

Appunti per una storia
del movimento anti-istituzionale in Italia.
Il rinnovamento
del Santa Maria della Pietà di Roma
di *Olivia Fiorilli*

I

Il contesto: il movimento anti-istituzionale in Italia

Nella primavera del 1966 il giornalista e storico Angelo Del Boca si aggirava nei manicomi italiani per scrivere un'inchiesta sull'assistenza psichiatrica poi confluita in *Manicomi come lager*¹: una denuncia delle tragiche condizioni degli ospedali psichiatrici, paragonati l'anno precedente dal ministro Luigi Mariotti ai «lager germanici».

Non in tutti i manicomi italiani, però, nella seconda metà degli anni Sessanta, la situazione era così drammatica, come non mancava di rilevare Del Boca. Almeno fino agli ultimi anni Cinquanta, la psichiatria italiana era stata nel complesso sorda alle novità provenienti da altri paesi² mentre l'assistenza psichiatrica era rimasta fondata quasi esclusivamente sul manicomio³. Tuttavia, tra la fine degli anni Cinquanta e l'inizio degli anni Sessanta – un periodo della storia della psichiatria italiana solo recentemente sottratto all'oblio – avevano fatto la loro comparsa alcune importanti novità. In primo luogo la nascita di piccoli gruppi di psichiatri e psicanalisti che iniziavano ad assestare i primi colpi alla psichiatria “tradizionale”⁴, secondariamente la diffusione di alcune idee innovative in campo assistenziale. In particolare si guardava ai modelli della comunità terapeutica concepita da Maxwell Jones in Gran Bretagna durante il secondo conflitto mondiale e della “psichiatria di settore”, sperimentata – invece – in Francia. Basata su due idee fondamentali – il manicomio, anche se aperto, non doveva essere il centro dell'assistenza; prevenzione, cura e riabilitazione dovevano essere affidate alla stessa équipe, la quale si doveva occupare della popolazione residente in una specifica area geografica⁵ – la “psichiatria di settore” aveva raggiunto l'apice del consenso in Italia con il congresso “Processo al manicomio”, tenutosi a Bologna nel 1964⁶. Esperimenti di settorializzazione vennero realizzati nel corso degli anni Sessanta e Settanta a Padova, Varese, Milano⁷, Torino⁸ e in altre città. La “comunità terapeutica”⁹, invece, fondata sulla destrut-

turazione dei ruoli e delle gerarchie, sulla gestione collettiva della vita dell'ospedale e sul coinvolgimento di tutta la comunità in esso operante (infermieri, medici, degenti) nello sforzo terapeutico, era il riferimento culturale di diverse esperienze. Tra le più note si annoverano quella di Perugia, avviata a partire dal 1965 con il supporto dell'amministrazione provinciale e divenuta in seguito uno snodo fondamentale del movimento anti-istituzionale¹⁰ e quella avviata sotto la direzione di Sergio Piro presso la clinica Materdomini di Nocera Superiore e interrotta bruscamente nel 1969 con il licenziamento di quest'ultimo¹¹.

Alla comunità terapeutica si era inizialmente ispirato anche l'esperimento avviato nel manicomio di Gorizia¹² da Franco Basaglia e dalla sua équipe a partire dal 1961. Si tratta di un'esperienza "chiave" del rinnovamento psichiatrico italiano per molte ragioni. I medici riuniti a Gorizia avrebbero animato, negli anni Settanta, molti degli esperimenti anti-istituzionali che costituirono la spina dorsale del movimento per il superamento del manicomio, sancito in Italia dalla legge 180 del 1978. Inoltre questa esperienza arrivò sotto gli occhi del grande pubblico attraverso vari canali¹³. In primo luogo i mezzi di comunicazione di massa: il 3 gennaio del 1969, ad esempio, le testimonianze dei ricoverati, degli infermieri e del direttore dell'ospedale di Gorizia venivano trasmesse in televisione grazie al documentario di Sergio Zavoli *I giardini di Abele*. Ma notizie dell'esperienza di Gorizia arrivavano al pubblico anche attraverso libri come *Che cos'è la psichiatria*¹⁴, prima, ma soprattutto *L'istituzione negata*¹⁵, nel quale i medici dell'équipe di Basaglia parlavano dell'esperienza in corso e del suo superamento in vista della totale abolizione del manicomio. *L'istituzione negata*, uscito nel 1968, si diffuse rapidamente oltre la comunità degli "addetti ai lavori". È infatti a partire da quest'anno che il campo della psichiatria venne «invaso dagli studenti, dagli operai, dagli utenti, dalle comunità locali, dagli intellettuali»¹⁶. La critica all'istituzione manicomiale – con la sua insistenza sui concetti di libertà e di lotta all'emarginazione – offriva un terreno teorico e pratico sul quale si potevano esercitare le aspirazioni anti-autoritarie del movimento studentesco¹⁷. E così gli studenti scendevano in campo nella lotta contro il manicomio: ad esempio a Torino, dove, nel dicembre '68, il movimento studentesco cittadino prendeva parte alla breve occupazione dell'ospedale di Collegno¹⁸, o a Parma, dove gli universitari collaboravano all'occupazione del manicomio di Colorno insieme a operatori, degenti e all'assessore provinciale Mario Tommasini, contribuendo a fare pressione sull'amministrazione perché Basaglia fosse assunto come direttore¹⁹. A partire dal 1969, l'anno dell'"autunno caldo", quello della critica al manicomio diventava un terreno di lotta anche per il movimento operaio, che – con la parola d'ordine della riforma sanitaria – si batteva

per la riappropriazione della salute. Non a caso proprio in quell'anno si verificavano le prime prove tecniche di avvicinamento tra Pci e movimento anti-istituzionale, grazie al convegno "Psicologia, psichiatria e rapporti di potere"²⁰ tenutosi presso l'Istituto Gramsci di Roma nel mese di giugno. L'anno seguente, invece, era la volta della Cgil. A Falconara i lavoratori del settore psichiatrico appartenenti al sindacato votavano una risoluzione che, tra l'altro, sottolineava «l'indispensabile mobilitazione ed attiva partecipazione della categoria» per «l'eliminazione di ogni forma istituzionale manicomiale»²¹.

L'ultimo scorcio degli anni Sessanta fu risolutivo nella storia del movimento anti-istituzionale anche per un'altra ragione: nel marzo del 1968 veniva approvata la legge 431, meglio nota come legge Mariotti, dal nome del ministro socialista che l'aveva stilata. Tra le altre cose la norma istituiva il ricovero volontario (e quindi la possibilità per le persone ricoverate con questa formula di lasciare volontariamente il manicomio) e formalizzava la struttura dei Centri di igiene mentale (Cim), prendendo atto della necessità di sviluppare servizi psichiatrici territoriali²².

A partire dal biennio '68-'69, dunque, si moltiplicarono in tutta Italia le esperienze anti-istituzionali accomunate dall'obiettivo del superamento del manicomio. E non stupisce che in molte città si lavorasse intensamente "sul territorio", costruendo servizi socio-assistenziali "alternativi" – oltre ai già citati Cim, laboratori protetti, centri sociali, strutture intermedie per la deospedalizzazione – e operando per la prevenzione del disagio e (soprattutto) dell'esclusione, nelle scuole e nelle fabbriche, per costruire un filtro che impedisse nuovi ricoveri. Se negli anni precedenti le esperienze anti-istituzionali si erano sviluppate, per forza²³ o per scelta, soprattutto all'interno dei manicomi²⁴, negli anni seguenti gli operatori impegnati nella costruzione di una nuova assistenza psichiatrica si concentrarono sia sul lavoro "territoriale" – talvolta esclusivamente su questo, come nel caso di Reggio Emilia²⁵ – sia su quello all'interno dei manicomi: è il caso di Arezzo, Ferrara, Napoli (nell'ospedale Frullone)²⁶ o delle già citate Perugia e Parma. Proprio la relazione tra "lavoro sul territorio" e "lavoro nell'istituzione" e l'eventuale primato dell'uno sull'altro era uno dei temi del dibattito di quegli anni. Dal convegno promosso nel 1972 dall'Unione delle Province italiane ad Arezzo – città della rivista "Fogli d'informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative in campo istituzionale"²⁷, che in quegli anni costituì un elemento di raccordo delle diverse esperienze in corso in tutta Italia – emerse il comune intento di promuovere la "contestualità" dell'azione nell'istituzione e "sul territorio".

Nel frattempo, si era avviata un'altra esperienza destinata, letteralmente, a fare scuola – nel 1973 fu individuata come "zona pilota" per la

psichiatria dall'Organizzazione mondiale della sanità –: quella del manicomio di Trieste. Dal 1971, con l'arrivo del nuovo direttore Franco Basaglia e di numerosi giovani medici e volontari, nel manicomio San Giovanni si era dato inizio ad una prima fase di de-istituzionalizzazione dell'ospedale, fortemente proiettata verso l'esterno, nel tentativo di coinvolgere la cittadinanza nell'esperienza: nel 1973 la città veniva attraversata da un corteo di degenti e operatori al seguito della statua di Marco Cavallo²⁸, costruita dagli stessi ricoverati come simbolo del proprio desiderio di libertà. A partire dal 1974 iniziò, invece, la fase di costruzione di quello che Giovanna Gallio ha definito un «welfare di emergenza»²⁹, vale a dire la ricerca di soluzioni pratiche che permettessero l'uscita dei degenti. Nel manicomio di Trieste si perseguiva la

eliminazione dei ricoveri coatti, del rapporto di custodia, apertura dei reparti e di tutto l'ospedale, suo progressivo svuotamento, messa in disuso dei reparti vuoti, eliminazione di tutte le forme tipiche della vita carceraria, autonomizzazione dei degenti e degli infermieri, reparti misti ed eliminazione delle separazioni tra i sessi, libertà di movimento delle persone dentro-fuori, sussidi per dimessi.

Questo è quanto raccontava lo psichiatra Franco Rotelli nel 1974 al primo convegno dell'associazione «Psichiatria democratica», nata l'anno precedente con l'intento di rappresentare uno strumento di raccordo tra le esperienze anti-istituzionali in corso in tutta Italia. In questo clima ci si avvicinava all'approvazione, nel 1978, della legge 180. Questa norma suscita ancora, a trent'anni di distanza, numerose polemiche³⁰ che, meritando una trattazione autonoma, non saranno analizzate in queste pagine.

Le esperienze anti-istituzionali – fin qui sinteticamente delineate – sono state oggetto di numerose pubblicazioni soprattutto da parte dei protagonisti di quella stagione. Alcuni di questi testi, molti dei quali già citati, hanno carattere esplicitamente memorialistico, altri si propongono una ricostruzione storica del periodo, ma risentono talvolta di alcuni limiti storiografici. Più rari, «praticamente assenti», per usare le parole di Matteo Rovere, che ha censito le pubblicazioni di storia della psichiatria nell'ultimo ventennio, sono stati gli studi sistematici su questo tema da parte di storici e storiche³¹. Tuttavia si contano significative eccezioni. Ad esempio il lavoro di Valeria Babini, la quale ha tentato una ricostruzione complessiva delle vicende del movimento che ha sviluppato un'alternativa al manicomio valorizzando esperienze meno note e contestualizzando quelle più famose, o quello di Patrizia Guarnieri sulle esperienze anti-istituzionali in Umbria³².

Oggetto del presente studio sono le esperienze anti-istituzionali e il processo di de-istituzionalizzazione che hanno avuto luogo in un ospedale psichiatrico, il Santa Maria della Pietà³³, raramente citato tra quelli investiti

dal movimento anti-istituzionale degli anni Sessanta-Settanta. A partire dal biennio '68-'69, tuttavia, anche quest'ultimo, in misura ridotta rispetto ad altri manicomi italiani, è stato coinvolto in un processo di trasformazione che ne ha parzialmente modificato gli aspetti più retrivi.

Nelle pagine che seguono si cercherà di descrivere il processo di apertura del Santa Maria della Pietà, mettendone in luce alcune questioni enucleate grazie all'analisi della memoria che di questo hanno elaborato 15 infermiere impiegate nel manicomio romano nel decennio precedente la legge 180. Si tratta di 17 interviste da me realizzate nel corso del 2009, nell'ambito di un progetto sulla memoria dell'esperienza lavorativa in manicomio, a donne che sono state assunte tra il 1954 e il 1975. Le questioni enucleate attraverso l'analisi di queste interviste guideranno un percorso attraverso le altre fonti – giornali e documenti dell'archivio sanitario e amministrativo dell'ospedale, per citarne alcune – che cerca di individuare questioni problematiche e nodi poco affrontati dalla storiografia e dalla memorialistica che hanno per oggetto il movimento anti-istituzionale.

Il ricorso alle fonti orali, sarà bene specificarlo, non è legato alla ricerca di "informazioni fattuali" o al desiderio di portare alla luce il "clima emotivo" nel quale il processo di de-istituzionalizzazione dell'ospedale ha preso forma: la storiografia nel corso dell'ultimo trentennio è andata sviluppando una sofisticata riflessione sull'uso delle testimonianze orali come fonti per lo studio della memoria e della soggettività³⁴. Il ricorso alle fonti orali permette di contribuire «non già a una storia degli eventi, ma a una storia di come essi hanno acquistato significato per chi li ha vissuti e per chi li racconta»³⁵, scriveva anni fa Alessandro Portelli. Alla genesi di questa significazione, o meglio risignificazione degli eventi, nel caso qui trattato, non possono non aver contribuito molti elementi, *in primis* la delegittimazione del manicomio sancita dalla legge 180. Tuttavia l'intento di questo lavoro non è unicamente quello di analizzare la "memoria collettiva", ammesso che ne esista una sola, che del movimento anti-istituzionale hanno elaborato le infermiere: il "campione" scelto, anche se significativo, non è probabilmente sufficientemente vasto. L'esplorazione del modo in cui alcune infermiere che lo hanno vissuto raccontano il processo di de-istituzionalizzazione del Santa Maria della Pietà è invece utile a rintracciare indizi che permettono di mettere a fuoco nodi tematici e questioni problematiche della storia che ci si propone qui di contribuire a ricostruire. Ad esempio esse aiutano ad illuminare la questione della relazione tra i diversi attori di questa trasformazione, in particolare medici e infermieri, e il modo in cui essa può averne influenzato la memoria pubblica. O, ancora, le fonti orali sono preziose per individuare gli aspetti dell'ordine manicomiale sui quali il processo di de-istituzionalizzazione dell'ospedale ha agito o si immagina abbia agito:

non solo i meccanismi di disumanizzazione delle persone internate ma, anche, la riduzione degli infermieri ad un ruolo esecutivo e subalterno con tutte le conseguenze che essa comportava per questi ultimi sul piano soggettivo. Il punto di vista del personale infermieristico si rivela, in questa ricognizione, particolarmente interessante, se non altro perché è stato ben poco preso in considerazione, come si vedrà più avanti. La scelta di un “campione femminile” offre, poi, la possibilità di uno sguardo ancora più complesso sulle vicende trattate, in virtù della particolare posizione rivestita dalle infermiere, in quanto donne, nell’ospedale e nella società. La “marginalità” del Santa Maria della Pietà nella storia del movimento anti-istituzionale italiano consente, infine, di esaminare un percorso di de-istituzionalizzazione sul quale non pesa una “memoria pubblica” particolarmente strutturata – come quella che si è costruita intorno ad esperienze più note: Gorizia e Trieste, ad esempio – e sul quale quindi, presumibilmente, possono intrecciarsi racconti differenti.

2

Il processo di apertura del Santa Maria della Pietà

Sovraffollato, afflitto da cronica carenza di personale infermieristico, soprattutto femminile, e fatiscente, a metà degli anni Sessanta l’ospedale della capitale era caratterizzato da una gestione decisamente tradizionale. Il manicomio della provincia di Roma era nettamente diviso per genere: le infermiere assistevano le degenti nei padiglioni distribuiti alla sinistra di un asse immaginario che divideva il vasto parco del manicomio, gli infermieri assistevano i degenti nei reparti situati alla destra di quest’ultimo. La vita delle persone internate si svolgeva, priva di qualsiasi stimolo, nei padiglioni, tra i quali venivano distribuite sulla base di criteri prevalentemente comportamentali: esistevano ad esempio i reparti “agitate”, “croniche”, “tranquille” e così via, ciascuno con il proprio corrispettivo nella parte maschile. Solo ad alcune delle persone internate era concesso di interrompere la vuota *routine* quotidiana svolgendo l’ergoterapia nei padiglioni o nelle strutture dell’ospedale, come la cucina, la tipografia, la lavanderia.

Infermieri e infermiere si occupavano delle pulizie dei reparti, provvedevano alle necessità vitali delle persone internate e le controllavano a vista. Ciascun infermiere a inizio turno prendeva in consegna i degenti sui quali aveva una responsabilità penale, ragion per cui non si poteva allontanare dalla propria postazione all’interno del padiglione né lasciare quest’ultimo senza il permesso della suora capo-reparto. Il personale infermieristico doveva inoltre somministrare le terapie, supportare i medici nell’esecuzione dell’elettroshock, legare i/le degenti con le fasce

di contenzione quando prescritto dai superiori. Se il controllo sulle persone internate – spogliate, al momento dell'ingresso in manicomio, di qualsiasi oggetto personale – era rigidissimo, molto severo era anche quello sul lavoro del personale infermieristico, sottoposto alle suore, le quali, vivendo nei reparti, ne gestivano la vita quotidiana. Ma alla fine degli anni Sessanta qualcosa iniziava a cambiare.

Nel marzo 1969, negli stessi giorni in cui a Parma studenti e operatori occupavano il manicomio di Colorno, a Roma un gruppo di infermieri della cellula del Pci del Santa Maria della Pietà distribuiva un volantino che invitava lavoratori del manicomio e abitanti del quartiere Monte Mario ad un'assemblea sul tema dell'assistenza psichiatrica. Anche nel nosocomio romano cominciava a giungere l'eco di quello che stava avvenendo in molte città italiane: i «comunisti del Santa Maria della Pietà» citavano le esperienze di Parma, Firenze, Milano³⁶ e denunciavano la repressione che aveva colpito l'esperimento avviato da Edelweiss Cotti e dai suoi collaboratori nel reparto neuropsichiatrico dell'ospedale di Cividale nel Friuli³⁷, sgomberato dalla forza pubblica. «A questo punto – si leggeva nel volantino – l'interrogativo che si pone con urgenza concerne il nostro contributo a questo processo»³⁸.

Anche a Roma si stava insomma aprendo, pur tra molte difficoltà, una fase di rinnovamento della gestione dell'ospedale e di battaglie per l'«apertura» di quest'ultimo e per la riforma dell'assistenza psichiatrica. Una fase di trasformazione ben presente nella memoria di tutte le donne intervistate per questa ricerca, sebbene i contenuti e le dimensioni di questo cambiamento varino in ragione del punto d'osservazione, delle convinzioni e dell'esperienza della singola narratrice. Non tutte le intervistate, infatti, si sono sentite partecipi del movimento che, come si vedrà, in quel periodo, in diverse forme, spinse perché si innescasse un processo di apertura dell'ospedale psichiatrico romano. Alcune, poche per la verità³⁹, raccontano di aver contestato molte delle innovazioni proposte da medici o da colleghi «impegnati» nella de-istituzionalizzazione dell'ospedale, o di non essersi sentite coinvolte nel processo di trasformazione in corso pur sentendosi personalmente «aperte» e umanamente vicine alle aspirazioni del movimento anti-istituzionale. Altre si sono sentite partecipi del processo di modernizzazione dell'assistenza all'interno dell'ospedale, ma non hanno aderito attivamente al movimento che ne ha promosso la de-istituzionalizzazione. Altre, infine, si sono sentite coinvolte – in misure e forme differenti – nel processo di apertura dell'ospedale. È soprattutto, ma non esclusivamente, dall'analisi dei racconti di queste ultime che prende le mosse la presente ricerca.

In questo e nel prossimo paragrafo si analizzeranno alcuni passaggi di questo processo di apertura. Ci si soffermerà qui su alcuni degli elementi

che più lo simboleggiano nella memoria delle intervistate e che risultano particolarmente significativi perché condensano i tratti salienti della trasformazione dell'istituzione dal punto di vista della posizione che in essa ricoprivano gli infermieri. Nel paragrafo successivo ci si concentrerà poi sul modo in cui le intervistate ricordano un altro elemento fondamentale del processo di de-istituzionalizzazione dell'ospedale, ovvero i reparti aperti, per formulare alcune considerazioni sul concetto di apertura.

Alla fine degli anni Sessanta, si diceva, al Santa Maria della Pietà iniziava un periodo di «fermento», per usare le parole di Gianna C., assunta nel 1970. Ma in quel periodo non era in fermento solo il manicomio. Nell'ambito del movimento studentesco, nel biennio '68-'69, era nato un collettivo psichiatrico, composto da studenti di medicina, che promuoveva «incontri e iniziative con gli infermieri dell'Ospedale Psichiatrico, a cui partecipa[va]no anche dei rappresentanti politici del Partito Comunista Italiano, in particolare il consigliere provinciale Nando Agostinelli»⁴⁰. Il teatro dell'ospedale iniziava, intanto, ad ospitare assemblee e incontri sulle condizioni di vita dei degenti e sulla riforma dell'assistenza psichiatrica, spesso promossi dagli infermieri sindacalisti⁴¹, non senza qualche difficoltà. Ad esempio, il 1° marzo 1969 l'assemblea che gli «infermieri iscritti alla Cgil» avevano indetto per affrontare «il rinnovamento della gestione, dell'organizzazione interna dell'ospedale e della assistenza psichiatrica», alla quale avevano invitato «studenti della facoltà di medicina e alcuni medici innovatori»⁴², veniva impedita dalla polizia chiamata dal direttore Gerlando Lo Cascio. D'altra parte, se quest'ultimo si rifiutava di avviare un confronto con infermieri, degenti e studenti sulla gestione del manicomio⁴³, sotto la sua direzione venivano avviate alcune caute iniziative volte a «rendere meno *disagevole* la permanenza dei degenti in ospedale»⁴⁴. Gite fuori porta, proiezioni di film, corsi d'istruzione per i degenti in qualche reparto, organizzazione di tornei, queste alcune delle iniziative «liberalizzatrici» prese da Lo Cascio e dal suo successore Massimiliano Bartoloni (1970-74). Nello stesso periodo si andava diffondendo nei padiglioni anche un'altra novità: le assemblee di reparto. Vi prendevano parte i medici, i degenti e gli infermieri. Nelle assemblee si discutevano le condizioni di vita nei reparti e iniziavano ad emergere le necessità primarie dei degenti riguardanti il vitto, il vestiario, l'uso delle posate.

Mentre i provvedimenti legislativi promossi dal consiglio provinciale – per lo più sotto la spinta dei consiglieri comunisti – per favorire la deospedalizzazione dei degenti e costruire una rete di servizi territoriali rimanevano sostanzialmente lettera morta⁴⁵, nei primi anni Settanta le battaglie del personale contribuivano ad introdurre alcune novità nell'ospedale. Ad esempio nel dicembre del 1970 gli infermieri del padiglione maschile 18, il

reparto di alta sorveglianza nel quale erano custoditi gli internati in attesa di perizia psichiatrica o di giudizio, riuscivano, con una protesta durata un mese, a ottenere l'interruzione del servizio di custodia dei ricoverati-detenuti e si proponevano di avviare un programma di progressiva apertura del reparto⁴⁶. Qualche anno più tardi, se ne parlerà meglio più avanti, le battaglie di medici e infermiere del reparto 8, nel quale erano custoditi i minori di 14 anni, ne ottenevano la chiusura.

Nel frattempo, la trasformazione della gestione dell'ospedale e delle condizioni di vita dei degenti entrava sempre più stabilmente nell'agenda dei sindacati degli infermieri. Nel congresso della sezione sindacale della Cgil, tenutosi nel teatro dell'ospedale nell'aprile del '69, ad esempio, i sindacalisti si ponevano come obiettivo l'abolizione del regolamento interno risalente al 1936, che costituiva «un impaccio per i sanitari e un insieme di norme vessatorie sia per gli infermieri che per i malati»⁴⁷ e l'istituzione dell'assemblea generale e delle assemblee di reparto come metodo di discussione dei problemi dell'ospedale. A partire dai primi anni Settanta, poi, gli scioperi del personale vertevano sempre più spesso tanto su questioni strettamente sindacali quanto su questioni attinenti le condizioni di vita dei ricoverati e l'assistenza. Ad esempio nella piattaforma di uno sciopero molto partecipato indetto dai sindacati confederali nel gennaio del '72 le rivendicazioni direttamente connesse con le condizioni di lavoro del personale convivevano con la richiesta di istituire scuole e laboratori protetti per i degenti, di potenziare la rete dei centri di igiene mentale e di stanziare sussidi per le dimissioni⁴⁸.

Con lo sciopero del gennaio 1972, tra le altre cose, i lavoratori dell'ospedale chiedevano l'assunzione degli ausiliari per svolgere le pulizie dei reparti. L'arrivo degli ausiliari nell'ospedale, che avvenne effettivamente solo al principio del '74 dopo lunghe battaglie⁴⁹, è associato da più di un'intervistata al processo di trasformazione dell'ospedale. Gli elementi che, nella memoria delle narratrici, segnalano la trasformazione del manicomio sono diversi – la pratica delle assemblee di reparto, l'apertura delle porte in alcuni padiglioni, la possibilità, per le degenti, di uscire accompagnate dalle infermiere –, ma questo appare particolarmente significativo proprio perché peculiare. Ci si può infatti domandare come mai un elemento che ha apparentemente così poco a che fare con la tragica condizione delle persone internate in manicomio sia annoverato quasi immancabilmente tra gli eventi significativi del processo di apertura dell'ospedale. La portata trasformativa dell'arrivo degli ausiliari – sentito dalle narratrici come un passaggio del processo di qualificazione⁵⁰ della professione che doveva aprire la strada al superamento della funzione meramente servile e custodiale del personale di assistenza – risiede, probabilmente, soprattutto nella sua funzione destrutturante rispetto

alla tradizionale gerarchia dell'ospedale e alla posizione delle infermiere e degli infermieri all'interno del sistema-manicomio. La ferrea gerarchia dell'ospedale e l'umile posizione del personale infermieristico avevano una funzione strutturale all'interno del dispositivo manicomiale perché garantivano che il mandato custodiale dell'istituzione venisse esercitato concretamente da chi deteneva la posizione più bassa, dopo quella degli internati, all'interno della struttura piramidale dell'ospedale e da chi, secondo la legge, non aveva responsabilità terapeutiche né potere decisionale. Appare allora interessante l'invettiva che Teresa D. B., assunta nel 1973, racconta di aver rivolto al primario del reparto nel quale lavorava:

Io non condivido questo atteggiamento con... le persone che stanno qui ricoverate, io sono entrata come infermiera di ruolo, ho vinto tanto di concorso, non ho capito perché devo... la suora butta l'acqua per le scale e io devo pulire.

Nelle parole dell'intervistata "orgoglio professionale" (significativamente contrapposto ad un'attività non solo "umile", ma anche fortemente caratterizzata in termini di genere), rifiuto di un ruolo meramente custodiale, critica nei confronti delle condizioni di vita delle persone internate e insofferenza per la gerarchia vigente in manicomio si intrecciano in modo inestricabile e solo apparentemente confuso.

Tuttavia l'elemento più frequentemente associato alla trasformazione dell'ospedale dalle narratrici è l'introduzione delle posate nei reparti. Alle persone internate era normalmente permesso usare esclusivamente il cucchiaino. La possibilità di concedere ai ricoverati forchette e coltelli di plastica era stata vagliata già nel 1966st, evidentemente senza esiti concreti. Fu a partire dalla fine degli anni Sessanta che l'abitudine di permettere l'uso delle posate cominciò ad essere introdotta in modo asistemático in diversi reparti. L'introduzione delle posate è raccontata come un evento fondamentale nel processo di apertura dell'ospedale anche da coloro che hanno lavorato nei reparti aperti – dei quali si parlerà più avanti – dove le novità rispetto alla normale gestione del reparto erano molte e di grande portata. Tatiana G., entrata al Santa Maria della Pietà nel '68, ha lavorato a lungo nel reparto aperto 17. La narratrice annovera tra i primi elementi di innovazione proprio l'introduzione di forchette e coltelli: «facemmo un lavoro grosso, pure là. Apertura delle porte, circolavano liberamente i pazienti, mettevamo forchette coltelli... proprio i pazzi da lega'». L'ultima affermazione di Tatiana G. è illuminante per comprendere il significato che può aver avuto l'introduzione delle posate nei reparti. L'importanza conferita dalle narratrici a questa novità è direttamente proporzionale al grado di pericolosità attribuito alle persone ricoverate da un'istituzione che aveva come primo obiettivo quello di renderle completamente innocue e che, a questo scopo, reprimeva ogni manifestazione dell'individualità

dei degenti. Consentire l'uso delle posate, un gesto apparentemente di poco conto nell'economia dei meccanismi di reificazione vigenti in manicomio, metteva immediatamente in discussione la supposta pericolosità del "malato", sulla quale poggiava la stessa ragion d'essere dell'internamento coatto. Bisogna peraltro considerare che la "gestione" di tale "pericolosità" era interamente demandata al personale infermieristico. Inoltre la concessione delle posate sfidava il sentimento dominante in ospedale: la paura, vera protagonista della scena dell'istituzione, «sempre presente perché così è trasmessa dall'istituzione agli infermieri, da infermiere a infermiere e, da ultimo, quasi in un moltiplicarsi di intensità, da infermiere a malato»⁵².

Ma c'è un altro elemento che rende "memorabile" l'introduzione delle posate. Essa poteva rappresentare un fattore di rottura – ancorché parziale – dello "stato di eccezione" vigente per le persone internate nell'ospedale psichiatrico contribuendo a restituire ai ricoverati l'umanità sottratta loro attraverso un meccanismo di disumanizzazione basato anche sul fatto che questi non potessero mangiare «come i cristiani», per usare una felice espressione di Gianna C. Non a caso Erving Goffman nel suo celebre *Asylums*, annovera l'obbligo imposto ai ricoverati in manicomio di mangiare solo con il cucchiaino, e quindi di tenere un atteggiamento «sgradevole» di fronte agli altri, tra le «mortificazioni del sé»⁵³ messe in atto dalle istituzioni totali nei confronti degli internati. Lo storico Norbert Elias, ne *La civiltà delle buone maniere*, individua nel comportamento prescritto a tavola un indicatore fondamentale della particolare "economia degli affetti" che caratterizza ciascuna società.

Esaminando [...] le nostre sensazioni circa il *rituale della forchetta* – scrive Elias – un dato emerge con molta evidenza: l'istanza primaria in base alla quale noi distinguiamo tra comportamento "civile" e "incivile" a tavola è il nostro senso di ripugnanza [e non motivi igienici]. La forchetta non è dunque altro che l'incarnazione di un determinato livello di affettività e di ripugnanza⁵⁴.

Non deve dunque stupire che un elemento apparentemente così modesto si carichi di una tale forza simbolica e venga individuato come elemento destrutturante rispetto all'ordine manicomiale.

3

I reparti aperti

A partire dal 1974 si cominciarono a moltiplicare nell'ospedale quelli che allora venivano definiti reparti aperti. Si trattava di padiglioni nei quali per scelta del personale si provava a destabilizzare la struttura gerarchica dell'ospedale attraverso un lavoro di équipe volto a superare la divisione dei ruoli, si sperimentavano forme di autogestione del reparto per mezzo

di assemblee e riunioni con la partecipazione delle persone ricoverate, si cercava di portare avanti un processo di de-istituzionalizzazione dell'ambiente, si smetteva di ricorrere alla contenzione e, naturalmente, si aprivano le porte che dividevano gli spazi interni al reparto e impedivano l'uscita da quest'ultimo.

L'espressione "reparto aperto", almeno fino alla fine degli anni Sessanta, non era immediatamente legata a pratiche anti-istituzionali. In *Manicomi come lager* Del Boca parlava dell'istituzione di reparti aperti in diversi manicomi italiani⁵⁵. Tra questi il giornalista citava esperienze completamente diverse: da quella del manicomio di Gorizia, sotto la direzione di Basaglia, a quelle di Villa Verde e Villa Azzurra a Torino. Queste ultime erano strutture *open door* parallele al manicomio, nelle quali venivano ricoverate persone non classificate come «pericolose per sé e per gli altri» e quindi non sottoposte a internamento coatto. Al loro interno, scrive Massimo Moraglio nel suo lavoro dedicato al manicomio di Grugliasco, si attuava una «debole azione di rinnovamento» senza effetti concreti⁵⁶. Villa azzurra, poi, lungi dall'essere una struttura nella quale si realizzava un «reale cambiamento epistemologico»⁵⁷ rispetto al paradigma manicomiale, fu addirittura al centro di uno scandalo che coinvolse il suo direttore, accusato di abusi sui ricoverati minorenni. Si può dunque ipotizzare che della stessa natura dovessero essere i padiglioni aperti che l'allora direttore del Santa Maria della Pietà Gerlando Lo Cascio aveva proposto di creare nel 1967: il progetto era stato bocciato nel 1970 perché considerato ormai "superato" dall'approvazione della legge 431/68 – che istituiva la possibilità del ricovero volontario⁵⁸.

Almeno dal 1975, però, a Roma, l'accezione dell'espressione "reparto aperto" – significativamente utilizzata con sempre maggior frequenza – assunse una più chiara connotazione anti-istituzionale. Non a caso la si incontra con frequenza nel dibattito sull'assistenza psichiatrica in seno al consiglio provinciale dopo l'insediamento, nell'estate del '76, di una giunta di sinistra – all'interno della quale erano rappresentati Pci e Psi – che aveva in programma la chiusura dei manicomi nella provincia di Roma e difendeva con forza l'operato del personale dei reparti aperti del manicomio capitolino. Fornisce inoltre un'indicazione del carattere programmaticamente anti-istituzionale dell'espressione "reparti aperti" un documento rivendicativo stilato dagli operatori che in essi lavoravano, i quali ribadivano di non accettare «né il mantenimento né il rafforzamento di un'istituzione deputata alla tutela di un falso ordine sociale, e che da questa scelta non vogliono recedere, che anzi ribadiscono energicamente»⁵⁹. Questo documento fornisce anche indicazioni più precise su quali fossero i reparti aperti. La prima stesura era stata realizzata dagli operatori dei padiglioni 16, 17, 20, 25 e 32. Questi cinque erano i reparti

più comunemente identificati come aperti: presumibilmente gli stessi ai quali la giunta di sinistra vantava di aver fornito appoggio nella relazione che accompagnava un “piano quinquennale” per il superamento del manicomio⁶⁰.

Il primo ad avviarsi sulla strada dell’apertura era stato il reparto 17, nel quale erano internate donne classificate come “agitate”. L’esperienza di gestione alternativa del reparto aveva avuto inizio al principio degli anni Settanta. Progressivamente nel padiglione si tentò «l’abolizione totale di metodi repressivi (contenzione, elettroshock, autoritarismo, uso pesante di psicofarmaci, ecc.)»⁶¹, una gestione comunitaria del reparto, la costruzione di una possibilità di uscita dal manicomio per le ricoverate⁶².

Il percorso degli altri reparti aperti iniziò, invece, a metà degli anni Settanta. A partire dal 1974 i reparti maschili 20 e 32, nei quali erano ricoverati i “degenti-lavoratori”, che svolgevano l’ergoterapia fuori dal padiglione, iniziarono a «porsi in modo alternativo rispetto all’istituzione»⁶³. Al centro dell’esperienza di de-istituzionalizzazione di questi padiglioni c’era la riflessione sul lavoro svolto dai ricoverati. I due reparti furono, ad esempio, il centro propulsivo dello sciopero a tempo indeterminato dei degenti-lavoratori che si tenne nella primavera del 1976 per una radicale trasformazione delle condizioni di lavoro nell’ospedale: tra le altre cose si chiedeva la “gestione assembleare” dei compensi e la formazione dei degenti-lavoratori anche in vista della costituzione di una cooperativa. Ed effettivamente nel gennaio del 1977 – come già era successo nell’ospedale psichiatrico di Trieste nel ’72⁶⁴ – nacque la cooperativa “L’Esempio”, di cui facevano parte lavoratori ricoverati e non.

Il 1974 fu anche l’anno d’inizio dell’esperimento anti-istituzionale del reparto 16, dove erano ricoverati i malati di tbc. Anche questo padiglione dopo un ciclo di riunioni del personale, sollecitate dal neodirettore Ferdinando Pariente, si avviò sulla strada della de-istituzionalizzazione. Il reparto 16 fu il primo a superare la ferrea divisione di genere vigente nell’ospedale: uomini e donne, degenti e infermiere/i, iniziarono a condurvi vita comune. Nel maggio del 1977, usufruendo di una delibera provinciale simile a quella già approvata a Trieste nel 1973, il reparto si trasformò in “zona ospiti”, offrendo un luogo dove vivere a persone giuridicamente dimesse ma prive della possibilità di abitare fuori dall’ospedale per ragioni socio-economiche.

Nell’estate del 1975 un gruppo di infermieri del reparto 22, dopo il fallimento dei tentativi di avviare un’esperienza di de-istituzionalizzazione nel reparto maschile più grande dell’ospedale, nel quale erano rinchiusi i ricoverati etichettati come “cronici”, diede inizio con un piccolo gruppo di degenti ad un’esperienza di autogestione nel padiglione 25, allora in disuso, del quale offre una dettagliata descrizione il libro *Santa Maria della*

*Pietà, padiglione 25*⁶⁵. Il reparto 25 si prefiggeva di essere un «luogo di riabilitazione interna tendente alla autogestione e alla deospedalizzazione»⁶⁶, pertanto i degenti – tutti “ricoverati volontari” (articolo 4, legge 431/68), che potevano liberamente uscire dal reparto – lavoravano, frequentavano i corsi delle 150 ore, erano seguiti nei rapporti con le famiglie.

Nel Reparto l'elemento portante di tutto il lavoro è l'intesa e la coesione della sua équipe [...]. L'apertura del Reparto non è soltanto esterna, ma anche 'interna', garantita dall'abolizione della vecchia composizione gerarchica presente in tutto l'ospedale, da un sistematico confronto assembleare a tutti i livelli.

In realtà la coesione dell'équipe e l'abolizione della composizione gerarchica del reparto sembrano essere stati più dei *desiderata* che dei fatti concreti. Nel Registro sanitario gli infermieri del padiglione 25 appuntavano spesso la delusione per il disinteresse dei medici rispetto all'andamento della vita del reparto⁶⁷, del quale i primi sentivano tutta la responsabilità. In effetti il 25 è oggi ricordato come un reparto sostanzialmente autogestito dagli infermieri⁶⁸.

I reparti aperti sono stati, molto probabilmente, una realtà concreta, visibile e riconoscibile all'interno dell'ospedale psichiatrico romano. Il documento rivendicativo prodotto dagli operatori che vi lavoravano fu ad esempio presentato in un'assemblea dell'ospedale nel febbraio del '76. Inoltre un “Coordinamento degli operatori dei reparti aperti e del Cim” era impegnato nella promozione della visibilità di queste esperienze: una delle iniziative promosse a tal fine nella primavera del '76 era un cineforum aperto a degenti e operatori degli altri reparti⁶⁹.

Si può dire che l'esperienza dei reparti aperti sia l'elemento che più avvicina il processo di apertura del Santa Maria della Pietà a quello avvenuto negli altri ospedali italiani investiti dal movimento anti-istituzionale. Eppure questa non è centrale nel racconto del processo di de-istituzionalizzazione dell'ospedale romano elaborato dalla maggior parte delle intervistate. La memoria di questa esperienza è, anzi, confusa e frammentata. Il concetto di reparto aperto, nei racconti delle narratrici, si allarga fino ad includere reparti che allora erano considerati tradizionali e ad escludere altri che, invece, erano considerati aperti. Teresa D. B.⁷⁰, ad esempio, ha lavorato per lo più nel reparto 13 – un padiglione il cui primario era considerato piuttosto tradizionale⁷¹ – all'interno del quale l'intervistata narra di aver condotto una strenua battaglia personale contro gli aspetti più evidentemente istituzionalizzanti della gestione del reparto e contro la chiusura che lo caratterizzava.

Aperti c'era soltanto il 20 che era aperto – racconta Teresa D. B. – gli altri erano tutti chiusi. [...] da queste riunioni che abbiamo cominciato a fare con gli infer-

mieri che sono entrati nel '73, '75 abbiamo iniziato un po' a ribellarci a questa chiusura che c'era dentro per loro [i ricoverati].

Più avanti la narratrice aggiunge al novero di quelli aperti anche il 16 e il 19 dove «avevano cominciato un po' a fare questi mini appartamenti». Il 19 non è individuato come reparto aperto da nessuno dei documenti dell'epoca. Dopo l'approvazione della legge 180 questo padiglione divenne, sulla scia di quanto già avvenuto al reparto 16, "zona ospiti". Annoverare tra i reparti aperti un'esperienza di de-istituzionalizzazione che prese il via dopo l'approvazione della legge 180, evidentemente, depotenzia la carica innovativa di questi ultimi. "Sminuendo" la portata innovativa dei reparti aperti – e quindi in qualche modo la loro centralità nel processo di apertura dell'ospedale – la narratrice conferisce per converso centralità e importanza all'esperienza di chi, come lei, ha contestato l'ordine manicomiale all'interno di un reparto tradizionale, senza l'appoggio dei medici. Sono molte, in effetti, le narratrici che descrivono forme di ribellione e resistenza spontanea e individuale alle norme imposte dall'istituzione⁷². Non a caso Teresa D. B. sottolinea, contestualmente, l'importanza dell'iniziativa autonoma degli infermieri che si «ribellavano» alla chiusura dalla quale erano caratterizzati tutti i reparti. Illuminanti, in questo senso, le parole che la narratrice riserva al padiglione 17, l'unico reparto femminile aperto nonché il primo padiglione ad avviare un'esperienza di questo tipo:

Non è che soltanto il 17 [era attraversato da importanti novità], perché dal 13 è incominciata questa cosa che sono cominciati... no con P. [il primario del padiglione 17] che lui ha cominciato, ma proprio perché sono entrati infermieri nuovi, con una mentalità diversa, hanno cominciato a ribellarsi.

Se letto in questo senso appare più chiaro come mai molte intervistate non annoverino il 17 tra i reparti aperti. Tra le poche che lo fanno, prevale invece una singolare ricorrenza. Al contrario di quanto esplicitamente affermato dalle intervistate che vi hanno lavorato, coloro che ricordano il 17 come un reparto aperto pur non avendovi lavorato, raccontano tutte che il personale del padiglione subiva continui infortuni. «Le botte che prendevano le infermiere – dice ad esempio Lidia A.⁷³ – erano cose da orbi perché ad esempio... perché vedi che c'è, l'apertura con pazienti che stavano male, in manicomio, non è stata facile». Si può ipotizzare che nell'insistenza sulla frequenza degli incidenti che vedevano coinvolte infermiere del padiglione 17 le narratrici condensino una nota critica – "lecita" perché apparentemente oggettiva: nel reparto, in fondo, erano ricoverate donne classificate come "agitate" –, un'attitudine "ambivalente" nei confronti delle esperienze di più forte rottura dell'ordine

manicomiale che potevano avere luogo solo in seguito ad un'assunzione di responsabilità da parte dei medici. Tali esperienze, dimostrando che quest'ordine poteva essere rotto, "rischiano", in effetti, di mettere implicitamente in discussione l'assunto che fosse impossibile lavorare in modo radicalmente diverso in manicomio. In questo modo le testimonianze delle intervistate mettono implicitamente in luce la complessità della posizione del personale infermieristico, il quale esercitava direttamente il mandato segregante dell'istituzione ma aveva una limitata possibilità di modificarne i meccanismi.

D'altronde la frequente "confusione" su quali fossero i reparti aperti e l'implicita attenuazione della loro specificità ha le sue radici nella complessità della situazione dell'ospedale in quegli anni. A partire dalla metà degli anni Settanta, infatti, il processo di de-istituzionalizzazione dell'ospedale subì una svolta. Con l'arrivo nel '74 di due nuovi direttori⁷⁴, Antonino Iaria e Ferdinando Pariente⁷⁵, e con l'insediamento, nell'estate del 1976, di una giunta provinciale di sinistra – della quale si è già parlato – questo processo iniziò ad essere promosso anche "dall'alto". A partire dalla fine del 1975 i neodirettori cercarono di promuovere una trasformazione nella gestione dei reparti. La spinta al cambiamento veniva anche dai sindacati degli infermieri, in particolare dal Consiglio d'ospedale e del Cim, l'organismo sindacale di base di Cgil, Cisl e Uil, nato nell'estate del '74, che aveva avanzato una serie di proposte per la «ristrutturazione dei servizi nei reparti con la realizzazione di attività riabilitative e risocializzanti in una linea di deospedalizzazione»⁷⁶. Dopo un ciclo di assemblee del personale in tutti i reparti le direzioni avevano diramato, nel dicembre del '75, un ordine di servizio con il quale invitavano tutti i padiglioni a dotarsi di «strumenti operativi (équipes) e programmi»⁷⁷ volti alla de-istituzionalizzazione delle strutture ed al reinserimento sociale dei degenti. Nell'aprile del '76 un nuovo ordine di servizio delle direzioni aveva dato indicazioni ancora più precise in vista di un rinnovamento in senso comunitario della gestione dei reparti⁷⁸.

Inoltre, in quegli anni la nuova giunta, il cui assessore all'assistenza psichiatrica era il comunista Nando Agostinelli, da anni impegnato nelle battaglie per la trasformazione dell'assistenza psichiatrica, stanziava fondi per programmi di "socializzazione" dei degenti, incontrava operatori e ricoverati per conoscerne esigenze e proposte⁷⁹, formulava piani per la progressiva apertura di tutti i padiglioni⁸⁰.

Sebbene la diffusione di nuovi modelli di gestione dei reparti incontrasse, molto probabilmente, alcune resistenze⁸¹ e nonostante il fatto che il processo di trasformazione si diffondesse nell'ospedale in modo disomogeneo⁸², in molti padiglioni, anche quelli considerati tradizionali, furono introdotte in quel periodo alcune delle novità che caratterizzavano

i reparti aperti, quali il lavoro d'équipe o l'apertura delle porte. Non a caso in quegli anni era in corso, nell'ospedale romano, un dibattito sui diversi modi di intendere parole quali "apertura" o "de-istituzionalizzazione"⁸³, sempre più largamente utilizzate. Nel 1977, ad esempio, la redazione de "Le voci", il periodico autogestito da alcuni medici e degenti del Santa Maria della Pietà, si proponeva di dar vita a

un dibattito nell'ospedale e tra tutti i lettori del giornale sui temi e sulle esperienze che nei vari padiglioni vengono portate avanti. Già le interviste presentate in questi ultimi due numeri [agli operatori dei reparti 16 e 17 e del padiglione 10] dimostrano che le espressioni "apertura" e "umanizzazione" del manicomio non hanno necessariamente lo stesso significato per chi le usa. Il dibattito che noi auspichiamo dovrebbe fare un po' di chiarezza in un terreno dove democrazia e demagogia, liberazione e nuovi privilegi si intrecciano inseparabilmente⁸⁴.

D'altronde che la diffusione su più larga scala di alcuni elementi di rinnovamento dell'assistenza rendesse più confuse le differenze tra le esperienze esplicitamente anti-istituzionali e quelle puramente tese al miglioramento delle condizioni di vita nell'ospedale è suggerito dai toni accesi di una lettera ricevuta da "Le voci" dopo la pubblicazione dell'invito al dibattito sul tema dell'apertura. Un'operatrice lamentava il fatto che il periodico avesse pubblicato «l'intervista al XVII, un padiglione che da sette anni si muove in un'ottica di superamento della struttura manicomiale, con tutto il lavoro duro e sofferto che questo comporta e l'intervista al X, una sorta di clinichetta privata all'interno dello Op, in cui si sbandiera per apertura l'abbattimento della rete e la porta aperta»⁸⁵ e invitava i redattori a «prendere posizione».

La confusione su quali fossero i reparti aperti che si riscontra in molte interviste poggia dunque, probabilmente, anche sul fatto che effettivamente a partire dalla fine del '75 gli elementi di innovazione che si stavano diffondendo nell'ospedale rendevano più sfumate le differenze tra reparti aperti e tradizionali. Tuttavia non si può non considerare significativo che anche quante, tra le intervistate, hanno preso attivamente parte all'esperienza dei reparti aperti e sono state dunque coscienti della sua specificità, ne conservino una memoria frammentata. Se ad esempio Tatiana G., che ha lavorato nel reparto 17, non annovera il 16 tra i reparti aperti, Elsa F.⁸⁶, la quale invece ha lavorato nel reparto 16, non ricorda nessun'altro dei reparti che avevano avviato esperienze anti-istituzionali.

L'oblio che circonda molte esperienze di apertura può senz'altro essere attribuito ad una lacuna soggettiva della memoria, tuttavia può essere letto sotto un'altra luce se si considerano attentamente alcune testimonianze. Ad esempio quella di Nina S.⁸⁷, che non si è sentita pienamente coinvolta dal movimento per l'apertura dell'ospedale. La

narratrice definisce il 17 – nel quale, è bene specificarlo, non ha lavorato – un reparto «d'innovazione», ma questo non le impedisce di raccontarlo come un padiglione essenzialmente «chiuso»:

era chiuso il 17, era un reparto brutto, chiuso, eh... sì però lì dopo, un periodo... non la so molto bene la storia del 17, perché lì c'era P. e c'era A. [primario e aiuto], lì pure, dottori... ma erano... forse so' stati pure un po' l'avanguardia di queste cose, adesso che mi viene in mente. Però questo dopo. [...] No ecco che mi viene in mente [...] lì non è che era aperto, lì è stato un reparto molto difficile.

Il fatto che nella memoria della narratrice l'idea che il 17 fosse un reparto innovativo possa convivere con quella che si trattasse di un padiglione chiuso suggerisce che la frammentarietà della memoria dei reparti aperti possa essere interpretata come una forma di consapevolezza della labilità del concetto di apertura nel contesto di un'istituzione fondamentalmente chiusa. La stessa labilità che allora rendeva necessario stabilire un confine tra i reparti «veramente aperti» e le «clinichette» di cui parlava la lettera al periodico “Le voci”, tra le esperienze anti-istituzionali e le forme di ristrutturazione dell'istituzione. «Qualsiasi forma di sopravvivenza dell'ospedale psichiatrico, anche se apparentemente periferica e quantitativamente ridotta, definisce, a partire dal suo ruolo, la logica di funzionamento dei circuiti di cui fa parte», scrivevano Mariagrazia Giannichedda e Franco Basaglia commentando i rischi legati ad una politica di territorializzazione dell'assistenza psichiatrica non legata alla distruzione dell'istituzione manicomiale⁸⁸. Fatta questa considerazione si può ben immaginare quale potere inibente sul potenziale “liberatorio” delle esperienze di apertura del manicomio possa aver avuto il fatto che si siano sviluppate nel contesto di un ospedale chiuso, anche se attraversato da processi di trasformazione⁸⁹.

Si può inoltre ipotizzare che la “resistenza” delle narratrici ad individuare in modo univoco i reparti aperti o a riconoscerne la specificità rispecchi un'oscura coscienza dell'impossibilità di una sostanziale apertura – corrispondente ad una reale libertà per le persone internate – in un'istituzione per sua natura chiusa perché fondata sul gesto della segregazione dell'“anormale”.

4

I protagonisti del processo di apertura

Con la venuta dei nuovi direttori [Iaria e Pariente] nel nostro Ospedale con molta onestà bisogna dire che si è aperto un nuovo capitolo, e un discorso nuovo. Esso riguarda il problema della risocializzazione la deospedalizzazione e il reinserimento del malato di mente nella società, a differenza di altre città come

Arezzo Trieste ecc. dove un nuovo tipo di assistenza è venuto soprattutto per opera dei medici quando *invece al Santa Maria della Pietà il discorso è partito dagli operatori* che fin dal 1968 si battono anche con scioperi dal 1972 per una reale modifica delle istituzioni manicomiali.

Con queste parole, affidate al “Bollettino del Nucleo aziendale socialista” n. 5 del novembre 1976⁹⁰, l’infermiere e sindacalista della Cisl Luigi Virgulti poneva una questione centrale per tracciare una storia del percorso di apertura del Santa Maria della Pietà: quali sono stati i principali promotori di quest’ultimo?

Come si è visto nelle pagine precedenti l’arrivo dei direttori Iaria e Pariante aveva effettivamente segnato un momento di svolta nel processo di de-istituzionalizzazione dell’ospedale. Anche se talvolta accusati di essere troppo “cauti”⁹¹, i due direttori si erano fatti promotori dell’apertura del manicomio romano.

Anche le osservazioni di Virgulti sull’apporto dato dagli «operatori» al processo di apertura sono, come si è visto nelle pagine precedenti, senz’altro fondate. I sindacati confederali e i loro organismi di base, che rappresentavano soprattutto il personale non medico, organizzavano incontri e assemblee sul tema del rinnovamento dell’assistenza psichiatrica e sostenevano i percorsi di de-istituzionalizzazione avviati dagli operatori nei singoli reparti. La centralità degli infermieri nel processo di de-istituzionalizzazione nell’ospedale romano è inoltre ben esemplificata dall’esperienza del reparto aperto 25, condotta sostanzialmente in autonomia dagli infermieri: un’esperienza abbastanza singolare nella storia del movimento anti-istituzionale italiano. Non a caso, credo, il programma di molti dei gruppi politici – in particolare il collettivo di Democrazia proletaria⁹² – o dei soggetti collettivi – come il coordinamento degli operatori dei reparti aperti e del Cim⁹³ – impegnati, all’interno del Santa Maria della Pietà, a promuovere il superamento del manicomio, era centrato sul protagonismo degli infermieri e degli altri operatori di base e sulla trasformazione del loro ruolo.

Questa centralità degli infermieri nel processo di apertura dell’ospedale e nel movimento anti-istituzionale del manicomio romano rappresenta senz’altro un elemento peculiare nel panorama del movimento anti-istituzionale il cui limite Basaglia individuava nel fatto di «nascere da un’avanguardia medica, seguita da un’esigua avanguardia di infermieri»⁹⁴.

Ma, a dispetto di quanto affermato dall’infermiere Virgulti, al processo di apertura del Santa Maria della Pietà parteciparono anche i medici. E il loro apporto, anche solo per la loro posizione nella scala gerarchica dell’istituzione, fu fondamentale. Innanzitutto perché senza un’assunzione

di responsabilità – anche solo formale – da parte dei sanitari, non si sarebbe potuto dare vita all’esperienza dei reparti aperti. È inoltre probabile che da parte di alcuni medici ci fosse almeno la volontà di andare oltre l’impegno individuale per la trasformazione dell’ospedale. Lo testimonia, ad esempio, il verbale di una riunione tenutasi nella biblioteca del Santa Maria della Pietà il 9 marzo del ’76. I venti medici presenti si erano riuniti a «discutere delle possibilità di una nuova psichiatria» e avevano progettato un ciclo di incontri pubblici sul tema⁹⁵.

Erano impegnati nel movimento anti-istituzionale anche alcuni medici e psicologi che lavoravano al Centro di igiene mentale, alcuni dei quali facevano parte della sezione romana di Psichiatria democratica la cui esistenza è attestata almeno dalla fine del ’74⁹⁶. L’apporto di questi ultimi fu fondamentale per la chiusura del reparto 8, dove fino alla fine del 1974 venivano internati i minori di 14 anni classificati come “irrecuperabili”.

Le condizioni di vita dei bambini all’interno del reparto erano particolarmente drammatiche⁹⁷: spesso contenuti con le cinghie, i piccoli ricoverati erano costretti ad una vita priva di stimoli dalla cronica carenza di personale, relegato in un ruolo meramente custodiale. Tentativi di cambiare la situazione erano stati intrapresi fin dal 1944, quando il deputato provinciale della Sinistra cristiana Adriano Ossicini aveva proposto di portare l’assistenza ai bambini con problemi fuori dal manicomio⁹⁸. Negli anni Sessanta le condizioni del reparto erano state oggetto di ispezioni ed esposti⁹⁹. Nel 1970 la Provincia aveva proposto di trasferire i bambini del reparto 8 presso un padiglione dell’Ipaì, l’istituto provinciale per l’assistenza all’infanzia (il brefotrofo), ma anche questa soluzione – nonostante le continue sollecitazioni del consigliere comunista Nando Agostinelli, futuro assessore all’assistenza psichiatrica nel 1976 – era naufragata per problemi tecnici. La situazione all’interno del reparto cominciò realmente a modificarsi solo dopo l’arrivo di un gruppo di medici del Centro d’igiene mentale alla fine del 1972. Questi cercarono di avviare, insieme a parte del personale di assistenza, un lavoro di riabilitazione dei bambini in vista dello smantellamento del reparto, avvenuto solo alla fine del 1974 dopo che il fronte per la chiusura di quest’ultimo si era allargato anche all’esterno dell’ospedale¹⁰⁰.

Se l’arrivo dei medici del Cim fu fondamentale nel processo che portò alla chiusura del reparto 8, il racconto di Tatiana G., che – prima di lavorare nel reparto 17 – a questo processo aveva preso attivamente parte, è particolarmente illuminante:

Quando entrai [nel reparto ottavo] – io mi ricordo – volevo scappa’ via. [...] e niente poi A. [consigliere provinciale] dice “non te preoccupa”, ora entrano dei medici giovani, vedrai che ti aiuteranno a.... E abbiamo cominciato... entrarono Am., An., abbiamo iniziato a fa tutto un lavoro di riabilitazione.

Nonostante faccia effettivamente coincidere l'arrivo dei medici del Cim con l'avvio del processo di trasformazione del reparto, la narratrice assegna a questi ultimi un ruolo letteralmente ancillare rispetto a sé e alle proprie colleghe infermiere, desiderose di cambiare la drammatica situazione dell'ospedale. Nonostante in generale riconosca il ruolo dei medici nel processo di de-istituzionalizzazione dell'ospedale, Tatiana G. attribuisce agli infermieri più "attivi" e a se stessa una funzione decisiva. Lo si vede ad esempio dal modo in cui la narratrice descrive l'evoluzione dell'esperienza del reparto aperto 17. Sebbene riconosca che i medici avessero già iniziato a modificare la situazione del padiglione, Tatiana G. racconta che al momento del proprio arrivo «c'erano grosse resistenze all'interno del reparto. Poi mi ricordo che... insieme a me altre 3 o 4 infermiere entrarono e cominciarono a lavora', però... i coltelli le forchette [...] cominciarono quando siamo entrate noi».

Probabilmente proprio in virtù del fatto di aver lavorato in un reparto aperto, fianco a fianco con medici impegnati nel movimento anti-istituzionale, Tatiana G. riconosce anche a questi ultimi un ruolo fondamentale nel processo di trasformazione dell'ospedale.

Più radicalmente inclini ad attribuire agli infermieri il ruolo di artefici della trasformazione dell'ospedale romano prima dell'avvento della legge 180 sono le intervistate che raccontano di aver personalmente contribuito all'apertura dell'ospedale, pur avendo lavorato in reparti tradizionali, nei quali i primari tendevano ad ignorare, se non ad ostacolare, i tentativi di de-istituzionalizzazione. Ad esempio Teresa D. B. racconta che processi di de-istituzionalizzazione si avviavano ovunque lavorassero infermieri «con una mentalità diversa».

Nel racconto di Gianna C. le tappe del percorso di progressiva apertura dell'ospedale sono tutte segnate dall'iniziativa di alcuni infermieri tra i quali si annovera:

Ogni reparto aveva sempre un gruppetto di persone che volevano cambiare le cose. Non a caso i primi movimenti sindacali all'interno del Santa Maria sono stati... erano tutti infermieri, tutti infermieri erano [...]. Dunque siamo stati sì, un gruppo di infermieri che lavorava al 25 [...] E lì c'era un gruppo ben consistente di uomini politicizzati, tutti di sinistra, perché la maggioranza eravamo tutti di sinistra, all'epoca - '68, '70, l'epoca è quella - e da lì è nato il primo movimento sindacale che ha fatto in modo di far riconoscere noi infermieri come persone addette a... addette alla cura dei pazienti, e i pazienti come essere umani. E lì abbiamo iniziato con la [a criticare la] spersonalizzazione del paziente, perché lo lavi subito, perché lo spogli dei vestiti, perché fai questo... allora da lì abbiamo iniziato a fare certe cose e è nato tutto lì, noi... noi perché ci stava stretto quello che c'era. Ecco perché. Perché si lavorava male, le suore erano le kapò là dentro¹⁰¹.

Come si può vedere in questa breve storia della genesi e dell'evoluzione del movimento per l'apertura dell'ospedale non c'è spazio per l'iniziativa dei medici, ridotti in genere dalla narratrice ad un ruolo ausiliario¹⁰². Al contrario, agli infermieri è riconosciuta una funzione primaria nel processo di trasformazione dell'ospedale, il quale riguarda in egual misura e in modo complementare infermieri e degenti. Non c'è da stupirsi, dal momento che l'inscindibilità della trasformazione delle condizioni di lavoro del personale infermieristico e di vita dei/delle degenti era un elemento fortemente valorizzato nelle lotte sindacali dell'epoca: ad esempio il documento programmatico del Consiglio d'ospedale e del Cim, scritto nel novembre del '74, annunciava che questo si sarebbe occupato di tutelare «libertà e dignità dei lavoratori occupati e ricoverati»¹⁰³. È, peraltro, decisamente significativo che l'organizzazione individuasse degenti e infermieri come una categoria omogenea, differenziandoli al limite solo in base al diverso *status* amministrativo di ricoverati e occupati.

Non tutte le intervistate, però, rivendicano così fortemente agli infermieri – e a se stesse – un ruolo propulsivo nel processo di apertura dell'ospedale. Alcune identificano nell'arrivo dei medici il motore del cambiamento. Ad esempio dell'esperienza presso il reparto aperto 16 Giancarla V., assunta nel 1969, racconta «quando venne 'sto Pariante che... che voleva cambia', abbiamo contribuito ben volentieri, insomma, a fa' stare meglio le persone». Nonostante attribuisca all'iniziativa di Pariante l'avvio dell'esperienza anti-istituzionale nel padiglione, Giancarla V. precisa però, nel corso dell'intervista, che la consapevole iniziativa del direttore si innestava su un terreno già fertile: «se non veniva Pariante manco veniva fuori. Però a livello di umanizzazione c'era già», dice la narratrice.

In generale, dunque, il ruolo e l'importanza degli infermieri nel processo di apertura dell'ospedale è sottolineato con forza dalle narratrici, anche quando, come nel caso di Tatiana G., questo non corrisponde alla sottovalutazione del ruolo dei medici. Come abbiamo visto, questo “racconto” del processo di trasformazione del Santa Maria della Pietà ha un fondamento molto concreto: gli infermieri e le loro organizzazioni vi ebbero un ruolo innegabile. Un ruolo che, molto probabilmente, rende quella del Santa Maria della Pietà peculiare rispetto alle altre esperienze anti-istituzionali italiane.

Tuttavia non si può non rilevare che esaltando l'importanza degli infermieri nel processo di trasformazione dell'ospedale le narratrici hanno la possibilità di rimarcare con orgoglio la propria posizione critica rispetto all'istituzione insieme a quella della propria categoria.

L'insistenza sull'importanza degli infermieri nel processo di apertura da parte di molte narratrici non si può probabilmente spingere, però,

fino alla rivendicazione di un ruolo radicalmente scardinante dell'ordine manicomiale. Il ruolo passivo ed esecutivo assegnato agli infermieri in manicomio è, oggi che su quest'ultimo grava una pesante ipoteca negativa, "garanzia" della loro irresponsabilità rispetto agli aspetti più problematici dell'istituzione. In questo modo si può forse spiegare il complesso "andirivieni" – che si incontra in molte interviste – tra la rivendicazione di un ruolo attivo nel processo di trasformazione dell'ospedale e l'insistenza sull'impotenza alla quale gli infermieri erano condannati dall'ordine manicomiale.

5

Processo di apertura e soggettività

La partecipazione al processo di apertura del manicomio assume, nel racconto delle narratrici che la rivendicano, una pluralità di significati. L'esame di questi ultimi può offrire, tra l'altro, importanti spunti di riflessione sulle ricadute che il particolare ruolo delle infermiere (ma anche degli infermieri) in manicomio aveva sulla costruzione della loro soggettività. Un ruolo, si è già avuto modo di parlarne, sostanzialmente subalterno e, al contempo, strutturato dal mandato custodiale di cui era investito il personale infermieristico. È bene inoltre ricordare che a infermiere e infermieri era richiesto di incarnare l'ingranaggio fondamentale della macchina istituzionale in quanto "gestori" diretti del "materiale umano" trattato nell'ospedale psichiatrico, per dirla con Goffman¹⁰⁴. Il racconto di Rachele F.¹⁰⁵, assunta nel 1958, è – sotto questa luce – particolarmente interessante.

Nella prima parte dell'intervista la narratrice affronta la propria esperienza nel padiglione dei bambini. Il processo che ha portato prima alla trasformazione e poi alla chiusura del reparto è narrato come un'esperienza alla quale la narratrice ha assistito più o meno passivamente. Le novità sono state introdotte dai medici del Cim e – in parte – dalle «infermiere nuove»¹⁰⁶ entrate dopo di lei, racconta Rachele, che da queste si è sentita criticata insieme alle proprie colleghe più anziane. Il senso di passività che caratterizza il modo in cui Rachele F. ricorda di essersi relazionata alle novità introdotte nel reparto 8 è ben esemplificato dal modo in cui questa racconta il momento della chiusura del padiglione, rappresentandosi come spettatrice passiva del cambiamento in corso, che pure l'ha resa felice: «Io non c'ero proprio lì quei giorni, perché io già stavo al 16, me n'ero andata al 16. Però c'ho... ho assistito al miglioramento, al cambiamento, a persone diverse che si comportavano in modo diverso».

Rachele F. racconta, invece, un'attitudine del tutto diversa nei confronti dell'esperienza di apertura del reparto 16, cui ha preso attivamente

parte. Nonostante all'inizio anche per questa la narratrice utilizzi lo schema secondo il quale il "nuovo" sarebbe stato portato dai medici, dalle «persone che hanno studiato», nel corso della narrazione Rachele F. rivendica con sempre maggior orgoglio i rischi, la fatica, le responsabilità assunti da lei e dal gruppo di colleghi più "impegnati". Lo schema di racconto di questa esperienza arriva quasi a ribaltarsi: l'apporto del direttore "basagliano" Pariante, in precedenza indicato come fondamentale, è ridotto alla fine dell'intervista alla pura garanzia di una "copertura" al pericoloso lavoro del personale di assistenza: superata l'iniziale ostilità, racconta la narratrice, gli infermieri del 16 apparivano agli occhi del resto dell'ospedale come "i pionieri", «quelli che hanno fatto queste cose senza nessuna copertura, così, con la parola del direttore».

Nel racconto questo passaggio da una posizione passiva ad una attiva rispetto al processo di apertura dell'ospedale corrisponde, si può dire, ad un processo di soggettivazione, o meglio di ri-soggettivazione della narratrice, della quale la partecipazione al processo di apertura è individuata come catalizzatore. Si può esplorare questa ipotesi analizzando il linguaggio con cui la narratrice rende conto delle esperienze vissute nei diversi reparti. Quella vissuta in un padiglione duro come l'ottavo è caratterizzata dall'insistenza sulla perdita di sé e della propria umanità. «All'ottavo eravamo come robot con questi bambini», dice Rachele. Il robot è la creatura priva di soggettività per eccellenza: nessuna similitudine potrebbe essere più calzante per descrivere un'esperienza di questo tipo. Ma nel racconto della narratrice è significativo anche l'uso di verbi e pronomi. La narrazione del lavoro presso l'ottavo è caratterizzata dall'uso costante dei verbi in forma impersonale o in seconda persona singolare («li scioglievi, li portavi al bagno, facevi il bagno»): è significativo che la narratrice utilizzi la prima persona – singolare o plurale – quasi esclusivamente per raccontare i piccoli gesti che le infermiere compivano per rendere più vivibile la situazione dei bambini. Ad esempio quello di portarli in giardino a prendere un po' d'aria: «facevamo tanto, pensi che il giorno ce li mettevamo sulle spalle, perché non c'era ascensore, non c'era niente, e i bambini magari non camminavano, e li portavamo là sotto, tutto a spese nostre».

Al contrario l'esperienza vissuta nel reparto 16 è caratterizzata, nel racconto, dalla riacquisizione di una soggettività rafforzata dall'appartenenza collettiva al gruppo di infermieri e infermiere più impegnati/e, che si riflette nell'uso insistente della prima persona plurale: «comunque *noi* abbiamo fatto tante cose belle, abbiamo fatto. Abbiamo lavorato tanto con queste persone, le abbiamo seguite».

Il fatto che il passaggio da un'esperienza di smarrimento della propria soggettività e umanità alla riacquisizione di entrambe sia legato all'im-

pegno anti-istituzionale, oltre a emergere dalle pieghe del discorso, è esplicitato dalla narratrice: «Io penso che se perde un po' tutto. Anche noi persone perdiamo... vivendo in quell'ambiente si perde, si perde tanto», dice Rachele F. parlando dei comportamenti violenti di alcune infermiere nel reparto ottavo. «Poi io piano piano l'ho riacquistato», aggiunge la narratrice, riferendosi questa volta all'esperienza nel padiglione 16.

La partecipazione al processo di trasformazione dell'ospedale è raccontato da molte anche come una forma di "riscatto" rispetto alle modalità di lavoro precedenti, tipiche del manicomio tradizionale. Lo dice, ad esempio, in modo esplicito Palma C., che ha lavorato nel reparto aperto 17: «Comunque è stato un lavoro anche bello. Beh, no, sicuramente bello, perché in qualche modo ti ha riscattato da qualche anno prima era un lavoro proprio di merda [ride]. Quindi... [...] per lo meno gratificazione di un lavoro diverso c'è stata, quindi... Meno male che c'è stata».

Ma la partecipazione al movimento per l'apertura viene ri-significata dalle narratrici anche in un altro modo: essa assume il valore di un segnale di emancipazione dal ruolo loro riservato in quanto donne tanto in famiglia quanto sul lavoro. Si tratta di un elemento non esplicito, ma che forse si può rilevare tra le pieghe di molti racconti. La maggior parte delle intervistate che raccontano di aver preso parte al processo di apertura dell'ospedale insiste sulla marginalità delle donne all'interno di quest'ultimo e sull'esiguità del numero di infermiere "ribelli" nei reparti femminili. Questo assunto, d'altronde, riflette probabilmente un sentire diffuso all'epoca¹⁰⁷. Più d'una specifica, poi, che la partecipazione era generalmente più difficile per le donne a causa degli impegni familiari. Sia Gianna C. che Palma C.¹⁰⁸, ad esempio, specificano di aver dovuto abbandonare la militanza attiva nella Cgil a causa degli impegni domestici. La prima racconta che nel sindacato «erano tutti infermieri, più che altro maschi, perché gli uomini a casa non è che c'avevano da guarda' i figli, o dovevano anda' a casa a prepara' il pranzo al marito e ai figli, loro arrivavano e lo trovavano pronto». Sottolineando la scarsa partecipazione e le difficoltà incontrate dalle donne nel dare un contributo attivo alla trasformazione dell'ospedale le narratrici valorizzano per contrasto il proprio impegno. Sfidando la contraddizione, ad esempio, Rachele F. racconta le difficoltà delle donne che avevano una famiglia a carico, per inserirsi, però, subito dopo, tra coloro che praticavano la deospedalizzazione delle persone ricoverate: «noi magari che c'avevamo i figli a casa, marito e figli, potevi fare ma fino a un certo punto, erano loro più, quelli che se muovevano de più, che andavano fuori per le case... anche noi poi queste persone le portavamo fuori dai parenti».

6 Una “storia altra”?

È partito tutto da Basaglia in giù, quindi... Psichiatria democratica, quindi insomma c'erano un po' di cose che si muovevano, ecco. Poi chi l'ha recepita, gli altri mano a mano si sono dovuti anche adeguare perché a un certo punto, quando hanno chiuso... [D] Quindi è stata una cosa anche... le esperienze di apertura che sono avvenute qui si rifacevano anche a quanto stava avvenendo nelle altre città? [R] Certo, certo. Da Gorizia in giù. Torino, Gorizia, Udine, Arezzo.

Palma C. traccia in questo modo la genealogia del movimento che ha generato e sostenuto il processo di apertura del manicomio romano. La narratrice ha lavorato nel reparto aperto 17 – allora considerato uno dei più politicizzati dell'ospedale – che, almeno dalla metà degli anni Settanta, aveva individuato nell'esperienza condotta a Trieste sotto la direzione di Basaglia un riferimento culturale: lo testimonia un'intervista rilasciata da due psichiatri e un assistente sociale del padiglione al periodico “Le voci” nel 1977:

Indubbiamente all'inizio ci si mosse in un'ottica prevalentemente umanitaria e psicomotricità. Questo tipo di finalità si dimostrò ben presto limitato. Mancava un preciso riferimento “politico”, che già dall'inizio improntasse il lavoro, tanto è vero che solo nel '74 si eseguì l'ultimo ESK [elettroshock], l'ultima residua contenzione è stata tolta qualche mese orsono (per volontà della paziente) e per quanto riguarda gli psicofarmaci le dosi sono state diminuite molto lentamente. Il cominciare a riflettere sulla esperienza di Trieste ha, di fatto, costituito una possibilità di superamento di queste difficoltà¹⁰⁹.

Anche Tatiana G., che come Palma C. ha lavorato nel reparto 17, iscrive l'esperienza anti-istituzionale alla quale ha preso parte nella cornice del movimento anti-istituzionale che, come si è visto, si diffuse in molti manicomi italiani soprattutto a partire dalla fine degli anni Sessanta. Lo si può intuire dai frequenti riferimenti che la narratrice fa all'esperienza triestina e persino da un significativo “errore cronologico”: raccontando la chiusura del reparto ottavo Tatiana G. attribuisce alla giunta provinciale di sinistra – che in realtà, all'epoca dei fatti (1974), non si era ancora insediata – un ruolo importante per il buon esito della vicenda. Un ruolo simile a quello che le giunte provinciali ebbero nelle esperienze anti-istituzionali portate avanti in diversi manicomi¹¹⁰. Non a caso Tatiana G. racconta:

S'è detto sempre, nella mia esperienza... seguendo un po' tutte le realtà più avanzate e gli incontri fatti, se non c'era [un appoggio politico, non si poteva fare nulla]... [...] Perché Basaglia è riuscito a fare un grosso lavoro a Trieste? Perché c'era l'assessorato di quel periodo – che non era di sinistra, era della Dc – che lavorava bene.

Questo errore cronologico permette dunque alla narratrice di assimilare l'esperienza cui ha preso parte a quella "illustre" di Trieste.

Tuttavia, non sono molte le intervistate che inseriscono la propria esperienza di lotta contro il manicomio nel macro-racconto del movimento anti-istituzionale italiano, sebbene esso sia, almeno in grandi linee, a tutte noto, anche attraverso i corsi di aggiornamento organizzati dopo l'arrivo a Roma di Basaglia in seguito all'approvazione della legge 180¹¹¹. Ancora meno sono coloro che vi attribuiscono un carattere "politico". Diverse intervistate conferiscono alla propria partecipazione al processo di apertura dell'ospedale un carattere fondamentalmente etico e umanitario.

Dice ad esempio Maria M., assunta nel 1975, riferendosi ai primi tempi dopo l'approvazione della legge 180: «[i sindacalisti] venivano in ogni reparto a spiegare cos'era, cosa si poteva fare. Ma questa era già una mentalità innata a noi, quando siamo stati assunti siamo stati assunti anche con compito innovativo». Anche Lidia A., la quale ha vissuto un'esperienza che si potrebbe definire politica – prendendo parte, qualche anno dopo l'approvazione della legge 180, all'occupazione di case nel quartiere di Primavalle per dare vita ad una comunità terapeutica o militando nel sindacato – prende le distanze da un approccio che definisce "ideologico" all'apertura dell'istituzione¹¹².

Ma tra le intervistate colei che rivendica con maggiore insistenza il carattere prevalentemente etico della propria scelta è Giancarla V., la quale è stata parte del gruppo ristretto che più attivamente ha condotto l'esperienza di apertura del reparto 16, annoverato oggi tra le principali esperienze anti-istituzionali del Santa Maria della Pietà di Roma. La narratrice può dunque, a buon diritto, inscrivere la propria esperienza nella storia del movimento anti-istituzionale italiano. Invece insiste sul carattere "differente" dell'esperienza del reparto 16, alla quale lei e i propri colleghi sono arrivati «inconsapevolmente, non perché diciamo eravamo arrivati all'apertura della 180, a quei tempi non c'era manco la 180... de Basaglia, [...] proprio a livello secondo me umano... per fa' sta' bene le persone, meglio di come vivevano»¹¹³. Si tratta di una questione sulla quale la narratrice torna più volte nel corso dell'intervista. Ad esempio Giancarla V. traccia una netta differenza tra l'esperienza di apertura del proprio reparto e quella del reparto 17:

C'era P. [il primario del reparto 17] che aveva cominciato a fa' qualcosa, sempre con delle infermiere che stavano al sindacato, capito no? Era una cosa più a livello... come si dice... il nostro è stata più... [D] Di base... ah no ideologico... [R] Esatto, esatto noi forse più spontaneo, secondo me più a livello umano [...] non avevamo proprio approfondito quello ha fatto... loro so partiti già co' Basaglia.

È a questo punto necessario domandarsi cosa ci sia alla base della resistenza manifestata da tante delle intervistate rispetto alla possibilità di dare una lettura “politica” della propria esperienza di partecipazione al processo di apertura dell’ospedale e soprattutto di raccontare quest’ultima come almeno idealmente interna alla storia del movimento al quale è attribuita la paternità della legge 180. È forse lecito chiedersi se la storia di questo movimento, così come è stata e continua ad essere raccontata, sia in grado di offrire alle narratrici, in quanto infermiere, la possibilità di disporre di una “grande narrazione” all’interno della quale collocare la propria esperienza. Una “grande narrazione” nella quale queste si possano riconoscere, abbiano la possibilità di individuare per sé un ruolo all’interno di un processo storico di grande portata.

Leggendo diversi testi che offrono una ricostruzione di quel periodo – siano essi lavori storici o memorie – si ha l’impressione che le vicende del movimento anti-istituzionale siano narrate prevalentemente come una “storia di medici”, all’interno della quale gli infermieri hanno svolto, più o meno, il ruolo di comparse, quando non addirittura di elementi frenanti. Si può ipotizzare che quelle dei medici – e in misura molto minore dei politici o di altre figure come psicologi e assistenti sociali – siano in genere le sole voci alle quali è stata riconosciuta la possibilità di raccontare con autorevolezza le vicende di quel movimento. Un esempio si trova, paradossalmente, in un testo che raccoglie le memorie di infermieri e infermiere: *Racconti di San Servolo: vita e quotidianità in manicomio*¹¹⁴. Per dare completezza all’opera, gli autori hanno aggiunto alla ricostruzione della vita in manicomio fornita dagli infermieri intervistati, un testo dedicato alle «coordinate delle vicende del dibattito pre-180 a Venezia» dello psichiatra Domenico Casagrande, collaboratore di Basaglia a Gorizia e protagonista del movimento anti-istituzionale.

Non includere [nel libro] interviste ai medici – spiegano, significativamente, gli autori nel primo capitolo – significava rischiare di mettere in ombra lo scenario sociale e storico della 180 che faceva da cornice alla “quotidianità” di San Servolo¹¹⁵.

Un altro esempio della marginalizzazione del ruolo degli infermieri nella narrazione del movimento anti-istituzionale italiano ci può venire dall’analisi del modo in cui Antonio Slavich, uno dei suoi protagonisti, ha sintetizzato l’esperienza della città di Ferrara ne *La scopa meravigliante*¹¹⁶. Nella città emiliana già dal biennio ’68-’69 «un’avanguardia infermieristica» aveva iniziato ad unirsi alle rivendicazioni sindacali richieste che riguardavano le condizioni di vita delle persone internate¹¹⁷. Negli anni seguenti l’impegno degli infermieri all’interno dell’ospedale era proseguito, anche se in modo talvolta poco incisivo. Nel frattempo, a partire dal

1971, il “goriziano” Antonio Slavich era stato chiamato a dirigere il Cim e nel 1975 a guidare il manicomio della città. Nella ricostruzione offerta da quest’ultimo l’esperienza condotta – pur con molte contraddizioni – dagli infermieri all’interno dell’ospedale è stata sostanzialmente “espunta” dalla storia del processo che ha portato alla chiusura dell’ospedale psichiatrico, definita una «lunga marcia dal territorio al manicomio». Non che nel libro non si parli dell’esperienza degli infermieri all’interno dell’ospedale, tuttavia essa è descritta come collaterale, quando non addirittura antitetica, a quello che viene individuato come il nucleo centrale del movimento anti-istituzionale a Ferrara: i nuovi operatori del Cim.

Le vicende ferraresi, d’altronde, mettono in luce un nodo fondamentale che potrebbe essere considerato non completamente estraneo al modo nel quale oggi si è strutturata la memoria del movimento anti-istituzionale in Italia: tra medici e infermieri impegnati nel processo di smantellamento del manicomio esistevano anche elementi di forte conflitto¹¹⁸, peraltro ben presenti ai protagonisti delle vicende di quegli anni¹¹⁹. Tali conflitti – che si concretizzavano in accuse di corporativismo da parte dei medici e in accuse di elitarismo e classismo da parte degli infermieri – si impennavano, a mio parere, soprattutto su due questioni fondamentali: la gestione del potere nell’istituzione e quella del sapere, nonché la natura e l’accessibilità di quest’ultimo¹²⁰.

Il nesso tra gli elementi di conflitto tra medici e infermieri “innovatori” e il modo in cui si è strutturata la narrazione del movimento anti-istituzionale merita di essere ulteriormente approfondita. Quanto detto basta però a ipotizzare quale possa essere uno dei motivi per i quali molte delle intervistate – infermiere – che raccontano di aver preso parte al processo di apertura del manicomio romano, tendano a non inserire la propria esperienza nella cornice del movimento che ha portato al superamento dei manicomi. È probabile che le narratrici si trovino ad avere solo due modi, non necessariamente alternativi, per dare valore al proprio ruolo all’interno del processo di trasformazione dell’ospedale. Il primo consiste nel sottolineare la centralità degli infermieri nel percorso di apertura del manicomio. Si tratta di un elemento ricorrente in molti racconti, come si è visto nelle pagine precedenti. È interessante notare che se le donne intervistate per questo lavoro si limitano a sottolineare l’importanza degli infermieri, senza in genere sminuire il ruolo dei medici, alcuni ex infermieri sindacalisti, con una modalità decisamente più assertiva, arrivano a teorizzare, sulla scorta di quanto, evidentemente, già si faceva in quegli anni (si vedano le già citate affermazioni del sindacalista Virgulti), la peculiarità dell’esperienza anti-istituzionale del manicomio di Roma, caratterizzata proprio dall’essere stata guidata, al contrario di quanto avveniva a Trieste e in altre città, dagli infermieri e non dai medici¹²¹.

Ma le narratrici possono scegliere anche un'altra strada per dare valore alla propria esperienza: raccontarla come parte di "una storia altra" rispetto a quella "ufficiale" delle vicende e dei protagonisti del lungo percorso verso la chiusura del manicomio, "storia ufficiale" nella quale, per un infermiere, e tanto più per un'infermiera – con l'ulteriore portato di invisibilità che caratterizza l'*agency* delle donne anche in questo caso – è difficile immedesimarsi senza rischiare di apparire solo una comparsa. Una storia che non è quella de «l'apertura come istituzione»¹²², come dice in modo profetico Giancarla V., ma la storia di un'esperienza "differente" di critica e lotta ai dispositivi manicomiali, la storia di un'esperienza condotta da una posizione subalterna, contraddittoria eppure fondamentale: quella del personale di assistenza.

Note

1. A. Del Boca, *Manicomi come lager*, Edizioni del Lago, Torino 1966.
2. Si vedano in proposito G. Jervis, G. Corbellini, *La razionalità negata, psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Roma 2008; S. Piro, *Cronache psichiatriche. Appunti per una storia della psichiatria italiana dal 1945*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli 1988, pp. 31 ss.
3. Per un'analisi dell'assistenza extra-manicomiale cfr. P. Guarnieri, *Madness in the Home, Family Care and Welfare Policies in Italy before Fascism*, in M. Hofstra-Gijswijt et al. (eds.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, Amsterdam University press, Amsterdam 2005, pp. 312-28.
4. Piro, *Cronache psichiatriche*, cit., pp. 78 ss.
5. Il concetto di "settore" era criticato dal movimento anti-istituzionale, impegnato nello smantellamento dell'istituzione manicomiale, proprio perché non prevedeva l'eliminazione del manicomio e rischiava di estendere il "controllo psichiatrico" al territorio. Cfr., ad esempio, la relazione dei gruppi di Gorizia e Parma al convegno "Psicologia, psichiatria e rapporti di potere", Editori Riuniti, Roma 1974, p. 32.
6. *Processo al manicomio. Atti del convegno nazionale di psichiatria sociale, aprile 1964, Roma*, Ed. Leonardo, Milano 1966. All'idea del settore si era ispirato, l'anno seguente, anche un progetto di riforma dell'assistenza presentato dalla parlamentare comunista Marcella Balconi. Cfr. G. Pantozzi, *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*, Erickson, Trento 1994, p. 156. Sulla diffusione della "psichiatria di settore" in Italia cfr. V. Babini, *Liberi tutti, manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009, pp. 186-96. Per la testimonianza di uno dei principali artefici di questa impostazione, cfr. E. Balduzzi, *L'albero della cuccagna, 1964-1978. Gli anni della psichiatria italiana*, Edizioni Stella, Rovereto 2006.
7. Per informazioni sull'esperienza di Varese (e per altre esperienze anti-istituzionali) si veda la raccolta di interviste ad operatori psichiatrici impegnati nel movimento per l'apertura dei manicomi curata da E. Venturini, *Il giardino dei gelsi*, Einaudi, Torino 1979, pp. 39-56. Per l'esperienza milanese, B. Saraceno, *La vicenda psichiatrica milanese*, in *Follie della ragione*, Provincia di Milano, Assessorato servizi sociali e culturali, Centro studi e ricerche sulla devianza e l'emarginazione, Milano 1983, pp. 29-33.
8. In questa città nel 1967 era nata anche l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, che aveva realizzato un'inchiesta pubblicata con il titolo *La fabbrica della follia, relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971. L'associazione accolse con scetticismo questo tentativo di settorializzazione: nel '73 pubblicò un documento dal titolo

Una falsa alternativa alla fabbrica della follia, riportato in Venturini, *Il giardino dei gelsi*, cit., p. 58.

9. Cfr. la voce *Comunità terapeutica*, in *Psiche, dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicanalisi, neuroscienze*, Einaudi, Torino 2006, pp. 237 ss. e la voce *Therapeutic community*, in E. Shorter, *A Historical Dictionary of Psychiatry*, Oxford University press, Oxford 2005, pp. 249-50.

10. Perugia fu anche una delle prime città nelle quali si diede vita ad un sistema di servizi territoriali piuttosto “avanzato”; cfr. P. Guarnieri, *Per una storia della psichiatria anti-istituzionale. L'esperienza di rinnovamento psichiatrico in Umbria 1965-1995*, Artigrafiche, Perugia 2000. Sull'esperienza di Perugia e dell'Umbria è attivo da diversi anni un gruppo di ricerca coordinato dall'antropologo Tullio Seppilli e dallo psichiatra Ferruccio Giacannelli. Tra le pubblicazioni del gruppo si veda S. Flamini, C. Polcri, T. Seppilli, *Le Fortezze espugnate. Idee e pratiche del rifiuto dell'Umbria alle logiche manicomiali*, in “Micropolis. Mensile umbro di politica, economia e cultura”, a. XIII, n. 6, giugno 2008, p. 8.

11. Su questa esperienza e sulle altre cfr. S. Piro, W. Di Munzio, *Sopra la panca: storia senza conclusione di follia, manicomi e riforma in Campania*, Cinqueprint, Napoli 1987 e F. Basaglia, P. Tranchina (a cura di), *Autobiografia di un movimento: 1961-1979. Dal manicomio alla riforma sanitaria*, Upi, Regione Toscana, Firenze 1979, p. 173. Sulle altre esperienze anti-istituzionali nelle regioni meridionali cfr. “Fogli d'informazione”, n. 25-26, gennaio 1976.

12. Cfr. M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Mondadori, Milano 2001.

13. Sull'importanza della comunicazione per le esperienze anti-istituzionali, cfr. N. Pitrelli, *L'uomo che diede la parola ai matti. Franco Basaglia, la comunicazione e la fine dei manicomi*, Editori Riuniti, Roma 2004.

14. F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria*, Torino, Einaudi 1973.

15. Id. (a cura di), *L'istituzione negata, rapporto da un ospedale psichiatrico*, Bollati Boringhieri, Torino 1998.

16. Piro, *Cronache psichiatriche*, cit., p. 108.

17. Scrive Peppe Dell'Acqua, psichiatra attivo nell'esperienza anti-istituzionale di Trieste, che nel '68 frequentava la facoltà di medicina a Napoli: «All'università, nelle assemblee e nei gruppi di studio, sempre più di frequente sentivo parlare di psichiatria. [...] Di manicomi e di pazzia non se ne sentiva parlare mai. Ed è proprio tra il '67 e il '68, con le prime immagini dell'esperienza di Gorizia, che si comincia a parlarne»; P. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone*, Stampa alternativa, Roma 2007, p. 67.

18. D. Lasagno, *Il falò delle cinghie*, in “Zapruder”, n. 16, maggio-agosto 2008, pp. 22-6.

19. F. Ongaro Basaglia, *Vita e carriera di Mario Tommasini, burocrate proprio scomodo, narrate da lui medesimo*, Editori Riuniti, Roma 1991; I. La Fata, *Il manicomio ritrovato, l'archivio dell'ospedale psichiatrico di Colorno*, in “Zapruder”, n. 14, settembre-dicembre 2007.

20. Gli atti del convegno sono stati pubblicati con lo stesso titolo dagli Editori Riuniti nel 1971.

21. Basaglia, Tranchina (a cura di), *Autobiografia di un movimento*, cit., pp. 122-4.

22. Sul territorio nazionale erano già presenti strutture quali ambulatori e dispensari di igiene mentale. Per una genealogia critica di queste strutture cfr. D. Padovan, *Biopolitica fascista: per la rigenerazione della stirpe*, e F. Cassata, *Il lavoro degli inutili: fascismo e igiene mentale*, entrambi in F. Cassata, M. Moraglio, *Manicomio, società, politica. Storia, memoria e cultura della devianza dal Piemonte all'Italia*, BFS, Pisa 2005, rispettivamente alle pp. 59-82 e 23-36. Inoltre, la legge 431/1968 riduceva le dimensioni degli ospedali e aboliva l'obbligo di iscrizione degli internati nel Casellario giudiziario.

23. L'équipe medica di Gorizia si dimise nel 1972 per gli ostacoli frapposti dall'amministrazione locale alla costruzione di alternative “esterne al manicomio” per i degenti.

24. Sergio Piro divide la storia del movimento anti-istituzionale italiano in tre fasi: quel-

la caratterizzata dal lavoro nell'istituzione, quella caratterizzata dal lavoro "contestuale" nel manicomio e sul territorio, e quella della preparazione della riforma nelle grandi città.

25. Per alcuni cenni su questa esperienza si veda il testo prodotto da uno dei suoi principali animatori, G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1982. Per un approfondimento sul San Lazzaro, il manicomio di Reggio, cfr. R. Panattoni (a cura di), *Lo sguardo psichiatrico: studi e materiale dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Mondadori, Milano 2009.

26. Cfr. Piro, Di Munzio, *Sopra la panca*, cit.

27. Fondato nel 1971 a Milano come giornale ciclostilato, dal 1972 divenne un vero e proprio periodico.

28. Marco Cavallo era il cavallo che nel manicomio San Giovanni trasportava il carro della biancheria attraverso il vasto parco. Cfr. G. Scabia, *Marco Cavallo. Una esperienza di animazione in un ospedale psichiatrico*, Astrolabio, Roma 1976.

29. G. Gallio, *Fasi della de istituzionalizzazione: alcune parole chiave*, in Ead. (a cura di), *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Feltrinelli, Milano 1983, pp. 17-40. Sull'esperienza triestina cfr. anche Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone*, cit., e D. Barillari (a cura di), *L'ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste: storia e cambiamento 1908-2008*, Electa, Milano 2008.

30. Cfr., a titolo di esempio, i rilievi critici in G. Bersani, *The Italian "Law 180" Thirty Years after: from the Unmet Needs of Seek People and Families the Duty of a Critical Reflection*, in "Annali dell'Istituto superiore di Sanità", 2009, 45 (1), pp. 27-32, e in C. Altamura, *Law 180 Thirty Years Later. Considerations about Changing Psychiatry (and on Psychiatrist Role)*, in "Rivista Psichiatrica", mag.-giu. 2009, 44 (3), pp. 145-8.

31. M. Rovere, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana, 1991-2010*, University press, Firenze 2010, p. 3. Il testo di Rovere si pone esplicitamente in continuità con quello di P. Guarnieri, *La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze 1991.

32. Si vedano rispettivamente le note 6 e 10.

33. Per una storia del manicomio romano in età moderna e al principio del xx secolo cfr. L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Mondadori, Milano 2003; V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi, dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio 2002 e l'opera in 3 volumi *L'ospedale Santa Maria della Pietà di Roma - L'archivio storico secc. XVI-XX*, Provincia di Roma, Ministero per i Beni e le Attività culturali, Azienda sanitaria locale Roma E, Centro studi e ricerche S. Maria della Pietà, Dedalo, Bari 2003, in particolare il volume 2: A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, A. Iaria, *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900: lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*.

34. Negli anni passati, scrive infatti Cesare Bermanni, «è accaduto che gli storici orali italiani abbiano compreso come le testimonianze che stavano loro di fronte avessero precipuo carattere di "documento di memoria", e quindi abbiano fatto della stessa memoria – quella dei testimoni e quella degli storici – un oggetto di studio indispensabile alla comprensione delle fonti che venivano costruendo»; C. Bermanni, *Introduzione alla storia orale*, Odradek, Roma 1999, vol. 1, p. III. Sulla storia orale cfr. anche G. Contini, A. Martini, *Verba manent. L'uso delle fonti orali per la storia contemporanea*, NIS, Roma 1993. Per una riflessione su testimonianze orali e soggettività si vedano i lavori di L. Passerini, in particolare *Storia e soggettività*, La Nuova Italia, Firenze 1988 e *Memoria e utopia. Il primato dell'intersoggettività*, Bollati Boringhieri, Torino 2003.

35. A. Portelli, *Come se fosse una storia, narrazioni personali dei reduci e storia orale del Vietnam*, in Id., *Storie orali. Racconti, immaginazione, dialogo*, Donzelli, Roma 2007, p. 351.

36. «Gli esempi di Gorizia, di Perugia, di Nocera Superiore, di Torino e di altre città stanno a dimostrare che è possibile subito, utilizzando le vecchie strutture ospedaliere e senza specifiche spese, cambiare radicalmente in meglio la situazione dei malati», scrivevano gli "infermieri comunisti" in un altro volantino datato 10 marzo 1969, Archivio storico del

Santa Maria della Pietà, sezione F (d'ora in poi ASF), 933.

37. Cfr. "Assistenza psichiatrica e vita sociale", n. 9-10, 1968.

38. Volantino non datato firmato "I comunisti del Santa Maria della Pietà", ASF, 933.

39. Tre intervistate su quindici. Non si tratta di una caratteristica "generazionale": non sono le infermiere più anziane o con più anni di lavoro in manicomio alle spalle.

40. Psichiatria Democratica, *Bambini in manicomio*, Bulzoni Editore, Roma 1975, pp. 27-8.

41. Talvolta anche con i parenti dei degenti, che nel 1970 avevano costituito il Movimento per la tutela della salute mentale. *Consegnati i documenti sul caos dell'ospedale*, in "l'Unità", 3 dicembre 1970, p. 6.

42. C. Testai, *Malati di mente in compravendita al Santa Maria della Pietà?*, in "l'Unità", 2 marzo 1969, p. 6.

43. *Ibid.*

44. Nota inviata all'amministrazione provinciale dal direttore Lo Cascio il 12 giugno 1969, ASF, 1026. Il corsivo è mio.

45. Nel 1970 il Consiglio aveva approvato un ordine del giorno che impegnava la giunta a prendere provvedimenti che favorissero la deospedalizzazione e ad approvare un nuovo regolamento per l'ospedale, cosa che non avvenne negli anni seguenti (Verbali del Consiglio provinciale di Roma, 17 gennaio 1970). Nel 1973 la giunta si impegnava a costruire laboratori protetti, a stanziare un fondo per i sussidi di deospedalizzazione e realizzare 21 centri di igiene mentale. (*Una nuova politica per l'assistenza psichiatrica*, in "l'Unità", 24 marzo 1973, p. 9); nel 1978 solo 4 Cim erano in funzione a Roma. *Come regolarsi per il ricovero in ospedale dei malati di mente*, in "Paese sera", 27 maggio 1978, p. 16.

46. Il programma, approvato dall'assemblea di reparto, prevedeva di accogliere solamente ricoverati volontari e di gestire collettivamente il reparto. Inoltre l'assemblea si proponeva di eliminare contenzioni, porte chiuse e sbarre, nonché di lavorare per la riqualificazione socio-lavorativa dei degenti (verbale dell'assemblea di reparto del 23 dicembre 1970, ASF, 1026). Nel '76, però, tale programma non era stato ancora completamente realizzato (Documento degli operatori dei reparti aperti e del Cim, datato febbraio 1976, ASF, 1109).

47. Volantino della Cgil non datato, ASF, 933.

48. Volantino dei sindacati confederali datato 20 gennaio 1972, ASF, 1011.

49. Fu decisivo uno sciopero parziale di 13 giorni iniziato il 15 novembre '73. Cfr. il sottofascicolo dedicato a questa protesta nel fascicolo "Scioperi", ASF, 1011.

50. Per informazioni sulla storia della formazione del personale infermieristico in manicomio, a partire dal caso del San Niccolò di Siena, cfr. S. Alberti, *Da guardiani ad attori della riabilitazione: il personale d'assistenza in manicomio*, in F. Vannozzi (a cura di), *San Niccolò di Siena, storia di un villaggio manicomiale*, Mazzotta, Milano 2008, pp. 155-75.

51. "Assistenza psichiatrica e vita sociale", dicembre 1966, p. 35.

52. A. Pallotta, *Infermieri dal 1900*, in A. Iaria, T. Losavio, P. Martelli (a cura di), *L'ospedale psichiatrico di Roma Santa Maria della Pietà, dal manicomio provinciale alla chiusura*, vol. 3, Dedalo, Bari 2003, p. 345.

53. E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2003, p. 51.

54. N. Elias, *La società delle buone maniere*, Il Mulino, Bologna 1988, p. 256.

55. Del Boca, *Manicomi come lager*, cit., p. 32.

56. M. Moraglio, *Costruire il manicomio: storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco*, Unicopli, Milano 2002, p. 183.

57. *Ibid.*

58. Verbale della riunione del Consiglio dei sanitari del 5 ottobre 1970, ASF, 1513.

59. Documento degli operatori dei reparti aperti e del Cim, febbraio 1976, ASF, 1109.

60. *Ospedali psichiatrici: un piano per l'apertura in cinque anni*, in "Paese sera", 5 aprile 1977, p. 13.

61. Documento degli operatori dei reparti aperti, cit., ASF, 1109.
62. Anche il documentario di S. Rossi, *Fatua, incongrua e scucita*, 1976, documenta il lavoro del padiglione.
63. Documento degli operatori dei reparti aperti, cit., ASF, 1109.
64. Gallio, *La libertà è terapeutica?*, cit., p. 262.
65. Quattordici infermieri, *Santa Maria della Pietà, padiglione 25: il diario degli infermieri in un reparto autogestito di malati mentali cronici*, Marsilio, Venezia 1977.
66. Nota inviata dal direttore Antonino Iaria all'assessore all'assistenza psichiatrica, datata 1 agosto 1975, ASF, 1064.
67. «Oggi la gestione del reparto continua a essere in mano all'infermiere data la più completa assenza dei medici, che mancano anche quando sono al 22», Quattordici infermieri, *Santa Maria della Pietà*, cit., p. 36, cfr. anche p. 22.
68. M. Marà, *Le idee, i vissuti, i tentativi, le prassi antistituzionali nell'ospedale psichiatrico "Santa Maria della Pietà" dal 1968 al 1981*, in Iaria, Losavio, Martelli, *L'ospedale psichiatrico di Roma*, cit., p. 211.
69. Cfr. Sottofascicolo "reparti aperti", ASF, 1109.
70. Nata nel 1945.
71. Il 13 compare nell'elenco – stilato dal Consiglio d'Ospedale e del Cim – dei padiglioni nei quali le iniziative di de-istituzionalizzazione messe in atto dagli infermieri avevano generato un «aumento della repressione, delle intimidazioni»; volantino firmato Consiglio d'ospedale e del Cim, novembre 1974, ASF, 1122.
72. Bisogna peraltro notare che non tutte coloro che raccontano di essersi ribellate a regole o abitudini manicomiali si sono sentite coinvolte nel processo di apertura dell'ospedale o condividono il superamento totale dell'ospedale psichiatrico.
73. Nata nel 1949, assunta nel 1969.
74. Il Santa Maria della Pietà si avviava, infatti, ad essere diviso in due ospedali, distinti sul piano amministrativo, in virtù della legge 431/1968, la quale stabiliva che ciascun manicomio non potesse "contenere" più di 500 degenti.
75. Iaria e Pariante, come tutti i direttori dei manicomi provinciali, come il Santa Maria della Pietà, erano stati scelti mediante concorso e nominati dal Consiglio provinciale, che allora presentava una maggioranza guidata dalla Dc (articoli 19-21 del Regio decreto 615 del 1909).
76. Volantino del Consiglio d'ospedale e del Cim, cit., ASF, 1122.
77. Ordine di servizio n. 14 del 14 dicembre 1975, firmato dai direttori Iaria e Pariante, ASF, 1511.
78. «In definitiva – si legge nell'ordine di servizio n. 17 del 14 aprile 1976 – si può affermare che alla base del programma terapeutico e della sua accettazione, deve essere sempre presente la necessità di creare un valido rapporto interpersonale tra gli operatori e tra questi ed il paziente, in una situazione di vita comunitaria»; ASF, 1007.
79. Ad esempio 9 e 10 settembre; M. Cianca, *Ricoverati, non detenuti. Il trattamento deve cambiare*, in "Il Messaggero", 11 settembre 1976, p. 8.
80. In particolare nell'aprile 1977 la giunta presentava al consiglio un "piano quinquennale", al quale si è già accennato, che prevedeva «1) apertura progressiva e non selvaggia dei padiglioni con il conseguente abbattimento delle sbarre e delle reti di recinzione; 2) ammodernamento dei padiglioni (in vari reparti c'è un solo bagno per 50-60 degenti); 3) programma di recupero sociale, che ha come obiettivo la deospedalizzazione e il reinserimento del paziente nel suo ambiente familiare e sociale; 4) chiusura, in prospettiva, dell'ospedale psichiatrico che potrà essere utilizzato come parco pubblico. I reparti di medicina generale di zona o provinciali debbono accettare anche i malati psichiatrici»; *Ospedali psichiatrici: un piano per l'apertura in cinque anni*, in "Paese sera", 5 aprile 1977, p. 13.
81. Dopo l'emanazione dell'ordine di servizio del dicembre del '75, i sindacati confederali rilevavano in un volantino che «l'ordine di servizio è strumentalmente contestato e sabotato da una parte dei primari, tentando anche di trascinare alcune unità infermieristiche mestando nel torbido dello straordinario»; volantino non datato, ASF, 1122.

82. Esponendo i rilievi mossi sull'ospedale romano dalla Commissione di vigilanza sui manicomi e sugli alienati dopo le visite ispettive svoltesi nella primavera precedente, "Paese sera" scriveva che «in alcuni casi le disposizioni e gli indirizzi perseguiti dalle due direzioni sono parzialmente eseguiti o non eseguiti affatto. Vi è in sostanza una disparità di orientamento psichiatrico-assistenziale determinata dal fatto che nell'ospedale vi sono reparti chiusi e aperti con i rispettivi vantaggi e svantaggi delle singole situazioni»; *Documento-denuncia dei medici del Santa Maria della Pietà*, in "Paese sera", 26 gennaio 1977.

83. «L'abuso terminologico – si legge in un volantino del collettivo di Democrazia proletaria non datato ma risalente all'estate 1976 – ha inflazionato in questi anni parecchi concetti nuovi, su cui ormai, a parole, sono tutti d'accordo: deistituzionalizzazione-deospedalizzazione-apertura al territorio, tutti si servono di questi concetti, anche chi continua a dare tonnellate di farmaci e migliaia di elettroshock» ASF, 1156.

84. "Le voci. Periodico del Santa Maria della Pietà", n. 5, 1977.

85. Ivi, n. 6, 1978.

86. Nata nel 1936, assunta nel 1954.

87. Nata nel 1952, assunta nel 1971.

88. Citato in Colucci, Di Vittorio, *Franco Basaglia*, cit., p. 185.

89. Interessanti le osservazioni dedicate da L. Jervis Comba all'ultimo reparto chiuso dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, il C donne: *C donne: l'ultimo reparto chiuso*, in F. Basaglia, *L'istituzione negata*, cit., pp. 229 ss.

90. ASF, 1156.

91. «L'atteggiamento dei Direttori – si legge nel già citato Documento degli operatori dei reparti aperti e del Cim del febbraio del '76 – se da un lato va accettato e condiviso nella sua impostazione di rottura contro il corpo reazionario di primari e amministratori, dall'altro va incalzato per una più precisa e chiara presa di posizione a favore di un'apertura totale, anche se graduale, dell'ospedale»; ASF, 1109.

92. L'esistenza del collettivo è attestata dall'estate del '76.

93. Per «smantellare il manicomio come struttura repressiva», si legge nel Documento degli operatori dei reparti aperti e del Cim, gli infermieri avrebbero dovuto «assumere un ruolo attivo e responsabile, da protagonisti»; ASF, 1109.

94. F. Basaglia, *Crimini di Pace*, in Id., *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005, p. 253.

95. Verbale della riunione dei sanitari del 9 marzo 1976, ASF, 1109.

96. È il caso ad esempio di Massimo Amanniti, che fu addirittura membro della commissione che redasse il verbale della prima riunione nazionale dell'associazione tenutasi ad Ariccia nel dicembre del '73; "Fogli d'informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative in campo istituzionale", n. 11, gennaio 1974.

97. Cfr. E. Sartori, *Bambini dentro. I minori in ospedale psichiatrico nel xx secolo. Il caso del Santa Maria della Pietà*, Uni Service, Trento 2006. Il volume documenta l'uso della contenzione e le altre "criticità" del reparto.

98. Cfr. anche A. Ossicini, *La rivoluzione della psicologia*, Borla, Roma 2002, pp. 89-94, 152-4.

99. Cfr. ASF, 970: il faldone è interamente dedicato al padiglione dei bambini. Nel 1966 anche un gruppo di madri di ricoverati aveva avanzato un esposto in seguito al quale era stata costituita una Commissione provinciale per la trasformazione del padiglione in istituto psicopedagogico.

100. Cfr. Psichiatria Democratica, *Bambini in manicomio*, cit.

101. Il riferimento all'atteggiamento "sadico" delle suore tanto nei confronti delle degenti quanto nei confronti del personale è talmente frequente nei racconti delle intervistate da risultare quasi un *topos*. Si direbbe che le suore, nelle narrazioni da me raccolte, incarnino letteralmente tutti i mali dell'istituzione, diano un volto al suo potere oppressivo e impersonale. E non c'è da stupirsi, dal momento che le religiose non solo erano le dirette superiori del personale infermieristico, ma erano anche coloro che trascorrevano

più tempo nei reparti. Si legge ne *L'istituzione negata*, cit., p. 186, «[la suora] tende a non delegare ulteriormente il potere personale sul malato, preferendo invece gestirlo in proprio con la sua presenza continua nel reparto. Essa diviene così la sede per la delega che al medico [spesso assente] dà maggiore affidamento». Spunti interessanti sulla presenza delle religiose nell'assistenza non solo manicomiale si trovano in S. Bartoloni, *Al capezzale del malato. Le scuole per la formazione delle infermiere*, in Id. (a cura di), *Per le strade del mondo, laiche e religiose tra otto e Novecento*, Il Mulino, Bologna 2007, pp. 215-47, e in P. Frascani, *Ospedali, malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia*, Annali VII, *Malattia e medicina*, Torino, Einaudi 1984, pp. 317-8.

102. Ad esempio Gianna C. parla delle forme della primaria del reparto 21, ma la sua è descritta quasi come un'azione di supporto al lavoro delle infermiere: «Se non avessi avuto d'accordo la... la dottoressa, che ci credeva anche lei e di conseguenza insieme facevamo un buon lavoro, eravamo due tre che facevamo questo lavoro insieme a lei, lei ci teneva, era lei quella che poi ci supportava, perché andare a smuovere cento anni di tutte queste cose, ma come si poteva, era difficile».

103. Volantino datato 26 novembre 1974, ASF, 1122.

104. Goffman, *Asylums*, cit., p. 110.

105. Nata nel 1938.

106. «Anche quando io stavo ancora lì che entravano infermiere nuove, che già quelle c'avevano un modo diverso, criticavano a noi, dice "ma no porella perché la legate", dice "no perché si sporca"».

107. «Il modello di riferimento casalingo, se impedisce da una parte [alle infermiere] una chiara presa di coscienza delle contraddizioni istituzionali, rende dall'altra meno regredito e più abitabile per degenti ed infermiere un reparto manicomiale chiuso, del corrispondente maschile», diceva Sergio Quondamatteo nella sua relazione dal titolo *Una contraddizione interna allo schieramento di lotta: la donna-infermiera e la donna-malata nella realtà conflittuale istituzione psichiatrica/istituzione manicomiale* al convegno "Psicologia, psichiatria e rapporti di potere", cit., p. 52.

108. Quest'ultima, oltretutto, nel corso dell'intervista "modifica" la ragione che l'ha spinta a lasciare il sindacato. Specificando di essere sempre stata una donna libera e autonoma – sta infatti parlando della propria partecipazione ad un gruppo femminista – chiarisce di essere uscita dal sindacato perché questo aveva già iniziato a "sfasciarsi": «c'erano delle cose che non me quadravano tanto, più che magari il fatto di mio marito che scalpitava».

109. "Le Voci. Periodico del Santa Maria della Pietà", n. 4, 1977.

110. In altre "capitali" del movimento anti-istituzionale l'apporto delle amministrazioni locali è stato fondamentale. Basti citare i casi di Parma (I. La Fata, *Il manicomio ritrovato. L'archivio dell'ospedale psichiatrico di Colorno*, in "Zapruder", n. 14, settembre-dicembre 2007, pp. 122-5), di Arezzo (Basaglia, Tranchina, *Autobiografia di un movimento*, cit., pp. 181 ss.), di Perugia (ivi, p. 186).

111. Basaglia era stato chiamato a Roma, insieme ad alcuni collaboratori, per coordinare la creazione dei servizi territoriali; Colucci, Di Vittorio, *Franco Basaglia*, cit., p. 308.

112. «Quello [il 17] è stato un reparto dove sono entrati infermieri e primario con questa ideologia e subito hanno voluto cambiare tutto, lì dovevi andare per gradi».

113. Ancora più esplicita: «ma noi guarda... capito, non c'era l'apertura, sì qualche cosa era detto, s'era sentito, de Basaglia che aveva fatto, però a livello informativo, ma no che noi... c'era pure qualche altro padiglione che faceva già delle riunioni, ma questo era più a livello sindacale, capito, [...] noi proprio, secondo me, è venuto fuori spontaneo».

114. C. Lonardi, M. Niero, *Racconti di San Servolo: vita e quotidianità in manicomio*, CLEUP, Padova 2009.

115. Ivi, p. 18.

116. A. Slavich, *La scopa meravigliante, preparativi per la legge 180 a Ferrara e dintorni (1971-1978)*, Editori Riuniti, Roma 2003.

117. Sull'esperienza anti-istituzionale a Ferrara si veda il numero 27-28 dei "Fogli di informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative nel campo istituzionale", febbraio 1976, interamente dedicato all'argomento.

118. Particolarmente interessante, fatte queste considerazioni, è un libro del 1975 che può essere letto anche come un tentativo di "mediazione" tra le parti. In *Dall'esperienza psichiatrica di Arezzo: unità di classe e nuova professionalità degli infermieri* (Guaraldi, Firenze), Franca Oneti, Gian Paolo Guelfo e Paolo Pesce scrivono, evidentemente rivolgendosi agli "innovatori" non appartenenti alla categoria degli infermieri: «Per dare un contributo al superamento di atteggiamenti pedagogici verso gli infermieri, di atteggiamenti da mosca cocchiera di un processo che tra di essi è in atto *almeno quanto* lo è tra i medici e gli altri gruppi di operatori, vogliamo far toccare con mano i meccanismi attraverso i quali l'ideologia medica e la logica istituzionale hanno trovato nel medico il tramite per la imposizione del loro dominio [...] intendiamo far giustizia di un atteggiamento troppo spesso denigratorio verso gli infermieri; far carico ai lavoratori del manicomio di brutalità, di corporativismo, di rigidità, di conservatorismo, di omertà; colpevolizzarli come categoria arretrata e come fattore di arretratezza, è a parer nostro atteggiamento sovrapponibile a quello dell'istituzione manicomiale stessa verso gli infermieri, come dimostreremo». D'altra parte il libro metteva in guardia dai rischi celati nel complesso e talvolta contraddittorio rapporto tra rivendicazioni sindacali da parte della categoria degli infermieri e rinnovamento dell'assistenza psichiatrica.

119. Se ne può trovare un'ottima testimonianza sfogliando i resoconti delle riunioni indette dal collettivo dei "Fogli d'informazione" negli anni '73-'74, riportate sul periodico "Fogli d'informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative nel campo istituzionale", durante le quali a più riprese era stata toccata la questione del coinvolgimento degli infermieri nel movimento anti-istituzionale. Si veda ad esempio il n. 5, febbraio-marzo 1973, pp. 85 ss., il n. 8, luglio-settembre 1973, p. 331 o il n. 13, marzo 1974, p. 160.

120. Non a caso il problema del conflitto tra rivendicazioni ed esigenze degli psichiatri e degli infermieri "alternativi" veniva posto da Michele Riso e Sergio Piro in una relazione su "La formazione degli operatori di salute mentale" al primo convegno di Psichiatria democratica: «Affrontando la necessità di una formazione alternativa dell'infermiere psichiatrico essi [Riso e Piro] hanno dovuto tenere conto del fatto che l'articolazione dei due momenti (lotta nello specifico psichiatrico e lotta sindacale) si rifletteva in maniera diretta sull'esperienza formativa alternativa e poneva rapporti diversi, non solo sul piano relazionale ma anche nella prassi politica e professionale, fra psichiatri e infermieri. Non sarà inutile ribadire, a questo proposito, che la connessione dei due momenti è risultata sovente incompleta e talvolta, bel lungi dall'armonizzarsi in tutte le circostanze, si è rivelata contraddittoria», in *Psichiatria democratica, La pratica della follia*, cit., p. 271.

121. Ad esempio l'infermiere sindacalista della Cgil Stefano Z., intervistato da Claudia De Michelis nel 2007 [l'intervista si può consultare presso il Centro studi del Santa Maria della Pietà], sostiene che le vicende del manicomio romano si differenziano da quelle di altre città italiane per la «particolarità degli infermieri protagonisti». Vincenzo B., anch'egli della Cgil, da me intervistato, conferma questa lettura del "caso romano".

122. «Poi si vede che... [avevamo] diciamo no l'apertura come istituzione, l'apertura mentale nel fa sta' meglio le persone, questo secondo me».