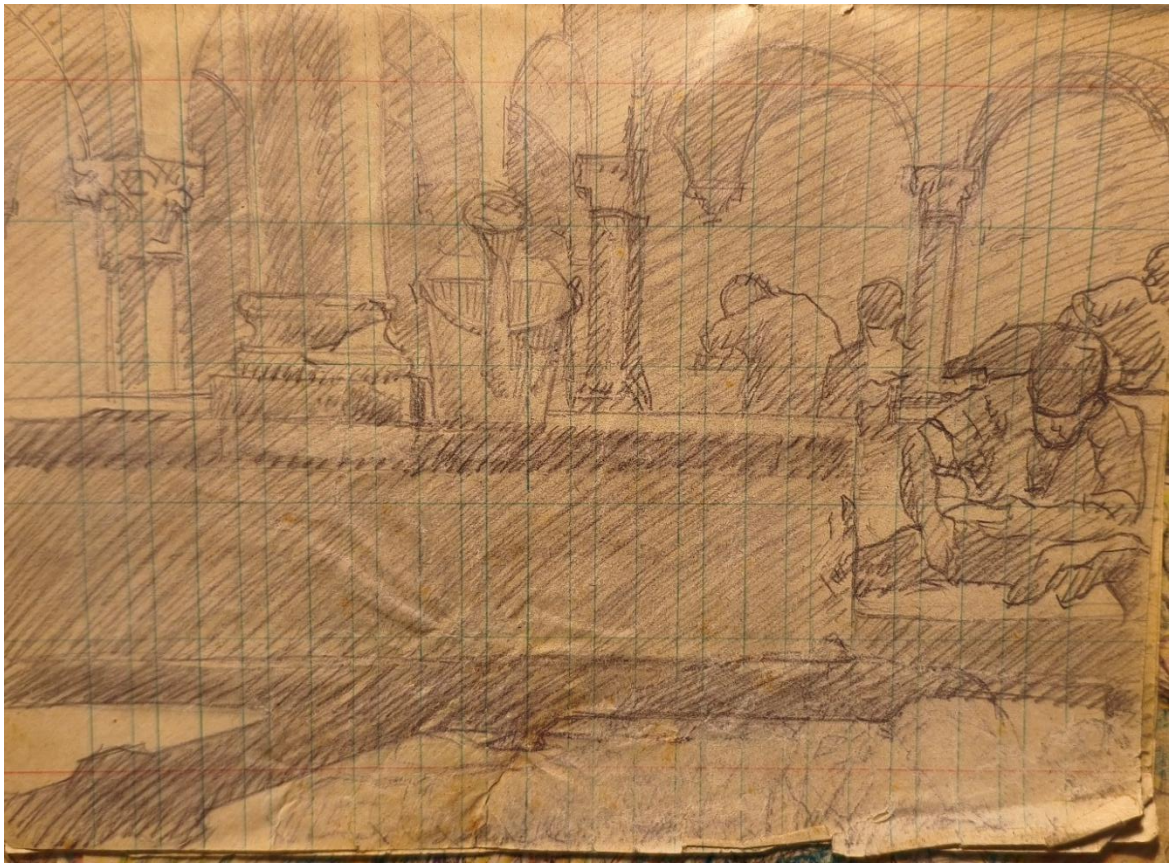


Fig. 45 - scorcio del cortile interno della divisione maschile.

Fonti archivistiche

ASLu (Archivio di stato di Lucca):

ASLu, Ospedale Psichiatrico, Affari Generali, fald. 149 Fasc. 5, plico 1
ASLu, OP, AG, fald. 133, busta 5, plico 1, lettera n. 630.
ASLu, OP, Indice degli ordini di servizio interni, fald. 75, prot. n. 872, fasc. n. 282, del 29/4/ 22.
ASLu, OP, CC, falf. 371, c. 133. Lettera di ammissione protocollata (prot. n. 1604; reg. n. 8431).
ASLu, OP, AG, fald.139, fasc. 2, plico 2.
ASLu, OP, AG, fald.146, fasc. 6, plico 5.
ASLu, OP, AG, fald.148, fasc. 6, plico 4.
ASLu, OP, AG, fald.154, busta 6, plico1.
ASLu, OP, AG, fasc. 133, busta 6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fasc.129, busta 6, plico 8.
ASLu, OP, AG, fald. 149, fasc. 5, plico 1
ASLu, OP, AG, fald.144, fasc. 5, plico 1:
ASLu, OP, AG, fald. 132, busta 6, plico 1
ASLu, OP, AG, fald 132 (1925), 5,1
ASLu, OP, AG, fald. 136, busta 5, plico 1
ASLu, OP, AG, fald.134, busta 6, plico 1: il 28/10/ 1927 (div. San. n. 15618).
ASLu, OP, AG, fald. 135, busta 6, plico 2 (n. 6-2/ 1928).
ASLu, OP, AG, fald.135, 5, 1.
ASLu, OP, AG, fald. 135, fasc. 13, plico 1, 5 novembre 1928.
ASLu, OP, AG, fald. 136, busta 6, plico 1, 25 maggio del '29
ASLu, OP, AG, fald. 135, busta 6, plico 2
ASLu, OP, AG, fald. 138, busta 6, plico 2 (n. di protocollo 3367; fasc. 6/2/1931).
ASLu, OP, AG, fald. 135, fasc. 6, plico 6
ASLu, OP, AG, fasc. 140, 6.2
ASLu, OP, AG, fald.140 (1933), Fasc. 6, plico.
ASLu, OP, AG, fald. 141 (1934), fasc. 6, plico 5:
ASLu, OP, AG, fald. 141 (1934), fasc. 12, plico 1:
ASLu, OP, AG, fald. 142, fasc. 5, plico 1
ASLu, OP, AG, fald.141, fasc. 9, plico 1
ASLu, OP, AG, fald. 146, fasc. 6, plico 5 (16/08/1938).
ASLu, OP, AG, fald. 146, fasc. 6, plico 5
ASLu, OP, Ammessi e malati, Elenchi degenti 1940-1945 per l'annona, fald. 211.
ASLu, OP, AG, fald. 152 OP, fascicolo n.3, plico n. 2: Movimento alienati dell'anno 1944.
ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 3, plico 2. Movimento alienati dell'anno 1944
ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 5, 2/10/1944.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 12 luglio 1944.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 19/09/1944.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 30/12/1944.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 5 agosto 1944.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 7 agosto 1944.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 8 luglio 1944.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc.5, 1 settembre 1944.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc.5, 4 settembre 1944
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 6, plico 1;
ASLu, OP, AG, fald. 153, busta 10, plico 1.

ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5, 19/01/1945.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5;
ASLu, OP, AG, fald. 152 OP, fascicolo 9, n. 1.
ASLu, OP, AG, faldone 152 OP, fascicolo 9, n. 1.
ASLu, OP, AG, faldone 152 OP, fascicolo 6, n. 3.
ASLu, OP, AG, fald. 151, busta n.5, plico n. 1.
ASLu, OP, AG, faldone 152 OP, fascicolo n.6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 134, busta 6, plico 1 (n. 9.3-27; prot. 488).
ASLu, OP, AG, fald. 135, busta 5, plico 1: n. 11.
ASLu, OP, AG, fald. 129, busta 6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 130, busta 6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 132, busta 6, plico 2.
ASLu, OP, AG, fald. 133, busta 6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 133, fasc. 6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 134, busta 11, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 134, busta 2, plico 3.
ASLu, OP, AG, fald. 134, busta 3, plico 2.
ASLu, OP, AG, fald. 135, busta 5, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 137, busta 6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 137, fasc. 6, plico 5
ASLu, OP, AG, fald. 138, fasc. 3, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 139, fasc. 6, plico 1: 20
ASLu, OP, AG, Fald. 140, busta 3, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 140, bust 6, plico 8.
ASLu, OP, AG, fald. 140, fasc. 1, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 140, fasc. 9, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 142, busta 1, plico 2.
ASLu, OP, AG, fald. 142, busta 10, plico 1:
ASLu, OP, AG, fald. 142, fasc. 3, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 142, fasc. 6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 144, fasc. 6, plico 2.
ASLu, OP, AG, fald. 146, fasc. 3, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 146, fasc. 5, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 147, fasc. 10, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 147, fasc. 10, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 147, fasc. 6, plico 2.
ASLu, OP, AG, fald. 147, fasc. 6, plico 2:
ASLu, OP, AG, fald. 147, fasc. 6, plico 5
ASLu, OP, AG, fald. 147, fasc. 6, plico 5.
ASLu, OP, AG, fald. 147, fascicolo 6.
ASLu, OP, AG, fald 148, fasc. 3, plico 2:
ASLu, OP, AG, fald. 148, busta 1, plico 3.
ASLu, OP, AG, fald. 148, busta 5, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 148, fasc. 6, plic. 3, inviata all'Ufficiale Sanitario Direttore dell'Ufficio d'Igiene.
ASLu, OP, AG, fald. 148, fasc. 6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 148, fascicolo 6, plico 6.
ASLu, OP, AG, fald. 149, busta 6, plico 3,
ASLu, OP, AG, fald. 149, busta 6, plico 3.
ASLu, OP, AG, fald. 149, busta 6, plico 5.

ASLu, OP, AG, fald. 149, busta 9, plico 1
ASLu, OP, AG, fald. 149, fasc. 6, plico 3.
ASLu, OP, AG, fald. 149, fasc. 6, plico 5.
ASLu, OP, AG, fald. 150, busta 3, plico 2.
ASLu, OP, AG, fald. 150, fasc. 6, plico 4.
ASLu, OP, AG, fald. 151, busta 5, plico 1, foglio 12.
ASLu, OP, AG, fald. 151, busta 5, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 151, busta 9, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 151, fasc. 3, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 5, plico 3
ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 5.
ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 9, plico 1
ASLu, OP, AG, fald. 152, busta 9, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 10 ter.
ASLu, OP, AG, fald. 152, fasc. 5.
ASLu, OP, AG, fald. 152, plico 5.
ASLu, OP, AG, fald. 153, busta 10, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 153, busta 5, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 10, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 5, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 5, plico 1
ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 6, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 154, busta 6, plico 2.
ASLu, OP, AG, fald. 156, busta 10, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 156, busta 5, plico 1.
ASLu, OP, AG, fald. 157, busta 6, plico 1.
ASLu, OP, Alienati prosciolti, fald. 211.
ASLu, OP, Cartelle Cliniche, fald. 414, n. 199.
ASLu, OP, CC, fald. 411, n. 54.
ASLu, OP, CC, faldone 333, n. 83.
ASLu, OP, CC, fald. 415, n. 229.
ASLu, OP, CC, fald. 415, n. 258.
ASLu, OP, CC, fald. 333, c. 75.
ASLu, OP, CC, fald. 333, c. 88.
ASLu, OP, CC, fald. 334, c. 175.
ASLu, OP, CC, fald. 334, c. 191.
ASLu, OP, CC, fald. 335, c. 10.
ASLu, OP, CC, fald. 343, c. 236.
ASLu, OP, CC, fald. 359, c. 444.
ASLu, OP, CC, fald. 370, c. 88.
ASLu, OP, CC, fald. 371, c. 136.
ASLu, OP, CC, fald. 371, c. 139.
ASLu, OP, CC, fald. 371, c. 147.
ASLu, OP, CC, fald. 371, c. 209.
ASLu, OP, CC, fald. 371, cc. 126-127.
ASLu, OP, CC, fald. 372, c. 208.
ASLu, OP, CC, fald. 372, c. 209.
ASLu, OP, CC. fald. 372, c. 187.
ASLu, OP, CC, fald. 397, c. 279.

ASLu, OP, CC, fald. 410, c. 14.
ASLu, OP, CC, fald. 410, c. 27.
ASLu, OP, CC, fald. 410, c. 390.
ASLu, OP, CC, fald. 411, c. 46.
ASLu, OP, CC, fald. 412, c. 121.
ASLu, OP, CC, fald. 413, c. 143.
ASLu, OP, CC, fald. 414, c. 180.
ASLu, OP, CC, fald. 414, c. 188.
ASLu, OP, CC, fald. 414, c. 197.
ASLu, OP, CC, fald. 414, c. 203.
ASLu, OP, CC, fald. 414, c. 208.
ASLu, OP, CC, fald. 414, c. 217.
ASLu, OP, CC, fald. 415, c. 225.
ASLu, OP, CC, fald. 415, c. 264.
ASLu, OP, CC, fald. 421, c. 144.
ASLu, OP, CC, fald. 422, c. 214.
ASLu, OP, CC, fald. 422, c. 22.
ASLu, OP, CC, fald. 430, c. 186.
ASLu, OP, CC, fald. 431, c. 151.
ASLu, OP, CC, fald. 431, c. 157.
ASLu, OP, CC, fald. 431, c. 225.
ASLu, OP, CC, fald. 431, c. 227.
ASLu, OP, CC, fald. 431, c. 234.
ASLu, OP, CC, fald. 431, c. 272.
ASLu, OP, CC. fald. 431, c. 258.
ASLu, OP, CC, fald. 433, c. 15.
ASLu, OP, CC, fald. 433, c. 22.
ASLu, OP, CC, fald. 433, c. 289.
ASLu, OP, CC, fald. 434, c. 23.
ASLu, OP, CC, fald. 434, c. 32.
ASLu, OP, CC, fald. 435, c. 67.
ASLu, OP, CC, fald. 435, c. 64.
ASLu, OP, CC, fald. 436, c. 105.
ASLu, OP, CC, fald. 437, c. 141.
ASLu, OP, CC, fald. 437, c.143.
ASLu, OP, CC. fald. 445, c. 87.
ASLu, OP, CC, fald. 446, c. 136.
ASLu, OP, CC, fald. 446, c. 99.
ASLu, OP, CC, fald. 450, c. 8.
ASLu, OP, CC, fald. 450, cc. 35.
ASLu, OP, CC, fald. 465, c. 121.
ASLu, OP, CC, fald. 465, c. 123.
ASLu, OP, CC, fald. 465, c. 126.
ASLu, OP, CC, fald. 465, c. 131.
ASLu, OP, CC, fald. 465, c. 136.
ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 140.
ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 146.
ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 148.
ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 155.

ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 160.
ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 161.
ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 162.
ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 171.
ASLu, OP, CC, fald. 466, c. 172.
ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 182.
ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 195.
ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 200.
ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 204.
ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 217.
ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 222.
ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 224.
ASLu, OP, CC, fald. 467, c. 183.
ASLu, OP, CC, fald. 468, c. 3.
ASLu, OP, CC, fald. 469, c. 1.
ASLu, OP, CC, fald. 469, c. 34.
ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 27.
ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 69.
ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 79.
ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 81.
ASLu, OP, CC, fald. 470, c. 84.
ASLu, OP, CC, fald. 471, c. 100.
ASLu, OP, CC, fald. 471, c. 102.
ASLu, OP, CC, fald. 471, c. 107.
ASLu, OP, CC, fald. 471, c. 116.
ASLu, OP, CC, fald. 471, c. 153.
ASLu, OP, CC, fald. 471, c. 97
ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 122.
ASLu, OP, CC, fald. 472, 136.
ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 121.
ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 130.
ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 135.
ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 136.
ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 141.
ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 150.
ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 154.
ASLu, OP, CC, fald. 472, c. 163.
ASLu, OP, CC, fald. 473, c. 188.
ASLu, OP, CC, fald. 474, c. 66.
ASLu, OP, CC, fald. 474, c. 7.
ASLu, OP, CC, fald. 478, c. 89.
ASLu, OP, CC, fald. 483, c. 204.
ASLu, OP, CC, fald. 483, c. 208.
ASLu, OP, CC, fald. 483, c. 225.
ASLu, OP, CC, b. 472, c. 142.
ASLu, OP, Commissione provinciale di Epurazione, b. 5, blocco 1, fasc. 69, ad nomen.
ASLu, OP,AG, fald, 140, busta 12, plico 2.

APLu (Archivio della Provincia di Lucca)

APLu, Atti e Carteggi, port. n. 181, 1922.
APLu, AC, prot. 40, 1924, 30 marzo 1924
APLu, AC, prot. 40, 1924, 17 maggio del 1926.
APLu, AC, prot. 49, 1925, 9 giugno del 1925.
APLu, AC, prot. 49, 1925, 9 giugno del 1925
APLu, AC, prot. 30, 1926, 15 maggio.
APLu, AC, prot. 30, 1926, novembre 1926.
APLu, AC, prot. 30, 1926.
APLu, AC, Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza, Affari, n. 498, 26 novembre 1926.
APLu, AC, Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza, Affari, n. 498, 9 gennaio 1929.
APLu, AC, Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza, affari, n. 498, 21 gennaio1930.
APLu, AC, prot. 40, 1933: 3 gennaio del 1929.
APLu, AC, prot. 152, 1933. 3 gennaio 1933.
APLu, AC, Prot. 243, 1933: il 5 maggio del 1933.
APLu, AC, deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza, affari, visite mediche dei concorrenti, n. 383, 4 dicembre del 1933
APLu, AC, prot. 383, 1933.
APLu, AC, port. 152, 1933, 23 maggio 1933
APLu, AC, Prot. 38, 1935
APLu, AC, Prot. 38, 1935.
APLu, AC, prot. 75, 1936, 4 marzo del 1936.
APLu, AC, prot. 75, 1936, 7 aprile 1936.
APLu, AC, prot. 75, 1936, carta 7.
APLu, AC, prot. 134, 1936, 13 maggio 1936.
APLu, AC, prot. 134, 1936, 14 aprile, minuta riservata.
APLu, AC, prot. 134, 1936, 2 febbraio 1936.
APLu, AC, prot. 134, 1936, 21/11/1936.
APLu, AC, Direzione medica,144 (1936), fasc. 6, plico 7:
APLu, AC, prot. 83, 1940.
APLu, AC, prot. n. 291/1940.
APLu, AC, AC, prot. n. 331, 1940.
APLu, AC, AC, prot. 448, anno 1940, 8 ottobre 1940.
APLu, AC, Deliberazioni del preside, pag. 302, delibera n. 310/1941.
APLu, AC, Carteggio e Atti, prot. n. 331, 1942.
APLu, AC, AC, prot. n. 337, 1943
APLu, AC, AC, prot. n. 337, 1943.
APLu, AC, prot. n. 337, 1943.
APLu, AC, (derivato da faldoni delibere), 1944, n. 7.
APLu, AC, prot. 53, 1944.
APLu, AC, prot. 77, 1944
APLu, AC, prot n. 122, fascicolo 9/1/1944.
APLu, AC, , prot. N. 233/1944. n.1 p. 538.
APLu, AC, prot. 305, 1944.

APLu, AC, AC, prot. 1458; 5-1-1944.
APLu, AC, prot. 1458. fasc. 5-1-1944.
APLu, AC, prot. 1568. fasc. 5/1/1944.
APLu, AC, prto. 2093, fasc. 5-1-44
APLu, AC, Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza, Affari, n. 498, 25 marzo del 1946
APLu, AC, Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza, Affari, n. 383, istanze ed esposti diretti al capo del governo.
APLu, AC, Deputazione provinciale corso infermieri deliberazioni corrispondenza, Affari, n. 383.
APLu, AC, prot. N. 383.

AISREC (Archivio Istituto Storico della Resistenza e dell'Età Contemporanea di Lucca)

AISREC, Fascismo e RSI, busta 17, fasc. 135.
AISREC, Processi, busta 18, fasc. 26, c. 10 (18 ottobre 1943).
AISREC, Processi, busta 22, fasc. 26, 13 giugno 1945.
AISREC, Atti e processo alla Brigata nera di Lucca, Vol III, c. 189.
AISREC, Atti e processo alla Brigata nera di Lucca, Vol III, c. 197.
AISREC, Atti processo alla Brigata nera di Lucca, Vol. I, fasc. 3b, C. 1100 (non inventariato).
AISREC, Precessi, busta 25, fasc. 10B.
AISREC, Processi, Busta 18, Fasc. 26.
AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 178.
AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 179.
AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 189.
AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 195.
AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 243.
AISREC, Processo alla Brigata nera di Lucca, vol. III, c. 252.
AISRECLu, Fascismo e RSI, busta 12, fasc. 86, sottofascicolo 2
AISRECLu, Fascismo e RSI, busta 7, fasc. 43, c. 70
AISRECLu, Fascismo e RSI, busta 7, fasc. 43, c. 97-98

AdFMT (Archivio della Fondazione Mario Tobino)

AdFMT, Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Fascicolo personale dell'Infermiere Vice Ispettore degli ispettori Minciotti Egidio.
AdFMT, Documenti ufficio di presidenza, doc. 1.
AdFMT, Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri, 1926, c. 13.
AdFMT, Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri, 1926, c. 14-15.
AdFMT, Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri, 1926, c. 20.
AdFMT, Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri, 1926, c. 22.
AdFMT, Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri, 1926, c. 28.
AdFMT, Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri, 1926, c. 29.
AdFMT, Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri, 1926, c. 8.
AdFMT, Carteggio ufficiale riguardante il personale aspiranti infermieri, 1926, cc. 26-27.
AdFMT, Corso istruzione infermieri, 1931, c.8.
AdFMT, Estratti dal memorandum compilato dal Prof. Guglielmo Lippi Francesconi, direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Lucca. Datato 27 dicembre 1943,
AdFMT, Personale sospeso per epurazione, fasc. 10, cc. 3-5.

AdFMT, Diari di Tobino, 11 agosto del 1946.
AdFMT, Diari di Tobino, 28-4-1950
AdFMT, Quaderno quinto del manicomio di Mario Tobino, 12 giugno 1956.
AdFMT, Documenti presidenza, n. 2.
AdFMT, Documenti segreteria, n. 2.
AdFMT, Personale sospeso per epurazione, fasc. 10, cc. 3-5
AdFMT, Risposte – amministrazione, fasc. 4, c. 4.
AdFMT, Risposte – amministrazione, fasc. 4.

Fonti edite

Almanacco socialista italiano 1918, Milano: Avanti!, 1918.

Atti del consiglio provinciale di Lucca, Lucca, 1877-1878.

Atti del consiglio provinciale di Lucca, Lucca, 1879-1880.

Atti del consiglio provinciale di Lucca, Lucca, 1880-1881.

Atti del consiglio provinciale di Lucca, Lucca: Tip. Giusti, 1915.

Atti del consiglio provinciale di Lucca, Lucca: Tip. Giusti, 1916.

Atti del consiglio provinciale di Lucca, Lucca: Tip. Giusti, 1917.

Atti del consiglio provinciale di Lucca 1916-1917, Lucca: Tip. Giusti, 1916.

Atti della Deputazione provinciale 1895, Lucca, 1895.

Atti del XI congresso di freniatria, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1902.

Atti del XI congresso della società freniatrica italiana, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1902.

Atti del XII congresso della società freniatrica italiana, Genova, 18-22 ottobre 1904, Reggio nell'Emilia: Ferraboschia, 1905.

Atti del XIII congresso della società freniatrica italiana (Venezia 30 settembre – 4 ottobre 1907), Reggio-Emilia: Calderini, 1909.

Atti d del XI congresso di freniatria, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1902.

Bollettino delle leggi del ducato lucchese, Lucca: Baroni, 1820.

Bollettino dell'ufficio del lavoro, Roma: Bertero, 1904.

Bollettino dell'ufficio del lavoro, Roma: Bertero, 1905.

Clemente XIV, *«Bonus ille pastor aeternus»*, Breve papale, 27 novembre 1770.

I fatti di Ancona, Terni e Gioia del Colle alla Camera, e Ancora i fatti di Gioia del Colle. La sanguinaria reazione dei contadini, in "La Tribuna", domenica 4 luglio 1920.

L'incredibile storia di Guglielmo Lippi Francesconi autore del primo manifesto del Carnevale di Viareggio, Viareggio: Grafiche – Ancora, 2012.

La legge. Monitore giudiziario e amministrativo del Regno d'Italia, vol. II. Roma, 1888.

Lucca. Regolamento organico per l'uffizio di pubblica beneficenza di Lucca approvato con sovr. Dispaccio del 1. settembre 1856 - preceduto dal regolamento organico dell'8 febbraio 1851, Lucca: Tip. Rocchi, 1856.

Manicomio Provinciale di Lucca, Regolamento speciale deliberato dalla Deputazione provinciale nelle adunanze del 9, 16 giugno 1914, Lucca: Tip. Giusti, 1915.

Medical department, USArmy, Preventive medicine in World War II , vol. VIII. Washington, 1976.

Ministero di agricoltura, industria e commercio, Statistica dei debiti comunali e provinciali per mutui, Roma: Elzeviriana, 1885.

Ministero di agricoltura, industria e commercio, Bollettino dell'ufficio del lavoro, Roma: Poligrafica grafiche, vol. VII, 1907.

Ministero per il lavoro e la previdenza sociale, Bollettino del lavoro e della previdenza sociale, Roma: Industrie grafiche, 1922, vol. 1.

Ministero per la Costituente, Rapporto della commissione economica, II (Industria), 1. Roma: Istituto poligrafico dello stato, 1947.

Omicidio tra pazzi al manicomio di Lucca, in «Corriere della Sera», 9 e 10 luglio.

Opere sanitarie, stradali e scolastiche compiute nella provincia di Lucca, in «Corriere della sera», 28 settembre 1932.

Per la commissione provinciale di beneficenza. Rilievi e osservazioni dei Medici Primari dell'Ospedale di Lucca, circa la proposta riforma organica del personale sanitario. Lucca: tip. Amedei, 1910.

Il processo Musolino a Lucca, in «Corriere della Sera», 17 aprile 1902

Provincia di Lucca, Regolamento e pianta organica degl'impiegati salariati, Lucca: Amedeo Lippi, 1928.

Reale Motuproprio del 2 agosto 1838, contenente l'organizzazione dei nuovi tribunali toscani al quale viene unita per la più sollecita intelligenza ed esecuzione del medesimo, Firenze: Stamperia Granducale, 1838.

Regolamento generale e pianta organica degl'impiegati e salariati, Lucca: tip. Lippi, 1928.

Relazione e note illustrative al bilancio preventivo – per l'esercizio 1928, Lucca: Tip. Lippi, 1928.

Relazione del commissario straordinario per la provincia di Lucca, Lucca: A. Lippi, 1929.

Rendiconto degli Spedali ed Ospizi di Lucca per l'anno 1909, Lucca: tip. Marchi, 1909.

R. Spedali ed Ospizi di Lucca, Bilancio preventivo dell'entrata e dell'uscita per l'esercizio finanziario 1900. Lucca: Marchi.

RR. Spedali ed Ospizi di Lucca, Annuario per l'anno 1905, Lucca: Marchi, 1905.

RR. Spedali ed Ospizi di Lucca, Annuario per l'anno 1909, Lucca: Marchi, 1909.

RR. Spedali ed Ospizi di Lucca, La riforma organica del personale sanitario e le contestazioni dei Signori Primari, Lucca: Tip. Marchi, 1910.

RR. Ospedali ed ospizi di Lucca, Trenta mesi di amministrazione ospitaliera, Lucca: Rinascenza italica, 1923.

Sequestri e perquisizioni, in «Corriere della sera», 17 gennaio 1925.

Statistica del regno d'Italia. Amministrazione pubblica: bilanci comunali (1866) bilanci provinciali (1866 – 1867 – 1868), Firenze: Tofani, 1868.

Statistica delle elezioni generali politiche, alla XXIV legislatura, Roma: Bertero, 1914.

Statuto e regolamento della società medica lucchese, Lucca: tip. Landi, 1903.

Bibliografia

ALBINI, Giuliana

- *Poveri e povertà nel medioevo*, Roma: Carocci, 2016.

ALESSI, Urbano

- *La coprostasi negli alienati di mente*, in «Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche», n. 37, 1897.

- *Lesioni nervose cellulari nella coprostasi sperimentale*, Torino: Tip. Spandre e Lazzari, 1898.

- *La fine alterazioni del sistema nervoso centrale nelle auto-intossicazioni acute sperimentali d'origine intestinale*, in «Annali di Freniatria e scienze affini», Torino, 1897.

ANGRISANO, Elisabetta

- *Le carte della follia. Gli archivi dei manicomi in Toscana*, Lucca: Civitale editoriale, 2017.

ANTONINI, Giuseppe

- *Nozioni pratiche sull'assistenza dei malati di mente negli ospedali psichiatrici e nelle famiglie*, Milano: Cooperativa farmaceutica, [1920].

ARIETI, Silvano

- *Interpretazione della schizofrenia*, Milano: Feltrinelli, 1963.

BABINI, Valeria Paola

- *Il caso Murri. Una storia italiana, Bologna*: il Mulino, 2004.

- *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia*, Bologna: Il Mulino, 2009.

- *Organicismo e ideologie nella psichiatria italiana dell'Ottocento*, in Filippo Maria Ferro (a cura di) «Passioni della mente e della storia», Milano: Università Cattolica, 1989.

- (con E. Montanari*) L'ospedale e la malattia mentale nel Sei-Settecento*, in R. Sabbatini, *Dal monastero allo Spedale de' pazzi. Fregionaia da metà del Settecento al 1808*, Roma: Donzelli, 2012.

BAGNAI LOSACCO, Veronica

- *Le serie delle cartelle cliniche nell'archivio dell'ex ospedale psichiatrico provinciale di Lucca e il loro potenziamento informativo*, in M. Riccucci et al. (a cura di), *Le parole per dirlo. La malattia mentale: luoghi, persone e narrazioni*, Pisa: Pisa University Press, 2024.

BAILBY-SALIN, Pierre

- *The Mentally Ill Under Nazi Occupation in France*, in «International Journal of Mental Health», vol. 35, n. 4, 2006–2007.

BALDISSARA, Luca (con G. L. Fruci)

- *«I savj del palazzo Santini». Storia del consiglio comunale di Lucca*, Lucca: Pacini Fazzi, 2016.

BANTI, Alberto Mario

- *Alla ricerca della «Borghesia immobile»: le classi medie non imprenditoriali nel XIX secolo*, in «Quaderni storici», vol. 17, n. 50, 1982.

- *Borghesie delle 'professioni'. Avvocati e medici nell'Europa dell'Ottocento*, in «Meridiana», n. 18, 1993.

- *La nazione del Risorgimento. Parentela, santità e onore alle origini dell'Italia unita*, Torino: Einaudi, 2000.

BANZOLA, Matteo

- *Il manicomio modello. Il caso imolese. Storia dell'Ospedale psichiatrico 1804-1904*, Imola: La Mandragora, 2015.

BARBERO-AVANZINI, Bianca

- *Devianza e controllo sociale*, Milano: Franco Angeli, 2002.

BASAGLIA, Franco (con Franco Fornari)

- *La violenza,* Firenze: Dell'Acqua, 1978.

BATTINI, Michele (con Paolo Pezzino)

- *Guerra ai civili. Occupazione tedesca e politica del massacro (Toscana, 1944)*, Venezia: Marsilio, 1997.

BEAUNIS, Henri

- *Le somnambulisme provoqué. Études physiologiques et psychologiques*, Paris: J.-B. Baillière, 1886.

BELLATO, Franco (con Luciano Del Pistoia)

- *Cenno storico sulle origini dello spedale de' pazzi di Fregionaia*, in «Rassegna di studi psichiatrici», Siena, n. 3, 1978.

BENEVELLI, Luigi

- *La psichiatria coloniale italiana negli anni dell'impero (1936-1941)*, Roma: Argo, 2010.

BERGAMINI, Francesco (con Giuliano Bimbi)

- *Antifascismo e Resistenza in Versilia*, Viareggio, 1983.

BERTANI, Mauro

- *Editoriale*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», vol. 133, n. 1, 2009.

BERTOLOZZI, Moreno

- *Testimoni di guerra*, in «Documenti e studi», n. 47.

BIANCHI, Bruna

- *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Roma: Bulzoni, 2001.

BIOTTI, Vittorio

- *Il folle nella società fiorentina e toscana del XVI e XVIII secolo e la nascita di S. Dorotea de' pazzerelli*, in A. De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, Milano: Franco Angeli, 1982.

BLEULER, Eugen

- *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, Leipzig: Franz Deuticke, 1911 [ed. italiana 1985].

BONARDI, Edoardo

- *Per la tattica della lotta di classe*, in «Critica sociale», 16 agosto 1893.

- *Evoluzionismo e socialismo. Prolusione ad un corso libero sulla dottrina dell'evoluzione letta nell'Università di Pisa il 23 novembre 1893*, Firenze: Gozzini, 1894.

- *Politica sanitaria. Discorso dell'on. Edoardo Bonardi tornata parlamentare 10 luglio 1917*, Milano: Editrice Avanti!, 1917.

BONGI, Salvatore

- *Inventario del R. Archivio di Stato in Lucca*, vol. IV, Lucca: Giusti, 1888.

BONNET, Olivier (con Claude Quétel)

- *La surmortalité asilaire en France pendant l'Occupation*, in «Nervure», vol. IV, n. 2, 1991.

BRUGI, Antonio

- *Cenni intorno all'amministrazione dei Regi Ospedali e Ospizi di Lucca*, Lucca: Canvetti, 1871.

BRUGIA, Raffaele

- *La psico-fisiologia dell'ipnotismo. Studio critico-sperimentale*, Milano: Rechiedei, 1886.

- (con Giuseppe Cappelli) *Sulle variazioni locali del polso nel cervello e nell'avambraccio dell'uomo, per effetto di alcuni agenti terapeutici*, in «Archivio italiano per le malattie nervose», Milano, 1886.

BRUNETTI, Giovanni

- *Dio non paga il sabato. La defascistizzazione della provincia di Livorno (1943-1947)*, Livorno: ISRPt, 2023.

BUONACCORSI, Giovanni

- *Della piantaggine acquatica e suo uso nella epilessia e nella cura delle nevrosi. Cenni storici*, Lucca: Reale tipografia Baroni, 1846.

CAIRE, Michel

- *Un établissement du dispositif de la Seine. L'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche*, in I. von Bueltzingsloewen (a cura di), *"Morts d'inanition". Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2005.

- *À propos de l'hécatombe par carence dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Comunicazione al Comité de lecture de la Société française d'Histoire de la Médecine, 22 ottobre 2005.

CANGULHEIM, Georges

- *Ideologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Paris: Vrin, 1977.

CANOSA, Romano

- *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano: Feltrinelli, 1979.

CAPPELLETTI, M.

- *Il no-restraint assoluto, nel manicomio di Fregionaia a Lucca*, in «La Domenica del Corriere», 20 agosto 1905.

CAPPELLI, Giuseppe

- *Statistica del manicomio di Fregionaia presso Lucca*, Firenze: Cenniniana, 1883.

CAPPELLINI, Antonio

- *Il manicomio di Fregionaia. Cenni storici e descrittivi*, Empoli: Lambruschi, 1919.

CAROLEI, Carola

- *Una Toscana diversa: vita politica e amministrativa a Lucca alla fine dell'età giolittiana*, in «Documenti e Studi», n. 10/11, Lucca: Pacini Fazi editore.

CARPI, Umberto

- *"La Voce" letteratura e primato degli intellettuali*, Bari: De Donato, 1975.

CARPI, Leone

- *L'Italia vivente: aristocrazia di nascita e del denaro, borghesia, clero, burocrazia*, Milano: Studi sociali, 1878.

CARRINO, Candida

- *Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850-1950)*, Roma: Carocci, 2018.

CASSATA, Francesco

- *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Torino: Bollati Boringhieri, 2006.

- (con Marco Moraglio) *Manicomio, società e politica*, Pisa: BFS Edizioni, 2005.

CASTEL, Robert

- *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris: Éditions de Minuit, 1977.

CASTIGLIONI, Cesare

- *Note statistiche sul numero dei pazzi in Lombardia nel 1855*, Milano, 1861.

CHARCOT, Jean-Martin

- *Leçons sur les maladies du système nerveux,* Vol. I, Paris: Adrien Delahaye, 1872.

- *Description de la grande attaque hystérique. Hospice de la Salpêtrière. Compte rendu par P. Richer*, in «Progrès médical», année VII, n. 2, 11 janvier 1879.

CHESLER, Phyllis

- *Le donne e la pazzia*, Torino: Einaudi, 1977.

CICONTE, Enzo

- *Le classi pericolose tra invenzioni e realtà, in Classi pericolose. Una storia sociale della povertà dall'età moderna ad oggi*, Bari: Laterza, 2022.

CITARELLA, Michele

- Stazione di Lucca 6 gennaio 1944. Guerra, bombe e ricostruzione in Lucchesia, Lucca: Pacini Fazzi, 2013.

CLAVAIROLY, Gérard

- *Le génocide par l'oubli*, in «Le Progrès», 8 dicembre 1981.

COCCIA, Benedetto (a cura di)

- *La Borghesia*, Roma: Apes, 2010.

COLAZZO, Maria

- *Quale donna turba il cervello dell'alienista? Ipotesi di lavoro alla ricerca del paradigma della follia declinata al femminile attraverso la letteratura ufficiale della seconda metà del XIX secolo*, in A. De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, Milano: Franco Angeli, 1982.

CONTI, Davide

- *Gli uomini di Mussolini. Prefetti, questori e criminali di guerra dal fascismo alla Repubblica italiana*, Pisa: ETS, 2018.

CONTI, Fulvio

- *Storia della massoneria italiana. Dal Risorgimento al fascismo*, Bologna: Il Mulino, 2003.

- *Massoneria e fascismo: dalla marcia su Roma alla legge sulle associazioni segrete*, in F. Conti (a cura di), *La massoneria italiana da Giolitti a Mussolini*, Roma: Viella, 2014.

CONTINI, Giovanni (con Marco Natalizi)

- *Maggiano. Gli anni del cambiamento. 1958-1968*, Lucca: Pacini Fazzi, 2020.

CORNER, Paul

- *Fascismo e controllo sociale*, in «Italia contemporanea», settembre 2002.

- *Mussolini e il fascismo. Storia, memoria e amnesia*, Roma: Viella, 2022.

COSMACINI, Giorgio

- *La forza dell'idea. Medici socialisti e compagni di strada a Milano (1890-1980)*, Milano: Edizioni l'Ornitorinco, 2014.

- *Storia della medicina del lavoro*, Torino: Utet, 2022.

COTURRI, Enrico

- *L'ospedale così detto di "Bonifazio" in Firenze*, in «Pagine di Storia della Medicina», 3, 1959.

CREATINI, Federico

- *Il Novecento della Cucirini Cantoni Coats*, Palermo: New Digital Frontiers, 2021.

CRISTIANI, Andrea

- *Della orticaria malarica pirettica*, in «Lo Sperimentale», 1888.

- *Sui prodotti del ricambio materiale nelle alienazioni mentali*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», fasc. 5, 1889

- *Atavismo dell'arte in un paranoico originario con delirio fastoso-persecutorio a colorito artistico*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», 1890.

- *Contributo allo studio dei delirii sistematizzati primitivi*, in «Archivio italiano per le malattie nervose», fasc. 6, 1890.

- *Del riflesso rotuleo e del clono del piede nel parossisma febbrile da infezione malarica*, in «La Riforma medica», 1890.

- *Nota clinica sulle psicosi consecutive all'influenza*, in «La Riforma medica», 1890.

- *Degenerazione del plesso solare (simpatico-addominale) e la cosiddetta diarrea vaso-paralitica nei pazzi*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale», 1891.

- *Su due casi di ruminazione nei pazzi: ricerche sperimentali*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1892.

- *La predisposizione alle malattie infettive negli alienati di mente*, in «La Riforma medica», 1892.

- *Contributo allo studio dell'etiologia della paralisi generale*, in «Rivista sperimentale di freniatria», n. 19, 1892.

- *Epilessia jacksoniana da autointossicazione di origine gastrica*, in «Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale», a. 19, fasc. 4, 1893.

- *Ipertricosi facciale nelle alienate e nelle sane di mente*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale», 1893.

- *Demenza paralitica,* in «La Riforma medica», 1894.

- *Ernie ed il loro significato antropologico negli alienati di mente*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», 1894.

- *La scialorrea negli alienati*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1894.

- *Su di un fenomeno di automatismo negli alienati recidivi: nota psicopatologica,* in «Rivista sperimentale di freniatria», 1894.

- *Tremori nei pazzi*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1894.

- *L'appendice vermiforme del cieco negli alienati e nei sani di mente*, in «Il manicomio moderno», 1896.

- *Meningo-encefaliti infettive e tossiche dopo il taglio del simpatico cervicale*, in «Rivista di patologia nervosa e mentale», Firenze, 1896.

- *Note di tecnica manicomiale*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1897.

- *L'esito più frequente della psicosi nei pazzi criminali*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», 1897.

- *Sulla patogenesi della sitofobia negli alienati di mente: ricerche cliniche, anatomiche e sperimentali,* in «Annali di nevrologia», 1897.

- *Sulla fisiopatologia dei lobi prefrontali del cervello*, Nocera Inferiore: Tipografia dell'Ospedale Psichiatrico, 1897.

- *Tiroide e cretinismo*, in «Annali di freniatria e scienze affini», 1897.

- *La lattofenina contro l'insonnia degli alienati: nota terapeutica*, in «Il manicomio moderno», 1898.

- *L'anatomia patologica e la patogenesi del delirio acuto: ricerche cliniche ed anatomo-patologiche*, in «Annali di freniatria e scienze affini del R. Manicomio di Torino», 1899.

- *Le nevriti negli alienati di mente: ricerche anatomo-istologiche*, in «Rivista di psicologia, psichiatria e neuropatologia», 1899.

- *L'abolizione dell'uso del Tabacco per gli alienati*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», 1908.

DANI, Alessandro

- *Vagabondi, zingari e mendicanti. Leggi toscane sulla marginalità sociale tra XVI e XVIII secolo*, Firenze: Associazione di Studi Storici "Elio Conti", 2018.

DE GRAZIA, Victoria

- *Il patriarcato fascista: come Mussolini governò le donne d'Italia (1922-1940)*, in F. Thebaund (a cura di) *Storia delle donne. Il Novecento*, Bari: Laterza, 1992.

DEL PISTOIA, Luciano

- *Emarginazione e istituzione in una città illuministica: ricerche sulla origine dell'O.P. di Lucca*, in *L'emarginazione psichiatrica nella storia e nella società*, Rivista Sperimentale di Freniatria, Reggio Emilia, 1980.

DI MICHELE, Andrea

- *I diversi volti del ruralismo fascista*, in «Italia Contemporanea», n. 199, 1995.

ROY PALMER, Domenico

- *Processo ai fascisti. Storia di un'epurazione che non c'è stata*, Milano: Rizzoli, 1991.

DÖRNER, Konrad

- *Il Borghese e il Folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma: Laterza, 1975.

ETENZI, Elena

- *Ospedale psichiatrico di Fregionaia vicende storiche*, Tesi di laurea, Università di Firenze, relatore Prof. Luigi Zangheri, aa. 2007-2008. Relatore Prof. Luigi Zangheri.

FARLET, Jean Pierre

- *Visite à l'établissement d'aliénés d'Illenau (près Achern, Grand-Duché de Bade): et considérations générales sur les asiles d'aliénés*, Paris: Imprimerie de Bourgogne et Martinet, 1845.

FERRARINI, Corrado

- *A ricordare l'esposizione dei quadri di Giuseppina Cristiani (Lucca, 1895–1922). Tenuta in Lucca nel Teatro del Giglio la primavera 1923*, Lucca: Giusti, 1923.

- *Relazione tecnico sanitaria, sull'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca*, Lucca: Amedei, 1921.

FERRI, Enrico

- *Il diritto di punire come funzione sociale*, Torino: Loescher, 1882.

- *Socialismo e criminalità*, Torino: Bocca, 1883.

FERRO, Filippo Maria

- *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano: Università Cattolica, 1989.

- *"Maestà di Roma" e psichiatria dell'Italia unita*, in Iaria Antonio, Losavio Tommaso, Martelli Pompeo (a cura di) «L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma. L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio Provinciale alla chiusura», vol. III, Bari: Ed. Dedalo, 2003.

FILIPPI, Dario

- *Maggiano: cartelle cliniche e folklore*, in M. Riccucci (a cura di), *La malattia mentale negli atti "Le parole per dirlo"*, Pisa: Pisa University Press, 2024.

FINZI, Jacopo

- *Per la classificazione delle malattie mentali. Considerazioni preliminari,* in «Bollettino del manicomio provinciale di Ferrara», III-IV, 1898.

- *Psichiatria tedesca*, in «Bollettino del manicomio provinciale di Ferrara», 1898.

- *La giornata di lavoro per gl'infermieri di manicomio*, estratto da «Bollettino del Manicomio di Ferrara», a. XXVII, fasc. III, 1899.

- (con Alberto Vedrani) *Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1899.

FIORINO, Vinzia

- *Rifrazioni di ragioni. Pratiche di internamento nel Manicomio di Roma Santa Maria della Pietà*, Tesi di dottorato, Istituto Universitario Europeo, Fiesole, 1999. Relatore prof. Olwen Hufton.

- *Matti, indemoniati e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia: Marsilio, 2002.

- *La fiaba e la follia. Rappresentazioni della malattia mentale (1850-1915)*, in «Genesis: rivista della Società Italiana delle Storiche», II, 2, 2003.

- *Les racines religieuses du système asilaire et de la construction des catégories pathologiques: le cas de l'asile d'aliénés de Rome «Santa Maria della Pietà»*, in Bernard Delpal-Olivier Faure (a cura di), *Religion et enfermements (XVII-XXe siècles)*, Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2005.

- *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra 1888-1978*, Pisa: Edizioni ETS, 2011.

- *Le rappresentazioni della follia: ninfomani e asceti, indemoniate e malinconiche*, in «Santa Maria della Pietà Roma», Volume III, edizioni Dedalo, 2003.

- *Follia*, in A. M. Banti, C. Sorba, V. Fiorino (a cura di), *Lessico della storia culturale*, Bari: Laterza, 2023.

FIORANI, Matteo

- *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze: Firenze University Press, 2010.

FLAMIGNI, Mattia

- *Professori e università di fronte all'epurazione. Dalle ordinanze alleate alla pacificazione (1943-1948)*, Bologna: il Mulino, 2019.

FLORES, Marcello

- *L'epurazione, in Id., L'Italia dalla liberazione alla Repubblica*, Milano: Feltrinelli, 1998.

FOCARDI, Filippo

- *Il cattivo tedesco e il bravo italiano*, Roma-Bari: Laterza, 2013.

FORNASARI DI VERCE, Ettore

-*Alcune osservazioni di natura economica circa l'aumento dei pazzi ricoverati in Italia*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», XXV, 1899.

- *I progetti di legge sui manicomi e finanza locale*, in «Giornale degli Economisti», 1900.

- *IV censimento nella provincia di Lucca. Le operazioni di censimento e i risultati sommari. Relazione alla Giunta provinciale di statistica*, Lucca: Tip. Marchi, 1902.

FOUCAULT, Michel

- *Storia della Follia in età classica*, Milano: Rizzoli, 1978.

- *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano: Feltrinelli,2015.

- *Nascita della Biopolitica*. *Corso al Collège de France (1978-1979),* Milano: Feltrinelli, 2023.

FRANZINELLI, Mimmo

- *Amnistia Togliatti. 1946, colpo di spugna sui crimini fascisti*, Milano: Feltrinelli, 2016.

FREGUIER, Honoré Antoine

- *Des classes dangerouses de la population dan les grands villes, et des moyens de les rendres milleurs*, Paris, J. -B. Baillière, 1840.

FULVETTI, Gianluca

- *Una comunità in guerra. La certosa di Farneta tra resistenza civile e violenza nazista*, Napoli: L'ancora del Mediterraneo, 2006.

- (con F. Pelini) *La politica del massacro. Per un atlante delle stragi tedesche in Toscana*, Napoli: L'Ancora del Mediterraneo, 2006.

- *Uccidere i civili. Stragi naziste in Toscana (1943–1945)*, Roma: Carocci, 2009.

- (con S. Gallo) *Antifascismo, guerra e resistenza a San Giuliano Terme*, Pisa: edizioni ETS, 2014.

- *Lucca*, in F. Cammarano (a cura di), *Abbasso la guerra! Neutralisti in piazza alla vigilia della Prima guerra mondiale in Italia*, Firenze: Le Monnier, 2015.

- (con P. Pezzino) *Zone di guerra, geografie di sangue. L'atlante delle stragi naziste e fasciste in Italia (1943–1945)*, Bologna: Il Mulino, 2016.

- (con A. Ventura) *Antifascisti lucchesi nelle carte del casellario politico centrale. Per un dizionario biografico della Provincia di Lucca*, Lucca, Pacini Fazzi, 2018.

- *Guglielmo Lippi Francesconi a Maggiano tra il fascismo e la guerra*, in M. Riccucci (a cura di), *Le parole per dirlo. La malattia mentale: luoghi, persone, narrazioni*, Pisa: Pisa University press, 2024.

GAGLIANI, Dianella

- *Brigate nere. Mussolini e la militarizzazione del Partito fascista repubblicano*, Torino: Bollati Boringhieri, 2017.

GALANTE GARRONE, Alessandro

- *Il fallimento dell'epurazione. Perché?*, in «Il Ponte», 1977.

GALLON, Giulia (con M. Conte)

- *La mente e la trincea. La malattia mentale nella Grande Guerra. Il manicomio di San Servolo*, Vicenza: Rossato, 2020.

GARCIA MARQUEZ, Gabriel

- *Cent'anni di solitudine,* Milano: Oscar Mondadori, 2009.

GEMELLI, Agostino

- *Il nostro soldato*, Milano: Treves, 1918.

GEREMEK, Bronisław

- *Il pauperismo nell'età preindustriale (secoli XIV-XVIII),* in Storia d'Italia, vol. V, I documenti. Torino: Einaudi, 1973.

- *Mendicanti e miserabili nell'Europa moderna (1350-16*00), Torino: Einaudi, 1985.

- *Uomini senza padrone. Poveri marginali tra medioevo e età moderna*, Torino: Einaudi, 1992.

- *La pietà e la forca. Storia della miseria e della carità in Europa*, Roma-Bari: Laterza, 1995.

GEYMONAT, Ludovico

- *Paradossi e rivoluzioni. Intervista su Scienza e Politica*, Milano: Il Saggiatore, 1979.

GIACANELLI, Ferruccio

- (con G. Campoli) La *costituzione positivista della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e scienze umane», 1973.

- *Un nuovo quadro professionale della borghesia nel secolo diciannovesimo: il personaggio dello psichiatra tra filantropia medica e controllo sociale*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», vol. 104, 1980.

- *Note per una ricerca sulla psichiatria italiana tra le due guerre*, in Filippo Maria Ferro (a cura di) *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano: Università Cattolica, 1989.

- *G. C. Ferrari nella storia della psichiatria in Italia*. Bologna: CLUEB, 1984.

- (con E. Boriosi), *Le parole della psichiatria. Il cittadino e la salute mentale dopo la riforma sanitaria*, Bologna: Zanichelli, 1986.

- *La psichiatria italiana e il suo assetto istituzionale: una lunga metamorfosi*, in «L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma», Bari: Dedalo, 2003.

GIACOMINI, Ruggero

- *La rivolta dei bersaglieri e le giornate rosse*, in «Quaderni del consiglio regionale delle Marche», 2010.

GIBELLI, Antonio

- *Guerra e follia. Potere psichiatrico e patologia del rifiuto nella Grande Guerra*, in «Movimento operaio e socialista», a. III, 1980.

- *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino: Bollati Boringhieri, 1991.

- *Il popolo bambino. Infanzia e nazione dalla Grande Guerra a Salò,* Torino: Einaudi, 2005.

GIANNINI, C.

- *Commemorazione a Gaetano Cappelli*, in «Bollettino della società medica lucchese», 1905.

GIOANNINI, Marco

- *Bombardare l'Italia. Strategie alleate e le vittime civili*, in N. Labanca (a cura di), *I bombardamenti aerei sull'Italia*. Bologna: Il Mulino, 2012.

GIOVANNINI, Paolo

- *Un manicomio di provincia. Il San Benedetto di Pesaro (1829-1918)*, Ancona: Affinità Elettive Edizioni, 2017.

- La psichiatria di guerra. dal fascismo alla Seconda guerra mondiale, Milano: UNICOPLI, 2015.

GIORDANO, Giovan Battista

- *Fra registri e statistiche di Fregionaja*, in «La Provincia di Lucca», vol. 3, n. 6, 1962.

- *L'amministrazione dello Spedale di San Luca della Misericordia dal 1747 al 1782*, in «Quaderni della rivista "La provincia di Lucca"», vol. IV. Lucca: A. G. Lucchese, 1964.

- *Storia dell'ospedale di Fregionaia nel secolo XIX ed inventario del suo archivio storico dal 1813 al 1942*. Roma: Delfino editore, 1991.

- (con L. Laquidara) *Il manicomio di Lucca dalla fondazione all'Unità d'Italia*, in F. Vannozzi (a cura di), *La Storia della Psichiatria e degli Ospedali Psichiatrici in Toscana nell'800, Atti della giornata di Studi*, Siena, Provincia, 1989.

GNOCCHINI, Vittorio

- *Massoneria e Toscana: Logge e massoni in Toscana dal 1731 al 1925,* Roma: Erasmo, 2010.

GOFFMAN, Erving

- *Asylums. Le istituzioni totali: I meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Milano: Einaudi, 1972.

GOGOL', Nikolai Vasilyevich (a cura di Paolo Nori)

- *Racconti di Pietroburgo*, Milano: Marcos Y Marcos, 2018.

GORELLI, Gianfranco (con T. Giartosio)

- *La città e l'isola. Omosessuali al confino nell'Italia fascista*, Roma: Donzelli, 2022.

GRIBAUDI, Gabriella

- *Bombing and Land War in Italy: Military Strategy, Reactions, and Collective Memory*, in J. Echternkamp - S. Martens (a cura di), *Experience and Memory. The Second World War in Europe*, Oxford: Berghahn, 2010.

GROSSMAN, Vassilij

- *Vita e destino*, Milano: Gli Adelphi, 2008.

GUARNIERI, Patrizia

- *La storia della psichiatra. Un secolo di studi in Italia*, Firenze: Olschki, 1991.

- *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Bologna: Il Mulino, 1986.

- *Bambini e salute in Europa 1750-2000*, in «Medicina & Storia», 7, 2004.

GUEVARRE, Andrè

- *La mendicità sbandita col sovvenimento de' poveri,* Torino: Nella Stampa di Gianfrancesco Mairesse e Giovanni Radix, 1717.

GUIDI, Oscar

- *Gli Streghi, le Streghe: antiche credenze nei racconti popolari della Garfagnana*, Lucca: Maria Pacini Fazzi, 1990.

HEINE, Wolfgang

- *Die Deutsche Sozialdemokratie in der Internationale*, in «Sozialistische Monatshefte», Verlag der Sozialistischen Monatshefte, gennaio 1915.

HOLLINGSHEAD, August B. (con Fredrick C. Redlich)

- *Classi sociali e malattie mentali*, Torino: Einaudi, 1965.

KAECH, Richard

- *La concezione somatica dell'isterismo*, in «Rivista Ciba», n. 37 ("L'isterismo"), 1952.

KLINKHAMMER, Lutz

- *Stragi naziste in Italia. 1943–1944*, Roma: Donzelli, 2006.

KRAEPELIN, Emil

- *La colpa e la pena*, in «Rivista di filosofia scientifica», 1882-1883.

LABANCA, Nicola

- *Il nervo della guerra*, Siena: Unicopli, 2020.

LAFONT, Max

- *Déterminisme sacrificiel et victimisation des malades mentaux. Enquête et réflexions au sujet de la mortalità liée aux privations dans les hôpitaux psychiatriques français pendant la Seconde Guerre mondiale*, Thèse Méd. Lyon, Univ. Claude Bernard, 1981.

- *L'extermination douce : la mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy*, Le Cellier, AREFPPI, 1987.

LAGANÀ, Nicola

- «*Purtroppo sul nido d'implumi il nibbio fece la sua preda». Le tragiche conseguenze della notte tra il 1 ed il 2 settembre 1944 nella Certosa di Farneta (Lucca) secondo varie testimonianze*. Lucca: ISREC, 2007.

LAMBRANZI, Ruggiero

- *Contributo allo studio della «frenosi maniaco-depressiva» e della «melancolia da involuzione»*, in «Giornale di psichiatria e tecnica manicomiale», Ferrara, 1903.

LANTERI-LAURA, Georges

- *Sul modo di fare storia in medicina e in psichiatria*, in F, in Filippo Maria Ferro (a cura di) *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano: Università Cattolica, 1989.

- *Storia e coscienza in psichiatria*, in L. Del Pistoia, L. M. Canova, D. Cupido (a cura di), *Contro una società senza memoria. Le radici storiche della psichiatria attuale*, Lucca: Pacini Fazzi, 1991.

LAZZARI, Susanna

- *Giulio Cesare Ferrari psicologo e psichiatra tra Otto e Novecento*, Padova: Edizioni Sapere, 1998.

LAZZERO, Ricciotti

- *La Brigata Nera. Il partito armato della repubblica di Mussolini*, Milano: Rizzoli, 1983.

LEED, Eric J.

- *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima guerra mondiale*, Bologna: Il Mulino, 1985.

LEFÈVRE, André

- *L'Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, tomo VII, Parigi, 1757.

LÉONARD, Jacques

- *La médecine, entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, Paris: Aubier, 1981.

LIPPI FRANCESCONI, Guglielmo

- *Il tempo di riassorbimento del ponfo da iniezione intradermale di soluzione di cloruro di sodio – prova di McClure e Aldrich nei dementi precoci e nei maniaco-depressivi,* in «Rassegna di Studi Psichiatrici», 1931.

- *L'istituto psichiatrico infantile nella provincia di Lucca*, in «Rassegna di Studi Psichiatrici», vol. XXV, fasc. 6, 1936.

- *Note eziologiche sulla debolezza mentale con particolare riguardo alla tubercolosi dei procreatori*, in «Medicina della razza», a. I, n. 2, Lucca: Lippi, 1939.

- *L'ospedale psichiatrico provinciale di Lucca. In S. Maria di Fregionaia*, in «Reale Accademia Lucchese di Scienze, Lettere ed Arti», Lucca: Artigianelli, 1942.

- *Discorso inaugurale, alla mostra Viani, in cui furono esposti i disegni che illustrano questo libro, tenuto dal prof. Guglielmo Lippi Francesconi*, in L. Viani, *Le chiavi nel pozzo,* Firenze: Vallecchi, 1943.

LOMBROSO, Cesare

- *Considerazioni sul processo Passannante,* Napoli: Enrico Detken, 1879.

- *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Roma: Roux, 1893.

- *Gli anarchici*, Torino: Fratelli Bocca, 1894.

- *L'uomo delinquente*, vol. III. Torino: Fratelli Bocca, 1897.

LOUYER-VILLERMAY, Jean Baptiste

- *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypochondrie* , 2 voll. Paris: J.-B. Baillière, 1816.

MAGHERINI, Graziella (con V. Biotti)

- *L'isola delle Stinche e i percorsi della follia a Firenze nei secoli XIV-XVIII*, Firenze: Ponte alle Grazie, 1993.

MAGRI, Furio

- *Biopsicologia del genio politico*, estratto da «Giornale di clinica medica», fasc. XIV, Parma: Tip. Già Cooperativa, 1937.

MALATESTA, Maria

- *Society and the Professions in Italy, 1860–1914,* Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

MAMONE, Graziano

- (con F. Milazzo) *Deserti della mente. Psichiatria e combattenti nella guerra di Libia 1911-1912*, Firenze: Le Monnier, 2019.

- (con F. Milazzo) *Storia e psichiatria. Problemi, ricerche, fonti*, Milano: Biblion, 2019.

- (con Vinzia Fiorino), *Dalla custodia alla cura Infermieri e riforma psichiatrica in Italia*, Pisa: Ed. ETS, 2025.

MARCHI, Monica

- *La resistenza nel Diario di Mario Tobino*, in M. Cioni (a cura di), *Tobino e Bologna. Nuovi itinerari tra medicina, letteratura e storia*, Bologna: Emil di Odoya, 2022.

MARTINUCCI, Silvia

- *Gli 'umani documenti' della follia: lettura de Le libere donne di Magliano di Mario Tobino*, Tesi di Laurea, Università di Firenze, 25 ottobre 1994 (aa 1994/1995). Relatore Giuseppe Nicoletti.

MARTINI, Andrea

- *Dopo Mussolini. I processi ai fascisti e ai collaborazionisti (1944-1953)*, Roma: Viella, 2019.

MAZOWER, Mark

- *L'impero di Hitler. Come i nazisti governavano l'Europa occupata*, Milano: Mondadori, 2010.

MICALE, Mark

- *Charcot and the Idea of Hysteria in the Male: Gender, Mental Science, and Medical Diagnosis in Late Nineteenth-Century France*, in «Medical History», vol. 34, 1990.

MILAZZO, Fabio

- *I demoni del Mezzogiorno. Follia, pregiudizio e marginalità nel manicomio di Girifalco 1881-1921*, Soveria Mannelli: Rubbettino, 2018.

- *Smascherare il soldato simulatore. Difesa sociale e istanze disciplinari in ambito militare prima della Grande Guerra*, in «Diacronie. Studi di Storia Contemporanea», n. 33, 2018.

- *"Pazzi di caserma". Politiche di difesa sociale, tipologie diagnostiche e soldati alienati nel manicomio di Racconigi (1909-1914)*, in «Memoria e Ricerca», 2018/2.

- *«Una casa di custodia pei pazzi pericolosi della provincia». Storia del manicomio di Racconigi dalle origini al fascismo 1871-1930,* Cuneo: Primalpe, 2019.

MOLLAT, Michel

- *I poveri nel Medioevo*, Roma-Bari: Laterza, 1982.

MONDOLFI, Giulia

- *Il lavoro agricolo come mezzo terapeutico. Fregionaia un'eccellenza dimenticata*, in «Rivista di Storia dell'Agricoltura», a. LIII, n. 2, 2013.

MORAGLIO, Massimo

- *Dentro e fuori dal manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, in «Contemporanea», a. 9, n. 1, 2006.

MORSELLI, Enrico

- *Pazzia e ragione,* Milano: Aliprandi, 1893.

MOSSE, George

- *Le Guerre mondiali. Dalla tragedia al mito dei caduti*, Bari, Laterza, 2005.

MUSSO, Giuseppe (con E. Tanzi)

- *L'influenza della suggestione nell'ipnosi isterica: nota clinica e sperimentale*. Milano: Vallardi, 1887.

NERI, Giuseppe

- *Sulla ubicazione di un manicomio e sulla convenienza di averlo in Pisa*, Fano: Tip. Lana, 1869.

- *Sul manicomio di Perugia. Lettera al cav. Dottore Cesare Castiglioni,* Fano: Lana, 1871.

NIERI, Idelfonso

- *Superstizioni e pregiudizi popolari lucchesi*, Lucca: Pacini Fazi Editore, 2020.

NUSSBAUM, Martha

- *Nascondere l'umanità. Il disgusto, la vergogna, la legge*, Roma: Carocci, 2005.

OMODEI, Annibale

- *Annali universali di medicina*, Milano: Annali Universali, 1859.

PADOVAN, Dario

- *Biopolitica, razzismo e trattamento degli "anormali" durante il fascismo*, in F. Cassata e M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica*, Pisa: BFS Edizioni, 2005.

PADULO, Gerardo

- *L'ingrata progenie. Grande guerra, Massoneria e origini del Fascismo (1914- 1923*), Siena: Nuova Immagine, 2018.

PANDOLFI, Alessandro

- *Potere pastorale e teologia politica nel pensiero di Michel Foucault*, in «Il Pensiero politico. Rivista di Storia delle idee politiche e sociali», XXXII, n. 2, 1999.

PAOLELLA, Francesco

- *La psichiatria nelle colonie. Una storia del Novecento*, Milano, Franco Angeli, 2017.

- *Il San Lazzaro di Reggio Emilia e una guerra da amministrare*, in F. Peloso -- C. Bombardieri (a cura di), *Il conflitto, i traumi. Psichiatria e Prima Guerra Mondiale. Reggio Emilia*, Comune di Reggio Emilia, 2019.

PAOLI, Giuseppe

- *No-restraint assoluto nel Manicomio di Lucca*, in «Bollettino della società medica lucchese», Lucca, 1905.

- (con G. Pighini), *Di una speciale forma del globulo rosso nel sangue dei dementi precoci*, in Atti del XII congresso di freniatria, Genova, 18-22 ottobre 1904. Reggio nell'Emilia: Ferraboschia, 1905.

PARDINI, Giuseppe

- *Alle radici del fascismo "intransigente" Teoria e prassi politica nel fascismo lucchese (1920-1922)*, in «Documenti e Studi», n. 14/15. Lucca: Marco Litotipo, 1993.

- *Nascita del regime: la fine del sistema democratico-liberale e la normalizzazione statalista e totalitaria in provincia*, in «Documenti e studi», n.18/19.

- *Dalla conquista del potere all'avvento del regime. Vicende politiche del fascismo lucchese (1923-1932)*, in «Documenti e studi», parte I, n. 18/19.

- *La repubblica sociale italiana e la guerra in provincia di Lucca (1940-1945)*. Lucca: Marco Litotipo, 2001.

PATRICELLI, Marco

- *L'Italia sotto le bombe. Guerra aerea e vita civile, 1940–1945*, Bari: Laterza, 2007.

PATTI, Manoela

- *Le vittime dei combattimenti sul fronte interno*, in N. Labanca (a cura di), *Ostaggi della guerra. Vittime civili del secondo conflitto mondiale*, Roma: Viella, 2024.

PAVONE, Claudio

- *Alle origini della Repubblica. Scritti su fascismo, antifascismo e continuità dello Stato*, Torino: Bollati Boringhieri, 1995.

PÉCOUT, Gilles

- *Il lungo Risorgimento. La nascita dell'Italia contemporanea (1770–1920)*, Milano: Bruno Mondadori, 1999.

PELLIZZI, Giovanni Battista

- *Fecondità è potenza. Osservazioni sul problema demografico*, in «Lettura italiana», Milano, 1929.

PELOSO, Paolo Francesco

- La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945) . Verona: Ombre Corte, 2008.

PENDE, Nicola

- *La Costituzione*, in «Le forze sanitarie», a. VII, 1938.

PETRACCI, Matteo

- *I matti del Duce. Manicomi e repressione fascista*, Roma: Donzelli, 2014.

PETRONI, Gaia

- *I bilanci degli ospedali di San Luca e di Fregionaia*, in R. Sabbatini (a cura di), *Dal monastero allo spedale de' pazzi,* Roma: Donzelli, 2018.

PFANNER, Alessandro

- *Introduzione al corso per infermieri di ospedale psichiatrico*, Lucca: Tip. Amedei, 1953.

PICCIOTTO, Liliana

- *Il libro della memoria: gli ebrei deportati dall'Italia, 1943-1945*, Milano, Mursia, 2002,

PIGHINI, Giacomo

- *La criminalità negli stati iniziali della "demenza precoce*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1906.

- (con Giuseppe Paoli) *Di una speciale forma del globulo rosso nel sangue dei dementi precoci,* in Atti del XII congresso di freniatria, Genova, 18-22 ottobre 1904. Reggio nell'Emilia: Ferraboschia, 1905.

PINEL, Philippe

- *Nosographie philosophique, ou la Méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, Paris: Richard, Caille et Ravier, 1798.

PIZZI, Roberto

- *Il turbolento settembre lucchese del 1893. Continuità del filone laico nella storia cittadina*, in «Documenti e Studi». Lucca: Pacini Fazi, 1996.

POLITI, Giorgio (con M. Rosa e F. Della Peruta a cura di)

- *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna. Atti del convegno "Pauperismo e assistenza negli antichi stati italiani"*, Cremona 28-30 marzo 1980. Cremona: Biblioteca Statale e Libreria Civica, 1982.

PRIGIONE, Francesco

- *Contributo clinico alla demenza precoce*, Lucca: Tip. Rocchi, 1907.

QUARANTA, Mario

- *Giulio Cesare Ferrari. Scritti di psicologia,* Bologna: Pitagora, 1985.

- *I mondi di Giulio Cesare Ferrari. Psicologia, psichiatria, filosofia*, Padova: Edizioni Sapere, 2006.

RADZINOVICZ, Leon

- *Ideologia e criminalità, uno studio del delitto nel suo contesto storico e sociale*, Milano: Giuffre, 1968.

RAMACCINI, Suor Paola

- *Storia delle Figlie della Carità della provincia di Siena*, Roma: ed. Vincenziane, 2002.

RASTRELLI, Carlo

- *Carlo Scorza. L'ultimo gerarca*, Milano: Mursia, 2010.

REICH, Wilhelm

- *Psicologia di massa del fascismo*, Milano: Sugarco, 1976.

RICCI, Luca

- *La Croce Verde di Lucca. Storia della pubblica assistenza*, Lucca: Edizioni S. Marco litotipo, 2001.

RICCUCCI, Marina

- *Le parole per dirlo. La malattia mentale: luoghi, persone, narrazioni*, Pisa: Pisa University Press, 2024.

- *Gli psichiatri scrittori italiani. Una storia di quasi due secoli*, Pisa: Pisa University Press, 2025

RIEFOLO, Giuseppe

- *Nosologia di dottrine, di luoghi e di contingenze*, in *L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma. L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio Provinciale alla chiusura*, vol. III. Bari: Ed. Dedalo, 2003.

RIMBOTTI, Luca Leonello

- *Lorenzo Viani e l'anarco-fascismo. Cronache rivoluzionarie di una cultura totale*, Firenze, Passaggio al bosco, 2025.

ROCCATAGLIATA, Giuseppe

- *Vincenzo Chiarugi (1759-1820): uno psichiatra nella Toscana di Leopoldo I*, in «Neopsichiatria». Pisa: Mariotti, 1972.

ROMANO, Gabriella

- *The pathologisation of homosexuality in fascist Italy. The case of G.,* London: MacMillan, 2019.

ROSCIONI, Lisa

- *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano: Mondadori, 2003.

ROSSI, Marco

- *Capaci di intendere e volere: la detenzione in manicomio degli oppositori al fascismo*, Milano: Zero in condotta, 2014.

ROTELLI, Ettore

- *La forma della giovinezza. Lorenzo Viani e il Duce*. Milano, 1996.

ROVATTI, Toni

- *Leoni vegetariani. La violenza fascista durante la RSI*, Bologna: CLUEB, 2011.

RUSSO, Saverio

- *L'Ospedale di sant'Antonio della Carità, detto della Quarquonia, nella Lucca del Settecento*, Firenze: Olschki, 2003.

SABBATINI, Renzo

- *Dal monastero allo spedale de' pazzi. Fregionaia da metà Settecento al 1808*, Roma: Donzelli, 2012.

SALONNA, Maria Grazia

- *Gli "scemi di guerra". I militari ricoverati al manicomio di Ancona durante la Grande Guerra*, Ancona: affinità elettive, 2015.

SALVATORI, Irene

- *Di follia, di guerra e di altre storie, 1915-1918*, Lecce: Storicum, 2022.

SARTESCHI, Umberto

- *L'ospedale neuropsichiatrico di Volterra durante il periodo bellico*, in «Neopsichiatria», n. 12.

SAUVAGES DE LA CROIX, François Boissier de

- *Nosologia methodica sistens morborum classes iuxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem,* Amsterdam: De Tournes, 1768.

SCABIA, Luigi

- *Il Frenocomio di San Girolamo in Volterra 1888-1910*, Volterra: Carnieri, 1910.

SCARFONE, M.

- *La psichiatria coloniale italiana Teorie, pratiche, protagonisti, istituzioni 1906-1952,* Tesi di dottorato, Università Ca' Foscari, Venezia, 2014. Relatrice prof. Bruna Bianchi.

- *La psychiatrie italienne au front. L'expérience fondatrice de la guerre de Libye (1911-1912)*, in «Le Mouvement social», 257, 2016.

- *La psichiatria coloniale italiana. Traiettoria di una disciplina e delle sue istituzioni*, in (a cura di) F. Paolella, *La psichiatria nelle colonie. Una storia del Novecento*, Milano: Franco Angeli, 2017.

SCARTABELLATI, Andrea

- *L'umanità inutile. La «questione follia» in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del Manicomio provinciale di Cremona,* Milano: Franco Angeli, 2001.

- *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, Udine: Goliardica, 2003.

- (a cura di) *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*,Torino: Marco Valerio, 2008.

SCATENA, Stefano

- *Guerra e follia durante la Grande Guerra. Il dibattito sulla "strana malattia" e le testimonianze dei pazzi militari di Fregionaia*, Tesi di laurea magistrale, Università di Pisa, a.a. 2014-2015. Relatrice prof. Vinzia Fiorino.

SERENI, Umberto

- *Per la storia di un artista militante*, in *Lorenzo Viani. Il segno caricato tra satira e provocazione*. Capezzano Pianore, 1996.

- *Per la storia di un uomo di pena: i giorni di Nozzano*, in G. Bruno, E. Dei (a cura di), *Ai confini della mente: La follia nell'opera di Lorenzo Viani*, Pistoia : M & M, 2001.

SETARO, Marica

- *Capricciose, incorreggibili, disubbidienti. Storie di bambine in manicomio,* in M. Setaro, M. Baioni, *Asili della follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*, Pisa: Pacini, 2017.

SIMONETTI, Simonetta

- *Storia del lavoro femminile. La Manifattura Tabacchi di Lucca. Una fabbrica di pubblica utilità*, Lucca: Argot, 2021.

- (con A. F. Celi) *Con il cuore e con la mente. Vite femminili in Lucchesia tra fascismo e ricostruzione*, Lucca: Maria Pacini Fazi, 2005.

SOFRI, Gianni

- *Ritratto di uno storico: Antonio Anzilotti*, in «Rivista storica italiana», 1961.

SORCINELLI, Paolo

- *Il quotidiano e i sentimenti. Introduzione alla storia sociale,* Milano: Bruno Mondadori, 1996.

STOK, Fabio

- *La formazione dello psichiatra*, Roma: Il Pensiero scientifico, 1981.

- *L'officina dell'intelletto. Alle origini dell'istituzione psichiatrica in Toscana*, Roma: Il Pensiero scientifico, 1983.

- *Luigi Scabia e l'ospedale psichiatrico di Volterra*, in «Neopsichiatria», Volterra, 1983.

- *Vicende e personaggi del Manicomio lucchese*, in «Fogli di informazione», n. 108, febbraio 1985.

- *Kraepelin e i kraepeliniani in Italia*, in F. M. Ferro (a cura di), , in Filippo Maria Ferro (a cura di) *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano: Università Cattolica, 1989..

STRÖMGREN, Erik

- *On the origin of schizophrenic psychoses. Symposium organized by the Interdisciplinary Society of Biological Psychiatry*, Amsterdam: Vân Praag, 1975.

TAMBURINI, Augusto

- *Necrologie*, in «Rivista sperimentale di freniatria». Roma: Tipografia Calderini, 1902.

- *Il processo Musolino e le perizie psichiatriche*, estratto dalla «Rivista sperimentale di freniatria», Reggio Emilia: Tip. Calderini, 1902.

- *L'assistenza degli alienati e il patronato familiare in Italia*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», 1902.

- (con E. Fornasari da Verce) *Le condizioni dei Manicomi e degli alienati in Italia*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», XXVIII, 1902.

TARGIONI-TOZZETTI, Antonio

- *Compendio delle osservazioni ed analisi chimiche sull'acqua salsojodica di Castrocaro*, Forlì: Casali, 1861.

TELANTIN, Luigi

- *Vademecum morale dell'infermiere dell'Ospedale psichiatrico*, Ferrara: Ind. Grafiche, 1949.

TENON, Jacques-René

- *Mémoires sur les hôpitaux de Paris (1788)*, London: University Microfilms International, 1980.

TOBINO, Mario

- *Nota storico-statistica sulla paralisi progressiva nel Manicomio Provinciale di Ancona*, estratto da "L'ospedale Psichiatrico". Rivista di psichiatria, neurologia e scienze affini, anno VII, fasc. V, Napoli: Bianchi, 1939.

- *I risultati ottenuti con l'insulina e la cardiazolterapia in cento casi di schizofrenia*, in «Rassegna di Studi Psichiatrici», vol. XXIX, fasc. 1, gennaio-febbraio 1940.

- *Gli ultimi giorni di Magliano*, Milano, Mondadori, 2009

- *Il clandestino*, Milano: Mondadori, 2013.

- *I tre amici*, Milano: Mondadori, 2014.

- *Le libere donne di Magliano*, Milano: Mondadori, 2016.

TOGNARINI, Ivan

- *Là dove impera il ribellismo. Resistenza e guerra partigiana dalla battaglia di Piombino (10 settembre 1943) alla liberazione di Livorno (19 luglio 1944)*, Firenze: Edizioni Scientifiche Italiane, 1988.

- *Kesselring e le stragi nazifasciste. 1944: Estate di sangue in Toscana,* Roma: Carocci, 2002.

TOUSIJN, Willem

- *Sociologia delle professioni*, Bologna: Il Mulino, 1979.

TRANCHINA, Paolo

- *Intervista a Pierluigi Lippi Francesconi*, in «Fogli di informazione», n. 191.

TRILLAT, Évelyne

- *Santé, médecine et politiques de santé,* in «Histoire, Économie et Société», vol. 3, no. 4, 1984.

UGOLOTTI, Ferdinando

- *L'uso del vino nei Manicomi*, Parma: Cooperativa parmense, 1906.

- *Sul trattamento economico dei Medici nei Manicomi pubblici italiani*, Pesaro: Art. grafici Federici, 1911.

VALERIANO, Annacarla

- *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Roma: Donzelli, 2014.

-*Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Roma: Donzelli, 2017.

VEDRANI, Alberto

- *A proposito di una recente classificazione delle malattie mentali*, in «Bollettino del manicomio provinciale di Ferrara», I-II, 1899.

- (con Jacopo Finzi) *Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce*, in «Rivista sperimentale di Freniatria», 1899.

- *Per la diagnosi e la prognosi delle malattie*, in «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1908.

- *Su le presenti condizioni della psichiatria clinica in Italia*, Ferrara: Tipografia Ferrariola, 1907.

- *I sintomi psichici della pellagra*, in «Bollettino della Società Medica Lucchese», 1905.

- *Cesare Lombroso*, in «La Voce», anno I, n. 50, 1909.

- *Augusto Murri*, in «La Voce», anno I, n. 33, luglio 1909.

- *La psichiatria italiana*, in «La Voce», anno 1, n. 16, 1° aprile 1909.

- *Confessione e Battaglia elettorale*, in «Critica Sociale», ANNO XXIX/numero 21 - novembre 1919.

- *Ministero della sanità?*, in «Critica Sociale», ANNO XXIX/numero 11 - giugno 1919.

- *Saluto a un Maestro*, in «Quaderni di Psichiatria: rivista di coltura e di classe», a. III.

- *La caduta della Bastiglia simbolica*, in «Critica Sociale», anno XXIX, numero 15 - agosto 1919.

- (con G. Paoli) *Accuse di avventati....*, Lucca: Tip. Landi, 1904.

- *Il direttore adunerà il Consiglio Sanitario quando crederà. Il direttore finora se ne è servito in casi eccezionali. Il direttore sente scottare la questione*, in «Quaderni di psichiatria», a. 4, fasc. 1-2.

- *Di un nuovo metodo per escludere da pubblici uffici le persone di maggior criterio*, in «La Voce», ANNO II, numero 13, 1910.

- *Contro lo spiritualismo: La scienza non vuol frontiere*, in «Critica Sociale», a. XXIV, n. 4, 16 febbraio 1914.

- *La scienza non vuol frontiere*, in «Critica Sociale», a. XXIV, n. 4, 16 febbraio 1914.

- *Come la "Critica Sociale" commemora a modo suo la Repubblica Romana*, in «Critica Sociale», a. XXIV, n. 6, marzo 1914.

- *La necessità del silenzio*, in «Critica Sociale», a. XXIV, n. 19, ottobre 1914.

- *Il ritorno delle idee umane*, in «Critica Sociale», a. XXV, n. 10, maggio 1915.

- *Dàlli all'imperialismo,* in «Critica Sociale», a. XXVI, n. 7, aprile 1916.

- *La stroncatura di Prometeo*, in «Critica Sociale», a. XXVI, n. 8, aprile 1916.

- *Saluto ai tipografi*, in «Critica Sociale», a. XXIX, n. 17, settembre 1919.

- *Confessione e battaglia elettorale*, in «Critica Sociale», a. XXIX, n. 21, novembre 1919.

- *Saluto a Gabriele*, in «Critica Sociale», a. XXIX, n. 19, ottobre 1919.

- *Da "La Vraie Italie" alla vera Società delle Nazioni*, in «Critica Sociale», a. XXX, n. 3, febbraio 1920.

- *La coerenza e la logica politica dei letterati e poeti*, in «Rivista popolare di politica, lettere e scienze sociali», 31 ottobre 1911.

- *I poeti e la guerra*, in «L'Avanti!», ed. di Milano, n. 279, 9 ottobre 1911.

- *Intorno alla guerra. Morale eroica o eroica barbarie*, in «L'Avanti!», ed. di Milano, n. 348, 17 dicembre 1911.

- *Ad un superuomo non Goethiano*, in «L'Avanti!», ed. Milano, n. 288, 18 ottobre 1911.

- *Ancora e sempre: Paralisi*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1926.

- *Revisione della questione delle neurosi*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1926.

- *La psichiatria senza pace*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1926.

- *Il pienismo bonum et laudabile e i suoi contrapposti*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1926.

- *Per la preistoria della cura di Wagner*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1926.

- *Alucinor, alucinatus sum, alucinari*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1926.

- *Paralisi progressive*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.

- *La parola agli erodobiologi*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.

- Pagine scelte di psichiatria: Un caso istruttivo di dementia praecox , in «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.

- *Gli epilettoidi*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.

- *Le psicosi degenerative*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.

- *L'ultimo scritto di Kraepelin sull'epilessia*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.

- *La patogenesi dell'accesso epilettico*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.

- *Esibizionismo*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.

- *Rileggendo Stekel*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1927.

- *Patogenesi dell'epilessia*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1928.

- *Epilessia: affezione non univocamente costituita?,* in «Rassegna di studi psichiatrici», 1928.

- *Tutti i casi sono epilessia affettiva ecc.?*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1928.

- *Il ritorno di "Genio e follia",* in «Rassegna di studi psichiatrici», 1928.

- *Pieni e leptosomi: tentativo di accorpamento tipologico*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1928.

- *Per una storia italiana della catatonia: una esumazione*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1928.

- *Ancora sulla psicogenesi dell'epilessia*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1928.

- *Sul contegno religioso degli epilettici*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1928.

- *Episodi di forza e agilità morbosa in epilettici*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1929.

- *Parole di Plant su Kraepelin*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1929.

- *Da Spielmeyer: sull'innervazione locale*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1929.

- *Lombroso in un giudizio di Lange-Eichbaum*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1929.

- *Il memoriale della psichiatria italiana*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1929.

- *Come nasce e come tramonta l'affetto epilettico*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1929.

- *Mitomania: il caso di Ceselio Basso a Pomposa*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1929.

- *Psichiatria forense: personalità psicopatica originaria*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1929.

- *Pagine scelte di psichiatria: E. Kraepelin, Le personalità psicopatiche*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1930.

- *Intermezzo italico: I mattoidi di Lombroso*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1930.

- *Sonno e isteria, sonno invernale e psicosi circolare*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1930.

- *Ancora sul sonno*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1930.

- *Primitivo e secondario nelle schizofrenie*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1930.

- *Genio scientifico e psicopatia*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1930.

- *Patologia gemellare psichiatrica*, in «Rassegna di studi psichiatrici», 1930.

- *Sacco d'oro. Pagine di psichiatria per tutti*, in «Pègaso», ANNO II/Numero 7 - luglio 1930.

VERGA, Andrea

- *Intervento nella Discussione del Progetto di Legge al Senato, 13 febbraio*, in «Rivista sperimentale di freniatria» vol. XVIII, 1892.

- *Dei pazzi che trovavansi reclusi nei manicomi ed ospitali d'Italia alla fine dell'anno 1877*, in «Archivio di statistica». Roma: Loescher, 1880.

VIANI, Lorenzo

- *Le chiavi nel pozzo,* Firenze: Vallecchi, 1943.

VILLANO, Maria

- *La vera storia del Clandestino. Letteratura e storia nei "Promessi sposi" del Novecento*, in M. Cioni (a cura di), *Tobino e Bologna. Nuovi itinerari tra medicina, letteratura e storia*, Bologna: Emil di Odoya, 2022.

VOILLARD, Odette

- *Nancy au XIXe siècle (1815–1871). Une bourgeoisie urbaine*. Paris: Ophrys, 1972.

VON BUELTZINGSLOEWEN, Isabelle

- *Les aliénés morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques francais suos l'occupation,* in *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, 76, octobre-décembre 2002.

WOLLER, Hans

- *I conti con il fascismo. L'epurazione in Italia 1943-1948*, Bologna: il Mulino, 1997.

WOOLF, Stuart J.

- *Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna*. Roma: Laterza, 1988.

ZAMAGNI, Vittorio

- *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo ad oggi*, Bologna: Il Mulino, 2000.

ZUCCHAGLI-ORLANDINI, Attilio

- *Ricerche statistiche sul Granducato di Toscana*, vol. V, Firenze: Tofani, 1854.