



Quaderni della Società Storica Cremonese
n. 3

Ilaria Fazzini

Donne “pericolose”
Storia delle donne internate a Cremona
nella seconda metà dell’Ottocento

Con il contributo di:

Comune di Cremona - Assessorato alle Politiche Sociali, Fragilità e Pari Opportunità



Con il sostegno di:

Cassa Padana



Con il patrocinio di:

Consigliera di Parità della Provincia di Cremona



Zonta Club Cremona



Progetto grafico copertina: Silvia Corbani

© Copyright Società Storica Cremonese

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere tradotta, ristampata o riprodotta, in tutto o in parte, con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, fotocopie, film, diapositive o altro senza autorizzazione degli aventi diritto. L'Editore si dichiara disponibile a regolare eventuali spettanze nei confronti degli aventi diritto per l'utilizzo delle immagini contenute nel volume.

Questo nuovo numero dei “Quaderni” della Società Storica Cremonese è dedicato alla pubblicazione di una interessante tesi di laurea discussa nell’anno accademico 2017/2018 presso l’Università degli Studi di Milano dalla dott.ssa Ilaria Fazzini con la prof.ssa Maria Luisa Betri.

Il tema, certamente nuovo per la realtà storica cremonese e di notevole impegno, presenta la storia degli internati nel Manicomio di Cremona dal 1868 al 1904. O meglio la storia ancora più triste e dolorosa (finanche ingiusta) delle migliaia di donne internate a Cremona.

Ben 2134 sono i fascicoli intestati a donne e relativi a questo tutto sommato breve arco cronologico conservati in Archivio di Stato di Cremona e studiati. Attraverso la lettura delle cartelle cliniche emerge una triste situazione di donne emarginate, spesso confinate nel manicomio a causa di non sempre chiari segni di squilibrio psichico, ma più frequentemente vittime di non facili situazioni familiari e di indigenza.

Donne internate anche per la vita poco in linea, dal punto di vista morale, con il pensiero comune, ma anche per la loro “diversità” che diventava “inferiorità”.

Un ringraziamento alla prof.ssa Maria Luisa Betri per la revisione dell’elaborato tesistico ai fini della presente pubblicazione.

Angela Bellardi

Presidente Società Storica Cremonese

Società Storica Cremonese

Presidente

Angela Bellardi Cotella

Consiglio

Nicola Arrigoni

Maria Luisa Betri

Elisa Chittò

Giovanni Fasani

Andrea Foglia

Angelo Garioni

Emilio Giazzi

Valerio Guazzoni

Sonia Tassini

Tesoriere

Gianluigi Bresciani

Segretario

Elisa Chittò

SOMMARIO

5 **Prefazione** a cura di Maria Luisa Betri

9 **Introduzione**

Capitolo I – Le dinamiche di internamento femminile nella Cremona della seconda metà dell'Ottocento

13 1. La nascita delle istituzioni manicomiali

18 2. Il Manicomio di Cremona

26 3. Le donne del Manicomio di Cremona

Capitolo II – Le cause della follia femminile: il contesto esistenziale delle pazienti cremonesi

39 1. Le cause della follia: dalle teorie organiciste alle cartelle cliniche

45 2. Le donne tra corpo “malato” e relazioni familiari

52 3. Le condizioni di vita e di lavoro delle donne

Capitolo III – Il manifestarsi della follia e l'internamento nel Manicomio di Cremona

61 1. Entrare in manicomio: i sintomi della follia e le procedure di ammissione

69 2. Le internate e la rappresentazione della follia femminile

73 3. La follia in manicomio: diagnosi mediche e cure per la follia

Capitolo IV – Legami indissolubili: lettere e scritti dal manicomio

83 1. Le lettere come fonti storiche

87 2. La vita in manicomio attraverso gli scritti delle donne e dei loro familiari

94 3. Uscire dal manicomio: lettere e procedure di dimissioni delle internate

100 **Conclusioni**

103 **Fonti archivistiche**

106 **Fonti a stampa**

107 **Bibliografia**

PREFAZIONE

Nel fertile terreno della storia sociale, filone di studi particolarmente rigoglioso nei decenni Settanta e Ottanta del secolo scorso, la storia della follia ha avuto un singolare rilievo, coltivata non solo da chi mirava ad ampliare la conoscenza delle vicende italiane tra età moderna ed età contemporanea oltre il quadro politico-istituzionale, ma anche da psichiatri che, nella lunga battaglia contro il manicomio, intendevano indagare il suo lungo processo di formazione e l'evoluzione del sapere scientifico su cui si era fondato. Nel 1978 la legge Basaglia aveva restituito dignità ai malati psichici, dopo che per più di settant'anni la legge giolittiana del 1904 aveva indissolubilmente legato il tema della malattia mentale a quello della pubblica sicurezza, basandosi sull'assimilazione del malato di mente a individuo pericoloso, internato in manicomio per il suo comportamento abnorme e di pubblico scandalo. Come spesso accade nel lavoro storiografico, alla iniziale vivacità e ricchezza degli studi è sembrata seguire negli anni più recenti una fase di stasi, nella quale tuttavia sono emerse alcune nuove e promettenti prospettive per indagare la complessa realtà manicomiale al di là dei suoi aspetti istituzionali, ideologici e amministrativi. Questo lavoro di Ilaria Fazzini ne è una chiara e convincente testimonianza nel presentarci l'esemplare caso di studio del manicomio di Cremona, "grande opera pratica da destinarsi alla classe povera", progettata nei primi anni Ottanta dell'Ottocento e inaugurata nel 1890, struttura a padiglioni costruita secondo i dettami della moderna architettura ospedaliera, ove i malati di mente vi furono trasferiti dalla "sezione pazzi" dell'Ospedale Maggiore. In quegli anni imperversava la crisi agraria, che aveva peggiorato le condizioni di vita e di lavoro della popolazione, facendola spesso precipitare dalla povertà alla miseria, terreno di coltura naturale dei disturbi psichici, come riscontravano gran parte delle diagnosi redatte e annotate dagli alienisti dell'epoca nelle cartelle cliniche. Ne era stato l'epifenomeno più evidente la frenosi pellagrosa, principale causa di ricovero in quel periodo, una forma di demenza che si manifestava nello stadio terminale della pellagra, malattia da carenza vitaminica provocata da una sottoalimentazione cronica basata sul monofagismo maidico. Questo studio si è fondato proprio sull'esame delle cartelle cliniche, preziosa documentazione conservata nel fondo dell'*Ospedale psichiatrico provinciale di Cremona* presso l'Archivio di Stato di Cremona, in particolare sulle oltre 2.100, con i relativi fascicoli personali, relative alle donne ricoverate dal 1868 al 1904. La linea di ricerca intrapresa è dunque stata, dichiaratamente, quella della storia delle donne, anche in considerazione del fatto che la differenza di genere è sempre stata essenziale nelle diagnosi psichiatriche, nella rappresentazione e nella frequenza delle patologie descritte, riflettendosi altresì nella diversità di trattamento delle ricoverate rispetto ai ricoverati stabilite negli statuti delle varie istituzioni assistenziali.

Nello sfogliare queste pagine ci si chiede in che misura taluni comportamenti "irregolari" potessero legittimare i ricoveri, quale parte avessero le famiglie, quale

la relazione tra le classificazioni nosografiche e le dinamiche dell'internamento. Se è vero che le famiglie esercitavano un ruolo protettivo, è altrettanto chiara la loro funzione di gestione e di occultamento di comportamenti femminili giudicati inopportuni, eccessivi o scandalosi, che avevano infranto l'onore e un "ordine" morale da rispettare in una realtà ancora patriarcale. Un ordine del quale si facevano garanti non solo i parenti, ma anche sindaci e parroci, interpreti di una più ampia volontà di controllo sociale nell'ambito della comunità civile e religiosa. Di straordinario interesse sono le lettere conservate all'interno dei fascicoli personali di alcune pazienti, indirizzate prevalentemente ai famigliari e mai giunte ai destinatari perché intercettate e censurate dalla direzione del manicomio. Quei frammenti di storie di vita, che consentono di osservare da un punto di vista inedito la vicenda dell'internamento della follia, aprono uno squarcio, drammaticamente realistico, sui modi con cui le alienate manifestavano e spiegavano il proprio malessere, spesso attingendo al mondo della religiosità e della cultura popolare, sulla loro sofferenza, ma anche sulla speranza di porre fine, un giorno, a quella desolata solitudine. Un'espressione, dunque, della umanissima soggettività di quelle malate di mente, ben lontana dalla visione radicalmente riduttiva dell'alienazione clinica a pura biologia, propria dell'orientamento organicistico diffuso nella nascente psichiatria italiana.

Maria Luisa Betri

Università degli Studi di Milano

INTRODUZIONE

Solo recentemente gli storici si sono interessati alle dinamiche di internamento femminile mettendo al centro delle loro ricerche le internate, la loro vita dentro e fuori le mura manicomiali, le cause e il manifestarsi della loro follia e il rapporto con i familiari e i medici.

La presente ricerca si inserisce in questo filone di studi e affronta la questione della follia femminile a partire dalla storia delle donne internate nel Manicomio di Cremona nella seconda metà dell'Ottocento.

L'analisi è stata condotta assumendo quindi una doppia prospettiva di ricerca: una locale e una di genere¹. Da un lato, l'adozione di una prospettiva locale ha consentito l'accesso diretto alla documentazione prodotta dall'istituzione manicomiale². In particolare l'analisi e lo studio delle cartelle cliniche si sono rivelati centrali per poter indagare le procedure e le dinamiche di internamento *concretamente* messe in atto dall'istituzione e hanno consentito così di superare «l'intrinseca astrattezza di termini quale follia, psichiatria [...] che, parafrasando il Salvemini, mai nessuno ha visto camminare»³.

Dall'altro, l'adozione di una prospettiva di genere ha consentito di “svelare” le peculiarità che interessavano l'internamento manicomiale delle donne: la scienza psichiatrica aveva infatti “costruito”, partendo dalle teorie sull'inferiorità “naturale” delle donne, l'immagine di un femminile “naturalmente” predisposto alla follia. La scelta di assumere una prospettiva di genere è stata dunque determinata dalla constatazione che gli alienisti, nel loro agire concretamente dentro e fuori le mura manicomiali, si basarono sul paradigma della differenza di genere: non a caso «il genere è stato [...] sempre essenziale e discriminante nelle diagnosi e

¹ Ampia è la letteratura che si è occupata dell'internamento della follia in un'ottica di genere; si vedano: P. Bell Pesce, *Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al manicomio di Palermo (1890-1902)*, in «Genesis», a. II, n. 1, 2003, pp. 91-122; V. Fiorino, *Donne da manicomio. Appunti sulle biografie di internate a Roma (1850- 1915)*, in «Agenda. Società italiana delle storiche», n. 20, 1998, pp. 40-48; S. Re, *Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile nel Manicomio di Colorno (1880-1915)*, Milano, Franco Angeli, 2014; A. Salviato, *Melanconiche d'altri tempi. Le pazienti del manicomio di San Clemente a Venezia*, in «Genesis», a. II, n. 1, 2003, pp. 63-90; M. Starnini, *Follie separate. Genere e internamento manicomiale al San Niccolò di Siena nella seconda metà dell'Ottocento*, Pisa, Pisa University Press, 2014; A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Roma, Donzelli Editore, 2014.

² La rilevanza dello studio del caso cremonese è strettamente connessa al fatto che, come sostiene Scartabellati, la realtà cremonese è in grado di rivelare, «meglio d'altre esperienze [...], per una sua maggiore omogeneità socioeconomica col resto d'Italia, il meccanismo intimo di funzionamento delle istituzioni manicomiali». A. Scartabellati, *L'umanità inutile: la questione della follia in Italia tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento e il caso del Manicomio provinciale di Cremona*, Milano, Franco Angeli, 2001, pp. 161-162.

³ *Ibidem*, p. 161.

nelle classificazioni delle varie patologie»⁴.

La principale fonte storica analizzata sono state le cartelle cliniche conservate nel fondo *Ospedale psichiatrico provinciale di Cremona*, presso l'Archivio di Stato di Cremona, che comprende le cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nel manicomio cremonese dal 1868 al 1980. Durante i mesi di lavoro in archivio sono state analizzate 2.134 cartelle cliniche di donne internate tra il 1868, anno dal quale sono stati conservati i fascicoli delle internate, e il 1904, anno della legge unica sui manicomi che cambiò il regolamento e la vita del manicomio cremonese.

Le cartelle cliniche, «luoghi d'incontro di documenti, voci e sguardi diversi»⁵, sono ormai considerate dalla storiografia che si occupa della storia sociale della psichiatria come una fonte privilegiata e un punto di osservazione unico: partendo da una prospettiva microstorica le cartelle permettono di studiare la follia, le sue cause, il suo internamento e soprattutto di far emergere il confronto-scontro tra sapere e sguardo medico da un lato e cultura e rappresentazioni popolari dall'altro⁶.

Le cartelle cliniche delle donne cremonesi, spesso incomplete e compilate in modo succinto, sono state analizzate in tutte le loro parti: l'attenzione è stata rivolta sia ai dati riportati dai medici del manicomio durante la degenza delle internate, sia a tutti i documenti allegati alle singole cartelle cliniche, con particolare attenzione alle lettere scritte dalle pazienti, dai loro familiari o da altri soggetti e istituzioni. Infine, grazie all'elaborazione di un ampio e dettagliato database è stato possibile individuare i casi più rilevanti e interessanti e riportare così nell'opera numerosi *case-studies* capaci di dare maggiore consistenza alle tesi esposte.

Dopo un capitolo iniziale volto a delineare un primo profilo delle donne cremonesi internate, il secondo capitolo è dedicato all'analisi delle cause della follia femminile, rintracciate soprattutto nel loro vissuto esistenziale e relazionale, nella loro "natura" femminile e nelle loro condizioni di vita e di lavoro. Il terzo capitolo affronta l'analisi delle manifestazioni e dei sintomi delle malattie mentali con riferimenti alla percezione, alla rappresentazione e alla costruzione della follia. L'ultimo capitolo è infine dedicato all'analisi dei rapporti familiari dentro e fuori

⁴ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi, Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002, p. 20.

⁵ L. Schettini, *Tra giudizio psichiatrico e assistenza pubblica: donne internate nel manicomio di Roma alla fine dell'Ottocento*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», 1, 2002, p. 121.

⁶ V. Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di F. Alberico, G. Franchini, E. M. Landini, E. Passalia, Genova, Dismec, 2010, p. 56.

le mura manicomiali attraverso lo studio delle lettere, «“documenti dei sentimenti” per eccellenza»⁷, conservate all’interno delle cartelle cliniche.

Desidero ringraziare profondamente la prof.ssa Maria Luisa Betri per la grande disponibilità dimostrata e per avermi sostenuta e guidata nella realizzazione e nella stesura di questa ricerca.

I miei più sentiti ringraziamenti sono rivolti alla dott.ssa Angela Bellardi e a tutti i membri della Società Storica Cremonese per aver creduto nelle potenzialità di questo lavoro e per averne reso possibile la pubblicazione.

Infine vorrei ringraziare il personale dell’Archivio di Stato di Cremona per avermi accolta e aiutata nei mesi di ricerca in Archivio.

⁷ M. L. Betri, *Scrivere della morte. Lettere femminili a medici del primo Ottocento*, in *Il medico di fronte alla morte (secoli XVI-XXI)*, a cura di G. Cosmacini, G. Vigarello, Torino, Fondazione Fabretti, 2008, p. 117.

Le dinamiche di internamento femminile nella Cremona della seconda metà dell'Ottocento

1. *La nascita delle istituzioni manicomiali*

«Il più grosso errore dei tempi moderni, un resto d'ignoranza e di barbarie, fabbriche di incurabili, cimiteri dell'intelligenza, luoghi infami di sequestri arbitrari e d'inumazione anticipata»¹. Con queste parole, nel 1879, l'alienista milanese Andrea Verga (1811-1895)², considerato uno dei padri fondatori della psichiatria italiana, si riferiva agli istituti manicomiali. Questi, definiti «luoghi infami», furono destinati a segnare la storia della psichiatria italiana fino al 1978 quando, un secolo dopo le parole dell'alienista milanese, il Parlamento italiano approvò la legge 13 maggio 1978 n. 180³, detta Basaglia dal nome del suo ispiratore, lo psichiatra e neurologo veneziano Franco Basaglia (1924-1980)⁴.

La malattia mentale è rintracciabile sin dai tempi antichi anche se con tratti, caratteristiche e significati differenti tra le varie culture. Dal mondo greco e romano sono giunte fino ai nostri giorni testimonianze di riflessioni sulla malattia mentale, sulle sue cause e sulle sue possibili cure, fonti provenienti dalle ricerche di studiosi come Ippocrate o Celso⁵. Successivamente, con il crollo dell'Impero ro-

¹ A. Verga, *Il manicomio e la famiglia*, in «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», 1879, e successivamente in A. Verga, *Studi anatomici sul cranio e sull'encefalo psicologici e freniatrici*, vol. II, Milano, F. Manini-Wiget, 1896-1897, p. 235.

² Per approfondire la figura dell'alienista Andrea Verga si vedano: A. Tamburini, *Andrea Verga. Commemorazione*, Reggio Emilia, Tip. S. Calderini, 1896; G. Castelli, *Figure dell'Ottocento alla Ca' Granda. Amministratori, medici, farmacisti*, Milano, Ed. Meneghina, 1940, pp.443-482; A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene: manicomio, psichiatria e classi subalterne: il caso milanese*, Milano, Franco Angeli, 1980.

³ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Milano, Feltrinelli, 1980, pp. 182-183. La legge 180, confermata dalla legge n. 833 dello stesso anno, condannò senza appello i manicomi e come sostiene A. Pirella «postul[ò] da una parte il superamento e la chiusura degli ospedali psichiatrici e dall'altra la creazione di servizi territoriali adeguati per la prevenzione, la cura e la riabilitazione in tema di salute mentale». Si veda: A. Pirella, *Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)*, in *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, a cura di F. Cassata, M. Moraglio, Pisa, BFS edizioni, 2005, p. 120.

⁴ Per approfondire la figura dello psichiatra Franco Basaglia si vedano: V. Fiorino, *Rivoltare il mondo, abolire la miseria. Un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia*, Pisa, ETS, 1994; M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Milano, Bruno Mondadori, 2001; O. Pivetta, *Franco Basaglia. Il dottore dei matti*, Milano, Baldini Castoldi, 2012-2014; J. Foot, *La "Repubblica dei matti": Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1968*, Milano, Feltrinelli, 2014.

⁵ E. Shorter, *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Milano, Masson, 2000, p. VII.

mano, la medicina visse una fase di declino e si assistette a un «periodo in cui la conciliazione tra metodi sciamanici propri delle popolazioni cosiddette barbariche e protocristianesimo condusse alle teorie sugli indemoniati, sulla stregoneria, sugli esorcismi»⁶. Nel Medioevo l'Europa vide da un lato il ritorno a uno sviluppo delle scienze mediche grazie alle influenze della cultura araba ma dall'altro anche una «persistenza della corrente "demonistica" [che] condusse alle aberrazioni dei processi alle streghe, e l'attività degli esorcisti conobbe un periodo d'oro»⁷.

Il passaggio tra Medioevo ed età moderna appare spesso ambiguo e contraddittorio e, come sottolineato da Roscioni, esso è «caratterizzato dal continuo alternarsi di tolleranza ed emarginazione, rispetto e derisione, pietà e timore»⁸.

Fu a partire dall'età moderna, con il parallelo affermarsi del pensiero scientifico e dello Stato moderno, che iniziarono a comparire i primi istituti deputati all'internamento dei pazzi, punti di partenza e basi di quelli che dalla fine del Settecento divennero poi veri e propri manicomi⁹.

Lo stesso Foucault fa risalire l'internamento dei folli ai secoli centrali dell'età moderna quando si assistette a tre fenomeni che si rivelarono cruciali per la nascita degli istituti deputati al controllo e alla cura degli alienati poveri e pericolosi. Nel XVII secolo si assistette in primo luogo a una desacralizzazione della follia portando quest'ultima a coincidere solo con la sfera morale ormai non più associata al divino¹⁰. In secondo luogo la pazzia iniziò a essere sempre più spesso collegata alla condizione di povertà in cui versava un numero crescente di alienati, creando così le basi di quel legame quasi indissolubile tra follia e povertà rintracciabile in tutti i secoli successivi¹¹. Dal XVIII secolo iniziò infine a comparire il termine *police*¹² all'interno del discorso sulla follia deputato a indicare l'emergere della questione dell'ordine pubblico connesso al tema della malattia mentale¹³.

Nei primi secoli dell'età moderna però l'internamento dei folli avveniva ancora in istituti destinati all'internamento generalizzato degli emarginati dalla e della società; dunque non solo i pazzi ma anche i vagabondi, i mendicanti, i malati cronici, gli orfani, le prostitute, erano internati indistintamente negli ospedali generali

⁶ Ivi.

⁷ *Ibidem*, p. VIII.

⁸ L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Mondadori, 2003, p. 23.

⁹ M. Foucault, *Storia della follia*, Milano, Rizzoli, 1984, p. 90.

¹⁰ Ivi.

¹¹ *Ibidem*, p. 91.

¹² Ivi.

¹³ Tematica quest'ultima che si ritrova ancora chiaramente nella legge dello Stato italiano del 14 febbraio 1904, n. 36 su "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati". Per approfondire si veda: A. Lonni, *Pubblica sicurezza, sicurezza pubblica e malato di mente. La legge del 1904*, in *Follia, psichiatria e società Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, a cura di A. De Bernardi, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 264-283.

che già dalla fine del XV secolo avevano iniziato a sorgere in tutte le principali città europee¹⁴.

Solo dalla fine del XVIII secolo, in concomitanza con l'affermarsi del moderno pensiero psichiatrico, iniziarono ad essere istituite le prime strutture deputate unicamente alla reclusione e alla cura dei malati di mente: i manicomi¹⁵.

L'attestarsi sia del moderno pensiero psichiatrico sia dei manicomi fu direttamente imputabile agli influssi degli ideali illuministici e della Rivoluzione francese sul pensiero scientifico europeo che portarono all'emergere di nuovi paradigmi interpretativi della realtà e, nel caso della nascente psichiatria, a una nuova visione della malattia mentale¹⁶.

Il principale interprete di questo cambiamento fu l'alienista francese Pinel (1745-1826)¹⁷, il primo ad applicare gli ideali illuministici alla psichiatria e ad assumere un nuovo modello di interpretazione della follia che partisse dall'assunzione della curabilità della malattia mentale¹⁸. Approfondendo la dimensione sensitiva, affettiva ed emozionale dell'essere umano e sostenendo la derivazione della malattia mentale da un'esaltazione abnorme della sensibilità, Pinel pensò a un «progetto terapeutico consistente perciò nel saper moderare, contenere e ri-orientare questi eccessi e disarmonie»¹⁹. Dunque un trattamento “morale” dei folli che sarebbe stato possibile solo all'interno di una struttura deputata a questa riabilitazione sensitiva, ossia il manicomio. Quest'ultimo venne però inteso non soltanto come luogo in cui somministrare le cure ma anche come luogo che fosse esso stesso la cura della malattia: «Che cosa sono gli altri ospedali per tutti gli altri malati all'infuori dei folli? Mezzi puramente ausiliari, adatti a favorire il regime e a aiutare la virtù dei mendicanti. Ma gli ospedali per folli sono un'altra cosa; essi stessi hanno la funzione di strumenti di guarigione»²⁰. Dunque era il manicomio come istituzione, come edificio fisico che, slegando i pazienti dalla loro quotidianità e dalla loro realtà esistenziale²¹ e ponendoli sotto il rigido controllo dell'autorità dello psichiatra-direttore²², costituiva la cura per eccellenza indivi-

¹⁴ L. Roscioni, *Il governo della follia*, cit., pp. 21-24.

¹⁵ M. Foucault, *Storia della follia*, cit., p. 92.

¹⁶ E. Shorter, *Storia della psichiatria*, cit., p. IX.

¹⁷ F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia, Annali 7: Malattia e Medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1070-1071.

¹⁸ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 9.

¹⁹ Ivi.

²⁰ F. De Peri, *Le origini dell'istituzione manicomiale e della scienza psichiatrica*, in «Società e Storia», n. 6, 1979, p. 693.

²¹ Il tema dell'isolamento dei folli, visto sia in funzione riabilitativa sia punitiva, divenne poi centrale nel pensiero psichiatrico ottocentesco. Si veda: F. De Peri, *Le origini dell'istituzione manicomiale e della scienza psichiatrica*, cit., p. 710.

²² L'autorità dello psichiatra-direttore del manicomio doveva essere la premessa istituzionale per il trattamento “morale” della follia. Si veda: F. De Peri, *Le origini dell'istituzione manicomiale e della scienza psichiatrica*, cit., pp. 713-714.

duata dagli alienisti²³; curare significava «definire uno spazio e un tempo entro il quale collocare l'alienato»²⁴.

Fin dai primi decenni di apertura dei manicomi fu chiaro che la possibilità di trasformarli da istituti di reclusione e controllo degli alienati a istituti di cura della malattia mentale non era così semplice e si prospettava un percorso irto di difficoltà. Il principale problema era costituito dal crescente numero di alienati "incurabili" che affollavano le strutture manicomiali impedendo quella funzione di cura "morale", già prevista da Pinel nel tardo Settecento, per i malati curabili.

Alla metà del XIX secolo la situazione dei manicomi risultava essere in molti casi disperata: pochissimi i casi di guarigione, terribili le condizioni di vita dei pazienti internati in locali ed edifici sovraffollati, inadeguati e insalubri, il cui mantenimento gravava sempre di più sui bilanci delle amministrazioni locali.

Iniziarono così a levarsi le prime voci di dissenso contro un'istituzione che sembrava ormai incapace di perseguire lo scopo per il quale era stata ideata: curare le malattie mentali. Dalla metà dell'Ottocento in Francia e in Germania nacquero movimenti contrari ai manicomi²⁵ e ben presto questi si manifestarono anche in Italia. Le polemiche contro i manicomi aumentarono poi nei decenni seguenti quando in tutta Europa²⁶ si assistette alla fase del "grande internamento"²⁷, così descritto da alcuni dei più importanti alienisti italiani dell'epoca: «nello spazio di quarant'anni la cifra degli alienati internati nei manicomi in Italia è *più che quadruplicata* da 12.210 a 54.311; ma poiché nello stesso periodo di tempo la popolazione generale d'Italia è aumentata solo di un terzo, da 23.967.736 a 35.238.997, così la proporzione degli alienati rispetto alla popolazione è aumentata del *triplo*, da 0,5 per mille a 1,5 per mille, verificandosi così anche in Italia quell'aumento progressivo degli alienati internati che si verifica in tutte le nazioni civili»²⁸.

Le cause che determinarono l'aumento esponenziale dei malati ricoverati nei manicomi di tutta Europa sono molteplici.

Da un lato, il cambiamento apportato con la rivoluzione industriale²⁹ sul tessuto produttivo ebbe forti conseguenze sul tessuto sociale portando molti individui a

²³ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., pp. 10-11.

²⁴ F. De Peri, *Le origini dell'istituzione manicomiale e della scienza psichiatrica*, cit., p. 683.

²⁵ F. Cassata, M. Moraglio, *Manicomio, società e politica*, cit., p. 9.

²⁶ Per l'analisi dei contesti europei si rimanda a: E. Shorter, *Storia della psichiatria*, cit..

²⁷ Con questa espressione si è soliti indicare la crescita quasi esponenziale del numero di internati nei manicomi nel quarantennio compreso tra il 1870 e il 1910.

²⁸ A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Torino, UTET, 1918, p. 207.

²⁹ Questa causa permette di spiegare l'aumento dell'internamento in quelle realtà dove l'industrializzazione fu più forte e repentina; non è valida invece per giustificare l'incremento della popolazione manicomiale nelle aree a bassa industrializzazione, come quella cremonese oggetto di questo lavoro di ricerca, dove altre furono le cause che concorsero all'aumento degli internati, come si vedrà nel Capitolo II.

perdere le chiavi interpretative della realtà³⁰. La rivoluzione industriale comportò una ristrutturazione dell'intera economia provocando vasti fenomeni d'inurbamento e creando periferie degradate nelle città, popolate da manodopera a basso costo per le industrie proveniente dalle campagne: spesso era proprio nel passaggio dalla campagna alla città che gli individui vivevano uno sradicamento che poteva sfociare in disturbi mentali più o meno gravi³¹.

Dall'altro, a determinare l'aumento della popolazione manicomiale fu l'affermarsi con forza di due grandi piaghe sociali che colpirono soprattutto gli strati più poveri della popolazione: la pellagra e l'alcolismo, patologie che potevano sfociare in frenosi, rispettivamente *frenosi pellagrosa* e *frenosi alcolica*. La prima caratterizzò soprattutto gli anni fino al 1890 quando, a seguito del miglioramento delle condizioni di vita dei contadini, i casi di pellagra iniziarono, seppur lentamente, a diminuire. Per quanto riguarda la seconda, essa, strettamente connessa alle realtà urbane operaie, vide invece un trend ascendente con l'avvicinarsi al nuovo secolo determinando un costante aumento dei casi di internati anche dopo il 1890. A queste due patologie si aggiunse infine la presenza sempre più diffusa della neurosifilide che aumentava il numero di internati, provenienti dai più diversi ceti sociali, soprattutto nei reparti maschili dei manicomi³².

Infine, anche l'affermazione, nel corso del XIX secolo, di una nuova sensibilità e di un nuovo modello di vita familiare borghese contribuì all'aumento del numero dei ricoverati. Il nuovo stile di vita familiare, basato sugli affetti e sull'amore tra i coniugi e incentrato sul piacere della vita intima e sul calore domestico, rese infatti sempre più difficile «sopportare la vista di un proprio caro affetto da un disturbo psichiatrico»³³ e «tanto più grave era il disturbo quanto più rapidamente la famiglia si sbarazzava dei parenti malati»³⁴.

Fu proprio nei decenni del “grande internamento” che si accese, anche in Italia, il dibattito sui manicomi e sulla necessità di una loro riforma. Questo, dal mondo degli psichiatri e della psichiatria, arrivò ben presto a interessare direttamente la vita politica del neonato Stato unitario: a gran voce gli alienisti italiani chiedevano al governo una riforma degli istituti manicomiali e soprattutto una legge, valida per tutto il Regno, che mettesse fine alla frammentazione dei numerosi regolamenti dei manicomi, spesso di derivazione preunitaria, che rendevano le istituzioni manicomiali ben poco adatte allo scopo per il quale erano state concepite³⁵.

³⁰ E. Shorter, *Storia della psichiatria*. cit., pp. 45-46.

³¹ Ivi.

³² *Ibidem*, pp. 50-56.

³³ *Ibidem*, p.48.

³⁴ Ivi.

³⁵ F. Cassata, M. Moraglio, *Manicomio, società e politica*, cit., p. 9.

Alla fine di un lungo iter di dibattiti, scontri, ispezioni e inchieste³⁶, si giunse al disegno di legge di Giolitti del 1902³⁷. Questo si basava su quattro punti fondamentali che sintetizzavano alcune posizioni emerse durante il dibattito decennale sui manicomi: si sostenne l'obbligo di internamento solo per i matti pericolosi o scandalosi e la procedura giudiziale per l'ammissione, si asserì che le province si sarebbero fatte carico delle spese e si istituì un servizio speciale di vigilanza sugli alienati. Sulla base del disegno di legge Giolitti si giunse all'approvazione definitiva della legge attesa dalla psichiatria italiana ormai da quarant'anni: la legge 14 febbraio 1904 n.36 che rimase in vigore fino alla legge Basaglia del 1978³⁸.

La legge aveva come elemento fondante l'assimilazione del malato di mente a individuo pericoloso per la società: di fatto gli alienati erano internati in manicomio non in quanto malati ma in quanto soggetti pericolosi e di pubblico scandalo. Così la legge del 1904 da un lato, non apportò alcun miglioramento concreto alle condizioni di vita degli internati e, dall'altro, legò indissolubilmente il tema della malattia mentale a quello della pubblica sicurezza gettando un velo sull'intera questione della follia e del suo internamento nei manicomi che sarebbe stato sollevato solo nel secondo dopoguerra³⁹.

2. *Il Manicomio di Cremona*

Sin dalla prima età moderna i pazzi cremonesi trovarono ospitalità presso l'Ospedale cittadino di S. Alessio⁴⁰, fondato nel XVI secolo come ricovero per gli orfani, i mendicanti, gli infermi cronici e incurabili⁴¹ tra i quali rientravano anche i folli poveri⁴². La situazione rimase invariata fino al 1787, anno in cui, a causa delle

³⁶ Le più importanti inchieste sui manicomi furono condotte nel 1891 e nel 1898. Su ciò si veda: F. Cassata, M. Moraglio, *Manicomio, società e politica*, cit., pp. 18-19.

³⁷ F. Cassata, M. Moraglio, *Manicomio, società e politica*, cit., p.19.

³⁸ L. Roscioni, "Luoghi infami di sequestri arbitrari". *Diritti e garanzie nella legislazione sull'internamento manicomiale dal Settecento alla legge del 1904*, in *Manicomio, società e politica*, cit., pp. 9-21.

³⁹ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia, dall'Unità ad oggi*, cit., pp. 167-184.

⁴⁰ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 168.

⁴¹ A. F. Tassani, *Statistica medica. Saggio di topografia statistico-medica della provincia di Cremona*, in «Gazzetta Medica di Milano», tomo VI, n. 32, 7 agosto 1847, p. 305.

⁴² Prima dell'utilizzo dell'Ospedale di S. Alessio come ricovero per i malati di mente, stando a quanto riferisce Robolotti, «pare che i pazzi si custodissero nelle case private [poiché] i primitivi statuti, e i regolamenti successivi, più volte riformati per la più pronta salubrità degli infermi [il Civico Ospedale di Cremona] non ammetteva i pazzi e i cronici, i sifilitici e rognosi, le donne gravide e partorienti». F. Robolotti, *Storia e statistica economico medica dell'Ospedale di Cremona*, Cremona, 1851, pp. 38-39.

disperate condizioni in cui versava l'Ospedale, esso fu aggregato, per volere delle autorità governative⁴³, all'Ospedale Maggiore di Cremona⁴⁴.

Solo nel 1821, sulla scia del movimento psichiatrico che sosteneva, come si è precedentemente visto, la necessità di creare luoghi deputati unicamente al ricovero dei malati di mente, i dirigenti dell'Ospedale Maggiore costituirono il Civico Manicomio di Cremona⁴⁵.

Nel 1865 la gestione economica del manicomio cremonese passò dallo Stato alla Provincia di Cremona, che dovette così farsi carico delle spese per le cure degli alienati cremonesi⁴⁶.

Uno dei primi provvedimenti che il Consiglio provinciale adottò fu quello di promuovere una serie di indagini volte ad analizzare le condizioni del Manicomio di Cremona e dell'Istituto Pazzi di Crema⁴⁷ per conoscere il reale stato delle due istituzioni del territorio. Le indagini fecero emergere due grandi problemi dei manicomi della provincia: in primo luogo le condizioni delle strutture erano inadeguate e insalubri per garantire un degno ricovero dei pazienti e, in secondo luogo, il numero dei posti letto era carente e incapace di far fronte alla crescente domanda di internamento.

Il Manicomio di Cremona non aveva un proprio edificio ed era ancora legato fisicamente all'Ospedale Maggiore in qualità di una delle sue tante sezioni⁴⁸. Le condizioni materiali e la struttura dell'edificio ospedaliero non consentivano un adeguato svolgimento della funzione di cura che il manicomio cremonese era chiamato a operare; lo stesso valeva per l'Istituto Pazzi di Crema la cui struttura era totalmente incompatibile con gli obiettivi di guarigione dei pazienti psichiatrici.⁴⁹

Alla questione delle condizioni materiali degli edifici si aggiunse quella strettamente collegata della disponibilità dei posti letto. Alla data della sua fondazione il Manicomio di Cremona aveva una capienza di 160 posti letto, ugualmente di-

⁴³ Atti del Consiglio Provinciale di Cremona 1889, Allegato n. 2, *Relazione sulla liquidazione dei rapporti esistenti cogli Istituti Spedalieri in punto al ritiro dei dementi poveri nel nuovo Manicomio Provinciale*, p. VIII.

⁴⁴ Riportando quanto riferisce il dottor Tassani, l'Ospedale Maggiore di Cremona, fondato verso la metà del XV secolo, aveva una capienza di 300 posti letto e accoglieva ogni anno 5.000 malati circa e «siccome in esso ricoveransi gli infermi provenienti dall'intera provincia, tranne soltanto quei comuni che hanno proprio ospedale, meriterebbe d'essere appellato *provinciale*». A. F. Tassani, *Statistica medica. Saggio di topografia statistico-medica della provincia di Cremona*, cit., p. 305. Per ulteriori informazioni sulla situazione ospedaliera e sanitaria cremonese si veda M. L. Betri, *Le malattie dei poveri: ambiente urbano, morbidità, strutture sanitarie a Cremona nella prima metà dell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1981.

⁴⁵ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 168.

⁴⁶ Ivi.

⁴⁷ La presenza di due istituzioni manicomiali nella stessa provincia, separate per direzione medica e amministrazione, costituì un caso unico nella realtà italiana del tempo. Sulla questione si rimanda a A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., pp. 161-165.

⁴⁸ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 168.

⁴⁹ Ivi.

visi per gli uomini e per le donne⁵⁰, ma con il passare degli anni, a causa del costante aumento degli internati⁵¹, l'ente si trovò a dover gestire una situazione di crescente sovraffollamento⁵².

Sulla base dei risultati di queste indagini, una delle più importanti soluzioni proposte fu quella di sopprimere i due enti esistenti e di creare un nuovo manicomio unico per la provincia, separato dall'Ospedale di Cremona, da inserire in una nuova struttura e con un numero adeguato di posti letto⁵³. Questa proposta suscitò però molte opposizioni: da un lato gli amministratori dell'Istituto Pazzi di Crema non volevano accettare in alcun modo la soppressione del proprio ente⁵⁴, dell'altro il Consiglio Provinciale stesso non voleva sostenere le spese per la costruzione di un edificio *ex novo* in cui collocare il Manicomio⁵⁵.

Dopo un quindicennio di discussioni, indagini e commissioni, fatto di battute d'arresto e di nuove proposte⁵⁶, nella seduta consiliare del 3 ottobre 1881 si decise definitivamente di costruire un manicomio unico provinciale⁵⁷. Questa delibera fu accolta positivamente anche dalla comunità medica cremonese⁵⁸ che sostenne e auspicò, sul suo organo ufficiale, il «Bollettino Medico Cremonese», di edificare quanto prima un «grande manicomio, opera pratica da destinarsi alla classe povera»⁵⁹. Dovette passare però ancora del tempo prima di arrivare al 1886, anno in cui venne definito il progetto per il nuovo manicomio che fu inaugurato solo nel 1890⁶⁰. Si decise e si operò da un lato per la ristrutturazione dell'Istituto Pazzi di Crema⁶¹ che rimase autonomo dal Manicomio di Cremona (fino al 1909 quando fu decisa la sua soppressione⁶²) e si avviò la costruzione di un nuovo ma-

⁵⁰ Atti del Consiglio Provinciale di Cremona 1869, Allegato n. 7, *Rapporto e Regolamento presentati dalla apposita Commissione pel ricovero dei dementi poveri*, p. 181.

⁵¹ Il tema dell'aumento degli internati sarà trattato più dettagliatamente nelle pagine seguenti.

⁵² A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 169.

⁵³ Un caso interessante molto simile alla situazione di Cremona è quello che riguarda la decisione, in quegli stessi anni, da parte della Provincia di Milano, di erigere un nuovo Manicomio provinciale (il futuro Manicomio provinciale di Mombello) poiché si ritenevano ormai inadatte le strutture precedenti. Si veda A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene: manicomio, psichiatria e classi subalterne*. cit..

⁵⁴ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 181.

⁵⁵ Ivi.

⁵⁶ Queste sono esposte in maniera chiara ed esaustiva nell'opera A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., pp. 168-190.

⁵⁷ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 174.

⁵⁸ *Ibidem*, p. 175.

⁵⁹ «Bollettino Medico Cremonese», n. I, 1881, pp. 117-118.

⁶⁰ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 177.

⁶¹ *Ibidem*, p. 176.

⁶² *Ibidem*, p. 182. Sulle ragioni che portarono alla chiusura dell'Istituto Pazzi di Crema si veda: Atti del Consiglio Provinciale di Cremona 1909, *verbale 11 ottobre*, p. 70 «Per la chiusura del Manicomio si adducono due motivi, la deficienza dei locali e perché la Provincia deve avere un Manicomio unico».

nicomio di medie dimensioni, collocato al di fuori delle mura cittadine. La nuova struttura, a padiglioni indipendenti e connessi da passaggi coperti da pensiline, venne divisa tra reparti femminili e maschili e suddivisa per tipologia di malati (tranquilli, semi-agitati, agitati, contagiosi). Vi erano poi annesse la direzione, gli alloggi per il personale medico e infermieristico, la portineria, la cucina, i magazzini, i bagni e una camera mortuaria, il tutto circondato da mura⁶³.

Tuttavia anche all'interno della nuova struttura manicomiale i ricoverati vivevano in condizioni igieniche precarie. Quando si trattò di progettare il nuovo edificio per il manicomio provinciale le condizioni di vita delle ricoverate e dei ricoverati non erano apparse prioritarie agli occhi degli amministratori. Costoro, nel 1883, sostennero che: «gli alienati nel loro massimo numero non accusano le sofferenze che li travagliano ed i malanni che li colgono»⁶⁴; di conseguenza non sembrava necessario investire denaro e risorse per migliorare la condizione di vita di chi non era in grado di riconoscere la propria condizione. Lo provano, ad esempio, le parole dell'ingegner Puerari il quale, commentando il progetto per il nuovo nosocomio, affermò che: «[i caloriferi] non sono assolutamente necessari per un manicomio, anche perché i pazzi stanno meglio al freddo che al caldo»⁶⁵.

Le condizioni di vita nel manicomio erano aggravate da un problema comune a tutti i principali manicomi italiani ed europei nella seconda metà dell'Ottocento, quello del sovraffollamento.

Il Manicomio provinciale di Cremona fu predisposto con soli 200 posti letto⁶⁶ ma già nell'anno della sua apertura i malati di mente ricoverati nella sezione pazzi dell'Ospedale Maggiore, che avrebbero dovuto essere trasferiti nel nuovo edificio, erano 237⁶⁷. Quello del sovraffollamento fu quindi un problema che si presentò fin dall'inizio e che, con il passare degli anni, si sarebbe aggravato sempre di più. Già nel 1891, a un anno dall'inaugurazione del nuovo edificio, il numero dei pazienti salì a 284 e continuò ad aumentare l'anno seguente raggiungendo i 302: una progressione che si sarebbe confermata negli anni a venire⁶⁸. Come riporta Scartabellati, il numero di ricoverati cremonesi subì un costante aumento fino al punto che il nuovo manicomio, costruito con sole 200 piazze, si ritrovò con un numero di degenti pari al doppio dei posti letto disponibili⁶⁹.

⁶³ Per la pianta del nuovo edificio del Manicomio Provinciale si veda: A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 76.

⁶⁴ Atti del Consiglio Provinciale di Cremona 1889, sottoallegato n. V, *Verbale della seduta 21 giugno 1883 della Deputazione Provinciale*, p. XXVI.

⁶⁵ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 213.

⁶⁶ Il direttore del Manicomio Antonio Mainardi e lo psichiatra milanese Serafino Biffi proposero invece al Consiglio Provinciale, già negli anni '70, l'erezione «di un unico manicomio provinciale per 300 individui, modesto, semplice, ma fornito delle disposizioni e degli ordinamenti che oggi si richiedono in un manicomio», A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., pp. 169-170.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 178.

⁶⁸ *Ivi*.

⁶⁹ *Ivi*.

Dal grafico seguente, che mostra l'andamento delle ricoverate nel Manicomio cremonese, si evince chiaramente come anche la città di Cremona vide crescere esponenzialmente il numero delle internate soprattutto a cavallo tra gli anni Ottanta e Novanta dell'Ottocento.

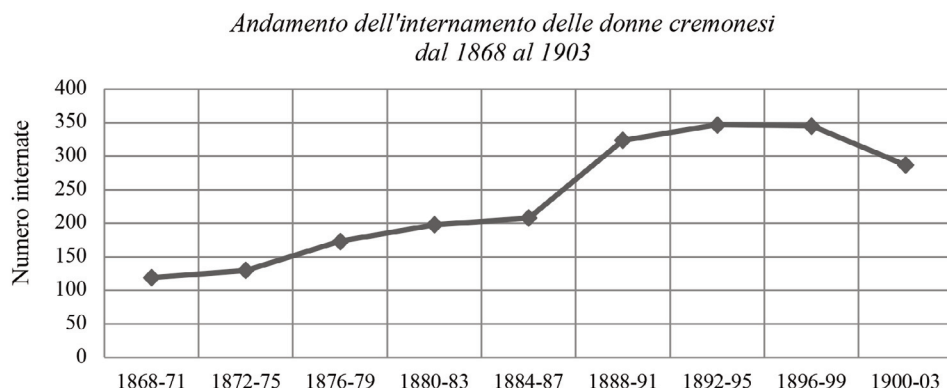


Grafico 1.1 Nel grafico è possibile osservare la crescita del numero di internate nel Manicomio di Cremona con particolare rilievo al quadriennio 1888-1891 che registrò un vertiginoso aumento del numero delle ricoverate rimasto costante fino all'inizio del Novecento quando iniziò ad essere in calo.

I dati di Cremona, in linea con i dati nazionali⁷⁰, mostrano come non fu l'aumento demografico a determinare un incremento della popolazione manicomiale. Infatti «i politici locali si trovarono a far fronte, con costante urgenza, ad un aumento della popolazione manicomiale tra il 1881 e il 1911 superiore al 200%, il quale non aveva assolutamente riscontro nell'aumento proporzionale della popolazione provinciale, quantificabile per lo stesso periodo in un valore del 16%»⁷¹.

Se è quindi lecito escludere dalle cause dell'aumento del numero di internati la crescita demografica non è possibile escludere i fattori economici e sociali che caratterizzavano la realtà cremonese di allora e che andarono a incidere sull'aumento dei ricoverati.

Nei primi due decenni del “grande internamento” si assistette a un aumento del numero di internati con la diagnosi di *frenosi pellagrosa*. Agli inizi degli anni

⁷⁰ Il caso del Manicomio milanese di Mombello è un esempio molto chiaro in proposito: anche qui si rileva che «gli ultimi anni del secolo XIX [...] fecero registrare una vera e propria esplosione della popolazione manicomiale» ma non solo, un dato rilevante, come per il caso cremonese, è che anche nel milanese «la popolazione manicomiale crebbe molto più rapidamente di quella residente, al punto che nel 1904 era quasi raddoppiata rispetto a quella del 1893». Si veda: A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene*, cit., p. 300.

⁷¹ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 165.

Settanta dell'Ottocento infatti l'economia cremonese era prevalentemente agricola⁷² e la vita dei contadini era caratterizzata da povertà e malnutrizione: essi erano costretti, a causa dei prezzi elevati degli altri cereali, a una dieta maidica, incapace di garantire un adeguato apporto vitaminico⁷³. Ciò causò una condizione di malnutrizione generalizzata che provocò l'esplosione dei casi di pellagra⁷⁴ che, se non curata in tempo, poteva sfociare in *frenosi pellagrosa*⁷⁵.

Il mondo agricolo cremonese subì anche le conseguenze della crisi agraria degli anni Ottanta e Novanta dell'Ottocento: «il ciclo depressivo, inaugurato agli inizi del decennio con la caduta dei prezzi sul mercato internazionale dei cereali e protrattosi poi, grosso modo, sino alla metà degli anni Novanta, ebbe in un'area di quasi esclusiva vocazione agricola, legata al prevalente abbinamento colturale mais-frumento, conseguenze rovinose»⁷⁶. Questi anni di crisi determinarono un peggioramento della condizione contadina, caratterizzata sempre di più dall'instabilità lavorativa e dalla miseria⁷⁷; paradossalmente però, proprio in questi anni, si assistette alla diminuzione dei casi di pellagra, fino quasi alla loro scomparsa alla fine del secolo, come dimostrò un'inchiesta del 1899⁷⁸. Ciò avvenne grazie alla crisi agraria stessa: questa, provocando il calo dei prezzi cerealicoli, determinò la possibilità per i contadini di arricchire e variare la propria dieta determinando così il calo dei casi di pellagra e dei ricoveri in manicomio per frenosi pellagrosa⁷⁹.

Se nei primi due decenni del “grande internamento” (1870-1890) l'aumento del numero di ricoverati in manicomio fu determinato dall'incremento dei casi di frenosi pellagrosa, nei successivi due (1890-1910) l'aumento degli internati fu determinato dalla crescita dei casi di frenosi alcolica⁸⁰.

Il crescente consumo e abuso di alcol avvenne soprattutto da parte del proletariato, sia rurale sia urbano. L'aumento del consumo di alcol nella provincia cremonese fu favorito da due fattori: in primo luogo, la crisi agraria e la guerra commerciale con la Francia avevano determinato un abbassamento del prezzo del vino, prima «genere di lusso o comunque parte integrante dei consumi abituali

⁷² G. Bigatti, *Demografia ed economia a Cremona e nel suo territorio tra Otto e Novecento*, in *Storia di Cremona. L'Ottocento*, a cura di M. L. Betri, Azzano San Paolo, Bolis edizioni, 2005, p. 84.

⁷³ R. Ventrella, *Terra e vita. Vita, morte e tradizione nelle campagne padane di fine Ottocento*, Roma, Prospettivaeditrice, 2010, p. 46.

⁷⁴ Ivi.

⁷⁵ *Ibidem*, p. 47.

⁷⁶ E. Signori, *Cremona liberale e democratica*, in *Cremona e il suo territorio*, a cura di A. Cova, G. Mezzanotte, G. Rumi, Milano, Cariplo – Cassa di Risparmio delle Province Lombarde, 1998, p. 70.

⁷⁷ *Ibidem*, pp. 71-73.

⁷⁸ R. Ventrella, *Terra e vita*, cit., p. 49.

⁷⁹ A. De Bernardi, *Il mal della rosa. Denutrizione e pellagra nelle campagne italiane tra '800 e '900*, Milano, Franco Angeli, 1984, pp. 194-200.

⁸⁰ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 278, v. grafico “Ricoverati.2”.

dei ceti più abbienti»⁸¹, rendendolo ora «alla portata di un numero crescente di famiglie operaie e contadine»⁸². In secondo luogo, lo stato di povertà e miseria in cui si ritrovò a vivere la maggior parte dei ceti subalterni in seguito al processo di proletarizzazione di fine secolo, li portò all'abuso di alcol come modalità di evasione dalla realtà: «denutriti, oppressi da esaurimenti, fatiche e dal male che li travagliava [...] cercavano nel momentaneo beneficio dell'eccitamento alcolico sollievo alle loro gravi pene»⁸³.

Infine, tra i fattori che determinarono l'aumento del numero di ricoverati a Cremona, vi fu l'arrivo massiccio, al manicomio provinciale, di persone ricoverate presso altre strutture. Questo era un fenomeno comune a tutta la Penisola come dimostra l'inchiesta manicomiale svolta nel 1891 dai maggiori alienisti italiani e dalla quale emerse che nei manicomi era internato «lo scarico non solo delle famiglie, ma anche degli ospedali, dei ricoveri e delle carceri»⁸⁴.

Nei documenti analizzati si è riscontrato un movimento non indifferente di trasferimenti di pazienti provenienti sia da altri manicomi sia da istituti di ricovero, case di cura o ospedali, verso il Manicomio di Cremona. In particolare si è rilevato un passaggio cospicuo di malati dall'Istituto Pazzi di Crema, dal Manicomio di Reggio Emilia, dal Manicomio di Parma (Colorno) e da quello di Brescia al Manicomio cremonese.

Vi erano poi casi in cui il manicomio doveva accettare nuovi pazienti a causa delle loro condizioni di salute. Fino al 10% della popolazione manicomiale proveniva infatti da un precedente ricovero presso l'Ospedale Maggiore⁸⁵: si trattava di malati provenienti dai vari reparti dell'ospedale per i quali si riteneva necessario l'internamento in manicomio a causa del degenerare della loro malattia in patologia psichiatrica o a causa del loro comportamento e della conseguente necessità di essere sorvegliati all'interno di una struttura come quella manicomiale. Molti in questo caso erano i pazienti, contadini e poveri, ricoverati in Ospedale per pellagra e poi trasferiti in manicomio con la diagnosi di frenosi pellagrosa. Vi furono infine anche invii in manicomio da parte del carcere cremonese come dimostra il caso di una donna cremonese di trentasette anni, R. B.⁸⁶, che fu internata in manicomio dopo un periodo di carcerazione; nel suo fascicolo si riporta che: «prima era in carcere per atti osceni in luogo pubblico ma poi fu scarcerata perché dichiarata matta» e internata nel frenocomio di Cremona⁸⁷.

⁸¹ A. De Bernardi, *Il mal della rosa*, cit., p. 212.

⁸² Ivi.

⁸³ *Ibidem*, p. 214.

⁸⁴ *Ibidem*, p. 66.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 229.

⁸⁶ Archivio di Stato di Cremona (d'ora in avanti: ASCr), *Fondo Ospedale Psichiatrico di Cremona* (d'ora in avanti: OPCr), busta 14, 1880, cartella clinica di R. B..

⁸⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 14, 1880, cartella clinica di R. B..

Come si è visto furono dunque molteplici le cause che determinarono il sovrappollamento nel manicomio della provincia.

Di fronte a quella che si profilava come una vera e propria emergenza, gli amministratori del manicomio, in particolare il direttore Giuseppe Amadei⁸⁸, iniziarono a individuare possibili soluzioni per far fronte al fenomeno del “grande internamento”. Una delle prime soluzioni individuate fu il trasferimento di alcuni pazienti, soprattutto dei malati cronici, in altre strutture⁸⁹. In particolare nei primi anni di vita del Manicomio Provinciale numerosi malati furono trasferiti presso la Divina Casa della Provvidenza di Casalbuttano e presso l’Ospizio S. Carlo di S. Bassano⁹⁰; a questi si aggiunse successivamente, dal 1905, l’Istituto ospedaliero di Sospiro⁹¹, che divenne in breve tempo «una sorta di sede distaccata del manicomio stesso»⁹² dove venivano ospitati i dementi tranquilli.

Nel 1893, il 24 febbraio e il 6 aprile, ci fu il trasferimento di numerose pazienti, tutte “malate croniche”, presso la Divina Casa della Provvidenza di Casalbuttano. Nei documenti è riportato anche il trasferimento, nel 1897, di alcune pazienti presso l’Ospedale S. Carlo di S. Bassano. Tra loro anche una bambina di appena sette anni, M. A.⁹³, ricoverata presso il Manicomio di Cremona il 23 ottobre del 1896 per *idiotismo*, ritenuta pericolosa a sé stessa (la decisione dell’internamento avvenne dopo che «una volta si gettò nel fuoco» riportando ustioni sul volto⁹⁴) e trasferita, insieme con altre pazienti, all’Ospizio S. Carlo il 24 marzo 1897.

Vi sono infine casi particolari come quello di M. P.⁹⁵, trentasei anni, ricoverata presso l’Ospedale Maggiore per una ferita da arma da fuoco e trasferita al manicomio cremonese il 15 agosto 1877 per poi essere trasferita, il 7 gennaio del 1879, al Manicomio di Reggio Emilia. Interessante anche il caso di G. M.⁹⁶, sessantatré anni, ex infermiera del manicomio di Cremona fino a due anni prima, che vi tornò, nel 1887, in qualità di paziente dopo un ricovero in Ospedale, con una diagnosi di *lipemania* e con indicata, tra le cause della pazzia, «la professione stessa di infermiera del manicomio» e descritta dal direttore del manicomio come un’in-

⁸⁸ Per approfondire la figura del direttore Giuseppe Amadei si vedano: A. Carimati, *Figure di medici cremonesi. Giuseppe Amadei 1854-1919*, in «Bollettino della Società Medico Chirurgica di Cremona», 13, 1959; A. Scartabellati, *L’umanità inutile. La “questione follia” in Italia tra fine Ottocento ed inizio Novecento ed il caso del Manicomio Provinciale di Cremona*, Milano, FrancoAngeli, 2001.

⁸⁹ M. L. Betri, E. Bressan, *Cura e intervento sociale nel Cremonese tra Otto e Novecento. Cent’anni dell’Istituto Ospedaliero di Sospiro*, Milano, Franco Angeli, 2001, p. 121.

⁹⁰ A. Scartabellati, *L’umanità inutile*, cit., pp. 178-179.

⁹¹ R. Cea, *La vita dietro le mura. L’Istituto ospedaliero di Sospiro dal secondo dopoguerra agli anni Settanta*, Castegnato, Vannini Editoria Scientifica, 2009.

⁹² M. L. Betri, E. Bressan, *Cura e intervento sociale nel Cremonese tra Otto e Novecento*, cit., p. 122.

⁹³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di M. A..

⁹⁴ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di M. A..

⁹⁵ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 13, 1877, cartella clinica di M. P..

⁹⁶ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di G. M..

fermiera «rabbiosetta e che mercanteggiava con le pazienti»⁹⁷.

Un'altra soluzione individuata per far fronte all'emergenza del sovraffollamento riguardava le dimissioni: il Consiglio provinciale sosteneva una politica di dimissioni rapide che avrebbe consentito di liberare velocemente posti letto anche se il direttore Giuseppe Amadei non era pienamente favorevole e definì queste misure come «eccezionali»⁹⁸.

Un ultimo rimedio al sovraffollamento fu quello di collocare i dementi tranquilli a domicilio presso le famiglie di provenienza⁹⁹ che si ritrovavano così direttamente coinvolte nel processo di cura del malato di mente¹⁰⁰. Questo faceva parte di una prassi sperimentale¹⁰¹, già prevista dal regolamento del manicomio del 1869, che doveva però avvenire sotto stretta sorveglianza da parte del direttore del manicomio per evitare che il paziente, una volta uscito dal manicomio e collocato presso la propria casa, potesse arrecare danno a sé stesso o agli altri.

Le vicende del Manicomio di Cremona mostrano chiaramente tutte le difficoltà che si presentarono, nella seconda metà dell'Ottocento, nell'affrontare la “questione della follia”. Così, come sostiene Scartabellati, «chi aveva individuato nella costruzione del manicomio – organismo vivo e di per sé terapeutico, come allora si credeva – la conquista di un progresso positivisticamente inteso, o chi, meno illusoriamente, aveva soltanto sperato di aver posto soluzione definitiva ad un problema che aveva accompagnato vent'anni di storia provinciale, era [...] bruscamente non solo costretto a ricredersi, ma anche a riaffrontare un tema che i dati obiettivi della realtà, tanto cari ai positivisti, segnalavano in costante aggravamento»¹⁰².

3. *Le donne del Manicomio di Cremona*

A partire dall'analisi delle cartelle cliniche e dei fascicoli personali delle donne internate presso il Manicomio di Cremona, è stato possibile tracciare un profilo delle internate e far emergere il tessuto sociale, economico, familiare e relazionale delle pazienti. Del resto la cartella clinica si rivela il più delle volte un'utile

⁹⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di G. M..

⁹⁸ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 178.

⁹⁹ P. Guarnieri, *Per una storia dell'affidamento dei malati psichiatrici alle famiglie*, «Epidemiologia e psichiatria sociale», vol. 18, 1, 2009, pp. 34-39.

¹⁰⁰ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 194.

¹⁰¹ Era una prassi praticata anche da altri manicomi italiani. Si veda: P. Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella Provincia di Firenze (1866-1938)*, in «Studi storici», vol. 48, 2007, pp. 477-521.

¹⁰² A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 178.

fonte storiografica¹⁰³: questa infatti, se in molti casi si presenta paradossalmente povera di dati e annotazioni mediche che ci permettano di indagare a fondo lo stato di salute e la malattia delle pazienti, associata all'intero fascicolo personale ci permette di superare le mura del manicomio e di scoprire la loro storia personale. Così il risultato sarà un «ventaglio di informazioni e di elementi in grado di superare la vicenda deviante-internamento per approdare ad una biografia inserita nella quotidianità, nei meccanismi dell'esistenza, nelle stratificazioni culturali dei gruppi marginali e delle istituzioni che se ne occupano, in grado cioè di gettare luce sul “mondo che [i protagonisti] dovettero conoscere e le reazioni che poterono avere”»¹⁰⁴.

Molte delle cartelle cliniche e dei fascicoli personali analizzati risultano poveri di dati o quasi sempre incompleti, anche se vi sono alcuni fascicoli ricchi di documentazione, con diagnosi dettagliate e numerosa documentazione annessa.

I fascicoli fino al 1883 sono costituiti da un grande modulo prestampato che riporta i dati anagrafici della ricoverata e una breve diagnosi, mentre è molto succinta la descrizione del decorso della malattia in manicomio. Vi sono allegati pochi documenti di varia natura e tipologia: richiesta di ammissione al manicomio, richiesta di ricovero gratuito a spese della Provincia, certificato di miseria, notifica di ricovero, documenti dell'ufficio accettazione con elencati vestiti, gioielli e tutto quanto la donna ha con sé al momento dell'ammissione, lettere dei parenti e delle pazienti, richieste di dimissione, attestato di morte o uscita, documenti di cause del Tribunale.

I fascicoli personali degli anni successivi risultano invece più ricchi di documentazione e le cartelle cliniche maggiormente compilate nelle loro diverse sezioni. Queste ultime sono composte, dal 1883 in avanti, da più fogli, simili a un quaderno sottile con una copertina con l'intestazione “Manicomio di Cremona – storia nosologica di...” e i seguenti campi: dati anagrafici, eziologia, diagnosi, esito, uscita/morte. Nelle pagine interne delle cartelle vi sono diverse sezioni, assenti nelle cartelle cliniche precedenti: anamnesi, stato presente (si iniziano ad annotare i dati antropometrici e soprattutto numerose sono le indicazioni sull'andamento delle mestruazioni delle donne ricoverate), funzioni psichiche, funzioni di relazione, funzioni vegetative, decorso (con un'attenzione alle cure tentate durante la permanenza in manicomio). Raramente però le cartelle cliniche sono compilate in tutte le loro parti: spesso riportano unicamente i dati anagrafici, una breve descrizione della diagnosi, l'eziologia e l'anamnesi familiare. Poche parole sono

¹⁰³ Per approfondire l'utilizzo della cartella clinica come fonte storiografica, i vantaggi ma anche i limiti e le criticità di una simile documentazione si rinvia a V. Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, cit., pp. 51-69.

¹⁰⁴ P. Sorcinelli, *Dagli archivi della follia alla storia della società*, in *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900. Problemi e indicazioni di ricerca*, a cura di A. Pastore, P. Sorcinelli, Milano, Franco Angeli, 1990, pp. 146-147.

spese per descrivere il decorso della malattia, e in molti casi quest'ultimo dato è totalmente assente. Infine, all'interno dei fascicoli personali, vi sono numerosi documenti, simili per tipologia a quelli inseriti nei fascicoli anteriori al 1883, ma numericamente e qualitativamente più rilevanti.

Concentrandosi inizialmente sui dati anagrafici delle cartelle cliniche raccolti in sede di ricerca d'archivio è possibile tracciare un primo profilo socio-economico delle donne internate presso il Manicomio di Cremona¹⁰⁵. Dai dati è emerso chiaramente come la storia delle donne internate sia strettamente intrecciata alla storia socio-economica della provincia a cavallo tra gli ultimi decenni del XIX secolo e i primi anni del XX secolo.

MANICOMIO DI CREMONA	
Storia Nosologica di <i>Bandiera Adelaide</i>	
ammessa il <i>23 aprile</i> 188 <i>5</i>	
N. del Protocollo generale <i>22</i>	N. degli Usciti
N. progressivo per sesso <i>18</i>	N. dei Morti
Nome dei Genitori <i>F. Franco e M. Franco</i>	
Età <i>46 anni (nata il 7 giugno 1838)</i>	
Stato Civile <i>vedova di Giuseppe Legora</i>	
Nascita - Comune di <i>Grado</i>	
Luogo di Dimora - <i>Castelfranco</i>	
Provenienza - <i>V. Martini e Relfato</i>	
Professione <i>attendente a casa</i>	
Condizione economica <i>benestante</i>	
Cultura <i>educazione</i>	
Ammissione per la <i>prima</i> volta	
La malattia data da <i>oggi</i>	
Etiologia <i>depressioni, predisposizione</i>	
Processo patologico	
Diagnosi della Pazzia <i>Paranoia prementoria</i>	
Esito	
Uscita il	
Morta il <i>giorno 11 Luglio 1902</i> e ore <i>20 / punto di morte <i>18</i> 1866</i>	

Frontespizio cartella medica, b. 72 (ASCr, OPCr)

Le donne internate in manicomio a Cremona in tutto il periodo considerato avevano un'età media di 45 anni. Si può osservare come, col passare dei decenni, si assistette a un aumento dell'età media delle internate: tra il 1868 e il 1880 è di 40 anni; tra il 1880 e il 1890 è di 44,5 anni; tra il 1890 e il 1904 è di 47,5 anni. Di seguito è inoltre riportato un grafico che mostra la percentuale di internate divise per fasce di età.

¹⁰⁵ Gli aspetti relativi alle cause e ai sintomi della follia femminile saranno analizzati rispettivamente nel Capitolo II e nel Capitolo III, sempre a partire dall'analisi delle cartelle cliniche e dei fascicoli personali. Un'analisi della documentazione allegata ai fascicoli, con particolare riferimento agli scritti delle internate e alle lettere dei parenti, sarà invece approfondito del Capitolo IV.

Percentuali delle internate suddivise per classi di età

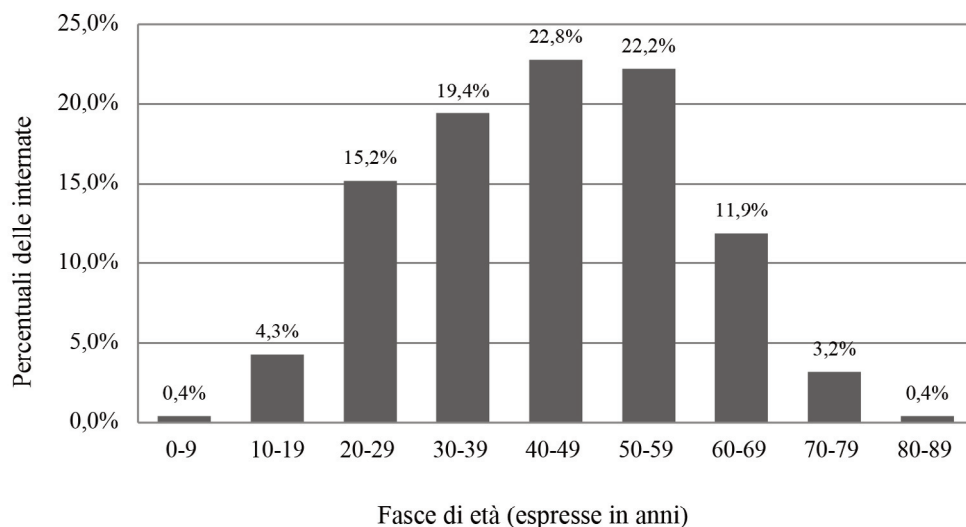


Grafico 1.2 Il grafico mostra le percentuali delle internate suddivise per classi di età. Quasi la metà delle donne internate, più precisamente il 45% di esse, aveva un'età compresa tra i 40 e i 59 anni.

Il 54% delle internate risultano coniugate, il 30% nubili e il 16% vedove. Solo nel 24% delle cartelle cliniche è segnalata la presenza o l'assenza di figli e nell'83% di queste è riportata la presenza di almeno un figlio.

La condizione economica delle internate rispecchia la situazione della provincia cremonese. Il dato della povertà nel Cremonese era altissimo: quasi un terzo della popolazione dell'intera provincia si trovava in una condizione di grave indigenza¹⁰⁶. Dalle 2.134 cartelle cliniche analizzate emerge che il 94% delle internate era povera, mentre solo 87 donne sono segnalate come agiate e benestanti (5%) e 20 donne di condizione economica discreta (1%).

¹⁰⁶ A. Cova, *Cremona e la sua provincia nell'Italia unita*, Milano, Giuffrè, 1984, p. 70.

Donne internate tra il 1868 e il 1903 suddivise per condizione economica

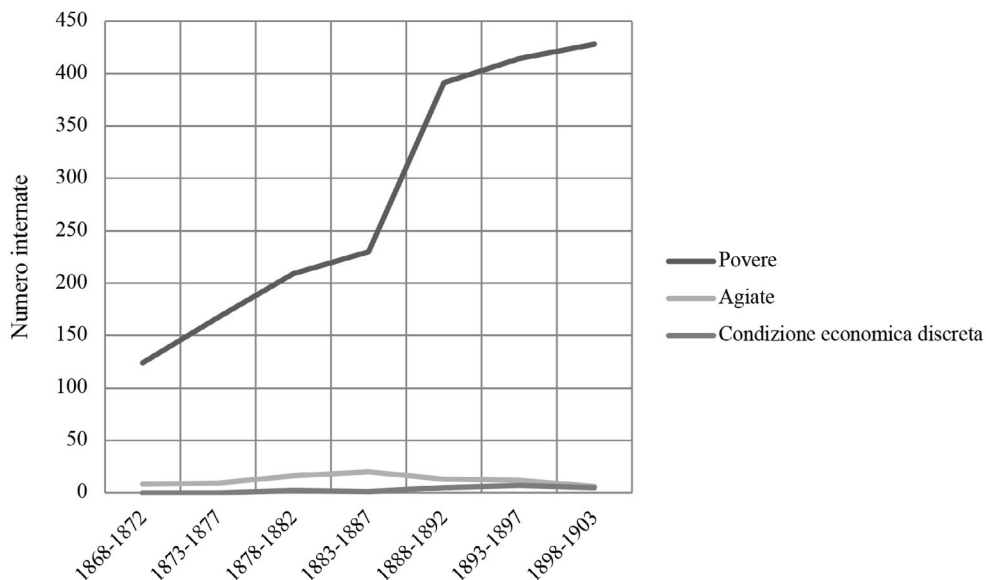


Grafico 1.3 Il grafico mostra l'andamento nel tempo del numero delle internate suddivise per condizione economica: nel quinquennio 1883-1887 il numero delle internate agiate iniziò a diminuire e continuò la discesa fino a toccare il minimo nel 1903; al contrario, per quanto riguarda il numero delle donne povere internate in manicomio si assistette a un picco proprio in quel quinquennio seguito da una continua crescita nei decenni successivi.

Da questi dati si evince quel rapporto strettissimo tra povertà e follia che, come si è visto precedentemente, Foucault iniziò a osservare a partire dalla prima età moderna e che caratterizzò tutti i secoli successivi, compreso l'Ottocento.

Accanto ai dati sulle condizioni economiche delle donne internate, le cartelle cliniche ci forniscono importanti indicazioni sul lavoro da loro svolto prima dell'internamento.

Ben il 73% delle ricoverate erano contadine. Vi era poi un 14% di filatrici e tessitrici, un 8% di donne di casa, attendenti a casa o con nessuna professione, il 4% di domestiche e solo l'1% era di professione maestra. Di seguito è riportato un grafico che mostra in dettaglio il numero delle internate suddivise per professione e il loro andamento nel tempo.

Numero delle internate suddivise per professione dal 1868 al 1903

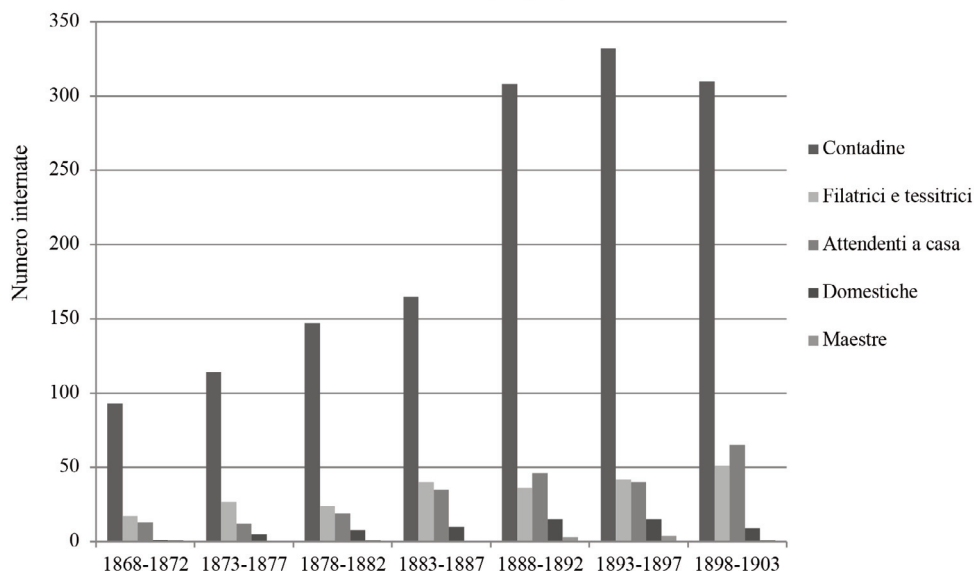


Grafico 1.4 Il grafico riporta l'andamento del numero delle internate suddivise per professione nel corso dei quinquenni tra il 1868 e il 1903. Dal grafico si evince chiaramente come, negli anni della crisi agraria (anni Ottanta e Novanta dell'Ottocento), caratterizzati da un aumento dei casi di pellagra, il numero delle contadine internate vide una forte crescita che le porterà a raddoppiare la loro presenza in manicomio.

Il numero delle contadine internate rispecchia il volto del territorio cremonese nella seconda metà dell'Ottocento: una realtà che si presentava ancora largamente agricola¹⁰⁷. Nella provincia di Cremona «l'agricoltura era l'attività largamente dominante su tutte le altre»¹⁰⁸. La popolazione agricola era composta, stando ai dati del censimento del 1881, dal 56,6% di contadini a lavoro fisso, dal 30,2% dei braccianti di campagna a lavoro non fisso, da un 6,5% di affittuari, un 5,2% di agricoltori che coltivavano terre proprie e da un 1% di mezzadri¹⁰⁹.

Dalla campagna arrivavano nel manicomio soprattutto contadine salariate o giornalieri, fasce più numerose, povere e deboli, che vissero gli anni della crisi agricola¹¹⁰ con grandi difficoltà e sacrifici assieme alle proprie famiglie. Non a caso la rivolta dei contadini, espressione di una conflittualità sociale ormai esplosa proprio con la crisi agricola, iniziò con lo sciopero dei contadini salariati del

¹⁰⁷ *Ibidem*, p. 69.

¹⁰⁸ G. Bigatti, *Demografia ed economia a Cremona e nel suo territorio tra Otto e Novecento*, cit., p. 84.

¹⁰⁹ A. Cova, *Cremona e la sua provincia nell'Italia unita*, cit., p. 48.

¹¹⁰ Per approfondire la crisi agricola nel territorio cremonese si veda A. Cova, *Cremona e la sua provincia nell'Italia unita*, cit., pp. 69-91.

1882¹¹¹ e culminò negli scioperi generali del 1885 della “boje”¹¹². In quegli anni di crisi agricola e di agitazioni il numero delle internate provenienti dalle campagne aumentò e la maggior parte delle donne fu internata con la diagnosi di *frenosi pellagrosa*.

Una percentuale non indifferente di internate risultano essere filatrici o tessitrici. La realtà produttiva cremonese, strettamente legata al comparto agricolo, vide infatti il fiorire dell’attività di gelsibachicoltura¹¹³. Intorno a questo comparto agricolo iniziò a svilupparsi una fiorente attività manifatturiera: quella legata alla lavorazione della seta¹¹⁴. In pochi decenni, «quello della filatura [divenne], in termini occupazionali, il principale settore manifatturiero della città»¹¹⁵. L’attività di allevamento dei bachi da seta e di lavorazione dei suoi prodotti era inizialmente in prevalenza domestica e stagionale ma divenne ben presto uno dei primi settori manifatturieri a vivere il processo di industrializzazione con la costruzione delle prime filande che contribuirono al passaggio dalla manifattura alla fabbrica¹¹⁶. «Le filande erano veri e propri stabilimenti industriali, organizzati in modo da consentire una razionale distribuzione delle bacinelle e un più serrato controllo dell’operato delle filatrici»¹¹⁷; qui vi lavoravano soprattutto donne e fanciulle¹¹⁸. Le condizioni di lavoro delle filatrici erano precarie e insalubri: queste erano infatti «costrette a lavorare per un meschino salario in condizioni igienicamente precarie, spesso con le mani immerse per ore nell’acqua bollente»¹¹⁹. Le dure condizioni di vita e di lavoro delle donne impiegate nelle filande emergono anche dalle cartelle cliniche delle ricoverate come il caso di A. C.¹²⁰, ricoverata all’età di 27 anni per *eccitamento maniaco*; dalla sua cartella scopriamo che «a causa del lavoro nel filatoio ebbe salute cagionevole e influenze» e per questo motivo fu costretta a cambiare lavoro e a impegnarsi come domestica.

¹¹¹ A. Cova, *Cremona e la sua provincia nell’Italia unita*, cit., p. 69.

¹¹² Per approfondire si veda M. L. Betri, *La “boi” nel Cremonese*, in *Rivolte e movimenti contadini nella Valle Padania a fine Ottocento*, in «Annali Istituto “Alcide Cervi”», n. 6, 1984, pp. 57-75.

¹¹³ G. Fumi, *Il consolidamento di un’agricoltura di eccellenza*, in *Cremona e il suo territorio*, cit., p. 304.

¹¹⁴ *Ibidem*, p. 308.

¹¹⁵ G. Bigatti, *Demografia ed economia a Cremona e nel suo territorio tra Otto e Novecento*, cit., p. 136.

Il personale occupato superava quello di ogni altro comparto manifatturiero registrando, nel 1873, nelle 15 più importanti filande della provincia, la presenza di ben 1.712 donne e di 198 uomini. Ancora nel 1911 la trattura della seta era il comparto a più alta intensità di lavoro presente a Cremona e dava occupazione principalmente a donne e fanciulle. Sui dati del Novecento si veda G. Bigatti, *Demografia ed economia a Cremona e nel suo territorio tra Otto e Novecento*, cit., pp. 140-145.

¹¹⁶ G. Bigatti, *Demografia ed economia a Cremona e nel suo territorio tra Otto e Novecento*, cit., pp. 133-134.

¹¹⁷ *Ivi*.

¹¹⁸ G. Fumi, *Il consolidamento di un’agricoltura di eccellenza*, cit., p. 303.

¹¹⁹ G. Bigatti, *Demografia ed economia a Cremona e nel suo territorio tra Otto e Novecento*, cit., p. 133.

¹²⁰ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di A. C..

Quest'ultimo caso analizzato è emblematico: erano infatti molte le donne povere, quasi tutte nubili e giovani, che facevano le domestiche presso le case delle famiglie agiate. In questo caso la rottura con la propria famiglia d'origine era già avvenuta con l'inizio dell'attività lavorativa. Queste donne, spesso giovani di diciassette o diciotto anni, si ritrovavano a vivere e a lavorare presso la casa di una famiglia agiata i cui membri sarebbero divenuti i loro nuovi punti di riferimento. Ciò sarebbe durato anche nel periodo dell'internamento manicomiale; non a caso erano i padroni a mantenere le relazioni con le giovani e con il direttore del manicomio, erano gli stessi padroni spesso a richiederne l'internamento, a spiegare ai medici i comportamenti "a-normali" delle giovani domestiche e a scrivere al direttore per avere notizie sul loro stato di salute. Molto spesso però emergono anche storie di violenza, di solitudine, di giovani cacciate da una casa all'altra, da un padrone all'altro, come nel caso di L. P., di 20 anni, «orfana dall'infanzia, ha una sorella a Parigi che fa la domestica» e di cui sappiamo che «fu licenziata dai padroni di casa perché stava con i ragazzi e non lavorava e ubbidiva»¹²¹. Oppure storie che mostrano la precarietà del lavoro di domestica, un lavoro che poteva lasciare le donne in miseria, come il caso di una nubile di 57 anni, domestica presso un prete. Alla morte di quest'ultimo, non riuscendo a trovare un'altra famiglia presso cui andare a lavorare, la donna cadde in miseria e arrivò in manicomio «con i segni di chi aveva sofferto la fame»; morì dopo dieci mesi di ricovero¹²².

Nello spoglio delle cartelle cliniche sono state individuate 11 maestre, tutte nubili e senza figli, con un'età media all'ingresso di 41 anni. Sebbene le maestre fossero numericamente irrilevanti sul totale delle internate, i fascicoli che le riguardano sono copiosi di informazioni, tra i più ricchi di documenti e lettere, fonti preziose, che permettono di conoscere da vicino il vissuto di queste donne¹²³. Quasi sempre provenienti dalla piccola borghesia, le maestre si ritrovavano spesso a vivere una condizione di sradicamento dal proprio tessuto familiare e sociale per andare a esercitare la propria professione in piccole realtà rurali. In tali contesti erano destinate a vivere un'esistenza difficile caratterizzata dalle ristrettezze economiche, dalle malattie e dai numerosi pregiudizi che una professione come la loro, che portava le donne fuori dall'ambiente domestico e lontane dalle famiglie di origine, comportava¹²⁴.

¹²¹ ASCr, Fondo OPCr, busta 35, 1893, cartella clinica di L. P..

¹²² ASCr, Fondo OPCr, busta 33, 1892, cartella clinica di G.T..

¹²³ Molte delle lettere delle maestre saranno analizzate approfonditamente nel Capitolo IV dedicato alle scritture delle internate.

¹²⁴ Per approfondire le condizioni delle maestre nell'Ottocento si veda: S. Ulivieri, *Essere donne insegnanti. Storia, professionalità e cultura di genere*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1996; A. Rugiu, *Maestre e maestri. La difficile storia degli insegnanti elementari*, Roma, Carocci, 2006; G. Bini, *La maestra nella letteratura: uno specchio della realtà*, in *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminile nell'Italia dell'Ottocento*, a cura di S. Soldani, Milano, Franco Angeli Editore, 1989; G. Vigo, *Il maestro elementare italiano nell'Ottocento: condizioni economiche e status sociale*, Milano, Società Dante Alighieri, 1974.

Le donne con una condizione economica benestante, agiata o possidenti, sono segnate senza occupazione. Esse rappresentano una minoranza sul totale delle internate ma, come nel caso delle maestre, il fatto che fossero istruite ha lasciato fascicoli ricchi di documenti, soprattutto di lettere.

Infine non si può non accennare a quelle donne che si potrebbe definire “emarginate tra le emarginate”: le prostitute e le vagabonde.

Tra i fascicoli consultati sono emerse le cartelle cliniche di 6 prostitute, di cui una «divenuta poi padrona di una casa di tolleranza»¹²⁵. Vi è poi l’emblematica vicenda di un’altra donna, povera, nubile e residente a Cremona, internata con la diagnosi di *demenza agitata*, la cui storia personale viene liquidata in due righe che dovrebbero descrivere la sua intera vita: «è figlia di una meretrice morta pazza, essa appena pubere seguì le orme materne, si diede a vita dissoluta e vagabonda»; morì dopo quasi due anni di internamento, all’età di cinquantatré anni.¹²⁶

Compagno poi 6 tra vagabonde e mendicanti, donne sole, nubili o vedove. Una di loro viene così descritta: «Al sesso maschile si mostra assai proclive per cui è il zimbello ed il giuoco di tutti» e ancora: «è facile abbandonarsi ad atti immorali se viene lasciata a sé stessa». Non vi è una vera diagnosi, la sua cartella clinica è scarna e priva di annotazioni mediche. È difficile capire perché sia stata internata in manicomio, se non per poche parole che ne determinarono il destino «è di scandalo alla pubblica morale»¹²⁷; morì dopo tre anni di internamento, nel 1889, poco meno che quarantenne.

L’analisi dei dati relativi al domicilio delle donne internate ha fatto emergere che, delle 2.134 donne internate tra il 1868 e il 1904, 342 sono domiciliate a Cremona, pari al 16% di tutte le ricoverate e, escludendo l’1% di donne che risiedono in città lombarde o italiane al di fuori della provincia di Cremona (6 donne a Milano, 2 a Piacenza, 2 a Mantova e rispettivamente una a Lodi, a Bergamo, a Brescia, a Como, a Monza, a Torino e a Firenze) le restanti sono tutte domiciliate nel territorio cremonese (andando a coincidere di fatto con le contadine). Esse sono 1.759, pari all’83% di tutte le donne ammesse in manicomio.

L’internamento manicomiali delle donne rispecchia dunque pienamente da un lato, l’attività lavorativa femminile del tardo Ottocento cremonese, in parte comune a molte realtà agricole dell’Italia settentrionale e, dall’altro, il legame tra follia e condizione economica.

Le cartelle cliniche possono anche raccontare la storia personale di donne spesso “senza voce”. Dai dati è emerso che un gran numero di donne internate era analfabeta. Questo è in linea con i dati sull’analfabetismo nella provincia di Cremona

¹²⁵ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 31, 1891, cartella clinica di E. D..

¹²⁶ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 53, 1902, cartella clinica di R.B..

¹²⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di G. V..

MANICOMIO DI CREMONA

Storia Nosologica di *Bodini Luigia*
ammessa il *26 Mayo 1887*

N. del Protocollo generale *517*

N. degli Usciti

N. progressivo per sesso *275*

N. dei Morti

Nome dei Genitori <i>H. Bodini e Luigia Bravoglia</i>	
Età d'anni <i>48</i>	Nata il <i>23 luglio 1838</i>
Stato Civile <i>congiunta in Bodini Luigia</i>	
Nascita — Comune di <i>Fontanafredda</i>	Provincia di <i>Cremona</i>
Luogo di — Domicilio — <i>Fontanafredda</i>	
Provenienza — <i>Spazio libero</i>	
Professione <i>lavorante</i>	Militare <i>Il Capitano G. Bodini</i>
Condizione economica <i>povertà</i>	Certificato medico del Dr. <i>Ruggi</i>
Cultura	A carico della <i>famiglia</i>
Ammissione per la <i>prima volta</i>	Classe <i>3.a</i>
La malattia data da	
Etiologia	
Processo patologico	
Diagnosi della Pazzia <i>Lipemania</i>	
Esito	
Uscita il	Giornate di presenza N.
Morta il <i>25 luglio 1888</i>	Giornate di presenza N. <i>107</i>

Frontespizio cartella medica, b. 25 (ASCr, OPCr)

che, all'Unità, era pari al 68% e dieci anni dopo, nel 1871, era ancora del 59,9%. Cremona del resto si collocava al penultimo posto tra le città lombarde per la diffusione dell'istruzione¹²⁸. In generale però, per quanto riguarda l'istruzione, lo squilibrio tra città e campagna era molto evidente e «il “banchetto del sapere” frugalmente imbandito in provincia finisce dunque per riprodurre e cristallizzare gli squilibri tra aree rurali e quelle urbane»¹²⁹.

Tutto ciò si rispecchiava nel manicomio dove, a una massa di donne analfabete o semi analfabete (spesso povere e provenienti dalla campagna), si affiancava una minoranza di donne istruite (spesso provenienti dalla città e di condizione economica agiata). L'aspetto dell'analfabetismo sottende anche un'altra importante

questione. Nella vita in manicomio infatti essere analfabete comportava per le donne una serie di limitazioni e difficoltà, a cominciare dall'impossibilità di scrivere lettere ai propri parenti (difficoltà che reciprocamente avevano anche i parenti poveri e incolti)¹³⁰ e quindi creava difficoltà ulteriori nel mantenere stretti i legami famigliari. Non va inoltre sottovalutata la minore consapevolezza delle malate povere e incolte rispetto a quelle agiate e istruite nel gestire il rapporto con i medici e con la stessa malattia diagnosticata.

Infine ci si deve soffermare su un ultimo dato allarmante, quello della mortalità femminile in manicomio: le donne decedute nel periodo considerato furono 508 su 2.134 ossia il 23,8%¹³¹ con un'età media alla morte di 49,8 anni. La mortalità nel Cremonese in quegli stessi decenni passò dal 28-29% negli anni '70 al 18%

¹²⁸ E. Signori, *Cremona liberale e democratica*, cit., p. 67.

¹²⁹ *Ibidem*, pp.68-69.

¹³⁰ Questo tema è centrale per la ricerca qui svolta che punta all'analisi delle scritture femminili in manicomio. Si rimanda per approfondire al Capitolo IV.

¹³¹ Scartabellati, per il periodo che va dal 1890 al 1914 attesta una mortalità di poco inferiore al 30%, considerando uomini e donne insieme. Si veda A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 231.

degli anni appena prima della Grande Guerra¹³² (del 23,5‰ nella città di Cremona¹³³) dunque è ancora più evidente il dato altissimo della mortalità in manicomio.

Percentuali delle donne morte in manicomio dal 1868 al 1903

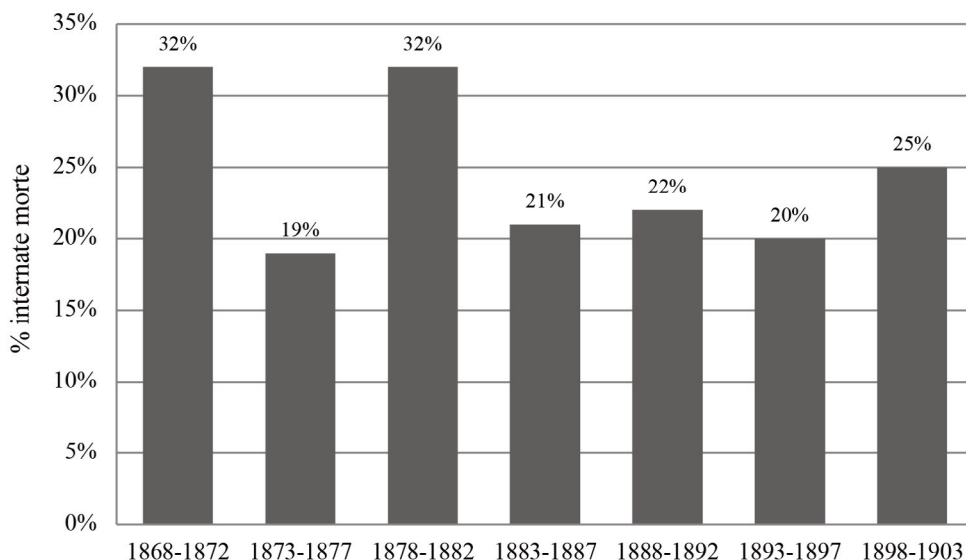


Grafico 1.5 Il grafico mostra l'andamento della mortalità femminile in manicomio tra il 1868 e il 1903. Si osservano due picchi di mortalità rispettivamente nei quinquenni 1868-1872 e 1878-1882, un assestamento su una media del 21% nel quindicennio successivo per poi ritrovare un nuovo aumento nell'ultimo quinquennio considerato.

Non è facile risalire alle cause di morte delle donne in manicomio a partire dall'analisi delle cartelle cliniche poiché nei fascicoli sono quasi del tutto assenti le indicazioni delle cause del decesso. Queste infatti non sono mai esplicitamente riportate nella sezione a loro dedicata, nella quale sono soltanto annotati il giorno e l'ora del decesso. Per risalire alle cause della morte è necessario avviare una lettura, se vi è riportato, del decorso della malattia e molto spesso le cause del decesso che emergono sono legate a polmoniti, gastroenteriti e febbri, malattie spesso conseguenza delle pessime condizioni in cui vivevano le donne ricoverate: raramente, a eccezione dei casi di frenosi pellagrosa, la causa della morte è collegata alla malattia mentale.

¹³² G. Fumi, *Il consolidamento di un'agricoltura di eccellenza*, cit., p. 296.

¹³³ G. Bigatti, *Demografia ed economia a Cremona e nel suo territorio tra Otto e Novecento*, cit., p. 93.

Qui si mostra chiaramente come il tasso di mortalità, in particolare a Cremona, si mantenne elevato per tutto l'Ottocento e che fosse più alto di quello di molte altre città italiane, da Milano (18,6‰) a Roma (14,9‰).

Un'ultima analisi sulla mortalità in manicomio può essere quella di confrontarla con le condizioni economiche e sociali delle pazienti. Separando le decedute di condizione economica povera da quelle agiate si osserva che, sul totale delle decedute, il 94,3% sono povere e il 5,7% sono agiate o di condizione economica discreta. Questi dati sono in linea con le percentuali delle ammesse in manicomio divise tra donne povere e agiate (94% di povere, 5% di agiate e 1% di condizione economica discreta). Dunque sembrerebbe che non vi fossero maggiori probabilità di sopravvivenza in manicomio per le donne di classe agiata, come se il manicomio, nel suo processo di isolamento e sradicamento degli individui dalla società e dalla realtà, fosse capace di annullare anche le disuguaglianze sociali presenti nella realtà, "schiacciando" tutti gli individui sotto la definizione di malato di mente.

Tutti gli indicatori sociali ed economici emersi dalle cartelle cliniche delle pazienti cremonesi disegnano dunque un quadro della follia strettamente legato alla povertà, all'indigenza, alla fame, all'usura per lavori faticosi, all'ignoranza e all'analfabetismo; non a caso a essere internate erano in maggioranza donne che si ritrovarono, loro malgrado, a far parte di quella schiera di «inabili alla lotta per la vita»¹³⁴.

Ma dalle carte emerge anche il volto di una follia legata ad ambienti più agiati, intrecciata al vissuto quotidiano della "classe dominante".

Tutto questo emergerà chiaramente in seguito, quando si analizzeranno le cause che determinarono, in molte donne, l'insorgenza o la degenerazione della malattia mentale.

È possibile affermare che il manicomio riuniva situazioni diverse che erano però due facce di una stessa medaglia: povertà/ricchezza, analfabetismo/istruzione, campagna/città, realtà contrapposte che si "incontravano" all'interno delle mura del manicomio. Due mondi nella realtà spesso molto lontani ma che trovavano un destino comune nell'internamento di quanto veniva definito, dalla società dell'epoca, "a-normale".

¹³⁴ Così vennero definiti i folli dai principali alienisti italiani. A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 202.

CAPITOLO SECONDO

Le cause scatenanti della follia: il contesto esistenziale delle pazienti cremonesi

1. Le cause della follia: dalle teorie organiciste alle cartelle cliniche

Nella seconda metà dell'Ottocento, con il consolidarsi della scienza psichiatrica, le riflessioni dei medici e degli alienisti si concentrarono sullo studio delle cause delle malattie mentali. Fino a quel momento le teorie maggiormente diffuse postulavano l'idea che la follia fosse strettamente connessa con i processi psicologici e sostenevano l'esistenza di "cause morali" all'origine delle malattie psichiatriche¹. Il

TABELLA NOSOGRAFICA

della malata Barbarossa Giuseppe
del fu Luigi e della fu Maria Bonaventura
entrata nel Manicomio il 11 aprile 1886 col N. prog. _____
proveniente da Cremona, nata a Sesto San Giovanni, Lombardia l'età di anni 34
di stato civile conjugata, Ricovero Ignazio

ANAMNESI

Donna al presente 34 anni. - «Non ha eredità propria. La 'professione' esclusiva 'fioriva' fin sempre stata loro. Nel principio del 18 si fece ufficialmente brida, agricola, cominciata da una 'professione' ereditaria, ma la brida il proprio fu la 'fioritura'. La 'vita' con la 'colpa' di finiva con la 'colpa' per dire che era finiva di non avere commessi. Amava il marito e i figli, potessero averanno per colpa sua, 'fioritura', era infante, mangiava poco. Assoluta nel 'Mancamento di Cremona' (proveniente dalla 'colpa') il 11 novembre 1886, venne portata a questo Stabilimento l'11 aprile 1886 con l'ingegno di 'Cremone' di 'professione'.

Tabella nosografica, b. 41 (ASCr; OPCr)

primo esponente di quella che sarebbe stata definita "psichiatria romantica"² fu l'alienista Esquirol; nel pensiero dell'alienista francese a predominare era una visione psicosociale «che pone[va] in rilievo i problemi personali e l'ambiente sociale» del malato³. Più in generale queste teorie, fortemente influenzate dalla cultura romantica, «chiamava[no] in causa, nella genesi della follia, lo sconvolgimento delle passioni e della interiorità morale dell'uomo»⁴. Dalla metà del secolo in avanti però iniziarono a prevalere, all'interno della comunità degli psichiatri, le cosiddette teorie organicistiche. Queste nuove teorie

¹ V. P. Babini, *Tra sapere e potere: La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento (Studi e ricerche)*, Bologna, Il Mulino, 1982, p. 51.

² E. Shorter, *Storia della psichiatria*, cit., pp. 28-30

³ *Ibidem*, p. 28.

⁴ F. De Peri, *Le origini dell'istituzione manicomiale e della scienza psichiatrica*, cit., p. 706.

si diffusero velocemente anche all'interno della nascente psichiatria italiana⁵ e vennero sostenute fermamente dalla rivista «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali»⁶: esse affermavano che le cause delle malattie mentali non andassero individuate a livello psicologico e sociale bensì nel corpo dei pazienti⁷. La malattia mentale, alla stregua di qualsiasi altra malattia, venne considerata come il risultato del malfunzionamento di un organo del corpo: rifacendosi ad alcune teorie già apparse sul finire del XVIII secolo, gli alienisti individuarono nel cervello, e nelle sue possibili lesioni, la causa primaria della comparsa della pazzia⁸. Secondo i sostenitori delle teorie organicistiche, la pazzia è «una “malattia essenzialmente cerebrale” e le sue cause vanno ricercate in tutto ciò che “può deviare l'organismo cerebrale dal suo stato naturale”»⁹. L'approccio organicistico alla follia fu il risultato dello sforzo teorico, compiuto dagli psichiatri, per far sì che la loro disciplina fosse considerata dalla comunità scientifica del tempo una vera scienza: il loro scopo era quello di “spostare” la psichiatria «da ogni curvatura “spirituale”»¹⁰, allontanarla da «ogni tentativo [...] di psicologizzazione»¹¹ e indirizzarla verso il sapere e il metodo scientifico¹². La psichiatria assunse così un indirizzo clinico, grazie anche all'utilizzo di nuove strumentazioni e tecniche per studiare le malattie mentali quali l'elettroscopia, la craniometria e l'antropometria¹³.

Come sostiene Canosa, poi ripreso da Babini¹⁴, in opposizione con quanto affermato da Giacanelli e Campoli¹⁵, l'organicismo non ebbe la propria origine nel positivismo e non si costituì come «emanazione della cultura positivistica»¹⁶: la medicalizzazione della psichiatria fu infatti «una tendenza che risale assai indietro nel tempo ed alla quale poco o nulla ha contribuito la *nouvelle vague* positivi-

⁵ V. P. Babini, *Tra sapere e potere*, cit., p. 34.

⁶ Rivista fondata da Andrea Verga nel 1864. L'importanza della rivista per la psichiatria italiana traspare dalle parole di Tamburini che la definì: «la palestra ove tutti gli alienisti italiani fecero le prime prove e diedero i loro migliori saggi [...] unico ed onorato segnacolo all'estero della esistenza di una Psichiatria italiana». A. Tamburini, *Il primo quarantennio della «Rivista sperimentale di freniatria»*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1915, p. XII.

⁷ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 18.

⁸ E. Shorter, *Storia della psichiatria*, cit., p. 25.

⁹ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia, dall'Unità ad oggi*, cit., p. 57.

¹⁰ *Ibidem*, p. 58.

¹¹ Ivi. L'antipsicologismo era uno dei tratti distintivi della psichiatria organica. R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia, dall'Unità ad oggi*, cit., p. 75.

¹² F. De Peri, *Le origini dell'istituzione manicomiale e della scienza psichiatrica*, cit., p. 1090.

¹³ *Ibidem*, p. 1091.

¹⁴ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia, dall'Unità ad oggi*, cit., p. 59; V. P. Babini, *Tra sapere e potere*, cit., p. 53.

¹⁵ F. Giacanelli, G. Campoli, *La costituzione positivistica della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e scienze umane», luglio-settembre 1973, n. 3, p. 1.

¹⁶ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia, dall'Unità ad oggi*, cit., p. 59.

stica»¹⁷. Fu «la volontà degli alienisti di giungere ad un'interpretazione coerentemente medica della follia, superando il ritardo che la psichiatria aveva accumulato rispetto alla medicina contemporanea»¹⁸ a determinare l'affermarsi e il successo dell'organicismo nella psichiatria italiana. Pur riconoscendo la costruzione pre-positivistica della psichiatria Canosa si ritrova però d'accordo con Giaccanelli e Campoli quando essi sostengono che: «questo processo di medicalizzazione naturalistica della psichiatria [...] comportò un caro prezzo. La visione radicalmente riduttiva dell'alienazione clinica a pura biologia distacca sempre di più il malato di mente dalla sua dimensione umana, nella quale era ancora immerso in epoca precedente»¹⁹.

Negli alienisti italiani che aderirono all'approccio organicistico emerse la volontà di allontanare il discorso sulla follia dalle credenze popolari e dai pregiudizi che l'opinione pubblica aveva nei confronti delle persone malate di mente²⁰: «la paterna attenzione dei medici, affermavano gli psichiatri, av[rebbe] sostituito i roghi e le carceri con cui la superstizione, i pregiudizi, l'ignoranza avevano perseguitato i folli»²¹. Uno dei pregiudizi che più di tutti essi cercarono di abbattere fu quello dell'incurabilità della pazzia: per gli psichiatri ottocenteschi la follia era una malattia curabile attraverso l'internamento in manicomio²².

Ma è proprio nel manicomio, attraverso l'incontro con la follia “reale”, che gli alienisti della seconda metà dell'Ottocento dovettero conciliare le teorie organicistiche e il loro approccio alla malattia mentale con la pratica di diagnosi e cura della follia. Emerse che, «se nella concezione scientifica la priorità era accordata all'organismo malato, nelle concrete terapie messe in atto dagli psichiatri [nei manicomi] risultava invece prioritario l'adeguamento alle norme sociali»²³. Pur prendendo le distanze delle teorie “moralì” sulla follia, curare la malattia mentale nei manicomi significò non tanto cercare di guarire l'organo ritenuto malato e responsabile della malattia mentale, il cervello, quanto ridare al folle la capacità di integrarsi nella società: così la scomparsa di forme di ribellione e aggressività o di totale passività nel degente e l'adeguamento alla vita del manicomio rappresentavano per gli psichiatri gli indici del miglioramento²⁴.

Come si è visto, le cause della follia furono, dalle teorie organicistiche, individuate nel cervello: «nel folle, da qualche parte nel suo encefalo, doveva esserci

¹⁷ Ivi.

¹⁸ V. P. Babini, *Tra sapere e potere*, cit., pp. 53-54.

¹⁹ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia, dall'Unità ad oggi*, cit., p. 61.

²⁰ V. P. Babini, *Tra sapere e potere*, cit., p. 46.

²¹ *Ibidem*, p. 57.

²² *Ibidem*, p. 75.

²³ *Ibidem*, p. 62.

²⁴ *Ibidem*, pp. 61-62.

un'alterazione dei tessuti responsabile delle "lesioni dell'intelletto"»²⁵. I danni e le lesioni avevano molteplici origini ma quelle che più di tutte risultarono ricorrenti agli occhi degli alienisti furono l'ereditarietà e il pauperismo. Il concetto di ereditarietà della follia era già presente alla fine del Settecento, nella generazione dei padri della psichiatria: «l'ereditarietà è uno di quegli aspetti che i medici hanno "sempre conosciuto", dal momento che i disturbi psichiatrici maggiori tendono a raggrupparsi in alcuni alberi genealogici, e se un medico conosce i parenti dei propri pazienti potrà individuare immediatamente questo fenomeno»²⁶. L'ereditarietà era quindi una caratteristica della follia facilmente verificabile osservando la famiglia d'origine del malato. Non a caso le cartelle cliniche avevano una sezione dedicata all'anamnesi familiare e, qualora non si fossero individuate altre cause all'origine della malattia mentale di un paziente, gli psichiatri facevano riferimento alla presenza di altri parenti alienati per spiegare la follia e giustificare il suo internamento in manicomio. Accanto all'ereditarietà, l'altra causa più frequentemente individuata dagli alienisti era il pauperismo: questo era definito da Biffi come «quel complesso di sfavorevoli condizioni igieniche che formano il triste corteo della miseria, e danno luogo ad un certo grado di salvatichezza»²⁷. Nei manicomi italiani la maggior parte della popolazione internata proveniva dalle classi sociali subalterne, le cui condizioni di vita furono ritenute le principali cause nella genesi delle loro malattie mentali. La miseria poteva essere causa diretta o indiretta della follia: nel caso ad esempio della pellagra o dell'alcolismo, patologie strettamente connesse alle condizioni di povertà, malnutrizione e miseria, esse determinavano *direttamente* l'insorgere di malattie mentali quali la frenosi pellagrosa e la frenosi alcolica. Invece, per quanto riguarda altre malattie psichiatriche, come la *lipemania* o alcune altre forme di manie, esse venivano spesso ricondotte *indirettamente* alla miseria: questa «predisponendo l'organismo alla malattia [mentale] per una debilitazione fisica generale o per gli stenti e le difficoltà della vita quotidiana»²⁸.

Se, rifacendosi alle teorie organicistiche, le cause della follia erano da rintracciare nel corpo dei pazienti, era necessario fare una distinzione tra le cause della follia femminile e quelle della follia maschile: queste andavano teorizzate come differenti, poiché differenti erano i due soggetti studiati. Così, a fronte di cause come l'ereditarietà o il pauperismo, che chiaramente potevano determinare l'insorgenza della follia indistintamente sia negli uomini che nelle donne, ve ne erano altre più strettamente correlate al genere biologico del soggetto analizzato e che de-

²⁵ *Ibidem*, p. 53.

²⁶ E. Shorter, *Storia della psichiatria.*, cit., p. 27.

²⁷ V. P. Babini, *Tra sapere e potere*, cit., p. 68.

²⁸ *Ivi*.

terminavano l'insorgenza di malattie mentali specifiche di quel sesso²⁹; come sostiene Porporati nel 1879: «la donna, questa diletta metà del genere umano... come soggetto di studio psichiatrico merita pure considerazioni speciali e accurate»³⁰.

Il corpo delle donne venne posto, dal mondo psichiatrico italiano, al centro di dibattiti, discussioni, saggi e riviste e, come sostiene Tagliavini, da queste riflessioni: «la donna ven[ne] ripetutamente legata a doppio filo alla sua vita biologica e allo strumento di questo: il corpo»³¹.

Le teorie elaborate dagli alienisti sulla donna e sul rapporto tra il suo corpo e le malattie mentali che la affliggevano erano strettamente correlate alla sua visione che si era imposta nella comunità scientifica e medica nel corso dell'Ottocento. Il XIX secolo vide l'affermarsi di numerose teorie, sostenute dai più illustri scienziati e intellettuali dell'epoca, che postulavano l'inferiorità della donna rispetto all'uomo³². Pur essendo da sempre esistite teorie misogine che sostenevano tale inferiorità, in questo caso quest'ultima era sancita *scientificamente*: era la scienza moderna a decretare l'inferiorità del genere femminile³³. Come sostiene Babini: «medici, antropologi, psichiatri, ginecologi, partendo dal dato obiettivo della differenza naturale dei sessi, su tale differenza costruirono e diedero autorevolezza all'idea della esistenza di una “natura femminile”, sia all'idea della esistenza di “disuguaglianza naturale”»³⁴ e, riportando le parole di Landucci: «stabiliti determinati parametri, la “diversità” divent[ò] automaticamente la “inferiorità”»³⁵. Per la cultura scientifica della seconda metà del XIX secolo il segno più evidente di questa inferiorità era il corpo stesso delle donne, un corpo inferiore, in tutto, a quello maschile: meno alto, meno muscoloso, con uno scheletro più esile ma, soprattutto, con un cranio di dimensioni minori, segno “evidente” della minore intelligenza femminile³⁶. L'inferiorità era dunque non solo sul piano fisico ma anche su quello mentale e intellettuale. Il corpo e la mente delle donne vennero descritti, con l'affermarsi del concetto di infantilismo, elaborato nel 1866 da Ecker per

²⁹ Come esemplificazione di malattie mentali legate al genere biologico del soggetto si può ricordare la frenosi isterica: malattia mentale identificata come prettamente “femminile” che aveva le sue cause nella sessualità delle donne.

³⁰ V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nella scienza dell'uomo*, Milano, Franco Angeli, 1986, p. 97.

³¹ *Ibidem*, p. 83.

³² *Ibidem*, p. 13.

³³ *Ibidem*, p. 17.

³⁴ V. P. Babini, *Un altro genere. La costruzione scientifica della “natura femminile”*, in *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia. 1870-1945*, a cura di A. Burgio, Bologna, Il Mulino, 1999, p. 475.

³⁵ G. Landucci, *I positivisti e la “servitù” della donna*, in *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminile nell'Italia dell'Ottocento*, a cura di S. Soldani, Milano, Franco Angeli, 1989, p. 483.

³⁶ V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nella scienza dell'uomo*, cit., p. 15.

spiegare le differenze anatomiche tra cranio maschile e cranio femminile³⁷, come primitivi, fermi a uno stadio precedente, e ormai superato, della specie umana, molto più vicini al mondo infantile e a quello animale che non all'uomo³⁸. Sostenere queste teorie significò di fatto "incatenare" a lungo le donne a un'immagine di inferiorità "naturale" rispetto all'uomo.

Per giustificare l'esistenza di questa inferiorità "naturale" della donna, gli scienziati dell'Ottocento partirono nuovamente dal corpo femminile e dalla funzione principale che gli attribuivano: la procreazione. Sulla scia del determinismo biologico, ampiamente diffuso nelle scienze mediche del XIX secolo³⁹, e a partire dalla «concezione della centralità, nella vita organica e psichica della donna, della maternità biologica»⁴⁰, il corpo e la mente delle donne vennero descritti come strutturati e plasmati da e per un unico compito: essere madre. L'affermazione del «primato della maternità nella vita biologica e psichica della donna [fu] la base su cui vennero costruite la concezione scientifica della "natura femminile" e dell'inferiorità mentale della donna»⁴¹. Così, sebbene se ne riconoscesse l'importanza e la centralità per la sopravvivenza della specie, la maternità venne ritenuta la principale "responsabile" dell'inferiorità femminile: come sosteneva Lombroso «la maternità rappresentava [...] la causa ultima dell'inferiorità della donna»⁴², un prezzo che le donne devono pagare per la specie e per la sua difesa⁴³. Tutte queste teorie, che plasmarono l'immagine della donna costruita dalle scienze mediche della seconda metà dell'Ottocento, furono determinanti nella psichiatria per lo sviluppo delle teorie sulle cause della follia femminile. Dagli scritti degli psichiatri emerge con chiarezza un'attenzione speciale al corpo femminile e al legame tra "genitalità" e "nervoso"⁴⁴; del resto «lo stretto rapporto tra disfunzioni genitali e malattie nervose traspariva chiaramente in malattie come la frenosi puerperale e la frenopatia mestruale, ma soprattutto in un quadro patologico che davvero può dirsi esemplare della femminilità: l'isteria»⁴⁵. Il corpo, simbolo dell'inferiorità della donna, veniva identificato dagli alienisti come prin-

³⁷ V. P. Babini, *Un altro genere*, cit., p. 482.

³⁸ *Ibidem*, p. 483.

³⁹ *Ibidem*, p. 479.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 478.

⁴¹ *Ibidem*, p. 488.

⁴² V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nella scienza dell'uomo*, cit., p. 20.

⁴³ V. P. Babini, *Un altro genere*, cit., p. 488.

⁴⁴ V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nella scienza dell'uomo*, cit., p. 79.

⁴⁵ Ivi. Per approfondire il fenomeno dell'isteria nell'Ottocento si vedano: S. Cremonini, *Isteria e devianza femminile nella seconda metà dell'Ottocento*, in *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900*, cit., pp. 131-144; M. A. Trasforini, *Corpo isterico e sguardo medico. Storie di vita e storie di sguardi tra medici e isteriche nell'800 francese*, in «Aut Aut», vol. 187-188, 1982, pp. 175-206.

cipale causa della follia femminile e, ai loro occhi, appariva quasi “per natura” malato o pericoloso; le sue scansioni naturali, i suoi ritmi erano per i medici altrettante anomalie⁴⁶; così per loro «l’intera vita femminile era [...] disseminata di eventi patogeni: “la pubertà, il ricorrere dei mestruai, la menopausa, sono altrettanti ostacoli che la donna deve superare, spesso in questa lotta l’intelligenza soccombe”»⁴⁷.

Le cause della follia femminile erano così rintracciabili nel loro stesso corpo: un corpo “malato per natura” che avrebbe potuto avere ripercussioni negative su una psiche, ritenuta fragile, come quella delle donne.

L’analisi delle cartelle cliniche delle donne internate a Cremona convalida quanto finora sostenuto sulle cause della follia individuate dalla psichiatria organicistica. I direttori e i medici del Manicomio cremonese, che abbracciarono l’approccio organicistico, annotarono con grande sistematicità, nelle cartelle cliniche, l’eziologia delle diverse malattie mentali che colpivano le pazienti. Nella maggior parte dei casi veniva individuata e indicata più di una causa per spiegare l’insorgenza della pazzia: molto di frequente compariva l’ereditarietà, ma accanto si indicava quasi sempre una causa riconducibile direttamente allo stile e alle condizioni di vita delle pazienti. Nel caso delle donne povere l’alimentazione, le condizioni abitative, le fatiche del lavoro, la miseria erano le principali e spesso le uniche cause individuate per spiegare l’insorgere della follia. Ma, accanto a queste cause rintracciabili anche in molti dei fascicoli maschili, i medici cremonesi individuavano, sulla scia delle teorie e della concezione della donna elaborate dalla cultura dell’epoca, sia cause strettamente legate al corpo delle donne, come le gravidanze e i parti ripetuti o l’assenza delle mestruazioni e la menopausa, sia cause legate alla loro vita affettiva e relazionale: in questo caso essi sembrano avvicinarsi alle teorie sulle cause “moralì” della pazzia per le quali i patemi d’animo, determinati da delusioni amorose, matrimoni falliti, lutti, emigrazioni, violenze fisiche e sessuali, potevano essere all’origine della follia.

2. Le donne tra corpo “malato” e relazioni familiari

Dall’analisi delle cartelle cliniche delle donne cremonesi si evince chiaramente l’adesione dei medici del manicomio alle teorie organicistiche ed emerge la loro attenzione nei confronti del corpo delle donne, che veniva esaminato alla ricerca delle cause della malattia mentale. Emerge anche come, per loro, le relazioni familiari e i “patemi d’animo” vissuti dalle pazienti giocassero un ruolo non tra-

⁴⁶ V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nella scienza dell’uomo*, cit., p. 100.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 99.

scurabile nell'insorgere della follia: entrambi infatti venivano annotati accuratamente e sistematicamente nelle cartelle cliniche e, spesso, indicati come possibili cause della follia femminile.

Per la cultura medica della seconda metà del secolo «l'intera vita femminile era [...] disseminata di eventi patogeni»⁴⁸; di questo erano convinti anche i medici che operavano presso il Manicomio di Cremona i quali, nelle cartelle cliniche, indicavano sovente le mestruazioni abbondanti o la loro assenza, le frequenti gravidanze, gli aborti, i prolungati allattamenti, la menopausa come cause della comparsa della malattia mentale.

Un'attenzione particolare era riservata al ciclo mestruale femminile: «soprattutto la dismenorrea e la scomparsa del mestruo erano considerati elementi di grande interesse [...] che contribuivano a “corrompere” un corpo riproduttivo sulla cui sfera fisica si insisteva costantemente»⁴⁹. Così in quasi tutte le cartelle cliniche venivano indicate le caratteristiche delle mestruazioni nella sezione relativa alle condizioni di salute delle pazienti: qui venivano indicati l'età del menarca, la regolarità o meno del ciclo, la presenza o meno di amenorrea, l'eventuale inizio della menopausa. Informazioni sul ciclo mestruale delle pazienti venivano poi annotate durante tutto il periodo di ricovero in manicomio in apposite tabelle inserite nel fascicolo personale della paziente. Ma soprattutto informazioni sulle mestruazioni potevano comparire nella sezione dedicata alle cause della malattia mentale: in molte cartelle cliniche infatti si fece risalire la comparsa della follia alle alterazioni del ciclo mestruale. Come nel caso di T. L.⁵⁰, contadina di trentotto anni, ricoverata con la diagnosi di *pazzia isterica*; nel suo caso le cause dell'isteria vennero ricondotte alle mestruazioni abbondanti. Un altro caso è quello di M. T.⁵¹, nubile di quarantasette anni: nel suo caso la causa della malattia mentale (*imbecillità agitata*) venne attribuita all'inizio della menopausa.

Altre cause individuate dai medici per spiegare l'insorgere della pazzia si ricollegavano a quello che, per la cultura medica del tempo, era considerato l'unico “scopo” delle donne: la procreazione. Durante la gravidanza e soprattutto durante il puerperio potevano insorgere disturbi psichiatrici a seconda della predisposizione della donna: «la predisposizione [poteva] deriva[re] dall'ereditarietà, dal numero delle gravidanze [...] dall'età (le donne più adulte sembrano più predisposte), dall'anemia primitiva o conseguente ad emorragie o a ripetute gravidanze, dall'allattamento prolungato, dallo stato morale della donna nella gravidanza»⁵².

⁴⁸ V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nella scienza dell'uomo*, cit., p. 99.

⁴⁹ M. Starnini, *Follie separate. Genere e internamento manicomiale al San Niccolò di Siena nella seconda metà dell'Ottocento*, Pisa, Pisa University Press, 2014, p. 96.

⁵⁰ ASCr, Fondo OPCr, busta 24, 1887, cartella clinica di T. L..

⁵¹ ASCr, Fondo OPCr, busta 53, 1902, cartella clinica di M. T..

⁵² G. Fiume, «*Madri snaturate*». *La mania puerperale nella letteratura medica e nella pratica clinica dell'Ottocento*, in *Madri. Storia di un ruolo sociale*, a cura di G. Fiume, Venezia, Marsilio, 1995, p. 100.

Nel XIX secolo le donne mettevano al mondo in media 6-7 figli; nel caso delle contadine questo numero saliva a 8-9⁵³. Un numero così alto di concepimenti era dettato principalmente da due fattori: da un lato i metodi anticoncezionali utilizzati, che «erano sostanzialmente tre: l'alta età al matrimonio, il *coitus interruptus* e l'allattamento prolungato»⁵⁴, erano solo in parte in grado di contenere il numero di nascite; dall'altro l'alta mortalità infantile spingeva le famiglie stesse a non diminuire la natalità ma anzi, a tenerla elevata con la speranza che qualcuno dei propri figli riuscisse a raggiungere l'età adulta. La storia di molte donne internate in manicomio a Cremona rispecchia questa realtà: le numerose e ripetute gravidanze, soprattutto nei casi delle donne povere, venivano considerate dai medici come possibili cause della follia poiché ne debilitavano l'organismo, spesso già indebolito dalla malnutrizione e dalle fatiche del lavoro. Emblematico è il caso di R. S.⁵⁵, contadina residente a Casalmaggiore, coniugata, internata in manicomio nel 1898 all'età di trentadue anni. Ebbe sei gravidanze e due aborti e tra le cause della pazzia i medici indicarono, accanto al lavoro nei campi e all'alimentazione, le «ripetute gravidanze e allattamenti» che avrebbero determinato una «debolezza organica» che portò all'insorgere della malattia mentale.

Accanto alle gravidanze anche il parto e il puerperio erano ritenuti possibili cause scatenanti della follia, in particolare delle numerose *frenosi puerperali* per le quali molte donne vennero internate. Il parto, che avveniva molto spesso nelle case in condizioni igieniche precarie e in presenza di una levatrice che avrebbe dovuto aiutare la madre durante il travaglio⁵⁶, era spesso vissuto come un evento traumatico da parte delle donne poiché poteva mettere a rischio la loro stessa vita oltreché quella del nascituro. Nel caso di A. N.⁵⁷, giovane di venticinque anni, ortolana, internata con la diagnosi di *mania puerperale* nel dicembre del 1884, il medico attribuì la causa della follia al parto avvenuto tre mesi prima. Un altro caso interessante è quello di M. A.⁵⁸, di ventotto anni, di professione “ostessa”, affetta da sifilide, malattia che avrebbe «contratto tre anni prima del matrimonio amoreggiando con un soldato», fu internata nel 1897 con la diagnosi di *lipemania*. La causa della malattia venne fatta risalire dai medici da un lato al recente parto, durante il quale sua figlia morì e, dall'altro, al fatto che per lei «fu dolorosissimo il sentire che molti ritennero causa della morte dei suoi bambini l'affezione sifilitica a cui fu soggetta» (dal fascicolo personale si evince che tempo prima un

⁵³ E. De Marchi, *Dai campi alle filande. Famiglia, matrimonio e lavoro nella “pianura dell'Olona”, 1750-1850*, Milano, Franco Angeli, 2015, p. 239.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 240.

⁵⁵ ASCr, Fondo OPCr, busta 45, 1898, cartella clinica di R. S..

⁵⁶ N. M. Filippini, *Generare, partorire, nascere. Una storia dall'antichità alla provetta*, Roma, Viella, 2017, p. 179.

⁵⁷ ASCr, Fondo OPCr, busta 20, 1885, cartella clinica di A. N..

⁵⁸ ASCr, Fondo OPCr, busta 43, 1897, cartella clinica di M. A..

altro suo bambino era morto durante il parto).

Il periodo del puerperio poteva determinare la comparsa della *mania puerperale* che in molti casi «era espressione di altre forme di disagio che vivevano le madri, soprattutto povere, esposte a ripetute gravidanze non desiderate, vittime spesso di violenze domestiche, o abbandonate dai loro mariti, impotenti a far fronte alla miseria e al sostentamento dei figli»⁵⁹. Durante il puerperio le donne allattavano i propri neonati e questo poteva debilitarle ulteriormente, soprattutto nel caso delle contadine le quali, anche durante l'allattamento, spesso prolungato fino ai due anni di vita del bambino, erano sottoposte al faticoso lavoro nei campi e domestico. A. G.⁶⁰, internata all'età di quarantacinque anni, ebbe cinque figli di cui solo tre vivi al momento del ricovero in manicomio; come cause della follia, accanto all'ereditarietà, vennero indicati il puerperio e l'allattamento prolungato. Anche nel caso di C. M.⁶¹, contadina quarantenne, la comparsa della follia venne ricondotta all'allattamento: il medico annotò, oltre al lavoro eccessivo e alla cattiva nutrizione, l'«allattamento che dura da due anni».

Accanto a queste cause, strettamente connesse con il “corpo” delle donne e con la sua funzione riproduttiva, i medici cremonesi ne individuaronο altre correlate alla loro vita affettiva e relazionale: in questo caso, avvicinandosi maggiormente alle teorie sulle cause “moralι” piuttosto che a quelle “organiche” della pazzia, essi individuaronο nei “patemi d'animo” l'origine della follia di cui erano afflitte alcune pazienti.

La vita relazionale e affettiva delle donne si esauriva quasi interamente all'interno del contesto familiare. Nel corso dell'Ottocento, nonostante l'affermazione di un nuovo stile di vita coniugale incentrato sul piacere della vita intima e sul calore domestico⁶², il matrimonio e la famiglia non sempre erano luoghi di amore e rispetto reciproco: le storie delle numerose donne internate a Cremona descrivono infatti il contesto familiare come un luogo caratterizzato dalle incomprensioni, dai litigi e dalle violenze fisiche e psicologiche⁶³.

Prendere la decisione di sposare la persona amata senza avere il consenso dei genitori poteva rivelarsi una scelta molto difficile per le giovani donne e poteva portare a casi eccezionali come quello di G. S.⁶⁴. Giovane residente a Cremona e di estrazione economica “benestante”, nella sua cartella clinica si annota che «è

⁵⁹ N. M. Filippini, *Generare, partorire, nascere*, cit., p. 229.

⁶⁰ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di A. G..

⁶¹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di C. M..

⁶² Per approfondire la storia e l'evoluzione del matrimonio nel XIX secolo si veda: D. Lombardi, *Storia del matrimonio. Dal medioevo a oggi*, Bologna, Il Mulino, 2008, pp. 173-250.

⁶³ Per approfondire si veda: M. Cavina, *Nozze di sangue : storia della violenza coniugale*, Roma-Bari, Laterza, 2011.

⁶⁴ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 20, 1885, cartella clinica di G. S..

felice con il marito ma i suoi genitori contrastarono il matrimonio» e per questo apparvero in lei evidenti sintomi di disagio psichico al punto che fu internata in manicomio con la diagnosi di *pazzia isterica*.

In altri casi invece era l'amore non corrisposto la causa di "patemi d'animo": i "dispiaceri amorosi" comparivano di frequente nei fascicoli personali delle giovani internate e in alcuni casi furono direttamente indicati come causa dello scatenarsi del disagio psichiatrico, come nel caso di G. B.⁶⁵, domestica residente a Cremona, nella cui cartella clinica si legge: «un amore contrastato e non corrisposto pare che sia stato la causa dello sviluppo della pazzia».

Una volta sposate, le donne, all'interno delle mura domestiche, potevano divenire vittime di violenze fisiche, psicologiche e sessuali da parte dei propri mariti⁶⁶. Molte cartelle cliniche riportano notizie di vessazioni e violenze subite dalle donne da parte dei propri partner e in alcuni casi questi soprusi venivano indicati dagli alienisti come cause dirette delle malattie mentali. Questo è un elemento che si ritrova in molteplici ricerche condotte con un'ottica di "genere" sulle cartelle cliniche di altri manicomi italiani⁶⁷. Nel caso di una giovane tessitrice residente a Cremona, M. B.⁶⁸, internata in manicomio all'età di appena ventidue anni con la diagnosi di *stupore*, emerge la storia di un rapporto coniugale fatto di violenze e abusi: «subì maltrattamenti dal marito», e da lui «venne picchiata», egli inoltre «tentò di strangolarla e le diede botte alla testa». Tutto questo determinò nella giovane uno stato di malessere psicologico, oltre che fisico, che la portò a essere internata.

Per quanto riguarda le violenze psicologiche è indicativo il caso di A. A.⁶⁹, sarta residente a Cremona, internata all'età di trentanove anni con la diagnosi di *frenosi isterica*. Il suo fascicolo è ricco di documenti e annotazioni sulla sua vita coniugale e sul rapporto con il marito: si riporta che la donna visse i «patemi d'animo della vita coniugale» e che «il marito le lesina il centesimo» e soprattutto «non ha parole per lei d'affetto». Dal fascicolo personale emerge che «il marito le ha imposto di ricevere in casa un ragazzetto frutto di un suo amore illecito con una donna maritata» e che «il ragazzetto, istigato da sua madre, ha l'insolenza di dirle che non è casa sua e il marito prende le parti del ragazzo», infine si riferisce che

⁶⁵ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di G. B..

⁶⁶ M. Cavina, *Nozze di sangue*, cit., p. 169.

⁶⁷ Si vedano: P. Bell Pesce, *Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al manicomio di Palermo (1890-1902)*, in «Genesis», a. II, n. 1, 2003, pp. 91-122; V. Fiorino, *Donne da manicomio. Appunti sulle biografie di internate a Roma (1850-1915)*, in «Agenda. Società italiana delle storiche», n. 20, 1998, pp. 40-48; S. Re, *Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile nel Manicomio di Colorno (1880-1915)*, Milano, Franco Angeli, 2014; A. Salviato, *Melanconiche d'altri tempi. Le pazienti del manicomio di San Clemente a Venezia*, in «Genesis», a. II, n. 1, 2003, pp. 63-90; M. Starnini, *Follie separate*, cit.; A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Roma, Donzelli Editore, 2014.

⁶⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 18, 1884, cartella clinica di M. B..

⁶⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 31, 1891, cartella clinica di A. A..

la donna «non ha nessuno con cui confidarsi perché tutti i parenti sono lontani». In effetti sposarsi per un donna significava il più delle volte recidere ogni contatto con la propria famiglia ed entrare a far parte di quella del marito: la giovane sposa si ritrovava così a «divid[ere] gli spazi e i tempi della vita quotidiana con altre donne: le cognate e la suocera»⁷⁰ e tutto ciò poteva determinare il sorgere di «una rete di conflitti interni fra queste donne»⁷¹. Il caso della giovane S. B.⁷², internata all'età di venticinque anni, residente a Cremona e di estrazione sociale agiata, è emblematico: il suo disagio psichico venne ricondotto dai medici al fatto di «trovarsi a convivere con i nuovi parenti [del marito] e soprattutto con la cognata che le sta antipatica». Anche il caso della contadina L. P.⁷³, internata all'età di ventisette anni nel 1892, mostra come i rapporti con la famiglia del marito potevano essere difficili soprattutto nei primi anni di matrimonio: nella sua cartella clinica sono riportati come unica causa della follia i «dispiaceri con la suocera».

Ma, l'insorgere di "patemi d'animo" e la loro possibile degenerazione in malattia mentale potevano comparire in seguito all'"uscita" dalla famiglia di un suo componente. Soprattutto se si trattava dell'"uscita" del marito o dei figli, le donne potevano sentirsi abbandonate, ritrovarsi sole e in difficili condizioni economiche e questi turbamenti erano tali da determinare la comparsa della follia. La separazione era infatti vissuta sul piano emotivo come un fallimento personale e sul piano materiale spesso lasciava le donne in difficoltà economiche. Emblematico è il caso di M. T.⁷⁴ contadina residente a Casalmaggiore, internata in manicomio con la diagnosi di *mania*: i medici indicarono come causa della follia «l'abbandono del marito mentre era incinta dell'ultimo bambino».

Un altro evento che determinava l'uscita di un membro dal nucleo familiare era l'emigrazione. Questi casi permettono di leggere la questione dell'emigrazione italiana di fine Ottocento e di inizio Novecento⁷⁵ da una prospettiva nuova: quella di coloro che rimasero in patria. Nei vissuti delle donne che non partirono si coglie lo spessore delle sofferenze provate per l'assenza dei propri cari.⁷⁶ Emblematico è il caso di G. F.⁷⁷, una contadina di trentaquattro anni, il cui marito emigrò in America; venne internata in manicomio nel 1890 e i medici ricondussero il suo

⁷⁰ F. Zanolla, *Suocere, nuore e cognate nel primo '900*, in «Quaderni storici», n. 44, 1980, p. 431.

⁷¹ Ivi.

⁷² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 35, 1893, cartella clinica di S. B..

⁷³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 33, 1892, cartella clinica di L. P..

⁷⁴ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 49, 1900, cartella clinica di M. T..

⁷⁵ M. Barbagli, D. I. Kertzer, *Storia della famiglia in Europa. Il lungo Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 2003, p. 344.

⁷⁶ Per approfondire il legame tra emigrazioni e disagio psichico di coloro che restarono in patria si veda: A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit., pp. 113-132.

⁷⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di G. F..

disagio psichico alla lontananza del marito. Per M. B.⁷⁸, internata in manicomio all'età di sessantun anni, la causa del disagio mentale sarebbe stato «il mancato ritorno del figlio dall'America» dove era emigrato e dove molto probabilmente si era trasferito definitivamente.

Infine molto spesso le donne si ritrovavano a vivere da sole a causa della morte di un proprio familiare, in particolare del proprio marito. Delle internate in manicomio il 16% risulta vedova e la loro presenza è molto spesso collegata proprio al loro stato di vedovanza: «rimaste sole, nell'impossibilità di sostenersi autonomamente e di provvedere a sé stesse, fini[vano] più facilmente in manicomio»⁷⁹. I medici e gli alienisti dell'Ottocento riferendosi alle vedove sostenevano infatti che: «bene spesso la donna, perdendo il marito, perde ogni sostegno ed appoggio, e per la sua posizione, e per le di lei occupazioni restando maggiormente concentrata nel suo dolore e nel suo affanno,[...] procura quel disquilibrio generale delle funzioni dell'organismo che, alla loro volta, danno sviluppo a qualche forma d'alienazione»⁸⁰. Questo è il caso di I. F.⁸¹ vedova di quarantasette anni, madre di sei figli, internata in manicomio nel 1890 con la diagnosi di *paranoia perpetua*; nella sua cartella clinica i medici annotano che «con la morte del marito non ha mezzi di sussistenza» e nella sezione dedicata alle cause della follia individuano proprio i «dissesti finanziari» come principale causa della sua patologia.

⁷⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 35, 1893, cartella clinica di M. B..

⁷⁹ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 85.

⁸⁰ E. Gonzales, *Relazione statistico-sanitaria dei manicomi Provinciali di Milano dal 1 gennaio 1872 al 31 Dicembre 1878*, Milano, 1880, p. 24.

⁸¹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 28, 1890, cartella clinica di I. F..

Tra "corpo malato" e relazioni familiari

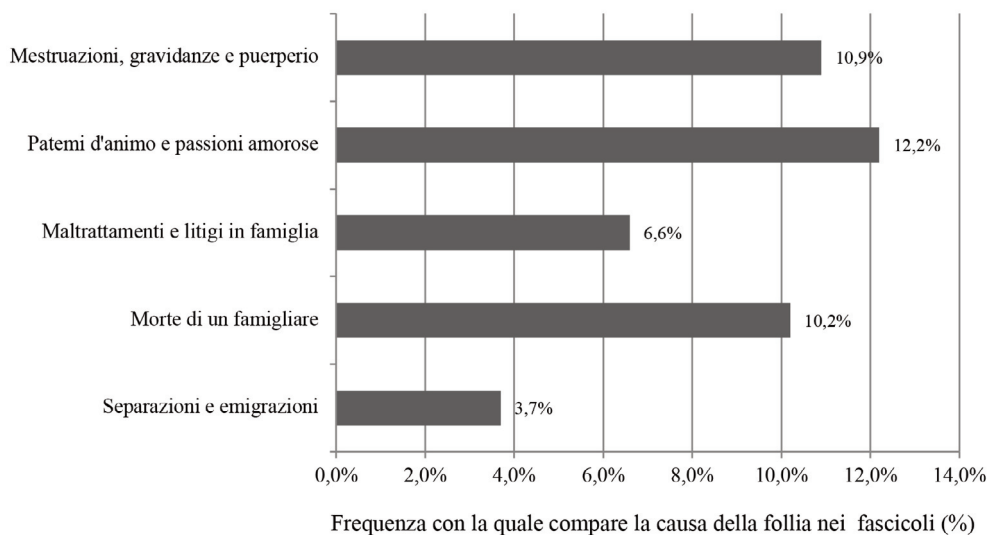


Grafico 2.1 Il grafico rappresenta la frequenza con cui compaiono le cause legate al “corpo” e alle relazioni familiari delle donne internate nel Manicomio di Cremona (esprese sull’asse verticale) nelle cartelle cliniche dal 1868 al 1904. Su un totale di 2.134 cartelle cliniche consultate sono 649 (il 30,4% del totale) le cartelle che riportano le cause della follia delle pazienti.

3. Le condizioni di vita e di lavoro delle donne

Gli alienisti cremonesi, sempre aderendo alle teorie organicistiche, accanto alle cause della follia legate direttamente al corpo “malato” delle donne e a quelle legate alle loro relazioni personali e alla sfera delle emozioni, individuarono nelle loro condizioni di vita e nel loro lavoro altrettante cause, dirette e indirette, dell’insorgenza della follia.

“L’alimentazione insufficiente”, “la denutrizione”, “la scarsità di cibo” erano espressioni annotate per spiegare l’insorgere della malattia mentale nelle donne provenienti dai ceti più poveri della popolazione. L’alimentazione povera debilitava il corpo e poteva essere una causa *indiretta* dell’insorgere della follia. Nella maggior parte delle cartelle cliniche delle donne povere, specialmente se contadine, venne segnata anche una causa *diretta* sempre legata all’alimentazione: la pellagra.

Questa malattia fu considerata dagli alienisti cremonesi la causa principale dell’internamento di un gran numero di donne provenienti dal mondo contadino. In questa realtà esse vivevano in uno stato di «subalternità alimentare [...] poiché

nell'economia della parca mensa agli uomini erano riservate le porzioni più abbondanti e di miglior qualità»⁸² e per questo le donne «erano di preferenza affette dalla pellagra e [colpite] in età più giovanile che gli uomini»⁸³. La pellagra ebbe un'enorme diffusione nella seconda metà dell'Ottocento in tutta la provincia cremonese e fu causata «da una “rivoluzione” nei regimi alimentari delle classi rurali povere [e] affond[ò] le sue radici in profondi mutamenti strutturali delle campagne»⁸⁴ che determinarono la proletarizzazione e pauperizzazione dei contadini⁸⁵. Caratterizzata da un consumo quasi elevato di granturco, la dieta delle popolazioni povere contadine causava gravi carenze vitaminiche: il mais è infatti un alimento privo della vitamina PP e un suo consumo esclusivo, non affiancato da altri alimenti, determinava un lento ma progressivo indebolimento del corpo fino all'insorgere della pellagra⁸⁶. Questa malattia si manifestava spesso con l'arrivo della primavera poiché, dopo i lunghi mesi invernali durante i quali la dieta era stata esclusivamente maidica e in concomitanza con la ripresa dei duri lavori nei campi, «si fa[cevano] sentire gli effetti della prolungata denutrizione»⁸⁷. La pellagra presentava tre stadi: nel primo si verificavano alterazioni cutanee con cambiamenti di colore della pelle e desquamazioni, soprattutto su viso, collo e mani; nel secondo stadio si manifestava un forte dimagrimento, l'indebolimento degli arti inferiori e l'arresto del ciclo mestruale; infine comparivano forti squilibri nervosi e mentali⁸⁸. L'ultimo stadio della malattia significava quasi sempre l'impossibilità di guarigione e comportava l'inevitabile internamento in manicomio⁸⁹. Sono numerose le contadine cremonesi internate in manicomio con la diagnosi di *frenosi pellagrosa* come R. P.⁹⁰, contadina di Casalbuttano di sessantotto anni la cui malattia mentale viene fatta risalire alla «lotta misera per la vita» e alla pellagra degenerata ormai in *frenosi pellagrosa*.

La rilevanza della pellagra come causa scatenante della follia emerge anche dagli scritti del dottor Zaccarelli, medico presso il Manicomio cremonese, per il quale «“il male della rosa” [è] la “prima e generale causa” dell'alto numero dei ricoveri

⁸² M. L. Betri, *L'alimentazione popolare nell'Italia dell'Ottocento*, in *Storia d'Italia, Annali 13, L'alimentazione*, a cura di A. Capatti, A. De Bernardi, A. Varni, Torino, Einaudi, 1998, p. 20.

⁸³ A. De Bernardi, *Pellagra, Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, in *Storia d'Italia, Annali 7: Malattia e Medicina*, cit., p. 684.

⁸⁴ A. De Bernardi, *Il mal della rosa*, cit., p. 19.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 37. Le condizioni di vita e di alimentazione dei contadini cremonesi si aggravarono maggiormente durante gli anni della crisi agraria.

⁸⁶ R. Ventrella, *Terra e vita*, cit., p. 46.

⁸⁷ *Ibidem*, p. 47.

⁸⁸ A. De Bernardi, *Pellagra, Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, cit., p. 686.

⁸⁹ *Ivi*.

⁹⁰ ASCr, Fondo OPCr, busta 24, 1887, cartella clinica di R. P.

manicomiali a Cremona»⁹¹. Anche molti scritti del direttore del manicomio, il dottor Amadei, si soffermano sul fenomeno della pellagra e dei matti pellagrosi internati: «basta scorrere la bibliografia di Amadei per rendersi conto di come una preparazione specifica pellagologica nel suo rapporto con le malattie mentali dovesse costituire una condizione necessaria per poter svolgere le funzioni di direttore manicomiale a Cremona»⁹². L'unico modo per arrestare la diffusione della pellagra e della frenosi pellagrosa sarebbe stato cercare di migliorare le dure e misere condizioni di vita in cui versava la maggior parte della popolazione contadina cremonese, condizioni che, del resto, rispecchiavano più in generale la realtà contadina dell'Italia settentrionale⁹³. I provvedimenti presi per mettere un freno al dilagare della pellagra furono spesso insufficienti sia a livello del territorio cremonese sia a livello nazionale⁹⁴ come indicano i dati delle inchieste condotte nel 1878 e nel 1881 che evidenziano un continuo aumento dei casi di pellagra⁹⁵. Il fattore che realmente fu in grado di diminuire la diffusione della malattia e che di conseguenza determinò una decrescita degli internati in manicomio fu, come si è visto precedentemente, la caduta dei prezzi dei cereali in seguito alla crisi agraria di fine secolo. L'inchiesta del 1899 rilevò effettivamente una notevole diminuzione della diffusione della pellagra⁹⁶: così «la pellagra “non [era] stata guarita; [guari] spontaneamente, da sé... mentre gli scienziati stavano tuttavia discutendo delle sue cause” [...] e l'intervento statale si realizz[ava] non solo su ipotesi scientifiche scorrette, ma soprattutto in ritardo»⁹⁷.

Il grafico che segue mostra chiaramente come, nei fascicoli delle internate, alla voce “cause della pazzia”, la pellagra sia stata indicata sempre più di frequente fino a toccare il “picco” a cavallo tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta dell'Ottocento, in corrispondenza della crisi agraria, quando risultava in più del 40% dei fascicoli, per poi diminuire progressivamente con l'avvicinarsi del nuovo secolo.

⁹¹ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 234.

⁹² Ivi.

⁹³ R. Finzi, *La psicosi pellagrosa in Italia fra la fine dell'800 e gli inizi del '900*, in *Follia, psichiatria e società*, cit., p. 292.

⁹⁴ Per i provvedimenti presi a Cremona si veda: A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 234.; per i provvedimenti presi a livello nazionale si veda: A. De Bernardi, *Il mal della rosa*, cit., pp. 176-183.

⁹⁵ Per approfondire il contenuto delle inchieste sulla pellagra si veda: A. De Bernardi, *Il mal della rosa*, cit., pp. 101-150.

⁹⁶ R. Ventrella, *Terra e vita*, cit., p. 49.

⁹⁷ A. De Bernardi, *Pellagra, Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, cit., p. 701.

Andamento delle percentuali della pellagra come causa della pazzia dal 1878 al 1902

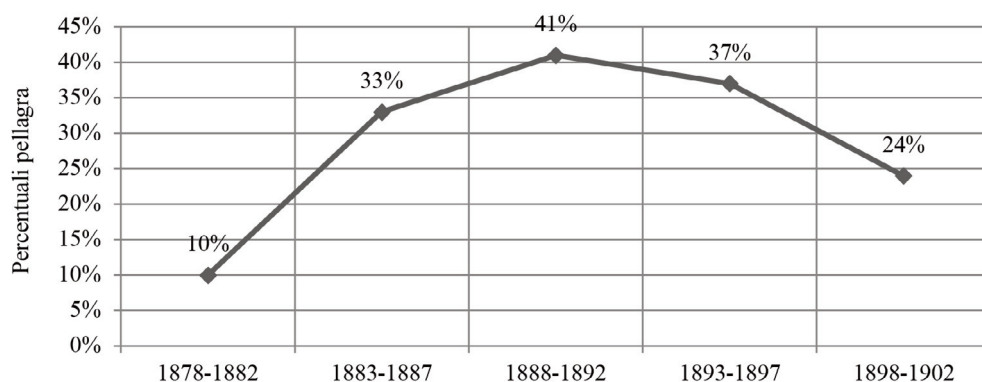


Grafico 2.2 Il grafico riporta l'andamento della percentuale della pellagra come causa della malattia mentale delle ricoverate. Si può osservare come nel quinquennio 1888-1892, in corrispondenza della crisi agraria, si sia verificato il "picco", con una media del 41%, seguito da una decrescita nei quinquenni successivi.

Sul finire dell'Ottocento iniziarono ad aumentare i ricoveri di donne affette da *frenosi alcolica*. Studiando le storie di vita delle internate con questa diagnosi è emerso come il consumo di alcol fosse trasversale nel variegato universo femminile dell'epoca: vi erano donne di diversa estrazione sociale, dalle più povere provenienti dalla realtà contadina alle agiate degli ambienti cittadini. Le internate per alcolismo erano nubili, sposate, separate e vedove ed erano casalinghe, contadine, sarte, domestiche, ma anche maestre, infermiere e prostitute. Tra i casi più emblematici vi è la storia di A. T.⁹⁸, settantenne residente a Cremona, coniugata, madre di nove figli, dei quali soltanto due ancora in vita, ricoverata in manicomio nel maggio del 1890 e morta appena venti giorni dopo il suo ingresso. La sua diagnosi fu di *frenosi alcolica*: nella cartella clinica si annota che «abusò di vino specialmente liquori» e che «rubava gli oggetti di casa per venderli e comprare alcol». Altri due casi interessanti sono quelli di A. S.⁹⁹ e T. B.¹⁰⁰, due cinquantenni ricoverate nel 1903 con la diagnosi di *frenosi alcolica*: la prima domestica a Cremona, la seconda casalinga residente a Sospiro. Della loro vita privata è scritto molto poco, i loro fascicoli sono in molte sezioni non compilati ma l'interesse dei medici che li hanno redatti sembra ricadere sul loro "abuso di vino" come causa della follia, senza però soffermarsi sui motivi e sui fattori alla base di quest'abuso.

⁹⁸ ASCr, Fondo OPCr, busta 29, 1890, cartella clinica di A. T..

⁹⁹ ASCr, Fondo OPCr, busta 55, 1903, cartella clinica di A. S..

¹⁰⁰ ASCr, Fondo OPCr, busta 55, 1903, cartella clinica di T. B..

Accanto alla pellagra e all'alcolismo, tra le cause della follia legate alle condizioni di vita, specialmente nei fascicoli delle donne residenti nelle campagne, ricorrente era lo stato dell'abitazione in cui la paziente aveva vissuto. Il direttore del Manicomio cremonese individuò nelle condizioni abitative delle alienate, se non una causa diretta della follia, sicuramente una causa indiretta, che indeboliva e debilitava il corpo ma anche la mente di chi vi abitava. Nelle descrizioni delle condizioni abitative dei contadini erano ricorrenti termini quali: "umida", "antigienica", "orribile" "malsana" "esposta a tutte le intemperie", "insalubre"; le stanze erano descritte come «anguste, annerite dal fumo, prive di luce e d'aria aperta e pura, ricche di umidità, di squallore e di puzza»¹⁰¹. Inoltre, la vita nelle abitazioni era spesso caratterizzata dal sovraffollamento, dalla promiscuità, dalla convivenza stretta con gli animali e dalla mancanza di igiene. Anche le internate povere provenienti dagli ambienti urbani, in particolare da Cremona, vivevano in condizioni abitative disagiate: «la città aveva due volti: quello "civile", neoclassico, e quello povero e cadente delle catapecchie malsane in cui si stipava il popolo minuto»¹⁰². Gli elementi finora considerati, la malnutrizione e la pellagra, l'alcolismo e le pessime condizioni abitative, che i medici cremonesi indicarono come cause dell'insorgere della follia in numerose donne, soprattutto provenienti dalle campagne, indicano come, di fatto, la vera causa della follia fosse la povertà.

Per spiegare la comparsa della malattia mentale nelle donne l'attenzione dei medici si rivolse anche alle loro professioni e alle loro condizioni lavorative.

Poiché la maggior parte delle donne erano contadine, accanto alla pellagra, si indicavano come aggravante le fatiche del lavoro nei campi: la follia era spiegata come conseguenza del "troppo lavoro" e del "duro lavoro". Esemplificativo è il caso di E. G.¹⁰³, contadina di quarantasette anni, coniugata, residente a San Daniele, internata in manicomio con la diagnosi di *mania*: i medici ricondussero la malattia mentale al «lavoro faticoso nei campi» oltreché alla «cattiva alimentazione».

Numerose erano le operaie-contadine, «figure sociali di frontiera tra l'agricoltura e l'industria»¹⁰⁴, che si erano inserite nelle opportunità lavorative offerte dal settore tessile in espansione per integrare il reddito della propria famiglia¹⁰⁵.

Filatrici e tessitrici costituivano il 14% del totale delle donne internate nel periodo

¹⁰¹ M. L. Betri, *Le malattie dei poveri*, cit., p. 32.

¹⁰² *Ibidem*, p. 28.

¹⁰³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di E. G..

¹⁰⁴ A. De Bernardi, *Il mal della rosa*, cit., p. 138.

¹⁰⁵ *Ivi*.

preso in esame; la maggior parte di loro, molte delle quali nubili¹⁰⁶, provenivano da famiglie contadine e molto spesso entravano in fabbrica da bambine¹⁰⁷. Come nel caso della giovane filatrice M. C.¹⁰⁸, ricoverata in manicomio appena ventenne: i medici fecero risalire la comparsa della sua malattia al duro lavoro. La famiglia la mandò in filanda all'età di nove anni «nonostante le sue precarie condizioni di salute».

Se nelle campagne cremonesi la manodopera femminile era prevalentemente impiegata nel lavoro dei campi e nel lavoro protoindustriale, negli ambienti urbani uno dei mestieri più diffuso era quello di domestica. La maggior parte delle domestiche proveniva dal mondo contadino: molte giovani donne emigravano in città in cerca di lavoro come serve e domestiche presso le case delle famiglie borghesi¹⁰⁹.

Nel manicomio di Cremona esse rappresentano il 4% di tutte le internate tra il 1868 e il 1904. I loro fascicoli, spesso ricchi di documentazione e di lettere, contengono cartelle cliniche molto dettagliate. L'attività lavorativa delle domestiche veniva ritenuta, dagli alienisti, causa diretta o indiretta del disagio mentale: in molti casi a essere segnalate non erano tanto le fatiche del lavoro in sé, quanto la lontananza dalla famiglia d'origine, la precarietà del lavoro e, di frequente, le difficili relazioni con la famiglia presso cui lavoravano. Sul finire del XIX secolo questo era ancora considerato, dalle famiglie contadine, un lavoro "sicuro" per le giovani nubili, che sarebbero andate a vivere e a lavorare in un ambiente "protetto" come quello delle case delle famiglie borghesi¹¹⁰. Nella realtà però «in anni di trasformazione e di rapida espansione della domanda, come sono quelli di metà Ottocento, [il lavoro di domestica] non era più in grado, in molti casi, di garantire la funzione di "controllo" che tradizionalmente gli era attribuita»¹¹¹. A causa del processo di femminilizzazione del mestiere¹¹² e del diverso modo di approcciarsi e concepire la servitù da parte delle famiglie borghesi rispetto alle famiglie nobili¹¹³, il mestiere di domestica serbava per le donne una vita fatta di incognite e difficoltà economiche. Queste erano determinate soprattutto dalla precarietà: esse

¹⁰⁶ Per approfondire l'aspetto del nubilato delle prime operaie si veda: M. Palazzi, *Donne sole. Storia dell'altra faccia dell'Italia tra antico regime e società contemporanea*, Milano, Mondadori, 1997, pp. 334-341.

¹⁰⁷ M. Palazzi, *Donne sole*, cit., p. 338.

¹⁰⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 22, 1886, cartella clinica di M. C..

¹⁰⁹ M. Casalini, *Le serve e i loro padroni*, in *Operaie, serve, maestre, impiegate*, Atti del convegno internazionale di studi *Il lavoro delle donne nell'Italia contemporanea: continuità e rotture*, Carpi 6-8 aprile 1990, a cura di P. Nava, Torino, Rosenberg & Sellier, 1992, p. 277.

¹¹⁰ *Ibidem*, p. 276.

¹¹¹ *Ibidem*, p. 279.

¹¹² Per i motivi alla base di questo processo si veda: M. Casalini, *Le serve e i loro padroni*, cit., p. 279.

¹¹³ M. Casalini, *Le serve e i loro padroni*, cit., p. 280.

si ritrovavano a cambiare frequentemente famiglia presso cui lavoravano e soprattutto a vivere spesso anche lunghi periodi di disoccupazione con tutte le difficoltà che ciò comportava per le donne nubili¹¹⁴: «rimaste senza lavoro e senza famiglia al momento che il loro rapporto con i padroni si interrompeva, potevano ritrovarsi in stato di povertà, senza nessuno a cui affidarsi»¹¹⁵. Nelle storie di vita delle domestiche ricoverate in manicomio la precarietà risulta in effetti essere uno dei motivi all'origine della comparsa del disagio mentale: la preoccupazione ossessiva per il proprio posto di lavoro sempre a rischio e la necessità di far fronte a lunghi periodi di disoccupazione all'interno della realtà urbana¹¹⁶, sono ricorrenti nelle biografie delle domestiche internate. Sul caso di una giovane domestica, L. P.¹¹⁷, internata in manicomio all'età di vent'anni, i medici annotarono che «è orfana dall'infanzia e ha una sorella a Parigi che fa la domestica». L'origine della follia venne individuata nei «patemi» conseguenti al suo licenziamento dalla famiglia presso cui lavorava: «fu licenziata dai padroni di casa perché stava con i ragazzi e non lavorava e ubbidiva». Vi fu anche il caso di un'altra domestica, C. T.¹¹⁸, internata in manicomio con la diagnosi di *lipemania con stupore* all'età di diciotto anni: per gli alienisti del manicomio cremonese l'insorgere della sua malattia si dovette al fatto che prima «fu licenziata da una famiglia per un giudizio medico che temeva la ragazza tubercolotica» e successivamente da «un'altra famiglia [che] la ripudiò in malo modo».

Un altro aspetto del mestiere che contribuiva a rendere difficili le condizioni di vita delle domestiche erano le difficoltà nell'instaurare un rapporto positivo con il padrone e la sua famiglia: questo era un altro *topos* ricorrente tra le cause scatenanti della follia delle domestiche internate. Numerosi i casi di incomprensioni, litigi e accuse, riportati come cause dirette o indirette dell'insorgere del loro disagio mentale. Nel caso di L. M.¹¹⁹, domestica di quarantadue anni, nubile, residente a Cremona, i medici attribuirono la causa della sua malattia ai «numerosi dissidi con la famiglia presso cui lavorava da tempo».

Un ultimo aspetto non trascurabile che caratterizzò molte storie di vita delle domestiche era il divenire madri illegittime: il nubilato prolungato, che questo lavoro spesso comportava, «faceva sì che le relazioni extra-matrimoniali fossero estremamente diffuse fra le domestiche»¹²⁰ al punto che molte di loro divennero madri-illegittime¹²¹. Nel caso delle gravidanze indesiderate la follia era spesso

¹¹⁴ *Ibidem*, p. 274.

¹¹⁵ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 83.

¹¹⁶ Era frequente il ricorso, nei periodi di disoccupazione, alla prostituzione. M. Casalini, *Le serve e i loro padroni*, cit., p. 276.

¹¹⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 35, 1893, cartella clinica di L. P..

¹¹⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di C. T..

¹¹⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di L. M..

¹²⁰ M. Casalini, *Le serve e i loro padroni*, cit., p. 277.

¹²¹ Ivi.

determinata dallo stigma sociale che esse comportavano per le donne nubili; inoltre, nel caso delle domestiche, le gravidanze potevano causare il licenziamento e quindi la perdita dell'unica fonte di sostentamento. Emblematico è il caso di C. M.¹²², domestica di ventitré anni, nubile e proveniente dal reparto di maternità dell'Ospedale di Cremona perché incinta: è da qui che parte la richiesta di internamento in manicomio. Nella sua cartella clinica si legge che «vuole uccidersi perché non può tornare al suo paese dove crede che tutti sappiano del suo errore: la gravidanza». Questa veniva vissuta dalla giovane, in quanto illegittima, come un “peccato” e, secondo i giudizi dei medici, fu questo a provocare in lei la pazzia.

Infine è interessante analizzare le cause individuate dai medici della malattia mentale che colpiva le maestre che esercitavano la professione nel territorio cremonese.

Come nel caso delle domestiche, la malattia mentale delle maestre venne attribuita alla loro stessa professione e alle condizioni di vita che questa comportava¹²³. In particolare interessante è la condizione, comune alle domestiche, di nubilato prolungato, che rendeva le maestre maggiormente “esposte” al rischio di gravidanze indesiderate. Emblematico è il caso di R. A.¹²⁴, nubile, maestra d'asilo a Cappella de' Picenardi, internata in manicomio a trentaquattro anni nel giugno 1894 con la diagnosi di *lipemania* e dimessa, per volere dei famigliari contro il parere dei medici, a novembre dello stesso anno. Tra le cause dell'insorgenza della malattia mentale i medici rintracciarono due eventi: il lutto per la morte di una cara amica e il «dubbio di essere incinta e per questo il timore di perdere il posto di lavoro».

¹²² ASCr, Fondo OPCr, busta 27, 1889, cartella clinica di C. M..

¹²³ Per approfondire le condizioni delle maestre nell'Ottocento si veda: S. Ulivieri, *Essere donne insegnanti. Storia, professionalità e cultura di genere*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1996; A. Rugiu, *Maestre e maestri. La difficile storia degli insegnanti elementari*, Roma, Carocci, 2006; G. Bini, *La maestra nella letteratura: uno specchio della realtà*, in *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminile nell'Italia dell'Ottocento*, a cura di S. Soldani, Milano, Franco Angeli Editore, 1989; G. Vigo, *Il maestro elementare italiano nell'Ottocento: condizioni economiche e status sociale*, Milano, Società Dante Alighieri, 1974.

¹²⁴ ASCr, Fondo OPCr, busta 37, 1894, cartella clinica di R. A..

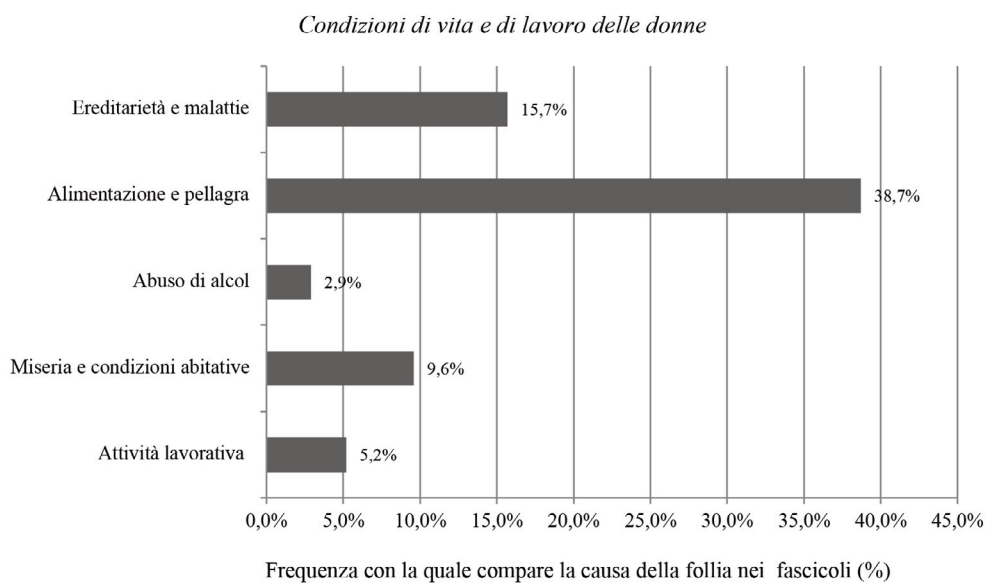


Grafico 2.3 Il grafico rappresenta la frequenza con la quale compaiono le cause legate alle condizioni di vita e di lavoro delle donne internate nel Manicomio di Cremona (esprese sull'asse verticale) nelle cartelle cliniche dal 1868 al 1904. Su un totale di 2.134 cartelle cliniche consultate sono 649 (il 30,4% del totale) le cartelle che riportano scritte le cause della follia delle pazienti.

Il manifestarsi della follia e l'internamento nel Manicomio di Cremona

1. Entrare in manicomio: i sintomi della follia e le procedure di ammissione

Il primo gennaio 1870, pochi mesi dopo l'apertura del Manicomio provinciale di Cremona, entrò in vigore il regolamento manicomiale composto da sedici articoli e da tre disposizioni transitorie¹. Nel "*Regolamento pel ricovero dei dementi poveri*" erano elencate tutte le norme che avrebbero regolato la vita all'interno del manicomio cremonese fino al 1904, anno dell'entrata in vigore della legge unica sui manicomi². Tra gli articoli più importanti si collocano quelli relativi alle procedure di ammissione. Innanzitutto il testo stabiliva che ad avere diritto a usufruire delle cure del manicomio sarebbero stati tutti quegli individui affetti da pazzia residenti nella provincia di Cremona³ e «pericolosi a sé stessi od agli altri, ovvero [che] sieno di grave scandalo ai buoni costumi ed alla pubblica morale»⁴. La malattia mentale in sé non era dunque la causa diretta dell'internamento degli individui: il regolamento stabiliva infatti che solo nei casi in cui la follia avesse determinato situazioni di pericolo per i malati stessi e per gli altri o solo se avesse comportato atteggiamenti ritenuti di scandalo alla pubblica morale, sarebbero state attivate le procedure di ammissione.

Oltre a definire quali soggetti avrebbero avuto accesso al manicomio, il regolamento ne stabiliva altresì le modalità. La Deputazione provinciale, nell'atto di redigerlo, aveva previsto una duplice certificazione: da un lato una prima richiesta di internamento del soggetto sarebbe spettata «al coniuge, ai genitori, agli ascendenti ed in loro mancanza ai discendenti»⁵; dall'altro essa avrebbe dovuto essere

¹ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit. pp. 191-192.

² A. Lonni, *Pubblica sicurezza, sicurezza pubblica e malato di mente. La legge del 1904*, cit., pp. 9-21.

³ *Regolamento pel ricovero dei dementi poveri*, art. 2, in Atti del Consiglio Provinciale di Cremona, 1869, Allegato n. 7, cit. «Sono considerati come appartenenti alla Provincia: a) gli italiani che hanno domicilio in Provincia; b) quelli che essendo nati in Provincia, non constano domiciliati civilmente in altra Provincia; c) quelli che hanno residenza nella Provincia ed appartengono alle Province che hanno accettato od accetteranno il principio di reciprocità. Verso i nati in Province che non avranno aderito al principio della reciprocità, mancando speciali accordi, si userà la parità di trattamento».

⁴ *Ibidem*, art. 1.

⁵ *Ibidem*, art. 3.

accompagnata da una «dichiarazione d’assenso della Autorità di pubblica sicurezza o, dove questa non [avesse avuto] un funzionario in Comune»⁶, da una dichiarazione d’assenso del sindaco⁷. Le autorità di pubblica sicurezza ricoprivano dunque un ruolo fondamentale nelle decisioni di internamento: ben prima della legge unica sui manicomi del 1904⁸, il regolamento cremonese prevedeva infatti, come elemento fondante, l’assimilazione del malato di mente a individuo pericoloso per la società.

Dall’analisi delle cartelle cliniche delle donne internate a Cremona emerge in maniera chiara la pluralità di soggetti che erano coinvolti nelle dinamiche di ammissione: i parenti, le comunità, le autorità religiose, quelle civili e di polizia lasciarono tracce all’interno dei fascicoli personali delle internate e «conferir[ono] un carattere polifonico a tutta la complessa gestione istituzionale della malattia mentale»⁹.

Prima ancora che un alienista visitasse le donne e confermasse o meno la presenza della malattia mentale, era questa pluralità di soggetti a definirle “folli”. Le “pazze” e la loro follia erano “costruite”, definite e “diagnosticate” ben prima del loro ingresso in manicomio: era il giudizio di anormalità formulato dalla società a costituire «il primo tassello di un quadro più ampio della devianza al quale la psichiatria aggiungeva successivamente precise etichette nosografiche utili a descrivere le personalità disadattate»¹⁰.

Il giudizio di anormalità, primo fattore che poteva condurre un individuo sulla strada per il manicomio, era così un giudizio “corale”, formulato e attribuito da tre diversi soggetti con poteri e motivazioni differenti: le istituzioni religiose, in particolare rappresentate dalle figure dei parroci, spinte dalla necessità di garantire e mantenere l’ordine morale e religioso delle comunità; le istituzioni politiche, rappresentate dai sindaci e dai questori, motivate a mantenere o ristabilire l’ordine pubblico; infine la collettività: familiari, vicini, compaesani e datori di lavoro formulavano giudizi di anormalità nei confronti di tutti coloro che non si uniformavano ai modelli di comportamento imposti.

Al centro della questione dell’internamento sembrava essere, a tutti i livelli della società, la necessità di difendere l’“ordine”: l’ordine morale e religioso, l’ordine pubblico, l’ordine familiare e della comunità, tutti compromessi da individui “folli” che, per i loro comportamenti “pericolosi”, dovevano essere “puniti” con

⁶ *Ibidem*, art. 4.

⁷ *Ivi*.

⁸ A. Lonni, *Pubblica sicurezza, sicurezza pubblica e malato di mente. La legge del 1904*, cit., p. 271.

⁹ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 38.

¹⁰ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit. p. 61.

l'internamento in manicomio¹¹. Così la follia era considerata sì una malattia della mente, ma anche e soprattutto una questione comportamentale¹²: era il comportamento “trasgressivo” dei folli che, non conformandosi alle regole normative della società, li rendeva pericolosi agli occhi degli altri individui, della collettività o delle istituzioni.

Il comportamento “trasgressivo” era socialmente determinato: nel momento stesso in cui la società additava certi atteggiamenti come “a-normali” stava di fatto costruendo e definendo la “normalità” alla quale bisognava conformarsi per non essere considerati pazzi¹³.

Erano considerati “a-normali” tutti quegli atteggiamenti imprevedibili e che non rispettavano le regole di convivenza comune: «i discorsi strani e inconcludenti [...] l'insonnia e il delirio legato a vari fattori, le allucinazioni, le reazioni contro i familiari, grida continue o eccessivo silenzio e misantropia, rifiuto del cibo, bestemmie, sproloqui, maltrattamenti»¹⁴.

Ciascuno dei soggetti coinvolti nell'internamento delle donne cremonesi (le famiglie e la collettività, la Chiesa e i parroci, i sindaci e la polizia) era particolarmente attento e “sensibile” a determinati tipi di comportamenti “a-normali” delle donne: a determinare la “sensibilità” verso un determinato atteggiamento erano principalmente i ruoli che questi soggetti ricoprivano nella vita e nella quotidianità delle donne e le loro funzioni di “custodi” dei diversi ordini sociali (quello familiare, quello religioso e morale e quello pubblico).

L'ambiente domestico e familiare costituiva l'ambito prediletto nel quale la follia delle donne si sviluppava e consumava¹⁵.

La famiglia svolgeva un ruolo di primo piano nel controllo del comportamento degli individui e, come si è detto, lo stesso regolamento del manicomio stabiliva che la prima richiesta di ammissione necessaria per avviare le procedure di internamento dovesse essere presentata dai parenti. Il controllo sui comportamenti dei membri della famiglia, in particolare sulle donne, avveniva sulla base di una condivisione di valori e aspettative di condotta che riguardavano soprattutto la laboriosità, il rispetto delle gerarchie parentali e un forte controllo della sessualità¹⁶.

Come osservato da Starnini: «la tollerabilità dei comportamenti folli era misurata prima di tutto sull'attività o inattività del familiare»¹⁷ e per le donne l'inadem-

¹¹ A. De Bernardi, *Follia, psichiatria e società*, cit., pp. 183-184.

¹² M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 64.

¹³ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit. p. 62.

¹⁴ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 64

¹⁵ *Ibidem*, pp. 65-66.

¹⁶ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit. p. 63.

¹⁷ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 64.

pienza al lavoro era riferita sia al lavoro “produttivo”, sia al lavoro “riproduttivo”.

Le donne che lavoravano fuori casa, soprattutto appartenenti a ceti sociali più poveri come le contadine e le lavoratrici della proto-industria e delle prime industrie tessili, nel momento in cui erano condotte in manicomio venivano spesso descritte come inoperose, svogliate, pigre, improduttive. Il non recarsi al lavoro, che fosse nei campi o in fabbrica, e il non impegnarsi nell’attività lavorativa, erano già di per sé comportamenti ritenuti “a-normali” e potenzialmente pericolosi per la stabilità e il sostentamento della famiglia, come dimostra il caso di A. G.¹⁸, contadina di cinquantasei anni che entrò in manicomio nel 1899 perché «prima era donna esemplare, socievole, onesta e laboriosa ma da qualche tempo trascura completamente il lavoro».

Il lavoro più importante su cui si riversavano le maggiori aspettative delle famiglie e della società era però quello “riproduttivo”, ossia quello legato alla sfera familiare e domestica: «la svogliatezza e l’incapacità nei lavori di casa e nelle faccende domestiche», ma anche e soprattutto la «trascuratezza generale nei confronti della propria persona, della famiglia e [...] dei figli» venivano interpretati come una sorta di «tradimento del focolare»¹⁹ ed erano il segno evidente di una “a-normalità” della donna; un’anormalità pericolosa perché metteva a repentaglio l’ordine familiare.

Sono davvero numerosi i casi di donne ritenute bisognose delle cure manicomiali e inviate per questo motivo al manicomio dai loro stessi parenti, perché incapaci di svolgere i lavori di cura della prole e della casa, come il caso di L. S.²⁰ internata per *lipemania* a quarantasette anni: nella sua cartella clinica si riporta che «è melanconica verso le faccende domestiche», trascura completamente i lavori di cura della casa e tutto questo viene letto come un segno del suo disagio mentale.

Più grave dell’incapacità di svolgere le faccende domestiche era l’incapacità di prendersi cura della propria famiglia: sono numerose le cartelle cliniche che citano tra i sintomi della malattia mentale la mancanza dell’affetto e delle attenzioni verso i figli e il marito, come quella di G. G.²¹, contadina di trentasei anni e madre di tre figli, internata nel 1884 per *melanconia*, nella quale si riporta, tra i motivi dell’internamento, il fatto che «ha perso l’amore per i figli». Interessante il caso di O. T.²², madre di quindici figli; nella cartella clinica si riporta che è dominata dall’«indifferenza e [dall’] odio per il proprio marito, figli e nipoti». Spesso erano riportate contemporaneamente sia l’incapacità di prendersi cura della casa sia

¹⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 47, 1899, cartella clinica di A. G..

¹⁹ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 64.

²⁰ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di L. S..

²¹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 18, 1884, cartella clinica di G. G..

²² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di O. T..

quella di prendersi cura dei figli, come nel caso di M. P.²³, agiata di quarantotto anni e madre di cinque figli, internata per *lipemania*: uno dei motivi che spinsero i familiari a richiederne l'internamento era il fatto che la donna «non mostrava più attenzione per il marito e i figli, [e] trascurava le faccende domestiche».

Infine è importante considerare come la capacità delle donne di svolgere le mansioni loro affidate assumeva una valenza simbolica: «l'immagine "onorata" della famiglia si plasmava anche in una vita trascorsa entro confini approvati e delimitati»²⁴. Questi confini non riguardavano solo il lavoro produttivo o riproduttivo ma riguardavano anche la capacità delle donne di aderire completamente al modello femminile imposto. Nel momento in cui le donne mettevano in discussione l'ordine familiare e sociale attraverso forme di "resistenza", come le ribellioni alle autorità familiari, i tentativi di fuga da casa, o con cambiamenti repentini del carattere e dell'atteggiamento, spesso venivano considerate "a-normali" e per questo bisognose di cure. In alcune cartelle cliniche, riguardo ai motivi dell'internamento, i medici scrissero "ribellione". In questi casi si trattava di donne che si erano opposte all'autorità paterna o maritale e alle loro decisioni: esse non si erano volute uniformare al «modello di un'identità femminile muta e rispettosa»²⁵ e avevano manifestato il proprio dissenso attraverso la propria voce o le proprie azioni. Nel caso dell'internamento di C. G.²⁶, nubile di ventisei anni, proveniente da una famiglia agiata, la cartella clinica cita la «mancanza di rispetto, almeno a parole al pudore, [la] mancanza di rispetto ai genitori a parole e a fatti, [l']animosità non giustificata, [lo] sfogo dei sentimenti naturali altre volte repressi, qualche minaccia verso altri». R. N.²⁷, contadina di trentasei anni, fu internata con la diagnosi di *mania* con la motivazione che la donna «si ribella alle esortazioni del marito e degli astanti». A. P.²⁸, giovane di diciassette anni, fu internata perché «si ribella ai genitori, insulta la madre e cerca di fuggire».

Sono numerose le donne internate perché avevano tentato di fuggire di casa: la fuga, per queste donne, poteva essere da un lato, un modo per manifestare la propria incapacità o il rifiuto ad aderire al modello di comportamento imposto; dall'altro era, molto più di frequente, un modo per fuggire da relazioni familiari e da un vissuto quotidiano fatto di violenza e maltrattamenti. Come nel caso di R. L.²⁹ giovane di ventiquattro anni segnata da una storia familiare di violenza: come si legge nel suo fascicolo personale «i parenti la battono duramente» e la giovane

²³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 24, 1887, cartella clinica di M. P.

²⁴ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit. p. 64.

²⁵ *Ibidem*, p. 62.

²⁶ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di C. G..

²⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di R. N..

²⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 31, 1891, cartella clinica di A. P..

²⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di R. L..

«insultava il padre che la batteva, e la batteva anche il fratello»; per fuggire dalla violenza la donna andava «sempre via di casa in giro per la città stando via anche di notte dormendo presso una vecchia di Cremona». Anche la storia di vita di L. L.³⁰, caratterizzata dalla violenza familiare, in particolare dai «maltrattamenti del marito, e [da] rapporti familiari infelici», ebbe il suo epilogo nell'internamento in manicomio: la donna, di sessantatré anni, venne internata su richiesta del coniuge che sosteneva che la moglie «fuggiva di casa, minacciava i familiari, diceva espressioni licenziose».

L'aspetto più interessante per quanto riguarda i tentativi di fuga è che questi avvenivano «in condizioni ritenute indecorose, che sfidavano il senso del pudore proprio delle donne considerate per bene»³¹. Dalla lettura delle cartelle cliniche è infatti emerso che le donne fuggivano spesso di notte, correndo per i campi poco vestite o nude al punto che «la loro fuga rappresent[ava] un problema più di pudore e di onore che di reale minaccia per gli altri»³².

Così, come dimostrano le ribellioni all'autorità familiare e le fughe, la follia femminile comportava per le donne l'abbandono della "via della virtù" e l'assunzione di comportamenti irruenti, sfacciati e lascivi³³. Tutti questi atteggiamenti mettevano a rischio l'onore delle donne e dei loro nuclei familiari e molto spesso erano le autorità civili e religiose a segnalare per primi il "pericolo": i parroci, i poliziotti e i sindaci osservavano quanto accadeva nei territori di loro giurisdizione e intervenivano, quando lo reputavano necessario, per controllare la morale e l'ordine pubblico³⁴.

Tra le autorità che potevano segnalare il "pericolo", fondamentali erano le autorità religiose che, pur non essendo previste dal regolamento del manicomio cremonese, svolgevano un ruolo importante nelle procedure di ammissione: molto spesso erano proprio loro a individuare i soggetti da internare e a innescare le procedure di internamento³⁵. Centrale era la figura del parroco che esercitava un forte controllo sia sulle anime sia sulla vita quotidiana della popolazione, e che poteva raggiungere anche i borghi più isolati grazie alla diramazione capillare delle parrocchie nel territorio; la sua azione di controllo era volta a preservare l'integrità religiosa e morale dei fedeli e in particolare quella delle donne, soggetti considerati per "natura" più inclini alle tentazioni e al peccato.

Nelle parole dei parroci la follia «sembra quanto mai prossima alla povertà e al

³⁰ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 35, 1893, cartella clinica di L. L..

³¹ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 66.

³² *Ibidem*, p. 67.

³³ *Ibidem*, p. 66.

³⁴ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 43.

³⁵ *Ibidem*, p. 39.

peccato»³⁶: mostrare sentimenti di odio verso la religione e proferire bestemmie o al contrario mostrare un eccesso di sentimento religioso, ma anche e soprattutto compiere azioni immorali e scandalose legate alla sfera della sessualità, erano i segni che individuavano la follia e che determinavano l'esclusione sociale degli individui³⁷.

Dall'analisi delle cartelle cliniche cremonesi sono emersi casi come quello di A. C.³⁸, donna di sessant'anni di cui i familiari, su pressione del parroco del paese, richiesero l'internamento perché «parla male contro la chiesa»; opposto il caso di S. P.³⁹, agiata di quarantacinque anni, internata perché «frequenta esageratamente le chiese e i preti». Questi esempi dimostrano come «fede e manifestazioni religiose dovevano mostrarsi “sentite” ed “equilibrate”, mai “assenti”, tantomeno “pervertite”, per essere considerate “normali”»⁴⁰.

La Chiesa cercava di esercitare un forte controllo anche sulla vita sessuale dei propri fedeli. Una sessualità femminile “fuori controllo” era considerata pericolosa sia per la virtù della donna sia per quella di tutta la comunità: giovani lascive e “scandalose” potevano avere cattive influenze sulle altre giovani donne ma anche sugli uomini della comunità. La cartella clinica di P. M.⁴¹, internata all'età di appena dodici anni perché «lasciata a sé per le vie offende il buon costume e non è restia a tirarsi in casa giovinetti». Interessante anche il caso di P. S.⁴², trentenne e madre di due figli, riporta, tra i motivi che indussero i familiari a richiederne l'internamento, il fatto che «parla con chiunque dei propri rapporti coniugali». Vi è infine il caso di P. P.⁴³, venticinquenne, che «spinge i giovani a consumare su di lei qualunque cosa» e per questo la famiglia ne richiese l'internamento.

Accanto all'autorità religiosa era quella civile ad avere un ruolo centrale nelle procedure di ammissione. I sindaci, così come i parroci, svolgevano un ruolo fondamentale nelle dinamiche di internamento poiché, sulla base di segnalazioni provenienti il più delle volte dalle stesse famiglie o dal vicinato, osservavano quanto accadeva nei loro territori e intervenivano per allontanare quegli individui che potevano in qualche modo mettere in pericolo l'ordine pubblico e la morale⁴⁴. I sindaci inoltre, a differenza dei parroci, erano figure previste dallo stesso regolamento del manicomio cremonese: nei comuni più piccoli, ricoprendo il ruolo di ufficiali di pubblica sicurezza, avevano il compito di dare il loro assenso per

³⁶ *Ibidem*, p. 45.

³⁷ *Ivi*.

³⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di A. C..

³⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di S. P..

⁴⁰ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 122.

⁴¹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di P. M..

⁴² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di P. S..

⁴³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 37, 1894, cartella clinica di P. P..

⁴⁴ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit. p. 66.

l'invio in manicomio dei soggetti ritenuti malati⁴⁵. Nell'azione di controllo del territorio le autorità politiche si servivano delle forze dell'ordine e, come sostenuto da Fiorino, «nella seconda metà dell'Ottocento [...] sempre più facilmente la polizia promuoveva e otteneva i ricoveri coerentemente con più decise politiche di controllo del territorio»⁴⁶.

La polizia individuava «i soggetti da internare sulla base della contravvenzione all'ordine pubblico»⁴⁷. Nel caso delle donne internate queste raramente erano colpevoli di atti violenti e criminosi: spesso venivano condotte in manicomio dalla polizia perché sole e senza fissa dimora, come il caso di B. C.⁴⁸, sessantatreenne trovata dalla polizia mentre «vagava per la città dando segni di squilibrio mentale». In altri casi le donne venivano condotte in manicomio dalle forze dell'ordine perché ritenute di scandalo alla pubblica morale come nel caso della trentanovenne M. A.⁴⁹, il cui internamento fu richiesto dall'Ispettore di Cremona perché fu «trovata davanti a un albergo e fu portata da due poliziotti all'ospedale perché di pubblico scandalo».

In alcuni casi però le donne venivano internate dopo aver compiuto atti criminosi e violenti ed essere state ritenute dalle autorità giudiziarie incapaci di intendere e di volere. Come la filatrice G. O.⁵⁰ che «tentò più volte di uccidere il figlio» e per questo, dopo essere stata dichiarata folle, fu internata. Dalla cartella clinica di M. S.⁵¹ emerge che la donna aveva ucciso il proprio figlio e per questo crimine «era stato avviato un procedimento penale ma venne assolta perché in quel momento era stata presa da follia» e i giudici disposero così il suo internamento.

In generale però la violenza compiuta dalle donne, per la quale venivano internate, era «soprattutto verbale e alle loro minacce raramente seguivano atti di aggressione fisica»⁵²: molti sono i casi di donne internate per aver minacciato i familiari, come nel caso di M. B.⁵³, contadina, condotta in manicomio a ventitré anni perché «minaccia di morte il marito».

Nella maggior parte dei casi inoltre gli atti violenti che determinavano l'internamento erano principalmente atti rivolti verso loro stesse. In particolare nelle cartelle cliniche i medici annotarono molto spesso la dicitura «pericolosa a se stessa»:

⁴⁵ *Regolamento pel ricovero dei dementi poveri*, art. 4, in Atti del Consiglio Provinciale di Cremona, cit..

⁴⁶ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 55. «La più solerte attività di polizia, che contribuì significativamente all'aumento del numero dei ricoveri, fu anche l'effetto del riordino delle stesse forze dell'ordine voluto dal governo Crispi e attuato in seguito all'approvazione, il 23 dicembre 1888, della nuova legge di pubblica sicurezza».

⁴⁷ *Ibidem*, p. 50.

⁴⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 16, 1882, cartella clinica di B. C..

⁴⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 13, 1879, cartella clinica di M. A..

⁵⁰ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 8, 1872, cartella clinica di G. O..

⁵¹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 40, 1877, cartella clinica di M. S..

⁵² M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 71.

⁵³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 5, 1868, cartella clinica di M. B..

questa compare nel 28% delle cartelle cliniche consultate e comprende tutta una serie di comportamenti, dal rifiuto del cibo fino ai tentativi di suicidio. Questi ultimi compaiono nel 14% delle cartelle cliniche analizzate e riguardano soprattutto contadine affette da pellagra, come nel caso di T. B.⁵⁴, cinquantasettenne da molto tempo affetta dal “mal della rosa” che, a causa delle alterazioni mentali determinate dalla malattia, tentò tre volte il suicidio per annegamento.

Infine una figura che ebbe sempre più spesso un ruolo importante nelle procedure di ammissione e che agì soprattutto diagnosticando, prima ancora della visita del direttore del manicomio, la malattia mentale nelle pazienti fu il medico condotto. «Simbolo del progresso compiuto dalla collettività in favore della salute pubblica»⁵⁵, sulla scia dell’affermarsi della nascente psichiatria e delle sue teorie sulla curabilità della follia, i medici condotti divennero ben presto «solleciti promotori dei ricoveri manicomiali»⁵⁶. La loro presenza sempre più diffusa sul territorio li avvicinava alle famiglie e ai loro parenti malati e poteva accadere che, dopo aver visitato i pazienti a domicilio, ne ordinassero l’internamento⁵⁷.

2. La rappresentazione della follia femminile

È importante ora assumere il punto di vista delle donne internate sulla loro stessa malattia: ciò permette di indagare la follia a partire dalle loro esperienze, dai loro vissuti, guardando la malattia mentale così come i loro occhi la vedevano, la loro voce la comunicava e il loro corpo la viveva.

Percepire, comprendere, spiegare il disagio mentale erano per le donne processi complessi: spesso povere e poco istruite, per capire e comunicare “l’indicibile” utilizzavano gli unici strumenti culturali cui avevano accesso, ossia le tradizioni e la religione. Il magico e il sacro erano così gli strumenti tramite i quali il disagio psicologico poteva prendere forma e, allo stesso tempo, trovare una spiegazione divenendo così comprensibile alle malate.

Dallo studio delle cartelle cliniche e delle storie di vita delle donne cremonesi internate si evince la «stretta relazione tra la cultura dell’epoca e il contenuto dell’immaginario più o meno patologico»⁵⁸: sono numerose le credenze che fanno

⁵⁴ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 6, 1870, cartella clinica di T. B..

⁵⁵ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 62. Per approfondire la figura del medico condotto si vedano: G. Ciampi, *Associazionismo professionale: il caso dei medici condotti*, in «Il Risorgimento», n. 2-3, 1994, pp. 285-295; A. Forti Messina, *I medici condotti all’indomani dell’Unità*, in *Salute e classi lavoratrici in Italia dall’Unità al fascismo*, a cura di M. L. Betri, A. Gigli Marchetti, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 663-697.

⁵⁶ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 62.

⁵⁷ *Ibidem*, pp. 60-61.

⁵⁸ A. Pastore, P. Sorcinelli, *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra ‘600 e ‘900*, cit., p. 127.

da supporto ai disagi psicologici e che offrono agli individui un ambito religioso e culturale entro il quale dare senso ai propri mali⁵⁹.

Uno dei primi strumenti utilizzati dalle donne per rappresentare il proprio disagio mentale era costituito dalla religione che rappresentava un «orizzonte devozionale e culturale molto importante»⁶⁰ nella vita delle persone e delle comunità.

Le donne, per rappresentare il proprio disagio, attinsero dalla religione immagini e figure come quella di Dio, della Madonna, dei santi ma anche e soprattutto quella del diavolo. Quest'ultimo era al centro delle visioni, delle allucinazioni e delle ossessioni e possessioni riportate da numerose internate; questo fatto non deve sorprendere poiché «l'elemento di affinità fra il diavolo e la malattia, soprattutto mentale, è antichissimo e costante nella tradizione della Chiesa cristiana»⁶¹.

Le visioni e le allucinazioni riferite dalle donne internate avevano spesso al centro proprio la figura del diavolo: la visione del diavolo, che rimanda di solito a «vis-suti terrificanti, persecuzioni, tormenti, dannazioni, sofferenze infernali, mali disintegratori dell'essere, in sostanza, a un senso negativo dell'esistenza dal quale non si riesce a liberarsi»⁶², è ricorrente tra le cause dell'internamento, come, ad esempio, nel caso di S. L.⁶³ sessantenne che, dopo aver affermato più volte di vedere il diavolo, venne condotta in manicomio dai propri familiari.

Nei racconti delle internate vi sono però anche visioni della Madonna e di santi attraverso le quali le alienate esprimono e comunicano l'ansia di liberazione dal male e le loro richieste di grazia, rivelando così una visione della religione come possibile fonte di salvezza e di cura dal disagio mentale⁶⁴. Come dimostra il caso di R. C.⁶⁵ che «grida[va] e crede[va] di essere in mezzo alle fiamme» ma che «vede[va] Dio» e a lui si affidava per salvarsi. Infine il bene e il male potevano convivere in una stessa visione come nel caso di R. T.⁶⁶, contadina di cinquantanove anni, della quale fu richiesto l'internamento perché affermava di vedere diavoli e madonne.

Accanto alle allucinazioni, un *topos* molto frequente nelle descrizioni riportate dalle internate, e che attingeva direttamente dalla religione, era quello della pos-

⁵⁹ P. E. Simeoni, *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle cartelle cliniche di S. Maria della Pietà (1891-1900)*, in *L'Ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, vol. 2, a cura di F. F. Bernardini, Roma, Dedalo, 1994, p. 168.

⁶⁰ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 120.

⁶¹ Ivi.

⁶² P. E. Simeoni, *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle cartelle cliniche di S. Maria della Pietà (1891-1900)*, cit., p. 174.

⁶³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di S. L..

⁶⁴ P. E. Simeoni, *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle cartelle cliniche di S. Maria della Pietà (1891-1900)*, cit., p. 174.

⁶⁵ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 22, 1886, cartella clinica di R. C..

⁶⁶ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di R. T..

sessione diabolica. Il sentire “il diavolo in corpo” era una manifestazione e una rappresentazione prettamente femminile⁶⁷ della malattia mentale e costituiva un modo per esprimere ai medici la varietà di angosce e sofferenze provate⁶⁸. Il diavolo, protagonista dei racconti di possessione, come nel caso della contadina C. P.⁶⁹ che sosteneva di essere completamente «nelle sue mani e [da lui] soggiogata», racchiude in sé tutti gli aspetti negativi della realtà e, nel momento in cui “entra” nel corpo femminile, lo controlla e lo comanda, portando la donna a compiere azioni folli, scandalose e pericolose che mai essa avrebbe commesso⁷⁰.

Accanto alla presenza di “diavoli in corpo” nella narrazione delle internate vi è anche quella delle “bestie e degli animali”. Questa rappresentazione del disagio psichico attingeva soprattutto alle credenze e alle superstizioni del tempo: se con il linguaggio religioso la presenza di qualcosa di “altro” nel proprio corpo si esprimeva con la possessione diabolica, con quello magico-superstizioso si esprimeva attraverso la presenza nel corpo di animali come topi, vermi o serpenti. Di un’esperienza simile racconta M. V.⁷¹, contadina internata all’età di cinquantacinque anni con la diagnosi di *frenosi ipocondriaca*, che afferma di «sent[ire] aggirarsi nel ventre delle bestie che la rodono e che non le lasciano pace né riposo». Anche S. P.⁷², internata con la diagnosi di *lipemania con delirio religioso* e nella cui cartella clinica si riporta che «frequenta esageratamente le chiese e i preti», afferma di avere «una bestia nel ventre e il sangue avvelenato».

Gli animali e i demoni erano spesso anche al centro delle allucinazioni e la loro visione era spesso accompagnata da quella delle fiamme e del fuoco, simboli del male, del peccato e del dolore. Le internate raccontavano e rappresentavano le proprie paure attraverso la visione di animali ed esseri sovranaturali: «ratti, [...] serpenti, cani, vari animali che rimandano a forme di aggressività violenta, quasi sempre mescolati a diavoli e streghe»⁷³ affollavano le loro allucinazioni. Come accadde a C. S.⁷⁴, contadina di cinquantatré anni internata nel 1884 con la diagnosi di *ipocondria*, che affermava di vedere demoni e serpenti ovunque. Anche A. T.⁷⁵, contadina di ventinove anni internata per *frenosi pellagrosa*, sosteneva

⁶⁷ Come sostenuto da Fiorino «l’immagine del “diavolo in corpo” comunica un modello culturale in cui il corpo femminile è elettivamente scelto per essere posseduto da elementi naturali [...] o da entità sovranaturali»⁶⁷. V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 184. Per approfondire la questione della possessione diabolica femminile si veda: V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., pp. 179-200.

⁶⁸ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, p. 59.

⁶⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 37, 1894, cartella clinica di C. P..

⁷⁰ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 193.

⁷¹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di M. V..

⁷² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di S. P..

⁷³ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 215.

⁷⁴ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 18, 1884, cartella clinica di C. S..

⁷⁵ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di A. T..

di vedere serpenti e fiamme. Infine P. V.⁷⁶, filatrice di ventotto anni, internata con la diagnosi di *lipemania con stupore*, affermava di vedere demoni e soprattutto sosteneva di essere stata stregata.

Uno degli aspetti più interessanti legati al mondo magico-superstizioso era quello di spiegare l'origine della malattia mentale ricorrendo a categorie come quelle della stregoneria e della fattura: spesso precedenti alla possessione e alla perdita di controllo sul proprio corpo, queste rappresentavano la «persecuzione esterna»⁷⁷ subita dalla malata.

Il sentirsi stregata da altri o l'essere vittima di fatture erano tematiche ricorrenti nei racconti delle donne. La narrazione di fatture, malocchi e stregoneria poggiava sulla convinzione e sulla credenza che, l'origine di qualsiasi disgrazia andasse ricercata all'esterno, nell'invidia e nella cattiveria altrui⁷⁸. In particolare le fatture e i malefici, strumenti di rivalsa tra i più diffusi e usati nella microconflittualità familiare e tra soggetti di una stessa comunità, erano spesso riportati dalle donne come causa della loro follia. Le fatture potevano avere a che fare con il cibo e con l'avvelenamento⁷⁹ come era accaduto alla giovane contadina L. G.⁸⁰ che sostenne di «essere stata maledetta e indemoniata a causa di un pollo che le [aveva] dato un giovinetto del suo paese che doveva sposarla ma che poi non lo fece». Oppure le fatture potevano colpire le persone nei momenti più critici e importanti della vita come durante il periodo della fertilità, le gravidanze e i parti⁸¹: A. R.⁸², contadina di trent'anni «si credette stregata dopo aver dato alla luce un figlio deforme con mancanza della mano destra» e fu internata con la diagnosi di *lipemania puerperale* «causata dall'impressione forte in puerperio».

La religiosità e il soprannaturale rappresentarono dei «sistemi tecnici di difesa e di recupero della persona minacciata da interna disgregazione in occasione dei momenti critici dell'esistenza»⁸³. Nel momento in cui le donne cremonesi venivano condotte in manicomio, il medico-direttore, rappresentante della razionalità scientifica contro le credenze popolari, le superstizioni e la religione, si trovava a doversi “scontrare” con questa rappresentazione del disagio mentale, a dover interpretare le parole e i comportamenti delle malate e infine a doverli “tradurre”, secondo le classificazioni nosografiche del tempo, in diagnosi mediche.

⁷⁶ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di P. V..

⁷⁷ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 138.

⁷⁸ P. E. Simeoni, *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle cartelle cliniche di S. Maria della Pietà (1891-1900)*, cit., p. 172.

⁷⁹ *Ibidem*, p. 173.

⁸⁰ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 33, 1892, cartella clinica di L. G..

⁸¹ P. E. Simeoni, *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle cartelle cliniche di S. Maria della Pietà (1891-1900)*, cit., p. 173.

⁸² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 20, 1885, cartella clinica di A. R..

⁸³ E. De Martino, *La crisi della presenza in Basilicata*, Rionero In Vulture, CalicEditori, 1996, p. 97.

3. La follia in manicomio: diagnosi mediche e cure per la follia

Una volta varcate le porte del manicomio, il dovere e il “potere” di definire la follia spettava ai medici alienisti e in particolar modo ai medici-direttori delle strutture manicomiali: forti dei loro studi scientifici e delle teorie psichiatriche essi avrebbero individuato la presenza della follia, l'avrebbero catalogata, inserita in precise categorie nosografiche e infine curata⁸⁴.

Il processo di individuazione e definizione della follia avveniva nei reparti di osservazione dei manicomi e serviva a stabilire la presenza o meno della malattia mentale e, nel caso in cui questa fosse stata riscontrata, ad avviare le procedure di “ammissione definitiva” in manicomio.

Nel caso del Manicomio di Cremona il regolamento⁸⁵ stabiliva che, una volta entrato, il malato fosse condotto nel reparto di osservazione e qui, dopo un periodo di quindici giorni, il medico-direttore avrebbe dovuto pronunciarsi, «in concorso con un altro medico estraneo all'istituto freniatico, sulla definitività o meno del ricovero»⁸⁶. L'osservazione clinica era costituita principalmente dal dialogo tra il medico e il paziente (nel caso in cui il paziente non fosse stato in grado di comunicare intervenivano i parenti) e dall'analisi dei tratti fisici e del comportamento del malato⁸⁷.

L'incontro tra il medico-direttore e il paziente metteva in luce due elementi peculiari che caratterizzavano spesso il rapporto medico-paziente: la differenza di genere nei casi in cui il paziente fosse una donna; la differenza socio-economica e culturale nei casi in cui il paziente fosse appartenuto a una classe sociale diversa (il più delle volte inferiore a quella del medico-direttore).

Per quanto riguarda la questione di genere basti richiamare quanto si è detto riguardo alle teorie ottocentesche sulla follia femminile e più in generale sulla “natura” femminile: era a partire da queste basi teoriche e culturali che i medici alienisti *maschi*, all'interno dei reparti di osservazione dei manicomi, si avvicinavano all'individuazione della follia nelle donne. Inoltre durante l'internamento in manicomio, istituzione connotata «in senso fortemente maschile»⁸⁸, il medico era una delle poche figure maschili che entrava in contatto con le ricoverate e questo faceva sì che, per le donne, nella sua figura fossero condensati tutti «i ruoli familiari e sociali del genere maschile: padre, marito, amante, confi-

⁸⁴ V. Fiorino, *La fiaba e la follia. Rappresentazioni culturali della malattia mentale (1850-1915)*, in «Genesis», a. II, n. 2, 2003, p. 181.

⁸⁵ *Regolamento pel ricovero dei dementi poveri*, art. 7, in Atti del Consiglio Provinciale di Cremona, 1869, Allegato n. 7, cit..

⁸⁶ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 192.

⁸⁷ V. Fiorino, *La fiaba e la follia*, cit., p. 181.

⁸⁸ M. Colazzo, *Quale donna turba il cervello dell'alienista? Ipotesi di lavoro alla ricerca del paradigma della follia declinata al femminile attraverso la letteratura ufficiale della seconda metà del XIX secolo*, in *Follia, psichiatria e società*, cit., p. 416..

dente, autorità di riferimento»⁸⁹.

Dalle cartelle cliniche, che spesso riportano note sui dialoghi tra il medico e le pazienti, è possibile evincere anche la distanza sociale e culturale: nel medico vi era spesso una forte incapacità di superare la barriera determinata dall'appartenenza sociale, dalla formazione e dal tenore di vita differenti da quelli del paziente⁹⁰.

Nei reparti di osservazione il dialogo tra il medico e il paziente sembrava così impossibile⁹¹: «il primo con il suo apparato teorico, pronto a inserire le manifestazioni del malato all'interno di una precisa categoria nosografica; il secondo con il suo linguaggio, le sue metafore per esprimere la sofferenza e il suo modello di spiegazione della malattia stessa»⁹². In realtà il “confronto-scontro” tra questi due soggetti, segnato dalle loro differenze sociali e culturali, non determinò una vera incapacità di comprensione e di dialogo poiché il sapere medico riprese e si intrecciò con alcuni aspetti delle credenze popolari sulla malattia mentale a tal punto che questi, «lungi dall'essere *sic et simpliciter* sepolti con l'adozione degli stessi modelli medico-psichiatrici»⁹³, confluirono a comporre la struttura portante dei moderni sistemi di classificazione delle malattie mentali. Non a caso, ad esempio, la scienza psichiatrica traspose «al rango di malattia mentale tutta la fenomenologia comprendente estesi religiose, possessioni diaboliche e influssi maligni»⁹⁴ tipici delle tradizioni e delle credenze popolari.

L'interrogatorio, stereotipato e ripetitivo⁹⁵, rappresentava l'elemento più importante del periodo d'osservazione ed era fondamentale per formulare la diagnosi medica. Le origini culturali di questa pratica, diffusa nella seconda metà dell'Ottocento in tutti i principali manicomi italiani e influenzata dalle concettualizzazioni di Emil Kraepelin⁹⁶, vengono fatte risalire alla confessione sacramentale: «non solo perché ha addestrato all'autoaccusa, alla dichiarazione di colpevolezza o, viceversa, alla proclamazione di essere vittima di un male esterno, quanto per aver inaugurato un rapporto tra autorità (confessore o medico psichiatra) e soggetto (fedele o paziente) basato sull'indagine sul sé, sul potere di avere la parola o pronunciare un giudizio sulla coscienza individuale altrui»⁹⁷.

⁸⁹ A. Molinari, *Autobiografie della vita e della mente. Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo Novecento*, in «Genesis», a. II, n. 1, 2003, p. 162.

⁹⁰ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit., p. 78.

⁹¹ M. Colazzo, *Quale donna turba il cervello dell'alienista?*, cit., p. 424.

⁹² V. Fiorino, *La fiaba e la follia*, cit., p. 182.

⁹³ *Ibidem*, p. 180.

⁹⁴ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 197.

⁹⁵ V. Fiorino, *Spazi del sé. Riflessioni sul “soggetto” attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Otto e Novecento*, in «Memoria e Ricerca», n. 47, 2014, p. 16.

⁹⁶ *Ibidem*., p. 15.

⁹⁷ Ivi.

Dal dialogo con il malato, sulla base delle teorizzazioni kraepeliane, si cercava di ottenere informazioni sulla sua percezione spazio temporale, sull'attenzione che prestava alle domande e sulla rapidità delle sue risposte, sullo stato della memoria recente e remota, sul contenuto delle sue idee e infine sulla presenza di disturbi sensoriali⁹⁸. A partire dai racconti del paziente o dei suoi parenti, si rintracciavano le cause della malattia e si analizzava la storia familiare arrivando così a delineare l'anamnesi. Queste narrazioni andavano a formare, come sostenuto da Goffman, un'"apologia del malato"⁹⁹ che veniva «elaborata dal medico per rintracciare i prodromi della malattia mentale e il suo successivo sviluppo, fino a giungere al climax dell'internamento e quindi dell'iscrizione ad una delle patologie riconosciute»¹⁰⁰.

Oltre all'interrogatorio, durante il periodo di osservazione si compiva una visita medica approfondita per indagare eventuali "malattie del corpo". Alla fine di questo processo, si dichiarava la presenza o meno della malattia mentale e, nel caso in cui questa fosse stata riscontrata, si formulava la diagnosi e si avviavano le procedure per l'ammissione definitiva in manicomio.

Le diagnosi mediche delle malattie mentali si basavano su categorie nosografiche e classificazioni che però, a livello nazionale, ancora agli inizi del XX secolo, non erano state adottate in maniera uniforme dai diversi manicomi¹⁰¹ e ciò comportò la moltiplicazione delle nomenclature delle psicopatie usate¹⁰².

Per quanto riguarda il Manicomio di Cremona, dall'analisi delle 2.134 cartelle cliniche analizzate delle donne internate è emerso che solo in 780, ossia nel 37% del totale, è compilato il campo riservato alla diagnosi della malattia¹⁰³. Il grafico riporta la distribuzione delle differenti diagnosi sul campione di cartelle esaminate.

⁹⁸ P. Bell Pesce, *Un corpo oscuro*, cit., p. 115.

⁹⁹ E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968, p. 183.

¹⁰⁰ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 11.

¹⁰¹ Questa diversità mette in evidenza la mancanza di uniformità nella pratica e nell'insegnamento della psichiatria italiana del tempo. P. Bell Pesce, *Un corpo oscuro*, cit., p. 120.

¹⁰² Ivi.

¹⁰³ Come per altre indagini, anche per quanto riguarda l'analisi delle diagnosi, è stato necessario lavorare su un campione ristretto di cartelle cliniche a causa della parziale compilazione delle cartelle da parte del personale medico del manicomio cremonese.

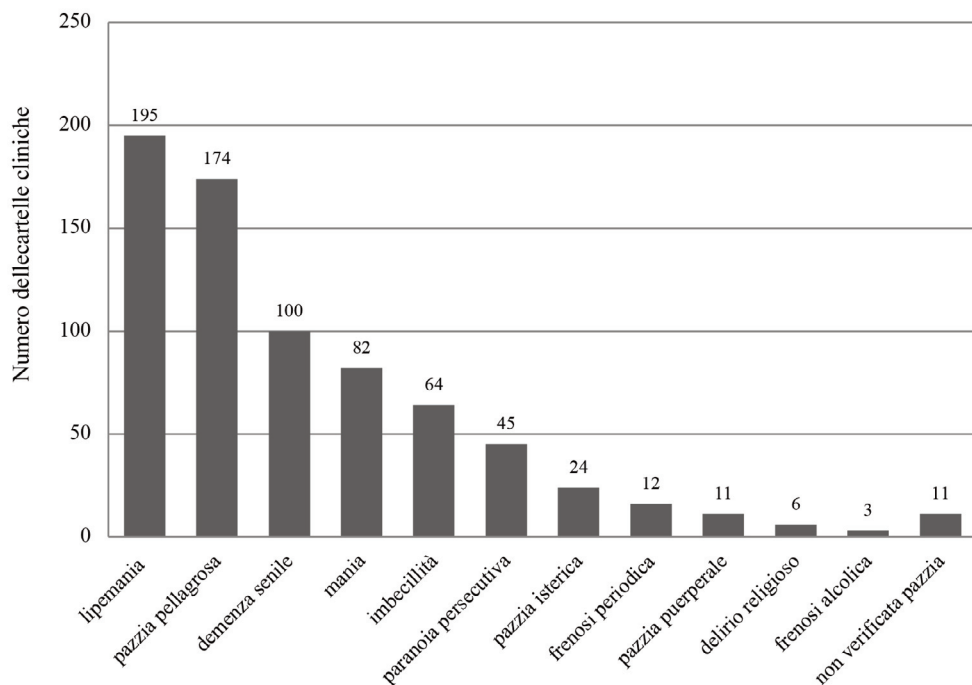


Grafico 3.1 Il grafico mostra la frequenza con la quale compaiono le diverse tipologie di diagnosi all'interno di un campione di 780 cartelle cliniche femminili prodotte dal Manicomio di Cremona dal 1868 al 1904.

Come risulta dal grafico, 195 cartelle cliniche, pari al 25% del totale, riportano la diagnosi di *lipemania*.

Questa patologia era stata descritta già agli inizi dell'Ottocento da Pinel che la definì «come uno stato di profonda tristezza e abbattimento causati da un'idea esclusiva e ricorrente»¹⁰⁴. Chi ne era afflitto mostrava forme di autocolpevolizzazione per i mali propri e altrui, ansie e paure e una forte tendenza al suicidio¹⁰⁵. Durante l'osservazione in manicomio le donne affette da lipemania si presentavano spesso agli occhi degli alienisti come «esseri taciturni, la cui memoria appare irreversibilmente offuscata o lesa, indifferenti all'amore verso i propri figli, poco attratti dal cibo, non reattivi né al dolore né al piacere, in "stato stuporoso", disinteressati verso il mondo esterno»¹⁰⁶.

Un numero così elevato di diagnosi di *lipemania* (25%) è da far risalire al fatto

¹⁰⁴ A. Salviato, *Melanconiche d'altri tempi*, cit., p. 64.

¹⁰⁵ Ivi.

¹⁰⁶ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 226.

che in questa categoria nosografica gli alienisti dell'Ottocento facevano rientrare «una pluralità di disturbi mentali la cui scoperta doveva ancora avvenire»¹⁰⁷. Non a caso se si considerano le cause della malattia, riportate nelle cartelle cliniche delle donne che ne erano affette, si nota come siano numerose e differenti tra loro: la sofferenza e il dolore in seguito alla morte di una persona cara, amori non corrisposti, la partenza di un figlio o la separazione dal marito. Non mancano poi le cause legate alle condizioni di vita come la miseria, la scarsa alimentazione e la pellagra, e quelle legate alla vita riproduttiva delle donne (gravidanze, parti e allattamenti).

La seconda per frequenza è la diagnosi di *pazzia pellagrosa*, che compare nel 22,3% delle cartelle cliniche del campione analizzato.

Se confrontato con la percentuale di cartelle cliniche nelle quali la pellagra compare come causa della follia (38,7%)¹⁰⁸, il dato relativo alla diagnosi di *pazzia pellagrosa* (22,3%) sembrerebbe sottostimato. Questa sotto rappresentazione è determinata dal fatto che la pellagra comportava l'insorgenza di numerosi disturbi i quali potevano essere ricondotti dai medici a malattie mentali differenti dalla *pazzia pellagrosa*, come ad esempio le manie o la *lipemania*.

La pazzia pellagrosa, malattia mentale cronica e senza cura, si manifestava nell'ultimo stadio della pellagra quando i malati, perdendo la proprie capacità mentali, venivano condotti in manicomio, spesso anche a causa dei ripetuti tentativi di suicidio¹⁰⁹. In alcuni casi la migliore alimentazione poteva comportare una parziale regressione della malattia, accelerando così i tempi per le dimissioni dal manicomio; tornando a un'alimentazione povera e alle fatiche del lavoro nei campi, i malati tendevano però molto spesso a fare ritorno in manicomio negli anni seguenti.

Nelle cartelle cliniche sono poi presenti le diagnosi di *pazzia puerperale* e di *pazzia isterica*, patologie mentali prettamente femminili che fecero la loro comparsa nei manicomi italiani dagli anni Ottanta dell'Ottocento¹¹⁰, quando la scienza psichiatrica “scopri” «le madri malate, il culmine dell'aberrazione»¹¹¹ e le isteriche, «donne “troppo donne”»¹¹².

Madri “snaturate”, madri “contro natura”: così erano definite le donne affette da frenosi puerperale¹¹³. Questa malattia mentale si manifestava pochi giorni dopo

¹⁰⁷ A. Salvato, *Melanconiche d'altri tempi*, cit., p. 64.

¹⁰⁸ Per approfondire le cause della follia si veda il Capitolo II.

¹⁰⁹ R. Finzi, *La psicosi pellagrosa in Italia fra la fine dell'800 e gli inizi del '900*, in *Follia, psichiatria e società*, cit., p. 284.

¹¹⁰ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 98.

¹¹¹ *Ibidem*, p. 17.

¹¹² V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo*, cit., p. 105.

¹¹³ Per approfondire la questione della pazzia puerperale si veda: G. Fiume, «*Madri snaturate*». *La mania puerperale nella letteratura medica e nella pratica clinica dell'Ottocento*, in *Madri. Storia di un ruolo sociale*, cit., pp. 83-117.

il parto con un atteggiamento di rifiuto del proprio bambino o del marito, con alternanza di momenti di profonda tristezza a momenti di eccitamento e con forme di delirio e idee di persecuzione¹¹⁴. Molto spesso le internate cremonesi a cui veniva diagnosticata la pazzia puerperale erano donne povere, la cui esistenza era scandita dalla sottonutrizione, spesso dalla pellagra, dalla miseria, dal faticoso lavoro nei campi, da numerose gravidanze e da allattamenti prolungati. All'interno di questo contesto esistenziale il parto poteva rappresentare un momento traumatico nella vita delle donne e andava ad aggravare condizioni già precarie di esistenza: «la frenosi puerperale, in questo senso, assumeva le forme di una malattia dell'indigenza»¹¹⁵.

L'isteria¹¹⁶, emblema di una malattia mentale storicamente e culturalmente costruita¹¹⁷, era una «malattia quasi di moda nell'800 [...] tanto che buona parte delle protagoniste dei romanzi dell'epoca ne erano affette»¹¹⁸. Era considerata, secondo le parole di Lombroso, una «esagerazione del carattere femminile» e correlata alla vita sessuale delle donne: le isteriche erano «donne “troppo donne”, esseri iperfemminili proprio perché nei sintomi esageravano i tratti normali del carattere femminile»¹¹⁹: inquiete e irascibili, ingannatrici e manipolatrici, troppo loquaci e maldicenti, ma soprattutto le isteriche erano trasgressive, sessualmente disinibite e con «una sessualità dai tratti esasperati e parossistici»¹²⁰.

Vi erano forme lievi di isteria ma molto spesso il male si manifestava nella “grande isteria”, caratterizzata da una crisi a carattere convulsivo e indicata come istero-epilessia¹²¹. Nelle cartelle cliniche analizzate i medici indicarono, all'origine della pazzia isterica, l'ereditarietà (una madre isterica generava una figlia già malata o comunque predisposta¹²²), ma anche e soprattutto le alterazioni dell'apparato riproduttore¹²³.

¹¹⁴ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 152.

¹¹⁵ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit., p. 103.

¹¹⁶ Per approfondire la questione dell'isteria nell'Ottocento si vedano: V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo*, cit.; S. Cremonini, *Isteria e devianza femminile nella seconda metà dell'Ottocento*, in *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900*, cit., pp. 131-143; E. Fanfani, *Biografie femminili e isteria nell'Ottocento. Note per una lettura antropologica del fenomeno*, in *L'Ospedale dei pazzi di Roma*, a cura di F. Bernardini, cit., pp. 185-201; V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 149-170; A. Salsano, *L'archivio dell'isteria: la Bibliothèque Diabolique*, in *La follia, la norma, l'archivio*, a cura di M. Galzigna, Venezia, Marsilio, 1984, pp. 171-183.

¹¹⁷ S. Cremonini, *Isteria e devianza femminile nella seconda metà dell'Ottocento*, in *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900*, cit., p. 131.

¹¹⁸ V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo*, cit., p. 104.

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 105.

¹²⁰ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 154.

¹²¹ V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo*, cit., p. 106.

¹²² *Ivi*.

¹²³ S. Cremonini, *Isteria e devianza femminile nella seconda metà dell'Ottocento*, in *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900*, cit., p. 140.

Dai casi delle internate a Cremona con la diagnosi di *pazzia isterica* si evince come questa malattia colpiva donne sia povere sia agiate e con un'età media di trent'anni all'incirca; delle donne povere, la metà erano filatrici o domestiche e quindi donne che lavoravano fuori casa e sottoposte in misura minore al controllo della famiglia¹²⁴.

Infine, un'ultima considerazione: delle 780 cartelle cliniche che riportano informazioni relative alla diagnosi, solo 11 riportano la scritta "non diagnosticata pazzia", pari all'1,4% del totale delle cartelle.

Anche altre ricerche, condotte su cartelle cliniche di numerosi manicomi italiani, hanno rilevato un numero così esiguo di casi nei quali, dopo il periodo di osservazione, non era stata diagnosticata alcuna forma di malattia mentale. Di fronte alla volontà di famiglie e istituzioni, che inviavano le donne in manicomio sulla base dei loro comportamenti ritenuti destabilizzanti per l'"ordine" sociale, la classe medica «appare quasi un fantoccio che avvalla le decisioni altrui [...] e che non usò quasi mai un importantissimo strumento a sua disposizione: quello di dichiarare i pazienti come non alienati»¹²⁵.

Dopo la diagnosi di follia le donne venivano condotte nel reparto femminile più appropriato a seconda della patologia e dei sintomi¹²⁶. Qui venivano sottoposte a differenti tipologie di cure ma è importante considerare che, per le teorie psichiatriche dell'epoca, la cura più efficace per la follia era rappresentata dall'internamento stesso: era il manicomio in sé, come struttura che isolava il malato dal mondo esterno e che lo poneva sotto una rigida disciplina e sotto l'autorità del medico-direttore, la cura più efficace. Queste teorie, che si rifacevano come si è detto in precedenza alla teoria della "cura morale" postulata da Pinel alla fine del XVIII secolo¹²⁷, furono fatte proprie dalla psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento che tuttavia, così facendo, si ritrovò a cadere nella contraddizione tra «una spiegazione della follia in termini organici e una pratica terapeutica che continua[va] a modellarsi sulla cura morale»¹²⁸.

In questa stessa contraddizione cadde il direttore del Manicomio di Cremona, il dottor Amadei che, pur abbracciando le teorie organiciste sulla follia, promosse principalmente cure morali per i propri internati, come dimostrano i dati riportati

¹²⁴ Un dato simile viene rintracciato anche dall'analisi condotta da Valeriano per quanto riguarda le donne internate nel manicomio di Teramo: anche qui si riscontra un maggior rischio di isteria tra le domestiche e le donne che lavorano fuori casa che «venivano percepite con diffidenza dalle stesse comunità di appartenenza perché protagoniste di una vita più libera, meno controllata dai vincoli familiari». A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit., p. 110.

¹²⁵ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 16.

¹²⁶ I reparti femminili erano quattro: reparto tranquille, semi-agitate, agitate, contagiose. Si veda: A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 76.

¹²⁷ F. De Peri, *Il medico e il folle*, in *Storia d'Italia, Annali 7: Malattia e Medicina*, cit., pp. 1070-1071.

¹²⁸ V. P. Babini, *Tra sapere e potere*, cit., p. 16.

nei *Rendiconti finanziari del Manicomio Provinciale* alla voce “Medicinali, apparecchi di cura e altre spese relative”: le cifre mostrano una spesa che rimaneva costante contro un incremento esponenziale degli internati¹²⁹ e testimoniano così «un indebolimento delle potenzialità terapeutiche del frenocomio»¹³⁰.

L’obiettivo della cura morale era il «“ravvedimento” del malato»¹³¹ che avveniva con la repressione e la rigida disciplina imposte dal direttore all’interno del manicomio, che potevano essere applicate anche con l’impiego di mezzi coercitivi come la camicia di forza o altri mezzi di contenzione: questi furono ampiamente utilizzati anche all’interno del manicomio cremonese, come testimoniano alcuni racconti delle internate.

La cura morale prevedeva anche di far svolgere agli alienati attività lavorative. In particolare fu il lavoro nei campi, definito da Pinel come «di gran lunga “il mezzo più sicuro e più efficace per essere riportati alla ragione”»¹³², ad affermarsi come prassi nei manicomi italiani, in particolare dopo l’esperienza delle colonie agricole di Gheel in Belgio, che divennero un modello per tutta Europa¹³³. Malgrado ciò, il manicomio cremonese non fu dotato, nel corso degli ultimi decenni dell’Ottocento, di una colonia agricola (vi furono solo degli orti) e questo principalmente a causa dell’ampio dibattito che si sviluppò all’interno del Consiglio provinciale e che di fatto paralizzò e frenò ogni tentativo di attuazione¹³⁴. Dal dibattito emersero posizioni contrapposte, ma furono in pochi a sostenere l’efficacia della colonia agricola come metodo di cura della follia: per la maggioranza del Consiglio provinciale la creazione di una colonia agricola non avrebbe aiutato i malati e avrebbe rappresentato solo un inutile spreco di risorse economiche. Lo stesso direttore Amadei si mostrò contrario e più in generale verso tutte quelle «soluzioni che parevano mettere in dubbio il tradizionale impianto assistenziale psichiatrico italiano»¹³⁵.

La cura morale attraverso il lavoro fu però comunque praticata attivando, all’interno delle mura manicomiali cremonesi, diverse attività: «le donne furono impiegate nei tradizionali lavori femminili di pulizia dei padiglioni ed in lavori di cucito, mentre gli uomini furono impiegati negli orti, nella falegnameria e con lavori per sarti e calzolai»¹³⁶.

Accanto alla cura morale la scienza psichiatrica prevedeva la somministrazione

¹²⁹ A. Scartabellati, *L’umanità inutile*, cit., p. 277, v. grafico “Spese diverse”.

¹³⁰ *Ibidem*, p. 202.

¹³¹ F. De Peri, *Il medico e il folle*, in *Storia d’Italia, Annali 7: Malattia e Medicina*, cit., p. 1071.

¹³² *Ivi*.

¹³³ *Ibidem*, pp. 1109-1110.

¹³⁴ Per approfondire si veda: A. Scartabellati, *L’umanità inutile*, cit., pp. 237-239.

¹³⁵ A. Scartabellati, *L’umanità inutile*, cit., p. 237.

¹³⁶ *Ibidem*, pp. 239-240.

di “cure fisiche” consistenti principalmente nella somministrazione di purganti, nella pratica dei salassi, nell’applicazione di ghiaccio alla testa e nell’idroterapia, ossia l’effettuazione di docce e bagni caldi o freddi¹³⁷.

Queste terapie furono frequentemente adottate anche nel Manicomio di Cremona: l’utilizzo di salassi, sanguisughe e purganti aveva il principale scopo di “svuotare i corpi” e di calmarli¹³⁸. Frequente era, per lo stesso motivo, il ricorso a bagni prolungati e alla somministrazione di bromuro di potassio, cloralio, morfina e citrato di ferro.

Queste cure e trattamenti fisici rappresentavano di fatto, in termini culturali, un «rito di purificazione, le cui assonanze con l’insieme di pratiche rituali effettuate nei contesti popolari sono del tutto evidenti»¹³⁹. Queste pratiche non molto dissimili da quelle della medicina popolare dei “ciarlatani”, che spesso utilizzavano trattamenti fisici simili, se non gli stessi (come nel caso di salassi e purganti), per curare le malattie. Nel corso dell’Ottocento vi fu una sorta di “osmosi” tra l’universo culturale medico e quello popolare¹⁴⁰: «il solco che divideva la medicina colta dalla popolare sembra essere stato, nei fatti, meno profondo di quanto lascino intendere gli anatemi scagliati dai difensori del sapere ufficiale»¹⁴¹. Sul lato “pratico” ciò si tradusse nell’utilizzo di terapie simili per la cura delle malattie e sul lato “teorico” portò a una forte corrispondenza «dei sistemi di rappresentazione e di uso del corpo»¹⁴² da parte dell’ambiente medico e di quello popolare.

¹³⁷ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 202.

¹³⁸ V. Fiorino, *Spazi del sé*, cit., p. 14.

¹³⁹ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 202.

¹⁴⁰ *Ibidem*, pp. 206-208.

¹⁴¹ M. L. Betri, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un’ascesa professionale (1815-1859)*, in *Storia d’Italia, Annali 7: Malattia e Medicina*, cit., p. 223.

¹⁴² V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 209.

Legami indissolubili: lettere e scritti dal Manicomio di Cremona

1. *Le lettere come fonti storiche*

«Io non comprendo possibile le condizioni in cui mi trovo qui in mezzo ai pianti ed ai lagni sono disperata mi pare ovunque udire un lamento di infelici [...] questa è prigione più crudele dello stesso carcere»¹.

«Mia Carissima e Amatissima figlia, appena l'Egregio Signor Direttore me lo permetterà, non solo verrò, ma volerò, venissero giù le pietre»².

Come si è detto, gran parte dell'attenzione degli alienisti era rivolta all'analisi della vita delle donne *prima* del loro internamento, al fine di indagare le cause della loro follia³ e di studiarne i sintomi e i comportamenti ritenuti "a-normali"⁴. Sulla vita e sulla quotidianità delle ricoverate *dopo* l'ammissione in manicomio e sulle procedure relative alle loro dimissioni, gli alienisti annotarono, nelle cartelle cliniche, poche informazioni: alcuni cenni sulle cure tentate⁵, pochi riferimenti alle condizioni di salute delle pazienti durante il ricovero; raramente l'esito della cura e il motivo delle dimissioni.

Questo dato è stato rilevato anche da analisi compiute su cartelle cliniche di altri manicomi italiani nello stesso periodo: «scarna e standardizzata è l'informazione successiva relativa alla degenza, dove veniva annotato l'andamento, più che della malattia, del comportamento dei pazienti e del loro adattamento alla vita in istituto, oltre alle eventuali malattie corporee»⁶.

Se dall'analisi delle sole cartelle cliniche non è dunque possibile risalire alla quotidianità della vita manicomiale, alla routine delle giornate trascorse dalle donne e ai loro rapporti con i medici, con il personale infermieristico e con le altre pazienti, risulta ancor più difficile far emergere la percezione che le ricoverate ave-

¹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di P. B., lettera senza data.

² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. L., lettera 18 maggio 1888.

³ Per le cause della follia si veda il Capitolo II.

⁴ Per i sintomi delle malattie mentali e le diagnosi dei medici del manicomio si veda il Capitolo III.

⁵ Per le cure somministrate alle donne in manicomio si veda il Capitolo III.

⁶ M. Starnini, *Follie separate*, cit., p. 11.

vano della loro condizione di internate, i loro pensieri, il loro stato d'animo e i rapporti con i loro famigliari. È altresì problematico ricostruire la rete dei soggetti coinvolti nelle richieste e nelle procedure di dimissioni delle pazienti, così come le modalità del rientro a casa e la disponibilità o meno, da parte dei famigliari, a riaccoglierle.

Per poter indagare questi molteplici aspetti è stato dunque necessario ricorrere a un'altra fonte conservata all'interno dei fascicoli personali: le lettere, scritte dalle internate, dai loro parenti, ma anche dai sindaci, dai parroci e dai datori di lavoro delle donne, che, «lungi dal rappresentare solo una sorta di “inventario delle curiosità”»⁷, si sono rivelate di fondamentale importanza per la conduzione della ricerca.

Le lettere, giunte fino ai nostri giorni poiché, se scritte dalle pazienti, non furono mai spedite ai destinatari⁸, e se scritte da soggetti al di fuori del manicomio, non furono mai consegnate alle ricoverate⁹, sono, come afferma Scartabellati, «le esclusive nostre porte per accedere ai pensieri ed ai sentimenti più riposti del ricoverato, l'alternativa e via di fuga da quella rappresentazione della follia e del folle disegnataci da una psichiatria superbamente non meno che illusoriamente “scientifica”»¹⁰.

Su un totale di 2.134 fascicoli personali consultati, solo 22 conservano una o più lettere scritte dalle pazienti. È possibile ipotizzare che un numero così esiguo di lettere conservate sia determinato principalmente da due fattori: da un lato molte delle lettere scritte dalle pazienti furono effettivamente inviate ai famigliari; dall'altro è importante considerare come l'alto tasso di analfabetismo delle ricoverate in manicomio¹¹ abbia inciso sulla possibilità di queste ultime di accedere alla scrittura come forma di comunicazione con il mondo esterno, *in primis* con i propri famigliari, a loro volta spesso analfabeti o appena alfabetizzati. Accanto a questi due fattori, un terzo elemento può aver contribuito a limitare la scrittura da parte delle donne internate: fino ai primi anni del Novecento la scienza psichiatrica non guardò alle scritture degli alienati come strumento di diagnosi o di cura e, di conseguenza, i medici non ne incoraggiarono la pratica; soltanto a par-

⁷ A. Pastore, P. Sorcinelli, *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900*, cit., p. 127.

⁸ In questi casi è possibile ipotizzare che la struttura, non spedendo le lettere, attuasse una forma di “censura” nei confronti degli scritti delle ricoverate.

⁹ In questi casi è possibile ipotizzare che il personale medico, non consegnando alle internate le lettere scritte dai loro parenti, attuasse pienamente il principio dell'isolamento totale del malato dal mondo esterno come efficace strumento di cura della follia.

¹⁰ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 250.

¹¹ I dati sull'analfabetismo delle donne internate sono in linea con i dati generali sull'analfabetismo nella provincia di Cremona che all'Unità era pari al 68%, e dieci anni dopo, nel 1871, era ancora del 59,9%: questo dato collocava Cremona al penultimo posto tra le città lombarde per la diffusione dell'istruzione. Si veda: E. Signori, *Cremona liberale e democratica*, cit., p. 67.

tire dal nuovo secolo le scritture autografe e autobiografiche dei pazienti iniziarono a essere considerate rilevanti, se non centrali, nella pratica psichiatrica e furono così promosse¹².

I fascicoli personali che conservano una o più lettere autografe appartengono a donne con un'età media di poco più di trent'anni: questo dato è inferiore a quello calcolato sul totale delle internate che è pari a quarantacinque anni. Sembrerebbe dunque che ad avere accesso alla scrittura fossero principalmente donne giovani e presumibilmente più avvezze alla forma di comunicazione scritta: la giovane età e la relativa vicinanza agli anni della scolarizzazione rendevano più probabile una discreta padronanza della capacità di scrittura. Inoltre, metà dei fascicoli contenenti scritti autografi delle pazienti appartiene a donne di condizione economica agiata o almeno discreta e quindi presumibilmente alfabetizzate.

Malgrado il loro numero sia esiguo, è possibile ipotizzare che «queste poche lettere possano efficacemente rappresentare la fedele riproduzione di uno stato d'animo assai diffuso»¹³ e per questo costituiscono una fonte importante per indagare la vita in manicomio ma anche i processi di dimissione.

Le lettere che le donne durante l'internamento hanno indirizzato ai propri genitori, ai mariti e ai figli, raccontano storie, trasmettono esperienze, sentimenti e stati d'animo legati alla vita manicomiale e alla loro condizione di internate¹⁴. Oltre a queste ve ne sono numerose indirizzate al direttore del manicomio, ai parroci e ai sindaci, nelle quali esse chiedono con insistenza di poter far ritorno a casa¹⁵.

I fascicoli personali contengono inoltre numerose lettere di altri soggetti che gravitavano intorno al loro internamento manicomiale: sono 72 i fascicoli che conservano lettere scritte dai familiari delle pazienti, dai parroci e dai sindaci dei paesi di provenienza delle internate e dai loro datori di lavoro. Esse sono di fondamentale importanza poiché forniscono un quadro completo dell'internamento manicomiale, facendo emergere la “voce” di quanti vi erano direttamente o indirettamente coinvolti negli ultimi decenni del XIX secolo. Sindaci¹⁶ e parroci furono più volte interpellati dall'istituzione manicomiale in merito alla possibilità di dimissioni, per pronunciarsi sulla condizione delle famiglie in cui le donne avrebbero fatto ritorno. Inoltre i sindaci, in qualità di “datori di lavoro” di maestre

¹² A. Molinari, *Autobiografie della vita e della mente*, cit., p. 151.

¹³ A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., p. 250.

¹⁴ A. Molinari, *Autobiografie della vita e della mente*, cit., p. 152.

¹⁵ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit., p. 67.

¹⁶ I sindaci in particolare svolgevano un ruolo centrale: come sostenuto da Valeriano il sindaco «chiede[va], su istanza dei congiunti, informazioni sullo stato di salute degli infermi e forniva a sua volta, su invito del direttore del manicomio, notizie aggiuntive riguardanti la condotta o lo stato finanziario dell'alienato e la presenza di alterazioni mentali nella sua famiglia. Perorava inoltre cause di trasferimento o dimissione, garantiva sulla capacità delle famiglie di occuparsi dei pazienti in caso essi venissero dichiarati guariti, segnalava ricadute nella pazzia, domandava sussidi di mantenimento, comunicava i decessi avvenuti all'interno dell'asilo». Si veda: A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit., p. 67.

e levatrici internate, scrivevano al manicomio per chiedere informazioni sul loro stato di salute. Altrettanto facevano i datori di lavoro privati, soprattutto i padroni di casa delle domestiche e i proprietari dei setifici.

Il maggior numero di lettere conservate nei fascicoli, scritte con «un linguaggio volutamente enfatico che sottolineava la disgrazia»¹⁷, erano però dei familiari delle internate, che, da un lato, rivolgendosi al direttore, chiedevano informazioni sul loro stato di salute, sulla possibilità di far loro visita e soprattutto ne richiedevano le dimissioni. Dall'altro, si rivolgevano direttamente alle proprie parenti ricoverate così da mantenere quei legami affettivi che l'internamento in manicomio rischiava di spezzare. Questi car-

Lettera alla mamma, b.43 (ASCr, OPCr)

teggii familiari sembrano dimostrare come «il ricovero, malgrado fosse traumatico, non corrispondeva necessariamente a una cesura affettiva fra l'internato e la famiglia»¹⁸. In questa corrispondenza si intrecciavano così due volontà: la «volontà della ricoverata di trapassare muri, porte, inferriate, per uscire almeno con la propria voce» dal manicomio e «la volontà dei parenti di mantenere un contatto con la persona [e] di interloquire con i medici per sapere e conoscere la verità»¹⁹.

¹⁷ *Ibidem*, p. 71.

¹⁸ *Ivi*.

¹⁹ S. Re, *Tutti i segni di una manifesta pazzia*, cit., p. 262.

2. La vita in manicomio attraverso gli scritti delle donne e dei loro familiari

Le lettere conservate nei fascicoli personali sono «l'espressione dell'urgenza della ricoverata di far pervenire all'esterno delle mura dell'istituto la propria voce»²⁰; inoltre, per le internate, scrivere era spesso l'unico modo per impedire che la vita manicomiale comportasse «la graduale perdita della propria individualità e la tendenziale disgregazione del proprio io»²¹.

La vita in manicomio era caratterizzata da elementi “materiali”, legati alle condizioni di vita, e da elementi “immateriali”, legati alla sfera delle emozioni e dei sentimenti. La vita “materiale” delle internate era «scandita da ritmi collettivi, priva di spazi individuali, dove qualsiasi rito, anche il più personale, il più intimo, non poteva essere sottratto dallo sguardo o dalla presenza di altri»²². Di questi aspetti tuttavia le lettere raccontano però molto poco. Su di esse «si riflett[evano] i meccanismi di controllo e di censura in atto nelle strutture psichiatriche»²³: le ricoverate, per evitare il rischio che i propri scritti non venissero inviati al di fuori, evitavano molto spesso di accennare agli eventuali soprusi e alle violenze subite, alle cure cui erano forzatamente sottoposte, all'impiego delle camicie di forza, ma anche al più generale problema del sovraffollamento²⁴, alla scarsa alimentazione²⁵ o all'insufficiente riscaldamento in inverno. Malgrado ciò, non mancano lettere in cui la voce delle ricoverate «indugia [...] sugli elementari bisogni di una quotidianità che non conosce privatezza, riservatezza, riguardi, dove tutto avviene sotto gli occhi degli altri, in uno spazio chiuso da porte e sbarre, ma al tempo stesso “panottico”»²⁶, diventando così una voce di denuncia. Quella di A. P.²⁷, trentaquattrenne residente a Casalmorano e di condizione economica povera, internata nel 1888 con la diagnosi di *lipemania*, è una di queste:

Cari genitori, io non comprendo possibili condizioni in cui mi trovo qui in mezzo ai pianti ed ai lagni sono disperata mi pare ovunque udire un lamento di infelici. Da tutte le parti non giungo a trovar acqua. Potessi

²⁰ Ivi.

²¹ V. Fiorino, *Spazi del sé*, cit., p. 13.

²² Ivi.

²³ A. Molinari, *Autobiografie della vita e della mente*, cit., p. 158.

²⁴ Per la questione del sovraffollamento si veda il Capitolo I.

²⁵ Nel 1899 vi fu una riforma, in senso peggiorativo, del vitto dei degenti: «la Deputazione provinciale si faceva promotrice, colla completa adesione del direttore, di una riforma del regime alimentare non ispirata da motivazioni riconducibili ad esigenze sanitarie, quanto rivolta ad economizzare una somma stimata in una cifra di poco superiore alle L. 6.000». Si veda A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., pp. 235-236.

²⁶ S. Re, *Tutti i segni di una manifesta pazzia*, cit., p. 262.

²⁷ ASCr, Fondo OPCr, busta 25, 1888, cartella clinica di A. P..

giungere fino a voi, fino ai miei figli a mio marito, ai miei parenti, ma questa è prigione più crudele dello stesso Carcere. I primi due giorni sono stata legata al letto che non potevo muovermi, ora sono in un'altra cameretta con 5 ammalate compagne di sventura²⁸.

Le parole delle ricoverate potevano dunque divenire «voce di verità soggettiva sulla propria malattia, sull'ingiustizia di un ricovero e di un trattamento ritenuto immotivato, crudele, fonte di una sofferenza che diviene intollerabile»²⁹.

Vi sono però anche casi di donne che riportarono esperienze “positive” della vita in manicomio e dei rapporti con il personale e con le altre malate³⁰, come dimostrano le parole di C. T.³¹, giovane domestica di diciotto anni, che così scriveva ai genitori:

Qui mi piace, mi vogliono bene le infermiere che ci sono e trovo felice compagnia³².

Anche A. G.³³, giovane di diciannove anni di discrete condizioni economiche, internata con la diagnosi di *mania*, racconta ai propri genitori della vita in manicomio affermando:

Ci sono buone persone che governano in un numero solo tutte a una maniera povere e ricche (*illeggibile*) nessuna indifferenza e vi è molta assistenza. E si mangia discretamente bene regolate e giustizia che parla di Dio che aiuta i poveri infermi con preghiere e devozioni [...] ³⁴.

Occorre considerare tuttavia, come sostiene Molinari, che il poco spazio dedicato, nella maggior parte dei casi, alla vita all'interno dell'istituzione non è sempre direttamente riconducibile al carattere segregante del manicomio. Vi era da parte delle scriventi la volontà di presentare il ricovero come un episodio accidentale: «il recupero della memoria del passato genera un confronto con la realtà del presente che non può che attivare il meccanismo dell'oblio»³⁵ e così, in quasi tutti i testi, «la narrazione si ferma alle soglie del manicomio e le donne sembrano

²⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. P., lettera 25 novembre 1888.

²⁹ S. Re, *Tutti i segni di una manifesta pazzia*, cit., p. 262.

³⁰ In questi casi rimane aperto il dubbio sul “tasso di spontaneità” di queste lettere nelle quali la vita in manicomio veniva descritta con tratti esclusivamente positivi.

³¹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di C. T..

³² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di C. T., lettera senza data.

³³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di A. G..

³⁴ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di A. G., lettera 22 settembre 1890.

³⁵ A. Molinari, *Autobiografie della vita e della mente*, cit., p. 158.

Pizzaniglio Luigia
Cremona
15 Novembre 88

Amati Genitori

Non potrei immaginarmi come
uno isolato essere chiusa in questa casa di salubrità,
lontana da tutti i miei cari parenti. Non credeva
che fosse così crudele ad abbandonarmi avendo ancora
tutti i miei sentimenti. È vero che delle volte ho
una casa che non ~~potrei~~ dire, ma lo faccio per burla
perché anche so che ho un'anima di salubre.
Spesso due giorni sono stata legata al letto che
non potevo muovermi, ora sono in un'altra camerata
con 5 ammalate compagne di sventura.
Carissimi genitori, vi prego in ginocchio colle lacrime
alle occhi tanto voi come mio marito di venire
a trovarmi in nome di Dio e della Beata vergine
e di tutti i santi intanto che Dio mi lascia
ancora la ragione. Vi senti che a cose fatte
persuadete. Pregate caldamente tutti i sacerdoti
alla vigilia monaca che mi raccomandino alla
madonna che almeno possa raggiungermi a questa
terribile dimora. Ricevete tanti saluti e
un abbraccio e tanti baci. Il vostro affettuoso
figlio Luigia

Lettera ai genitori 25 novembre 1888, b. 25 (ASCr, OPCr)

silenzio e le grida»³⁸.

La mancanza di notizie da parte dei famigliari è al centro di numerose lettere: rimanere informate sulle dinamiche e sugli avvenimenti della propria famiglia era da un lato un modo per mantenersi in contatto con il mondo esterno e con quel passato che sembrava ormai l'unica ancora di salvezza di fronte a un presente "indicibile" e troppo duro per essere affrontato³⁹; dall'altro era un modo per mantenere un contatto con la propria identità pur vivendo rinchiusa in un luogo che tendeva al contrario alla spersonalizzazione dei ricoverati. Era forte il desiderio delle pazienti, non solo di avere notizie, ma di vedere i propri cari: le richieste di essere visitate dai parenti sono ricorrenti, come dimostra il caso di E. B.⁴⁰, casalinga di ventotto anni internata nel 1902 per *frenosi epilettica* e morta in manicomio nel 1906, che rivolgendosi alla madre scriveva:

attuare una consapevole rimozione dell'esperienza dell'internamento»³⁶.

Dalle lettere è possibile invece far emergere e approfondire gli aspetti "immateriali" dell'esistenza manicomiale, legati alla sfera delle emozioni e dei sentimenti. Le pazienti internate raccontano molto, soprattutto nelle lettere ai famigliari «spesso ingenui, talora struggenti»³⁷, delle loro sensazioni ed emozioni, del loro stato d'animo, di quello che sentono e provano durante il ricovero. Emergono «il vuoto e la solitudine della condizione dell'internamento: la noia di giornate che appaiono interminabili, l'assenza di notizie da parte dei famigliari» oltre che «una dimensione dell'esistenza dominata da due presenze costanti: il

³⁶ Ivi.

³⁷ P. Sorcinelli, *Dagli archivi della follia alla storia della società*, cit., p. 127.

³⁸ A. Molinari, *Autobiografie della vita e della mente*, cit., p. 160.

³⁹ *Ibidem*, p. 158

⁴⁰ ASCr, Fondo OPCr, busta 62, 1906, cartella clinica di E. B..

Tu sei venuta che ormai un mese e ci siamo parlate e tu mi avevi anche promesso che saresti venuta subito fra pochi giorni, e che ovvero avresti mandato qualche d'uni dei fratelli, quando invece nessuno di voi; sicché dicendomi quelle parole che mi avevi detto, ero tutta contenta, ma ora invece non vedendovi proprio nessuno di voi vi mando questo biglietto col dirvi da venire, perché ho molto bisogno di qualche d'uni [...]⁴¹

Anche C. T.⁴², giovane domestica di diciotto anni, internata con la diagnosi di *lipemania con stupore*, così si rivolgeva alla madre:

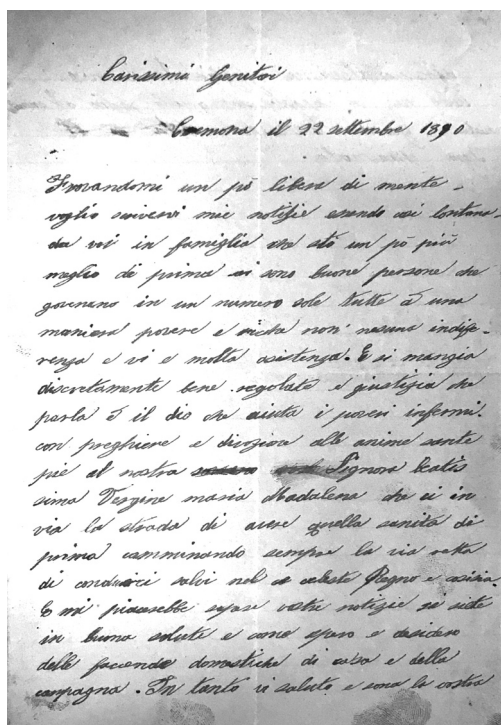
Cara mamma è da tempo che non venite a trovarmi, forse perché è il freddo che faceva [...] però adesso qui da noi è cessato il freddo e incomincia a fare bel tempo, dunque avrei piacere che veniste a trovarmi presto, che vi aspetto proprio con affetto⁴³.

La stessa giovane, il cui fascicolo risulta tra i più ricchi di documentazione, soprattutto di sue lettere, si rivolge non solo ai familiari ma anche a un'amica:

Cara amica desideravo presto quel giorno di vedervi, le un po' di tempo che dovevi venire 8 giorni fa con mia sorella Cecilia, al quale mi disse che voi eravate a Cremona, e io vi aspettavo allegramente, ma dopo mi conclusi di no, e non siete venuta, provai dispiacere perché vedevo l'ora di stare in compagnia vostra⁴⁴.

A fronte di queste richieste insistenti ai propri cari da parte delle ricoverate occorre considerare che, soprattutto per le famiglie più povere, non era sempre possibile far loro visita a causa della distanza tra il paese di residenza e il manicomio da un lato, e gli impegni lavorativi dall'altro: motivi di cui i parenti si rammaricavano nelle lettere indirizzate a loro o al direttore.

Infine vi sono casi di donne che, non solo non riceverettero mai visite, ma nemmeno



Lettera ai genitori 25 novembre 1888, b. 25 (ASCr; OPCr)

⁴¹ ASCr, Fondo OPCr, busta 62, 1906, cartella clinica di E. B., lettera senza data.

⁴² ASCr, Fondo OPCr, busta 43, 1897, cartella clinica di C. T..

⁴³ ASCr, Fondo OPCr, busta 43, 1897, cartella clinica di C. T., lettera senza data.

⁴⁴ ASCr, Fondo OPCr, busta 43, 1897, cartella clinica di C. T., lettera 6 gennaio 1897.

lettere dai propri parenti, quasi come se questi le avessero completamente “dimenticate”.

Emerge dalle loro lettere il senso di solitudine e abbandono: molte di loro si chiedevano come i propri cari avessero potuto “tradirle” e permettere che finissero in manicomio.

Il senso del tradimento è al centro della lettera indirizzata ai genitori da A. P.⁴⁵, dal cui fascicolo sappiamo essere stata violentata da un medico in casa propria e che, come riportato nella sua cartella, «da quel giorno in avanti iniziò a denunciare il fatto a tutti»; la donna scriveva ai genitori:

Non potete immaginarvi come sono desolata essere chiusa in questa casa di salute, lontana da tutti i miei cari parenti. Non credeva che foste così crudeli ad abbandonarmi avendo ancora tutti i miei sentimenti. E' vero che delle volte dicevo cose che non dovevo dire, ma lo facevo per burla perché anch'io so che ho un'anima di salvare⁴⁶.

Dalle numerose lettere e cartoline postali inviate dai familiari sia alle ricoverate sia al direttore del manicomio giungevano invece “voci” familiari e affettuose come nel caso di A. L.⁴⁷, giovane di diciotto anni, internata nel 1888 con la diagnosi di *lipemania*, a cui la madre scriveva:

Mia Carissima e Amatissima figlia, appena l'Egregio Signor Direttore, me lo permetterà, non solo verrò, ma volerò, venissero giù le pietre. Mia amatissima figlia, noi, dobbiamo essere sottomesse in tutto e per tutto alla volontà di codesto Esimio Signor Direttore!!! Egli sa per quali motivi ci vieta di rivederci, noi dobbiamo essere persuasissime che tale proibizione altro scopo non ha, che il tuo benessere!! Non affliggerti, mia carissima, pazienta ancora per me, vedrai, vedrai, io lo spero, non sarà tanto lontano il giorno, in cui potremo riguardare il passato come un brutto sogno. Ancora per poco pazienta, fiducia in Dio e nella Scienza di Colui che ha tanto cura per te, che tanta sollecitudine si prende per tuo bene, che a buon diritto possiamo chiamarlo affettuosissimo padre⁴⁸.

Interessante anche il caso di G. C.⁴⁹, cucitrice, internata a ventitré anni con la diagnosi di *imbecillità agitata*, che ricevette una lettera dalla sorella:

Tu crederai che mi sia di te scordata perché, già da tempo non vengo a

⁴⁵ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. P..

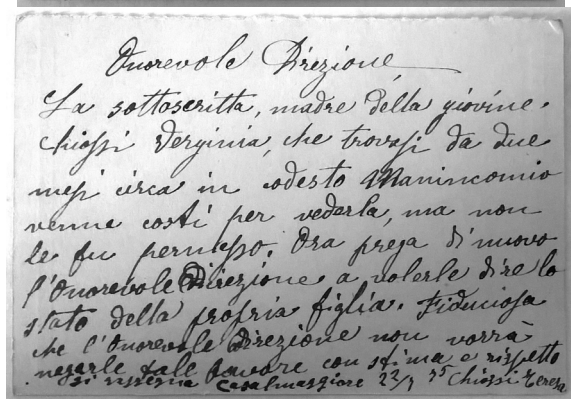
⁴⁶ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. P., lettera 15 novembre 1888.

⁴⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. L..

⁴⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. L., lettera 18 maggio 1888.

⁴⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C..

trovarti, ma credami, a noi tutti mi stai sempre a cuore, e stiamo sempre aspettando che il Sig. Direttore mi dica di venire a prenderti. Quando la mamma e il papà vengono è un continuo domandarlo, ma il Sig. Direttore dice sempre di no sicché anche te, guarda di essere buona, obbediente, parla poco, e rifletti un po' a quel che dici, prega, che noi faremo altrettanto, chi sa che un qualche giorno avremo di essere esauditi⁵⁰.



Lettera ai genitori 25 novembre 1888, b. 25 (ASCr; OPCr)

Entrambe le lettere, oltre a esprimere sentimenti di affetto, hanno al centro un soggetto, che ricorre anche in numerose altre: il “Signor Direttore”. Le famiglie, arrivando a definirlo addirittura “affettuosissimo padre”, lo percepivano e lo descrivevano come l’unica possibilità per le proprie parenti di guarire dalla malattia mentale e invitavano queste ultime a riporre in lui e nelle sue decisioni grande fiducia. Tutto ciò non deve sorprendere: il direttore del manicomio era a tutti gli effetti un’autorità indiscussa per tutto ciò che riguardava la follia, il suo internamento e la sua cura, non solo all’interno delle mura manicomiali ma anche all’esterno. Questo era chiaro anche ai parenti delle ricoverate che conoscevano i “poteri” del direttore legati alla

gestione di tutti gli aspetti della vita interna al manicomio, comprese le decisioni di autorizzare le visite dei familiari. Così numerosi famigliari si rivolgevano spesso direttamente a lui come nel caso di un padre che chiese informazioni sullo stato di salute della figlia, E. G.⁵¹, ricoverata nel 1888 all’età di quarantacinque anni per *mania pellagrosa*:

La prego a voler essere tanto gentile coll’inviarmi notizie di mia figlia G. M.. Dirmi se domanda di sua famiglia, se ha migliorato o peggiorato,

⁵⁰ ASCr, Fondo OPCr, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C., lettera 1 settembre 1897.

⁵¹ ASCr, Fondo OPCr, busta 29, 1890, cartella clinica di E. G..

se si cura o meno insomma in quale stato si trova⁵².

Infine vi furono casi in cui scrissero al direttore i datori di lavoro delle donne: mossi da un paternalismo tipicamente ottocentesco, gli chiedevano informazioni sullo stato di salute delle loro lavoratrici e il permesso di far loro visita. In questi casi si trattava quasi sempre di giovani domestiche e operaie nubili che vivevano lontane dalla propria famiglia d'origine e per le quali i datori di lavoro finivano per rappresentare quella figura di "tutela", tipica del ruolo paterno, che era imprescindibile per una giovane nubile e sola.

Il fascicolo di G. G.⁵³, filatrice di ventisei anni, internata nel 1902 con la diagnosi di *eccitamento maniaco* e dimessa dopo un miglioramento l'anno seguente, conserva numerose lettere del proprietario del setificio presso cui lavorava indirizzate al direttore del manicomio:

Avendo molto a cuore la suaccennata disgraziata creatura, mi rivolgo alla di Lei eccelsa bontà per averne, se possibile qualche dettaglio [...] se mi fosse concesso di poterle fare una visita, gliene sarei oltremodo riconoscente⁵⁴.

In altri fascicoli sono state rintracciate lettere di padroni di casa delle domestiche internate indirizzate al direttore della struttura per sapere del loro stato di salute. Il caso di A. C.⁵⁵ è emblematico: giovane domestica di ventisette anni, fu internata nel 1896 dopo essere stata licenziata dal padrone di casa; nel suo fascicolo non vi sono lettere dei famigliari ma solo lettere dell'ex datore di lavoro che, malgrado l'avesse licenziata, si mostrava interessato alla sorte della giovane che per anni aveva lavorato presso la sua casa:

Signor Direttore ti prego di avere pazienza con lei, e di perdonare il suo temperamento piuttosto altezzoso [...] ti prego, qualora vi siano notizie o gravi o che reputassi opportuno che io le abbia, a voler informarmene⁵⁶.

⁵² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di E. G., cartolina postale 22 novembre 1889.

⁵³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 12, 1878, cartella clinica di G. G..

⁵⁴ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 12, 1878, cartella clinica di G. G., lettera 13 ottobre 1902.

⁵⁵ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di A. C..

⁵⁶ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 12, 1878, cartella clinica di A. C., lettera 30 luglio 1896.

3. Uscire dal manicomio: lettere e procedure di dimissioni delle internate

Prima della legge unica sui manicomi del 1904⁵⁷ le dimissioni erano regolate da norme differenti a seconda delle strutture, anche se, «nella maggior parte dei Manicomi, [era] il Direttore che consegna[va] i malati guariti o in esperimento alle famiglie, con garanzia scritta da queste nell'ultimo caso»⁵⁸. Accanto all'autorizzazione del direttore, nella provincia cremonese, era previsto anche l'avviso preventivo al sindaco del paese presso il quale la donna sarebbe andata a vivere una volta dimessa dal manicomio.

Le dimissioni di una paziente potevano avvenire per diversi motivi che non sempre coincidevano con la guarigione. È infatti evidente come, nelle motivazioni delle dimissioni raramente riportate nelle cartelle cliniche, non sempre compaia la guarigione: solo 114 pazienti sono definite “guarite”. In molti casi invece vi è riportata la dicitura “miglioramento”; sono 128 le cartelle cliniche che riportano questa annotazione. In questi ultimi casi le donne venivano dimesse con la modalità della “custodia famigliare”: la famiglia si assumeva la responsabilità di continuare le cure a domicilio e di mantenere contatti con il manicomio che in cambio, nei casi di famiglie povere, versava una piccola somma per il mantenimento della donna.

Dalle lettere è emerso il ruolo importante che i familiari rivestivano nelle procedure di dimissioni. Attraverso una fitta e insistente corrispondenza con il direttore essi riuscivano molto spesso a ottenere il ritorno a casa delle proprie parenti anche contro il parere di medici che non le ritenevano ancora migliorate o guarite. In questi casi i familiari erano obbligati a dichiarare per iscritto che riprendevano in casa le parenti “contro il parere dei medici” e che si assumevano la responsabilità delle future condizioni di salute e delle azioni compiute dalle donne.

Significativo è il caso della giovane G. C.⁵⁹ ricoverata per *imbecillità agitata*, il cui padre inviò tre lettere alla direzione del manicomio chiedendo con insistenza di poter riavere a casa la propria figlia, assicurando che sarebbe stata posta sotto controllo sostenendo che anche il sindaco aveva dato la sua approvazione al suo rientro in paese:

Vuol fare il favore a dirmi se posso venire a riavere la mia figlia [...] assicuriamo che sarà sorvegliata giorno e notte a tutti i casi di pericoli e non potendo sarà recata al Medico⁶⁰.

⁵⁷ Per approfondire la legge unica sui manicomi del 1904 si veda il Capitolo I.

⁵⁸ *Relazione a S. E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione dei manicomi del Regno*, 1891. Per il testo completo si veda: A. Scartabellati, *L'umanità inutile*, cit., appendice, pp. 135-150.

⁵⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C..

⁶⁰ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C., lettera 27 novembre 1896.

La prego a volermi rilasciare la ragazza G. quale gli assicuriamo che sarà sorvegliata da padre e madre e sorella e altro marito della sorella qui presente [...] ne abbiamo parlato anche al signor nostro Sindaco quale mi dice se sta bene che possiamo portarla a casa⁶¹

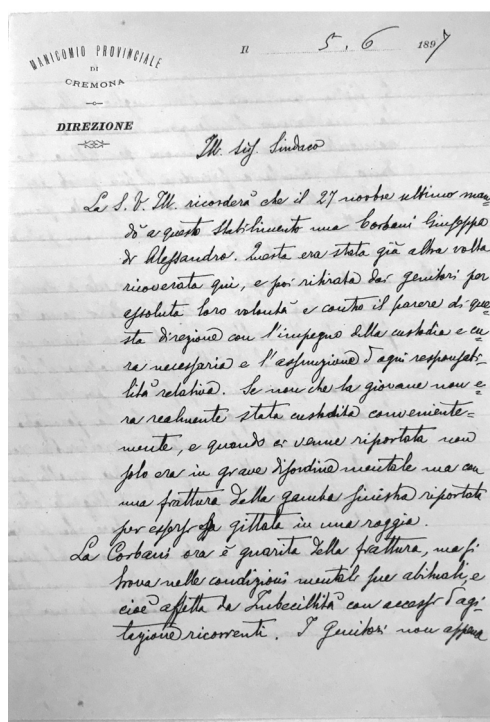
Sono venuto a pregarlo se può rilasciarmi la ragazza per portarla a casa, se fa bene, quale a sentire i suoi detti mi dice che vol venire a casa a lavorare e aiutare alla Madre e non farà più quello che ha fatto.

Quindi gli assicuro che sarà accompagnata di continuo dalla sua sorella e messa in luogo sicuro con feriate a chiavi⁶²

La giovane venne poi dimessa, ma “contro il parere dei medici”.

Anche le famiglie contadine e analfabete, le quali potevano comunicare con il manicomio solo grazie all’aiuto dei sindaci che scrivevano al direttore in loro vece, ottenevano spesso il rientro a casa delle proprie parenti. Fu così nel caso di R. S.⁶³, una delle poche bambine internate in manicomio, ricoverata all’età di quattro anni per *imbecillità*, il cui padre, con l’intermediazione del sindaco, chiese al direttore di consentire alla figlia di far ritorno a casa. Anche nel caso di T. R.⁶⁴, filatrice di quarantadue anni, fu sempre il sindaco, questa volta per volere del marito della paziente, a richiedere le dimissioni. Non riuscendo a occuparsi contemporaneamente dei quattro figli e del lavoro nei campi l’uomo chiedeva di poter riavere la moglie a casa anche se non completamente guarita.

Per quanto non sia mai possibile escludere completamente la componente affettiva, nelle lettere è possibile scorgere, quando non è direttamente esplicitato, l’in-



Nota al sindaco, b. 45 (ASCr; OPCr)

⁶¹ ASCr, Fondo OPCr, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C., lettera 22 agosto 1897.

⁶² ASCr, Fondo OPCr, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C., lettera 12 dicembre 1897.

⁶³ ASCr, Fondo OPCr, busta 5, 1868, cartella clinica di R. S..

⁶⁴ ASCr, Fondo OPCr, busta 5, 1868, cartella clinica di T. R..

teresse “materiale” legato alla richiesta di dimissioni⁶⁵. Molte donne, soprattutto se madri, erano “richieste” dai propri familiari affinché potessero tornare a dedicarsi alle loro mansioni quotidiane di allattamento, cura della prole e della casa. Inoltre i parenti ne richiedevano le dimissioni perché le attività di tipo “produttivo” in cui erano impiegate prima dell’internamento erano fondamentali per il sostentamento del nucleo familiare; come rilevato da Valeriano: «le istanze di dimissione, in particolare, si facevano insistenti per quei ricoverati la cui presenza era fondamentale per il buon funzionamento dell’economia familiare»⁶⁶.

Il desiderio di uscire dal manicomio era l’oggetto privilegiato delle lettere scritte dalle ricoverate. M. F.⁶⁷, giovane agiata internata per volere della famiglia a ventisei nel 1887 con la diagnosi di *semiimbecillità con neurostenia psichica*, scrisse al riguardo numerose lettere al padre:

Vi prego di venire a prendermi più presto possibile poiché non mi posso assolutamente assuefare. Sono già passati tre giorni e desidero ritornare ancora in famiglia. Vi desidero più presto possibile. Non mi posso esprimere più oltre ma vivo in una grande angoscia⁶⁸.

Un altro caso è quello di A. P.⁶⁹ che, in due ricoveri successivi, scriveva ai genitori e alla sorella:

Carissimi genitori, vi prego in ginocchi colle lacrime ali occhi tanto voi come mio marito di venire a prendermi in nome di Dio e della Beata vergine e di tutti i santi intanto che Iddio mi lascia ancora la ragione dei sensi che a casa per mandarmi⁷⁰.

Cara sorella Giuditta, Vi prego vieni domani sabato 12 a prendermi a liberarmi di questa prigione ora che sto proprio bene, ti raccomando di nuovo prega anche i nostri genitori colla speranza di abbracciarvi [...] venite, venite vi prego⁷¹.

In molti casi le donne insistevano sul proprio stato di salute affermando di stare bene, di essere guarite, di non essere pazze e quindi di avere diritto di fare ritorno in famiglia. Indicativo è il caso di T. C.⁷², giovane donna agiata, internata con la diagnosi di *pazzia isterica* che in una lettera del 1886 si rivolgeva al fratello:

⁶⁵ A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit., pp. 72-73.

⁶⁶ Ivi.

⁶⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di M. F..

⁶⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di M. F., lettera 21 dicembre 1887.

⁶⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. P..

⁷⁰ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. P., lettera 15 novembre 1888.

⁷¹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di A. P., lettera 16 settembre 1889.

⁷² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 22, 1886, cartella clinica di T. C..

Carissimo Fratello, fa uno sforzo accetta con sacrificio vieni a prendere tua sorella perché mi sento in perfetta salute, il Professore Amadei dice che non sono pazza [...] Dunque ti aspetto sii buono vieni il più presto possibile sono molto malinconica, piango tutti i giorni per tante e tante ragioni⁷³.

Anche M.F.⁷⁴, in una lettera al padre, parlava della propria condizione di salute:

Carissimo Papà, ricorrendo il giorno del primo dell'anno vi scrivo questa mia notificandovi il desiderio che ho di venire a casa. Venite più presto possibile perché mi sento guarita⁷⁵.

La giovane C.C.⁷⁶, internata in manicomio con la diagnosi di *eccitamento maniaco*, che i medici ricondussero al trauma vissuto in seguito alla morte di una sua sorella e di una sua nipotina, scriveva:

Caro babbo mi fate un gran piacere se più presto possibile mi venite a prendermi i signori medici, congiunto l'Egregio Signor Direttore e Suore Madri Direttrici, mi hanno dato il permesso di venire a casa [...] Colla speranza il più presto che sia possibile venite a prendermi vi attendo giorni a giorni⁷⁷

È già da molto tempo che è passato il giorno di S. Martino e non vedendovi comparire, risolsi di scrivervi queste poche righe [...] pregandovi appena che potete di venire a prendermi assicurandovi che è da tempo che sono perfettamente guarita, colla dolce speranza che vogliate aderire al mio desiderio⁷⁸.

Le donne si rivolgevano non solo ai parenti, ma anche a tutti quei soggetti con i quali erano in contatto e che, per la loro posizione "sociale", avrebbero potuto aiutarle, come nel caso dei parroci. I. F.⁷⁹, cucitrice di quarantasette anni, vedova e madre di sei figli, internata nel 1890 con la diagnosi di *paranoia perpetua* causata, secondo il parere dei medici, dai dissesti finanziari della famiglia dopo la morte del marito, scrisse una lunga lettera al parroco chiedendogli di aiutarla a far ritorno a casa:

Io prego in nome di Dio di venire in mia assistenza è una madre che

⁷³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 22, 1886, cartella clinica di T. C., lettera 6 luglio 1886.

⁷⁴ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di M. F..

⁷⁵ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di M. F., lettera 1 gennaio 1888.

⁷⁶ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di C. C..

⁷⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di C. C., lettera 3 giugno 1903.

⁷⁸ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di A. G., lettera 26 novembre 1890.

⁷⁹ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di I. F..

parla e siccome lei è tanto buono di cuore che purtroppo si prendeva a cuore la mia trista condizione, io sono calma riposo tranquillamente sino alla tre della mattina e poi mi siedo sul letto e innalzo una preghiera a Dio acciò mi dia la forza di sopportare il barbaro trattamento ricevuto. Monsignore non mi abbandoni non mi abbandoni venga in mio aiuto e so che lei ha cuor generoso può sentire compassione del mio stato. Benché io sia trattata con tutti i riguardi e dalle infermiere e dalle signore monache ma io sono divisa dai miei figli e mi sembra già un'eternità che non li vedo⁸⁰.

Infine in alcuni casi poteva accadere che le richieste delle internate rimanessero inascoltate: dalla ricerca in archivio sono infatti emersi casi di pazienti che non solo non avevano mai ricevuto lettere o visite da parte dei propri familiari, ma che addirittura, pur essendo state dichiarate guarite dai medici, non avevano potuto far ritorno a casa poiché nessuno dei parenti era venuto a prenderle⁸¹ oppure perché, in quanto donne sole anche prima dell'internamento, non avevano familiari da contattare. In questi casi, dimesse dal manicomio ma senza una casa e una famiglia in cui tornare, le donne si ritrovavano sole e in una situazione a forte rischio di marginalizzazione: ciò le rendeva nuovamente "esposte" a forme di disagio materiale e psicologico e, per loro, l'unica soluzione era spesso un nuovo "internamento", questa volta presso le case di cura e i luoghi pii.

Da ultimo ci furono casi in cui a richiedere informazioni sulle possibilità di dimissioni delle internate, non furono i parenti bensì gli amministratori pubblici, loro datori di lavoro. Nel tardo Ottocento erano ormai numerose le donne che svolgevano servizi presso i comuni in qualità soprattutto di maestre o levatrici e nei fascicoli personali non è raro trovare lettere scritte dal Comune presso il quale le donne lavoravano e indirizzate al direttore. I sindaci chiedevano al direttore del manicomio informazioni sulle possibilità e sulla data di dimissioni per predisporre così un eventuale reintegro o per avviare la ricerca di sostitute.

Emblematico è il caso di T. A.⁸², ostetrica presso il Comune di Castelverde e internata nel 1882 all'età di quarantasette anni. La sua cartella clinica è molto scarna e priva di annotazioni rilevanti ma nel suo fascicolo personale è conservata una lettera inviata dal sindaco al direttore del manicomio per sapere quando la paziente sarebbe stata dimessa e quando avrebbe potuto riprendere il lavoro.

La stessa richiesta fu inviata per la maestra C. G.⁸³, residente a Cremona, in-

⁸⁰ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di I. F., lettera 21 marzo 1890.

⁸¹ Come rilevato da Valeriano, spesso in questi casi, a causa di rapporti familiari altamente conflittuali, i parenti dei ricoverati, «pur disposti ad acconsentire alla loro liberazione perché migliorati, non intendevano comunque riprenderli all'interno delle abitazioni, nel timore di rompere nuovamente quegli equilibri ricomposti con il loro allontanamento». Si veda: A. Valeriano, *Ammalò di testa*, cit., p. 71.

⁸² ASCr, *Fondo OPCr*, busta 16, 1882, cartella clinica di T. A..

⁸³ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 12, 1878, cartella clinica di C. G..

ternata nel 1878.

Una volta uscite dal manicomio le donne rimanevano “segnate”, spesso a vita, dalla diagnosi di follia e dall’internamento: la loro esistenza fuori dalle mura manicomiali, sia a livello privato e familiare sia a livello lavorativo, non sarebbe più stata come prima. Anche se guarite, l’essere state internate avrebbe sempre condizionato la loro esistenza, al punto che i datori di lavoro si rivolgevano al direttore del manicomio per avere il suo parere sulle possibilità delle donne di riprendere a lavorare.

Un esempio è dato dal caso di A. M.⁸⁴, maestra, dimessa dal manicomio nel 1878 e rimasta temporaneamente in aspettativa a casa; il sindaco del paese presso cui lavorava chiedeva in una lettera al direttore:

se la signora M. [...] possa, con tranquillità delle Autorità scolastiche, essere riammessa all’esercizio dell’insegnamento o se sia il caso di adottare a di lei riguardo il partito del suo collocamento a riposo⁸⁵.

Ma non solo la vita lavorativa risultava influenzata inevitabilmente dall’internamento in manicomio; anche la vita privata era compromessa. La giovane C. C.⁸⁶, uscita dal manicomio nel 1903, per la quale il padre chiese il parere del direttore del manicomio per sapere se la figlia, ormai già a casa da quattro anni, fosse nelle condizioni di poter contrarre un matrimonio poiché era stata chiesta in sposa. Lo chiede, poiché analfabeta, tramite il sindaco del proprio paese:

desidererebbe sapere se detta sua figlia può maritarsi, essendo stata chiesta in matrimonio [...] volermi saper dire se questo padre può o meno coscienziosamente dare il permesso per tali nozze. Debbo aggiungere che dall’epoca in cui è uscita l’ammalata dal codesto nosocomio è sempre stata bene, e non ha dato alcun segno di pazzia. Anche ora starebbe benissimo⁸⁷.

Questi esempi mostrano chiaramente come guarire dalla follia e uscire dal manicomio non bastavano alle donne per liberarsi completamente dallo stigma della pazzia.

⁸⁴ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. M..

⁸⁵ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. M., lettera 26 giugno 1889.

⁸⁶ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di C. C..

⁸⁷ ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di C. C., lettera 25 gennaio 1907.

CONCLUSIONI

Questa ricerca ha voluto indagare la questione dell'internamento femminile nel Manicomio di Cremona nella seconda metà del XIX secolo adottando una prospettiva sociale, culturale e di genere e analizzando le cartelle cliniche come principale fonte storiografica.

La storia del Manicomio di Cremona si inserisce perfettamente all'interno del più ampio contesto della nascita e dell'affermazione, nel corso dell'Ottocento, dei manicomi come istituti deputati alla segregazione, al controllo e alla cura della follia: le scelte e le risorse dispiagate dagli alienisti e dai politici cremonesi per individuare una soluzione alla questione della follia si basarono sull'ideale positivistico della curabilità dei folli attraverso l'internamento nelle strutture manicomiali.

L'analisi della documentazione ha mostrato una costante crescita del numero di internate negli ultimi decenni del XIX secolo: questo aumento mise a dura prova la struttura del manicomio che divenne sempre più incapace di far fronte al numero crescente di pazienti. L'aumento delle internate fece registrare un picco negli anni Ottanta dell'Ottocento in concomitanza con la crisi agraria che colpì la provincia e che determinò un ulteriore immiserimento delle fasce di popolazione più povere. Uno degli elementi più rilevanti emersi dall'analisi delle cartelle cliniche è non a caso il legame molto stretto tra la follia e la povertà: il 94% delle donne internate a Cremona proveniva infatti da una condizione economica di povertà spesso estrema. Lo stesso direttore del manicomio, il dottor Amadei, individuò nella condizione di miseria in cui versava la maggior parte delle ricoverate la principale causa dello sviluppo dei loro disagi e delle loro patologie mentali: soggette a lavori faticosi ed estenuanti, prive di un'alimentazione sufficiente ed equilibrata, costrette a vivere in abitazioni umide e malsane, le donne più deboli e predisposte potevano ammalarsi di pellagra o manifestare disagi psicologici e paure, legati al timore per la propria sopravvivenza e per quella della propria famiglia, che potevano degenerare in vere e proprie patologie mentali.

Dalle cartelle cliniche è emerso tuttavia come la follia femminile non fosse causata solo dalle dure condizioni di vita e di lavoro delle donne: anche la vita e le relazioni familiari da un lato e il lavoro riproduttivo dall'altro potevano determinare l'insorgenza di malattie mentali. La presenza di padri e mariti "padroni" e violenti, le convivenze obbligate con suocere e cognate, gli abbandoni e le separazioni da parte di figli e mariti, i lutti e i "patemi d'animo" sono elementi ricorrenti nelle biografie delle internate cremonesi. Altrettanto ricorrenti e comuni a numerose storie di vita sono le ripetute gravidanze, i parti (pericolosi e dolorosi e in molti casi vissuti come veri e propri eventi traumatici) e i prolungati allattamenti che sfinivano e privavano di energie donne già spesso gravate dal peso

della cura di numerosi figli e dai lavori domestici.

Sempre dall'analisi delle cartelle cliniche e dalla ricostruzione delle storie di vita delle internate è emerso come il processo di internamento delle donne fosse un processo "corale" nel quale una pluralità di soggetti si ritrovava coinvolta direttamente o indirettamente nelle richieste di internamento. Familiari, sindaci e parroci, rispettivamente garanti dell'"ordine" familiare, sociale e religioso, furono i principali protagonisti dell'internamento femminile: le loro azioni erano volte a un rigido controllo sui comportamenti, sulle parole e sui pensieri delle donne che, se considerati inopportuni, eccessivi, scandalosi e soprattutto *pericolosi*, potevano costituire il principale motivo alla base della richiesta di internamento. Il regolamento stesso del manicomio cremonese, ben prima della legge unica del 1904, postulava lo stretto legame tra internamento e "pericolosità" dei malati di mente: la malattia mentale da sola non era determinante nella scelta dell'internamento, lo era invece la pericolosità dell'individuo che poteva divenire una potenziale minaccia per l'"ordine" costituito. Dai dati raccolti è possibile affermare che per le donne internate a Cremona la "pericolosità" fosse legata alla sfera dell'onore, della morale e della sessualità e più in generale legata all'adattamento o meno al modello femminile imposto piuttosto che connessa ad atti criminali veri e propri.

Come si è potuto osservare, una volta varcata la soglia del manicomio, le donne erano sottoposte al periodo di osservazione durante il quale il direttore dell'istituto, attraverso il suo "sguardo" e il dialogo con le pazienti, doveva verificare la presenza della follia ed effettuare una diagnosi precisa. Dalla ricerca è emerso però come le differenze di genere, sociali, culturali ed economiche che vi erano tra il direttore Amadei e le donne cremonesi internate potevano costituire un ostacolo nel rapporto medico-paziente. Dall'analisi sono emerse le rappresentazioni e i significati che le alienate attribuivano alle proprie malattie e ai propri disagi: esse attingevano al mondo della religiosità e della cultura popolare per comprendere, spiegare e manifestare il proprio malessere. I medici alienisti tentavano di tradurre queste rappresentazioni in linguaggio medico inserendole in precise categorie nosografiche.

Le diagnosi più ricorrenti rintracciate all'interno delle cartelle cliniche sono correlate al contesto esistenziale delle donne cremonesi: *frenosi pellagrosa* e *melanconia* sono non a caso le più frequenti. Vi sono poi diagnosi correlate maggiormente al "corpo" delle donne, alla loro sessualità e alla loro vita riproduttiva come dimostrano i numerosi casi di *mania puerperale* e di *pazzia isterica*. Quest'ultima diagnosi in particolare ha permesso di comprendere come le malattie mentali fossero spesso storicamente costruite⁸⁸: la storicità della follia era determinata dal fatto che il concetto di a-normalità e le rispettive patologie fossero

⁸⁸ V. Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, cit., p. 57.

definite di volta in volta dalla società. La follia e il suo manifestarsi erano non a caso fortemente soggette alle influenze sociali, culturali, ambientali e mediche, come ha sostenuto Hacking postulando il concetto di “nicchia ecologica”⁸⁹: questa «rappresenta il concatenamento di un elevato numero di elementi che in un certo momento forniscono una sorta di riparo stabile, l’ambiente di fondo che sorregge e alimenta talune manifestazioni patologiche»⁹⁰.

Il caso di Cremona analizzato in questa ricerca mostra chiaramente come da un lato la società nel “costruire” la follia e dall’altro gli alienati nel “viverla”, furono inevitabilmente soggetti a quella “nicchia ecologica” che determinò ad esempio una grande presenza di internate per frenosi pellagrosa negli anni della crisi agraria o la presenza di donne internate per frenosi isterica negli anni Ottanta e Novanta dell’Ottocento quando si affermarono in maniera preponderante le teorie scientifiche e mediche sulla natura e sulla sessualità “deviata” femminile.

Un ultimo elemento significativo è emerso dalla lettura e dall’analisi delle lettere conservate all’interno dei fascicoli personali delle internate: analizzando i mittenti, i destinatari e il loro contenuto è emerso chiaramente come l’internamento delle donne coinvolgesse una pluralità di soggetti, soprattutto i familiari, che erano così presenti anche durante i mesi o gli anni di ricovero delle donne. Per la maggior parte delle alienate quindi l’internamento in manicomio non comportava una rottura definitiva con il mondo esterno ma, al contrario, consentiva il mantenimento dei rapporti e dei legami affettivi e familiari.

Sempre dalla lettura e dall’analisi delle lettere è emerso infine come, all’interno della questione dell’internamento della follia, i soggetti coinvolti (le internate e le loro famiglie) non fossero, di fronte all’istituzione manicomiale e alle decisioni dei medici, soggetti meramente “passivi” e vittime del “controllo sociale” così come definito da Foucault, ma soggetti “attivi” e capaci di utilizzare l’istituzione manicomiale in relazione alle proprie strategie di sopravvivenza: «lungi dall’essere pedine inerti di penetranti progetti coercitivi, hanno dimostrato una capacità molto più razionale e un volto meno marginale di quanto avremmo potuto aspettarci»⁹¹.

⁸⁹ Per approfondire il concetto di “nicchia ecologica” si vedano: I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dada*, Roma, Carocci Editore, 2000; I. Hacking, *Plasmare le persone. Corso al Collège de France (2004-2005)*, a cura di A. Bella, M. Casonato, Urbino, Quattro Venti, 2008.

⁹⁰ V. Fiorino, *La cartella clinica: un’utile fonte storiografica?*, cit., p. 58.

⁹¹ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., p. 15.

Archivio di Stato di Cremona:

1) Fondo *Ospedale psichiatrico provinciale di Cremona* – cartelle cliniche femminili dal 1868 al 1904 (*)

ASCr: Archivio di Stato di Cremona

OPCr: Ospedale Psichiatrico provinciale di Cremona

ASCr, *Fondo OPCr*, busta 5, 1868, cartella clinica di M. B..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 5, 1868, cartella clinica di T. R..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 5, 1868, cartella clinica di R. S..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 6, 1870, cartella clinica di T. B..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 8, 1872, cartella clinica di G. O..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 13, 1877, cartella clinica di M. P..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 12, 1878, cartella clinica di A. C..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 12, 1878, cartella clinica di A. C., lettera 30-07-1896.
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 12, 1878, cartella clinica di G. G..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 12, 1878, cartella clinica di G. G., lettera 13-10-1902.
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 12, 1878, cartella clinica di C. G..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 13, 1879, cartella clinica di M. A..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 14, 1880, cartella clinica di R. B..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 16, 1882, cartella clinica di T. A..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 16, 1882, cartella clinica di B. C..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 18, 1884, cartella clinica di M. B..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 18, 1884, cartella clinica di G. G..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 18, 1884, cartella clinica di C. S..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 20, 1885, cartella clinica di S. F..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 20, 1885, cartella clinica di A. N..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 20, 1885, cartella clinica di A. R..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 20, 1885, cartella clinica di G. S..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 22, 1886, cartella clinica di M. C..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 22, 1886, cartella clinica di R. C..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 22, 1886, cartella clinica di T. C..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 22, 1886, cartella clinica di T. C., lettera 6-07-1886.
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 24, 1887, cartella clinica di T. L..
ASCr, *Fondo OPCr*, busta 24, 1887, cartella clinica di M. P..

(*) Si segnalano in questa sede solo i fascicoli utilizzati nello studio.

ASCr, *Fondo OPCr*, busta 24, 1887, cartella clinica di R. P.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di M. F..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di M. F., lettera 21-12-1887.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di M. F., lettera 1-01-1888.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di C. G..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. L..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. L., lettera 18-05-1888.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. M..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. M., lettera 26-06-1889.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di G. M..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di R. N..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. P..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. P., lettera 15-11-1888.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di A. P., lettera 25-11-1888.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di L. S..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 25, 1888, cartella clinica di P. V..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di R. L..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di C. M..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di L. M..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di P. M..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di A. P..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di A. P., lettera 16-09-1889.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di P. S..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 27, 1889, cartella clinica di G. V..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di G. F..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di I. F..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di I. F., lettera 21-03-1890.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di A. G..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di A. G., lettera 22-09-1890.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di A. G., lettera 26-11-1890.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di E. G..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di E. G., cart. post. 22-11-1889.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 29, 1890, cartella clinica di A. T..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 31, 1891, cartella clinica di A. A..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 31, 1891, cartella clinica di E. D..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 31, 1891, cartella clinica di A. P..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 33, 1892, cartella clinica di L. G..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 33, 1892, cartella clinica di L. P..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 33, 1892, cartella clinica di G. T..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 35, 1893, cartella clinica di M. B..

ASCr, *Fondo OPCr*, busta 35, 1893, cartella clinica di S. B..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 35, 1893, cartella clinica di L. L..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 35, 1893, cartella clinica di L. P..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 37, 1894, cartella clinica di R. A..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 37, 1894, cartella clinica di C. P..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 37, 1894, cartella clinica di P. P..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di S. L..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di C. M..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di O. T..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di R. T..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 39, 1895, cartella clinica di M. V..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di A. C..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di C. G..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di A. P..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di A. P., lettera 25-11-1888.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 41, 1896, cartella clinica di A. T..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di M. A..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di G. B..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di S. P..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di C. T..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 43, 1897, cartella clinica di C. T., lettera 6-01-1897.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C., lettera 27-11-1896.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C., lettera 22-08-1897.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C., lettera 1-09-1897.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 45, 1898, cartella clinica di G. C., lettera 12-12-1897.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 45, 1898, cartella clinica di R. S..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 47, 1899, cartella clinica di A. G..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 49, 1900, cartella clinica di M. T..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 51, 1901, cartella clinica di S. G..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 53, 1902, cartella clinica di R. B..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 53, 1902, cartella clinica di A. G..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 53, 1902, cartella clinica di M. T..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di T. B..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di A. C..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di C. C..
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di C. C., lettera 3-06-1903.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di C. C., lettera 25-01-1907.
 ASCr, *Fondo OPCr*, busta 55, 1903, cartella clinica di A. S..

2) Fondo *Deputazione provinciale*

ASCr: Archivio di Stato di Cremona

ACCr: Atti del Consiglio Provinciale di Cremona

ASCr, *Fondo ACCr*, 1869, Allegato n. 7, *Rapporto e Regolamento presentati dalla apposita Commissione pel ricovero dei dementi poveri*.

FONTI A STAMPA

G. Algeri, *Le frenopatie in rapporto alla mestruazione*, in «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», 1884, pp. 321-346.

G. Antonini, G. C. Ferrari, A. Tamburini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Torino, UTET, 1918.

G. Ferrero, C. Lombroso, *La donna delinquente, la prostituta, la donna normale*, Torino, Roux, 1893.

C. Lombroso, A. Tamburini, *Relazione a S. E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione dei manicomi del Regno*, 1891.

M. Porporati, *Note cliniche intorno alla frenosi puerperale*, in «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», 1879, pp. 3-26.

F. Robolotti, *Della pellagra dominante nella provincia di Cremona e delle sue attuali questioni*, Cremona, P. Prosperini, 1865.

Legge dello Stato italiano del 14 febbraio 1904, n. 36 su “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati”.

BIBLIOGRAFIA

V. Andreoli, *Un secolo di follia. Il Novecento fra terapia della parola e dei farmaci*, Milano, Rizzoli, 1991.

V. P. Babini, *Tra sapere e potere: La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento (Studi e ricerche)*, Bologna, Il Mulino, 1982.

V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo*, Milano, Franco Angeli, 1986.

V. P. Babini, *Un altro genere. La costruzione scientifica della "natura femminile"*, in *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia. 1870-1945*, a cura di A. Burgio, Bologna, Il Mulino, 1999, pp. 475-489.

V. P. Babini, *Maria Montessori e Gina Lombroso due risposte femminili al problema della degenerazione*, in *Scienza a due voci*, a cura di R. Simili, Firenze, Olschki, 2006, pp. 183-215.

V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatria in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2009.

M. Barbagli, *Sotto lo stesso tetto. Mutamenti della famiglia in Italia dal XV al XIX secolo*, Bologna, Il Mulino, 1984.

M. Barbagli, *Storia della famiglia italiana 1750-1950*, Bologna, Il Mulino, 1992.

M. Barbagli, D. I. Kertzer, *Storia della famiglia in Europa. Il lungo Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 2003.

P. Bell Pesce, *Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al manicomio di Palermo (1890-1902)*, in «Genesis», a. II, n. 1, 2003, pp. 91-122.

M. Bertani, *Ipotesi su un manicomio. Il San Lazzaro di Reggio Emilia tra '800 e '900*, in *Povere menti. La cura della malattia mentale nella provincia di Modena fra Ottocento e Novecento*, a cura di A. Giuntini, Modena, Provincia di Modena, 2009, pp. 213-254.

M. L. Betri, *La questione sanitaria a Cremona: problemi e provvedimenti (1830-1880)*, in «Storia urbana», 1977, n. 3, pp. 71-89.

M. L. Betri, *Salute e classi lavoratrici*, in «Italia contemporanea», luglio-settembre 1981, n. 144, pp.159-161.

M. L. Betri, *Le malattie dei poveri: ambiente urbano, morbidità, strutture sanitarie a Cremona nella prima metà dell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1981.

M. L. Betri, *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale (1815-1859)*, in *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 209-232.

M. L. Betri, *La "boi" nel Cremonese*, in *Rivolte e movimenti contadini nella Valle Padania a fine Ottocento*, in «Annali Istituto "Alcide Cervi"», n. 6, 1984, pp. 57-75.

M. L. Betri, *Concepimento, gestazione, nascita nell'Ottocento: mentalità e costumi*, in *Storia dell'ostetricia*, a cura di G. Cosmacini, vol. II, Milano, Cilog, 1990, pp.13-63.

M. L. Betri, *L'alimentazione popolare nell'Italia dell'Ottocento*, in *Storia d'Italia, Annali 13, L'alimentazione*, a cura di A. Capatti, A. De Bernardi, A. Varni, Torino, Einaudi, 1998, pp.7-22.

M. L. Betri, E. Bressan (a cura di), *Cura e intervento sociale nel Cremonese tra Otto e Novecento. Cent'anni dell'Istituto Ospedaliero di Sospiro*, Milano, Franco Angeli, 2001.

M. L. Betri, *Storia di Cremona. L'Ottocento*, Azzano San Paolo, Bolis edizioni, 2005.

M. L. Betri, *Scrivere della morte. Lettere femminili a medici del primo Ottocento*, in *Il medico di fronte alla morte (secoli XVI-XXI)*, a cura di G. Cosmacini, G. Vigarello, Torino, Fondazione Fabretti, 2008, pp.111-129.

M. L. Betri, *Donne dell'Ottocento : amori, politica e utopia*, Milano, Franco Angeli, 2015.

G. Bigatti, *Demografia ed economia a Cremona e nel suo territorio tra Otto e Novecento*, in *Storia di Cremona. L'Ottocento*, a cura di M. L. Betri, Azzano San Paolo, Bolis edizioni, 2005, pp. 84-126.

V. Bullogh, M. Voght, *Women menstruation and 19th century medicine*, in «Bul-

lettin of the History of Medicine», 47, 1973, pp. 66-82.

J. Butler, *Scambi di genere. Identità, sesso e desiderio*, Milano, Sansoni, 2004.

A. Buttafuoco, *Questioni di cittadinanza. Donne e diritti sociali nell'Italia liberale*, Siena, Protagon, 1995.

G. Campoli, F. Giacanelli, *La costituzione positivistica della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e scienze umane», luglio-settembre 1973, n. 3, pp.1-6.

R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia, dall'Unità ad oggi*, Milano, Feltrinelli, 1980.

F. Cassata, M. Moraglio, *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, Pisa, BFS edizioni, 2005.

A. M. Cavalli Pasini, *Ruolo e figura femminile nella pubblicistica e nella letteratura popolare*, in *L'età del positivismo*, a cura di P. Rossi, Bologna, Il Mulino, 1986, pp. 405-438.

M. Cavina, *Nozze di sangue : storia della violenza coniugale*, Roma-Bari, Laterza, 2011.

R. Cea, *La vita dietro le mura. L'Istituto ospedaliero di Sospiro dal secondo dopoguerra agli anni Settanta*, Castegnato, Vannini Editoria Scientifica, 2009.

G. Chiarese, *Storia sociale della donna in Italia (1800-1980)*, Napoli, Guida, 1980.

P. Chesler, *Le donne e la pazzia*, Torino, Einaudi, 1977.

G. Ciampi, *Associazionismo professionale: il caso dei medici condotti*, in «Il Risorgimento», n. 2-3, 1994, pp. 285-295.

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

G. Cosmacini, *Scienza e ideologia nella medicina del Novecento: dalla scienza egemone alla scienza ancillare* in *Storia d'Italia, Annali 7: Malattia e Medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1223-1267.

G. Cosmacini, G. Gaudenzi, R. Satolli, *Dizionario di storia della salute*, Torino, Einaudi, 1996.

A. Cova, *Cremona e la sua provincia nell'Italia unita*, Milano, Giuffrè, 1984.

A. Cova, G. Mezzanotte, G. Rumi, *Cremona e il suo territorio*, Milano, Cariplo – Cassa di Risparmio delle Province Lombarde, 1998.

A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene: manicomio, psichiatria e classi subalterne: il caso milanese*, Milano, Franco Angeli, 1980.

A. De Bernardi, *Follia, psichiatria e società: istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1982.

A. De Bernardi, *Il mal della rosa. Denutrizione e pellagra nelle campagne italiane tra '800 e '900*, Milano, Franco Angeli, 1984.

A. De Bernardi, *Pellagra, Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, in *Storia d'Italia, Annali 7: Malattia e Medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 681-704.

A. De Bernardi, *La pellagra: il "male" della fame*, in *Sanità e società, IV, Veneto, Lombardia, Piemonte, Liguria, secoli XVII-XX*, a cura di F. Della Peruta, Udine, Casamassima, 1989, pp. 3-18.

M. De Giorgio, *Le italiane dall'unità a oggi. Modelli culturali e comportamenti sociali*, Bari, Laterza, 1992.

E. De Marchi, *Dai campi alle filande. Famiglia, matrimonio e lavoro nella "pianura dell'Olon" , 1750-1850*, Milano, Franco Angeli, 2015.

E. De Martino, *La crisi della presenza in Basilicata*, Rionero In Vulture, CaliceEditori, 1996.

F. De Peri, *Le origini dell'istituzione manicomiale e della scienza psichiatrica*, in «Società e Storia», n. 6, 1979, pp. 683-723.

F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia, Annali 7: Malattia e Medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1057-1140.

K. Dorner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della follia*, Roma-Bari, Laterza, 1975.

G. Duby, M. Perrot, *Storia delle donne in Occidente. L'Ottocento*, a cura di G. Fraisse, M. Perrot, Roma-Bari, Laterza, 1991.

F. M. Ferro, *La donna tra ragione e follia. Riflessioni in margine alla storia dell'ideologia psichiatrica*, in «D. W. F. Donna Woman Femme. Rivista internazionale di studi antropologici storici e sociali sulle donne», I, 1975, 1, pp. 65-76.

F. M. Ferro, *Note per una storia dei manicomi in Italia*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», II, n. 4, 1978, pp. 161-176.

F. M. Ferro, G. Riefolo, *Note sulla fondazione della psichiatria clinica: prassi dell'osservazione e nascita della "cartella"*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», XI, n. 22, 1987, pp. 177-202.

M. Figurelli, *L'alcool e la classe. Cenni per una storia dell'alcoolismo in Italia*, in «Classe» n. 15, 1978, pp. 95-102.

N. M. Filippini, *Generare, partorire, nascere. Una storia dall'antichità alla provetta*, Roma, Viella, 2017.

R. Finzi, *La pellagra, una gloria capitalistica*, in «Classe. Quaderni sulla condizione operaia», n. 10, 1978, pp. 137-164.

R. Finzi, *Differenze: la pellagra nella donna fertile*, in «Istituto Alcide Cervi. Annali», n. 12, 1990, pp. 201-210.

M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze, Firenze University Press, 2010.

V. Fiorino, *Rivoltare il mondo, abolire la miseria. Un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia*, Pisa, ETS, 1994.

V. Fiorino, *Donne da manicomio. Appunti sulle biografie di internate a Roma (1850- 1915)*, in «Agenda. Società italiana delle storiche», n. 20, 1998, pp. 40-48.

V. Fiorino, *Il "controllo sociale": alcune riflessioni su una categoria sociologica e sul suo uso storiografico*, in «Storica», n. 13, 1999, pp. 155-183.

V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002.

V. Fiorino, *La fiaba e la follia. Rappresentazioni culturali della malattia mentale (1850-1915)*, in «Genesis», a. II, n. 2, 2003, pp. 179-205.

V. Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di F. Alberico, G. Franchini, E. M. Landini, E. Passalia, Genova, Dismec, 2010, pp. 51-69.

V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra*, Pisa, Edizioni ETS, 2011.

V. Fiorino, *Spazi del sé. Riflessioni sul "soggetto" attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Otto e Novecento*, in «Memoria e Ricerca», n. 47, 2014, pp. 11-28.

G. Fiume, «*Madri snaturate*». *La mania puerperale nella letteratura medica e nella pratica clinica dell'Ottocento*, in *Madri. Storia di un ruolo sociale*, a cura di G. Fiume, Venezia, Marsilio, 1995, pp. 83-117.

J. Foot, *La "Repubblica dei matti": Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1968*, Milano, Feltrinelli, 2014.

A. Forti Messina, *I medici condotti all'indomani dell'Unità*, in *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, a cura di M. L. Betri, A. Gigli Marchetti, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 663-697.

M. Foucault, *Storia della follia*, Milano, Rizzoli, 1984.

E. Garin, *La questione femminile (Cento anni di discussioni)*, in *L'emancipazione femminile in Italia. Un secolo di discussioni. 1861-1961*, Firenze, La Nuova Italia, 1963, pp. 19-44.

F. Giacanelli, *Cesare Lombroso 1835-1909*, Genova, Marietti, 2003.

F. Giacanelli, *Immagini della follia e sapere psichiatrico*, in «Psicoterapia e scienze umane», n. 3, 2006, pp. 601-616.

P. Giovannini, A. Valeriano, *Manicomi. Per una storia sociale e culturale*, in «Storia e problemi contemporanei», n. 70, 2015, pp. 5-9.

E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968.

P. Guarnieri, *La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olshki, 1991.

P. Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella Provincia*

di Firenze (1866-1938), in «Studi storici», vol. 48, 2007, pp. 477-521.

P. Guarnieri, *Per una storia dell'affidamento dei malati psichiatrici alle famiglie*, in «Epidemiologia e psichiatria sociale», vol. 18, 1, 2009, pp. 34-39.

I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dada*, Roma, Carocci Editore, 2000.

I. Hacking, *Plasmare le persone. Corso al Collège de France (2004-2005)*, a cura di A. Bella, M. Casonato, Urbino, Quattro Venti, 2008.

S. W. Jackson, *Melancholia and depression*, New Haven, Yale University Press, 1986.

D. Lombardi, *Storia del matrimonio. Dal medioevo a oggi*, Bologna, Il Mulino, 2008.

A. Manoukian, *La famiglia dei contadini*, in *La famiglia italiana dall'Ottocento ad oggi*, a cura di P. Melograni, Bari, Laterza, 1988, pp. 3-60.

M. I. Maciotti, *Biografia, storia e società. L'uso delle storie di vita nelle scienze sociali*, Napoli, Liguori Editore, 1985.

M. Moraglio, *Costruire il manicomio. Storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco*, Milano, Unicopli, 2002.

M. T. Mori, Pescarolo A., Scattigno A., Soldani S., *Di generazione in generazione. Le italiane dall'Unità a oggi*, Roma, Viella, 2014.

I. Nannini, *Donne fra Ottocento e Novecento*, Padova, Altromondo, 2009.

P. Nava, *Operaie, serve, maestre, impiegate*, Atti del convegno internazionale di studi *Il lavoro delle donne nell'Italia contemporanea: continuità e rotture*, Carpi 6-8 aprile 1990, Torino, Rosenberg & Sellier, 1992.

P. Orvieto, *Misoginie. L'inferiorità della donna nel pensiero moderno*, Roma, Salerno editrice, 2002.

M. Palazzi, *Donne sole. Storia dell'altra faccia dell'Italia tra antico regime e società contemporanea*, Milano, Mondadori, 1997.

C. Papa, *Stato e nazione delle donne: emancipazionismo di età liberale*, in *Culture politiche e dimensioni del femminile nell'Italia del '900*, a cura di G. Bo-

nacchi, C. Dau Novelli, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2010, pp. 65-84.

A. Pastore, P. Sorcinelli, *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900. Problemi e indicazioni di ricerca*, Milano, Franco Angeli, 1990.

I. Piazzoni, *Una "fioritura di sentimenti vari". L'immagine della donna nella cultura di inizio Novecento*, in *Lavoro e cittadinanza femminile. Anna Kuliscioff e la prima legge sul lavoro delle donne*, a cura di P. Passaniti, Milano, Franco Angeli, 2016, pp. 206-247.

P. Pinel, *La Mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, Venezia, Marsilio, 1987.

O. Pivetta, *Franco Basaglia. Il dottore dei matti*, Milano, Baldini Castoldi, 2012-2014.

V. Raimondo, *Manicomio provinciale di Cremona*, in *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di C. Ajroldi, M. A. Crippa, G. Doti, L. Guardamagna, C. Lenza, M. L. Neri, Electa, Milano, 2013, pp. 147-148.

S. Re, *Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile nel Manicomio di Colorno (1880-1915)*, Milano, Franco Angeli, 2014.

L. Reeder, *Unattached and Unhinged: The Spinster and the Psychiatrist in Liberal Italy, 1860–1922*, in «Gender and History», n. 24, vol. 1, 2012, pp. 187-204.

G. Ricca, *Corpi d'eccezione. Storie di uomini e donne internati nel manicomio di Aversa (1880-1920)*, Napoli, Filema, 2006.

A. Rivera, *Il mago, il santo, la morte, la festa. Forme religiose nella cultura popolare*, Bari, Edizioni Dedalo, 1988.

L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Mondadori, 2003.

P. Rossi, *Positivismo e società industriale*, Torino, Loescher, 1973.

A. Rugiu, *Maestre e maestri. La difficile storia degli insegnanti elementari*, Roma, Carocci, 2006.

A. Salsano, *L'archivio dell'isteria: la Bibliothèque Diabolique*, in *La follia, la norma, l'archivio*, a cura di M. Calzigna, Venezia, Marsilio, 1984, pp. 171-183.

A. Salviato, *Melanconiche d'altri tempi. Le pazienti del manicomio di San Clemente a Venezia*, in «Genesis», a. II, n. 1, 2003, pp. 63-90.

A. Scartabellati, *L'umanità inutile: la questione della follia in Italia tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento e il caso del Manicomio provinciale di Cremona*, Milano, Franco Angeli, 2001.

L. Schettini, *Tra giudizio psichiatrico e assistenza pubblica: donne internate nel manicomio di Roma alla fine dell'Ottocento*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», 1, 2002, pp. 121-139.

E. Shorter, *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'800 a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1993.

E. Shorter, *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Milano, Masson, 2000.

E. Showalter, *The Female Malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, New York, Pantheon Books, 1985.

E. Signori, *Storia di Cremona. Il Novecento*, Azzano San Paolo, Bolis edizioni, 2013.

P. E. Simeoni, *Religiosità popolare e sintomi psichiatrici nelle cartelle cliniche di S. Maria della Pietà (1891-1900)*, in *L'Ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, vol. 2, a cura di F. F. Bernardini, Roma, Dedalo, 1994, pp. 167-183.

S. Soldani, *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminile nell'Italia dell'Ottocento*, Milano, Franco Angeli, 1989.

S. Soldani, *Un cammino in salita. Donne, diritti e professioni in Italia alle soglie del Novecento*, in *Donne e professioni nell'Italia del Novecento*, a cura di G. Vicarelli, Bologna, Il Mulino, 2007, pp. 51-70.

P. Sorcinelli, *Lavoro, criminalità e alienazione mentale: ricerche sulle Marche del primo Novecento*, Ancona, Il lavoro editoriale, 1987.

P. Sorcinelli, *La follia della guerra: storie dal manicomio negli anni Quaranta*, Milano, Franco Angeli, 1992.

M. Soresina, *I medici tra Stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica tra Ottocento e Novecento*, Milano, F. Angeli, 1998.

M. Soresina, *I regolamenti comunali d'igiene e i medici poliziotti nell'Italia unita (ca. 1859-1914)*, in *La polizia sanitaria: dall'emergenza alla gestione della quotidianità*, a cura di L. Antonielli, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2015.

M. Starnini, *Follie separate. Genere e internamento manicomiale al San Niccolò di Siena nella seconda metà dell'Ottocento*, Pisa, Pisa University Press, 2014.

A. Tagliavini, *La mente femminile nella psichiatria italiana dell'Ottocento*, Bologna, Il Mulino, 1986.

G. Taraschi, *La psichiatria a Cremona. Dagli anni Sessanta ad oggi*, Cremona, Cremonabooks, 2002.

M. A. Trasforini, *Corpo isterico e sguardo medico. Storie di vita e storie di sguardi tra medici e isteriche nell'800 francese*, in «Aut Aut», vol. 187-188, 1982, pp. 175-206.

S. Ulivieri, *Essere donne insegnanti. Storia, professionalità e cultura di genere*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1996.

G. L. Vaccarino, *La follia rappresentata. Matti, degenerati e idioti nella letteratura e nell'arte figurativa italiane dell'Ottocento*, Firenze, Atheneum, 2001.

A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Roma, Donzelli Editore, 2014.

R. Ventrella, *Terra e vita. Vita, morte e tradizione nelle campagne padane di fine Ottocento*, Roma, Prospettivaeditrice, 2010.

G. Vigo, *Il maestro elementare italiano nell'Ottocento: condizioni economiche e status sociale*, Milano, Società Dante Alighieri, 1974.

R. Villa, *Scienza medica e criminalità nell'Italia unita*, in *Storia d'Italia, Annali 7: Malattia e Medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1143-1178.

R. Villa, *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, Milano, Franco Angeli, 1985.

P. Willson, *Italiane. Biografia del Novecento*, Bari, Laterza, 2011.

F. Zanolla, *Suocere, nuore e cognate nel primo '900*, in «Quaderni storici», n. 44, 1980, pp. 429-450.

Finito di stampare nel mese di dicembre 2021
presso Alphapagine - Cremona