



Università degli Studi di Genova
Genoa University



DISFor Dipartimento di Scienze della Formazione

CORSO DI LAUREA IN PEDAGOGIA, PROGETTAZIONE E RICERCA EDUCATIVA

LA DEVIANZA FEMMINILE E L'ISTITUZIONE MANICOMIALE: GENEALOGIA
STORICA E DISPOSITIVI PEDAGOGICI DI NORMALIZZAZIONE.

Relatore: Prof.ssa Rita Cersosimo

Correlatore: Prof. Graziano Mamone

Candidato: Eleonora Taddei

ANNO ACCADEMICO 2025-2026

INDICE

LA DEVIANZA FEMMINILE E L'ISTITUZIONE MANICOMIALE: GENEALOGIA STORICA E DISPOSITIVI PEDAGOGICI DI NORMALIZZAZIONE

INTRODUZIONE

1. DALLA LEGGE GIOLITTI ALLA CRITICA BASAGLIANA: EVOLUZIONE DELL'ISTITUZIONE MANICOMIALE E TRASFORMAZIONI DELLA PSICHIATRIA IN ITALIA

1.1 La legge Giolitti del 1904

1.2 I manicomi italiani nel secondo dopoguerra: condizioni materiali e crisi del sistema

1.3 La psichiatria italiana nel secondo dopoguerra: approcci terapeutici e introduzione agli
psicofarmaci

1.4 La legge Mariotti del 1968

1.5 La critica basagliana all'istituzione manicomiale

2. LA DEVIANZA COME COSTRUZIONE PEDAGOGICA E SOCIALE: IL MANICOMIO E L'ESPERIENZA DI ALDA MERINI (FATTO)

2.1 L'eredità lombrosiana: la donna delinquente, la prostituta e la donna normale

2.2 Scuola positiva e scuola clinica: la diatriba in seno alla psichiatria italiana e le sue ricadute
sulla lettura della devianza femminile

2.3 La femminilità esemplare: modelli normativi e costruzione sociale del ruolo femminile

2.4 La maternità come funzione di stato: controllo sociale e politiche di regolazione della
riproduzione femminile

2.5 Fuori dai ruoli: la non conformità femminile tra devianza sociale e medicalizzazione
psichiatrica

2.6 Isteriche e violate: costruzione della patologia femminile tra scienza medica e norme sociali

2.7 La prostituzione femminile durante il fascismo: tra devianza e controllo sociale

2.8 Vittime della guerra

2.9 L'esperienza manicomiale nella vita di Alda Merini

2.10 La deistituzionalizzazione in una prospettiva di genere

3. LO SCHERMO COME SPECCHIO: FILM, DEVIANZA E CRESCITA EMOTIVA NEL CINEFORUM EDUCATIVO:

3.1 Diretrici tematiche e casi di studio cinematografici

3.2 Principi trasversali per la selezione e la conduzione: un protocollo di lettura

3.3 Identità, ricerca di sé e bisogno di riconoscimento

3.4 La devianza giovanile come oggetto di analisi pedagogica: devianza sociologica, disagio psichico e condotta antisociale

3.5 Il caso Joker: alienazione, fallimento istituzionale e cautele cliniche per l'uso pedagogico del controesempio

3.6 Good Will Hunting: traiettorie narrative del trauma, del legame e della possibilità di chiedere aiuto

3.7 Ulteriori proposte filmografiche per il riconoscimento e l'elaborazione condivisa di rabbia e isolamento

3.8 Sintesi critica: dall'analisi dei casi di studio alla progettazione del percorso

4. PROGETTO FORMATIVO: VEDERSI ALLO SPECCHIO – CINEFORUM EMOTIVO PER ADOLESCENTI IN COMUNITÀ PSICHIATRICA: (FATTO)

4.1 Premessa e cornice teorica

4.2 Destinatari del progetto educativo

4.3 Obiettivi generali del progetto educativo

4.4 Le 10 fasi del progetto educativo:

4.4.1 Analisi del contesto e dei bisogni emotivi del gruppo

4.4.2 Coinvolgimento dell'équipe e dei referenti

- 4.4.3 Definizione degli obiettivi condivisi
- 4.4.3 Progettazione del ciclo di proiezioni
- 4.4.5 Formalizzazione del percorso educativo
- 4.4.6 Implementazione delle sessioni
- 4.4.7 Monitoraggio continuo del progetto formativo
- 4.4.8 Restituzione e condivisione interna
- 4.4.9 Revisione e adattamento
- 4.4.10 Sostenibilità e continuità del progetto

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

*“Io non sono Alda Merini, la poesia e l'elettroshock
Vestito incandescente che indossò andando via.”*

Nayt – Di Abbattere le Mura (18 Donne)

INTRODUZIONE

L'istituzione manicomiale rappresenta uno dei fenomeni più complessi e significativi della storia contemporanea italiana, poiché racchiude al proprio interno aspetti di natura sanitaria, sociale, giuridica, politica ed educativa. Per molti decenni il manicomio è stato considerato il luogo deputato alla cura della malattia mentale; tuttavia, un'analisi storica più approfondita mostra come esso abbia svolto anche una funzione di controllo sociale, contribuendo a definire i confini tra normalità e devianza e a stabilire quali soggetti potessero essere considerati pienamente integrati nella società e quali, invece, dovessero essere esclusi da essa. La storia della psichiatria italiana non coincide, quindi, soltanto con l'evoluzione delle conoscenze mediche, ma riflette profondi cambiamenti culturali e sociali che hanno interessato il modo di concepire la persona, la sofferenza psichica e il rapporto tra individuo e collettività.

In questa prospettiva, il manicomio può essere interpretato non esclusivamente come un'istituzione sanitaria, ma come uno spazio in cui si sono intrecciate pratiche di cura, dinamiche di potere e processi educativi, contribuendo alla costruzione di rappresentazioni sociali della malattia mentale che hanno influenzato, per lungo tempo, l'opinione pubblica e le politiche assistenziali. L'isolamento, la perdita della libertà personale e la progressiva spersonalizzazione dei ricoverati hanno reso il manicomio un luogo in cui la persona rischiava di essere identificata unicamente con la propria diagnosi, perdendo progressivamente la propria identità individuale e sociale. Da questo punto di vista, la riflessione pedagogica assume un ruolo fondamentale, poiché consente di interrogarsi sulle modalità attraverso cui le istituzioni educano, influenzano e trasformano i soggetti, contribuendo sia alla loro inclusione sia alla loro esclusione.

Il primo capitolo della presente tesi prende avvio dall'analisi della legge Giolitti del 1904, che per oltre sessant'anni ha costituito il principale riferimento normativo dell'assistenza psichiatrica italiana. Tale legge rifletteva una concezione della malattia mentale fortemente orientata alla custodia e alla tutela dell'ordine pubblico, attribuendo al ricovero manicomiale una funzione prevalentemente contenitiva. L'internamento veniva disposto non soltanto sulla base della presenza di una patologia psichiatrica, ma

anche in relazione alla presunta pericolosità sociale della persona, favorendo un sistema nel quale la libertà individuale risultava subordinata alle esigenze di sicurezza collettiva.

Successivamente verranno analizzate le trasformazioni che hanno interessato il sistema manicomiale nel secondo dopoguerra, periodo caratterizzato da profondi cambiamenti economici, politici e culturali. Nonostante i progressi della medicina e della psichiatria, gli ospedali psichiatrici continuarono a presentare condizioni di vita estremamente difficili: sovraffollamento, carenza di personale, pratiche coercitive e scarsa attenzione alla dimensione relazionale della cura contribuirono a mettere gradualmente in discussione l'efficacia e la legittimità dell'istituzione manicomiale. Parallelamente, l'introduzione dei primi psicofarmaci modificò significativamente le possibilità terapeutiche, pur senza incidere immediatamente sulla struttura organizzativa dei manicomi, che continuarono a mantenere una forte impronta custodialistica.

In questo contesto maturarono le prime richieste di riforma dell'assistenza psichiatrica, culminate inizialmente nella legge Mariotti del 1968 e, soprattutto, nell'opera di Franco Basaglia, il quale elaborò una radicale critica dell'istituzione manicomiale. Basaglia denunciò come il manicomio producesse esso stesso esclusione, sofferenza e perdita di identità, sostenendo la necessità di restituire centralità alla persona e ai suoi diritti. La sua riflessione contribuì ad avviare un profondo cambiamento culturale che avrebbe modificato il modo stesso di intendere la salute mentale, aprendo la strada alla definitiva riforma del sistema psichiatrico italiano. La critica basagliana non riguardava soltanto gli aspetti organizzativi delle strutture manicomiali, ma metteva in discussione l'intero paradigma culturale che identificava la persona con la sua malattia, proponendo una visione fondata sulla dignità, sull'inclusione sociale e sul riconoscimento della soggettività dell'individuo.

Accanto alla ricostruzione storica dell'evoluzione della psichiatria italiana, la presente ricerca si propone di approfondire il concetto di devianza come costruzione sociale e pedagogica. Ciò che una determinata società considera "normale" o "deviato", infatti, non dipende esclusivamente da criteri scientifici, ma è il risultato di valori culturali, norme morali e modelli educativi che cambiano nel tempo.

La pedagogia, in quanto disciplina che studia i processi formativi e le dinamiche attraverso cui gli individui costruiscono la propria identità all'interno della società, offre strumenti particolarmente efficaci per comprendere come tali categorie vengano prodotte, trasmesse e legittimate.

Questa prospettiva assume particolare rilevanza quando viene applicata alla storia della condizione femminile.

Per secoli, in effetti, il ruolo della donna è stato definito tramite modelli educativi fortemente prescrittivi, che identificavano nella moglie, nella madre e nella custode della famiglia le principali funzioni sociali attribuite al genere femminile.

Tali modelli non rappresentavano semplicemente aspettative culturali, ma costituivano veri e propri strumenti di regolazione dei comportamenti, influenzando profondamente la percezione della femminilità e determinando le modalità attraverso cui venivano giudicate le donne che si discostavano da tali ideali.

Le donne considerate troppo indipendenti, emotivamente instabili, sessualmente non conformi o incapaci di aderire ai modelli dominanti di maternità e famiglia furono frequentemente interpretate come soggetti devianti o patologici.

In questo senso, la medicalizzazione della differenza contribuì a trasformare conflitti sociali, sofferenze personali e condizioni di marginalità in diagnosi psichiatriche, rafforzando forme di controllo che trovarono nel manicomio uno degli strumenti più efficaci. La diagnosi di isteria, ad esempio, rappresenta uno dei casi più emblematici di come la medicina abbia spesso interpretato attraverso categorie patologiche comportamenti femminili ritenuti incompatibili con le aspettative sociali del tempo.

In questa prospettiva, il secondo capitolo prende avvio dall'eredità lombrosiana, e in particolare dalla costruzione positivista della “donna delinquente” e della prostituta, per poi soffermarsi sulla diatriba che, tra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, oppose all'interno della psichiatria italiana la scuola positiva, legata all'antropologia criminale, e la scuola clinica, orientata alla nosografia e all'osservazione del decorso della malattia. Particolare attenzione è inoltre dedicata alla prostituzione

femminile durante il fascismo, letta come terreno privilegiato di intersezione tra devianza e controllo sociale.

Analogamente, le conseguenze psicologiche prodotte dalle guerre, dalle violenze e dalle profonde trasformazioni sociali del Novecento colpiscono in modo particolare le donne, le cui esperienze vennero spesso lette esclusivamente come manifestazioni di malattia mentale.

All'interno di questo quadro si inserisce la figura di Alda Merini, poetessa tra le più importanti della letteratura italiana contemporanea, la cui vicenda personale permette di intrecciare storia della psichiatria, riflessione pedagogica e analisi della condizione femminile.

I suoi lunghi ricoveri in ospedale psichiatrico costituiscono una testimonianza privilegiata per comprendere non soltanto la realtà materiale dell'istituzione manicomiale, ma anche gli effetti che essa produceva sulla costruzione dell'identità personale, sulle relazioni familiari e sulla possibilità di mantenere viva la propria soggettività.

Attraverso le sue opere poetiche e autobiografiche, Merini restituisce una narrazione intensa della sofferenza, della solitudine e della perdita, ma anche della capacità della parola e della memoria di diventare strumenti di resistenza, ricostruzione e riscatto.

La scelta di dedicare una parte significativa della presente tesi alla sua esperienza nasce dalla convinzione che le testimonianze personali costituiscano una fonte preziosa non solo per comprendere il passato, ma anche per riflettere criticamente sul presente.

La pedagogia attribuisce infatti grande valore alle narrazioni di vita, riconoscendole come strumenti capaci di promuovere consapevolezza, educazione alla memoria e sviluppo di una cultura dell'inclusione.

L'esperienza di Alda Merini permette di osservare come dietro ogni diagnosi esista una persona portatrice di una storia, di relazioni e di bisogni che non possono essere ridotti esclusivamente alla dimensione clinica.

Il secondo capitolo si chiude, infine, con una rilettura della deistituzionalizzazione da una prospettiva di genere, volta a restituire visibilità tanto alle pazienti quanto alle operatrici, alle volontarie e alle militanti che contribuirono al superamento dell'istituzione manicomiale, e a interrogare gli esiti della riforma alla luce della divisione sessuale del lavoro di cura.

La presente tesi si propone, pertanto, di sviluppare un percorso interdisciplinare che metta in dialogo storia della psichiatria, pedagogia sociale, studi di genere e riflessione educativa.

Attraverso l'analisi dell'evoluzione legislativa, dell'organizzazione dei manicomi, delle trasformazioni culturali che hanno interessato la concezione della malattia mentale e della costruzione sociale della devianza femminile, l'obiettivo è comprendere come i processi educativi e culturali abbiano contribuito sia alla produzione dell'esclusione sia alla progressiva affermazione di modelli più inclusivi e rispettosi della dignità della persona.

L'intento non è soltanto ricostruire una pagina significativa della storia italiana, ma offrire una riflessione pedagogica sul valore dell'accoglienza, del riconoscimento dell'altro e della tutela dei diritti umani, evidenziando come la memoria delle esperienze manicomiali rappresenti ancora oggi uno strumento fondamentale per promuovere una cultura educativa fondata sull'inclusione, sul rispetto delle differenze e sulla valorizzazione della persona nella sua irriducibile unicità.

CAPITOLO 1

DALLA LEGGE GIOLITTI ALLA CRITICA BASAGLIANA: EVOLUZIONE DELL'ISTITUZIONE MANICOMIALE E TRASFORMAZIONI DELLA PSICHIATRIA IN ITALIA

1.1 La legge Giolitti del 1904:

Il processo di trasformazione dell'istituzione manicomiale italiana tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento si colloca all'interno di un più ampio mutamento culturale, scientifico e sociale che coinvolse il modo stesso di interpretare la malattia mentale, la devianza e il rapporto tra individuo e società: in questo periodo, del resto, la nascente psichiatria scientifica cercava di affermarsi come disciplina autonoma, rivendicando un proprio statuto teorico e metodologico all'interno del panorama medico.

Tale processo di legittimazione si sviluppò prevalentemente all'interno del paradigma positivista, che attribuiva alla scienza il compito di individuare leggi oggettive capaci di spiegare i fenomeni naturali e umani mediante l'osservazione empirica e l'indagine sperimentale¹.

Nel contesto italiano, la psichiatria, allora ancora definita prevalentemente come "alienismo", si trovava ad affrontare una questione particolarmente complessa: da un lato, vi era la necessità di superare il modello esclusivamente custodialistico che aveva caratterizzato gli istituti per alienati durante gran parte dell'Ottocento; dall'altro, permaneva fortemente radicata l'idea secondo cui il malato mentale rappresentasse una possibile minaccia per l'ordine sociale. Il dibattito tra gli alienisti dell'epoca si concentrò dunque sul difficile equilibrio tra due esigenze apparentemente contrapposte: quella terapeutica, orientata alla cura e al recupero dell'individuo, e quella difensiva, finalizzata alla protezione della collettività attraverso l'isolamento dei soggetti considerati problematici².

¹ Cfr., R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli Editore, Milano, 1979.

² *Ibidem*.

All'interno di questo scenario si affermò progressivamente l'influenza di Cesare Lombroso, figura centrale della cultura scientifica italiana della seconda metà dell'Ottocento: le sue teorie, pur appartenendo prevalentemente all'ambito dell'antropologia criminale, ebbero un impatto significativo anche sulla costruzione del sapere psichiatrico e sulle modalità attraverso cui la società interpretava la follia. Lombroso contribuì infatti alla diffusione di una concezione secondo cui i comportamenti devianti, compresi quelli associati alla malattia mentale, potevano essere ricondotti a caratteristiche biologiche innate dell'individuo.

La devianza non veniva più letta esclusivamente come il risultato di condizioni sociali, morali o ambientali, ma come l'espressione di una particolare conformazione naturale del soggetto³.

Il nucleo centrale del pensiero lombrosiano era rappresentato dalla teoria dell'atavismo, elaborata principalmente nell'ambito degli studi sul comportamento criminale: secondo tale teoria, alcuni individui presenterebbero caratteristiche riconducibili a stadi evolutivi precedenti della specie umana, manifestando una sorta di "regressione" verso forme considerate più primitive dell'essere umano.

Attraverso l'analisi di caratteristiche fisiche, comportamentali e psicologiche, Lombroso riteneva possibile individuare i segni di questa condizione atavica, arrivando a sostenere l'esistenza di individui biologicamente predisposti alla criminalità o alla devianza⁴.

Sebbene la teoria dell'atavismo fosse originariamente riferita soprattutto alla figura del criminale, essa contribuì a influenzare anche il modo in cui veniva interpretata la follia: se il comportamento deviante poteva essere spiegato per mezzo di una condizione biologicamente determinata e difficilmente modificabile, anche la malattia mentale poteva essere ricondotta a un deficit strutturale dell'individuo. In quest'ottica, la follia

³ Cfr., C. Lombroso, A. Tamburini, R. Ascenzi, *Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione ai Manicomi del Regno*, in «Archivio di Psichiatria, Scienze penali ed Antropologia criminale» (APA), XIII, 1892, pp. 50-69.

⁴ *Ibidem*.

non veniva più considerata soltanto come una condizione patologica da comprendere e trattare, ma come una forma di alterazione permanente della natura della persona⁵.

Questa impostazione determinò una profonda trasformazione nel modo di concepire il rapporto tra malattia mentale e possibilità educativa: se il soggetto folle veniva considerato portatore di un'anomalia biologica irreversibile, veniva implicitamente negata la possibilità di un percorso di cambiamento, crescita o recupero.

La persona con disturbo mentale cessava di essere considerata un individuo dotato di potenzialità evolutive e veniva invece definita principalmente attraverso la propria condizione patologica. Tale concezione entrava in evidente contrasto con una prospettiva pedagogica fondata sull'idea di educabilità della persona, secondo cui ogni individuo, indipendentemente dalle proprie condizioni personali o sociali, mantiene la possibilità di sviluppare capacità, autonomie e forme di partecipazione alla vita collettiva⁶.

Proprio questa dimensione rappresenta uno degli aspetti maggiormente rilevanti per una lettura pedagogica della storia manicomiale: l'affermazione del paradigma lombrosiano non ebbe invero conseguenze esclusivamente sul piano medico o giuridico, ma influenzò profondamente anche la rappresentazione sociale della persona con disagio psichico. Attraverso il linguaggio scientifico dell'epoca, la differenza venne man mano trasformata in anormalità, e l'anormalità in pericolosità. Il malato mentale non veniva più percepito prioritariamente come una persona portatrice di bisogni di cura, relazione e accompagnamento, ma come un soggetto da controllare e separare⁷.

La logica della segregazione trovava quindi una propria giustificazione teorica nella convinzione che l'isolamento fosse non soltanto necessario, ma anche scientificamente fondato: se la follia era interpretata come espressione di una condizione biologica permanente, la finalità dell'intervento istituzionale non poteva essere orientata alla trasformazione della persona, bensì alla limitazione degli effetti sociali della sua presenza.

⁵ Cfr., C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Bocca Editori, Torino, 1903.

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ibidem*.

In tal senso, il manicomio assumeva una funzione ambivalente: formalmente luogo di cura, esso diventava concretamente uno spazio di contenimento e di esclusione⁸.

Questa prospettiva contribuì a rafforzare l'associazione tra malattia mentale, degenerazione e pericolo sociale: la persona internata veniva privata progressivamente della propria individualità, poiché la sua identità risultava subordinata alla diagnosi e alla categoria nella quale era stata collocata.

Il processo di istituzionalizzazione produceva così una riduzione dell'individuo alla sua condizione patologica, cancellando la complessità della sua storia personale, delle sue relazioni e delle sue possibilità di partecipazione sociale⁹.

L'influenza del pensiero lombrosiano si inseriva, inoltre, in una fase storica caratterizzata da profonde trasformazioni sociali.

L'Italia post-unitaria era impegnata nella costruzione di un nuovo ordine nazionale e istituzionale, nel quale assumevano particolare rilevanza le questioni legate alla sicurezza, alla gestione della marginalità e alla regolazione dei comportamenti considerati devianti. In tale contesto, il sapere scientifico venne frequentemente utilizzato anche come strumento di classificazione e organizzazione della popolazione, contribuendo alla definizione di categorie sociali considerate problematiche¹⁰.

La psichiatria dell'epoca partecipò quindi a un processo più ampio di medicalizzazione della devianza, attraverso il quale condizioni precedentemente interpretate in termini morali, religiosi o sociali vennero col tempo ricondotte all'interno di categorie medico-scientifiche.

⁸ Cfr., V. Fiorino, *Matti, Indemoniati e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Ottocento e Novecento*, Marsilio, Venezia, 2002.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.

Questo processo, se da un lato rappresentò un importante tentativo di sottrarre la follia a interpretazioni esclusivamente punitive o moralistiche, dall'altro produsse nuove forme di controllo fondate sull'autorità del sapere medico¹¹.

In questo quadro, il manicomio divenne il luogo privilegiato nel quale si incontravano e si intrecciavano medicina, diritto e amministrazione pubblica. Esso non rappresentava semplicemente una struttura sanitaria, ma un'istituzione complessa nella quale venivano definite le modalità di rapporto tra individuo e società, tra normalità e anormalità, tra inclusione ed esclusione.

La definizione del malato mentale come soggetto incapace di autodeterminarsi e potenzialmente pericoloso contribuì infatti a legittimare pratiche di internamento che spesso prescindevano dalla reale necessità terapeutica¹².

All'interno di questo scenario culturale maturò il percorso che avrebbe condotto alla Legge Giolitti del 1904, una normativa che, pur rappresentando il primo tentativo organico di regolamentazione dell'assistenza psichiatrica italiana, avrebbe finito per consolidare molti degli elementi caratterizzanti il modello custodialistico: la legge nacque in effetti in un momento nel quale il paradigma della pericolosità sociale, fortemente influenzato dal positivismo e dalle teorie lombrosiane, costituiva ancora uno dei principali criteri tramite cui veniva interpretata la questione della follia¹³.

Il passaggio dal dibattito scientifico e culturale alla definizione di un quadro legislativo specifico rappresentò un momento decisivo nella storia dell'assistenza psichiatrica italiana.

Quando il lungo processo di discussione sulla riforma degli istituti manicomiali giunse alla sua conclusione con l'approvazione della Legge n. 36 del 14 febbraio 1904, il clima intellettuale e scientifico era ancora fortemente condizionato dalle teorie positivistiche e, in particolare, dall'influenza esercitata dal pensiero di Cesare Lombroso.

¹¹ Cfr., L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano, 2003.

¹² *Ibidem*.

¹³ Cfr., *Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, in «Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia», n. 43, 22 febbraio 1904.

La normativa nacque quindi all'interno di un contesto nel quale la malattia mentale veniva frequentemente interpretata attraverso la lente della degenerazione, della pericolosità e dell'incapacità del soggetto di partecipare autonomamente alla vita sociale¹⁴.

La legge rappresentò il primo tentativo sistematico dello Stato italiano di disciplinare il funzionamento dei manicomi e di definire criteri uniformi per il ricovero delle persone affette da disturbi mentali.

Tuttavia, pur introducendo un'organizzazione più strutturata dell'assistenza psichiatrica, essa non modificò sostanzialmente la funzione attribuita all'istituzione manicomiale.

Al contrario, contribuì a consolidare un modello nel quale la dimensione terapeutica risultava strettamente intrecciata a quella custodiale, confermando l'idea secondo cui la principale finalità dell'internamento fosse la protezione della società dai soggetti ritenuti potenzialmente pericolosi¹⁵.

La centralità attribuita alla difesa sociale emergeva chiaramente dai criteri stabiliti per il ricovero. Secondo la Legge n. 36 del 1904, infatti, dovevano essere internate nei manicomi le persone affette da alienazione mentale che risultassero «pericolose per sé o per gli altri» oppure che potessero provocare «pubblico scandalo».

Queste formulazioni, apparentemente finalizzate a individuare situazioni di particolare gravità, presentavano in realtà un elevato livello di indeterminatezza interpretativa. Il concetto di pericolosità non veniva definito attraverso parametri esclusivamente clinici, ma comprendeva anche valutazioni di carattere sociale, morale e comportamentale¹⁶.

Tale ambiguità rappresentò uno degli aspetti più problematici della normativa, poiché consentiva che il ricovero non fosse determinato unicamente dalla presenza di una

¹⁴ Cfr., C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Bocca Editori, Torino, 1903.

¹⁵ Cfr., *Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, in «Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia», n. 43, 22 febbraio 1904.

¹⁶ Cfr., F. Giacanelli, *La legge sui manicomi del 1904 e la psichiatria italiana tra controllo sociale e pratica terapeutica*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», CXXVIII, 2004.

patologia psichiatrica, ma anche dal giudizio espresso dalla società e dalle istituzioni rispetto alla condotta dell'individuo.

In questo modo, il manicomio poteva diventare un luogo destinato non soltanto alla cura della malattia mentale, ma anche alla gestione di situazioni considerate difficili da collocare all'interno dell'ordine sociale dominante.

La categoria della pericolosità finiva così per assumere una funzione selettiva, individuando quei soggetti che, per condizioni personali, comportamenti o modalità di vita, venivano percepiti come incompatibili con le aspettative sociali dell'epoca¹⁷.

La posizione degli alienisti italiani nei confronti di questa impostazione non fu nondimeno completamente uniforme: una parte della comunità scientifica aveva del resto maturato una crescente consapevolezza dei limiti del modello esclusivamente custodialistico e sosteneva la necessità di trasformare il manicomio in un luogo realmente orientato alla cura.

Diversi psichiatri dell'epoca denunciavano le condizioni di isolamento e abbandono presenti negli istituti, evidenziando come l'internamento prolungato potesse aggravare ulteriormente la situazione dei pazienti anziché favorirne il recupero¹⁸.

Tra coloro che tentarono di elaborare una concezione più articolata della funzione manicomiale vi fu Enrico Morselli, figura di rilievo della psichiatria italiana e allievo di Carlo Livi.

La sua posizione evidenziava la natura complessa dell'istituzione manicomiale, chiamata contemporaneamente a rispondere a esigenze terapeutiche e sociali. Secondo Morselli, il manicomio nasceva dall'intreccio di due finalità principali: da una parte la cura degli individui affetti da alienazione mentale, dall'altra la necessità di proteggere la società dai possibili danni derivanti dalla loro condizione¹⁹.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ Cfr., C. Livi, *Frenologia forense ovvero delle frenopatie considerate relativamente alla medicina legale*, Milano, 1868.

Questa interpretazione mostra bene la tensione presente all'interno della psichiatria italiana dell'epoca: da un lato emergeva il tentativo di riconoscere il malato mentale come persona bisognosa di assistenza e trattamento; dall'altro permaneva una visione fondata sulla paura della devianza e sulla necessità di separare l'individuo considerato problematico dal contesto sociale.

Il manicomio rimaneva quindi un'istituzione profondamente ambivalente: spazio destinato alla cura, ma contemporaneamente luogo di esclusione e controllo²⁰.

La Legge Giolitti rafforzò ulteriormente questa impostazione mediante l'attribuzione di ampi poteri alla figura del direttore del manicomio: esso rappresentava la massima autorità dell'istituzione, concentrando nelle proprie mani competenze sia di natura amministrativa sia sanitaria.

Al direttore spettava infatti il compito di organizzare la vita interna dell'istituto, supervisionare il trattamento degli internati, autorizzare gli ingressi e stabilire le condizioni per le eventuali dimissioni²¹.

La concentrazione di tali funzioni determinava un forte squilibrio tra il potere dell'istituzione e i diritti della persona ricoverata: il paziente manicomiale si trovava invero in una posizione di sostanziale subordinazione rispetto all'autorità medica, senza poter esercitare un reale controllo sul proprio percorso di cura o sulle decisioni relative alla propria permanenza nell'istituto.

L'internamento assumeva così un carattere prevalentemente amministrativo e definitivo, poiché la valutazione della possibilità di dimissione rimaneva affidata esclusivamente al giudizio del direttore²².

Questo elemento contribuì a rendere il manicomio un esempio di quella che successivamente sarebbe stata definita "istituzione totale", ovvero un ambiente chiuso nel

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Cfr., D. De Salvia, M. Fioritti, *La psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento. Dalla legge sui manicomi alla riforma psichiatrica*, Il Mulino, Bologna, 1994.

²² Cfr., L. D'Alessandro, *La legge del 1904 sui manicomi. Psichiatria, amministrazione e controllo sociale nell'Italia liberale*, FrancoAngeli, Milano, 2006.

quale ogni aspetto della vita dell'individuo viene regolato dall'organizzazione istituzionale.

Sebbene tale concetto verrà elaborato successivamente dagli studi sociologici del Novecento, esso permette di comprendere come il modello manicomiale producesse una progressiva perdita dell'identità personale dell'internato, sostituendo alla sua storia individuale una definizione basata esclusivamente sulla diagnosi e sulla condizione di malato²³.

La persona internata veniva quindi progressivamente privata del proprio ruolo sociale precedente e inserita in un sistema organizzativo fondato sulla separazione dal mondo esterno: la vita all'interno del manicomio era caratterizzata da regole rigide, gerarchie definite e una forte asimmetria tra operatori e pazienti.

Tale struttura non riguardava soltanto la dimensione sanitaria, ma coinvolgeva l'intera esperienza dell'individuo, influenzando il modo in cui egli percepiva sé stesso e il proprio rapporto con gli altri²⁴.

In questo senso, la Legge Giolitti del 1904 non può essere interpretata esclusivamente come una normativa sanitaria, ma deve essere compresa all'interno di un più ampio processo di organizzazione sociale della differenza: la regolamentazione del ricovero psichiatrico rifletteva infatti il modo in cui la società dell'epoca definiva i confini tra normalità e anormalità, autonomia e dipendenza, inclusione ed esclusione²⁵.

La persona con disturbo mentale veniva collocata in una posizione marginale non soltanto perché considerata malata, ma perché costituiva una figura attraverso cui la società definiva ciò che riteneva accettabile e ciò che invece doveva essere allontanato: il manicomio diventava così uno spazio nel quale venivano raccolte e separate tutte quelle condizioni che ponevano una sfida ai modelli dominanti di ordine, produttività e comportamento sociale²⁶.

²³ *Ibidem.*

²⁴ *Ibidem.*

²⁵ *Ibidem.*

²⁶ *Ibidem.*

La riforma del 1904, pur nascendo con l'intento dichiarato di regolamentare e migliorare l'assistenza agli alienati, finì dunque per consolidare un paradigma fondato prevalentemente sulla custodia e sulla separazione: la centralità attribuita alla sicurezza collettiva e alla prevenzione del pericolo sociale limitò fortemente lo sviluppo di pratiche realmente orientate alla riabilitazione e all'inclusione, lasciando irrisolta la questione fondamentale del riconoscimento della persona malata mentale come soggetto portatore di diritti e potenzialità²⁷.

²⁷ *Ibidem*.

1.2 I manicomi italiani nel secondo dopoguerra: condizioni materiali e crisi del sistema

La fine del secondo conflitto mondiale consegnò all'Italia repubblicana un sistema assistenziale psichiatrico profondamente segnato dagli anni di guerra e, al tempo stesso, sostanzialmente immutato nei propri fondamenti normativi e organizzativi. Mentre il Paese avviava un processo di ricostruzione materiale e istituzionale che avrebbe interessato l'economia, il diritto e l'assetto politico complessivo, l'ospedale psichiatrico continuò a essere regolato dalla legge n. 36 del 1904 e dal relativo regolamento attuativo del 1909, ossia da un impianto normativo concepito in un contesto storico e culturale ormai lontano, fondato sulla custodia e sulla prevenzione del pericolo sociale piuttosto che sulla cura della persona²⁸.

Tale continuità normativa produsse un effetto paradossale: la Repubblica nata dalla Resistenza, che nella Carta costituzionale del 1948 aveva riconosciuto l'inviolabilità della libertà personale e il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, mantenne in vigore per un trentennio una disciplina che consentiva l'internamento a tempo indeterminato di cittadini in ragione della loro presunta pericolosità. La distanza tra i principi costituzionali e la realtà manicomiale costituisce, in effetti, uno degli elementi più significativi per comprendere la crisi che avrebbe attraversato il sistema nei decenni successivi²⁹.

Le condizioni materiali degli istituti erano state ulteriormente aggravate dagli eventi bellici. Numerosi ospedali psichiatrici furono danneggiati dai bombardamenti, requisiti per scopi militari o trasformati in strutture di ricovero per sfollati e feriti, con conseguenti trasferimenti forzati dei degenti e accorpamenti che accentuarono il sovraffollamento.

Ancor più grave fu la questione alimentare: durante il conflitto le razioni destinate ai ricoverati vennero drasticamente ridotte e la mortalità all'interno dei manicomi raggiunse livelli altissimi, configurando una vicenda che la storiografia più recente ha

²⁸ Cfr., R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli Editore, Milano, 1979.

²⁹ Cfr., D. De Salvia, M. Fioritti, *La psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento. Dalla legge sui manicomi alla riforma psichiatrica*, Il Mulino, Bologna, 1994.

ricostruito come uno degli episodi più drammatici e a lungo rimossi della storia sanitaria italiana³⁰.

La ripresa del dopoguerra non modificò tuttavia la funzione assegnata all'istituzione, al contrario, il numero dei ricoverati riprese a crescere in modo costante, superando le novantamila unità nei primi anni Sessanta e collocando l'Italia tra i Paesi europei con il più elevato tasso di istituzionalizzazione psichiatrica. Tale incremento non può essere spiegato con un aumento reale dell'incidenza dei disturbi mentali, quanto piuttosto con la persistenza di una funzione di raccolta che il manicomio continuava a svolgere nei confronti di condizioni di marginalità sociale, povertà, abbandono familiare e disabilità³¹.

Un ruolo determinante fu svolto dall'assetto amministrativo e finanziario dell'assistenza. La legge del 1904 attribuiva alle province la competenza sugli ospedali psichiatrici e il relativo onere economico, calcolato attraverso la cosiddetta retta di ospedalità corrisposta per ciascun degente. Questo meccanismo, di per sé neutro sul piano tecnico, produsse conseguenze rilevanti sul piano organizzativo: la gestione dell'istituto veniva valutata prevalentemente in termini di contenimento della spesa per unità ricoverata, con il risultato di privilegiare soluzioni collettive, standardizzate e a basso costo rispetto a interventi individualizzati e ad alta intensità relazionale³².

L'organizzazione interna degli istituti rifletteva fedelmente questa logica. Gli ospedali psichiatrici erano generalmente costituiti da complessi a padiglioni collocati alla periferia dei centri urbani, delimitati da alti muri di cinta e da cancelli sorvegliati, secondo un modello architettonico che traduceva materialmente il principio della separazione. All'interno, la distribuzione dei ricoverati non seguiva criteri clinici, ma classificatori e disciplinari: la divisione avveniva anzitutto per sesso e successivamente per grado di presunta agitazione, dando luogo a reparti denominati con termini che rendono

³⁰ Cfr., V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2011.

³¹ *Ibidem*.

³² Cfr., F. Della Peruta, *Il manicomio e la società italiana. 1870-1900*, Feltrinelli, Milano, 1980.

immediatamente percepibile la natura custodialistica della classificazione, quali «tranquilli», «agitati», «semi-agitati» e «sudici»³³.

I dormitori ospitavano decine di persone in ambienti privi di qualsiasi spazio personale, con letti ravvicinati, servizi igienici collettivi e assenza di suppellettili individuali. La promiscuità e la mancanza di privacy non costituivano soltanto un problema di comfort o di decoro, ma incidevano direttamente sulla possibilità del soggetto di mantenere un rapporto con il proprio corpo, con i propri oggetti e con la propria storia, ossia con gli elementi materiali attraverso cui ogni identità personale si costruisce e si conserva nel tempo³⁴.

Anche la dotazione di personale rispondeva a una concezione essenzialmente custodiale. La figura prevalente era quella dell'infermiere psichiatrico, la cui formazione era orientata alla sorveglianza e al contenimento più che alla relazione di aiuto, e il cui rapporto numerico con i degenti risultava del tutto inadeguato: la circostanza che la riforma del 1968 abbia dovuto fissare per legge il rapporto di un infermiere ogni tre posti letto costituisce, di per sé, un indicatore eloquente della distanza che separava la situazione reale da qualsiasi standard assistenziale accettabile³⁵.

In un contesto caratterizzato da sovraffollamento e da carenza di personale, il ricorso alla contenzione fisica costituiva una pratica ordinaria e non eccezionale. Fasce, camicie di forza, letti di contenzione e celle di isolamento rappresentavano strumenti di gestione quotidiana del reparto, impiegati non soltanto in situazioni di emergenza clinica, ma anche come risposta a comportamenti percepiti come disturbanti o semplicemente non conformi alle regole interne. La contenzione, in tal senso, non può essere interpretata soltanto come un atto medico, ma come un dispositivo disciplinare che comunicava al ricoverato, in modo inequivocabile, la propria condizione di soggetto privo di potere contrattuale³⁶.

³³ Cfr., R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli Editore, Milano, 1979.

³⁴ Cfr., E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.

³⁵ Cfr., G. C. De Sanctis, *La legislazione psichiatrica italiana*, Cedam, Padova, 1965.

³⁶ Cfr., M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1976.

L'ingresso in istituto era accompagnato da un insieme di procedure che la sociologia delle istituzioni totali ha descritto come processi di spoliazione del sé.

Il nuovo ricoverato veniva privato degli abiti personali e degli oggetti privati, sottoposto a operazioni di igiene collettiva, dotato di indumenti standardizzati e inserito in una scansione temporale rigidamente predeterminata, nella quale il sonno, i pasti, l'igiene e le attività erano stabiliti da un'autorità esterna e uguali per tutti. Ciascuno di questi passaggi, considerato singolarmente, poteva essere giustificato con ragioni organizzative o sanitarie; nel loro insieme, però, essi producevano una progressiva erosione dell'autonomia decisionale e del senso di continuità biografica della persona³⁷.

Un capitolo particolarmente significativo è costituito dalla cosiddetta ergoterapia. Ai degenti ritenuti idonei venivano affidate mansioni nelle lavanderie, nelle cucine, nei laboratori artigianali, nei campi e nella manutenzione ordinaria dell'istituto, in una prospettiva che veniva presentata come terapeutica e riabilitativa. Nella pratica, tuttavia, tali attività erano raramente accompagnate da un progetto individualizzato, non prevedevano forme di retribuzione e non erano finalizzate a un reinserimento lavorativo esterno: esse contribuivano piuttosto al funzionamento economico della struttura, configurando una prestazione lavorativa priva di riconoscimento giuridico ed economico³⁸.

L'effetto complessivo di questo insieme di condizioni fu la produzione di un quadro clinico e comportamentale che gli studiosi hanno progressivamente riconosciuto come conseguenza dell'internamento stesso e non della patologia di partenza. L'apatia, la passività, la perdita delle competenze sociali elementari, l'adesione acritica alle regole dell'istituto e l'incapacità di progettare un'esistenza al di fuori di essa vennero descritte come manifestazioni di una vera e propria condizione istituzionale, distinta dal disturbo psichico originario e prodotta dalla permanenza prolungata in un ambiente totalizzante³⁹.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ Cfr., G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1975.

³⁹ Cfr., E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.

La composizione sociale della popolazione internata rende ulteriormente evidente la natura non esclusivamente sanitaria dell'istituzione. Accanto a persone affette da disturbi psichiatrici gravi, i registri manicomiali documentano la presenza di anziani privi di rete familiare, di persone con disabilità intellettiva, di soggetti affetti da epilessia, di alcolisti, di minori istituzionalizzati, di donne accusate di condotte moralmente riprovevoli e di individui in condizione di povertà estrema. La eterogeneità di queste presenze mostra come il criterio dell'internamento non fosse realmente diagnostico, ma sociale, e come il manicomio funzionasse come dispositivo di gestione di ciò che la comunità non era in grado o non era disposta a farsi carico⁴⁰.

A rendere ancora più gravosa la condizione del ricoverato concorreva l'insieme delle conseguenze giuridiche connesse al ricovero definitivo. L'internamento comportava l'annotazione nel casellario giudiziale, equiparando di fatto la persona malata a chi avesse riportato una condanna penale, e apriva la strada a procedimenti di interdizione che privavano l'individuo della capacità di agire. La malattia mentale non determinava quindi soltanto una separazione fisica dalla comunità, ma anche una diminuzione dello statuto giuridico della persona, la cui rimozione avverrà soltanto con la riforma del 1968⁴¹.

La separazione dai legami affettivi veniva inoltre accentuata da fattori pratici e regolamentari. La collocazione periferica degli istituti, la distanza dai luoghi di residenza, la limitazione degli orari di visita e il controllo esercitato sulla corrispondenza rendevano progressivamente più rarefatti i contatti con la famiglia e con l'ambiente di provenienza. Con il trascorrere degli anni, la rete relazionale esterna tendeva a dissolversi e il ritorno alla vita comunitaria diveniva, anche in assenza di controindicazioni cliniche, un'ipotesi di fatto impraticabile⁴².

A partire dalla metà degli anni Sessanta questa realtà, per lungo tempo confinata dietro i muri di cinta, cominciò a divenire oggetto di conoscenza pubblica. Un contributo decisivo venne dall'inchiesta giornalistica e televisiva, che introdusse per la prima volta lo sguardo dell'opinione pubblica all'interno dei reparti, e soprattutto dal reportage

⁴⁰ Cfr., V. Fiorino, *Matti, indemoniati e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Ottocento e Novecento*, Marsilio, Venezia, 2002.

⁴¹ Cfr., P. Cendon (a cura di), *Il diritto alla salute mentale*, Cedam, Padova, 1987.

⁴² Cfr., Conti, *Manicomio 1914: Gentilissimo sig. dottore, questa è la mia vita*, Jaca Book, Milano, 2000.

fotografico raccolto nel 1969 in un volume destinato ad ampia risonanza, nel quale le immagini dei degenti venivano accompagnate da una tesi interpretativa esplicita: la condizione manicomiale non colpiva indistintamente, ma riguardava in modo prevalente le fasce sociali più povere e prive di tutele⁴³.

La crisi del sistema manicomiale, che sarebbe esplosa nel decennio successivo, maturò dunque lungo tre direttrici convergenti. Sul piano economico, il costo crescente della gestione degli istituti divenne insostenibile per i bilanci provinciali; sul piano scientifico, la diffusione di nuove opzioni terapeutiche e di nuovi modelli organizzativi rese progressivamente indifendibile il ricorso sistematico all'internamento prolungato; sul piano culturale, infine, la trasformazione della società italiana e l'affermarsi delle scienze sociali resero visibile la natura storicamente costruita, e quindi modificabile, della relazione tra malattia mentale ed esclusione⁴⁴.

Da un punto di vista pedagogico, la ricostruzione delle condizioni materiali del manicomio nel secondo dopoguerra assume un valore che eccede l'interesse storiografico. L'ospedale psichiatrico non si limitava infatti a custodire: esso educava, nel senso più letterale del termine, trasmettendo ai ricoverati un insieme coerente di apprendimenti impliciti relativi al proprio valore, alle proprie possibilità e al proprio posto nel mondo. La spoliazione degli oggetti personali insegnava che nulla apparteneva realmente al soggetto; la rigidità degli orari insegnava che il tempo non era disponibile alla scelta individuale; l'assenza di interlocuzione insegnava che la parola del ricoverato non produceva effetti sulla realtà⁴⁵.

Riconoscere questa dimensione formativa negativa consente di comprendere per quale ragione il superamento dell'istituzione manicomiale non abbia potuto configurarsi come una semplice operazione amministrativa di dismissione di strutture. Se l'istituzione aveva prodotto apprendimenti, la sua sostituzione richiedeva un lavoro educativo di segno opposto, orientato alla restituzione della parola, alla ricostruzione della capacità di scelta

⁴³ Cfr., F. Basaglia, C. Cerati, G. Berengo Gardin, *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Einaudi, Torino, 1969.

⁴⁴ Cfr., P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi. Società e politica 1943-1988*, Einaudi, Torino, 1989.

⁴⁵ Cfr., F. Cambi, *Manuale di filosofia dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari, 2000.

e al riconoscimento della persona come soggetto titolare di diritti e di una storia propria. È precisamente su questo terreno che, come si vedrà, la critica basagliana avrebbe incontrato la riflessione pedagogica⁴⁶.

⁴⁶ Cfr., M. Pavone, *Dall'esclusione all'inclusione. Lo sguardo della pedagogia speciale*, Mondadori Università, Milano, 2010.

1.3 La psichiatria italiana nel secondo dopoguerra: approcci terapeutici e introduzione agli psicofarmaci

Ricostruire le condizioni materiali dell'istituzione manicomiale non esaurisce l'analisi della psichiatria italiana del secondo dopoguerra. Accanto alla dimensione custodiale, infatti, all'interno degli ospedali psichiatrici si praticavano terapie, si elaboravano teorie e si formavano generazioni di clinici: comprendere quali strumenti terapeutici fossero disponibili, su quali presupposti teorici si fondassero e quali effetti producessero sulla vita quotidiana dei reparti costituisce un passaggio necessario per valutare in modo non semplificato il processo che avrebbe condotto alla riforma⁴⁷.

Il quadro teorico dominante nella psichiatria italiana della prima metà del Novecento restava saldamente ancorato al paradigma organicista, secondo il quale il disturbo mentale doveva essere ricondotto a un'alterazione anatomica, funzionale o costituzionale del sistema nervoso. Tale impostazione, ampiamente rappresentata nella trattatistica accademica dell'epoca, orientava la ricerca verso la classificazione nosografica e verso l'individuazione di correlati biologici, lasciando in secondo piano tanto la dimensione biografica del soggetto quanto il contesto relazionale e sociale nel quale la sofferenza si manifestava⁴⁸.

All'interno di questa cornice si collocano le terapie che vengono comunemente definite di shock, introdotte nel corso degli anni Trenta e destinate a caratterizzare la pratica psichiatrica per almeno un ventennio. La malarioterapia, la terapia insulinica in coma ipoglicemico e la convulsivoterapia farmacologica mediante cardiazol condividevano un presupposto comune: l'idea che l'induzione di una crisi organica intensa potesse determinare una riorganizzazione del funzionamento psichico. Si trattava di procedure gravate da rischi rilevanti, la cui efficacia veniva valutata attraverso criteri osservativi non standardizzati⁴⁹.

⁴⁷ Cfr., G. C. Reda, *Storia della psichiatria italiana*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1982.

⁴⁸ Cfr., E. Tanzi, E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, vol. II, Società Editrice Libreria, Milano, 1916.

⁴⁹ Cfr., M. Galzigna (a cura di), *Figure della follia. Storia della psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento*, FrancoAngeli, Milano, 1987.

Un rilievo del tutto particolare, anche per la sua origine italiana, assume l'elettroshock. La tecnica venne messa a punto a Roma nel 1938 da Ugo Cerletti e Lucio Bini e conobbe in pochi anni una diffusione internazionale straordinariamente rapida, dovuta alla relativa semplicità di somministrazione, al costo contenuto e alla possibilità di essere impiegata su larga scala in strutture con scarsità di personale medico. La paternità italiana della scoperta contribuì inoltre a conferirle un prestigio scientifico che ne favorì l'adozione sistematica negli ospedali psichiatrici nazionali⁵⁰.

Le modalità con cui il trattamento venne applicato per gran parte del Novecento risultano tuttavia decisive per una valutazione critica. Fino alla progressiva introduzione dell'anestesia generale e dei miorilassanti, la seduta si svolgeva su paziente cosciente e non protetto sul piano muscolare, con conseguenze che comprendevano fratture, lussazioni, disturbi mnesici e un vissuto soggettivo di terrore ampiamente documentato dalle testimonianze dirette. A ciò si aggiungeva un elemento ulteriore, di natura non clinica: in numerosi contesti l'elettroshock finì per assumere anche una funzione disciplinare, essendo somministrato, o semplicemente minacciato, in risposta a comportamenti giudicati oppositivi o disturbanti⁵¹.

Questa duplicità di funzioni, terapeutica e disciplinare, emerge con particolare nitidezza dalle narrazioni autobiografiche di chi ha attraversato l'esperienza manicomiale, alle quali il presente lavoro dedicherà specifica attenzione nel capitolo successivo. Le testimonianze restituiscono infatti non soltanto la dimensione del dolore fisico, ma soprattutto la percezione di un trattamento vissuto come punizione e come annullamento della propria capacità di opporsi, elemento che consente di leggere la pratica dell'elettroshock anche come dispositivo di regolazione del comportamento all'interno del reparto⁵².

Un discorso in parte diverso riguarda la psicotomia. La leucotomia prefrontale, elaborata nella seconda metà degli anni Trenta e insignita nel 1949 del premio Nobel per la medicina, conobbe anche in Italia una certa diffusione nel corso degli anni Quaranta e

⁵⁰ Cfr., V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2011.

⁵¹ Cfr., G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1975.

⁵² Cfr., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024.

Cinquanta, prima che l'evidenza degli esiti invalidanti sul piano cognitivo, affettivo e relazionale ne determinasse il progressivo abbandono. La vicenda della psichirurgia costituisce un caso esemplare di come il riconoscimento scientifico e l'adozione su vasta scala di una tecnica possano precedere di anni una valutazione critica dei suoi effetti reali sulla persona⁵³.

Il mutamento più radicale del panorama terapeutico si verificò tuttavia all'inizio degli anni Cinquanta con l'avvio della cosiddetta rivoluzione psicofarmacologica. Nel 1952 due clinici francesi documentarono gli effetti della clorpromazina sugli stati di agitazione psicomotoria e sui quadri deliranti e allucinatori, aprendo la strada a una modalità di intervento profondamente diversa da quelle fino ad allora disponibili. La molecola giunse in Italia nel corso del decennio e la sua adozione si diffuse rapidamente negli ospedali psichiatrici, dove rispondeva a un'esigenza immediatamente percepibile: la gestione dell'agitazione senza ricorso alla contenzione meccanica⁵⁴.

Nel giro di pochi anni il repertorio farmacologico si ampliò considerevolmente. Alla clorpromazina si affiancarono altri neurolettici, tra cui l'aloiperidolo, sintetizzato alla fine degli anni Cinquanta e destinato a lunghissima fortuna clinica; comparvero i primi antidepressivi triciclici, si consolidò l'impiego dei sali di litio nella stabilizzazione dei disturbi dell'umore e, nel corso degli anni Sessanta, si diffusero le benzodiazepine come trattamento degli stati ansiosi. La psichiatria disponeva, per la prima volta nella propria storia, di strumenti capaci di modificare in tempi brevi la sintomatologia più acuta⁵⁵.

Le conseguenze di questa trasformazione sulla vita interna degli istituti furono considerevoli. La riduzione degli stati di agitazione rese possibile un allentamento delle misure coercitive, l'apertura di alcuni reparti e una diminuzione del ricorso alle celle di isolamento; al tempo stesso, la possibilità di controllare la sintomatologia acuta in tempi relativamente rapidi rese pensabile ciò che il paradigma custodialistico aveva sempre

⁵³ Cfr., G. Roccatagliata, *Il mito del male nel XIX secolo*, Liguori, Napoli, 2001.

⁵⁴ Cfr., G. C. Reda, *Storia della psichiatria italiana*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1982.

⁵⁵ *Ibidem*.

escluso, ossia che il trattamento potesse proseguire al di fuori delle mura dell'istituto, presso il domicilio della persona e con il supporto di servizi collocati sul territorio⁵⁶.

Sarebbe tuttavia semplificatorio leggere l'introduzione degli psicofarmaci come un progresso privo di ambivalenze. La letteratura critica ha messo in evidenza, già a partire dagli anni Sessanta, come la disponibilità di un mezzo rapido ed efficace per ridurre i comportamenti disturbanti abbia comportato il rischio di una sostituzione, e non di un superamento, delle pratiche coercitive: l'espressione «camicia di forza chimica», entrata nel lessico del dibattito dell'epoca, indica precisamente la possibilità che il farmaco venga impiegato non per restituire alla persona una capacità di relazione, ma per rendere gestibile un reparto sovraffollato e privo di personale⁵⁷.

A questa considerazione se ne aggiunge una di natura clinica. I neurolettici di prima generazione erano gravati da effetti collaterali rilevanti, in particolare di tipo extrapiramidale, che si traducevano in rigidità, rallentamento motorio, tremori e, nei trattamenti prolungati, in discinesie tardive. Tali manifestazioni, oltre a comportare una sofferenza fisica significativa, incidevano sull'espressività corporea e sulla postura, contribuendo a produrre quell'immagine stereotipata del malato psichiatrico che avrebbe alimentato per decenni lo stigma sociale nei confronti della sofferenza mentale⁵⁸.

La posizione elaborata dalla psichiatria critica italiana su questo punto risulta particolarmente equilibrata e merita di essere richiamata con precisione. Il farmaco non veniva rifiutato in linea di principio, né se ne negava l'utilità: esso veniva piuttosto riconosciuto come condizione necessaria ma non sufficiente della trasformazione. Necessaria, perché senza il controllo della sintomatologia acuta l'apertura dei reparti e la costruzione di servizi territoriali sarebbero rimaste impraticabili; non sufficiente, perché nessuna molecola è in grado, di per sé, di modificare il significato istituzionale del ricovero, la qualità della relazione tra operatore e paziente e la collocazione sociale della persona con sofferenza psichica⁵⁹.

⁵⁶ Cfr., D. De Salvia, M. Fioritti, *La psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento. Dalla legge sui manicomi alla riforma psichiatrica*, Il Mulino, Bologna, 1994.

⁵⁷ Cfr., F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, Torino, 1967.

⁵⁸ Cfr., E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona, 2003.

⁵⁹ *Ibidem*.

Il rinnovamento terapeutico del dopoguerra non si esaurì peraltro nella dimensione farmacologica. In quegli stessi anni cominciarono a penetrare nella psichiatria italiana, sia pure con ritardo e in misura disomogenea, gli apporti della psicoanalisi, della psichiatria fenomenologica di matrice mitteleuropea e della riflessione esistenziale, orientamenti che spostavano l'attenzione dalla classificazione del sintomo alla comprensione del mondo soggettivo della persona. Contributi originali vennero anche dalla ricerca italiana sul linguaggio della schizofrenia, che tentava di leggere le espressioni del paziente come strutture dotate di senso e non come semplici manifestazioni di deficit⁶⁰.

Sul piano organizzativo, infine, giunsero in Italia modelli elaborati in altri contesti nazionali che si sarebbero rivelati decisivi per il dibattito successivo: l'esperienza britannica della comunità terapeutica, fondata sulla partecipazione dei degenti alla vita e alle decisioni del reparto; la politica francese di settore, che ripartiva il territorio in aree affidate a équipes stabili con responsabilità di continuità assistenziale; e le posizioni radicali dell'antipsichiatria anglosassone, che mettevano in discussione lo statuto stesso della diagnosi psichiatrica e ne evidenziavano la funzione normativa⁶¹.

Il quadro che emerge è pertanto quello di un periodo di transizione caratterizzato da una profonda dissociazione tra il piano delle risorse tecniche e quello dell'assetto istituzionale. Alla metà degli anni Sessanta la psichiatria italiana disponeva di strumenti terapeutici incomparabilmente più efficaci rispetto a quelli dell'anteguerra e di riferimenti teorici che consentivano di pensare la cura in termini relazionali e territoriali; continuava tuttavia a operare all'interno di una cornice normativa e organizzativa costruita all'inizio del secolo attorno al principio della custodia. È in questa contraddizione che va individuata la premessa immediata della riforma del 1968⁶².

Anche in questo caso la lettura pedagogica consente di mettere a fuoco un elemento che l'analisi esclusivamente clinica rischierebbe di lasciare in ombra. La disponibilità di un farmaco efficace crea la condizione di possibilità di una relazione

⁶⁰ Cfr., S. Piro, *Il linguaggio schizofrenico*, Feltrinelli, Milano, 1967.

⁶¹ Cfr., D. Cooper, *Psichiatria e antipsichiatria*, Armando Editore, Roma, 1971.

⁶² Cfr., R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli Editore, Milano, 1979.

educativa, poiché rende il soggetto raggiungibile dalla parola e dallo scambio, ma non produce di per sé alcun processo formativo: perché ciò accada è necessario che qualcuno assuma il compito di rivolgersi alla persona come interlocutore, di riconoscerne la storia e di accompagnarla nella ricostruzione di un progetto di vita. La distinzione tra il rendere gestibile un comportamento e il restituire a un soggetto la propria capacità di agire costituisce, in definitiva, il criterio attraverso il quale è possibile valutare la portata reale di ogni innovazione terapeutica⁶³.

⁶³ Cfr., E. Ghedin, *Benessere, disabilità, partecipazione. Prospettive pedagogiche per la qualità della vita*, Pensa Multimedia, Lecce, 2009.

1.3 Riforma legislativa 18 marzo 1968: La legge Mariotti

La seconda metà degli anni Sessanta rappresentò uno dei momenti più significativi nella storia della psichiatria italiana: in questo periodo, in effetti, iniziarono a manifestarsi con sempre maggiore forza le contraddizioni di un sistema assistenziale fondato prevalentemente sull'istituzione manicomiale, il cui funzionamento era ancora regolato dalla legge n. 36 del 1904, conosciuta come legge Giolitti.

Per oltre sessant'anni questa normativa aveva disciplinato il ricovero e la gestione delle persone affette da disturbi psichici, contribuendo alla diffusione di un modello centrato sull'internamento, sulla custodia e sull'esclusione sociale piuttosto che sulla cura.

Il manicomio era di conseguenza concepito come un luogo destinato ad allontanare dalla società coloro che venivano considerati pericolosi o di pubblico scandalo, mentre l'aspetto terapeutico rimaneva fortemente marginale. La malattia mentale veniva interpretata prevalentemente come un problema di ordine pubblico e non come una condizione sanitaria che richiedeva interventi riabilitativi e percorsi personalizzati⁶⁴.

Nel corso degli anni Cinquanta e Sessanta la società italiana iniziò però ad attraversare profonde trasformazioni economiche, culturali e sociali: il cosiddetto "miracolo economico" modificò radicalmente la struttura del Paese, favorendo processi di industrializzazione, urbanizzazione e modernizzazione che interessarono anche il sistema sanitario e assistenziale⁶⁵.

Parallelamente, si svilupparono nuovi orientamenti scientifici che misero a poco a poco in discussione i presupposti teorici sui quali si fondava la psichiatria tradizionale: a questo proposito, la diffusione delle scienze umane, della sociologia, della psicologia sociale e delle nuove riflessioni pedagogiche contribuì a ridefinire il concetto stesso di malattia mentale, evidenziando come la sofferenza psichica non potesse essere

⁶⁴ Cfr., L. D'Alessandro, *La legge del 1904 sui manicomi. Psichiatria, amministrazione e controllo sociale nell'Italia liberale*, FrancoAngeli, Milano, 2006.

⁶⁵ Cfr., G. C. Reda, *Storia della psichiatria italiana*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1982.

interpretata esclusivamente attraverso una prospettiva biologica, ma dovesse essere compresa nella complessità delle relazioni sociali, familiari, culturali ed educative⁶⁶.

Anche sul piano internazionale il dibattito stava assumendo una rilevanza sempre maggiore: in numerosi Paesi europei e negli Stati Uniti cominciavano ad affermarsi modelli assistenziali alternativi all'ospedale psichiatrico tradizionale. Le esperienze della comunità terapeutica sviluppate da Maxwell Jones in Scozia e le riflessioni di Ronald Laing in Inghilterra dimostravano come fosse possibile costruire percorsi di cura fondati sulla relazione, sulla partecipazione attiva del paziente e sul rispetto della dignità della persona. Le sopra citate esperienze, esercitarono una notevole influenza anche sulla cultura psichiatrica italiana, alimentando un crescente interesse verso modelli meno autoritari e maggiormente orientati alla riabilitazione⁶⁷.

In Italia questo processo di rinnovamento trovò il proprio interprete principale in Franco Basaglia: nel 1961 assunse la direzione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia e si trovò di fronte una realtà caratterizzata da condizioni estremamente degradanti. I pazienti vivevano in ambienti sovraffollati, erano frequentemente sottoposti a pratiche coercitive come la contenzione fisica e trascorrevano gran parte della loro esistenza privati di qualsiasi possibilità di autodeterminazione.

L'organizzazione del manicomio era fondata su una rigida gerarchia che attribuiva al medico un potere assoluto, mentre il ricoverato perdeva progressivamente la propria identità personale, trasformandosi in un semplice numero all'interno dell'istituzione⁶⁸.

Basaglia comprese fin dai primi giorni che il problema non riguardava esclusivamente la malattia mentale, ma soprattutto l'organizzazione dell'istituzione che avrebbe dovuto curarla:

il manicomio, infatti, non soltanto non favoriva il recupero della persona, ma contribuiva esso stesso ad aggravarne la sofferenza per mezzo di pratiche di isolamento, dipendenza e spersonalizzazione. Per questa ragione iniziò un percorso di profonda

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ Cfr., F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1968.

trasformazione dell'ospedale di Gorizia, eliminando gradualmente molte delle pratiche coercitive che avevano caratterizzato la tradizione manicomiale italiana. L'apertura dei reparti, l'organizzazione delle assemblee tra operatori e pazienti, la riduzione delle contenzioni e il riconoscimento della dignità della persona ricoverata rappresentarono alcuni dei primi interventi che modificarono radicalmente il clima dell'istituzione⁶⁹.

L'esperienza di Gorizia assunse rapidamente un valore simbolico ben più ampio della semplice riorganizzazione di un ospedale psichiatrico: essa dimostrava concretamente che era possibile immaginare una psichiatria diversa, fondata sulla relazione terapeutica piuttosto che sul controllo disciplinare; proprio in questi anni iniziò a diffondersi una nuova sensibilità culturale che coinvolse medici, psicologi, assistenti sociali, pedagogisti e numerosi intellettuali italiani. Il dibattito non riguardava esclusivamente l'efficacia delle cure, ma investiva questioni di carattere etico, politico e sociale, interrogandosi sul significato stesso della normalità, della devianza e dell'esclusione⁷⁰.

Il 1968 rappresentò il momento in cui queste riflessioni iniziarono a tradursi anche sul piano legislativo: non si trattò ancora della radicale trasformazione che sarebbe stata introdotta dieci anni più tardi dalla legge 180, ma di un primo tentativo di riformare un sistema ormai largamente considerato inadeguato. In un clima storico caratterizzato dalle proteste studentesche, dai movimenti per i diritti civili e da una crescente attenzione ai diritti della persona, anche la questione psichiatrica divenne oggetto di un acceso confronto politico e culturale. L'opinione pubblica iniziò progressivamente a conoscere la realtà dei manicomi grazie alle testimonianze degli operatori, ai reportage giornalistici e alle numerose pubblicazioni che denunciavano le condizioni di vita dei ricoverati⁷¹.

In questo scenario maturò la legge n. 431 del 18 marzo 1968, comunemente conosciuta come legge Mariotti, dal nome del Ministro della Sanità Luigi Mariotti che ne promosse l'approvazione: la normativa rappresentò il primo intervento organico di revisione della legislazione psichiatrica italiana dopo oltre sessant'anni di sostanziale immobilismo. Pur mantenendo in vita l'istituzione manicomiale, la legge introdusse

⁶⁹ Cfr., F. Basaglia, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Einaudi, Torino, 1971.

⁷⁰ Cfr., F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1968.

⁷¹ *Ibidem*.

innovazioni destinate a modificare profondamente il modo di concepire il rapporto tra paziente, istituzione sanitaria e società. Per la prima volta il legislatore riconobbe che la persona affetta da disturbo mentale poteva essere considerata un soggetto titolare di diritti e non esclusivamente un individuo da controllare o segregare⁷².

La legge Mariotti non nacque improvvisamente, ma fu il risultato di un lungo processo di maturazione culturale che aveva coinvolto il mondo scientifico, la politica e numerosi professionisti impegnati nel settore sanitario. Essa rappresentò il punto di incontro tra le esigenze di modernizzazione del sistema sanitario italiano e le nuove prospettive teoriche sviluppatesi negli anni precedenti. Sebbene molti limiti dell'istituzione manicomiale rimanessero ancora irrisolti, la normativa del 1968 inaugurò un percorso destinato a modificare man mano l'intera organizzazione dell'assistenza psichiatrica italiana⁷³.

La persona con sofferenza psichica iniziò lentamente a essere considerata non soltanto come destinataria di interventi sanitari, ma anche come soggetto capace di mantenere relazioni, partecipare ai percorsi di cura e sviluppare risorse personali. Si trattò di un passaggio fondamentale perché pose le basi per una concezione educativa della cura, nella quale il recupero dell'autonomia, della responsabilità e dell'inclusione sociale avrebbe progressivamente assunto un ruolo sempre più centrale. La legge Mariotti rappresentò quindi il primo significativo passaggio nel lungo processo di superamento della cultura manicomiale, preparando il terreno alle successive riforme che avrebbero profondamente trasformato la psichiatria italiana nel decennio successivo⁷⁴.

La legge n. 431 del 18 marzo 1968 rappresentò, dunque, il primo concreto tentativo di riformare un sistema assistenziale che appariva ormai profondamente inadeguato rispetto alle nuove conoscenze scientifiche e ai cambiamenti sociali che stavano interessando l'Italia. Pur senza mettere in discussione l'esistenza del manicomio come istituzione, la normativa introdusse importanti innovazioni che modificarono col

⁷² Cfr., P. Cendon (a cura di), *Il diritto alla salute mentale*, Cedam, Padova, 1987.

⁷³ Cfr., V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2009.

⁷⁴ *Ibidem*.

tempo il modo di concepire la cura della malattia mentale. La sua importanza non deve essere valutata esclusivamente in relazione ai cambiamenti immediatamente prodotti, ma soprattutto per il ruolo che essa svolse nel preparare il terreno alla riforma del 1978. Molti dei principi che caratterizzeranno la legge Basaglia trovano del resto le proprie radici proprio nelle disposizioni introdotte dieci anni prima dalla legge Mariotti⁷⁵.

Uno degli aspetti maggiormente innovativi della riforma riguardò il riconoscimento del ricovero volontario negli ospedali psichiatrici: prima del 1968 il ricovero era quasi sempre disposto come misura coercitiva e comportava, nella maggior parte dei casi, una significativa limitazione dei diritti civili della persona. Il paziente veniva considerato incapace di comprendere la propria condizione e, di conseguenza, escluso da qualsiasi possibilità di partecipare alle decisioni riguardanti il proprio percorso terapeutico⁷⁶.

La legge Giolitti del 1904, infatti, si fondava sul presupposto che la persona affetta da disturbo mentale fosse incapace di esercitare pienamente la propria volontà, legittimando così un modello assistenziale fortemente paternalistico. Sebbene il regolamento attuativo del 1909 prevedesse formalmente la possibilità del ricovero volontario, nella pratica tale possibilità risultava pressoché inesistente, poiché il paziente che chiedeva spontaneamente di essere ricoverato veniva comunque assimilato a un ricoverato coatto, con la conseguente perdita dei diritti civili e personali. In altre parole, la volontà della persona non assumeva alcun valore giuridico né terapeutico, poiché prevaleva l'idea che il malato mentale fosse inevitabilmente incapace di riconoscere il proprio stato di salute⁷⁷.

La legge Mariotti modificò profondamente questa impostazione culturale: per la prima volta il legislatore riconobbe che anche una persona affetta da disturbo psichico poteva possedere una sufficiente consapevolezza della propria condizione e manifestare liberamente il desiderio di essere curata. Il ricovero volontario non comportava più la

⁷⁵ Cfr., G. Giannichedda, *La società e la follia. Psichiatria e malattia mentale nella storia d'Italia*, Franco Angeli, Milano, 1997.

⁷⁶ Cfr., M. Galzigna (a cura di), *Figure della follia. Storia della psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento*, Franco Angeli, Milano, 1987.

⁷⁷ *Ibidem*.

perdita dei diritti civili e poneva il paziente in una posizione giuridica analoga a quella di qualsiasi altro cittadino ricoverato in ospedale per una patologia fisica⁷⁸.

Si trattò di un cambiamento apparentemente semplice, ma in realtà rivoluzionario, poiché introduceva un principio destinato a modificare profondamente il rapporto tra medico e paziente. La persona non veniva più considerata esclusivamente come oggetto di controllo, ma iniziava ad assumere il ruolo di soggetto attivo del percorso terapeutico. Da una prospettiva pedagogica, questo riconoscimento assume un significato particolarmente rilevante, in quanto valorizza la capacità dell'individuo di partecipare ai processi decisionali che lo riguardano, promuovendo forme di responsabilizzazione, autonomia e autodeterminazione che costituiscono elementi fondamentali di qualsiasi intervento educativo⁷⁹.

Un secondo elemento di straordinaria importanza introdotto dalla legge Mariotti fu l'istituzione dei Centri di Igiene Mentale (CIM). Prima del 1968 l'assistenza psichiatrica risultava quasi completamente concentrata all'interno dell'ospedale psichiatrico. Il manicomio rappresentava il luogo privilegiato, se non esclusivo, in cui venivano affrontate tutte le problematiche legate alla sofferenza mentale. Mancavano servizi territoriali in grado di seguire la persona nel proprio ambiente di vita e di intervenire nelle fasi iniziali del disagio psicologico. Tale organizzazione produceva inevitabilmente un ricorso massiccio all'istituzionalizzazione, determinando ricoveri spesso molto lunghi e favorendo fenomeni di isolamento sociale che contribuivano ad aggravare ulteriormente la condizione dei pazienti⁸⁰.

L'introduzione dei Centri di Igiene Mentale rappresentò il primo tentativo di spostare almeno una parte dell'assistenza dal manicomio al territorio, pur essendo ancora strutture embrionali rispetto ai futuri Centri di Salute Mentale istituiti dopo il 1978, essi costituivano una significativa innovazione organizzativa. Attraverso questi servizi diventava possibile seguire la persona anche al di fuori dell'ospedale, instaurando una continuità terapeutica che fino a quel momento era stata quasi completamente assente. Il

⁷⁸ *Ibidem.*

⁷⁹ *Ibidem.*

⁸⁰ *Ibidem.*

trattamento non si limitava più esclusivamente al periodo del ricovero, ma iniziava a svilupparsi anche nella quotidianità della persona⁸¹.

Un ulteriore elemento innovativo previsto dalla legge riguardò il potenziamento del personale sanitario attraverso finanziamenti statali destinati all'assunzione di medici, psicologi e altri professionisti specializzati. Prima del 1968 gli ospedali psichiatrici italiani erano caratterizzati da una cronica carenza di personale qualificato. Il numero ridotto di medici rendeva estremamente difficile garantire interventi terapeutici individualizzati e favoriva un'organizzazione fortemente orientata alla sorveglianza piuttosto che alla cura. L'incremento degli organici consentì invece la formazione di équipe multidisciplinari, nelle quali diverse competenze professionali iniziarono a collaborare nella presa in carico della persona⁸².

L'introduzione del lavoro d'équipe rappresentò un cambiamento di grande rilievo non soltanto dal punto di vista sanitario, ma anche culturale. La malattia mentale cessava gradualmente di essere interpretata come un fenomeno esclusivamente medico e iniziava a essere affrontata attraverso una prospettiva più ampia, capace di integrare competenze psicologiche, sociali, educative e riabilitative. Questa impostazione multidisciplinare anticipava uno dei principi fondamentali della moderna salute mentale, secondo il quale il benessere della persona dipende dall'interazione tra fattori biologici, psicologici, sociali ed educativi. In questa prospettiva il contributo della pedagogia acquisisce un ruolo sempre più significativo, poiché la riabilitazione non consiste soltanto nella riduzione dei sintomi clinici, ma comprende il recupero delle competenze personali, delle capacità relazionali e della partecipazione alla vita sociale⁸³.

L'approvazione della legge Mariotti deve essere peraltro letta alla luce del clima politico e culturale che caratterizzò il 1968. Quell'anno rappresentò uno dei momenti di maggiore fermento nella storia della Repubblica italiana. Le proteste studentesche, le rivendicazioni operaie e i movimenti impegnati nella difesa dei diritti civili contribuirono a mettere in discussione numerose istituzioni tradizionali, promuovendo una nuova

⁸¹ Cfr., M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano, 2001.

⁸² Cfr., A. De Peri, *Il medico e il folle. Percorsi della psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento*, Franco Angeli, Milano, 1989.

⁸³ *Ibidem*.

attenzione verso la dignità della persona, la partecipazione democratica e il riconoscimento delle libertà individuali. Anche il sistema psichiatrico fu inevitabilmente coinvolto in questo processo di critica. Il manicomio iniziò a essere percepito non soltanto come un luogo di cura inefficace, ma come un'istituzione totale capace di produrre esclusione, dipendenza e perdita dell'identità personale. Le denunce provenienti dalle esperienze di Gorizia e, successivamente, di Trieste contribuirono a diffondere nell'opinione pubblica una crescente consapevolezza delle condizioni di vita dei ricoverati e della necessità di ripensare radicalmente il significato dell'assistenza psichiatrica⁸⁴.

Sotto questo profilo, la legge Mariotti può essere interpretata come il primo riconoscimento istituzionale della crisi del modello manicomiale. Pur senza eliminarlo, essa ne mise in discussione alcuni dei presupposti fondamentali, introducendo principi destinati a modificare a poco a poco l'intera cultura psichiatrica italiana. L'idea che la persona con disturbo mentale potesse conservare diritti, capacità decisionali e possibilità di partecipazione rappresentò una frattura rispetto alla tradizione precedente e costituì il fondamento sul quale si svilupperanno, negli anni successivi, le esperienze di deistituzionalizzazione promosse da Franco Basaglia e dai numerosi professionisti che contribuirono al rinnovamento della psichiatria italiana⁸⁵.

L'importanza della legge Mariotti emerge con ancora maggiore evidenza se la si analizza alla luce dei cambiamenti che interessarono la psichiatria italiana tra il 1968 e il 1978. La riforma, invero, non produsse soltanto modifiche di carattere normativo, ma favorì la diffusione di un nuovo modo di intendere l'assistenza psichiatrica, destinato a incidere profondamente sia sull'organizzazione dei servizi sia sulla cultura professionale degli operatori. In questo decennio prese progressivamente forma un processo di trasformazione che avrebbe condotto al definitivo superamento del paradigma custodialistico, aprendo la strada alla deistituzionalizzazione e alla nascita di una psichiatria di comunità⁸⁶.

⁸⁴ Cfr., F. Della Peruta, *Il manicomio e la società italiana. 1870-1900*, Feltrinelli, Milano, 1980.

⁸⁵ *Ibidem*.

⁸⁶ Cfr., M. Jones, *La psichiatria sociale nell'azione*, Feltrinelli, Milano, 1968.

L'approvazione della legge Mariotti non eliminò immediatamente le criticità presenti nei manicomi italiani. La maggior parte degli ospedali psichiatrici continuava a essere caratterizzata da un elevato numero di ricoverati, da strutture spesso obsolete e da pratiche assistenziali ancora fortemente improntate alla sorveglianza piuttosto che alla riabilitazione. Nel 1968, infatti, gli internati negli ospedali psichiatrici italiani erano circa centomila, un dato che testimonia la dimensione assunta dall'istituzionalizzazione nel nostro Paese. Per molte persone il ricovero coincideva con una permanenza di lunghissima durata, che spesso si protraeva per decenni e comportava una progressiva perdita delle relazioni familiari, delle competenze sociali e della stessa identità personale. L'ingresso in manicomio costituiva frequentemente un punto di non ritorno, trasformando l'ospedale psichiatrico in un luogo di segregazione permanente piuttosto che di cura⁸⁷.

Proprio per questo motivo la legge Mariotti non può essere interpretata come una riforma conclusiva, bensì come una fase di transizione. Essa rese possibile l'avvio di un processo che avrebbe trovato piena espressione soltanto negli anni successivi, quando numerosi professionisti iniziarono a sperimentare concretamente nuovi modelli organizzativi all'interno degli ospedali psichiatrici. Il principio secondo cui la persona con sofferenza mentale dovesse essere considerata un soggetto di diritti trovò in effetti applicazione pratica soprattutto nelle esperienze promosse da Franco Basaglia e dai suoi collaboratori⁸⁸.

L'esperienza di Gorizia continuò a rappresentare il principale laboratorio di innovazione della psichiatria italiana. Dopo il 1968 il lavoro avviato da Basaglia acquistò una risonanza nazionale e internazionale sempre maggiore. L'obiettivo non consisteva semplicemente nel migliorare le condizioni di vita all'interno del manicomio, ma nel mettere radicalmente in discussione il significato stesso dell'istituzione totale. Seguendo le riflessioni elaborate anche dal sociologo Erving Goffman, Basaglia sosteneva che il manicomio non fosse un ambiente neutrale, bensì un'istituzione capace di produrre ulteriore sofferenza tramite la spersonalizzazione della persona ricoverata. L'isolamento, la perdita della libertà, la rigidità delle regole interne e la separazione dalla società

⁸⁷ Cfr., P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi. Società e politica 1943-1988*, Einaudi, Torino, 1989.

⁸⁸ *Ibidem*.

contribuivano infatti ad aggravare il disagio psichico anziché favorirne il miglioramento
89-90 .

Per questa ragione il cambiamento promosso a Gorizia non riguardava esclusivamente l'organizzazione sanitaria, ma coinvolgeva una concezione completamente diversa della relazione terapeutica. Il paziente non veniva più considerato come destinatario passivo delle decisioni mediche, ma come protagonista del proprio percorso di cura. Le assemblee tra operatori e ricoverati, l'apertura dei reparti, la progressiva eliminazione delle pratiche coercitive e la valorizzazione della comunicazione rappresentavano strumenti attraverso i quali si cercava di restituire alla persona la propria dignità e la propria identità. Tali esperienze dimostravano concretamente che la qualità della relazione educativa e terapeutica poteva incidere profondamente sul benessere della persona, anticipando concetti che oggi costituiscono principi fondamentali della salute mentale⁹¹.

Nel 1971 Basaglia lasciò Gorizia per assumere la direzione dell'ospedale psichiatrico di Trieste. Questo trasferimento rappresentò un momento decisivo nella storia della psichiatria italiana, poiché consentì di estendere il processo di trasformazione a una realtà molto più complessa. A Trieste il progetto di riforma assunse una dimensione ancora più ampia, orientandosi non soltanto al miglioramento delle condizioni interne dell'ospedale, ma soprattutto alla costruzione di servizi territoriali capaci di sostituire gradualmente il manicomio. L'intera città venne suddivisa in settori, ciascuno dei quali faceva riferimento a un'équipe responsabile della presa in carico delle persone residenti in quello specifico territorio. L'obiettivo era creare una continuità assistenziale che accompagnasse il paziente nel proprio contesto di vita, evitando il ricorso sistematico al ricovero ospedaliero⁹².

Questa organizzazione rappresentava una concreta evoluzione dei principi introdotti dalla legge Mariotti. I Centri di Igiene Mentale previsti dalla normativa del 1968

⁸⁹ Per maggiori informazioni si consiglia la consultazione del libro E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.

⁹⁰ Cfr., F. Basaglia, *Scritti. 1953-1980*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 1981.

⁹¹ *Ibidem*.

⁹² Cfr., F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1968.

trovavano del resto una progressiva realizzazione attraverso servizi sempre più orientati alla comunità, nei quali la persona poteva ricevere assistenza senza essere separata dal proprio ambiente familiare e sociale. Iniziava così ad affermarsi una nuova idea di salute mentale, fondata sulla continuità delle cure, sulla prevenzione, sul lavoro territoriale e sulla collaborazione tra differenti figure professionali⁹³.

Parallelamente, analoghi processi di rinnovamento interessarono numerose altre città italiane. Ad Arezzo, Agostino Pirella promosse un'importante esperienza di deistituzionalizzazione, introducendo pratiche orientate all'apertura del manicomio, alla riduzione delle contenzioni e al reinserimento sociale dei ricoverati. Analogamente, Antonio Slavich avviò a Ferrara un percorso di trasformazione che avrebbe successivamente condotto alla definitiva chiusura dell'ospedale psichiatrico cittadino. Esperienze significative si svilupparono anche a Perugia, dove vennero sperimentati modelli assistenziali fondati su una diversa concezione della relazione terapeutica e dell'organizzazione dei servizi. Sebbene ciascuna realtà presentasse caratteristiche specifiche, tutte condividevano un principio fondamentale: il riconoscimento della persona con sofferenza psichica come cittadino titolare di diritti e non come semplice destinatario di misure custodiali⁹⁴.

Tra il 1968 e il 1978 si verificò quindi un progressivo cambiamento culturale che interessò non soltanto gli ospedali psichiatrici, ma l'intera società italiana. Il dibattito sulla malattia mentale uscì progressivamente dalle mura del manicomio e coinvolse il mondo accademico, le istituzioni, gli operatori sanitari, gli intellettuali e l'opinione pubblica. Numerose pubblicazioni, convegni e iniziative culturali contribuirono a diffondere una nuova sensibilità nei confronti della sofferenza psichica, evidenziando la necessità di superare stereotipi e pregiudizi profondamente radicati nella cultura del tempo⁹⁵.

La legge Mariotti, quindi, non deve essere considerata semplicemente come una riforma amministrativa dell'assistenza psichiatrica. Essa rappresentò il primo riconoscimento legislativo della necessità di ridefinire il rapporto tra istituzione, cura e

⁹³ *Ibidem*.

⁹⁴ Cfr., A. Pirella, *L'uomo e la follia. Saggi di psichiatria critica*, Feltrinelli, Milano, 1976.

⁹⁵ Cfr., P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi. Società e politica 1943-1988*, Einaudi, Torino, 1989.

cittadinanza. Attraverso il ricovero volontario, l'istituzione dei Centri di Igiene Mentale e il rafforzamento delle équipes multidisciplinari, la normativa introdusse principi che modificarono man mano la cultura professionale degli operatori e prepararono il terreno alla grande riforma del 1978. Senza il percorso avviato nel 1968 difficilmente sarebbe stato possibile giungere, nel giro di un decennio, all'approvazione della legge 180, che avrebbe definitivamente sancito il superamento del manicomio come principale luogo di cura della sofferenza mentale⁹⁶.

Da questo punto di vista, la legge Mariotti può essere interpretata come il punto di incontro tra la tradizione della psichiatria italiana e la nascita di un nuovo paradigma assistenziale fondato sul rispetto della dignità umana, sulla partecipazione della persona ai processi di cura e sulla progressiva costruzione di una rete territoriale di servizi. Essa rappresentò il primo passo di un percorso storico e culturale destinato a modificare profondamente non soltanto l'organizzazione della psichiatria italiana, ma anche il modo stesso di concepire la relazione tra salute mentale, educazione e inclusione sociale⁹⁷.

⁹⁶ *Ibidem.*

⁹⁷ *Ibidem.*

1.5 La critica basagliana all'istituzione manicomiale

L'analisi delle esperienze di trasformazione avviate a Gorizia e a Trieste consente di cogliere la dimensione operativa del processo di superamento dell'istituzione manicomiale; essa non esaurisce, tuttavia, la portata teorica della critica elaborata da Franco Basaglia e dal gruppo di studiosi e operatori che si riconobbe nella sua impostazione. Tale critica non si limitò infatti a denunciare le condizioni materiali dei reparti o a proporre correttivi organizzativi, ma mise in discussione i fondamenti epistemologici della disciplina psichiatrica e il mandato sociale che essa aveva storicamente ricevuto⁹⁸.

Il punto di partenza di questa elaborazione va individuato nella formazione filosofica dello psichiatra veneziano. Negli anni della sua attività universitaria a Padova, Basaglia si accostò alla fenomenologia e all'esistenzialismo, assumendo come riferimento la psichiatria di ispirazione fenomenologica di area mitteleuropea e la riflessione francese sul rapporto tra coscienza, corpo e mondo. Da tali letture derivò una convinzione che avrebbe attraversato tutta la sua opera: lo sguardo clinico che riduce il paziente al suo quadro nosografico non descrive semplicemente una realtà preesistente, ma contribuisce attivamente a costituirlo, trasformando una persona in un oggetto di osservazione⁹⁹.

Da questa premessa discende la formula, divenuta emblematica, della malattia messa tra parentesi. Non si trattava di negare l'esistenza della sofferenza psichica, come una lettura superficiale ha talvolta sostenuto, né di sostenere che il disturbo mentale fosse un'invenzione: si trattava piuttosto di sospendere provvisoriamente il giudizio diagnostico per rendere possibile l'incontro con la persona nella sua concretezza biografica e sociale. La diagnosi, applicata come prima e unica chiave di lettura, produceva infatti un effetto di occultamento, rendendo invisibili la storia, i bisogni, i desideri e le condizioni materiali di esistenza del soggetto che si aveva di fronte¹⁰⁰.

⁹⁸ Cfr., M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano, 2001.

⁹⁹ Cfr., F. Basaglia, *Scritti. 1953-1980*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 1981.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

Il secondo pilastro della critica basagliana è costituito dall'incontro con la sociologia delle istituzioni totali. La descrizione delle strutture che assorbono integralmente il tempo e lo spazio dei propri ospiti, regolandone ogni aspetto dell'esistenza secondo un piano razionale unitario, forniva a Basaglia lo strumento concettuale per distinguere ciò che nel comportamento del degente apparteneva alla patologia da ciò che costituiva invece un effetto dell'internamento. Tale distinzione, apparentemente tecnica, si rivelava dirompente: essa implicava che una parte consistente della cronicità osservata nei manicomi fosse un prodotto dell'istituzione medesima e non un esito naturale della malattia¹⁰¹.

Il volume collettivo pubblicato nel 1968 e destinato a divenire il testo di riferimento del movimento raccoglie il resoconto dell'esperienza goriziana e ne esplicita il presupposto teorico fin dal titolo. Negare l'istituzione non significava ignorarla o abbandonarla, bensì rifiutarne il mandato dall'interno, mettendo in discussione, attraverso la pratica quotidiana, la legittimità del ruolo assegnato agli operatori. Il carattere collettivo del testo, costruito attraverso contributi di medici, infermieri e collaboratori, costituisce a sua volta un elemento significativo: esso segnalava che la trasformazione non poteva essere opera di un singolo riformatore illuminato, ma richiedeva l'assunzione condivisa di una responsabilità istituzionale¹⁰².

Al centro dell'analisi si colloca il riconoscimento del duplice mandato affidato allo psichiatra dalla società. Alla funzione dichiarata di cura si affiancava una funzione implicita, ma non meno vincolante, di tutela dell'ordine pubblico e di gestione del disagio sociale, esplicitamente prevista dall'impianto normativo del 1904. Basaglia sostenne che finché tale mandato fosse rimasto inalterato, ogni riforma tecnica sarebbe stata destinata a riprodurre, sotto forme più moderne e presentabili, la medesima funzione di controllo: la violenza dell'istituzione non era un'anomalia correggibile, ma l'espressione di una

¹⁰¹ Cfr., E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.

¹⁰² Cfr., F. Basaglia, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini + Castoldi, Milano, 2024.

violenza che la società delegava all'istituzione perché fosse esercitata al riparo dallo sguardo pubblico¹⁰³.

Da questa impostazione discende la dimensione sociale, e più precisamente di classe, della critica. L'osservazione della popolazione internata mostrava con evidenza che la condizione manicomiale non colpiva in modo indifferenziato: chi disponeva di risorse economiche, di una rete familiare solida e di una posizione sociale riconosciuta accedeva a forme di cura private e temporanee, mentre l'internamento prolungato riguardava in modo pressoché esclusivo le classi popolari. La malattia mentale, in altri termini, non determinava di per sé l'esclusione: era la combinazione tra sofferenza psichica e assenza di potere contrattuale a produrre l'internamento definitivo¹⁰⁴.

L'ampliamento più radicale di questa prospettiva si trova nella riflessione sviluppata all'inizio degli anni Settanta insieme a Franca Ongaro Basaglia, nella quale la categoria della devianza viene sottoposta a un'analisi che ne rovescia il senso comune. Deviante non è chi possiede una caratteristica intrinseca di anormalità, ma chi viene collocato al di fuori del perimetro definito da una maggioranza che, attraverso la norma, stabilisce i confini dell'accettabile. La normalità non costituisce quindi un dato oggettivo, bensì il risultato di un rapporto di forza culturale e sociale, e le istituzioni deputate alla gestione della devianza svolgono la funzione di rendere invisibili le contraddizioni che quel rapporto produce¹⁰⁵.

Questa acquisizione teorica riveste un'importanza decisiva per l'impianto complessivo del presente lavoro, poiché consente di collegare la vicenda dell'istituzione psichiatrica ai processi di costruzione sociale della differenza che verranno analizzati nel capitolo successivo. Se la devianza è il prodotto di un'operazione normativa e non una proprietà del soggetto, allora la storia delle donne internate, delle diagnosi costruite attorno a comportamenti non conformi alle aspettative di genere e della medicalizzazione

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ Cfr., F. Basaglia, C. Cerati, G. Berengo Gardin, *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Einaudi, Torino, 1969.

¹⁰⁵ Cfr., F. Basaglia, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Einaudi, Torino, 1971.

della trasgressione morale non costituisce un capitolo marginale della storia manicomiale, ma ne rappresenta uno degli snodi più rivelatori¹⁰⁶.

Un tratto distintivo dell'elaborazione basagliana, e forse il meno frequentemente richiamato, è costituito dalla lucidità autocritica con cui vennero valutati i risultati stessi del processo di riforma. L'adozione del modello della comunità terapeutica, che a Gorizia aveva consentito l'apertura dei reparti, l'abolizione progressiva delle contenzioni e l'introduzione delle assemblee, venne infatti riconosciuta come una tappa transitoria e non come un approdo. Un manicomio reso più umano, avvertiva Basaglia, resta un manicomio: il rischio consisteva nel produrre un'istituzione più accettabile sul piano estetico e più efficiente sul piano tecnico, ma non meno separata dal corpo sociale¹⁰⁷.

Da tale consapevolezza deriva lo spostamento dell'obiettivo dalla riforma dell'istituzione alla sua sostituzione, e con esso l'affermazione che ha assunto valore di sintesi dell'intero percorso: la libertà come condizione terapeutica. L'enunciato, formulato in modo particolarmente esplicito nelle conferenze tenute negli ultimi anni di vita, non va inteso come una dichiarazione retorica, bensì come un'indicazione operativa. Esso implica che gli elementi decisivi del percorso di cura non siano riducibili all'atto medico, ma comprendano la disponibilità di un'abitazione, l'accesso a un reddito, la possibilità di un'occupazione e l'esistenza di relazioni significative, ossia l'insieme delle condizioni che restituiscono alla persona un potere contrattuale nei confronti degli altri¹⁰⁸.

Coerentemente con questa impostazione, l'esperienza triestina si orientò verso la costruzione di strumenti concreti di reinserimento, tra i quali assunse particolare rilievo la promozione di forme cooperative di lavoro che consentivano ai degenti di ricevere una retribuzione e di essere riconosciuti come lavoratori e non come assistiti. Sul piano simbolico, un ruolo altrettanto significativo fu svolto dalle iniziative che portarono l'istituzione fuori dai propri confini, coinvolgendo la cittadinanza in attività laboratoriali

¹⁰⁶ *Ibidem*.

¹⁰⁷ Cfr., F. Basaglia, *Scritti. 1953-1980*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 1981.

¹⁰⁸ Cfr., F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

e artistiche il cui obiettivo consisteva nel rendere visibile alla comunità ciò che per decenni era stato tenuto nascosto¹⁰⁹.

La dimensione collettiva del movimento trovò forma organizzata nella costituzione, nel 1973, di un'associazione che riuniva operatori della salute mentale, ricercatori e amministratori impegnati nella deistituzionalizzazione, e che svolse una funzione decisiva nel trasferire il dibattito dai singoli territori al piano nazionale. Attraverso convegni, pubblicazioni e attività di pressione politica, il movimento contribuì a costruire le condizioni culturali e parlamentari che avrebbero reso possibile l'approvazione della riforma¹¹⁰.

L'esito legislativo di questo percorso è rappresentato dalla legge 13 maggio 1978, n. 180, successivamente confluita nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. La normativa vietò la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici e il ricovero di nuovi pazienti in quelli esistenti, ricondusse il trattamento della fase acuta a reparti collocati all'interno degli ospedali generali, affidò la presa in carico ordinaria ai servizi territoriali e ridefinì il trattamento sanitario obbligatorio come misura eccezionale, temporalmente limitata e sottoposta a garanzie procedurali, fondata sulla necessità terapeutica e non più sulla pericolosità sociale¹¹¹.

Il mutamento di criterio introdotto su quest'ultimo punto costituisce forse l'elemento di maggiore portata dell'intera riforma. Sostituire la pericolosità con la necessità di cura significava infatti riconoscere che la persona con disturbo psichico è titolare degli stessi diritti riconosciuti a qualsiasi altro cittadino e che la limitazione della libertà personale può essere giustificata soltanto da un'esigenza sanitaria accertata, temporanea e verificabile. La riforma italiana, prima al mondo a disporre il superamento dell'ospedale psichiatrico, tradusse in norma giuridica un principio che era stato elaborato attraverso vent'anni di pratica quotidiana nei reparti¹¹².

¹⁰⁹ Cfr., A. Pirella, *L'uomo e la follia. Saggi di psichiatria critica*, Feltrinelli, Milano, 1976.

¹¹⁰ Cfr., M. G. Giannichedda, *La società e la follia. Psichiatria e malattia mentale nella storia d'Italia*, FrancoAngeli, Milano, 1997.

¹¹¹ Cfr., P. Cendon (a cura di), *Il diritto alla salute mentale*, Cedam, Padova, 1987.

¹¹² Cfr., O. De Leonardis, *Psichiatria, politiche e pratiche sociali*, FrancoAngeli, Milano, 1988.

Sarebbe tuttavia storiograficamente inesatto presentare l'esito del processo come integralmente compiuto. L'attuazione della riforma procedette con notevole disomogeneità sul territorio nazionale e non fu accompagnata, in numerose realtà, da un investimento adeguato nella costruzione dei servizi territoriali destinati a sostituire l'istituzione: ne derivò, in molti casi, un trasferimento del carico assistenziale sulle famiglie, prive di sostegni e di competenze specifiche. La critica rivolta alla riforma, secondo la quale essa avrebbe determinato una condizione di abbandono, coglie dunque un problema reale, che va però correttamente attribuito alla mancata realizzazione dei servizi previsti e non ai principi affermati dalla legge¹¹³.

Le implicazioni pedagogiche di questo percorso sono di notevole rilievo e giustificano la collocazione della critica basagliana all'interno di un lavoro di taglio educativo. La deistituzionalizzazione, intesa nel senso che le venne attribuito, non consiste infatti nella semplice chiusura di edifici, ma in un processo di apprendimento collettivo che coinvolge simultaneamente più soggetti: la persona internata, chiamata a riappropriarsi di competenze, di scelte e di una progettualità che l'istituzione aveva sistematicamente disattivato; gli operatori, chiamati a rinunciare a un ruolo di controllo per assumere una funzione di accompagnamento; e la comunità, chiamata a riconoscere come propria una sofferenza che aveva delegato ad altri¹¹⁴.

In questa prospettiva, la nozione basagliana di restituzione della contrattualità sociale può essere legittimamente tradotta in termini educativi come obiettivo formativo. Restituire a un soggetto la possibilità di negoziare, di scegliere, di rifiutare e di essere riconosciuto come interlocutore corrisponde infatti a ciò che la pedagogia definisce promozione dell'autonomia e dell'autodeterminazione, e richiede gli stessi strumenti: la costruzione di un contesto relazionale sicuro, la valorizzazione delle competenze residue, la gradualità delle proposte e la disponibilità di un adulto capace di sostenere il processo senza sostituirsi alla persona¹¹⁵.

¹¹³ *Ibidem*.

¹¹⁴ Cfr., M. Pavone, *Dall'esclusione all'inclusione. Lo sguardo della pedagogia speciale*, Mondadori Università, Milano, 2010.

¹¹⁵ Cfr., E. Ghedin, *Benessere, disabilità, partecipazione. Prospettive pedagogiche per la qualità della vita*, Pensa Multimedia, Lecce, 2009.

Vi è infine un ultimo elemento della lezione basagliana che risulta particolarmente pertinente rispetto agli sviluppi dei capitoli successivi. Il superamento del manicomio come edificio non comporta automaticamente il superamento della logica che lo aveva prodotto: i meccanismi di etichettamento, di separazione e di riduzione della persona alla propria diagnosi possono riprodursi all'interno di contesti formalmente aperti, siano essi servizi sanitari, strutture residenziali, istituzioni scolastiche o rappresentazioni mediatiche della sofferenza psichica. È precisamente per questa ragione che la riflessione educativa sullo stigma, sulla costruzione sociale della devianza e sugli strumenti attraverso cui è possibile promuovere il riconoscimento reciproco conserva, a distanza di decenni, una piena attualità¹¹⁶.

¹¹⁶ Cfr., E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona, 2003.

CAPITOLO 2

LA DEVIANZA COME COSTRUZIONE PEDAGOGICA E SOCIALE: IL MANICOMIO E L'ESPERIENZA DI ALDA MERINI

“Ho conosciuto Gerico, ho avuto anch'io la mia Palestina, le mura del manicomio erano le mura di Gerico e una pozza di acqua infettata ci ha battezzati tutti.

Lì dentro eravamo ebrei e i Farisei erano in alto e c'era anche il Messia confuso dentro la folla: un pazzo che urlava al Cielo tutto il suo amore in Dio.

Noi tutti, branco di asceti eravamo come gli uccelli e ogni tanto una rete oscura ci imprigionava ma andavamo verso la messe,

la messe di nostro Signore e Cristo il Salvatore.

Fummo lavati e sepolti, odoravamo di incenso.

E dopo, quando amavamo ci facevano gli elettrochoc perché, dicevano, un pazzo non può amare nessuno.

Ma un giorno da dentro l'avello anch'io mi sono ridestata e anch'io come Gesù ho avuto la mia resurrezione, ma non sono salita ai cieli sono discesa all'inferno da dove riguardo stupita le mura di Gerico antica.

Le dune del canto si sono chiuse, o dannata magia dell'universo, che tutto può sopra una molle sfera.

Non venire tu quindi al mio passato, non aprirai dei delta vorticosi, delle piaghe latenti, degli accessi alle scale che mobili si danno sopra la balaustra del declino; resta, potresti anche essere Orfeo che mi viene a ritogliere dal nulla, resta o mio ardito e sommo cavaliere, io patisco la luce, nelle ombre sono regina ma fuori nel mondo potrei essere morta e tu lo sai lo smarrimento che mi prende pieno quando io vedo un albero sicuro..”

(A. Merini – La Terra Santa)

2.1 L'eredità lombrosiana: la donna delinquente, la prostituta e la donna normale

Per comprendere le forme attraverso le quali, nel corso del Novecento, la non conformità femminile venne letta nei termini della devianza e della patologia, occorre risalire alla stagione in cui il sapere positivista elaborò, per la prima volta in forma sistematica, una teoria scientifica della differenza femminile. Se nel primo capitolo l'influenza di Cesare Lombroso è stata richiamata in relazione alla genesi del paradigma custodialistico e della legge del 1904, è ora necessario soffermarsi su un aspetto più specifico della sua eredità: la costruzione di una vera e propria antropologia della donna, destinata a sopravvivere di molti decenni alla crisi del positivismo e a riaffiorare, in forme

aggiornate, nel discorso medico, giuridico e politico del ventennio fascista e dell'Italia repubblicana¹¹⁷.

Il testo fondativo di questa antropologia è *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, pubblicato da Lombroso insieme a Guglielmo Ferrero nel 1893 e più volte riedito nei decenni successivi. L'opera trasferiva sul terreno della differenza sessuale l'impianto già elaborato nell'*Uomo delinquente*: attraverso misurazioni craniometriche, rilievi fisionomici, osservazioni sulla sensibilità al dolore e ampie raccolte di fotografie di detenute e di prostitute, gli autori intendevano dimostrare l'esistenza di una gerarchia naturale nella quale la donna occupava una posizione intermedia, meno evoluta rispetto all'uomo e più prossima alle forme primitive della specie. La minore variabilità biologica attribuita al sesso femminile, lungi dal rappresentare un elemento di equilibrio, veniva interpretata come indice di una conservatività organica e psichica che rendeva la donna meno esposta al genio e, al tempo stesso, meno capace di autonomia morale e intellettuale¹¹⁸.

All'interno di questo schema, la "donna normale" non costituiva affatto una figura neutra, ma il risultato di un equilibrio precario, garantito da quelli che Lombroso considerava i principali correttivi della natura femminile: la pietà, la debolezza fisica, la minore intelligenza e, soprattutto, la maternità. Proprio la funzione materna, intesa come destinazione biologica dell'intero organismo femminile, era chiamata a neutralizzare le tendenze latenti alla crudeltà, alla menzogna e alla vendetta che gli autori attribuivano alla donna in quanto tale. Ne derivava una conseguenza gravida di implicazioni: la donna che si sottraeva alla maternità, o che la viveva in modo non conforme, si trovava per definizione privata del principale argine contro la degenerazione¹¹⁹.

Il punto più noto, e al tempo stesso più rivelatore, della costruzione lombrosiana riguarda la figura della prostituta. Constatando che la criminalità femminile risultava

¹¹⁷ Cfr., L. Azara, L. Tedesco, «Introduzione. La donna delinquente: teorie lombrosiane e pratiche politico-istituzionali in Italia tra Otto e Novecento», in L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019.

¹¹⁸ Cfr., C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Bocca, Torino, 1903.

¹¹⁹ Cfr., M. Loconsole, «Dalla donna normale alla criminale-nata. La natura femminile nel dialogo tra Paolo Mantegazza e Cesare Lombroso», in L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019.

statisticamente assai inferiore a quella maschile, Lombroso e Ferrero non ne dedussero una minore propensione della donna alla devianza, ma individuarono nella prostituzione l'equivalente femminile del delitto: la prostituta, in questa prospettiva, rappresentava la vera "delinquente nata" del proprio sesso, portatrice di stigmate degenerative, di un'ottusità morale congenita e di un'assenza di pudore interpretata come regressione atavica¹²⁰. La devianza femminile veniva così spostata dal terreno dell'azione, e dunque del reato, a quello della sessualità, e la condotta sessuale diventava il criterio principale attraverso cui misurare la normalità o l'anormalità di una donna. Come ha mostrato la storiografia più recente, proprio questa sovrapposizione tra trasgressione sessuale e devianza costituisce uno dei lasciti più duraturi dell'opera lombrosiana, capace di sopravvivere alla confutazione scientifica dei suoi presupposti anatomici¹²¹.

Accanto alla delinquente nata e alla prostituta, l'opera delineava inoltre la figura della delinquente d'occasione e quella della rea per passione, nonché un ampio spettro di condizioni intermedie (l'isteria, l'epilessia, la pazzia morale) che collegavano direttamente l'antropologia criminale al sapere psichiatrico. L'isterica, in particolare, veniva descritta come soggetto menzognero, suggestionabile, incline alla simulazione e alla calunnia, secondo un repertorio di tratti che, come si vedrà, avrebbe continuato a orientare le perizie e le cartelle cliniche ben oltre la stagione positivista¹²².

La ricezione dell'opera, tuttavia, fu tutt'altro che lineare. Già negli anni immediatamente successivi alla pubblicazione, le tesi lombrosiane sulla donna furono oggetto di critiche provenienti tanto dal campo giuridico quanto da quello medico, e la stessa comunità scientifica che aveva contribuito ad affermare il positivismo cominciò progressivamente a prenderne le distanze sul piano metodologico. A questa presa di distanza, però, non corrispose un reale superamento: il "parricidio" nei confronti di Lombroso rimase in larga misura incompiuto, poiché l'abbandono delle stigmate

¹²⁰ Cfr., C. Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Bocca, Torino, 1903.

¹²¹ Cfr., L. Azara, «La prostituta tra innatismo e acquisizione. Una questione insoluta nell'Italia repubblicana», in L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019.

¹²² Cfr., E. Musumeci, «La donna delinquente tra isteria e *infirmitas sexus* nell'immaginario giuridico e scientifico ottocentesco», in L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019.

anatomiche non comportò l'abbandono dell'idea che la natura femminile fosse inscritta nel corpo e determinata dalla funzione riproduttiva¹²³.

La persistenza di questa eredità nel Novecento è documentata su più piani. Sul piano della cultura scientifica, la tradizione lombrosiana trovò una continuazione esplicita nell'antropologia criminale di Benigno Di Tullio, che con la nozione di "costituzione delinquenziale" ne riformulò i presupposti in termini costituzionalistici e ne fece una delle basi della criminologia clinica del periodo fascista¹²⁴. Sul piano della riflessione sulla femminilità, un ruolo non secondario fu svolto dalla figlia di Lombroso, Gina, la quale, pur collocandosi su posizioni politicamente distanti dal regime, tanto da scegliere l'esilio, contribuì a diffondere un'immagine della donna come essere naturalmente "alterocentrico", orientato verso gli altri e realizzato soltanto nella dedizione affettiva e familiare¹²⁵.

Sul piano delle pratiche istituzionali, infine, le categorie lombrosiane continuarono a orientare la classificazione delle donne internate, recluse o sottoposte a misure di polizia. Studi recenti hanno mostrato come, durante il ventennio, il paradigma della donna delinquente sia stato recepito e rifunzionalizzato entro il progetto di rigenerazione demografica e morale della nazione: la devianza femminile continuò a essere pensata come deviazione dalla funzione materna, mentre la sessualità non normata rimase l'indizio privilegiato di una costituzione anomala¹²⁶. Le cartelle cliniche dei manicomi dell'epoca restituiscono con frequenza un lessico nel quale l'eccesso erotico, la loquacità, l'insofferenza verso l'autorità familiare e la "scarsa moralità" venivano annotati come sintomi, secondo una grammatica che rinviava, spesso in modo implicito, al repertorio lombrosiano¹²⁷.

¹²³ Cfr., L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019, in particolare il saggio di L. Tedesco dedicato alla ricezione italiana dell'opera.

¹²⁴ Cfr., B. Di Tullio, *Manuale di antropologia e psicologia criminale*, Anonima Romana Editoriale, Roma, 1931.

¹²⁵ Cfr., G. Lombroso, *L'anima della donna*, III ed., Zanichelli, Bologna, 1926.

¹²⁶ Cfr., T. Dell'Era, «Il paradigma lombrosiano della donna delinquente nel regime fascista. Considerazioni storiografiche», in L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019.

¹²⁷ Cfr., A. Valeriano, «"Avide dello scandalo". La devianza femminile in manicomio», in L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019.

Da un punto di vista pedagogico, l'eredità lombrosiana consegna un insegnamento che eccede l'interesse storiografico. Essa mostra come un discorso scientifico possa tradurre in dato di natura ciò che è in realtà il prodotto di un modello educativo e sociale, trasformando le aspettative di genere in norme biologiche e, di conseguenza, la loro trasgressione in patologia. Riconoscere questo meccanismo costituisce il presupposto per comprendere le pagine successive, nelle quali i modelli di femminilità promossi dal regime fascista appariranno non come una creazione originale, ma come la rielaborazione politica di un sapere che, alla fine dell'Ottocento, aveva già stabilito quale fosse il posto "naturale" della donna e quali condotte dovessero considerarsi fuori dalla norma. Prima di affrontarle, tuttavia, è necessario soffermarsi sul modo in cui la psichiatria italiana si confrontò con tale eredità, poiché proprio all'interno della disciplina si aprì, tra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, una profonda frattura.

2.2 Scuola positiva e scuola clinica: la diatriba in seno alla psichiatria italiana e le sue ricadute sulla lettura della devianza femminile

Tra l'ultimo ventennio dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, la psichiatria italiana fu attraversata da un confronto che può essere sintetizzato nella contrapposizione tra una "scuola positiva", legata all'antropologia criminale lombrosiana, e una "scuola clinica", orientata invece all'osservazione sistematica del decorso della malattia e alla definizione di quadri nosografici fondati sull'esperienza di reparto. Si trattò di una diatriba che non riguardava soltanto questioni di metodo, ma investiva il mandato stesso della disciplina, il suo rapporto con il diritto penale e, in ultima analisi, il modo in cui la società doveva intendere e gestire la devianza¹²⁸.

La scuola positiva trovava il proprio nucleo teorico nella dottrina della degenerazione, elaborata in Francia da Bénédict-Augustin Morel e successivamente da Valentin Magnan, e nella sua traduzione lombrosiana in chiave atavistica. Secondo questa impostazione, la follia, il delitto, l'epilessia, il genio e la prostituzione costituivano manifestazioni diverse di un medesimo fondo degenerativo, trasmesso per via ereditaria e riconoscibile attraverso un insieme di stigmate fisiche e psichiche. Il paradigma degenerativo esercitò un'influenza trasversale sulla psichiatria italiana, penetrando anche nelle classificazioni proposte da figure come Augusto Tamburini ed Enrico Morselli, che pure cercarono di integrarlo entro un quadro clinico più articolato¹²⁹.

Il sapere psichiatrico veniva in tal modo saldato a quello criminologico e giuridico. La scuola positiva di diritto penale, animata da Enrico Ferri e Raffaele Garofalo oltre che dallo stesso Lombroso, sosteneva che la risposta dell'ordinamento dovesse commisurarsi non alla gravità del fatto commesso, ma alla pericolosità del suo autore, e attribuiva al perito psichiatra un ruolo decisivo nella valutazione di quest'ultima¹³⁰. Il principale luogo di elaborazione di questa prospettiva fu l'«Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», fondato da Lombroso nel 1880, attorno al quale si raccolse una parte consistente degli alienisti, dei giuristi e dei medici legali

¹²⁸ Cfr., L. Mecacci, «Psicologia, psichiatria e psicoanalisi», in *Il contributo italiano alla storia del pensiero. Scienze*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, 2013.

¹²⁹ Cfr., G. Salomone, R. Arnone, «La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin», in «Giornale Italiano di Psicopatologia», 15, 2009, pp. 75-88.

¹³⁰ Cfr., C. Lombroso, E. Ferri, R. Garofalo, G. Fioretti, *Polemica in difesa della scuola criminale positiva*, Zanichelli, Bologna, 1886.

italiani. La categoria della pericolosità sociale, che come si è visto sarebbe divenuta il perno della legge del 1904, affondava precisamente in questo terreno le proprie radici teoriche.

A questa impostazione si contrappose progressivamente un indirizzo che trovò in Firenze il proprio principale punto di riferimento. Eugenio Tanzi, formatosi alla scuola reggiana di Tamburini e chiamato nel 1895 a dirigere la clinica psichiatrica fiorentina, fondò nel 1896 la «Rivista di patologia nervosa e mentale», che insieme al suo allievo e collaboratore Ernesto Lugaro trasformò nello strumento di una critica sistematica agli eccessi dell'antropologia criminale. Tanzi contestò la facilità con la quale la teoria della degenerazione veniva applicata a qualsiasi forma di anomalia, prese le distanze dall'identificazione lombrosiana tra pazzia morale e delinquenza nata, sostituendo la prima con la più circoscritta nozione di "immoralità costituzionale", e rivendicò la necessità di distinguere con rigore tra anomalie costituzionali e condizioni acquisite¹³¹.

Il *Trattato delle malattie mentali* di Tanzi e Lugaro, pubblicato per la prima volta nel 1905, rappresentò il manifesto di questa svolta: la psichiatria veniva ridefinita su basi anatomo-istologiche e cliniche, in dialogo con la nosografia elaborata in Germania da Emil Kraepelin, che proponeva di classificare le malattie mentali sulla base del loro decorso complessivo anziché sulla somma dei singoli sintomi o delle presunte stigmate¹³². L'adozione della prospettiva kraepeliniana non fu peraltro immediata né uniforme: al congresso di Ancona del 1901, la commissione incaricata di elaborare una classificazione nazionale riconobbe la distanza ormai incolmabile tra le vecchie nosografie e le nuove dottrine tedesche, ma respinse alcune delle categorie proposte da Kraepelin come insufficientemente dimostrate¹³³.

Sarebbe tuttavia fuorviante leggere questa diatriba come la contrapposizione tra un sapere ideologico e un sapere finalmente neutrale. La scuola clinica, pur rifiutando l'atavismo e la lettura fisiognomica dei corpi, rimase saldamente ancorata a un paradigma

¹³¹ Cfr., L. Schettini, «Tanzi, Eugenio», in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 94, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, 2019.

¹³² Cfr., A. Piazzì, G. Piazzì, L. Testa, M. A. Coccanari De Fornari, «La rappresentazione della psichiatria italiana nella Enciclopedia Italiana Treccani degli anni Trenta», in «Medicina nei Secoli», 25, 2, 2013, pp. 541-564.

¹³³ Cfr., G. Salomone, R. Arnone, «La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin», in «Giornale Italiano di Psicopatologia», 15, 2009, pp. 75-88.

organicista e costituzionalista, che continuava a cercare nel cervello e nella costituzione individuale la causa ultima del disturbo mentale¹³⁴. Ed è proprio sul terreno della differenza sessuale che la continuità tra i due indirizzi appare più evidente: come si vedrà nel paragrafo dedicato all'isteria, lo stesso trattato di Tanzi e Lugaro continuò a offrire una lettura della patologia femminile che ricollegava i sintomi a una costituzione psichica ritenuta propria della donna, contribuendo a trasmettere al Novecento, sotto una veste clinica rinnovata, molti degli assunti che l'antropologia criminale aveva formulato in termini atavistici.

La diatriba ebbe comunque conseguenze concrete sulla lettura della devianza femminile, che possono essere colte su almeno tre piani. In primo luogo, lo spostamento dall'antropologia alla clinica modificò il linguaggio della diagnosi: al posto della "prostituta nata" o della "delinquente per atavismo", le cartelle cliniche cominciarono a registrare categorie nosografiche, come la demenza precoce, la psicosi maniaco-depressiva o le forme isteriche, che conferivano alla valutazione morale un'apparenza di neutralità tecnica. In secondo luogo, la persistenza del modello costituzionalista consentì di mantenere, sotto una veste rinnovata, l'idea che alcune donne fossero predisposte alla devianza per natura, idea che sarebbe stata rilanciata durante il fascismo dalla biotipologia di Nicola Pende e dalle dottrine costituzionaliste. In terzo luogo, il confronto tra le due scuole si giocò in larga misura nelle aule giudiziarie, attraverso le perizie: è in quella sede che il sapere psichiatrico fu chiamato a pronunciarsi sulla responsabilità, sulla credibilità e sulla moralità delle donne imputate o vittime, con effetti che, come si vedrà a proposito della violenza sessuale, si sarebbero protratti fino al secondo dopoguerra¹³⁵.

La diatriba tra scuola positiva e scuola clinica consente, infine, di problematizzare la periodizzazione adottata nel presente capitolo. Se è vero che il Novecento vide il progressivo tramonto del lombrosismo come teoria scientifica, è altrettanto vero che esso sopravvisse come senso comune medico e giuridico, come repertorio di immagini e come criterio implicito di classificazione. Le pagine che seguono, dedicate ai modelli di femminilità promossi dal regime, alle politiche della maternità e alla medicalizzazione

¹³⁴ Cfr., V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2011.

¹³⁵ Cfr., V. P. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo: immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo*, FrancoAngeli, Milano, 1986.

della non conformità, andranno dunque lette alla luce di questa doppia eredità: da un lato un sapere clinico che rivendicava rigore e neutralità, dall'altro un fondo di assunti sulla natura femminile che nessuna delle due scuole aveva realmente messo in discussione¹³⁶.

¹³⁶ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

2.3 La femminilità esemplare: modelli normativi e costruzione sociale del ruolo femminile

Nel discorso pubblico e normativo elaborato dal regime fascista, la costruzione della “donna nuova” rappresentò uno degli elementi centrali della più ampia strategia di rifondazione morale, sociale e demografica della nazione. Tale figura fu concepita come un modello normativo capace di orientare e disciplinare le molteplici identità femminili, delineando un sistema di valori che combinava il richiamo a una presunta tradizione familiare con le esigenze politiche della nuova società fascista. Alla donna veniva richiesto di incarnare pienamente il ruolo di custode della famiglia e della moralità domestica, assumendo come proprio compito non soltanto la gestione della casa e l’educazione dei figli, ma anche l’interiorizzazione dei principi ideologici del regime. La dimensione domestica diventava così uno spazio privilegiato mediante il quale lo Stato fascista intendeva garantire la continuità morale e biologica della comunità nazionale¹³⁷.

Un ruolo fondamentale nella diffusione di questo modello fu svolto dalla propaganda. Attraverso un sistema capillare di strumenti comunicativi il regime elaborò e diffuse un complesso codice di norme comportamentali e morali destinato a orientare la vita quotidiana delle donne. In tale contesto, ambiti tradizionalmente considerati privati, come la vita domestica, i rapporti familiari e l’organizzazione delle attività quotidiane, furono progressivamente investiti di un significato pubblico e politico. La gestione della casa e la cura dei legami affettivi vennero reinterpretate come contributi essenziali alla stabilità e alla forza della nazione, trasformando la sfera domestica in un luogo di partecipazione indiretta al progetto politico del regime¹³⁸.

All’interno di questo sistema simbolico, le virtù attribuite alla femminilità erano considerate indispensabili al corretto funzionamento dell’organismo sociale. La propaganda fascista contribuì così a consolidare una serie di archetipi femminili destinati a fungere da modelli positivi di riferimento: la madre feconda e generosa, la moglie fedele e obbediente, la donna instancabile nel lavoro domestico e votata all’abnegazione familiare. Tali figure rappresentavano l’incarnazione delle qualità morali ritenute necessarie alla stabilità della società. Parallelamente, esse servivano a delineare per

¹³⁷ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell’Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

¹³⁸ *Ibidem*.

contrasto un'immagine negativa delle donne che si discostavano da tali parametri. Le donne che aspiravano a forme di autonomia personale o a stili di vita alternativi venivano rappresentate come soggetti devianti, responsabili di minacciare l'ordine familiare e, di conseguenza, l'equilibrio dell'intera collettività¹³⁹.

In questa prospettiva, il desiderio femminile di emancipazione e indipendenza veniva interpretato come un fattore di destabilizzazione morale e sociale. La retorica del regime attribuiva alle donne che si sottraevano ai ruoli tradizionali la responsabilità di alimentare la dissolutezza maschile e di compromettere la stabilità dei rapporti familiari. L'autonomia femminile veniva pertanto rappresentata non come un diritto o un processo di trasformazione sociale, ma come una deviazione che minacciava l'ordine gerarchico su cui si fondava la famiglia patriarcale e, per estensione, l'intera struttura della comunità nazionale¹⁴⁰.

Un ambito particolarmente significativo in cui tale visione trovò applicazione fu quello del lavoro femminile: l'attività lavorativa delle donne veniva spesso descritta come espressione di aspirazioni superficiali o indotte dalla modernità, considerate incompatibili con la missione primaria attribuita alla femminilità. Secondo questa concezione, il posto naturale della donna nella società continuava a coincidere con la sfera domestica¹⁴¹. Il lavoro fuori casa veniva inoltre presentato come potenzialmente dannoso sia sul piano biologico sia su quello morale. Si riteneva infatti che potesse compromettere l'equilibrio psicofisico della donna, alterarne la funzione riproduttiva e contribuire all'indebolimento dei legami familiari¹⁴². In quest'ottica, la partecipazione femminile al lavoro salariato veniva interpretata come un elemento capace di mettere in pericolo la salute della popolazione e la continuità della stirpe nazionale: per tali ragioni, il regime adottò politiche volte a scoraggiare le aspirazioni professionali femminili e a limitare l'accesso delle donne a determinati ambiti lavorativi¹⁴³.

¹³⁹ Cfr., P. Meldini, *Sposa e madre esemplare: ideologia e politica della donna e della famiglia durante il fascismo*, Guaraldi, Bologna, 1975.

¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁴¹ Cfr., M. Mafai, *Pane nero. Donne e vita quotidiana nella Seconda guerra mondiale*, Ediesse, Roma, 2008.

¹⁴² *Ibidem*.

¹⁴³ Cfr., S. Vinci, *Le custodi dei focolari. I diritti delle donne durante il fascismo*, In "Quaderni del Dipartimento di Jonico", 2015, 1.

A legittimare e rafforzare queste rappresentazioni intervenne anche il discorso scientifico dell'epoca, che contribuì a costruire una classificazione delle identità femminili basata su presunti fondamenti biologici e psicologici. Attingendo a tradizioni culturali di matrice positivista, una parte del pensiero medico e antropologico individuava nella natura della donna una condizione di inferiorità intellettuale e fisica rispetto all'uomo. All'interno di questa prospettiva, tutte le manifestazioni comportamentali che non rientravano nello stereotipo della domesticità e della passività sessuale venivano interpretate come segni di anomalia o deviazione patologica. Chi manifestava un desiderio di autonomia o adottava comportamenti ritenuti non conformi veniva spesso descritta come portatrice di squilibri organici o psichici, i quali avrebbero potuto compromettere non solo la loro salute individuale, ma anche l'integrità biologica della collettività¹⁴⁴.

Il matrimonio, in questo quadro ideologico, assumeva un valore centrale sia sul piano morale sia su quello demografico. La vita coniugale veniva considerata uno strumento fondamentale per garantire l'ordine sociale e la moralità dei costumi. Da un lato si affermava il modello della donna-madre, caratterizzata da dedizione alla maternità, disponibilità al sacrificio e prolificità, elementi ritenuti essenziali per la crescita della popolazione e per il rafforzamento della nazione. Accanto a questa figura si collocava quella della moglie devota, chiamata a sostenere l'autorità maschile e a contribuire alla stabilità della famiglia attraverso l'obbedienza e la discrezione¹⁴⁵.

In contrapposizione a tali modelli veniva delineata la figura della donna percepita come espressione di crisi e degenerazione morale. Questa rappresentazione stigmatizzava le donne che adottavano stili di vita percepiti come moderni o anticonvenzionali, attribuendo loro tratti quali irrequietezza, instabilità emotiva, eccessiva sensualità e incapacità di assumere il ruolo materno. All'interno della simbologia del regime, tali figure venivano associate al disordine e alla dissoluzione dei valori tradizionali, rappresentando una minaccia per la stabilità dell'ordine sociale¹⁴⁶.

¹⁴⁴ Cfr., V. Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo: immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo.*, Angeli, Milano, 1986.

¹⁴⁵ *Ibidem*.

¹⁴⁶ Cfr., *La donna e il fanciullo nel pensiero scientifico del prof. Pende*, in "Le forze sanitarie", 15 febbraio 1937, 3.

La costruzione ideologica del ruolo femminile fu per di più rafforzata dalla convergenza tra la visione fascista della famiglia e la dottrina cattolica. In particolare, l'elaborazione dell'etica matrimoniale promossa dalla Chiesa contribuì a consolidare una concezione della sessualità fortemente orientata alla procreazione e alla disciplina morale dei comportamenti. Questa convergenza favorì la legittimazione religiosa di un modello familiare fondato sulla centralità del matrimonio, sulla subordinazione femminile e sull'importanza della maternità come funzione primaria della donna¹⁴⁷.

Alla base delle diverse rappresentazioni femminili elaborate nel discorso pubblico del regime si collocava quindi una netta distinzione tra modelli ritenuti conformi all'ordine sociale e modelli percepiti come devianti. L'inclusione tra le identità considerate positive implicava, per le donne, l'accettazione di una posizione subordinata e la rinuncia a una piena autonomia individuale. La moralità veniva definita attraverso l'adempimento dei doveri sociali e familiari, interpretati come espressione della volontà collettiva incarnata dallo Stato¹⁴⁸. In questo senso, la donna ideale delineata dal fascismo doveva essere consapevole del proprio ruolo all'interno della comunità nazionale, interiorizzando l'idea che la realizzazione personale coincidesse con la dedizione alla famiglia, alla maternità e alla stabilità della nazione¹⁴⁹.

Il crollo del regime e la fine della Seconda guerra mondiale aprirono tuttavia una fase di trasformazioni profonde nella società italiana. Nel contesto del secondo dopoguerra, l'esperienza della guerra, della Resistenza e della mobilitazione sociale aveva contribuito a ridefinire in parte il ruolo delle donne nello spazio pubblico. Il riconoscimento del diritto di voto nel 1945 e la partecipazione femminile al referendum istituzionale e alle elezioni dell'Assemblea costituente nel 1946 rappresentarono tappe fondamentali nel processo di acquisizione della cittadinanza politica. Nonostante ciò, le rappresentazioni della femminilità elaborate durante il ventennio fascista non scomparvero immediatamente. Molti degli schemi culturali fondati sulla centralità della maternità, sulla priorità della famiglia e sulla subordinazione femminile continuarono a

¹⁴⁷ Cfr., G. De Luna, *Donne in oggetto: l'antifascismo nella società italiana 1922-1939*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

¹⁴⁸ Cfr., M. Graziosi, *La donna e la storia. Identità di genere e identità collettiva nell'Italia liberale e fascista*, Liguori, Napoli, 2000.

¹⁴⁹ Cfr., U. Gabbi, *Leggi fasciste per la sanità della stirpe*, in "Archivio fascista", fasc. v, settembre-ottobre, 1929.

influenzare il discorso pubblico e le pratiche sociali dell'Italia repubblicana, contribuendo a mantenere una tensione persistente tra le nuove aspirazioni di emancipazione e la permanenza di modelli culturali radicati nella tradizione¹⁵⁰.

¹⁵⁰ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

2.4 La maternità come funzione di stato: controllo sociale e politiche di regolazione della riproduzione femminile

Nel quadro della ricostruzione storica dell'Italia del secondo dopoguerra, l'elaborazione delle politiche e delle rappresentazioni della maternità non può prescindere dall'eredità ideologica e istituzionale lasciata dal ventennio fascista. Durante il regime, la donna era stata definita primariamente in funzione della sua capacità riproduttiva: elevata a fulcro della battaglia demografica e del progetto eugenetico nazionale, essa veniva investita di una missione sociale che assumeva tratti quasi sacrali, paragonabili al dovere del soldato verso la patria. In tale prospettiva, il corpo femminile cessava di appartenere alla sfera privata per divenire oggetto di interesse pubblico e, più precisamente, di controllo statale¹⁵¹.

Questa costruzione ideologica trovava un potente veicolo di diffusione nella propaganda, che ridefiniva la maternità come un vero e proprio dovere nazionale. Attraverso una capillare opera di mobilitazione simbolica e culturale, il regime promuoveva un'immagine della madre come agente attivo nella costruzione della grandezza della nazione. Le celebrazioni pubbliche e le festività dedicate alla maternità si configuravano come autentiche liturgie civili, finalizzate a premiare e rendere visibile l'adesione femminile agli obiettivi demografici dello Stato. In tali contesti, il riconoscimento simbolico (spesso materializzato in medaglie e onorificenze) sanciva l'integrazione tra dimensione privata e funzione pubblica della riproduzione¹⁵².

Parallelamente, l'apparato normativo rafforzava questa impostazione per mezzo di una legislazione penale orientata alla tutela dell'"integrità" della stirpe. Le pratiche abortive, i comportamenti volti a limitare la procreazione e, più in generale, tutte le condotte ritenute lesive della capacità riproduttiva venivano configurate come reati contro la sanità e la forza della nazione. In questo modo, la dimensione biologica della maternità veniva saldata a una dimensione politico-giuridica, nella quale la donna era chiamata a rispondere non solo a norme morali, ma anche a precisi obblighi legali¹⁵³.

¹⁵¹ *Ivi*, p. 75-76.

¹⁵² Cfr., F. Loffredo, *Il simbolo più alto*, in "La difesa della razza", 20 dicembre 1939, 4.

¹⁵³ *Ibidem*.

Un ruolo cruciale in questo sistema era svolto dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI), istituita nel 1926 con il compito di sostenere e orientare la crescita demografica del paese¹⁵⁴. L'azione dell'ente si articolava tanto sul piano assistenziale quanto su quello educativo, attraverso programmi di "madricultura" volti a formare le donne alla loro funzione materna: tale intervento assumeva una valenza esplicitamente rigeneratrice, soprattutto nei contesti periferici e rurali, dove si riteneva necessario correggere pratiche e credenze considerate dannose per la salute dell'infanzia. Tuttavia, come già evidenziato, questo sostegno era selettivo e subordinato all'adesione ai modelli normativi del regime¹⁵⁵.

La costruzione della maternità come destino naturale trovava ulteriore legittimazione nel discorso medico-scientifico dell'epoca. Parte significativa della comunità medica partecipò attivamente alla diffusione di teorie che collegavano la salute fisica e psichica della donna alla sua funzione riproduttiva¹⁵⁶. Si sosteneva, ad esempio, che una maternità precoce e numerosa potesse costituire una forma di prevenzione contro malattie gravi, mentre la limitazione volontaria delle nascite veniva associata a disturbi nervosi e a forme di degenerazione individuale e sociale. In questa prospettiva, il desiderio materno era interpretato come un impulso fisiologico, radicato nella struttura stessa della psiche femminile, e non come una scelta soggettiva¹⁵⁷.

Analogamente, anche altri ambiti della vita femminile venivano regolati in funzione della capacità riproduttiva. L'attività sportiva, ad esempio, era incoraggiata solo entro limiti considerati compatibili con la funzione materna, mentre venivano stigmatizzate pratiche ritenute eccessive, accusate di produrre una "mascolinizzazione" della donna e di comprometterne le qualità morali e affettive. Tali posizioni evidenziano

¹⁵⁴ Cfr., C. Berghamaschi, *L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia per la difesa della razza*, in "Razza e civiltà", 1940, 1.

¹⁵⁵ Cfr., P. Trerotoli, *sulla madricultura*, in "Archivio fascista di medicina politica", gennaio-febbraio 1929.

¹⁵⁶ Cfr., A. Carelli, *Se le donne non vogliono morir di cancro facciano figli*, in "Le forze sanitarie", a. v., 15 novembre 1936, 21.

¹⁵⁷ Cfr., Gabbi, *La natura si vendica crudelmente delle preoccupazioni femminili per la maternità*, in "Il Giornale d'Abruzzo e Molise", 10 ottobre 1929.

il grado di coinvolgimento della comunità scientifica nella costruzione e nel mantenimento dell'ordine di genere promosso dal regime¹⁵⁸.

All'interno di questo sistema, i medici assumevano un ruolo centrale, venendo col tempo trasformati in veri e propri funzionari dello Stato. Essi erano chiamati non solo a curare, ma anche a prevenire e a vigilare, cooperando all'attuazione delle politiche sanitarie e di profilassi stabilite dalle autorità. La loro azione si estendeva fino alla sfera repressiva, in virtù dell'obbligo di segnalare individui ritenuti pericolosi per sé o per la collettività, tra cui malati di mente e soggetti considerati devianti¹⁵⁹.

Questa configurazione della medicina come strumento di controllo sociale si traduceva in pratiche che miravano non soltanto alla cura, ma anche all'isolamento e alla neutralizzazione degli individui giudicati "inadatti". L'internamento in strutture psichiatriche o assistenziali costituiva, in tal senso, una misura funzionale alla difesa dell'ordine collettivo, nella convinzione che l'eliminazione delle "debolezze" individuali potesse garantire una maggiore coesione e stabilità sociale¹⁶⁰.

Nel secondo dopoguerra, sebbene il crollo del regime fascista abbia determinato una profonda trasformazione del quadro politico-istituzionale, molte delle categorie interpretative e delle pratiche descritte mostrarono una significativa persistenza. La centralità della maternità continuò a essere un elemento strutturante dell'identità femminile, sostenuta anche dal nuovo assetto repubblicano e, in particolare, dall'influenza della cultura cattolica. Le politiche assistenziali e sanitarie mantennero, almeno in parte, un'impostazione normativa che privilegiava modelli familiari tradizionali, mentre le istituzioni psichiatriche continuarono a funzionare come dispositivi di gestione della devianza¹⁶¹.

Solo con i processi di modernizzazione economica e culturale, e soprattutto con l'emergere dei movimenti femministi e della critica alle istituzioni totali negli anni Sessanta e Settanta, tali paradigmi iniziarono a essere messi radicalmente in discussione. In questa direzione, l'analisi della continuità tra periodo fascista e secondo dopoguerra

¹⁵⁸ Cfr., U. Gabbi, *Gli esercizi sportivi e la donna*, in "Archivio fascista di medicina politica", marzo-aprile 1930.

¹⁵⁹ *Ibidem*.

¹⁶⁰ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

¹⁶¹ *Ibidem*.

consente di cogliere la profondità delle radici culturali e istituzionali che hanno a lungo vincolato la definizione sociale della maternità e della soggettività femminile in Italia¹⁶².

¹⁶² *Ibidem.*

2.5 Fuori dai ruoli: la non conformità femminile tra devianza sociale e medicalizzazione psichiatrica

Nel corso del Novecento italiano, e in particolare durante il regime fascista, la psichiatria fu progressivamente investita di una funzione che travalicava i confini strettamente clinici, configurandosi come uno strumento di regolazione sociale e di controllo morale. Al sapere psichiatrico venne invero richiesto non soltanto di intervenire sulle manifestazioni più estreme della follia, ma di presidiare l'intero ambito dell'“innaturale” e dell'“anormale”: in tale prospettiva, la medicalizzazione si estese ben oltre la patologia in senso stretto, includendo comportamenti devianti, forme di insubordinazione e manifestazioni emotive giudicate eccessive, interpretate come segnali di una corruzione morale potenzialmente destabilizzante per l'ordine sociale e per il sistema di valori imposto dal regime¹⁶³.

All'interno di questo dispositivo di controllo, la costruzione della patologia femminile assunse tratti peculiari. Essa fu frequentemente definita in termini di inadeguatezza rispetto ai ruoli sociali prescritti, che identificavano nella maternità e nella funzione riproduttiva il fulcro dell'identità femminile. Il manicomio divenne così luogo di raccolta degli “scarti” di un più ampio progetto eugenetico e normativo: vi confluivano quelle donne che avevano trasgredito le aspettative di genere, che risultavano “malfunzionanti” rispetto al modello dominante e che si erano sottratte, volontariamente o meno, alla missione materna su cui si fondava non solo la loro legittimazione sociale, ma anche una parte significativa della retorica politica fascista¹⁶⁴.

In questo contesto, la stigmatizzazione colpiva con particolare durezza tutte coloro che non aderivano all'ideale della “madre totale”: l'incapacità, o il rifiuto, di sviluppare quello che veniva definito un istinto materno “naturale”, così come la mancata sottomissione all'autorità maschile, venivano interpretati come deviazioni profonde, tali da giustificare forme di esclusione sociale e di censura morale: queste donne, rendendosi visibili nello spazio pubblico attraverso pratiche di autodeterminazione, mettevano in

¹⁶³ *Ivi*, P. 123.

¹⁶⁴ Cfr., J. Nardi, *Sulla sopravvivenza dell'impulso materno in antiche dementi nubili vergini*, in “Archivio generale di neurologia, psichiatria e psicoanalisi”, 30 agosto 1930.

crisi l'immagine normativa della madre fascista e, nel farlo, venivano ricondotte alla categoria dell'eccentricità o addirittura del "contro natura"¹⁶⁵.

Le rappresentazioni delle cosiddette "madri inadeguate" si articolavano lungo una gamma di comportamenti considerati devianti: dalla violenza nei confronti della prole fino alla manifestazione di sentimenti ritenuti incompatibili con la maternità, quali la gelosia o la volontà di non avere figli. In tutti questi casi, il discorso medico e morale convergevano nel definire tali atteggiamenti come tentativi di sottrazione ai doveri considerati intrinseci alla natura femminile, rafforzando così un paradigma normativo rigido e difficilmente negoziabile¹⁶⁶.

Le traiettorie biografiche delle donne internate restituiscono inoltre uno spaccato significativo delle dinamiche sociali e familiari dell'epoca. Non di rado si trattava di soggetti che avevano vissuto esperienze di marginalità affettiva e sociale (seduzioni seguite da abbandoni, gravidanze fuori dal matrimonio, condizioni di irregolarità rispetto alla norma coniugale) che le famiglie cercavano di occultare ricorrendo all'internamento manicomiale. Il manicomio, in tal senso, si configurava anche come uno strumento di gestione della devianza sociale e di salvaguardia dell'onore familiare¹⁶⁷.

Uno sguardo più attento consente peraltro di cogliere le profonde disuguaglianze insite nelle politiche assistenziali del periodo, in particolare nell'azione dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI): questa istituzione, pur presentandosi come strumento di tutela e sostegno, operava in realtà secondo criteri selettivi, riservando i propri interventi alle donne che incarnavano il modello normativo della madre fascista: moralmente irreprensibile, conforme ai dettami del regime e funzionale agli obiettivi demografici e produttivi della nazione. Ne risultavano escluse tanto le donne delle aree rurali, penalizzate dalla distanza geografica dai servizi, quanto quelle che, agli occhi delle "dame visitatrici", non dimostravano sufficiente virtù, adesione ideologica o disponibilità a sottoporre la propria vita privata a forme di controllo politico e sociale¹⁶⁸.

¹⁶⁵ Cfr. P. Chesler, *Le donne e la pazzia*, Einaudi, Torino, 1977.

¹⁶⁶ *Ibidem*.

¹⁶⁷ *Ibidem*.

¹⁶⁸ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

La medicalizzazione della devianza non riguardava ciò nonostante soltanto la maternità, ma si estendeva anche alle forme di soggettività femminile percepite come eccessivamente autonome: le giovani donne che mostravano intraprendenza, che si sottraevano agli obblighi familiari o che ambivano a una partecipazione attiva nella sfera pubblica venivano frequentemente etichettate come “eccessive” e, in quanto tali, patologizzate. Il loro rifiuto di conformarsi a un’identità predeterminata (costruita sull’idea di collaborazione subordinata con lo Stato e con l’uomo) veniva interpretato come segno di squilibrio, trasformando pratiche di resistenza e di autodeterminazione in sintomi di devianza psichica¹⁶⁹.

Nel secondo dopoguerra, con la caduta del regime fascista e l’avvio del processo di democratizzazione, questo impianto ideologico non venne immediatamente smantellato. Persistettero, infatti, forme di continuità sia nelle pratiche istituzionali sia nei paradigmi culturali che regolavano la definizione della normalità e della devianza. I manicomi continuarono a funzionare come luoghi di esclusione sociale, e le categorie interpretative elaborate in epoca fascista sopravvissero, seppur rielaborate, all’interno del discorso psichiatrico e delle pratiche assistenziali. Solo a partire dagli anni Sessanta e Settanta, con l’emergere di nuovi movimenti sociali e con la critica radicale alle istituzioni totali culminata nella riforma psichiatrica, si avviò un processo di revisione profonda di tali modelli¹⁷⁰.

Da questo punto di vista, l’analisi delle esperienze femminili nei manicomi italiani tra fascismo e secondo dopoguerra consente di mettere in luce non soltanto i meccanismi di controllo e di esclusione messi in atto dalle istituzioni, ma anche le tensioni e le resistenze che attraversarono la società italiana in una fase cruciale della sua trasformazione storica.

¹⁶⁹ Cfr., C. Saraceno, *Costruzione della maternità e della paternità*, Il Mulino, Bologna.

¹⁷⁰ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell’Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

2.6 Isteriche e violate: costruzione della patologia femminile tra scienza medica e norme sociali

Nel panorama della cultura medico-psichiatrica occidentale tra XIX e XX secolo, la categoria diagnostica dell'isteria occupò un ruolo centrale nella costruzione e nella regolazione della devianza femminile, configurandosi non soltanto come una nozione clinica, ma come un vero e proprio dispositivo epistemologico e disciplinare tramite il quale leggere, ordinare e contenere tutte quelle manifestazioni del comportamento femminile percepite come eccedenti rispetto ai modelli dominanti di moralità, rispettabilità e subordinazione: sebbene tale diagnosi avesse conosciuto una progressiva ridefinizione nel corso dei primi decenni del Novecento, il suo impianto concettuale non scomparve affatto; al contrario, esso continuò a permeare tanto la cultura medica quanto il senso comune, riaffiorando con particolare intensità nel contesto italiano tra fascismo e secondo dopoguerra, laddove il sapere psichiatrico si fece interprete e strumento di una più ampia funzione di controllo sociale e normalizzazione dei corpi¹⁷¹.

Fin dalle prime sistematizzazioni ottocentesche, l'isteria era stata interpretata come una patologia specificamente femminile, inscritta entro una lettura biologizzante della differenza sessuale che faceva discendere l'instabilità psichica delle donne dalla loro stessa natura corporea e riproduttiva. La letteratura medica del tempo la associava prevalentemente a donne collocate ai margini del modello familiare patriarcale (nubili, vedove, sterili, vergini, donne non sessualmente "compiute" o escluse dal matrimonio) contribuendo a delineare un paradigma clinico profondamente intrecciato a valutazioni morali¹⁷². La donna isterica non appariva semplicemente malata: essa era rappresentata come menzognera, manipolatrice, seduttrice, eccessiva, emotivamente incontrollabile, incapace di autodisciplina e soprattutto refrattaria all'obbedienza. In questo senso, la diagnosi isterica costituiva meno la descrizione di una sindrome patologica oggettiva che una forma di sanzione simbolica nei confronti di tutte quelle condotte che infrangevano l'ordine patriarcale, fungendo da meccanismo di patologizzazione del dissenso femminile¹⁷³.

¹⁷¹ *Ibidem*.

¹⁷² Cfr., G. Roccatagliata, *Il mito del male nel XIX secolo*, Liguori, Napoli, 2001.

¹⁷³ *Ibidem*.

Durante il fascismo, tale costruzione teorica venne recuperata e rifunzionalizzata entro il più ampio progetto biopolitico del regime. In una società fondata sulla centralità della famiglia tradizionale, sulla subordinazione femminile e sull'esaltazione della maternità come destino biologico e missione nazionale, la categoria dell'isteria divenne uno strumento interpretativo privilegiato per classificare ogni forma di ribellione, disagio o rifiuto dei ruoli prescritti. L'isterica divenne così la figura paradigmatica della donna fallita: colei che rifiutava il matrimonio, disprezzava la maternità, si mostrava insofferente alla disciplina familiare, esprimeva desideri di autonomia personale o professionale, manifestava eccessiva emotività o conflittualità nei rapporti sociali. Ogni comportamento non conforme poteva essere ricondotto entro il perimetro dell'anormalità psichica, trasformando la protesta, l'insoddisfazione e perfino la sofferenza in segni di degenerazione morale e biologica¹⁷⁴.

Tuttavia, una lettura storica critica di tali diagnosi consente oggi di interpretare molte di queste manifestazioni non come indicatori di autentica patologia mentale, bensì come espressioni somatiche e comportamentali di un disagio profondo generato dalle condizioni materiali e simboliche di oppressione entro cui molte donne erano costrette a vivere. Il cosiddetto "sintomo isterico" si configurava spesso come una risposta estrema a condizioni di subordinazione strutturale: matrimoni imposti, violenze domestiche, repressione sessuale, privazione dell'autonomia economica, annullamento delle aspirazioni individuali, isolamento sociale. In tale prospettiva, l'isteria può essere letta come il linguaggio patologizzato di una sofferenza sociale che non trovava altri spazi legittimi di espressione. La malattia diveniva così, paradossalmente, una forma indiretta di resistenza, un mezzo attraverso cui il corpo esprimeva il conflitto laddove la parola o l'azione diretta risultavano impossibili¹⁷⁵.

L'istituzione manicomiale, entro questo quadro, si configurava come il luogo deputato alla gestione di tale devianza, lungi dal rappresentare esclusivamente uno spazio terapeutico, il manicomio operava come istituzione disciplinare finalizzata alla neutralizzazione delle soggettività non conformi. L'internamento delle donne considerate isteriche, emotivamente instabili o moralmente deviate consentiva in effetti di rimuovere

¹⁷⁴ Cfr., E. Tanzi – E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, II, Società Editrice Librai, Milano, 1916.

¹⁷⁵ *Ibidem*.

dal tessuto sociale coloro che minacciavano, anche solo simbolicamente, l'ordine normativo dominante. Attraverso la segregazione, la sorveglianza e la disciplina quotidiana, il manicomio si poneva come strumento di repressione delle pulsioni giudicate incontrollate, delle sessualità non normate e delle identità femminili eccedenti rispetto al modello della moglie e madre devota¹⁷⁶.

Ciò che appare particolarmente significativo è che la caduta del regime fascista non determinò un'immediata dissoluzione di tali paradigmi interpretativi. Al contrario, nel secondo dopoguerra molte delle strutture culturali, istituzionali e giuridiche elaborate durante il ventennio continuarono a sopravvivere e a riprodursi all'interno dell'Italia repubblicana. Nonostante il nuovo assetto democratico e costituzionale, il processo di democratizzazione non investì in maniera altrettanto rapida e radicale le mentalità, le pratiche sociali e gli apparati amministrativi. La psichiatria italiana, fino almeno agli anni Sessanta, continuò a mantenere un forte impianto organicista, custodialistico e moralizzatore, e i manicomi proseguirono nella loro funzione di contenimento della marginalità sociale, accogliendo al proprio interno soggetti la cui "devianza" derivava più da condizioni di vulnerabilità, povertà o non conformità sociale che da autentiche patologie mentali¹⁷⁷.

Tale continuità emerge con particolare evidenza nell'ambito della gestione istituzionale della sessualità femminile e, soprattutto, della violenza sessuale. Nel dopoguerra rimase infatti in vigore il Codice Rocco del 1930 (ancora oggi in vigore nonostante molteplici modifiche negli anni), che continuava a disciplinare la violenza carnale come reato contro la moralità pubblica e il buon costume anziché contro la persona: questa impostazione giuridica rifletteva una concezione profondamente patriarcale del corpo femminile, la violenza sessuale non veniva interpretata prioritariamente come lesione dell'integrità fisica e psichica della donna, bensì come offesa all'onore familiare e all'ordine morale collettivo. La centralità attribuita alla reputazione sociale della vittima piuttosto che alla sua sofferenza personale determinava

¹⁷⁶ Cfr., G. Roccatagliata, *Il mito del male nel XIX secolo*, Liguori, Napoli, 2001.

¹⁷⁷ *Ibidem*.

una sostanziale marginalizzazione della soggettività femminile all'interno del procedimento giudiziario¹⁷⁸.

In questo contesto, le vittime di stupro erano frequentemente sottoposte a perizie psichiatriche invasive e umilianti che miravano non tanto a documentare il trauma subito, quanto a valutare la moralità, la credibilità e la “rispettabilità” della donna coinvolta. Il processo si trasformava spesso in un'indagine sulla vittima anziché sull'aggressore: si esaminavano la sua condotta pregressa, il comportamento tenuto durante l'aggressione, la sua eventuale esperienza sessuale, il suo grado di “maturità morale”, la sua capacità di opporre resistenza. La giurisprudenza dominante richiedeva del resto che la donna dimostrasse di avere opposto una resistenza costante, energica e inequivocabile per tutto il corso dell'aggressione; qualsiasi esitazione, paralisi, paura o cedimento potevano essere interpretati come implicita acquiescenza¹⁷⁹.

Tale paradigma produceva un meccanismo di colpevolizzazione secondaria profondamente radicato, per cui le donne vittime di violenza si trovavano costrette non solo a sopportare il trauma dell'abuso, ma anche a difendersi dal sospetto sociale e istituzionale di aver in qualche misura provocato, favorito o consentito l'atto subito. Le perizie psichiatriche dell'epoca restituiscono frequentemente immagini di donne infantilizzate, rappresentate come psicologicamente immature, moralmente deboli, suggestionabili o scarsamente consapevoli, quando non addirittura come soggetti ambigui e potenzialmente corresponsabili della violenza. Nei casi in cui la donna sviluppasse gravi conseguenze psichiche in seguito al trauma (depressione, dissociazione, mutismo, stati catatonici) tali sintomi potevano essere letti come segni di fragilità mentale preesistente e tradursi persino in internamenti protratti¹⁸⁰.

La permanenza di queste pratiche fino agli anni Sessanta e Settanta dimostra con chiarezza come il secondo dopoguerra italiano non abbia segnato una rottura netta rispetto ai dispositivi disciplinari e patriarcali precedenti, ma piuttosto una loro riformulazione entro nuove cornici istituzionali. Solo con l'emergere dei movimenti femministi, con la

¹⁷⁸ Cfr., G. De Luna, *Donne in oggetto: l'antifascismo nella società italiana 1922-1939*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

¹⁷⁹ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

¹⁸⁰ Cfr., P. Viazzi, *Sui reati sessuali. Note e appunti di psicologia e giurisprudenza*, Fratelli Bocca, Torino, 1896.

progressiva secolarizzazione della società italiana e con la crisi del paradigma custodialistico in psichiatria, culminata nella legge Basaglia del 1978, tali assetti iniziarono a essere sottoposti a una critica sistematica.

In definitiva, l'analisi della persistenza della categoria dell'isteria e delle pratiche di patologizzazione della sessualità e della violenza femminile nel secondo dopoguerra consente di cogliere la lunga durata delle strutture culturali autoritarie e patriarcali nella storia italiana contemporanea: essa mostra come, ben oltre la fine del fascismo, le istituzioni mediche, psichiatriche e giudiziarie abbiano continuato a operare come strumenti di disciplinamento del corpo femminile, contribuendo alla riproduzione di una cultura della subordinazione nella quale la donna veniva sistematicamente definita, valutata e giudicata in relazione alla sua conformità ai modelli dominanti di rispettabilità, purezza morale e docilità sociale¹⁸¹.

¹⁸¹ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

2.7 La prostituzione femminile durante il fascismo: tra devianza e controllo sociale

Se l'isteria rappresentò la categoria attraverso la quale il sapere medico lesse e disciplinò la non conformità femminile all'interno delle mura domestiche e manicomiali, la prostituzione costituì il terreno sul quale il rapporto tra devianza femminile, sessualità e controllo pubblico si manifestò nella forma più esplicita e istituzionalizzata. Figura limite dell'antropologia lombrosiana, la prostituta si collocava infatti all'incrocio tra i diversi saperi e poteri esaminati nelle pagine precedenti: la medicina, chiamata a sorvegliarne il corpo come veicolo di contagio; la polizia, incaricata di registrarne l'identità e di regolarne la presenza nello spazio urbano; la psichiatria e l'antropologia criminale, che ne avevano fatto l'emblema della degenerazione morale del proprio sesso¹⁸².

Il fascismo non inventò il sistema regolamentarista, ma lo ereditò dall'Italia liberale, che fin dal decreto Cavour del 1860 aveva adottato, sul modello francese, il sistema delle case di tolleranza sottoposte a vigilanza sanitaria e di polizia, successivamente rimodulato dal regolamento Crispi del 1888 e dal regolamento Nicotera del 1891¹⁸³. Ciò che il regime introdusse fu piuttosto una riorganizzazione complessiva di tale sistema, che ne accentuò il carattere di dispositivo di controllo e lo inserì entro il progetto politico di tutela della "sanità della stirpe". Come ha mostrato Annalisa Cegna nel suo più recente lavoro, la prostituzione rappresentò durante il ventennio un fenomeno pervasivo, pubblicamente stigmatizzato e al tempo stesso considerato indispensabile, tanto che le case chiuse vennero concepite come uno strumento al servizio dell'ordine pubblico e della politica sanitaria del regime¹⁸⁴.

Sul piano normativo, i principali pilastri di questa riorganizzazione furono il regolamento per la profilassi delle malattie veneree del 1923, che disciplinava le visite obbligatorie e il ricovero coatto delle donne riconosciute infette, e il Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, emanato nel 1926 e riformulato nel 1931, che dedicava un apposito titolo al meretricio, stabilendo le condizioni per l'apertura delle case di

¹⁸² Cfr., A. Cegna, «Venere vagante. La prostituzione tra ventennio fascista e seconda guerra mondiale», in «Giornale di storia», 34, 2020.

¹⁸³ Cfr., M. Gibson, *Stato e prostituzione in Italia. 1860-1915*, Il Saggiatore, Milano, 1995.

¹⁸⁴ Cfr., A. Cegna, *Donne pubbliche. Tolleranza e controllo della prostituzione nell'Italia fascista*, Viella, Roma, 2023.

tolleranza, gli obblighi di registrazione delle donne che vi esercitavano e i divieti relativi all'adescamento nei luoghi pubblici¹⁸⁵. A questi si aggiungeva il codice penale del 1930 che, collocando il contagio di sifilide tra i “delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe”, trasformava la malattia trasmessa sessualmente in un'offesa rivolta non alla persona, ma alla collettività nazionale e alla sua continuità biologica¹⁸⁶.

Il principio ispiratore di questa legislazione è sintetizzato dalla formula secondo la quale la prostituzione doveva essere “tollerata, ma non autorizzata”. Lo Stato, in altri termini, rifiutava di riconoscere la prostituzione come attività lecita, ma ne organizzava minuziosamente l'esercizio, riservandosi il potere di sorvegliare, registrare, visitare e, all'occorrenza, reprimere le donne che vi erano coinvolte. Questa ambiguità produceva una condizione paradossale: la prostituta regolamentata era al tempo stesso funzionale all'ordine sociale, in quanto garantiva lo sfogo della sessualità maschile al di fuori della famiglia, ed esclusa da esso, in quanto marchiata da uno stigma che ne pregiudicava in modo pressoché definitivo il reinserimento¹⁸⁷.

La contraddizione con i valori proclamati dal regime era evidente. Lo stesso Stato che esaltava la maternità come missione nazionale, che perseguiva la crescita demografica e che faceva della famiglia il fondamento della comunità politica, organizzava e tutelava un'attività sessuale per definizione non procreativa. La contraddizione, tuttavia, era soltanto apparente: la divisione delle donne tra madri e prostitute, tra corpi destinati alla riproduzione e corpi destinati al piacere maschile, rappresentava infatti il rovescio complementare del modello di femminilità esemplare analizzato in precedenza¹⁸⁸. La doppia morale sessuale, che concedeva all'uomo ciò che negava alla donna, trovava nella casa chiusa la propria traduzione istituzionale, e nella figura della prostituta il limite negativo rispetto al quale definire, per contrasto, la rispettabilità della sposa e della madre¹⁸⁹.

¹⁸⁵ Cfr., R.D. 18 giugno 1931, n. 773, *Approvazione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza*, Titolo VII, *Del meretricio*.

¹⁸⁶ Cfr., A. Cegna, «Venere vagante. La prostituzione tra ventennio fascista e seconda guerra mondiale», in «Giornale di storia», 34, 2020.

¹⁸⁷ Cfr., A. Cegna, «The political function of brothels during the Fascist era», in «Modern Italy», 2026, pp. 1-15.

¹⁸⁸ Cfr., B. P. F. Wanrooij, *Storia del pudore. La questione sessuale in Italia 1860-1940*, Marsilio, Venezia, 1990.

¹⁸⁹ Cfr., V. De Grazia, *Le donne nel regime fascista*, Marsilio, Venezia, 1993.

Particolarmente significativa, nella prospettiva del presente lavoro, è la distinzione tra prostituzione regolamentata e prostituzione clandestina. Le donne che esercitavano al di fuori delle case di tolleranza, designate nei documenti di polizia con l'espressione di "veneri vaganti", erano considerate la principale minaccia sanitaria e morale: sottraendosi alla registrazione e ai controlli, esse venivano accusate di diffondere il contagio, di corrompere la gioventù e, durante il conflitto, persino di favorire lo spionaggio. Nei loro confronti le autorità disponevano di un ampio ventaglio di strumenti, che andavano dal fermo alla visita e al ricovero coatti nei sifilicomi, fino all'iscrizione d'ufficio nei registri e alle misure di polizia più gravi¹⁹⁰. Con l'entrata in guerra, numerose donne ritenute di "dubbia condotta morale e politica" furono inoltre internate nei campi e nelle località di internamento predisposti dal regime, secondo una logica che sovrapponeva la trasgressione sessuale al dissenso e alla pericolosità politica¹⁹¹.

Il controllo della prostituzione si intrecciava in modo diretto con le categorie della devianza elaborate dal sapere medico e psichiatrico. La prostituta, come si è visto, era stata collocata dall'antropologia lombrosiana al punto più basso della scala della devianza femminile, e questa rappresentazione continuò a legittimare, durante il ventennio, un approccio fondato più sulla neutralizzazione del pericolo che sulla tutela della persona¹⁹². Non sorprende dunque che, nelle cartelle manicomiali dell'epoca, il sospetto di prostituzione o anche soltanto la "facilità di costumi" comparissero con frequenza tra gli elementi anamnestici utilizzati per motivare l'internamento, e che il confine tra la donna "traviata", da correggere attraverso le istituzioni assistenziali e religiose, e la donna "degenerata", da segregare in manicomio, risultasse spesso labile e affidato alla discrezionalità di medici, funzionari di polizia e familiari¹⁹³.

Alla repressione il regime affiancò un discorso di tipo "redentivo": alcune direttive ministeriali invitavano le autorità di pubblica sicurezza a sottrarre le giovani alla

¹⁹⁰ Cfr., A. Cegna, «Venere vagante. La prostituzione tra ventennio fascista e seconda guerra mondiale», in «Giornale di storia», 34, 2020.

¹⁹¹ Cfr., A. Cegna, «"Di dubbia condotta morale e politica". L'internamento femminile in Italia durante la seconda guerra mondiale», in «DEP. Deportate, esuli, profughe», 21, 2013; Ead., «Femminilità pericolose. Le internate del regime fascista», in L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019.

¹⁹² Cfr., A. Cegna, «Venere vagante. La prostituzione tra ventennio fascista e seconda guerra mondiale», in «Giornale di storia», 34, 2020.

¹⁹³ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

prostituzione affidandole a istituti di beneficenza e a case di rieducazione¹⁹⁴. Anche questa strategia, tuttavia, rispondeva a una logica di controllo più che di emancipazione: la donna “caduta” non era considerata un soggetto titolare di diritti, ma l’oggetto di un intervento correttivo finalizzato a ricondurla entro i ruoli prescritti. Le lettere scritte dalle stesse prostitute, riportate alla luce dalla ricerca di Cegna, restituiscono invece un’immagine assai diversa, nella quale l’ingresso nella casa chiusa appare spesso determinato dalla povertà, dall’abbandono familiare e dalla necessità di provvedere al sostentamento di fratelli o figli, e la permanenza nel sistema regolamentato come una condizione di sfruttamento dalla quale era estremamente difficile uscire¹⁹⁵.

A partire dagli anni Trenta, la gestione della prostituzione venne inoltre esplicitamente inserita nella politica razziale del regime: la difesa della “razza” divenne un argomento ricorrente nei provvedimenti di pubblica sicurezza e, nelle colonie africane, le case di tolleranza furono concepite anche come strumento per prevenire le relazioni tra italiani e donne colonizzate, perseguite dalla legislazione contro il cosiddetto madamato¹⁹⁶. Durante la guerra, infine, il sistema delle case chiuse fu piegato alle esigenze militari, prima dell’esercito italiano e poi delle truppe tedesche e alleate, che ne regolarono l’accesso secondo proprie norme sanitarie: un passaggio che, come si vedrà nel paragrafo seguente, contribuisce a illuminare il nesso tra esperienza bellica, violenza sui corpi femminili e sofferenza psichica¹⁹⁷.

Il sistema regolamentarista sopravvisse alla caduta del fascismo e fu abolito soltanto con la legge 20 febbraio 1958, n. 75, promossa dalla senatrice socialista Lina Merlin al termine di un iter parlamentare durato un decennio, che dispose la chiusura delle case di tolleranza e la cancellazione dei registri. L’abolizione della regolamentazione, tuttavia, non comportò la scomparsa delle rappresentazioni che l’avevano sostenuta: il dibattito dell’Italia repubblicana continuò a oscillare tra una lettura della prostituta come vittima da redimere e una lettura della stessa come soggetto costituzionalmente deviante,

¹⁹⁴ Cfr., A. Cegna, «The political function of brothels during the Fascist era», in «Modern Italy», 2026, pp. 1-15.

¹⁹⁵ Cfr., A. Cegna, *Donne pubbliche. Tolleranza e controllo della prostituzione nell’Italia fascista*, Viella, Roma, 2023.

¹⁹⁶ Cfr., A. Cegna, «The political function of brothels during the Fascist era», in «Modern Italy», 2026, pp. 1-15.

¹⁹⁷ Cfr., A. Cegna, *Donne pubbliche. Tolleranza e controllo della prostituzione nell’Italia fascista*, Viella, Roma, 2023.

mostrando come la questione, posta in termini lombrosiani alla fine dell'Ottocento, rimanesse sostanzialmente irrisolta¹⁹⁸.

Sul piano pedagogico, la vicenda della prostituzione regolamentata durante il fascismo offre un caso esemplare di come un dispositivo istituzionale possa produrre la devianza che dichiara di contenere. La registrazione, la visita obbligatoria, la reclusione nella casa chiusa e lo stigma che ne derivava non si limitavano a sorvegliare una condizione preesistente, ma contribuivano a fissarla, rendendo pressoché impossibile per la donna registrata la costruzione di un'identità diversa da quella che le era stata attribuita. In questo senso la prostituta rappresenta, accanto all'internata in manicomio, una delle figure nelle quali la logica dell'etichettamento descritta dalla sociologia della devianza trova la sua applicazione più radicale¹⁹⁹.

¹⁹⁸ Cfr., L. Azara, «La prostituta tra innatismo e acquisizione. Una questione insoluta nell'Italia repubblicana», in L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019.

¹⁹⁹ Cfr., H. S. Becker, *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, EGA, Torino, 1987.

2.8 Vittime della guerra:

Nel contesto della storia italiana del Novecento, la Seconda guerra mondiale rappresentò una frattura epocale capace di incidere in profondità non soltanto sugli assetti politici ed economici, ma anche sulle strutture psichiche, simboliche e relazionali degli individui. La portata di tale evento non può essere compresa unicamente nei termini della distruzione materiale o della ridefinizione degli equilibri internazionali: essa investì in modo radicale le modalità stesse attraverso cui i soggetti percepivano il mondo, se stessi e il proprio posto all'interno della comunità. In tal senso, la guerra operò come un dispositivo di discontinuità che alterò le coordinate fondamentali dell'esperienza: il rapporto con il tempo, con lo spazio, con il corpo e con gli altri²⁰⁰.

La frattura si iscrisse con particolare intensità nelle esistenze femminili, producendo effetti che risultano tanto più significativi se letti alla luce dei modelli di genere dominanti nel contesto italiano dell'epoca. Le donne furono investite da una violenza multiforme: materiale, in quanto direttamente esposte a bombardamenti, sfollamenti, privazioni e distruzioni; emotiva e simbolica, in quanto chiamate a riorganizzare la propria identità in un contesto in cui venivano meno i riferimenti tradizionali (la stabilità familiare, la divisione dei ruoli, la continuità della vita domestica)²⁰¹. L'assenza degli uomini (impegnati al fronte, dispersi, prigionieri o caduti) comportò una ridefinizione forzata delle responsabilità quotidiane, imponendo alle donne di assumere funzioni nuove senza che ciò si accompagnasse a un reale riconoscimento sociale di tale trasformazione²⁰².

Le donne si trovarono così immerse in una realtà sconvolta: una realtà nella quale la quotidianità veniva continuamente interrotta da eventi traumatici che rompevano la linearità dell'esperienza e rendevano impossibile il mantenimento di una routine stabile. La guerra penetrava negli spazi della vita privata, trasformando la casa (tradizionalmente percepita come luogo di protezione) in uno spazio esposto e vulnerabile. Esperienze come

²⁰⁰ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017, p. 139.

²⁰¹ Cfr. E. Fimiani, *Guerra e fame. Il secondo conflitto mondiale e le memorie popolari*, Editrice Itinerari, Lanciano, 1977.

²⁰² Cfr. A. Bravo – A. M. Bruzzone, *In guerra senza armi. Storie di donne, 1940-1945*, Laterza, Roma-Bari, 1995.

la perdita dei propri cari, la distruzione delle abitazioni, la fuga forzata, la fame, la paura costante dei bombardamenti e delle incursioni contribuirono a generare una condizione diffusa di instabilità e insicurezza. In questo contesto, il disorientamento non si limitava a essere una reazione emotiva, ma costituiva una condizione esistenziale: venivano meno le coordinate mediante cui interpretare la realtà, mentre il futuro appariva incerto e il presente dominato dall'urgenza della sopravvivenza²⁰³.

La già descritta condizione di smarrimento trovò spesso espressione nella sofferenza psichica, che si manifestava in forme molteplici e difficilmente riducibili a categorie cliniche rigide. Stati di angoscia persistente, sentimenti di perdita e di vuoto, difficoltà di concentrazione, alterazioni del sonno, reazioni dissociative e manifestazioni somatiche costituivano alcune delle modalità attraverso cui le donne cercavano di far fronte a un'esperienza che eccedeva le loro capacità di elaborazione. La dimensione collettiva del trauma non impediva, anzi accentuava, la sua interiorizzazione: ciascuna soggettività era chiamata a confrontarsi individualmente con eventi che, pur essendo condivisi, si inscrivevano in modo singolare nelle biografie personali²⁰⁴.

In questo quadro, il manicomio continuò a configurarsi come uno spazio privilegiato di raccolta, osservazione e classificazione di questo disagio. Esso rappresentava una delle poche istituzioni in grado di “prendere in carico” la sofferenza psichica, ma lo faceva secondo modalità che riflettevano una visione riduttiva e medicalizzante dell'esperienza traumatica. Le donne che non riuscivano a sostenere il peso psicologico della guerra, che manifestavano comportamenti ritenuti disorganizzati o inadeguati, o che non erano in grado di adempiere alle aspettative sociali, venivano a poco a poco indirizzate verso l'internamento: il manicomio operava come un dispositivo di selezione, esso accoglieva non solo le patologie riconosciute, ma anche tutte quelle forme di disagio che la società non era in grado o non era disposta a gestire al proprio interno²⁰⁵.

²⁰³ Cfr. C. Rosati, *La memoria dei bombardamenti. Pistoia 1934-1944*, in *Linea Gotica 1944. Eserciti, popolazioni, partigiani*, a cura di G. Rochat, E. Santarelli, P. Sorcinelli, Franco Angeli, Milano, 1986.

²⁰⁴ Cfr. P. Giovannini, *La psichiatria di guerra, dal fascismo alla Seconda guerra mondiale*, Unicopli, Milano, 2015.

²⁰⁵ Cfr. V. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2011.

Il processo di istituzionalizzazione comportava una trasformazione significativa del significato stesso della sofferenza. Ciò che aveva origine in un contesto storico specifico (la guerra, la violenza, la perdita) veniva progressivamente tradotto in linguaggio clinico: il trauma diventava sintomo, la reazione diventava disturbo, la storia individuale veniva ricondotta entro categorie diagnostiche preesistenti. Questo passaggio implicava una perdita di complessità, ma anche una forma di neutralizzazione: la sofferenza veniva sottratta al suo contesto e resa oggetto di osservazione e classificazione, piuttosto che di comprensione²⁰⁶.

Inoltre, la funzione del manicomio non si limitava alla gestione del disagio psichico in senso stretto, ma si estendeva alla regolazione delle norme sociali e di genere. Le donne internate erano spesso coloro che, per effetto del trauma o delle circostanze, non riuscivano più a conformarsi ai modelli tradizionali di comportamento (madri accudenti, mogli devote, soggetti emotivamente stabili). In questo senso, l'istituzione manicomiale contribuiva a ristabilire simbolicamente un ordine messo in crisi dalla guerra, attraverso l'esclusione di quelle soggettività che ne rappresentavano la frattura²⁰⁷.

Pertanto, la Seconda guerra mondiale non può essere letta soltanto come un evento storico concluso, ma come un'esperienza che ha prodotto effetti duraturi sulle strutture psichiche e sociali. L'analisi delle esperienze femminili e del loro rapporto con l'istituzione manicomiale consente di cogliere la profondità di tali effetti: essa mostra come la sofferenza generata dal conflitto sia stata al tempo stesso vissuta, interiorizzata e istituzionalmente rielaborata, dando luogo a forme complesse di interazione tra storia, psiche e potere.

A differenza del primo conflitto mondiale, che aveva inciso prevalentemente in modo indiretto sulla popolazione civile (per mezzo di le conseguenze economiche, il ritorno dei reduci e le trasformazioni sociali connesse alla mobilitazione bellica), la guerra tra il 1943 e il 1945 assunse in Italia una dimensione profondamente totalizzante, capace di penetrare capillarmente negli spazi della vita quotidiana e di ridefinirne i confini. Essa non si configurò soltanto come un evento militare circoscritto ai campi di battaglia, ma

²⁰⁶ Ibidem.

²⁰⁷ Ibidem.

come una realtà diffusa e pervasiva che investì direttamente case, villaggi e città, trasformando l'intero territorio in uno spazio di conflitto²⁰⁸.

Si trattò, dunque, di una guerra vissuta quotidianamente: una guerra di occupazione (caratterizzata dalla presenza delle truppe tedesche e dalle operazioni di controllo e repressione), una guerra di bombardamenti (che colpivano indiscriminatamente centri urbani e infrastrutture), una guerra di rastrellamenti (finalizzati alla cattura di partigiani, civili sospettati o semplicemente individui da deportare), una guerra segnata da violenze diffuse (che includevano esecuzioni sommarie, rappresaglie e soprusi nei confronti della popolazione). Gli spazi tradizionalmente associati alla sicurezza e all'intimità domestica vennero gradualmente svuotati della loro funzione protettiva, trasformandosi in luoghi di esposizione costante al pericolo e all'incertezza²⁰⁹.

La linea di demarcazione tra fronte e retrovia si dissolse progressivamente: ciò che un tempo era separato (il teatro delle operazioni militari e la vita civile) venne a sovrapporsi in modo sempre più marcato. Il tempo della guerra e il tempo della vita ordinaria finirono per coincidere, generando una condizione di continua emergenza nella quale ogni attività quotidiana (lavorare, nutrirsi, spostarsi, prendersi cura dei figli) si svolgeva sotto la minaccia costante della violenza. La sovrapposizione produsse effetti profondi non solo sul piano materiale, ma anche su quello percettivo e simbolico: la guerra cessò di essere un evento eccezionale per diventare una dimensione permanente dell'esperienza²¹⁰.

All'interno di questo scenario, le donne si trovarono a fronteggiare un duplice carico, che assunse tratti particolarmente gravosi: da un lato, esse furono chiamate ad assumere responsabilità nuove e spesso inedite, legate all'assenza degli uomini (impegnati al fronte, dispersi, prigionieri o caduti): gestione della famiglia, cura dei figli e degli anziani, approvvigionamento di beni essenziali, talvolta anche attività lavorative necessarie alla sopravvivenza. Questo ampliamento delle funzioni femminili avvenne in

²⁰⁸ Cfr. A. Bravo, *Donne e uomini nelle guerre mondiali*, Laterza, Bari, 1991.

²⁰⁹ *Ibidem*.

²¹⁰ *Ibidem*.

modo repentino e forzato, senza un corrispondente riconoscimento sociale o simbolico, e contribuì a mettere in crisi i modelli tradizionali di divisione dei ruoli²¹¹.

Dall'altro lato, le donne dovettero confrontarsi con la necessità di sopravvivere in un contesto segnato da precarietà estrema: la scarsità di risorse alimentari, la distruzione delle abitazioni, lo sfollamento forzato, la disgregazione delle reti di solidarietà, la paura costante dei bombardamenti e delle incursioni militari. A queste condizioni materiali si aggiungeva una dimensione emotiva altrettanto rilevante: l'angoscia per la sorte dei familiari, il dolore per le perdite subite, il senso di insicurezza permanente, la difficoltà di immaginare un futuro stabile. La sopravvivenza non riguardava unicamente la dimensione fisica, ma anche quella psichica: implicava la capacità di mantenere un equilibrio minimo in un contesto che tendeva continuamente a destabilizzarlo²¹².

Questa duplice pressione (responsabilità accresciute e condizioni di vita deteriorate) contribuì a generare una tensione costante che si rifletteva nelle forme della soggettività femminile. Le donne si trovarono a operare in una condizione di sospensione tra adattamento e resistenza: da un lato cercavano di garantire la continuità della vita quotidiana, dall'altro erano costrette a confrontarsi con eventi che ne minavano radicalmente le basi. Sotto questo profilo, la loro esperienza si configura come un punto di osservazione privilegiato per comprendere la natura totalizzante della guerra e i suoi effetti di lunga durata sulle strutture sociali e psichiche²¹³.

La guerra tra il 1943 e il 1945 non può essere interpretata semplicemente come una fase storica delimitata nel tempo, ma come un'esperienza che ha inciso in profondità sulle modalità di vivere, percepire e interpretare la realtà. L'analisi delle condizioni femminili in questo contesto consente di cogliere con particolare chiarezza tale trasformazione: essa mette in evidenza come la violenza bellica abbia agito non solo sui corpi e sugli spazi, ma anche sulle identità, sulle relazioni e sulle forme della soggettività, producendo effetti destinati a protrarsi ben oltre la fine delle ostilità²¹⁴.

²¹¹ *Ibidem*.

²¹² *Ibidem*.

²¹³ A. Iannitelli, M. Biondi, *La guerra come fatto psichico*, in "rivista di Psichiatria", V. 59, n.1, 2024.

²¹⁴ Cfr. A. Bravo, *Donne e uomini nelle guerre mondiali*, Laterza, Bari, 1991.

Le fonti cliniche e le cartelle manicomiali consentono di cogliere in modo puntuale l'impatto di tali trasformazioni sulle soggettività femminili; dall'analisi di questi materiali emerge un quadro segnato da profonde lacerazioni interiori: stati di malinconia persistente, confusione mentale, disorientamento spaziale e temporale, allucinazioni, mutismo e rifiuto delle attività quotidiane. Queste manifestazioni non possono essere lette esclusivamente come sintomi di patologia individuale, ma devono essere comprese alla luce del contesto storico entro cui si producono, ossia come risposte a un trauma diffuso e prolungato. Le esperienze di lutto, di sfollamento forzato, di perdita dei riferimenti affettivi e materiali contribuirono infatti a generare una frattura nella continuità dell'esperienza, rendendo difficile la ricostruzione di un senso coerente della realtà²¹⁵.

Un elemento particolarmente rilevante è rappresentato dalla pervasività della violenza: essa non si limitò agli scontri armati, ma si manifestò in forme molteplici e capillari, incidendo profondamente sulla percezione del mondo e sugli equilibri psichici. I bombardamenti aerei, in particolare, modificarono radicalmente l'immaginario della guerra: il pericolo non era più circoscritto a luoghi lontani, ma poteva abbattersi improvvisamente sugli spazi della vita quotidiana, generando una condizione di insicurezza permanente. In questo contesto, stati di agitazione, idee persecutorie e sensi di colpa divennero modalità ricorrenti attraverso cui le donne elaboravano l'esperienza della distruzione e della perdita. La visione diretta della morte, dei corpi dilaniati, delle case distrutte contribuiva a produrre una destabilizzazione profonda delle coordinate percettive e cognitive²¹⁶.

Accanto a tali manifestazioni, la paura emerge come una dimensione centrale e persistente: non più soltanto reazione immediata al pericolo, ma condizione psichica strutturata, capace di radicarsi nel tempo e di influenzare il rapporto con la realtà anche dopo la fine delle ostilità. Le cartelle cliniche documentano con frequenza stati di angoscia, paralisi emotiva, mutismo e forme di ebbetudine che testimoniano una compromissione significativa delle capacità di elaborazione dell'esperienza. A queste si associano fenomeni di confusione e disorientamento, che riflettono la perdita delle

²¹⁵Cfr. M. Guglielmi, "Memoria traumatica e memoria psichiatrica", in *Novecento transnazionale*, 2022.

²¹⁶ Cfr. V. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2011.

coordinate abituali della vita quotidiana, nonché ossessioni persecutorie che rivelano la difficoltà di distinguere tra pericolo reale e minaccia immaginata²¹⁷.

Particolarmente significativi risultano i deliri di rovina e di negazione, che si manifestano con maggiore frequenza tra le donne costrette allo sfollamento o alla perdita totale dei propri beni. In tali casi, la distruzione materiale si accompagna a una disgregazione simbolica: la perdita degli oggetti, dei luoghi e delle relazioni significative produce una sensazione di estraneità rispetto al mondo, come se la sopravvivenza biologica non fosse sufficiente a garantire una reale appartenenza sociale. Le pazienti appaiono spesso immerse in una dimensione di sospensione, incapaci di riconoscersi nei contesti nuovi e di ristabilire un legame con la propria storia.

Nonostante l'evidenza di queste manifestazioni, l'interpretazione medico-psichiatrica dominante continuò a essere fortemente influenzata da paradigmi precedenti, fondati su una concezione individualizzante e biologizzante della malattia mentale: si tendeva a sostenere che la guerra, in quanto tale, non fosse in grado di generare disturbi psichici in individui considerati sani, ma potesse agire soltanto come fattore scatenante su predisposizioni preesistenti. Le cause della follia venivano quindi ricercate altrove: nella storia familiare, nelle tare ereditarie, nei vizi, nelle debolezze morali. In questo modo, il trauma bellico veniva ridimensionato e depotenziato nella sua portata causale, mentre la responsabilità della malattia veniva implicitamente ricondotta al soggetto²¹⁸.

Questa impostazione non subì modifiche sostanziali nel secondo dopoguerra, nonostante il mutamento del quadro politico e istituzionale: le ferite lasciate dal conflitto continuarono a manifestarsi nel tempo, riaffiorando nella memoria e nei comportamenti delle sopravvissute. Le cartelle cliniche relative agli anni successivi alla guerra documentano un numero significativo di ricoveri femminili legati a stati di sofferenza psichica connessi, in modo più o meno esplicito, agli eventi bellici. Tuttavia, anche in

²¹⁷ Ibidem.

²¹⁸ Cfr. C. Rosati, *La memoria dei bombardamenti. Pistoia 1934-1944*, in *Linea Gotica 1944. Eserciti, popolazioni, partigiani*, a cura di G. Rochat, E. Santarelli, P. Sorcinelli, Franco Angeli, Milano, 1986.

questo caso, tali condizioni venivano spesso interpretate alla luce di fragilità individuali pregresse, piuttosto che come esiti diretti di un'esperienza traumatica collettiva²¹⁹.

Il secondo dopoguerra si configura di conseguenza come una fase di continuità più che di rottura: nonostante il mutamento del quadro politico-istituzionale e l'avvento dell'ordinamento repubblicano, le istituzioni psichiatriche italiane continuarono a operare secondo logiche sostanzialmente custodialistiche, ereditate dal periodo precedente e solo marginalmente rielaborate. Il manicomio, lungi dall'essere ripensato come spazio terapeutico orientato alla riabilitazione, rimase prevalentemente un luogo di contenimento e di segregazione, nel quale l'internamento continuava a rappresentare la risposta privilegiata: spesso automatica: al disagio mentale. In questo senso, esso si configurava come una istituzione totale: deputata non tanto alla cura quanto alla gestione di soggettività ritenute problematiche o disfunzionali rispetto all'ordine sociale²²⁰.

La sofferenza psichica veniva frequentemente sottratta alla sua dimensione storica e relazionale per essere tradotta in termini esclusivamente patologici: esperienze profondamente radicate negli eventi traumatici della guerra: quali la perdita, lo sfollamento, la violenza subita o assistita, la disgregazione dei legami familiari e comunitari: venivano reinterpretate attraverso categorie diagnostiche che tendevano a individualizzare il disagio, oscurandone le cause sociali e collettive. Il manicomio diveniva così il luogo in cui il trauma storico veniva neutralizzato e ricondotto entro una grammatica clinica che ne attenuava la portata destabilizzante: trasformando la memoria della guerra in sintomo e la sofferenza in malattia²²¹.

Le donne ricoverate appaiono spesso impegnate in un complesso e ambivalente processo di rielaborazione del trauma: da un lato emerge con forza il tentativo di rimozione: una strategia psichica volta a espellere dalla coscienza i ricordi più dolorosi, a silenziare le immagini della distruzione e della perdita, a ricostruire una parvenza di normalità tramite l'oblio. Tale dinamica può essere interpretata come un meccanismo di difesa attivato di fronte all'impossibilità di integrare esperienze che eccedono le capacità

²¹⁹ *Ibidem*.

²²⁰ Cfr. A. Iannitelli, M. Biondi, *La guerra come fatto psichico*, in "rivista di Psichiatria", V. 59, n.1, 2024.

²²¹ *Ibidem*.

di elaborazione dell'individuo. Dall'altro lato, tuttavia, questa stessa rimozione si rivela frequentemente inefficace: dando luogo a un ritorno del rimosso che si manifesta in forme intrusive e persistenti²²².

Il ricordo traumatico, anziché dissolversi, tende invero a interiorizzarsi e a cristallizzarsi: assumendo la forma di una presenza costante che invade il presente. Le cartelle cliniche testimoniano la ricorrenza di immagini intrusive, di incubi, di stati di angoscia improvvisa, di paure irrazionali che sfuggono al controllo volontario e che si impongono con forza alla coscienza. In molti casi, tali manifestazioni si accompagnano a una temporalità psichica alterata: nella quale il passato non appare come qualcosa di concluso, ma continua a irrompere nel presente con la stessa intensità emotiva dell'esperienza originaria. Si assiste così a una sorta di fissazione traumatica: per cui l'individuo rimane intrappolato in un tempo sospeso, incapace di collocare l'evento traumatico entro una narrazione coerente della propria esistenza²²³.

Questa dinamica risulta ulteriormente aggravata dal contesto istituzionale del manicomio: difficilmente offriva strumenti adeguati a una reale elaborazione del trauma. L'assenza di percorsi terapeutici orientati all'ascolto e alla ricostruzione del vissuto: unita alla rigidità delle pratiche custodialistiche: contribuiva a consolidare piuttosto che a sciogliere i nodi della sofferenza psichica. L'isolamento, la perdita di autonomia, la spersonalizzazione insita nella vita istituzionale tendevano a rafforzare il senso di estraneità e di disconnessione già prodotto dall'esperienza bellica: impedendo alle pazienti di rielaborare in modo significativo la propria storia²²⁴.

Inoltre, il processo di patologizzazione del trauma si intrecciava con le aspettative sociali e culturali relative al ruolo femminile. Le donne che non riuscivano a riprendere le funzioni tradizionalmente assegnate: cura della famiglia, gestione della casa, stabilità emotiva: venivano più facilmente percepite come inadatte e, di conseguenza, più esposte al rischio di internamento. In questa direzione, il manicomio si configurava anche come uno spazio di normalizzazione di genere: nel quale la sofferenza psichica femminile

²²² *Ibidem.*

²²³ *Ibidem.*

²²⁴ *Ibidem.*

veniva letta e trattata alla luce di modelli normativi che privilegiavano la conformità e la docilità²²⁵.

Alla luce di queste considerazioni, il secondo dopoguerra appare dunque come un periodo in cui il trauma della guerra continuò a operare in profondità: senza trovare un adeguato riconoscimento né sul piano sociale né su quello istituzionale. La persistenza di un paradigma psichiatrico centrato sull'internamento e sulla medicalizzazione contribuì a trasformare esperienze storicamente determinate in condizioni patologiche individuali: relegando la sofferenza entro i confini del manicomio e sottraendola al dibattito pubblico. In tal modo, le istituzioni psichiatriche parteciparono, consapevolmente o meno, a un processo più ampio di rimozione collettiva del trauma bellico: nel quale le voci delle donne e le loro esperienze di dolore rimasero a lungo marginalizzate e silenziate²²⁶.

Questa difficoltà di elaborazione testimonia la profondità dell'impatto della guerra sulle strutture psichiche: il trauma non si esaurisce con la fine delle ostilità, ma continua a operare nel tempo, modificando la percezione di sé e del mondo. Le soggettività femminili appaiono così segnate da una temporalità fratturata, nella quale il passato traumatico irrompe continuamente nel presente, impedendo una piena proiezione verso il futuro. In tale prospettiva, la sofferenza psichica osservata nel secondo dopoguerra non può essere compresa senza tener conto della dimensione storica che la attraversa: essa rappresenta, al contempo, esito di esperienze individuali e riflesso di un trauma collettivo che ha investito l'intera società²²⁷.

La permanenza delle pratiche manicomiali e delle categorie diagnostiche ereditate dal periodo precedente contribuisce infatti a evidenziare come il processo di democratizzazione non abbia inciso in maniera immediata e profonda sulle modalità di gestione della devianza e della fragilità psichica. Le istituzioni psichiatriche continuarono a operare secondo logiche consolidate: logiche custodialistiche, selettive e normalizzatrici, nelle quali l'internamento costituiva non soltanto una risposta sanitaria, ma anche uno strumento di regolazione sociale. In questo senso, il manicomio si inserisce

²²⁵ *Ibidem*.

²²⁶ Cfr. V. Turner, *Il processo rituale. Struttura e anti-struttura*, Aldine, Venezia, 1969.

²²⁷ Cfr. J. L. Herman, *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Magi, Roma, 2005.

all'interno di un più ampio dispositivo di controllo che agisce sul confine tra normalità e anormalità, contribuendo a definire e a mantenere l'ordine sociale attraverso l'esclusione di coloro che non vi si conformano²²⁸.

In definitiva, il manicomio del secondo dopoguerra appare come un luogo in cui si condensano le contraddizioni di un'epoca: uno spazio in cui la sofferenza viene al tempo stesso presa in carico e silenziata, in cui il trauma viene registrato ma non pienamente compreso, in cui le soggettività femminili vengono accolte ma anche disciplinate. In tale ambivalenza risiede una delle chiavi interpretative più significative per comprendere la lunga durata dei meccanismi di marginalizzazione e di controllo che hanno segnato la storia della psichiatria italiana e, più in generale, della società nel suo complesso²²⁹.

²²⁸ Cfr. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1976.

²²⁹ Cfr. F. Basaglia, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini + Castoldi, Milano, 2024.

2.9 L'esperienza manicomiale nella vita di Alda Merini

Il 31 ottobre 1965 segna una soglia drammatica nell'esistenza di Alda Merini: a seguito di un acceso conflitto coniugale, l'autrice subisce il primo internamento presso l'istituto psichiatrico "Paolo Pini" di Milano. Tale evento, determinante per la successiva evoluzione della sua poetica, viene rielaborato in chiave testimoniale e letteraria nell'opera *L'altra verità. Diario di una diversa*, in cui la cronaca del trauma si trasforma in una disamina fenomenologica della condizione di "esclusa":

<< Insomma, ero una sposa e una madre felice, anche se talvolta davo segni di stanchezza e mi si intorpidiva la mente. Provai a parlare di queste cose a mio marito, ma lui non fece cenno di comprenderle e così il mio esaurimento si aggravò, e morendo mia madre, alla quale io tenevo sommamente, le cose andarono di male in peggio tanto che un giorno, esasperata dall'immenso lavoro e dalla continua povertà e poi, chissà, in preda ai fumi del male, diedi in escandescenze e mio marito non trovò di meglio che chiamare un'ambulanza, non prevedendo che mi avrebbero portata in manicomio. Ma allora le leggi erano precise e stava di fatto che ancora nel 1965 la donna era soggetta all'uomo e che l'uomo poteva prendere delle decisioni per ciò che riguardava il suo avvenire>>²³⁰.

Tale testimonianza offre un racconto emblematico di come l'internamento manicomiale si configurasse prevalentemente come una forma di violenza strutturale nei confronti della donna: l'ingresso nell'istituzione non comportava solamente la privazione della libertà personale, ma determinava anche la perdita di quei riferimenti identitari, che, nella cultura dell'epoca, definivano e legittimavano l'esistenza femminile.²³¹

La donna tendeva in effetti a essere riconosciuta socialmente quasi esclusivamente attraverso i ruoli di moglie, madre e casalinga, considerati naturali e intrinseci alla sua stessa essenza. La sottrazione di tali funzioni, conseguente all'internamento, produceva di conseguenza uno sradicamento profondo: privata del contesto familiare e delle

²³⁰ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 13-14.

²³¹ Cfr., A. Conti, *Manicomio 1914: Gentilissimo sig. dottore, questa è la mia vita*, Jaca Book, Milano, 2000.

responsabilità domestiche, la donna perdeva anche le principali coordinate mediante cui poteva costruire e riconoscere la propria identità individuale ²³².

Allo stesso tempo, il sistema sociale contribuiva a rafforzare una dinamica di colpevolizzazione che gravava interamente sulla donna: nel momento in cui essa non risultava più in grado di rispondere alle aspettative connesse al proprio ruolo familiare, la responsabilità non veniva attribuita alle condizioni sociali o alle disuguaglianze strutturali che ne limitavano l'autonomia, ma alla sua presunta inadeguatezza²³³.

Il marito risultava socialmente legittimato a rifiutarla o a sostituirla, mentre l'internamento sanciva la perdita di ogni spazio privato e l'ingresso in una dimensione di vita collettiva caratterizzata dalla continua violazione della riservatezza e del pudore; paradossalmente, proprio quegli elementi (il pudore, la modestia, e la rispettabilità), che continuavano a essere indicati come requisiti fondamentali della "normalità" femminile, venivano sistematicamente negati alle donne internate, ormai private di qualsiasi diritto alla propria intimità²³⁴.

La vita manicomiale contribuiva alla progressiva degradazione del corpo femminile, che all'interno dell'istituzione manicomiale tendeva a essere ridotto a semplice strumento di sopravvivenza puramente biologica: il corpo della donna internata diventava così oggetto di controllo, manipolazione e sfruttamento da parte della struttura manicomiale, che lo impiegava frequentemente in attività servili e degradanti²³⁵.

A questo proposito, Alda Merini, nel suo libro *L'altra verità. Diario di una diversa*, racconta testuali parole:

<< Nel centro del giardino c'era anche un'altra appendice dell'ospedale: il ricovero delle cavie, dove si facevano continue ricerche sul cervello umano. Io mi sono addentrata in quel posto poche volte, quanto basta per provarne un orrore incredibile. Bestie lobotomizzate, castrate e, dappertutto, un senso di innaturale forza malvagia, ridotta al massimo della sua violenza. Certe bestie, sotto i veleni delle medicine, avevano perso del tutto la loro identità. E dei gatti parevano tigri feroci, dei topolini erano presi da sindromi strane che li facevano girare su sé stessi senza

²³² *Ibidem*.

²³³ *Ibidem*.

²³⁴ Cfr., A. Valeriano, *Malacarne: donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.

²³⁵ Cfr., A. Conti, *Manicomio 1914: Gentilissimo sig. dottore, questa è la mia vita*, Jaca Book, Milano, 2000.

posa alcuna né alcun senso di conservazione. L'uomo che dirigeva questo brutto traffico era un po' eguale alle sue bestie, pareva un lobotomizzato; unto e untuoso, cercava di arraffare qualche malata e portarla di sotto per monitorarla, come diceva lui.²³⁶>>.

Tale processo non si esauriva in una forma di disciplinamento, ma agiva anche come un dispositivo di annullamento simbolico e sociale della soggettività femminile, attraverso cui l'istituzione consolidava il proprio potere sui corpi e sulle identità delle internate²³⁷.

Questa erosione dell'identità viene descritta efficacemente da A. Merini, secondo la quale:

<< La prima volta che dovetti sostare a questa rigida disciplina svenni, e per lo schifo, e perché ero così indebolita dalla degenza che non mi reggevo più in piedi. Ci allineavano tutte davanti a un lavello comune con i piedi nudi per terra fissi nelle pozzanghere d'acqua. Poi ci strappavano di dosso i pochi indumenti. Poi le infermiere passavano ad insaponarci anche nelle parti più intime, e ci asciugavano in un comune lenzuolo lercio. Le più vecchie cadevano a terra per il modo maldestro con cui venivano trattate. Alcune scivolavano, altre battevano pesantemente la testa. Io, ogni mattina, davanti a quel lavello e all'odore terribile del luogo, svenivo e venivo ripresa con male parole e buttata sotto l'acqua dacia. {...} Poi ci allineavano su delle panche sordide, accanto a dei finestrone enormi, e lì stavamo a guardare per terra come delle colpevoli, ammazzate dalla indifferenza, senza una parola, un sorriso, un dialogo qualunque. Io avevo sete di verità e non capivo come ero potuta capitare in quell'inferno. Disposta naturalmente al razionalismo, avvezza a cercare il perché di tutte le cose, ero spaventata dall'oscenità dell'ignoranza che si adoperava in quei luoghi {...}. Eppure, sotto la diagnosi serpeggiava quieta la mia anima dolce, rasserenante, un'anima che non era stata mai tanto luminosa e vitale, e, a volte, per consolarmi. Pensavo che quella brutta vestaglia azzurra fosse il saio di S. Francesco e che io di proposito l'avessi scelto per umiliarmi. Così, in questo modo, gentile adoperai il silenzio, e mi venne fatto di incontrarvi il mio io, quell'io identico a sé stesso, che non voleva, non poteva morire.²³⁸>>.

Nell'autobiografia di Alda Merini, il rapporto con il Dottor G. emerge come uno degli elementi centrali attraverso cui si articola non soltanto il tentativo di cura, ma anche

²³⁶ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 28.

²³⁷ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024.

²³⁸ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp.37-38.

la possibilità di una ricostruzione identitaria e narrativa del sé. La scrittrice descrive tale relazione come un percorso complesso, attraversato da fiducia e resistenza, da speranza e paura, da un continuo oscillare tra il desiderio di guarigione e l'impossibilità di lasciarsi davvero attraversare dal processo terapeutico²³⁹.

Il medico viene rappresentato come una figura profondamente diversa rispetto alla violenza impersonale dell'istituzione manicomiale: egli appare dotato di pazienza, capacità di ascolto e autentica volontà di comprendere, quasi come una presenza capace di restituire umanità a uno spazio fondato invece sulla spersonalizzazione²⁴⁰.

La terapia si configura allora come uno spazio ambivalente, in cui il desiderio di essere salvata convive con la paura di ciò che potrebbe emergere. Anche i tentativi del medico di provocare una reazione emotiva per mezzo di forme di simulazione affettiva o di "colluttazione amorosa" vengono vissuti con estrema angoscia, poiché toccano direttamente il nodo traumatico del rapporto con il corpo, con la sessualità e con la memoria della violenza²⁴¹. A tal riguardo, la scrittrice scriverà che:

<< Intanto proseguiva la mia indagine psicologica col Dottor. G che aveva un enorme pazienza e una grande volontà di guarirmi. Io, a dire il vero, non credevo nella mia guarigione quantunque ci sperassi molto e quantunque mi rendessi conto delle enormi capacità umane e intellettive del dottor G. essendo stato un freudiano, non mi era difficile seguirlo. Ma c'era qualcosa nel mio inconscio che non voleva essere rimosso e più di una volta il buon dottor G cercò di spaventarmi fingendo con me una colluttazione amorosa, la qual cosa mi spaventava all'eccesso>>²⁴².

Particolarmente significativa appare la riflessione di Merini sul rapporto con la maternità e con i figli, che si presenta come uno dei nuclei più dolorosi della sua esperienza psichica: la maternità non viene descritta come luogo di compimento identitario, secondo il modello tradizionale assegnato alla femminilità, ma come spazio di frattura e di terrore. I figli vengono percepiti come parte inseparabile del proprio corpo, come estensione del proprio io, e proprio per questo la loro separazione al momento della nascita assume i contorni di una perdita insostenibile. La scrittrice ricorre alla potente

²³⁹ Ibidem.

²⁴⁰ Ibidem.

²⁴¹ Ibidem.

²⁴² Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 39.

immagine mitologica di Crono che divora i propri figli, evocando una maternità vissuta non come generazione serena, ma come esperienza minacciosa e mostruosa:

<< La cosa che maggiormente mi spaventava erano i rapporti con i miei figli. Nella mia mente malata i figli dovevano necessariamente far parte del mio corpo, del mio io, e non potevo prevederne un altro che fosse al di fuori del mio centro focale, Finché i figli li portavo in grembo, tutto poteva rientrare nella normalità; ma una volta che li mettevo al mondo mi riallacciavo inequivocabilmente al mito di Cronos che divorava la propria progenie. Ho chiesto al mio medico il perché di questa mia particolare mostruosità, ma il mio medico non ha mai saputo darmi una esauriente indicazione. Tutt'al più poteva identificare i miei figli col pene, il che era tipicamente freudiano, come qualcosa di fallico, come una appendice che mi ricordava il vecchio trauma. E fin qui la cosa potevo anche accettarla. Ma non potevo certo accettare di essere io l'autrice di una infamia qualsiasi, o di una altrui infelicità. La morale era che i figli li dovevo affidare ad altri, perché mi facevano insorgere paurose allucinazioni e la cosa mi sgomentava. E ancora oggi non l'ho risolta per cui, non sentendomi amata dai miei figlioli, mi sento virtualmente sola. Potrà anche essere vero che in passato un uomo mi abbia violentata, ma mi ricordo benissimo che quand'ero bambina pregavo ogni sera il buon dio che mi facesse dono di un bimbo. perché? anche queste cose sono contemplate nelle teorie freudiane. Ma si dà il fatto che la bimba vuole un bimbo, secondo Freud, perché si sente castrata.>>²⁴³.

In questa prospettiva, il riferimento alla psicoanalisi freudiana diventa uno strumento di interpretazione ma anche di conflitto. Il medico tenta di spiegare tale angoscia riconducendola a simbolismi fallici e alla riemersione di un trauma infantile, ma Merini fatica ad accettare una lettura che rischia di trasformarla nell'autrice della sofferenza altrui: l'idea di poter essere responsabile di una forma di distruzione nei confronti dei figli appare insopportabile, e proprio per questo la soluzione pratica dell'affidamento ad altri viene vissuta come una ferita insanabile. Il distacco dai figli non rappresenta soltanto una separazione materiale, ma diventa la prova concreta di una maternità negata e fallita, destinata a tradursi in una persistente sensazione di solitudine e di esclusione affettiva²⁴⁴.

A questa frattura si collega profondamente il rapporto con la figura materna, centrale nella costruzione dell'identità femminile e nella genealogia del trauma. La madre

²⁴³ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 43 – 44.

²⁴⁴ Ibidem.

rappresenta inizialmente un modello assoluto, una figura idealizzata e quasi sacralizzata, capace di organizzare il mondo infantile attraverso la sicurezza dell'identificazione. Tuttavia, con l'ingresso nell'adolescenza, questa immagine si incrina. La giovane Merini avverte il bisogno di differenziarsi, di costruire una soggettività autonoma e di dare spazio alle proprie aspirazioni artistiche, mentre la madre appare sempre più distante da questa possibilità, estranea al linguaggio dell'arte e incapace di comprendere la vocazione poetica della figlia:

<< Mia madre aveva sempre costituito un modello nella mia mente, modello che poteva andare bene per la prima infanzia, ma anche automaticamente la mia adolescenza rifiutava in quanto amante e concubina del padre. In più io cominciavo a sentire in me i primi movimenti. le prime aspirazioni artistiche e mia madre, che era del tutto profana nel campo dell'arte, non poteva certo combaciare con la mia figura. Di qui nacque il mio punto di mostruosità, la mostruosità della mia esistenza, la mostruosità di mia madre stessa e, infine, l'aggressione con conseguente voglia di fuggirmene da casa. Ma siccome questo fuggire era patologico, finii in una clinica dove tentarono di coordinare la mia figura. Mia madre certamente si ricollegava al fatto del trauma infantile. Forse ella stessa ne era stata l'autrice. Ma questo, io non lo potevo accettare in quanto l'avevo sempre adorata e giudicata al di sopra di ogni sospetto. In tutta questa storia atroce, mio padre non aveva alcuna parte perché mi ero compiaciuta, fin da bambina, di considerarlo un uomo castrato. Questo, perché? Di fatto, nella mia mente anche il Dottor G. non aveva il pene, me lo immaginavo così per potervi parlare, altrimenti sarebbe diventato un mio nemico.>>²⁴⁵.

Il rifiuto adolescenziale della madre assume allora una dimensione radicale e simbolica: non si tratta soltanto di una normale dinamica di separazione, ma della percezione di una incompatibilità profonda tra il modello materno ereditato e la donna che Merini sente di voler diventare. La madre diventa il simbolo di una femminilità normativa, insufficiente, quasi oppressiva, e da questa frattura nasce ciò che la scrittrice definisce la propria "mostruosità". Tale termine non indica soltanto il disagio psichico, ma una vera e propria alterazione ontologica dell'identità: essere mostruosa significa non riconoscersi più dentro alcun ordine simbolico stabile, né come figlia né come madre, né come donna conforme né come soggetto pienamente accettabile²⁴⁶.

²⁴⁵ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 45.

²⁴⁶ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024.

Il trauma infantile sembra collocarsi proprio dentro questa relazione originaria, pur restando in una zona opaca e irrisolta. Merini arriva a ipotizzare che la madre possa esserne stata in qualche modo responsabile, ma questa possibilità resta insostenibile, poiché significherebbe distruggere la figura più amata e idealizzata dell'infanzia. L'impossibilità di accusare la madre coincide con l'impossibilità di sciogliere il trauma: esso resta così sospeso, non elaborato, presente proprio nella sua irraggiungibilità.

Parallelamente, la figura paterna viene descritta come svuotata di potere simbolico. Il padre non occupa una posizione realmente ordinatrice, ma viene immaginato come castrato, privato della funzione normativa e fallica tradizionalmente attribuita al pater famiglia. Questa rappresentazione si estende anche alla figura del terapeuta: Merini immagina inconsciamente il Dottor G. come privo di pene, proprio perché solo così può percepirlo come interlocutore non minaccioso. Neutralizzare simbolicamente il maschile significa sottrarlo alla dimensione dell'aggressione e rendere possibile il dialogo. Il tema dell'internamento si inserisce allora come prosecuzione istituzionale di questa frattura esistenziale. Merini insiste sul fatto che il ricovero non venga vissuto come un percorso di cura, ma come una vera e propria condanna sociale e morale. La famiglia, il marito, i parenti non appaiono come sostegni, ma come presenze assenti o incapaci di comprendere.

Il manicomio produce una stigmatizzazione che supera la dimensione clinica e assume i tratti di una colpa giuridica e morale: essere stati internati equivale a portare un marchio permanente, spesso percepito come persino più infamante della detenzione carceraria. Il malato mentale viene collocato in una zona di sospensione dei diritti, dove la sua parola perde credibilità e la sua identità viene interamente ridefinita dall'etichetta patologica:

<< Molta gente, leggendo questo esiguo libretto si domanderà che ruolo avesse in quel tempo mio marito e tutta la mia famiglia: nessun ruolo. E una ragione esiste. Al momento dell'internamento, l'ammalato sente sopra di sé il peso della condanna, condanna che non può non riversare sulla società tutta ed anche sui congiunti. I parenti invece avvertono questa repulsione come uno stato di malattia e cercano di stare alla larga, anche perché non è detto che non abbiano un vago o profondo senso di rimorso. I più impreparati non si aspettano certo che il manicomio sia fatto in quel modo e, a modo loro, riportano degli shock. Ma le vere vittime restiamo pur sempre noi, perché una volta a casa ci sentiremo sempre rinfacciare quella degenza

come un fatto giuridico, e non di malattia. Insomma, il malato è un gradino in più su di colui che è stato in galera. Io ho sentito, ad esempio, una frase detta appunto da un componente della mia famiglia: in manicomio facevi ciò che volevi. Come a dire che ero sgravata da ogni responsabilità.>>²⁴⁷.

In questo quadro, la maternità subisce un ulteriore rovesciamento simbolico. Quando la figlia maggiore afferma di aver imparato a fare da madre alla propria madre, Merini vive questa frase come una ferita devastante. Essa segna il completo ribaltamento dell'ordine generazionale e sancisce la perdita del proprio ruolo simbolico. Non è più la madre a proteggere, ma la figlia a contenere e sorreggere. Questa inversione viene percepita come intollerabile e genera un rifiuto violento, poiché tocca il nucleo più profondo dell'identità femminile e materna. In quella frase si condensa tutta la consapevolezza di una maternità spezzata, di una genealogia rovesciata e di una soggettività ormai destabilizzata:

<< La mia figura di madre era quanto mai incerta. alle volte agivo come una bambina. Alle volte mi dimenticavo dei miei fanciulli e diventavo io stessa la figlia di me stessa. Una volta mia figlia maggiore mi disse: dacché sei ricoverata qui dentro ho imparato a farti da madre. La cosa mi colpì come una fucilata in pieno petto. Come osava dirmi una cosa simile? anche se minorata, le mie viscere erano comunque mature per una generazione, e lei ne era stata la prima conferma. da quel momento la odiai e non volli più che venisse a trovarmi. mi pareva inferiore alle mie aspettative. In poche parole, avevo trasferito su mia figlia il concetto di madre che tanto pesava sopra la mia coscienza.>>²⁴⁸.

In questo scenario, il Dottor G. assume man mano una funzione quasi salvifica. Egli non considera Merini una malata di mente in senso stretto, ma una donna segnata da un trauma infantile violentissimo, aggravato dalla brutalità dell'istituzione manicomiale. La terapia non si limita allora alla gestione sintomatica, ma tenta una ricostruzione simbolica dell'esperienza. Il medico cerca di decifrare i segni, di leggere i simboli che attraversano la mente della paziente, offrendo alla parola e alla scrittura uno spazio di riemersione²⁴⁹.

²⁴⁷ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 56-57.

²⁴⁸ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 59-60.

²⁴⁹ Ibidem.

Emblematico è il dono della macchina da scrivere, gesto che assume un valore profondamente terapeutico: attraverso la scrittura poetica Merini ritrova infatti una continuità con sé stessa, recupera la memoria e ricostruisce una forma di soggettività sottratta alla definizione manicomiale. La poesia diventa qui non semplice espressione artistica, ma pratica di sopravvivenza e di resistenza, strumento tramite cui l'io può ancora esistere:

<< Cominciò tra me e il Dottor G. un tenerissimo rapporto fatto di sguardi, di sottintesi, di insegnamenti accorti. Il dottor G. era fermamente convinto che io non fossi malata di mente, ma che da bambina avessi subito un violentissimo trauma, e che quello continuasse a darmi fastidio, aggravato, poi, dalla severità del manicomio. Era, questo dottore, uno che cercava in ogni modo di spiegarmi i simboli; anzi di chiarire i simboli che passavano o si mimetizzavano nella mia mente. Un giorno, senza che io gli avessi detto mai nulla del mio scrivere, mi aperse il suo studio e mi fece una sorpresa, una macchina da scrivere. Gradatamente, giorno per giorno, ricominciarono a rifiorirmi i versi della memoria, finché ripresi in pieno la mia attività poetica. Questo lavoro di recupero durò circa due anni.>>²⁵⁰.

Anche la terapia con il Pentothal, il cosiddetto “siero della verità”, si colloca dentro questa ricerca del trauma originario. L'obiettivo non è più semplicemente sedare, ma far emergere ciò che resta sepolto nell'inconscio. Tuttavia, i risultati restano parziali: sotto l'effetto del farmaco riaffiora soltanto l'immagine indistinta di un uomo minaccioso, figura che concentra paura, violenza e raccapriccio, senza mai trasformarsi in un ricordo pienamente narrabile. Il trauma rimane quindi presente proprio nella sua irrepresentabilità:

<< Il dottor G. sempre più convinto che alla base della mia psicosi ci fosse un trauma, cominciò la cura del Pentothal. Il Pentothal non è altro che il siero della verità che, dato in dosi leggerissime, può dare uno stato euforico e spingere il soggetto a fare delle confessioni inaudite, venendo meno con suo effetto ogni censura. Io, sotto il Pentothal urlavo e mi dibattevo dichiarando che un uomo mi spaventava, e urlavo di raccapriccio, finché il dottor G. vedendomi esausta, sospendeva la cura. Questo trattamento durò parecchio, ma diede scarsi risultati, sebbene riuscisse a tenere in efficienza la mia memoria e il mio intelletto.>>²⁵¹.

²⁵⁰ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 65.

²⁵¹ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 65.

In linea generale, il racconto dell'ingresso di Alda Merini in manicomio assume un valore emblematico, poiché mostra con estrema chiarezza il momento in cui la soggettività individuale viene progressivamente espropriata e sostituita da un'identità imposta dall'apparato psichiatrico. L'internamento non viene percepito come l'inizio di un percorso terapeutico, ma come una frattura violenta e incomprensibile, una vera e propria esperienza di annientamento simbolico che interrompe radicalmente la continuità dell'esistenza personale: Merini insiste innanzitutto sul carattere inspiegabile del ricovero, sottolineando come ciò che le risultasse più incomprensibile fosse comprendere in che modo fosse stata condotta in quel luogo e, soprattutto, quale forma di ostilità o di rifiuto avesse potuto spingere il marito a rinchiuderla in una casa di cura. In questa domanda si concentra non soltanto il dolore dell'abbandono coniugale, ma anche la percezione di un tradimento affettivo e relazionale che trasforma l'istituzione psichiatrica in uno spazio di esclusione sociale prima ancora che clinica. Il manicomio appare dunque fin dall'inizio come il prodotto di una rottura familiare e di una delega punitiva, in cui il disagio viene affidato alla custodia istituzionale piuttosto che accolto nella sua complessità umana²⁵²:

<< Ciò che mi riusciva incomprensibile è come fossi capitata in quel luogo, e che odio mai avesse potuto ispirare mio marito a chiudermi in una casa di cura.[...]>>²⁵³.

L'ingresso nella struttura si configura come un vero e proprio rito di spoliazione identitaria: gli infermieri la chiamano, la denudano e la rivestono con una camicia e una vestaglia anonime, privandola immediatamente di ogni segno distintivo della propria individualità. Il cambio d'abito non rappresenta un semplice gesto pratico, ma assume il significato simbolico di una cancellazione del sé: il corpo viene sottratto alla sua dimensione privata e restituito come corpo istituzionale, disciplinato, controllato, reso uniforme. La perdita degli abiti personali coincide con la perdita della propria storia e del proprio riconoscimento sociale, inaugurando un processo di depersonalizzazione che costituisce uno degli elementi fondamentali dell'esperienza manicomiale²⁵⁴.

²⁵² Ibidem.

²⁵³ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 65.

²⁵⁴ Ibidem.

A questa spoliazione materiale si accompagna una profonda sofferenza interiore, che Merini descrive come una lacerazione dello spirito più che del corpo. La volontà di ribellarsi è presente, ma non riesce a tradursi in azione: il desiderio di gridare resta bloccato, sospeso, come se la soggettività fosse già stata neutralizzata prima ancora di poter opporre resistenza. La scrittrice sottolinea del resto come questa passività forzata fosse stata prodotta anche dalle prime somministrazioni di Leptozinal, un farmaco utilizzato per il trattamento di soggetti considerati aggressivi o violenti. La scoperta successiva di questa funzione terapeutica genera in lei un ulteriore senso di estraneità e di ingiustizia: Merini non si riconosce nella categoria della violenza, si percepisce come persona mite e non aggressiva, e proprio per questo si interroga dolorosamente su quali segni avesse potuto offrire agli occhi degli altri per essere classificata in quel modo²⁵⁵:

<< Quella mattina gli infermieri mi avevano chiamata, mi avevano denudata e rivestita di una camicia e di una vestaglia anonimi. Soffrivo terribilmente dentro il mio spirito. Avrei voluto gridare, ma la rivolta non veniva. Ero diventata acquiescente, quasi passiva. E ciò dopo poche iniezioni di Leptozinal. Solo più tardi seppi che quel farmaco si usava su soggetti malati di violenza. Ma io, che violenta non ero, io, che ero di natura buona e tranquilla, che segni avevo potuto dare? forse di incertezza... non so. Ci presero le impronte digitali accompagnando le nostre dita sopra dei fogli luridi e, a un tratto, tutto, intorno a me, cominciò a girare vorticosamente: quella ribellione che avevo dentro diventò sofferenza così acuta e insostenibile che, invece di gridare, svenni. Mentre venivo portata via ho sentito chiaro e distinto l'urlo di una degente che diceva no! a me non potete fare questo! Ma tutto ciò mi pareva scontato, come scontata poteva essere la crocifissione dell'uomo. Mi misero a letto, ma nessuno mi accarezzò la fronte. Anzi mi legarono mani e piedi e in quel momento, in quel preciso momento, vissi la passione del Cristo.>>²⁵⁶.

L'autrice racconta di aver iniziato col tempo ad abituarsi a quella particolare forma di esistenza, scandita da una quotidianità spoglia e ripetitiva, quasi disumanizzante. Ogni giorno era uguale al precedente: una semplice ciotola di minestra come unico pasto, le fascette strette alle caviglie e ai polsi come segno costante della costrizione fisica e simbolica, e intorno il nulla, l'assenza totale di qualsiasi elemento che potesse richiamare

²⁵⁵ Ibidem.

²⁵⁶ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 66.

una dimensione domestica o familiare. Non vi erano tende, tovaglie o piatti che restituissero il senso di una casa; tutto appariva freddo, estraneo, privo di umanità²⁵⁷.

In questo contesto, la scrittura assumeva per lei una funzione profondamente intima e salvifica. Scrivere significava immergersi in una dimensione interiore simile al sonno, una discesa nel nucleo più profondo della propria anima. Era un'esperienza quasi sospesa, che le permetteva di sottrarsi temporaneamente alla durezza del reale. Ciò che invece la spaventava era il risveglio, ovvero il ritorno al contatto brutale, preciso e quasi matematico con una realtà percepita come aggressiva, dalla quale desiderava liberarsi definitivamente²⁵⁸.

Fu proprio in questa condizione che ebbe inizio anche il suo silenzio. L'autrice afferma di non scambiare mai parola con le altre donne presenti nella struttura, le cui facce le apparivano inquietanti e ostili, al punto da evocarle l'immagine di Rina Fort, figura simbolicamente legata alla crudeltà e alla violenza. Non sentiva il bisogno di nulla, se non di sigarette, unico desiderio capace di scandire il tempo e alleggerire l'attesa. Tuttavia, non possedeva denaro e non osava chiedere nulla a quelle donne che percepiva come minacciose e distanti²⁵⁹.

In mezzo a quel contesto, ella riteneva di essere l'unica ad aver conservato un volto ancora dolce, fragile, quasi quello di una ragazzina ferita, picchiata e offesa dalla vita. La sua estrema magrezza accentuava questa immagine di vulnerabilità: avvolta in una vestaglia enorme, il suo corpo appariva quasi consumato, tanto da sembrare che non pesasse più di trenta chili:

<< cominciai ad abituarmi a quel tipo di esistenza. Ogni giorno una ciotola di minestra. Ogni giorno le fascette alle caviglie e ai polsi. E poi nulla; non una tendina, non una tovaglia, non un piatto che potesse definirsi domestico. Io, quando scrivo, è come se dormissi ed entrassi nel profondo della mia anima. Mi fa paura il risveglio, il contatto matematico, aggressivo con la realtà dalla quale vorrei finalmente slegarmi. Così cominciò anche il mio silenzio. Con quelle orribili facce io non scambiavo parola mai, e non avevo bisogno di nulla. Solo una gran voglia di sigarette per passare il tempo. Ma non avevo un soldo, e non osavo chiederne a quelle là, che mi sembravano tutte immagini di Rina Fort. Solo io avevo conservato un viso dolce, di ragazzina

²⁵⁷ Ibidem.

²⁵⁸ Ibidem.

²⁵⁹ Ibidem.

picchiata e offesa. In quella enorme vestaglia, dentro a quella enorme vestaglia sarò pesata sì e no trenta chili.>>²⁶⁰.

Un giorno, nella sala in cui si trovava, comparve un medico che si distingueva immediatamente dagli altri. Era ben vestito, aveva modi educati e uno sguardo attento che si soffermò a lungo su di lei. L'autrice sottolinea anche la sua avvenenza fisica, dettaglio che contribuisce a delineare una figura diversa, capace di suscitare fiducia. L'uomo le domandò chi fosse, ma inizialmente non ricevette risposta. Fu poi lui stesso a invitarla nel suo studio, e lei acconsentì con un semplice cenno del capo²⁶¹.

Da quel momento ebbe inizio quella che definisce la cosiddetta psicoterapia, un percorso costruito insieme a lui e caratterizzato da un profondo sentimento di cura e di amore umano. Quel medico, che ella identifica come il suo possibile salvatore, rappresentò una figura decisiva nel suo processo di recupero. Nei momenti di maggiore angoscia, l'autrice riconosce di essersi spesso affidata anche alla psicoanalisi e, in particolare, alla simbologia freudiana, che le offriva strumenti utili per interpretare e districare le proprie esperienze interiori, i conflitti nascosti e le dinamiche inconsce che attraversavano la sua sofferenza²⁶².

Tuttavia, un aiuto fondamentale provenne soprattutto dal Dottor G., la cui terapia fondata sulla non violenza restituiva al malato la percezione di poter essere ancora vivo, o almeno la possibilità di avvicinarsi a quella forma di autenticità dell'esistenza che chi soffre profondamente continua, nonostante tutto, a desiderare e a inseguire. In quest'ottica, la cura non si riduceva a un intervento clinico, ma diventava un tentativo di restituire dignità, presenza e senso all'esperienza del vivere:

<< Un giorno un medico comparve nella nostra sala. Era ben vestito, aveva modi educati, e mi guardò a lungo. Era anche un bell'uomo. Mi domandò chi fossi. Ma non gli risposi. Vuoi venire nel mio studio, mi disse, io annuii e cominciai la cosiddetta psicoterapia, fatta con lui e con estremo amore da parte di quell'uomo che forse fu il mio salvatore. Certo, nei momenti di maggiore angoscia mi rifacevo alla psicanalisi, e molto mi ha aiutato la simbologia freudiana a dipanare le mie situazioni, i miei fatti inconsci. Ma molto mi aiutò il Dottor G. che con la sua terapia della non violenza dava all'ammalato la sensazione di poter essere ancora vivo, o di poter

²⁶⁰ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 68-69.

²⁶¹ Ibidem.

²⁶² Ibidem.

almeno accedere a quella specie di autenticità del vivere cui, di fatto, il malato solitamente aspira.>>²⁶³.

Con il Dottor G., il rapporto terapeutico si trasformò progressivamente in uno spazio di dialogo sempre più libero, spontaneo e profondo. L'autrice racconta come, con il passare del tempo, la comunicazione tra loro divenne più sciolta e aperta, fino a creare un legame che andava oltre la semplice relazione medico-paziente. In quella figura ella trovò non soltanto un professionista capace di comprenderla, ma anche una presenza umana rassicurante, capace di offrirle ascolto, rispetto e una forma di affetto che sembrava restituirle fiducia nella possibilità di essere ancora accolta e riconosciuta²⁶⁴.

Proprio in questo clima di vicinanza emotiva, l'autrice afferma di aver iniziato a provare per lui un sentimento profondo, che definisce apertamente come amore. Questo sentimento nasceva probabilmente dal bisogno di protezione, dalla gratitudine e dalla sensazione di essere finalmente vista nella propria fragilità. Il medico, dal canto suo, ritenendo evidentemente che il percorso di cura stesse producendo effetti positivi, decise di sospendere tutte le terapie farmacologiche, privilegiando invece la continuità del rapporto umano e del dialogo come strumenti principali di guarigione²⁶⁵.

L'autrice ricorda un episodio particolarmente significativo, in cui trovò il coraggio di abbracciarlo e di confessargli il proprio amore. La risposta del Dottor G. non fu di rifiuto né di distacco, ma di composta tenerezza: egli sorrise e le accarezzò delicatamente i capelli, gesto che assume un forte valore simbolico, poiché esprime accoglienza, comprensione e delicatezza, senza oltrepassare i confini della relazione terapeutica. In quel gesto si condensava una forma di cura non invasiva, fondata sulla non violenza e sulla restituzione di dignità²⁶⁶.

Fu sempre lui a richiedere per lei dei permessi che le consentissero di uscire dalla struttura, inizialmente per brevi periodi e in modo graduale. Questo ritorno progressivo al mondo esterno rappresentò un momento fondamentale nel suo percorso di rinascita. L'autrice descrive con intensa partecipazione emotiva il nuovo incontro con gli elementi

²⁶³ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp.69.

²⁶⁴ *Ibidem*.

²⁶⁵ *Ibidem*.

²⁶⁶ *Ibidem*.

più semplici e naturali della realtà: le margherite, le violette, l'erba. La vista di quei fiori e di quella natura apparentemente ordinaria assumeva per lei un significato straordinario, quasi sacro, perché costituiva il contatto con la vita autentica, con ciò che è primordiale e vero.

Ricorda, infatti, di aver baciato quell'erba con una fame quasi disperata, come se attraverso quel gesto potesse nutrirsi di realtà. Le sembra quasi di averla consumata a forza di baci, come se potesse riempirsene lo stomaco. Questa immagine fortemente simbolica esprime una fame non soltanto fisica, ma esistenziale: il bisogno di recuperare il contatto con la natura, con la semplicità, con l'amore e con una dimensione autentica dell'essere. Era, come ella stessa riconosce, una fame di cose vere, naturali e primordiali, ma soprattutto una fame d'amore, di quella vicinanza umana che per lungo tempo le era mancata. Si domanda, quasi con amarezza, se gli altri sarebbero mai stati in grado di comprendere davvero questo bisogno così profondo²⁶⁷.

Durante una di queste uscite avvenne anche un altro episodio che l'autrice conserva come un momento di felicità inattesa. Incontrò un altro malato che le disse semplicemente che era bella. Quelle parole, apparentemente ordinarie, assunsero per lei un valore enorme, perché restituivano un'immagine di sé che credeva ormai perduta. Ella stessa si domanda incredula come potesse essere considerata bella in quelle condizioni: con i capelli trascurati, una vestaglia azzurra informe e gli zoccoli ai piedi, segni evidenti della sua fragilità e della sua condizione di ricoverata²⁶⁸.

Eppure, proprio in quella precarietà, l'altro seppe riconoscere una bellezza più profonda, forse legata alla sua dolcezza, alla sua vulnerabilità o alla sua autenticità. L'uomo si avvicinò a lei con dolcezza e le diede un lungo bacio sulla guancia, un gesto che l'autrice descrive come un bacio di amicizia, delicato e puro. La sua guancia viene evocata come vellutata, simile alla superficie morbida di una pesca, quasi a richiamare ancora una volta l'immagine di una bambina. Questo episodio, semplice ma intensamente umano, rappresenta uno dei pochi momenti di felicità piena all'interno della sua

²⁶⁷ *Ibidem.*

²⁶⁸ *Ibidem.*

esperienza, perché le restituiva la possibilità di sentirsi ancora desiderabile, amata e profondamente viva²⁶⁹:

<< Con il Dottor G. il dialogo si faceva sempre più sciolto, aperto. Cominciai ad amarlo, e lui mi fece sospendere tutte le terapie. Una volta persino l'abbracciai e gli dissi che l'amavo. Lui sorrise e mi passò teneramente la mano sui capelli. Chiese anche dei permessi per me, perché potessi uscire. Ogni giorno poco per volta. E così tornai a incontrare le margheritine, le violette. Dio! come baciai quell'erba la prima volta che la vidi! credo che la mangiai di baci. Credo che me ne riempissi lo stomaco. Avevo fame di cose vere, naturali, primordiali; avevo fame di amore. L'avrebbero mai capito gli altri? E quel giorno incontrai anche un malato che mi disse che ero bella. Fu un giorno felice. Potevo mai essere bella con i capelli così concitati, con quella vestaglia azzurra, con gli zoccoli ai piedi? ma l'ammalato si chinò su di me dolcemente e mi diede un bacio, un lunghissimo bacio di amicizia su una guancia vellutata, di pesca, di una bambina.>>²⁷⁰.

L'autrice descrive quel periodo della sua esperienza come una fase dominata da una profonda oscurità interiore e da un senso costante di incertezza, che sembrava avvolgere ogni aspetto della sua esistenza. Intorno a sé non percepiva altro che buio, smarrimento e inquietudine. Quest'ultima era così intensa da risultare quasi insostenibile, al punto da paralizzare persino i suoi movimenti più semplici, trasformando il corpo in un luogo di immobilità e oppressione. Non si trattava soltanto di una sofferenza psicologica, ma di una condizione totale che investiva mente e corpo, rendendo ogni gesto difficile e ogni percezione gravata da un senso di peso insopportabile²⁷¹.

Nonostante ciò, ella continuava a conservare dentro di sé la convinzione che proprio in quel buio potesse esistere una via di uscita. Non si abbandonava completamente alla disperazione, ma rimaneva in una sorta di attesa vigile, quasi ostinata, come se da un momento all'altro qualcosa potesse irrompere e spezzare quella condizione di sospensione. Teneva l'orecchio ai possibili rumori, ai suoni minimi, persino al disegno dell'alba, nella speranza che il mondo esterno potesse ancora raggiungerla e travolgerla con la sua forza vitale. Attendeva un segnale, un contatto, un evento capace di

²⁶⁹ *Ibidem*.

²⁷⁰ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp.70-71.

²⁷¹ *Ibidem*.

coinvolgerla nuovamente nella realtà. Tuttavia, nulla accadeva. Nulla sembrava in grado di attraversare quella barriera invisibile che la separava dal mondo²⁷².

Ella percepiva sé stessa come rinchiusa in un guscio durissimo, fatto di una materia impenetrabile, quasi ossea, che impediva ogni vero scambio con l'esterno. Questa immagine del guscio restituisce con grande efficacia il senso di isolamento radicale e di chiusura emotiva che caratterizzava la sua condizione. Di fronte a questa impossibilità di apertura, spesso si accoccolava per terra, vinta dalla stanchezza e dalla sofferenza, ma non del tutto sconfitta. Anche in quella postura di apparente resa, continuava invero a custodire dentro di sé il proposito di tornare a combattere. Considerava quella caduta come una pausa, una sospensione momentanea, una tregua segreta e necessaria, ma non una resa definitiva.

Il suo desiderio più profondo era che la vita tornasse a toccarla, che la realtà le restituisse quei contatti forti e travolgenti capaci di farla sentire nuovamente presente nel mondo. In quel momento, racconta di aver persino perso l'idea stessa del peccato e, con essa, anche il senso della censura morale che fino ad allora aveva rappresentato un limite interiore. Questo venir meno della nozione di peccato non va inteso soltanto in senso religioso, ma come il crollo di una struttura normativa che regolava il rapporto con sé stessa e con il desiderio. Venuta meno quella barriera, restava soltanto il bisogno nudo e urgente di essere raggiunta dalla vita²⁷³.

Accoccolata a terra, continuava a pensare che quella fosse una condizione provvisoria, destinata prima o poi a finire. Non avrebbe mai immaginato, però, che quella sofferenza avrebbe attraversato il tempo con la violenza di una lama, incidendolo profondamente e lasciando segni permanenti. La percezione della malattia si trasforma così in esperienza di durata, non più come parentesi temporanea ma come realtà capace di modificare la struttura stessa del tempo vissuto²⁷⁴.

Spesso piangeva, e il pianto nasceva da molteplici cause: dalla tristezza, dal senso di incapacità, dalla frustrazione di non riuscire a reagire e da quella che definisce come una

²⁷² *Ibidem.*

²⁷³ *Ibidem.*

²⁷⁴ *Ibidem.*

sorta di lieve vento crudele che le raggelava la fronte. Questa immagine poetica e dolorosa esprime il sopraggiungere improvviso di una sofferenza fredda e sottile, difficile da nominare ma profondamente destabilizzante, che la colpiva senza preavviso²⁷⁵.

L'istituto in cui era ricoverata viene descritto come un luogo di grande pena, uno spazio in cui il dolore non veniva realmente curato ma piuttosto amministrato e contenuto. Il passaggio del carrello dei farmaci rappresentava, in questo senso, una falsa promessa di aiuto, un rituale che dava l'illusione di una cura che in realtà non esisteva. L'autrice non riconosceva nei farmaci una vera possibilità di salvezza, ma piuttosto uno strumento di controllo e di sedazione²⁷⁶.

Per questo motivo reagiva con forza e ribellione. Racconta di scattare improvvisamente dal suo angolo di riposo come un animale e di correre verso il carrello fino a rovesciarlo. Quel gesto, impulsivo e violento, non era unicamente una protesta personale, ma anche un tentativo di proteggere le altre ricoverate. Non voleva che assumessero quelle sostanze che definisce sprezzantemente "porcherie", né che si convincessero che la guarigione potesse passare esclusivamente attraverso i farmaci. Rifiutava l'idea di una salvezza farmacologica imposta dall'esterno e difendeva, forse confusamente ma con estrema intensità, una visione della cura più autentica e umana²⁷⁷.

A causa di questi comportamenti veniva inevitabilmente punita con forti dosi di Largactil, farmaco utilizzato per sedare e contenere la sua agitazione. Tuttavia, proprio questa opposizione costante al sistema terapeutico istituzionale contribuiva a definirla agli occhi degli altri come una paziente ribelle. Tale ribellione, però, non appare come semplice insubordinazione, bensì come l'ultima forma possibile di resistenza, il tentativo disperato di preservare un nucleo di volontà e di libertà dentro un luogo che tendeva continuamente a neutralizzarlo:

<<Non avevo intorno che un senso di buio e di incertezza. L'inquietudine era soverchia. paralizzava persino i miei movimenti. E ciò non ostante, credevo che dentro quel buio avrei trovato una via di uscita. Tendevo l'orecchio ai possibili rumori, ai suoni, al disegno dell'alba. Ma nulla che venisse a travolgermi, a coinvolgermi. Il mio guscio doveva essere di durissimo

²⁷⁵ *Ibidem.*

²⁷⁶ *Ibidem.*

²⁷⁷ *Ibidem.*

osso, impenetrabile. E allora mi accoccolavo per terra, vinta, ma con il proposito di tornare a combattere. Quella non era che una pausa; non poteva essere che una pausa segreta. Io volevo che la vita mi toccasse, che mi desse i suoi contatti così travolgenti. In quel momento avevo perso anche l'idea del peccato; pertanto, mi era saltata anche questa censura. E così, accoccolata per terra, pensavo che si trattasse di una condizione provvisoria: non avrei mai immaginato che questa condizione avrebbe trapassato il tempo come una lama, che l'avrebbe persino scalfito. E così tante volte piangevo per tristezza, per incapacità, per quel lieve vento crudele che veniva a raggelarmi la fronte. Ma l'istituto era un luogo di pena grande, dove il carrello passava per farti credere in un aiuto che non esisteva. Allora saltavo come un animale dal mio luogo di riposo e correvo, correvo verso il carrello, e lo rovesciavo, e poi certamente venivo punita con forti dosi di Largactil. Ma non volevo che le altre ammalate prendessero quelle porcherie; non volevo che credessero nella salvezza attraverso i farmaci. E così ero considerata una ammalata ribelle.>>²⁷⁸.

Dopo cinque anni di degenza all'interno dell'istituto, si verificò un evento che per l'autrice rappresentò una frattura profonda nel già fragile equilibrio che era riuscita a costruire: il trasferimento improvviso del Dottor G. La sua partenza fu vissuta come una perdita destabilizzante e generò in lei un forte senso di panico interiore. Quel medico, infatti, non era più soltanto una figura terapeutica, ma aveva assunto nel tempo un ruolo affettivo e simbolico di straordinaria importanza. Ella racconta di considerarlo quasi come un padre, una presenza capace di proteggerla e di offrirle un senso di sicurezza all'interno di un ambiente altrimenti ostile e minaccioso. La sua vicinanza costituiva una forma di contenimento emotivo e di fiducia che le permetteva di resistere alla durezza della vita manicomiale²⁷⁹.

La sua improvvisa assenza lasciò quindi un vuoto profondo, che venne immediatamente aggravato dall'intervento del Dottor N., medico che, secondo il racconto dell'autrice, le aveva sempre manifestato ostilità e diffidenza. Ella percepiva chiaramente di essere guardata con sospetto e disapprovazione, come se il suo atteggiamento ribelle e la sua insofferenza verso il sistema istituzionale fossero elementi da reprimere più che da comprendere. Fu proprio questo medico a ordinare che venisse sottoposta a una serie di elettroshock, decisione che l'autrice considera ingiustificata e profondamente violenta²⁸⁰.

²⁷⁸ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp.72-73.

²⁷⁹ *Ibidem*.

²⁸⁰ *Ibidem*.

Secondo la sua testimonianza, non vi era alcuna reale necessità clinica che giustificasse quel trattamento, poiché non presentava né forme depressive né manifestazioni paranoiche tali da richiedere un intervento così invasivo. L'elettroshock appare di conseguenza, nel suo racconto, non come una cura, ma come una pratica coercitiva, quasi punitiva, imposta in assenza di un autentico bisogno terapeutico. L'esperienza viene ricordata come uno degli episodi più traumatici dell'intera degenza, capace di lasciare una ferita indelebile nella memoria.

La stanza destinata all'elettroshock viene descritta come uno spazio angusto e terribile, una piccola stanza carica di paura e di sofferenza, quasi simbolo materiale della violenza istituzionale. Ancora più terribile, ad ogni modo, era l'anticamera, il luogo dell'attesa, dove le pazienti venivano preparate prima di essere sottoposte alla scarica elettrica. È proprio in questo spazio sospeso che si concentrava l'angoscia più intensa, perché il tempo dell'attesa amplificava la paura e rendeva ancora più insopportabile la consapevolezza di ciò che stava per accadere²⁸¹.

L'autrice racconta che veniva loro somministrata una premorfina e successivamente del curaro, affinché il corpo non reagisse in modo eccessivo durante la scarica elettrica e gli arti non si agitassero violentemente. Questa preparazione farmacologica contribuiva a rendere ancora più spersonalizzante l'esperienza, trasformando il corpo del paziente in un oggetto da immobilizzare e controllare. La dimensione umana sembrava completamente annullata, sostituita da una procedura tecnica fredda e impersonale²⁸².

L'attesa, tuttavia, era la parte più angosciante. Molte pazienti piangevano apertamente, incapaci di contenere il terrore; alcune arrivavano persino a urinare per terra, gesto che rivela il livello estremo di umiliazione e di paura a cui erano sottoposte. L'elettroshock non veniva vissuto come una terapia, ma come una vera e propria esperienza di terrore collettivo, capace di annientare ogni senso di dignità personale²⁸³.

In un momento di esasperazione e rabbia, l'autrice racconta di essere arrivata persino ad afferrare la caposala per la gola, compiendo quel gesto non soltanto per sé stessa, ma

²⁸¹ *Ibidem.*

²⁸² *Ibidem.*

²⁸³ *Ibidem.*

idealmente a nome di tutte le sue compagne di reparto. Si trattava di un atto di ribellione estremo, un'esplosione di protesta contro un sistema percepito come profondamente ingiusto e disumano. Quel gesto, nondimeno, ebbe conseguenze immediate e punitive.

Come risultato, venne sottoposta all'elettroshock per prima e, in modo ancora più crudele, senza anestesia preliminare, affinché potesse sentire tutto. Questa scelta assume nel suo racconto il valore di una vera e propria punizione esemplare, inflitta non per curare ma per piegare la volontà e reprimere ogni forma di opposizione. Il fatto che le fosse negata l'anestesia trasforma ulteriormente l'evento in una pratica di violenza deliberata, vissuta come una sopraffazione totale del corpo e della coscienza²⁸⁴.

L'autrice conclude ricordando come ancora conservi dentro di sé l'atroce memoria di quell'esperienza. Non si tratta soltanto del ricordo del dolore fisico, ma della persistenza di un trauma che continua a vivere nella memoria come segno incancellabile. L'elettroshock diventa così il simbolo più crudele della disumanizzazione manicomiale, il punto in cui la cura si trasforma definitivamente in violenza istituzionale e in negazione radicale della persona²⁸⁵.

<< In un certo mese, dopo cinque anni che io ero degente, il dottor G. venne improvvisamente trasferito, e grande fu il panico che io sentii dentro di me. Ormai lo consideravo un po' un padre, e mi sentivo particolarmente protetta dalla sua presenza. allora il dottor N., che mi aveva sempre vista di malocchio, ordinò che mi si facessero una serie di elettroshock. E io dovetti sottostare, malgrado non ne avessi nessuna necessità perché non avevo forme né di depressione, né paranoiche. La stanzetta dell'elettroshock era una stanzetta quanto mai angusta e terribile, e più terribile ancora era l'anticamera, dove ci preparavano per il triste evento. Ci facevano una pre-morfina, e poi ci davano del curaro, perché gli arti non prendessero ad agitarsi in modo sproporzionato durante la scarica elettrica. L'attesa era angoscia. Molte piangevano. Qualcuna orinava per terra. Una volta arrivai a prendere la caposala per la gola, a nome di tutte le mie compagne. Il risultato fu che fui sottoposta all'elettroshock per prima, e senza anestesia preliminare, di modo che sentissi ogni cosa. E ancora ne conservo l'atroce ricordo.>>²⁸⁶.

L'autrice offre una descrizione particolarmente dura e inquietante della figura dell'uomo incaricato di praticare gli elettroshock, una presenza che nella sua memoria

²⁸⁴ *Ibidem*.

²⁸⁵ *Ibidem*.

²⁸⁶ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 87.

assume contorni quasi mostruosi e simbolicamente minacciosi. Egli non le appariva come un medico nel senso autentico del termine, ossia come una figura deputata alla cura e alla protezione del paziente, ma piuttosto come un uomo rozzo, quasi un uomo di fatica, distante da qualsiasi immagine di competenza professionale o di sensibilità umana. La sua presenza non suscitava alcun senso di fiducia, ma esclusivamente paura, diffidenza e repulsione²⁸⁷.

Arrivava sempre in ritardo, e questo ritardo, lungi dall'essere un dettaglio secondario, contribuiva ad accrescere l'angoscia delle pazienti. L'attesa dell'elettroshock era già di per sé un tempo insostenibile, sospeso tra il terrore e l'impotenza, e il protrarsi di quelle ore sembrava dilatare la sofferenza in modo quasi insopportabile. L'autrice sottolinea come la paura fosse così intensa che il tempo sembrava non passare mai, rendendo ogni minuto un'esperienza di ulteriore tortura psicologica²⁸⁸.

Quando finalmente arrivava, lo faceva con un atteggiamento che appariva profondamente irrispettoso e disumanizzante. Lo ricorda con le tasche piene di arance e mele che continuava a masticare nello stanzino insieme alle infermiere, come se ciò che stava per accadere fosse un gesto ordinario e banale, privo di qualsiasi gravità morale. Questo dettaglio apparentemente semplice diventa, nel racconto, un simbolo della totale assenza di empatia e della banalizzazione della sofferenza altrui. Mentre le pazienti attendevano terrorizzate una procedura vissuta come traumatica, il medico si concedeva una quotidianità quasi triviale, segno di una distanza radicale dal dolore che aveva davanti²⁸⁹.

L'aspetto più grave, tuttavia, era la totale assenza di dialogo. L'autrice insiste sul fatto che quell'uomo non rivolgeva mai alcuna domanda alle pazienti, non cercava di comprenderle, non instaurava alcuna relazione umana o terapeutica. Non esisteva ascolto, né preparazione psicologica, né spiegazione. Il paziente non era considerato una persona, ma un corpo da trattare, un oggetto da sottoporre a una procedura tecnica.

Ella arriva persino a collegare questa figura a un possibile trauma infantile, affermando che, se davvero da bambina aveva subito un'aggressione traumatica, essa

²⁸⁷ *Ibidem.*

²⁸⁸ *Ibidem.*

²⁸⁹ *Ibidem.*

doveva essere stata compiuta da un uomo simile. Questa associazione non va letta in senso strettamente realistico, ma come espressione di una percezione profonda: quell'uomo incarnava ai suoi occhi il volto stesso della minaccia maschile, della violenza improvvisa e dell'aggressione subita. Egli non si limitava a praticare una terapia, ma sembrava aggredire fisicamente e psicologicamente le pazienti.

Di fatto, racconta che lui e il personale le spingevano dentro lo stanzino senza alcun preavviso, quasi con brutalità, legandole e iniziando ad anestetizzarle mentre lui guardava altrove o rideva apertamente insieme alle infermiere. Questo particolare accentua ulteriormente il senso di umiliazione e di violenza: la sofferenza delle pazienti non solo veniva ignorata, ma sembrava addirittura accompagnata da una leggerezza crudele, da una risata che trasformava il dolore in spettacolo e la paura in qualcosa di irrilevante²⁹⁰.

Fu così che, a poco a poco, quella figura divenne per tutte loro il prototipo del "babau", il mostro infantile che incarna il terrore assoluto e irrazionale. Non si trattava più semplicemente di un medico temuto, ma di una presenza simbolica che rappresentava la paura stessa, l'impossibilità di sottrarsi alla violenza e l'assenza totale di protezione. La regressione a questa immagine infantile rivela quanto radicale fosse il senso di impotenza vissuto dalle pazienti, ridotte a una condizione di vulnerabilità estrema²⁹¹.

L'aspetto ancora più drammatico era l'impossibilità di difendersi. Non vi era alcuno spazio per il rifiuto, la protesta o la resistenza. L'istituzione manicomiale annullava ogni possibilità di opposizione, e la paziente restava completamente esposta al potere arbitrario del medico. Persino dopo il trattamento, quell'uomo non si preoccupava di verificare le condizioni delle pazienti al risveglio: non tornava a vederle, non mostrava alcun interesse per gli effetti fisici o psicologici dell'intervento appena subito. La cura terminava nel momento stesso della scarica elettrica, come se il paziente cessasse immediatamente di esistere come soggetto²⁹².

L'autrice conclude questa testimonianza con il ricordo di un episodio particolarmente tragico, che diventa prova concreta della pericolosità e

²⁹⁰ *Ibidem.*

²⁹¹ *Ibidem.*

²⁹² *Ibidem.*

dell'irresponsabilità di quel sistema: racconta in effetti che una donna, dopo essere stata sottoposta a cinque elettroshock praticati senza misura e senza reale cognizione, impazzì improvvisamente, senza alcuna speranza di recupero. Questo evento non viene presentato come un'eccezione, ma come il risultato inevitabile di una pratica eseguita senza attenzione, senza umanità e senza autentico criterio terapeutico²⁹³:

<<L'uomo che ci faceva gli elettroshock pareva più un uomo di fatica che un vero e proprio dottore. Arrivava sempre tardi (tanta era la nostra paura che le ore non passavano mai), e con le tasche piene di arance e di mele che si masticava, poi, nello stanzino, insieme alle infermiere. Non ci domandava mai nulla! Se è vero che da bambina ho avuto un trauma, un uomo siffatto doveva avermi aggredito. E, di fatto, quegli ci aggrediva, ci spingeva dentro, nello stanzino, senza preavviso, ci legava e ci cominciava ad anestetizzare, guardando in alto o ridendo a pieni denti insieme alle infermiere. E così cominciammo a temerlo. Cominciò per noi a diventare quello il prototipo del babau. Ma non potevamo difenderci. Non veniva neanche a vederci dopo il risveglio. E fu proprio grazie a questi finissimi accorgimenti che una donna, dopo il quinto elettroshock fatto senza misura né cognizione, impazzì di colpo senza speranza di recupero.>>²⁹⁴.

L'autrice descrive la fase della sua permanenza in manicomio come un periodo segnato da un'inquietudine continua e stratificata, in cui l'angoscia non trovava mai una vera tregua, ma si susseguiva e si sovrapponeva ad altra angoscia, generando una condizione di costante instabilità emotiva: le preoccupazioni si alimentavano reciprocamente e il pensiero tornava ossessivamente ai figli, che rappresentavano il centro più profondo del suo dolore e della sua colpa. Racconta di correre spesso al telefono per chiamarli, come se vivesse nella percezione permanente di poterli perdere da un momento all'altro, quasi che il distacco fisico e istituzionale potesse trasformarsi improvvisamente in una separazione definitiva e irreparabile²⁹⁵.

Tuttavia, nemmeno questo bisogno compulsivo di contatto riusciva a procurarle sollievo. La telefonata non restituiva pace, ma anzi rendeva ancora più evidente la frattura interiore che la separava da loro. Ella afferma che, inconsciamente, aveva "smembrato" i propri figli, espressione fortemente drammatica che rivela la percezione di una maternità lacerata, frammentata, privata della sua unità affettiva e simbolica. Durante quel lungo

²⁹³ *Ibidem*.

²⁹⁴ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 89.

²⁹⁵ *Ibidem*.

viaggio dentro il manicomio, i figli si erano come dispersi, perduti dentro una distanza che non si misurava soltanto in termini fisici, ma soprattutto psichici ed esistenziali. La loro immagine si era deformata, alterata da forze esterne che avevano contribuito a distorcerne il significato. L'autrice precisa che questa distorsione non era stata voluta da lei, ma da altri, da coloro che avevano interferito nella sua vita e nei suoi legami più profondi, trasformando la maternità in una ferita aperta²⁹⁶.

In questo contesto, la sua sofferenza giungeva a quello che definisce un vero e proprio parossismo nevrotico, poiché non riusciva più a comprendere dove collocare i propri affetti. L'amore materno, il bisogno di protezione, il desiderio di essere ancora riconosciuta come madre e come donna sembravano privi di uno spazio possibile, sospesi in una condizione di incertezza assoluta. Non sapeva più a chi appartenessero i suoi legami, né quale forma potessero assumere all'interno della realtà manicomiale²⁹⁷.

Anche il rapporto con gli uomini risultava profondamente compromesso: Merini afferma che gli uomini non le piacevano e che la loro presenza le richiamava inevitabilmente, seppur in modo sommario, la figura dolorosa e lacerante del marito; in lui si concentrava un'esperienza di sofferenza affettiva che aveva segnato profondamente la sua identità femminile e relazionale: la figura maschile, anziché evocare protezione o desiderio, diventava così il riflesso di una ferita ancora aperta, difficile da elaborare²⁹⁸.

Nei momenti di maggiore lucidità, quando si sentiva meno dominata da quella regressione infantile che spesso caratterizzava il suo stato psichico, ella percepiva chiaramente la necessità di oltrepassare una sorta di barriera interiore ed esistenziale. Avvertiva che per poter ritrovare sé stessa avrebbe dovuto superare un limite, attraversare una soglia, compiere un passaggio decisivo verso una nuova consapevolezza. Eppure, questa possibilità le appariva materialmente impossibile. La barriera era presente, visibile, ma insuperabile, e proprio questa impossibilità alimentava ulteriormente il suo senso di frustrazione²⁹⁹.

²⁹⁶ *Ibidem.*

²⁹⁷ *Ibidem.*

²⁹⁸ *Ibidem.*

²⁹⁹ *Ibidem.*

Spinta da tale conflitto, arrivava persino a rivolgersi direttamente al direttore del manicomio, al quale esponeva con insistenza le proprie questioni personali e familiari: in particolare, portava all'attenzione dell'istituzione il problema dell'interferenza dell'ONMI nella questione dell'affido dei figli. L'autrice riconosce che una parte di verità vi fosse effettivamente: l'ONMI, ai suoi occhi, costituiva un'organizzazione incapace di comprendere i reali problemi umani delle persone, una struttura burocratica che si faceva beffe del dolore e della complessità dei legami familiari, riducendo tutto a una gestione fredda e impersonale³⁰⁰.

La domanda che più la tormentava, ciò nonostante, era un'altra: se prima del ricovero non aveva alcuna difficoltà a occuparsi dei propri figli, perché tali difficoltà erano sorte proprio dopo? Che cosa era cambiato, dentro di lei e fuori di lei? Quali meccanismi, quali istituzioni irregolari e oppressive avevano preso il sopravvento, fino a privarla della sua funzione materna e della sua autonomia? Questo interrogativo non trovava risposta e si trasformava in una forma persistente di angoscia, che spesso diventava così intensa da costringerla a lasciarsi andare al pianto, sola, sopra il cuscino del proprio letto³⁰¹.

È proprio in questi momenti di disperazione più profonda che l'autrice racconta di aggrapparsi con forza alla fede: la dimensione religiosa, infatti, diventava un ultimo appiglio possibile, una forma di resistenza interiore quando ogni altra certezza sembrava crollare. La fede non appariva come consolazione astratta, ma come necessità vitale, come tentativo di dare senso al dolore e di non soccombere completamente alla solitudine³⁰².

Parallelamente, un'altra attesa dolorosa segnava le sue giornate: quella del marito. Egli, racconta, non veniva mai a trovarla. Nonostante questa assenza reiterata, ella continuava ogni giorno a sperare nel suo arrivo. Si appostava davanti all'ingresso del manicomio e si accoccolava per terra, immagine che lei stessa paragona a quella di una geisha, quasi a sottolineare una postura di attesa silenziosa, composta e umiliante al tempo stesso. Rimaneva lì per ore, immobile, aspettando che lui finalmente si facesse vivo³⁰³.

³⁰⁰ *Ibidem.*

³⁰¹ *Ibidem.*

³⁰² *Ibidem.*

³⁰³ *Ibidem.*

Quell'attesa quotidiana diventa il simbolo di un abbandono affettivo che si rinnova ogni giorno. Il marito non arriva, e lei, sfinita dalla stanchezza e dalla delusione, con le lacrime agli occhi, è costretta a tornare nel proprio reparto. Questo ritorno assume il valore di una sconfitta emotiva ripetuta, il segno concreto di una solitudine che non riguarda soltanto la malattia, ma anche il fallimento dei legami più intimi e fondamentali della sua vita³⁰⁴.

<< Le inquietudini si alternavano alle inquietudini: correvo spesso a telefonare ai miei figli, quasi fossi costantemente sul punto di perderli. Ma questo non mi dava alcuna pace. I miei figli li avevo inconsciamente smembrati, si erano persi durante quel mio lungo viaggio in manicomio. Altri avevano voluto che la loro immagine fosse così distorta. Non io. E intanto giungevo al parossismo della nevrosi, perché non sapevo dove collocare i miei affetti.

Gli uomini non mi piacevano e mi ricordavano, sia pure in modo sommario, la figura decisamente lacerante di mio marito. Nei momenti di lucidità, quando cioè ero meno bambina del solito, credevo di dover per forza valicare una certa barriera, ma che ciò mi era materialmente impossibile. Allora andavo addirittura dal direttore del manicomio, esponendogli le mie questioni. E tiravo in ballo anche la interferenza dell'ONMI nella questione pratica dell'affido dei miei figli. Una parte di verità in questa storia c'era, ed era che L'ONMI era una organizzazione che si faceva beffe dei nostri problemi umani. Ma, se prima del ricovero non avevo alcuna difficoltà a tenere i miei figli, perché queste difficoltà erano sorte dopo? Che cosa era successo, dentro e fuori di me? quali irregolari istituzioni avevano preso il sopravvento? Alle volte l'angoscia per questi problemi mi diventava così forte che dovevo lasciarmi andare a piangere sopra il cuscino. Era in quel punto che mi aggrappavo terribilmente alla fede.

Mio marito non veniva mai a trovarmi. Ogni giorno mi appostavo davanti all'ingresso e mi accoccolavo per terra, proprio come una geisha, e aspettavo per ore che lui si facesse vivo. Poi, vinta dalla stanchezza, e con le lacrime agli occhi, tornavo nel mio reparto.>>³⁰⁵.

L'autrice descrive le notti trascorse in manicomio come un susseguirsi di visioni disturbanti e quasi irreali, momenti in cui il confine tra veglia, sogno e allucinazione sembrava dissolversi completamente: le ore notturne le scorrevano davanti agli occhi come immagini assurde e frammentate, prive di ordine e di rassicurazione, alimentando una condizione di costante inquietudine mentale. Ella stessa riconosce di essere diventata, suo malgrado, in parte paranoica, come se la lunga permanenza all'interno dell'istituzione

³⁰⁴ *Ibidem*.

³⁰⁵ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 91-92-93.

avesse progressivamente alterato il suo modo di percepire la realtà e di abitare il proprio pensiero³⁰⁶.

In quel contesto aveva imparato a sognare a occhi aperti, una condizione sospesa tra immaginazione e fuga, resa possibile e insieme aggravata sia dall'effetto dei farmaci sia dalla profonda solitudine che caratterizzava la sua esistenza quotidiana: la terapia farmacologica, anziché restituirle lucidità, contribuiva spesso a creare uno stato di estraniamento, mentre l'isolamento relazionale favoriva il rifugio in una dimensione interiore fatta di fantasie e visioni. Il sogno ad occhi aperti diventava così una forma di sopravvivenza, ma anche il segno di una progressiva frattura con il reale³⁰⁷.

Ricorda in particolare una notte in cui faticava a prendere sonno e si alzò per chiedere del Mogadon, un farmaco sedativo che sperava potesse aiutarla a dormire. Probabilmente insistette più volte nella richiesta, spinta dalla stanchezza e dal bisogno di tregua, fino al momento in cui il personale reagì con violenza: le si avventarono addosso e la legarono. L'episodio viene raccontato come una scena di sopraffazione brutale, nella quale una semplice richiesta di aiuto si trasformò in un atto punitivo e coercitivo³⁰⁸.

Per tutta quella notte rimase sveglia, immobilizzata e impotente, con le gambe divaricate e strette dalle fascette di canapa, in una posizione umiliante e dolorosa che accentuava il senso di annientamento personale. In quello stato di costrizione fisica e psichica, non ebbe che visioni orrende, immagini angosciose che si sovrapponevano alla sofferenza reale del corpo immobilizzato: la violenza del trattamento appare ancora più assurda se si considera (come lei stessa sottolinea con amarezza), che sarebbe bastato così poco per aiutarla davvero: un gesto di misericordia, un atto semplice di carità, una minima forma di comprensione umana che le permettesse di riposare. Invece, al posto della cura, ricevette la contenzione³⁰⁹.

Ripensando al manicomio, l'autrice afferma paradossalmente di rimpiangerne tutto, soprattutto quella che definisce la "non socialità": questa espressione, apparentemente contraddittoria, rivela un nodo profondamente complesso della sua

³⁰⁶ *Ibidem.*

³⁰⁷ *Ibidem.*

³⁰⁸ *Ibidem.*

³⁰⁹ *Ibidem.*

esperienza; l'istituzione totale, pur nella sua violenza, offriva una forma di appartenenza e di riconoscibilità che il mondo esterno non era più in grado di garantire. Fuori dal manicomio, del resto, ella racconta di aver cercato disperatamente di costruirsi una rete di relazioni, di creare una socialità che potesse sostituire il vuoto lasciato dall'internamento³¹⁰.

Scriveva lettere, cercava contatti, tentava in ogni modo di mantenere un legame con gli altri, quasi in una lotta continua contro l'isolamento. Tuttavia, questa ricerca spesso si scontrava con l'incomprensione o con la freddezza altrui. Ricorda, ad esempio, una frase pronunciata dalla figlia, dura ma profondamente vera: la ragazza le disse che le rispondeva soltanto perché lei andava continuamente a disturbare le persone. L'autrice riconosce con lucidità la verità di quelle parole. Comprendeva di essere diventata, in qualche modo, una presenza insistente, spinta non da invadenza ma da una disperata necessità di contatto umano³¹¹.

Ogni mattina, al risveglio, guardando fuori dalla finestra, si confrontava con la consapevolezza dolorosa della propria solitudine. Sapeva che nessuno sarebbe venuto a trovarla e che, se avesse desiderato una presenza, sarebbe stata lei a dover cercare gli altri, rischiando di sentirsi ancora una volta di troppo. Questo la feriva profondamente, perché non voleva infastidire nessuno, non voleva trasformare il proprio bisogno in un peso per gli altri: eppure, la solitudine le appariva come qualcosa di atroce, quasi insostenibile, e il silenzio come una forma di sofferenza continua³¹².

Il silenzio, del resto, era stato uno degli strumenti principali della disciplina manicomiale: al mattino, le pazienti venivano disposte in fila sulle panche, con le mani in grembo e l'ordine di non parlare, di non fiatare: quel silenzio imposto non era semplice assenza di rumore, ma una pratica di controllo, una negazione della voce e quindi dell'identità stessa. In questo contesto, quando qualcuna, spinta dalla propria follia, rompeva quella quiete con urla improvvise, quella voce disordinata veniva percepita quasi come una liberazione. Le grida riempivano l'aria e il vento, e proprio per questo erano

³¹⁰ *Ibidem.*

³¹¹ *Ibidem.*

³¹² *Ibidem.*

accolte come qualcosa di finalmente vivo, una rottura salutare dentro la staticità della repressione³¹³.

Da qui nasce la consapevolezza più amara: il manicomio, secondo l'autrice, non finisce mai davvero, non termina con la dimissione né con il ritorno alla vita esterna, perché continua a vivere dentro chi lo ha attraversato. Lo descrive come una lunga e pesante catena che si porta fuori, legata ai piedi, impossibile da spezzare. È una presenza persistente, una condanna interiore che accompagna ogni gesto quotidiano e ogni relazione successiva. Anche camminando per Milano, ella sente questo peso ai piedi e dentro l'anima, come un'eredità invisibile ma costante³¹⁴.

Per questo rifiuta qualsiasi idealizzazione dell'esperienza manicomiale come luogo di redenzione o di purificazione. Con amara ironia afferma che quella non aveva nulla a che vedere con una Terra Santa; al contrario, era una terra maledetta da Dio, uno spazio di sofferenza e di abbandono in cui la dimensione sacra sembrava completamente assente³¹⁵.

Anche il rapporto con il denaro risulta profondamente alterato da quell'esperienza. Il denaro le fa paura, forse perché in manicomio non ne aveva mai avuto e aveva perso ogni familiarità con la sua gestione. Una volta uscita, quando qualcuno cercava di affidarglielo, non sapeva come utilizzarlo e finiva per spenderlo male, quasi senza criterio. Non si trattava semplicemente di incapacità pratica, ma di un disagio più profondo, simbolico: il denaro rappresentava un mondo da cui si sentiva esclusa, una normalità sociale che non riusciva più ad abitare³¹⁶.

Eppure, proprio davanti a quelle banconote, emergono immagini di grande intensità emotiva. L'autrice confessa di avere voglie segrete, e tra queste vi era persino il desiderio di piangere su quel denaro, di riversare su di esso una sofferenza che non trovava altro linguaggio. Quelle banconote diventano allora il simbolo di tutto ciò che le era stato sottratto: autonomia, dignità, libertà, appartenenza. Il pianto su di esse non è un gesto

³¹³ *Ibidem.*

³¹⁴ *Ibidem.*

³¹⁵ *Ibidem.*

³¹⁶ *Ibidem.*

irrazionale, ma l'espressione di una perdita profonda che il ritorno alla vita esterna non era riuscito a colmare³¹⁷:

<<Le notti mi passavano davanti agli occhi. come delle visioni assurde, io ero diventata, mio malgrado, un po' paranoica. Avevo imparato a sognare ad occhi aperti, un po' per i farmaci, un po' per la solitudine. Una notte che stentavo a dormire, mi alzai per chiedere del Mogadon. Credo che lo chiedessi più volte, perché a un certo punto mi saltarono addosso e mi legarono. Per tutta quella notte, sveglia, impotente, con le gambe divaricate strette dalle fascette di canapa, non ebbi che orrende visioni. E pensare che si sarebbe voluto così poco per farmi dormire: un atto di pura misericordia, un atto di carità.

Del manicomio io rimpiango tutto, specialmente la non socialità. Fuori ho cercato disperatamente di crearmene una. Ho scritto, mandato lettere, ho cercato disperatamente di avere dei contatti: una volta mia figlia, molto crudamente ma con tanta verità, mi disse: mamma, ti rispondo perché tu vai loro a rompere le palle.

Aveva ragione. In effetti, quando mi sveglio al mattino, e guardo fuori dalla finestra, e mi sento sola, so che nessuno per quel giorno verrà a trovarmi; che, se vorrò, sarò io che dovrò andare a rompere le balle agli altri. E questo mi fa male perché io non voglio infastidire nessuno. Ma a volte la solitudine è una cosa atroce, il silenzio è una cosa insopportabile. In manicomio ci avevano abituati al silenzio. Ci mettevano al mattino allineate sopra le panche, con le mani in grembo, e con l'ordine di non fiatare. Qualcuna che, grazie alla pazzia, riempiva l'aria e il vento dei suoi urli, era accolta da noi come una novità, qualcosa di finalmente vivo.

Il manicomio non finisce più. è una lunga pesante catena che ti porti fuori, che tieni legata ai piedi. Non riuscirai a disfarmene mai. E così io continuo a girare per Milano, con questa sorta di peso ai piedi e dentro l'anima. Altro che Terra Santa! quella era certamente una terra maledetta da Dio.

Il denaro mi fa paura. Forse perché in manicomio non ne avevamo mai. Quando fuori hanno provato a darmelo, non sapevo che farmene, e lo spendevo male. Ma avevo tante voglie segrete: per esempio, una voglia di piangere, intensa, su quelle banconote.>>³¹⁸.

L'autrice descrive la condizione vissuta all'interno del manicomio come una forma di indecenza forzata e dolorosa, paragonabile a quella del povero che, pur desiderando nascondere la propria nudità e la propria miseria, non riesce a impedirne l'esposizione. Quella nudità non riguardava soltanto il corpo, ma soprattutto la dimensione morale ed esistenziale: una fragilità resa pubblica, visibile agli occhi di tutti, che feriva e bruciava come una piaga aperta. La sofferenza non poteva essere custodita

³¹⁷ *Ibidem*.

³¹⁸ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 94-95-96-97.

nel silenzio della propria interiorità, ma veniva continuamente esibita, osservata e giudicata, trasformandosi in una forma di umiliazione quotidiana³¹⁹.

Nonostante ciò, racconta che i ricoverati cercavano comunque di mantenere una propria dignità, di restare onesti, per quanto fosse possibile esserlo in un luogo che sembrava contaminato dal male e dalla colpa. L'onestà, in quel contesto, assumeva un significato quasi spirituale: era il tentativo di conservare un nucleo di integrità interiore in uno spazio che tendeva costantemente alla degradazione dell'identità personale. Tuttavia, tutto intorno sembrava suggerire che la malattia stessa fosse una forma di peccato. Il male, nella sua dimensione psichica e fisica, veniva implicitamente identificato con la colpa morale, e i pazienti erano trattati come se la loro sofferenza fosse il segno di una colpa da espiare³²⁰.

L'autrice sottolinea come questa visione venisse rafforzata dal modo in cui i malati erano posti continuamente di fronte allo specchio della propria miseria, senza mai ricevere autentica compassione: non vi era comprensione né pietà, ma soltanto una continua restituzione della propria condizione degradata, quasi che il ricovero dovesse servire non a curare ma a far interiorizzare la propria colpa. In questo modo, il paziente finiva per percepirsi non come una persona che soffre, ma come un colpevole, qualcuno da correggere e contenere³²¹.

I degenti si aggiravano per quelle stanze come figure abbruttite, oppresse da un pensiero interiore che li inseguiva incessantemente. L'autrice utilizza immagini di forte intensità per descrivere questo stato: ciascuno diventava preda di sé stesso, braccato dal proprio dolore e separato persino dalla possibilità di amare e di amarsi. La malattia produceva una forma radicale di estraneità, in cui il soggetto si trovava avulso dal proprio stesso sentimento, incapace di riconoscersi e di ritrovare un centro affettivo stabile³²².

In questa prospettiva, i ricoverati appaiono come vere e proprie ombre, figure sospese in una dimensione infernale che richiama esplicitamente l'immaginario dantesco. L'autrice paragona la loro condizione a quella delle anime dei giorni infernali di Dante,

³¹⁹ Cfr. A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024.

³²⁰ *Ibidem*.

³²¹ *Ibidem*.

³²² *Ibidem*.

condannate a un'espiazione ignominiosa e senza fine. Tuttavia, a differenza dei peccatori della *Commedia*, essi non avevano alcuna colpa reale da espiare. La loro pena era dunque ancora più ingiusta, perché fondata su una condanna senza responsabilità, su una sofferenza imposta che non trovava giustificazione morale³²³.

In alcuni casi, la disperazione diventava così insostenibile da spingere alcuni malati a infierire su sé stessi: l'autolesionismo e il desiderio di morte non venivano però interpretati come segnali estremi di un dolore profondo, ma soltanto come ulteriori manifestazioni patologiche. Anche questo, afferma l'autrice, veniva definito semplicemente malattia, senza alcun tentativo di comprendere la radice di quella sofferenza. In tal modo, al malato veniva negato perfino il diritto di esprimere il proprio dolore nella sua forma più radicale, e con esso il diritto alla vita e persino il diritto alla morte³²⁴.

Quando una donna si tagliava le vene, la reazione dell'istituzione non era di ascolto o di compassione, ma di biasimo: quell'atto veniva considerato scandaloso, motivo di rimprovero e di vergogna, come se la persona dovesse essere ulteriormente colpevolizzata per il proprio gesto. Nessuno si interrogava realmente sul groviglio di dolore, di pianto o di sofferenza esterna che l'aveva condotta a una simile decisione. Nessuno cercava di capire quale abisso interiore avesse reso quel gesto l'unica via possibile. L'atto suicidario veniva così svuotato del suo significato umano e ridotto a semplice disordine da reprimere³²⁵.

All'interno di questo sistema, i pazienti erano costretti a mantenere una disciplina rigida, quasi militare. Dovevano "rigare dritto", obbedire, mostrarsi composti e persino fingere serenità, come se la sofferenza dovesse essere silenziata e resa invisibile. Ma dietro questa facciata imposta, continuavano a morire lentamente giorno dopo giorno, in una forma di consunzione interiore che gli altri non vedevano o sceglievano di non vedere. La morte non era necessariamente fisica, ma si manifestava come progressiva erosione della volontà, della dignità e della possibilità di sentirsi ancora vivi³²⁶.

³²³ *Ibidem.*

³²⁴ *Ibidem.*

³²⁵ *Ibidem.*

³²⁶ *Ibidem.*

L'autrice racconta di percepirsi come inserita in una lunga fila di condannati a morte, immagine che esprime con estrema forza il senso di fatalità e di impotenza che caratterizzava la vita manicomiale. Ogni caduta, ogni cedimento, ogni momento di debolezza sembrava essere seguito non da un aiuto, ma da una nuova punizione. Ella immagina una frusta pesante che si abbatte sul corpo e una voce minacciosa che ordina di rialzarsi, imponendo una sopravvivenza forzata e crudele, priva di consolazione³²⁷.

In questo modo, consumando la propria esistenza in un passo irragionevole e disumano, i ricoverati si addentravano sempre più profondamente nei meandri della follia. La pazzia non appare qui come una condizione originaria da cui partire, ma come l'esito di un processo di annientamento progressivo, prodotto anche dall'istituzione stessa. Il manicomio, anziché interrompere la sofferenza, finiva per accompagnarla e amplificarla, trasformandosi esso stesso in uno dei principali agenti della distruzione psichica del soggetto:

<< Era la nostra indecenza paragonabile all'indecenza del povero che non vuole mostrare le sue nudità, e tuttavia queste appaiono, e si vedono, e mordono, e bruciano la carne come delle ferite. Purtroppo, noi si cercava di rimanere onesti, onesti per quanto si potesse essere onesti lì dentro, lambiti come eravamo dal peccato, perché il male in sé è peccato, la malattia è peccato, o tale ce la mostravano mettendoci a specchio della nostra miseria e non compatendoci mai. Ci si aggirava per quelle stanze come abbruttiti da un nostro pensiero interiore che ci dava la caccia, e noi eravamo preda di noi stessi; noi eravamo braccati, avulsi dal nostro stesso amore. Eravamo praticamente le ombre dei giorni danteschi, condannati ad una espiazione ignominiosa che però, a differenza dei peccatori di Dante, non aveva dietro di sé colpa alcuna. Qualcuno dei malati, al colmo della disperazione, tentava di infierire, infierire su sé stesso: e anche questo era giudicato malattia, e non si riconosceva al malato il suo diritto alla vita, il suo diritto alla morte. Quando una donna si tagliava le vene, veniva vituperata, dava scandalo. Nessuno andava a vedere quale groviglio di male o di pianto, o quale esterna sofferenza l'avesse portata a quella decisione. E così, anche se noi dovevamo rigare dritti come soldati, e fingerci contenti, seguitavamo a morire giorno per giorno, senza che gli altri se ne accorgessero. Ci pareva a noi, pareva a me, di essere messa in una lunga fila di condannati a morte, e che, ogni volta che si cadeva, una frusta pesante si abbattesse su di noi e una voce minacciosa dicesse levati. Così, consumando in un passo irragionevole la nostra esistenza, noi ci addentravamo nei meandri della pazzia.>>³²⁸.

L'autrice, in secondo luogo, riflette sulla dimensione religiosa vissuta all'interno dell'esperienza manicomiale, mettendo in luce un rapporto profondamente ambiguo e contraddittorio con la fede, con l'idea di Dio e con il concetto stesso di peccato. A prima

³²⁷ *Ibidem*.

³²⁸ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 100-101.

vista, ella afferma che in quel luogo ci si dimenticava della religione e di tutto ciò che riguardava il Signore. La vita del manicomio, infatti, sembrava così radicalmente segnata dalla sofferenza, dalla costrizione e dalla degradazione da rendere quasi impossibile mantenere un rapporto sereno e ordinato con la spiritualità tradizionale. La quotidianità dell'istituzione totale assorbiva ogni energia, e il dolore fisico e psichico sembrava prevalere su qualsiasi forma di elevazione religiosa³²⁹.

Eppure, proprio in questa apparente assenza di Dio, l'autrice arriva paradossalmente a definire il manicomio come una "Terra Santa". Questa espressione, fortemente provocatoria e carica di ambivalenza, non va interpretata in senso positivo o consolatorio, ma come una complessa rielaborazione simbolica della sofferenza. Ella lo chiama così non perché fosse un luogo di pace o di redenzione, ma perché riteneva che lì non si commettesse alcun peccato. In quella condizione estrema, la mente malata sembrava sottratta alle categorie ordinarie della colpa e della responsabilità morale. Il dolore era talmente assoluto da annullare ogni altra dimensione etica, e il martirio quotidiano vissuto dai pazienti raggiungeva un'intensità tale da sfiorare una forma di estasi negativa, quasi mistica³³⁰.

La Terra Santa, quindi, non coincide con la salvezza, ma con uno spazio liminale in cui il soggetto, attraversando il massimo della sofferenza, viene privato della propria identità ordinaria e condotto verso una sorta di spoliazione radicale. L'autrice insiste su questa immagine e afferma che tutti loro vi erano immersi completamente, anche nelle latrine maleodoranti, dalla luce dell'alba fino al tramonto più cieco. La sacralità evocata non elimina la degradazione materiale, ma convive con essa, quasi a suggerire che proprio nel fango della miseria umana si consumi una forma estrema di verità³³¹.

La sofferenza prodotta dai farmaci rappresenta una parte centrale di questa esperienza. L'autrice ricorda con forza gli effetti del Serenase e del Largactil, definiti come farmaci potentissimi, capaci di invischiare non soltanto il corpo, ma anche l'anima. Non si trattava di semplici cure farmacologiche, ma di sostanze che alteravano profondamente la percezione di sé, rallentavano il pensiero, imprigionavano il corpo e

³²⁹ Cfr. A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024.

³³⁰ *Ibidem*.

³³¹ *Ibidem*.

soffocavano la vitalità interiore. Le “strozzature dello spirito”, come lei le definisce, erano terribili, e la carneficina del cuore risultava ancora più devastante, poiché colpiva la sfera più intima dell’identità e del desiderio³³².

Nonostante tutto ciò, il manicomio continuava a essere, nella sua prospettiva, una Terra Santa, proprio perché mediante quella distruzione era possibile intravedere una forma diversa di sé. La sofferenza estrema portava invero alla visione di un io disincarnato, spogliato della materia, delle abitudini, delle illusioni e persino delle ossa simboliche che sostengono l’identità ordinaria. L’autrice afferma che quell’io lasciò laggiù le proprie ossa, in quella palude secca e selvaggia che si chiamava manicomio. L’immagine è potentissima: il soggetto esce trasformato, mutilato ma anche rivelato, come se il passaggio attraverso la follia istituzionale producesse una conoscenza radicale di sé, ottenuta però al prezzo della devastazione³³³.

Anche la dimensione religiosa istituzionale, tuttavia, non offriva consolazione, ma si configurava spesso come ulteriore strumento di controllo e colpevolizzazione. L’autrice ricorda la figura dell’arciprete del manicomio, descritto come severissimo e rigidamente moralista. Egli non tollerava alcuna forma di contatto tra i malati, nemmeno il più innocente e superficiale. Persino un semplice gesto di affetto epidermico veniva interpretato come trasgressione³³⁴.

Racconta, infatti, che una volta il sacerdote arrivò a rifiutarsi di darle la comunione soltanto perché aveva baciato un altro malato sulla guancia. Quel gesto, che per lei costituiva una manifestazione umana di vicinanza e tenerezza, venne immediatamente trasformato in colpa morale. L’episodio fu vissuto come profondamente traumatico e segnò uno dei momenti di crisi più intensi della sua esperienza. La negazione della comunione non fu soltanto un rifiuto liturgico, ma una vera esclusione simbolica dalla possibilità di essere perdonata, accolta e riconosciuta³³⁵.

In quel momento, racconta, la colpa le piombò addosso come un avvoltoio. Questa immagine rende perfettamente la violenza psicologica di una colpevolizzazione

³³² *Ibidem.*

³³³ *Ibidem.*

³³⁴ *Ibidem.*

³³⁵ *Ibidem.*

istantanea e totalizzante, che non lasciava spazio alla riflessione ma agiva come una condanna immediata. L'autrice sottolinea come i pazienti venissero quotidianamente saziati di colpa, nutriti di senso di colpevolezza fino a farne una componente strutturale della propria identità.

Tutto diventava colpa: gli istinti, le visioni, i desideri, i sensi, persino la semplice vitalità del corpo e della mente. La malattia non veniva soltanto curata o contenuta, ma moralizzata, trasformata in una questione etica. Il desiderio non era riconosciuto come umano, ma interpretato come deviazione; l'immaginazione diventava colpa; il bisogno di affetto si trasformava in scandalo³³⁶.

Ridotti in questo modo, i ricoverati non potevano che oscillare tra due estremi simbolici: giocare a fare i mostri oppure i santi. L'autrice conclude con questa osservazione amaramente ironica, sottolineando come entrambe le posizioni fossero in fondo equivalenti. Essere mostri significava interiorizzare lo stigma e accettare il ruolo di devianti; essere santi significava sublimare la sofferenza fino all'annullamento di sé. In entrambi i casi, veniva negata la possibilità più semplice e più difficile, quella di essere soltanto esseri umani:

<< Direi che lì dentro ci si scordava della religione e di tutto ciò che concerne l'idea del Signore. E, pur tuttavia, quella, io l'ho chiamata Terra Santa proprio perché non vi si commetteva peccato alcuno, proprio perché era il paradiso promesso dove la mente malata non accusava alcun colpo, dove non soffriva più, o dove il martirio diventava tanto alto da rasentare l'estasi.

Si, la Terra Santa. E noi vi eravamo immersi, in quelle latrine puzzolenti, dalle albe al tramonto più cieco. Dio! quanto spasimare sotto gli effetti dei Serenase, dei Largactil, farmaci potentissimi, che ti invischiano il corpo e l'anima. E le strozzature dello spirito erano orrende, e la carneficina del tuo cuore era esecranda. Ma fu egualmente la Terra Santa perché ci portò alla visione di un io disincarnato, un io che lasciò laggiù le sue ossa, in quella palude secca e selvaggia che si chiama manicomio.

Del resto, il nostro arciprete era severissimo e non ammetteva che ci fossero contatti, anche solo epidermici, tra ammalati. Una volta giunse a rifiutarsi di darmi la comunione solo perché avevo baciato un malato sulla guancia. Fu un giorno terribile, quello, per me. Un giorno in cui caddi veramente in crisi, perché la colpa mi fu immediatamente sopra come un avvoltoio. Noi venivamo saziati di colpa, quotidianamente; i nostri istinti erano colpa; le visioni erano colpa; i nostri

³³⁶ *Ibidem*.

desideri, i nostri sensi erano colpevolizzati. Così ridotti, non potevamo che giocare, giocare a fare i mostri oppure i santi, il che fa quasi lo stesso...>>³³⁷.

L'autrice riflette sul tema della solitudine mettendo in evidenza una distinzione profonda tra la solitudine vissuta nel mondo esterno e quella sperimentata all'interno del manicomio. Ella osserva come, fuori dall'istituzione, si parli spesso di solitudine, ma si tratti di una forma di isolamento che resta comunque parziale e, in qualche misura, ancora inserita nella possibilità di relazione. La solitudine del manicomio, invece, appartiene a un'altra dimensione, molto più radicale e feroce, perché non nasce soltanto dall'assenza degli altri, ma da una vera e propria espulsione simbolica dal consorzio umano³³⁸.

Secondo il suo racconto, nulla è così crudele come quella forma di abbandono totale che si sperimenta nell'istituzione psichiatrica, dove il paziente viene percepito e trattato come un essere respinto da tutti: in quella repulsione spietata, nella sensazione costante di essere rifiutati e dimenticati, trovano spazio i serpenti della fantasia, vale a dire le ossessioni, le paure, le immagini persecutorie che la mente produce quando non trova più appigli nella realtà condivisa. A queste si aggiungono i morsi del dolore fisico e la degradazione materiale della quotidianità, fatta di letti poveri, di pagliericci intrisi di sofferenza, di corpi vicini ma non davvero consolanti³³⁹.

In questo contesto, anche gli oggetti più poveri e degradati assumono un valore profondamente simbolico: la vestaglia, gli stracci indossati quotidianamente, diventano per lei elementi insostituibili, quasi compagni silenziosi della propria esistenza. Sono gli unici a conoscere davvero la sua realtà, il suo modo autentico di vivere, la sua fragilità quotidiana. Quegli abiti logori non rappresentano soltanto la miseria materiale, ma diventano una seconda pelle, un segno identitario che testimonia la permanenza nel manicomio e l'appartenenza forzata a quel mondo separato³⁴⁰.

Merini racconta che, per lungo tempo, visse quella condizione in un silenzio quasi assoluto. Non parlava, convinta della propria innocenza, come se il mutismo fosse una

³³⁷ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 106-107.

³³⁸ Cfr. A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024.

³³⁹ *Ibidem*.

³⁴⁰ *Ibidem*.

forma di resistenza e insieme di autodifesa. Tacere significava non riconoscere fino in fondo il potere dell'istituzione su di sé, conservare una verità interiore che non voleva lasciare contaminare. Il silenzio diventava dunque una dichiarazione implicita di estraneità rispetto alla colpa che le veniva attribuita³⁴¹.

Tuttavia, con il tempo, avvenne una trasformazione profonda nel suo modo di guardare gli altri ricoverati: scoprì che quelli che venivano genericamente definiti “pazzi” non erano figure indistinte e spaventose, ma persone reali, ciascuna con un nome, un cuore e una propria capacità di amare; questa presa di coscienza rappresenta un passaggio fondamentale: il manicomio, che inizialmente appariva come luogo di radicale separazione, diventa anche lo spazio in cui l'autrice impara una nuova forma di relazione umana³⁴².

Proprio lì dentro, dove tutto sembrava negare la possibilità dell'affetto, ella afferma di aver imparato ad amare i propri simili. Questa scoperta rovescia il significato stesso dell'esperienza manicomiale: nel luogo della disumanizzazione, si produce una forma inattesa di riconoscimento reciproco. I pazienti, privati di tutto, conservano ancora la capacità di condividere, di proteggersi, di costruire una fragile ma autentica solidarietà:

<< Si parla spesso di solitudine, fuori, perché si conosce solo un nostro tipo di solitudine. Ma nulla è così feroce come la solitudine del manicomio. In quella spietata repulsione da parte del tutto si introducono i serpenti della tua fantasia, i morsi del dolore fisico, l'acquiescenza di un pagliericcio su cui sbava l'altra malata vicina, che sta più su. Una solitudine da dimenticati, da colpevoli. E la tua vestaglia ti diventa insostituibile, e così gli stracci che hai addosso perché loro solo conoscono la tua vera esistenza, il tuo vero modo di vivere. In manicomio ero sola; per lungo tempo non parlai, convinta della mia innocenza. Ma poi scoprii che i pazzi avevano un nome, un cuore, un senso dell'amore e imparai, sì, proprio lì dentro, imparai ad amare i miei simili. E tutti dividevamo il nostro pane l'una con l'altra, con affettuosa discendenza, e il nostro divenne un desco familiare. E qualcuna, la sera, Arrivava a rimbocarmi le coperte e mi baciava sui corti capelli. E poi, fuori, questo bacio non l'ho preso più da nessuno, perché ero guarita. Ma con il marchio manicomiale.>>³⁴³.

Nel passaggio conclusivo, l'autrice approda a una riflessione radicale e profondamente disincantata sulla natura della pazzia, presentata come una forza rispetto

³⁴¹ *Ibidem*.

³⁴² *Ibidem*.

³⁴³ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 117-118.

alla quale ogni tentativo di opposizione appare inefficace: ella afferma di ritenere che nulla possa realmente valere contro la pazzia, esprimendo così una percezione di impotenza assoluta di fronte a una condizione che sembra travolgere ogni possibilità di controllo o di intervento; tale convinzione non viene espressa in forma astratta, ma nasce da un'esperienza concreta e immediata, poiché dichiara di trovarsi, nel momento stesso della narrazione, in uno stato di sofferenza psichica acuta³⁴⁴.

In questa condizione, la percezione degli altri le appare estremamente distante, come se le persone esistessero in un'altra dimensione, irraggiungibile e separata: il mondo esterno perde consistenza e prossimità, mentre la sua interiorità si chiude in una sorta di "cerchio magico" impenetrabile, entro il quale nulla e nessuno riesce a entrare. Si tratta di una condizione paradossale, perché proprio nel momento in cui avrebbe maggiore bisogno di aiuto e di contatto, ogni possibilità di relazione le appare negata. L'isolamento non è soltanto imposto dall'esterno, ma diventa una struttura interna che impedisce ogni apertura³⁴⁵.

L'autrice descrive questo stato attraverso immagini fortemente simboliche e ambivalenti. Si percepisce come un angelo che vola verso cieli più azzurri, evocando un senso di elevazione, di distacco dalla realtà materiale, quasi di trascendenza. Tuttavia, questa apparente ascesa si rivela immediatamente ambigua e distruttiva, poiché quei cieli, anziché liberare, finiscono per soffocare il corpo e condurlo alla morte. La dimensione spirituale, lungi dall'essere consolatoria, diventa quindi una forza che si oppone al corpo, generando una tensione insanabile tra due poli dell'esistenza³⁴⁶.

Da qui emerge una domanda centrale, che assume il valore di un interrogativo filosofico ed esistenziale: a chi si deve dare ragione, all'anima o al corpo. L'autrice mette in scena un conflitto profondo tra la dimensione fisica, segnata dal dolore e dalla solitudine, e quella spirituale, attraversata da impulsi che possono condurre tanto all'elevazione quanto allo smarrimento. Il corpo viene interpellato direttamente, quasi personificato, come una realtà sofferente ma al tempo stesso bisognosa di relazioni, capace di cercare compagnia pur restando fondamentalmente sola. Si chiede se sia proprio il corpo, con il suo dolore e le sue esigenze, a spingerla verso il delirio, oppure se la causa risieda nella forza segreta degli impulsi spirituali³⁴⁷.

Questa oscillazione tra spiegazioni diverse non conduce a una sintesi rassicurante, ma sfocia in una dichiarazione estrema: contro la pazzia, nemmeno Dio può nulla. Tale affermazione, volutamente provocatoria, segna il punto di massima crisi del discorso, in cui viene messa in discussione persino la possibilità di un ordine trascendente capace di

³⁴⁴ Cfr. A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024.

³⁴⁵ *Ibidem*.

³⁴⁶ *Ibidem*.

³⁴⁷ *Ibidem*.

dare senso o rimedio alla sofferenza psichica. La pazzia appare come una forza assoluta, che sfugge tanto alla ragione quanto alla fede³⁴⁸.

Nella parte conclusiva, ad ogni modo, l'autrice amplia ulteriormente la propria riflessione, spostando l'attenzione dalla dimensione individuale a quella sociale. Ella sostiene che l'uomo, nella sua natura collettiva, sia profondamente cattivo, incline a proiettare sugli altri le proprie colpe e le proprie contraddizioni. Da questo punto di vista, la figura del "pazzo" non nasce da una realtà intrinseca e autonoma, ma si configura come il risultato di un processo di esclusione e di proiezione. Quando la società incontra individui particolarmente fragili, sensibili o vulnerabili, li trasforma in capri espiatori, caricandoli delle proprie paure e delle proprie responsabilità³⁴⁹.

Le immagini utilizzate sono estremamente evocative: la "tortora", simbolo di innocenza e mitezza, diventa il bersaglio su cui si abbattono le colpe altrui; chi parla piano, chi piange, chi manifesta una sensibilità fuori dalla norma viene rapidamente etichettato e marginalizzato. È in questo meccanismo che, secondo l'autrice, "nascono i pazzi". La pazzia non viene quindi riconosciuta come una condizione naturale o oggettiva, ma come una costruzione sociale, un'etichetta prodotta da dinamiche di esclusione e di difesa collettiva³⁵⁰.

La conclusione è volutamente provocatoria e apre a una riflessione critica di grande portata: l'autrice afferma che la pazzia, in sé, non esiste. Esiste piuttosto nei riflessi onirici del sonno, nelle distorsioni della percezione e, soprattutto, nel terrore universale che ogni individuo prova all'idea di perdere la propria ragione. In tal senso, la pazzia non è un'entità separata, ma una possibilità latente che appartiene a tutti. Ciò che viene definito come follia è di conseguenza il risultato di uno sguardo, di una paura condivisa e di una costruzione culturale che permette alla società di delimitare i confini della normalità, proiettando altrove ciò che non riesce a riconoscere in sé stessa³⁵¹.

In questa chiusura, l'autrice non offre una soluzione né una riconciliazione, ma lascia emergere una visione profondamente problematica e destabilizzante, che invita a interrogare criticamente tanto le categorie cliniche quanto le strutture sociali che definiscono e gestiscono la follia³⁵²:

<<Credo che contro la pazzia niente e nulla possa valere. Oggi sto male. Ho lontanissima la percezione degli altri, come se mi giungessero da un'altra dimensione. In questo stato, nulla potrebbe entrare nel mio cerchio magico. Niente e nessuno. Eppure, è proprio adesso che ho bisogno di aiuto. È come se fossi diventata angelo e volassi verso cieli più azzurri. Ma questi cieli soffocano il corpo, lo uccidono. E, allora, a chi dobbiamo dare ragione, all'anima o al corpo? O corpo che duoli, che sei sostanzialmente solo pur di circondarti di molte amicizie! Sei forse tu che

³⁴⁸ *Ibidem.*

³⁴⁹ *Ibidem.*

³⁵⁰ *Ibidem.*

³⁵¹ *Ibidem.*

³⁵² *Ibidem.*

mi porti a vaneggiare? O forse, la forza segreta dei miei impulsi spirituali? oh sì. Contro la pazzia, nemmeno Dio può nulla.

In conclusione, l'uomo è socialmente cattivo, un cattivo soggetto. E quando trova una tortora, qualcuno che parla troppo piano, qualcuno che piange, gli butta addosso le proprie colpe e, così, nascono i pazzi. Perché la pazzia, amici miei, non esiste. Esiste soltanto nei riflessi onirici del sonno e in quel terrore che abbiamo tutti, inveterato, di perdere la nostra ragione.>>³⁵³.

³⁵³ Cit., A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024, pp. 122-123.

2.10 La deistituzionalizzazione in una prospettiva di genere

La vicenda di Alda Merini consente di osservare dall'interno l'istituzione manicomiale negli anni in cui essa stava per essere messa radicalmente in discussione. Resta tuttavia da chiedersi se, e in quale misura, il processo di deistituzionalizzazione ricostruito nel primo capitolo attraverso la critica basagliana e la legge del 1978 abbia assunto caratteri specifici quando lo si osservi da una prospettiva di genere. Si tratta di un interrogativo che la storiografia ha posto in modo sistematico soltanto di recente, e al quale è stato dedicato un numero monografico di «Genesis», la rivista della Società Italiana delle Storiche, intitolato *Donne, psichiatria, deistituzionalizzazione*³⁵⁴.

Il punto di partenza di questa riflessione è la constatazione di una duplice invisibilità. Da un lato, la narrazione prevalente della riforma psichiatrica italiana si è a lungo concentrata su un numero ristretto di figure maschili, a partire dallo stesso Basaglia, lasciando in ombra il contributo delle donne che, in qualità di psichiatre, psicologhe, psicoanaliste, infermiere, assistenti sociali, educatrici, volontarie e militanti, parteciparono in modo determinante alla trasformazione delle istituzioni. Dall'altro, le pazienti stesse sono rimaste a lungo ai margini della ricostruzione storica, come se l'esperienza dell'internamento e della liberazione dal manicomio fosse stata neutra rispetto al genere.

Il numero di «Genesis» colloca l'esperienza italiana entro un quadro comparativo, accostandola ai casi del Québec e della Francia, nei quali il ruolo delle infermiere laiche e religiose alle origini della deistituzionalizzazione e la progressiva femminilizzazione della professione infermieristica psichiatrica appaiono decisivi³⁵⁵. Proprio la vicenda francese mostra un'ambivalenza che ricorre anche nel contesto italiano: la valorizzazione delle competenze di ascolto, osservazione e cura attribuite alle infermiere contribuì a riconoscerne l'apporto terapeutico, ma non ne mise in discussione la subordinazione

³⁵⁴ Cfr., M. Salvante, M. Scarfone, M. Setaro, «Introduzione», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche», XXIII, 2, 2024, *Donne, psichiatria, deistituzionalizzazione*, a cura di M. Salvante, M. Scarfone, M. Setaro, Viella, Roma, 2025.

³⁵⁵ Cfr., A. Klein, M.-C. Thifault, «Aux origines de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec. Le rôle oublié des infirmières laïques et religieuses», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche», XXIII, 2, 2024, pp. 25-47.

all'autorità medica, riproducendo all'interno delle nuove pratiche una divisione sessuale del lavoro di cura³⁵⁶.

Sul versante italiano, i saggi dedicati a Torino e a Cuneo permettono di cogliere la deistituzionalizzazione come un processo di lunga durata, che precede e segue la legge del 1978. Nel caso torinese, lo scambio tra movimento femminista e riforma psichiatrica si concentrò sulla sperimentazione di nuove pratiche di cittadinanza e sulla ridefinizione della cura, soprattutto attraverso il lavoro sociale: la critica femminista dei ruoli imposti alle donne e la critica antistituzionale del manicomio trovarono un terreno comune nella convinzione che la sofferenza non potesse essere separata dalle condizioni materiali e relazionali nelle quali si produceva³⁵⁷. Nel caso cuneese, l'ingresso delle donne nell'ospedale psichiatrico, come volontarie dell'Associazione per la lotta contro le malattie mentali, assistenti sociali, educatrici, arteterapeute, infermiere e psichiatre, contribuì ad aprire verso l'esterno un universo fino ad allora chiuso e a trasformare lentamente le pratiche terapeutiche, anche attraverso la denuncia della violenza istituzionale³⁵⁸.

Il contributo di Manoela Patti ricostruisce, infine, le lotte, le esperienze e le pratiche femminili nella deistituzionalizzazione italiana degli anni Settanta, mostrando come operatrici, femministe e volontarie abbiano letto il disagio delle pazienti come un effetto "patogeno" dei ruoli imposti alle donne dalla società e abbiano elaborato, in dialogo critico con il dibattito femminista su donna e follia, specifiche "tecniche di liberazione"³⁵⁹. In questa prospettiva, la deistituzionalizzazione non riguardava soltanto l'abbattimento dei muri del manicomio, ma anche lo smontaggio dei ruoli che, all'esterno di esso, avevano reso possibile e legittimato l'internamento di tante donne: gli stessi ruoli

³⁵⁶ Cfr., M. Lorenzo, «Ecouter, observer, materner. La formation des infirmières psychiatriques au Centre de perfectionnement de l'ASM XIII (1963-1985)», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storie», XXIII, 2, 2024, pp. 49-71.

³⁵⁷ Cfr., D. Adorni, D. Tabor, «Soggettività liberate e nuove pratiche di cura. Femminismi e deistituzionalizzazione nel caso di Torino (1968-2000)», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storie», XXIII, 2, 2024, pp. 73-99.

³⁵⁸ Cfr., F. Milazzo, «Un altro "genere" di psichiatria. Donne e rinnovamento psichiatrico a Cuneo tra gli anni '60 e '90 del Novecento», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storie», XXIII, 2, 2024, pp. 101-119.

³⁵⁹ Cfr., M. Patti, «"Qualcosa mai definito al femminile". Lotte, esperienze e pratiche femminili nella deistituzionalizzazione italiana», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storie», XXIII, 2, 2024, pp. 121-143.

di moglie, madre e custode della famiglia la cui trasgressione, come si è visto nelle pagine precedenti, aveva costituito per decenni uno dei principali motivi di ricovero.

Una figura centrale in questo intreccio fu Franca Ongaro Basaglia, che a partire dagli anni Sessanta sviluppò una riflessione originale sulla condizione femminile, successivamente raccolta nel volume *Una voce. Riflessioni sulla donna*. In questi scritti la donna appare come un soggetto la cui identità è stata storicamente definita attraverso il corpo e la funzione riproduttiva, e dunque “naturalizzata” in modo analogo a quanto avveniva per il malato di mente, ridotto alla propria diagnosi. L’analogia tra le due forme di esclusione, quella della donna confinata nella natura e quella del folle confinato nella malattia, consentiva di leggere la critica del manicomio e la critica della condizione femminile come due aspetti di un medesimo progetto di liberazione³⁶⁰. Ongaro Basaglia portò inoltre questa prospettiva sul piano istituzionale durante il suo mandato di senatrice, tra il 1983 e il 1992, impegnandosi per la concreta attuazione della riforma.

La prospettiva di genere consente, inoltre, di leggere criticamente gli esiti della riforma. Come si è osservato nel primo capitolo, l’attuazione della legge 180 procedette in modo disomogeneo e, dove i servizi territoriali non furono adeguatamente realizzati, il carico dell’assistenza ricadde sulle famiglie³⁶¹. Una lettura di genere invita a osservare che tale carico non fu distribuito in modo neutro, ma gravò in misura prevalente sulle donne della famiglia, madri, mogli, sorelle e figlie, alle quali il modello familiare tradizionale continuava ad attribuire la responsabilità della cura. Il paradosso è evidente: la chiusura di un’istituzione che per decenni aveva disciplinato le donne attraverso la loro riduzione al ruolo di cura rischiava di tradursi, in assenza di servizi adeguati, in un nuovo carico di cura affidato alle donne stesse.

Sul piano educativo, questa lettura riveste un’importanza che eccede la ricostruzione storica. Essa mostra che la deistituzionalizzazione non si esaurisce in un atto normativo, ma richiede una trasformazione dei ruoli, delle relazioni e delle rappresentazioni che coinvolge operatori e operatrici, famiglie e comunità, e che la dimensione di genere attraversa tanto l’esperienza della sofferenza quanto quella della

³⁶⁰ Cfr., F. Ongaro Basaglia, *Una voce. Riflessioni sulla donna*, Il Saggiatore, Milano, 1982.

³⁶¹ Cfr., S. Magagnoli, D. Tabor, «La lunga deistituzionalizzazione. La riforma psichiatrica italiana e la sua applicazione», in «Meridiana», 112, 2025, pp. 251-276.

cura. Per chi opera oggi nei servizi di salute mentale e nelle comunità terapeutiche, comprese quelle destinate agli adolescenti, tale consapevolezza si traduce nella necessità di interrogare le aspettative di genere che ancora orientano la lettura dei comportamenti, come la diversa interpretazione della rabbia maschile e della tristezza femminile, e di costruire contesti nei quali la sofferenza possa essere ascoltata senza essere ricondotta, ancora una volta, a un modello normativo di femminilità o di mascolinità. È precisamente questa l'eredità che il percorso storico fin qui compiuto consegna alla proposta educativa sviluppata nei capitoli successivi.

CAPITOLO 3

LO SCHERMO COME SPECCHIO: FILM, DEVIANZA E CRESCITA EMOTIVA NEL CINEFORUM EDUCATIVO

3.1 Diretrici tematiche e casi di studio cinematografici

La selezione delle opere cinematografiche da proporre nell'ambito di un progetto di cineforum educativo con adolescenti ospiti di una comunità terapeutica psichiatrica non può essere affidata a criteri estetici o di popolarità, né può fondarsi unicamente sulla rilevanza tematica dei contenuti trattati.

Essa richiede, al contrario, un processo di analisi pedagogica sistematica che tenga conto di almeno tre dimensioni tra loro interdipendenti: la pertinenza rispetto agli obiettivi educativi definiti nella fase di progettazione, la compatibilità dei contenuti con le caratteristiche cliniche e la storia individuale dei partecipanti, e il potenziale di attivazione del confronto riflessivo all'interno del gruppo³⁶².

Il presente paragrafo intende illustrare, attraverso l'analisi di casi di studio cinematografici concreti, in che modo questi tre criteri possano essere applicati nella costruzione di un calendario tematico coerente e clinicamente fondato, fornendo all'équipe educativa uno strumento di riferimento per la selezione, la sequenziazione e la conduzione delle sessioni.

Prima di procedere all'esame dei singoli casi, appare tuttavia necessario esplicitare la domanda di ricerca che orienta l'intero capitolo e le categorie di analisi attraverso le quali ciascuna opera verrà letta. La domanda può essere formulata nei termini seguenti: *in che modo la rappresentazione cinematografica dell'identità adolescenziale, della sofferenza psichica e della devianza può essere convertita in uno strumento pedagogico utilizzabile con adolescenti ospiti di una comunità terapeutica psichiatrica, e attraverso quali categorie di lettura è possibile valutare, caso per caso, la pertinenza educativa di un'opera, la sua sostenibilità clinica e la sua capacità di sostenere un confronto riflessivo all'interno del gruppo?*

Da tale interrogativo discendono tre domande subordinate, che strutturano l'articolazione dei paragrafi successivi: quali categorie interpretative consentano di analizzare in modo

³⁶² Cfr., P. C. Rivoltella, *Media education. Fondamenti didattici e prospettive di ricerca*, La Scuola, Brescia, 2005.

comparabile opere narrativamente eterogenee, evitando che la selezione si riduca a un accostamento tematico impressionistico; in che modo tali categorie si colleghino agli obiettivi educativi del progetto descritto nel capitolo 4, e in particolare al riconoscimento delle proprie emozioni, alla loro verbalizzazione in un contesto relazionale sicuro e alla riflessione condivisa all'interno del gruppo; quali limiti e quali cautele debbano accompagnare l'attribuzione di un'efficacia pedagogica allo strumento cinematografico, questione che verrà ripresa in chiusura nel paragrafo 3.8.

Per rispondere a tali interrogativi, ciascuna delle opere esaminate nei paragrafi da 3.3 a 3.7 viene letta attraverso una griglia costante di otto categorie di analisi. Esse non derivano da una scelta arbitraria, ma discendono direttamente dal percorso argomentativo dei capitoli precedenti: dalla ricostruzione dell'istituzione manicomiale e dei meccanismi di etichettamento della diversità condotta nel capitolo 1, dalla lettura dell'esperienza biografica e poetica di Alda Merini proposta nel capitolo 2 e dalla letteratura pedagogica sull'adolescenza e sulla devianza giovanile richiamata nei paragrafi seguenti. Le categorie sono le seguenti:

- A. Agosti, *Il cinema per la formazione. Argomentazioni pedagogiche e apprendimenti*, FrancoAngeli, Milano, 2001.
- M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- **Identità:** il modo in cui l'opera rappresenta la costruzione del sé adolescenziale, la tensione tra immagine di sé percepita e immagine desiderata e il bisogno di riconoscimento da parte dell'altro.
- **Stigma:** la messa in scena dei processi di etichettamento sociale della diversità e della sofferenza psichica, e i loro effetti sull'immagine che il protagonista ha di sé.
- **Devianza:** la rappresentazione della condotta trasgressiva e delle condizioni sociali, relazionali e psicologiche che ne favoriscono la genesi, letta alla luce della distinzione tra devianza di matrice sociologica, disagio psichico e condotta antisociale.
- **Istituzioni:** la funzione svolta dalle istituzioni educative, familiari, sociali, sanitarie e giudiziarie nella vicenda del protagonista, con particolare attenzione ai casi in cui esse falliscono, respingono o abbandonano.
- **Trauma:** la presenza, la natura e le modalità di rappresentazione dell'esperienza traumatica; è la categoria che incide più direttamente sulla valutazione delle cautele

cliniche, poiché è quella maggiormente esposta al rischio di riattivare vissuti personali dei partecipanti³⁶³.

- **Legami:** la qualità e la funzione delle relazioni significative, siano esse amicali, familiari, educative o terapeutiche, e la loro capacità di modificare la traiettoria del protagonista.
- **Responsabilità:** il modo in cui l'opera tratta il rapporto tra i condizionamenti subiti e i margini di scelta di cui il protagonista dispone, nodo decisivo nella conduzione del debriefing.
- **Riscatto:** la presenza o l'assenza di un esito trasformativo, il grado di credibilità con cui esso viene rappresentato e il tono con cui viene proposto allo spettatore.

Le tre dimensioni sopra richiamate e le otto categorie ora elencate operano su piani distinti e complementari. Le prime funzionano ex ante come criteri di ammissibilità e rispondono alla domanda se una determinata opera possa entrare nel percorso; le seconde funzionano come griglia interpretativa e rispondono alla domanda su come quella stessa opera vada letta, collocata nella sequenza e mediata in sede di debriefing. Le categorie di analisi costituiscono, in altri termini, lo strumento attraverso il quale le tre dimensioni vengono applicate al singolo caso: la categoria del trauma e quella dello stigma incidono in modo diretto sulla valutazione della compatibilità clinica, mentre quelle della responsabilità e del riscatto riguardano più da vicino il potenziale di attivazione del confronto riflessivo³⁶⁴.

Sul piano dell'articolazione del capitolo, le categorie dell'identità e del riconoscimento orientano l'analisi proposta nel paragrafo 3.3; quelle della devianza, dello stigma e delle istituzioni guidano la discussione teorica del paragrafo 3.4 e la lettura del caso Joker sviluppata nel paragrafo 3.5; quelle del trauma, dei legami, della responsabilità e del riscatto strutturano l'analisi di Good Will Hunting nel paragrafo 3.6 e delle ulteriori proposte filmografiche presentate nel paragrafo 3.7. Ogni opera viene comunque interrogata a partire dall'intera griglia, così che le categorie funzionino anche come strumento di confronto tra i diversi casi di studio.

Va infine precisato che le otto categorie non sono presenti con la medesima intensità in tutte le opere: ciascun film viene letto prevalentemente attraverso quelle che ne caratterizzano in modo più marcato la struttura narrativa, mentre l'assenza di una categoria è considerata, essa stessa, un dato di analisi pedagogicamente rilevante. L'assenza di una prospettiva di riscatto in

³⁶³ Cfr., G. Liotti, B. Farina, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.

³⁶⁴ Cfr., A. Agosti, *Il cinema per la formazione. Argomentazioni pedagogiche e apprendimenti*, FrancoAngeli, Milano, 2001.

Joker, discussa nel paragrafo 3.5, non costituisce un difetto dell'opera, ma è precisamente ciò che ne motiva l'impiego come controesempio e ciò che rende necessaria la sua collocazione immediatamente prima della sessione conclusiva dedicata a Good Will Hunting, nella quale le categorie del legame, della responsabilità e del riscatto trovano invece piena rappresentazione³⁶⁵.

È opportuno premettere che la filmografia qui proposta non ha carattere esaustivo né prescrittivo: essa rappresenta piuttosto un repertorio ragionato di opere che, sulla base di una lettura pedagogica attenta dei loro contenuti narrativi, della loro struttura emotiva e dei possibili esiti del debriefing, si rivelano particolarmente adatte al lavoro con la specifica popolazione destinataria del progetto.

La responsabilità ultima della selezione rimane in capo all'équipe multidisciplinare, che potrà accogliere, modificare o sostituire le indicazioni qui proposte sulla base della propria conoscenza diretta del gruppo e degli eventuali segnali emersi nella fase di analisi del contesto descritta nel paragrafo 4.4.1³⁶⁶.

Ciascuna opera viene qui analizzata nella sua funzione educativa rispetto al tema corrispondente, con attenzione esplicita alle cautele cliniche che la sua proposta richiede e alle domande di debriefing che essa è in grado di sostenere con maggiore efficacia.

Le direttrici tematiche che guidano la selezione derivano direttamente dagli obiettivi educativi definiti nella fase di progettazione e sono organizzate secondo il criterio di gradualità già ampiamente discusso: si parte da temi emotivamente più accessibili e meno direttamente connessi alla storia clinica dei partecipanti, per procedere progressivamente verso contenuti di maggiore complessità e coinvolgimento emotivo.

All'interno di ciascuna direttrice tematica, l'analisi individua non solo il film ritenuto più adatto, ma anche la specifica funzione pedagogica che esso assolve, il tipo di elaborazione emotiva che favorisce e le eventuali controindicazioni cliniche da valutare preliminarmente.

Una particolare attenzione è dedicata alla questione della devianza giovanile, che costituisce uno dei nuclei tematici più rilevanti per la popolazione destinataria del progetto: non soltanto perché numerosi adolescenti ospiti di comunità terapeutiche hanno vissuto esperienze di marginalità, conflitto con la legge o attrazione verso sottoculture devianti, ma anche perché la

³⁶⁵ Cfr., R. Farné, *Diletto e giovamento. Le immagini e l'educazione*, UTET, Torino, 2006.

³⁶⁶ Cfr., A. Canevaro, A. Chierigatti, *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carocci, Roma, 1999.

rappresentazione cinematografica della devianza offre, quando opportunamente mediata, uno strumento potente di riflessione sulle condizioni sociali, relazionali e psicologiche che contribuiscono alla sua genesi³⁶⁷.

³⁶⁷ Cfr., M. Barbagli, A. Colombo, E. Savona, *Sociologia della devianza*, Il Mulino, Bologna, 2003.

3.2 Principi trasversali per la selezione e la conduzione: un protocollo di lettura

Prima di procedere all'analisi dei singoli casi di studio cinematografici che costituiscono il nucleo empirico del presente capitolo, appare opportuno esplicitare i criteri metodologici che ne hanno orientato la selezione e che ne guideranno, in modo trasversale, l'utilizzo nell'ambito del cineforum educativo.

I principi enunciati in questo paragrafo non costituiscono una sintesi elaborata a posteriori rispetto alle analisi successive, bensì un vero e proprio protocollo di lettura, la cui funzione è duplice: da un lato rendere espliciti i criteri in base ai quali ciascuna opera è stata scelta e collocata all'interno del percorso; dall'altro fornire all'équipe educativa uno strumento di verifica trasferibile anche a opere cinematografiche diverse da quelle qui proposte.

Tali principi integrano e specificano quanto già anticipato nel paragrafo 3.1 in merito alle dimensioni della pertinenza pedagogica, della compatibilità clinica e del potenziale di attivazione del confronto riflessivo, e operano in stretta connessione con le otto categorie di analisi ivi dichiarate.

Il primo principio riguarda la gradualità emotiva: le opere cinematografiche vengono proposte in una sequenza che procede da contenuti emotivamente più accessibili a contenuti di maggiore complessità, nella consapevolezza che la capacità del gruppo di affrontare temi impegnativi aumenta progressivamente nel corso del percorso e dipende in larga misura dalla qualità del clima relazionale costruito nelle sessioni precedenti³⁶⁸.

Questo principio ha implicazioni dirette sulla sequenziazione dei film che verranno presentati nei paragrafi successivi: un'opera come *Joker*, ad esempio, non può essere proposta nelle fasi iniziali del ciclo, non perché i partecipanti non siano in grado di comprenderla, ma perché il tipo di elaborazione che essa richiede presuppone un grado di fiducia reciproca e di competenza emotiva nel gruppo che si costruisce soltanto nel tempo, attraverso le sessioni precedenti.

³⁶⁸ Cfr., D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos'è, perché può renderci felici*, Rizzoli, Milano, 1996.

Il secondo principio riguarda la funzione narrativa dell'opera rispetto all'obiettivo pedagogico: non è sufficiente che un film tratti un tema pertinente al percorso, ma è necessario che lo tratti in un modo che risulti funzionale all'obiettivo educativo specifico della sessione³⁶⁹.

Come si avrà modo di illustrare nei paragrafi dedicati ai singoli casi di studio, opere che affrontano temi apparentemente affini, quali la devianza o il trauma, possono richiedere funzioni narrative, registri emotivi e modalità di mediazione profondamente diversi tra loro: l'équipe è dunque tenuta a valutare non soltanto il tema trattato dall'opera, ma anche l'arco narrativo, il tono con cui la vicenda viene raccontata e l'esito che il film propone allo spettatore.

Il terzo principio riguarda la valutazione individualizzata e il principio di precauzione clinica: nessun film, per quanto pedagogicamente ricco, va proposto senza una valutazione preliminare delle condizioni individuali dei partecipanti nel momento specifico in cui la sessione è programmata³⁷⁰.

L'équipe deve essere pronta a modificare la programmazione, posticipare una sessione o sostituire un'opera anche a breve distanza dall'incontro, qualora emergano segnali clinici che rendano la proposta inopportuna.

Questo principio di flessibilità, che troverà applicazione concreta nella fase di revisione e adattamento del percorso descritta nel capitolo 4, trova nella selezione delle opere cinematografiche una delle sue applicazioni più delicate, poiché il contenuto di un film non può essere agevolmente modificato in corso d'opera, a differenza di altri strumenti educativi: la scelta di proporlo o meno è dunque una decisione che va assunta con piena consapevolezza clinica e non può essere delegata al caso o alla routine organizzativa.

Un quarto principio, trasversale a tutte le proposte contenute nel presente capitolo, riguarda la natura e i limiti dell'efficacia pedagogica che è ragionevole attribuire allo strumento cinematografico: è necessario chiarire, in premessa, che nessuna delle opere presentate nei paragrafi seguenti va intesa come uno strumento capace di gestire direttamente stati emotivi quali la rabbia o l'isolamento, né, più in generale, come un dispositivo di regolazione emotiva in senso proprio³⁷¹.

³⁶⁹ Cfr., D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.

³⁷⁰ Cfr., G. Pietropolli Charmet, *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi*, Laterza, Roma-Bari, 2008.

³⁷¹ Cfr., P. C. Rivoltella, *Media education. Idea, metodo, ricerca*, La Scuola, Brescia, 2017.

Il cinema, all'interno del setting educativo qui descritto, può favorire processi di riconoscimento, ossia la possibilità di identificare, attraverso la mediazione simbolica del racconto, un'emozione o un vissuto altrimenti difficile da nominare; può favorire processi di verbalizzazione, ossia la possibilità di mettere in parole, nel contesto protetto del debriefing, ciò che la visione ha attivato; e può favorire, infine, una riflessione condivisa all'interno del gruppo.

Non può, invece, produrre di per sé una regolazione emotiva, la quale rimane un esito eventuale e non garantito del più ampio percorso educativo e terapeutico di cui il cineforum costituisce una componente, e non l'effetto diretto e automatico della visione di un'opera³⁷².

Coerentemente con questo principio, per ciascuna opera proposta nei paragrafi seguenti viene fornita un'indicazione sintetica relativa a cinque elementi ritenuti indispensabili per un utilizzo clinicamente responsabile del mezzo cinematografico: la fascia d'età dei destinatari per cui la proposta risulta indicata; i contenuti sensibili presenti nell'opera, dei quali l'équipe deve essere pienamente consapevole prima della proiezione; l'obiettivo pedagogico specifico che la sessione intende perseguire; la modalità di mediazione richiesta, ossia il tipo di conduzione e di preparazione che il conduttore deve garantire prima, durante e dopo la visione; le controindicazioni, ossia le condizioni cliniche o situazionali in presenza delle quali la proposta dell'opera deve essere esclusa o rinviata.

A titolo esemplificativo, la scheda di lavoro predisposta per ciascun film può essere strutturata secondo le seguenti voci: titolo e anno di uscita dell'opera; tema principale trattato e temi secondari rilevanti; elenco delle emozioni più frequentemente emerse durante il debriefing nelle diverse edizioni del progetto; eventuali criticità osservate, ad esempio un contenuto che ha generato un'attivazione emotiva superiore alle attese in più occasioni; fascia d'età e livello di stabilità clinica per cui il film risulta maggiormente indicato; elenco delle domande di debriefing rivelatesi più efficaci nel favorire il confronto, con eventuale indicazione di quelle che, al contrario, si sono dimostrate poco produttive o premature; infine uno spazio libero per annotazioni metodologiche degli operatori, come particolari accorgimenti nella conduzione o suggerimenti per future riproposizioni.

Anche il teatro educativo, richiamato tra i laboratori complementari del progetto descritto nel capitolo 4, può essere reso concreto attraverso un esempio pratico: la breve drammatizzazione di un finale alternativo alla scena più significativa del film consente ai ragazzi, divisi in piccoli

³⁷² Cfr., A. Palmonari, *Gli adolescenti*, Il Mulino, Bologna, 2001.

gruppi di tre o quattro, di sperimentare fisicamente reazioni diverse da quelle messe in atto dal protagonista³⁷³.

Un gruppo può, ad esempio, mettere in scena una versione in cui il protagonista, anziché reagire con la rabbia, sceglie di chiedere aiuto a un adulto di riferimento.

Un altro gruppo può invece esplorare che cosa sarebbe successo se un personaggio secondario avesse agito diversamente, offrendo così un canale di elaborazione corporea e immaginativa complementare alla sola discussione verbale, particolarmente utile per quei ragazzi che faticano a esprimersi attraverso il solo linguaggio parlato.

La formazione continua degli operatori, dal canto suo, può concretizzarsi in un calendario di supervisioni periodiche, ad esempio con cadenza bimestrale, ciascuna dedicata a un tema specifico: una supervisione può essere centrata sull'approfondimento delle tecniche di conduzione del debriefing, con esercitazioni pratiche tra colleghi sulla formulazione di domande aperte e non giudicanti³⁷⁴.

Un'altra può essere dedicata alla simulazione, attraverso un breve role-playing tra operatori, della gestione di un episodio di acting-out durante una sessione, così da permettere a ciascun professionista di sperimentare in un contesto protetto le proprie modalità di intervento prima di trovarsi a gestirle realmente con gli adolescenti.

Una terza supervisione, infine, può essere dedicata alla revisione condivisa della videoteca ragionata, con la discussione collegiale delle schede di lavoro compilate nel corso delle sessioni più recenti. È a partire da questo protocollo di lettura, e dai cinque elementi che lo compongono, che i paragrafi seguenti procederanno all'analisi dei singoli casi di studio cinematografici.

³⁷³ Cfr., A. Rossi Ghiglione, A. Pagliarino, *Fare teatro sociale. Esercizi e progetti*, Dino Audino, Roma, 2007.

³⁷⁴ Cfr., F. Olivetti Manoukian, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna, 1998.

3.3 Identità, ricerca di sé e bisogno di riconoscimento

Il tema dell'identità e della ricerca di sé rappresenta il punto di ingresso del percorso proposto nel presente lavoro.

Tale scelta trova un riscontro diretto nella letteratura pedagogica sull'adolescenza, la quale individua nella costruzione dell'identità personale uno dei principali compiti evolutivi di questa fase della vita, e riconosce nella ricerca di un equilibrio tra l'immagine di sé percepita e quella desiderata uno snodo centrale dell'esperienza adolescenziale³⁷⁵.

Coerentemente con il protocollo di lettura enunciato nel paragrafo 3.2, questa direttrice tematica viene collocata all'apertura del ciclo poiché consente di aprire il confronto su contenuti significativi per i partecipanti senza esporli immediatamente a vissuti di dolore acuto, e risulta pertanto coerente con il primo obiettivo generale del progetto descritto nel capitolo 4, relativo al sostegno dei processi di riconoscimento e di espressione di sé.

Per questa direttrice tematica, un'opera particolarmente indicata è Billy Elliot (Stephen Daldry, 2000), che racconta la storia di un ragazzo di undici anni cresciuto in una comunità mineraria del nord dell'Inghilterra che scopre, contro le aspettative del contesto familiare e sociale in cui è inserito, una vocazione per la danza classica.

Il nucleo narrativo su cui la proposta educativa si concentra è la scena in cui Billy, sorpreso dal padre a danzare di nascosto, si trova costretto a rivelare pubblicamente ciò che fino a quel momento aveva tenuto celato: il film non affronta la marginalità come esito di un fallimento, ma come punto di partenza di un percorso di auto riconoscimento, nel quale il protagonista impara progressivamente a distinguere ciò che sente autentico per sé stesso da ciò che gli viene chiesto di essere dagli altri.

L'obiettivo educativo della sessione è duplice: da un lato favorire, nei partecipanti, il riconoscimento della distinzione tra identità percepita e identità desiderata; dall'altro aprire una riflessione sul ruolo che le aspettative familiari e sociali possono svolgere nel condizionare o nel reprimere l'espressione autentica di sé.

La figura dell'insegnante di danza, che riconosce il talento di Billy e lo sostiene senza sostituirsi alla sua volontà, introduce inoltre nel gruppo una riflessione su cosa significhi ricevere

³⁷⁵ Cfr., E. H. Erikson, *Gioventù e crisi d'identità*, Armando, Roma, 1974.

uno sguardo positivo da un adulto di riferimento, tema che la letteratura pedagogica sull'adolescenza individua come particolarmente rilevante per lo sviluppo di un senso di autoefficacia, e che risulta di risonanza diretta per adolescenti la cui storia personale è spesso caratterizzata dall'assenza o dalla distorsione di questo tipo di riconoscimento³⁷⁶.

Le domande di debriefing possono seguire la progressione narrativo-emotivo-personale descritta nel capitolo 4: si parte dall'analisi del comportamento del protagonista, ad esempio chiedendo in quale momento Billy decida davvero di seguire la danza e cosa lo spinga a farlo; si procede verso la dimensione emotiva, interrogandosi su cosa pensi e provi la famiglia di Billy e su come essa cambi nel corso del film; si conclude con la dimensione personale, chiedendo se vi sia qualcosa che anche i partecipanti sentano come proprio, e che forse gli altri faticano a capire o ad accettare.

Sul piano dei rischi di identificazione, occorre segnalare che il percorso di Billy si conclude con un riconoscimento pubblico e con un esito di realizzazione personale che non sempre trova corrispondenza nell'esperienza dei partecipanti: è pertanto necessario che il conduttore chiarisca, nella fase di debriefing, come il valore della sessione non risieda nella promessa di un esito analogo, ma nella possibilità di riconoscere, nella propria esperienza, la tensione tra ciò che si sente autentico e ciò che viene richiesto dal contesto.

Il limite d'uso principale della proposta riguarda i partecipanti per i quali il tema del conflitto con la figura paterna risulti, al momento della sessione, associato a vissuti di violenza domestica recente: in tali casi, l'équipe valuterà se posticipare la proposta o accompagnarla con una preparazione individuale supplementare.

Un'alternativa ugualmente valida per questa direttrice tematica è *Sing Street* (John Carney, 2016), ambientato nella Dublino degli anni Ottanta e centrato su un adolescente che forma una band scolastica come risposta alla marginalità scolastica e al conflitto familiare.

A differenza di *Billy Elliot*, *Sing Street* è ambientato interamente nel mondo adolescenziale e offre pertanto una vicinanza percepita maggiore con l'esperienza dei partecipanti: i protagonisti hanno la stessa età dei ragazzi del gruppo, affrontano conflitti riconoscibili quali i

³⁷⁶ Cfr., G. Pietropolli Charmet, *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.

bulli, i professori autoritari e la separazione dei genitori, e trovano nella musica e nell'amicizia una forma di risposta costruttiva piuttosto che distruttiva.

Il nucleo narrativo di riferimento è la scena della fondazione della band, che il conduttore può utilizzare per introdurre l'obiettivo educativo della sessione, centrato sul bisogno di appartenenza e sulla funzione protettiva del gruppo dei pari.

Il film si presta particolarmente bene a domande di debriefing sulla funzione protettiva del gruppo dei pari, offrendo spunti di riflessione su come la connessione con gli altri possa costituire un fattore di resilienza anche in contesti di significativa difficoltà familiare e sociale³⁷⁷.

Anche in questo caso, tuttavia, è necessario segnalare un limite d'uso: il finale del film, che vede i protagonisti allontanarsi fisicamente dal contesto di origine, può attivare in alcuni partecipanti un vissuto di desiderio di fuga non elaborabile in modo costruttivo nel contesto della comunità terapeutica; il conduttore dovrà pertanto orientare il debriefing verso la dimensione simbolica della fuga, quale ricerca di uno spazio proprio, piuttosto che verso una lettura letterale della vicenda.

³⁷⁷ Cfr., A. Palmonari, *Gli adolescenti*, Il Mulino, Bologna, 2001.

3.4 La devianza giovanile come oggetto di analisi pedagogica: devianza sociologica, disagio psichico e condotta antisociale

La devianza giovanile costituisce uno dei nuclei tematici più complessi e al tempo stesso più significativi da affrontare nell'ambito di un cineforum educativo con adolescenti in comunità. Prima di procedere all'analisi dei casi di studio, è tuttavia necessario chiarire, sul piano concettuale, che il termine «devianza» non è sinonimo né di «disagio psichico» né di «condotta antisociale», sebbene i tre fenomeni possano, in determinate biografie, presentarsi in forma congiunta³⁷⁸.

La devianza, nell'accezione sociologica qui adottata, indica la violazione di norme sociali condivise all'interno di un determinato contesto storico e culturale: si tratta, in altri termini, di una costruzione sociale relativa, il cui contenuto varia in funzione del sistema normativo di riferimento, e non implica di per sé alcuna forma di patologia individuale³⁷⁹.

Il disagio psichico, di contro, indica una condizione di sofferenza soggettiva che può manifestarsi con o senza comportamenti devianti, e che richiede una valutazione clinica specifica per essere riconosciuta e trattata³⁸⁰.

La condotta antisociale, infine, indica un pattern comportamentale caratterizzato dalla violazione sistematica dei diritti altrui, che può presentarsi in assenza di un disagio psichico clinicamente significativo e che non coincide automaticamente con la devianza in senso sociologico, poiché quest'ultima può manifestarsi anche attraverso comportamenti non lesivi dei diritti di terzi³⁸¹.

Nel presente capitolo, pertanto, i tre termini vengono utilizzati in modo distinto, ed è cura di chi scrive segnalare, di volta in volta, a quale dei tre piani si faccia riferimento nell'analisi dei singoli casi di studio.

Tale distinzione risulta inoltre necessaria per collocare correttamente il presente capitolo rispetto al percorso argomentativo sviluppato nei capitoli precedenti.

³⁷⁸ Cfr., P. Bertolini, L. Caronia, *Ragazzi difficili. Pedagogia interpretativa e linee di intervento*, La Nuova Italia, Firenze, 1993.

³⁷⁹ Cfr. Merton, R. K., *Teoria e struttura sociale*, il Mulino, Bologna, 2000.

³⁸⁰ Cfr. World Health Organization, *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*, WHO, Ginevra, 2022.

³⁸¹ Cfr. Muratori, P., Di Ciolo, E. F., *Il disturbo della condotta in adolescenza*, Carocci, Roma, 2016.

Il capitolo 1 ha ricostruito le modalità attraverso cui l'istituzione manicomiale italiana, a partire dalla legge Giolitti del 1904, abbia storicamente sovrapposto la categoria della pericolosità sociale a quella della malattia mentale, contribuendo a una confusione tra piano giuridico-sociale e piano clinico che la critica basagliana ha contribuito a smontare.

Il capitolo 2 ha analizzato, attraverso l'esperienza di Alda Merini, le modalità attraverso cui la non conformità femminile ai ruoli sociali attesi sia stata storicamente medicalizzata e ricondotta, impropriamente, entro categorie diagnostiche.

Il presente capitolo si colloca in continuità critica con questo percorso: l'attenzione riservata, nei paragrafi seguenti, alla distinzione tra devianza sociologica, disagio psichico e condotta antisociale risponde precisamente all'esigenza di non riprodurre, nell'analisi dei casi di studio cinematografici, la medesima sovrapposizione concettuale che i capitoli precedenti hanno messo in discussione sul piano storico.

La complessità di questo nucleo tematico risiede nel fatto che il confine tra la rappresentazione della devianza come oggetto di riflessione critica e la sua presentazione come modello identificatorio è spesso sottile, e dipende in larga misura non soltanto dalla qualità dell'opera cinematografica in sé, ma anche dalla qualità della mediazione educativa che la accompagna³⁸².

La significatività di questo nucleo tematico risiede, al contrario, nel fatto che molti adolescenti ospiti di strutture residenziali terapeutiche hanno avuto esperienze dirette o indirette con la devianza, come autori, come vittime o come spettatori, e che il cinema, quando opportunamente utilizzato, può offrire uno spazio protetto nel quale riflettere su tali esperienze attraverso la distanza simbolica della narrazione, senza che ciò implichi, va precisato, alcuna spiegazione causale univoca circa le origini della devianza stessa.

Il presente lavoro non intende infatti sostenere che determinate condizioni familiari o istituzionali producano necessariamente un esito deviante, quanto piuttosto illustrare, attraverso i casi di studio proposti, come il cinema possa rendere visibili e discutibili in gruppo alcuni dei fattori di vulnerabilità e di protezione più frequentemente descritti dalla letteratura pedagogica e criminologica in materia³⁸³.

³⁸² Cfr., H. S. Becker, *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, EGA, Torino, 1987.

³⁸³ Cfr., E. Malaguti, *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Erickson, Trento, 2005.

Tra le opere cinematografiche che affrontano la devianza giovanile con maggiore profondità pedagogica, *I quattrocento colpi* (François Truffaut, 1959) occupa un posto del tutto particolare, sia per la sua rilevanza storica e culturale sia per la ricchezza dei temi che mette in scena.

Il film racconta la storia di Antoine Doinel, un tredicenne parigino che scivola progressivamente verso comportamenti classificabili come devianti in senso sociologico, quali piccoli furti, assenze scolastiche e la fuga dal riformatorio, senza che il film stesso attribuisca tali comportamenti a un disagio psichico specifico: si tratta, piuttosto, della rappresentazione di un esito cumulativo di fattori di contesto, quali la famiglia, segnata da conflitti coniugali e da un rapporto materno distorto; la scuola, che reagisce alle sue difficoltà con la punizione anziché con la comprensione; le istituzioni, che si limitano a contenere il comportamento senza interrogarsi sulle sue cause.

Il celebre finale del film, con il fermo immagine sul volto di Antoine che guarda in macchina, sulla spiaggia, dopo la fuga dal riformatorio, non offre risoluzione né riscatto, ma pone uno sguardo diretto sull'adolescente e, attraverso di esso, sullo spettatore, invitandolo a chiedersi cosa avrebbe potuto fare di diverso il mondo degli adulti, senza tuttavia formulare, ed è bene chiarirlo esplicitamente in sede di debriefing, alcun giudizio morale definitivo né sul protagonista né sulle figure adulte che lo circondano.

Dal punto di vista pedagogico, *I quattrocento colpi* è particolarmente efficace per lavorare sul tema della responsabilità istituzionale rispetto ai comportamenti classificati come devianti: il film mostra con lucidità come la condotta di Antoine possa essere letta come una risposta adattiva a un contesto che non lo vede e non lo ascolta, piuttosto che come l'espressione di una condotta antisociale strutturata o di un disturbo psichico conclamato, distinzione che il conduttore ha cura di esplicitare nel gruppo per evitare letture patologizzanti non sostenute dal film³⁸⁴.

Questo consente al conduttore di strutturare il debriefing non attorno alla domanda «perché Antoine ha sbagliato?», che porterebbe a una riflessione colpevolizzante e poco produttiva, ma attorno alla domanda «quali adulti, quali scuole, quali famiglie avrebbe avuto bisogno Antoine?», che sposta il focus dalla colpa individuale alla responsabilità collettiva e

³⁸⁴ Cfr., M. Fabbri, *Il transfert, il dono, la cura. Giochi di proiezione nell'esperienza educativa*, FrancoAngeli, Milano, 2012.

istituzionale, senza per questo suggerire che ogni comportamento deviante sia interamente spiegabile con il solo fallimento del contesto.

Per ragazzi che hanno spesso vissuto in prima persona esperienze di abbandono istituzionale, questo spostamento di prospettiva può risultare significativo, poiché offre un quadro interpretativo in cui il proprio disagio non è interamente attribuibile a una colpa personale, senza che ciò debba tradursi, va ribadito, in una lettura deterministica secondo cui le condizioni di contesto producano necessariamente un esito deviante.

Un secondo caso di studio particolarmente rilevante per questa direttrice tematica è *Cesare deve morire* (Paolo e Vittorio Taviani, 2012), documentario-finzione ambientato nel carcere di Rebibbia e costruito attorno all'allestimento del Giulio Cesare di Shakespeare da parte di detenuti reali, condannati per reati che rientrano, in questo caso, nella categoria della condotta antisociale in senso proprio, essendo fondati su comportamenti lesivi accertati dei diritti altrui.

L'opera è pedagogicamente rilevante per almeno due ragioni: in primo luogo, i protagonisti non sono personaggi fittizi ma persone reali condannate per reati gravi, quali l'appartenenza alla criminalità organizzata, l'omicidio o il traffico di sostanze, che attraverso il teatro accedono a una forma di elaborazione della propria storia e di riconoscimento della propria umanità che il solo sistema penale non ha saputo offrire loro, senza che ciò implichi in alcun modo una minimizzazione della gravità dei reati commessi.

In secondo luogo, il film illustra concretamente, e con una forza narrativa di rara efficacia, il principio pedagogico più volte richiamato nei capitoli teorici della presente tesi: il linguaggio artistico come strumento di accesso a dimensioni dell'esperienza emotiva e relazionale altrimenti inaccessibili³⁸⁵.

La connessione tra *Cesare deve morire* e il progetto educativo descritto in questo lavoro è diretta: il teatro educativo, richiamato tra le attività complementari del percorso descritto nel capitolo 4, trova in questo film una testimonianza empirica della propria efficacia potenziale.

I ragazzi che guardano i detenuti di Rebibbia trasformarsi attraverso la recitazione possono essere invitati, durante il debriefing, a riflettere su cosa significhi per loro stessi avere uno spazio in cui esprimere qualcosa di sé che di solito rimane nascosto, riflessione che si collega

³⁸⁵ Cfr., G. Scabia, *Marco Cavallo. Una esperienza di animazione in un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1976.

direttamente agli obiettivi di alfabetizzazione emotiva e di sviluppo della capacità espressiva che il progetto si propone.

Una cautela clinica significativa riguarda il fatto che i protagonisti del film sono adulti con storie di condotta antisociale grave e accertata: l'équipe dovrà valutare con attenzione se il gruppo sia pronto a gestire questa sovrapposizione tra la finzione teatrale e la realtà carceraria, dovrà chiarire in fase introduttiva che la condotta antisociale rappresentata non va confusa con il disagio psichico che alcuni partecipanti possono sperimentare, e dovrà essere preparata a eventuali risonanze personali legate a esperienze di contatto diretto con il sistema penale, proprio o di familiari.

Per la direttrice tematica del riscatto attraverso la relazione con un adulto significativo, un contributo prezioso è offerto da *Stand and Deliver* (Ramón Menéndez, 1988), storia vera dell'insegnante Jaime Escalante, che negli anni Ottanta porta un gruppo di studenti latinoamericani cresciuti in un contesto di povertà e marginalità sociale a superare l'Advanced Placement Calculus Exam, uno degli esami più difficili del sistema scolastico statunitense.

Il film mette in scena con efficacia il tema della fiducia come strumento pedagogico fondamentale: Escalante crede nei suoi studenti in modo radicale e incondizionato, rifiutando la narrativa del deficit che li circonda e sostituendola con un'aspettativa di riuscita che i ragazzi, progressivamente, interiorizzano come propria, senza che il film riconduca la marginalità sociale dei protagonisti a un disagio psichico o a una condotta antisociale, trattandosi qui di un caso in cui la vulnerabilità è di natura prevalentemente socioeconomica³⁸⁶.

Dal punto di vista del debriefing, *Stand and Deliver* si presta particolarmente bene a domande che aiutino i partecipanti a riflettere sul ruolo che le aspettative degli adulti di riferimento hanno giocato o stanno giocando nella loro esperienza, e su come la presenza di un adulto che crede in loro possa costituire un fattore protettivo anche in contesti di significativa difficoltà sociale, senza che questo esaurisca la complessità clinica delle situazioni individuali dei partecipanti.

³⁸⁶ Cfr., L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano, 2006.

3.5 Il caso Joker: alienazione, fallimento istituzionale e cautele cliniche per l'uso pedagogico del controesempio

Tra le opere cinematografiche che trattano la devianza e il disagio psichiatrico, *Joker* (Todd Phillips, 2019) occupa una posizione del tutto peculiare nel panorama della cultura visiva contemporanea.

Prima di illustrarne il possibile utilizzo pedagogico, è tuttavia necessario premettere che la scelta di includere questa opera in un percorso rivolto ad adolescenti ospiti di una comunità terapeutica psichiatrica è, di per sé, problematica, e richiede una giustificazione più rigorosa e circostanziata di quanto non sia richiesto per le altre opere presentate nel presente capitolo.

Il film racconta la storia di Arthur Fleck, un uomo adulto affetto da una condizione neurologica che lo porta a ridere involontariamente nei momenti di maggiore angoscia, che vive in una metropoli indifferente alla sua sofferenza e che, attraverso una serie di fallimenti progressivi e cumulativi, scivola verso la violenza e la radicalizzazione.

Prima di considerarne l'eventuale funzione pedagogica, occorre analizzare distintamente i quattro principali ordini di rischio che la proposta di quest'opera comporta per il target specifico del progetto.

Il primo rischio riguarda la fascinazione per la violenza: la costruzione visiva e musicale del film, in particolare nella sequenza culminante, conferisce alla violenza agita da Arthur una qualità esteticamente potente e catartica, che può risultare seducente per uno spettatore adolescente in una fase di sviluppo in cui i meccanismi di autoregolazione e di valutazione critica delle conseguenze non sono ancora pienamente consolidati³⁸⁷.

Il secondo rischio riguarda l'imitazione: sebbene la letteratura sui fenomeni di emulazione a seguito dell'esposizione a contenuti mediatici violenti non consenta di stabilire nessi causali semplici e univoci, l'équipe deve tenere in considerazione la possibilità, per quanto non sistematicamente dimostrata, che alcuni adolescenti particolarmente vulnerabili possano trarre dalla figura di Arthur Fleck un modello comportamentale o simbolico, specie in presenza di una storia personale di umiliazione o di esclusione sociale che presenti punti di contatto con la vicenda narrata.

³⁸⁷ Cfr., G. Bettetini, *L'audiovisivo. Dal cinema ai nuovi media*, Bompiani, Milano, 1996.

Il terzo rischio riguarda la stigmatizzazione della malattia mentale: la rappresentazione di Arthur, per quanto costruita con l'intento dichiarato di suscitare empatia verso la sua condizione, rimane inserita in una tradizione cinematografica che tende ad associare la sofferenza psichica a esiti di pericolosità sociale, ed è pertanto suscettibile di rinforzare, anziché contrastare, lo stigma che grava sulle persone con disturbi psichiatrici, stigma al quale gli stessi partecipanti al progetto sono, in quanto ospiti di una comunità terapeutica psichiatrica, particolarmente esposti³⁸⁸.

Il quarto rischio, strettamente connesso al precedente, riguarda l'associazione impropria tra disturbo psichico e pericolosità: il film costruisce la propria narrazione lungo una traiettoria che conduce da una condizione di sofferenza psichica a un esito di violenza organizzata, ed è compito ineludibile del conduttore contrastare esplicitamente, nel debriefing, l'idea implicita secondo cui la malattia mentale condurrebbe naturalmente o prevedibilmente alla pericolosità sociale: tale associazione, oltre a non trovare fondamento nella letteratura clinica, rischia di essere interiorizzata dai partecipanti come giudizio su sé stessi³⁸⁹.

Sul piano narrativo, ciò che può rendere il film pedagogicamente utilizzabile, a determinate condizioni, non è la violenza in sé, che pure è presente e non va in alcun modo minimizzata, ma la lucidità con cui la sceneggiatura mostra i meccanismi attraverso cui un sistema sociale e istituzionale indifferente o apertamente ostile può contribuire alla genesi della deriva di un individuo fragile: il servizio di salute mentale pubblico che segue Arthur viene chiuso per mancanza di finanziamenti, privandolo dell'unico spazio in cui aveva accesso a una forma, per quanto insufficiente, di ascolto professionale; il sistema lavorativo lo espelle al primo segnale di diversità; la figura paterna è assente e sostituita da una fantasia idealizzata che si rivelerà illusoria; i pari lo umiliano sistematicamente senza che nessun adulto intervenga.

Questa sequenza narrativa può costituire, esclusivamente a condizione che sia accompagnata dalle cautele descritte più avanti, uno strumento di analisi critica delle condizioni sociali e istituzionali che possono contribuire alla genesi della devianza: non perché il film giustifichi la violenza di Arthur, che non va in alcun modo presentata come giustificata o come esito comprensibile, ma perché rende visibili e nominabili i meccanismi attraverso cui l'assenza di supporto può aggravare una fragilità preesistente, fermo restando che la relazione tra fragilità individuale e violenza agita non è né necessaria né automatica.

³⁸⁸ Cfr., Goffman, E., *Stigma. Note sulla gestione dell'identità degradata*, trad., introduzione e cura di M. Bontempi, Ombre Corte, Verona, 2020.

³⁸⁹ Cfr., E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona, 2003.

La funzione pedagogica che Joker può eventualmente svolgere all'interno del percorso educativo, qualora l'équipe ne valuti positivamente la proposta, è pertanto quella di un controesempio strutturale, da utilizzare secondo la logica dell'apprendimento per contrasto: il film mostra ciò che accade quando nessuno interviene, quando ogni sistema di supporto fallisce contemporaneamente, quando la fragilità di un individuo non incontra mai una risposta adeguata.

Questo tipo di utilizzo richiede una mediazione educativa particolarmente attenta e strutturata, poiché il rischio principale, come già evidenziato, non è che i ragazzi imparino a fare violenza guardando un film, ma che si identifichino con il senso di invisibilità e abbandono del protagonista senza poi riuscire a elaborare questo riconoscimento in modo costruttivo.

Il compito del conduttore, qualora si decida di procedere con la proiezione, è precisamente quello di mantenere aperto, durante il debriefing, uno spazio di riflessione critica che permetta ai partecipanti di riconoscere nella storia di Arthur qualcosa di familiare, quale il non sentirsi visti o il non trovare chi li ascolti, senza tuttavia accettare la violenza come risposta possibile o inevitabile, e contrastando esplicitamente ogni lettura che associ la sofferenza psichica alla pericolosità³⁹⁰.

Le domande di debriefing per questa sessione richiedono una progettazione particolarmente accurata e seguono una progressione più cautelata rispetto agli incontri precedenti.

Nella fase narrativa, il conduttore può chiedere in quale momento del film i partecipanti abbiano sentito che Arthur stava perdendo l'ultimo legame che aveva, o quali persone o istituzioni avrebbero potuto intervenire nella sua storia, e in quale momento.

Nella fase emotiva, il conduttore può chiedere cosa i partecipanti provino guardando Arthur, se vi sia un'emozione prevalente e se questa cambi nel corso del film, o se vi siano scene in cui abbiano capito perché Arthur senta quello che sente, pur non essendo d'accordo con quello che fa, avendo cura di ribadire esplicitamente che comprendere le ragioni di un vissuto non equivale a giustificarne le conseguenze agite.

Nella fase personale, che va proposta solo se il clima del gruppo e le condizioni individuali dei partecipanti lo consentono, e che può essere saltata o sostituita se l'équipe lo ritiene

³⁹⁰ Cfr., F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, Laterza, Roma-Bari, 2003.

opportuno, il conduttore può chiedere se vi sia un momento in cui anche i partecipanti abbiano sentito di non essere ascoltati o visti, e come abbiano fatto a non perdersi in quel momento.

Questa domanda sposta il focus dalla storia di Arthur all'esperienza dei partecipanti, valorizzando le risorse e le strategie di coping di cui dispongono, anziché rinforzare il senso di abbandono.

Sul piano delle cautele cliniche, la proposta di Joker richiede misure precauzionali significativamente più strutturate rispetto alle altre opere del ciclo, ed è necessario indicare con chiarezza in quali circostanze la proposta del film deve essere esclusa a priori, senza eccezioni.

In primo luogo, è necessaria una pre-visione integrale del film da parte di tutti i membri dell'équipe, compresi coloro che non partecipano direttamente alla conduzione delle sessioni, così da poter valutare collegialmente l'opportunità della proposta per il gruppo specifico in quel momento del percorso.

In secondo luogo, la sessione richiede la presenza dello psichiatra referente della comunità, non solo del conduttore abituale, sia durante la proiezione sia durante il debriefing.

In terzo luogo, è necessario prevedere sistematicamente un colloquio individuale di verifica per tutti i partecipanti nei giorni immediatamente successivi alla sessione, non soltanto per coloro che mostrano segnali evidenti di attivazione, poiché alcuni adolescenti tendono a contenere il proprio disagio durante il gruppo per manifestarlo soltanto in un secondo momento.

In quarto luogo, e questa è la cautela di maggiore rilevanza clinica, la proposta di Joker deve essere esclusa a priori, senza possibilità di deroga, per ragazzi che presentino al momento della sessione una sintomatologia psicotica attiva, ideazione aggressiva, una storia recente di episodi di acting-out grave, oppure vissuti di forte identificazione con esperienze di umiliazione sociale prolungata non ancora elaborate in sede terapeutica individuale; il criterio di esclusione individualizzata trova qui la sua applicazione più stringente, e nessuna considerazione relativa al valore pedagogico dell'opera può giustificare il superamento³⁹¹.

Per tutte queste ragioni, qualora l'équipe decida di procedere, Joker non va collocato nelle fasi iniziali o intermedie del percorso, ma nella penultima sessione del ciclo, quando il gruppo ha già consolidato una sufficiente capacità di contenimento reciproco, ha maturato familiarità con il

³⁹¹ Cfr., M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.

formato del debriefing e ha avuto modo di sviluppare, attraverso gli incontri precedenti, un lessico emotivo sufficientemente ricco per affrontare la complessità dei contenuti proposti.

La collocazione penultima è deliberata: serve a garantire che l'incontro conclusivo del ciclo, descritto nel paragrafo seguente, possa svolgere una funzione di chiusura emotiva e pedagogica che bilanci la durezza del controesempio offerto da Joker con la dimostrazione concreta che un esito diverso è possibile.

Infine, in considerazione dei rischi sopra descritti, l'équipe è invitata a valutare, quale alternativa alla proiezione integrale del film, l'utilizzo di sole sequenze selezionate, limitate ai momenti narrativamente necessari a illustrare la sequenza dei fallimenti istituzionali descritta in precedenza, ed esplicitamente prive delle scene a più alta intensità visiva della violenza culminante.

Tale opzione, oltre a ridurre l'esposizione dei partecipanti ai contenuti più problematici sul piano della fascinazione per la violenza, consente una conduzione del debriefing più mirata; l'équipe dovrà tuttavia assicurarsi che l'eventuale montaggio di sequenze selezionate avvenga nel rispetto dei diritti d'autore dell'opera e delle licenze di utilizzo previste per il contesto educativo in cui il progetto si colloca, verificando preventivamente le condizioni di utilizzo consentite dal detentore dei diritti.

3.6 Good Will Hunting: traiettorie narrative del trauma, del legame e della possibilità di chiedere aiuto

La scelta di affidare l'incontro conclusivo del ciclo a Good Will Hunting (Gus Van Sant, 1997) non è casuale, ma risponde a una precisa logica pedagogica di chiusura che si articola in dialogo diretto con la sessione precedente dedicata a Joker.

I due film condividono, sul piano tematico generale, l'attenzione verso un giovane uomo dotato di straordinarie risorse intellettuali e creative, cresciuto in un contesto di abbandono, violenza e marginalità, che fatica a fare un uso costruttivo di quelle risorse a causa del dolore irrisolto della propria storia.

È tuttavia necessario precisare, con maggiore rigore rispetto a una prima e più immediata lettura, che i due personaggi, i due contesti narrativi e i due esiti proposti dai rispettivi film non sono direttamente equivalenti, e che parlare di una «stessa ferita» condivisa dai due protagonisti costituirebbe una semplificazione scientificamente imprecisa, oltre che una lettura diagnostica dei personaggi non sostenuta né dall'uno né dall'altro film.

Appare pertanto più corretto descrivere il confronto tra le due opere come l'analisi di due differenti traiettorie narrative del trauma, del legame e della possibilità di chiedere aiuto, piuttosto che come il confronto tra due varianti di un'unica condizione clinica sottostante.

Will Hunting è un giovane di vent'anni cresciuto nei quartieri difficili di South Boston, che lavora come inserviente al Massachusetts Institute of Technology e che, nel tempo libero, risolve per gioco problemi di matematica avanzata scritti sui muri dei corridoi.

La sua storia personale, segnata da un abuso fisico grave e reiterato nella prima infanzia, si sviluppa lungo una traiettoria narrativa specifica, distinta da quella di Arthur Fleck sia per il contesto in cui si colloca sia per l'esito che il film propone³⁹².

Quando la sua intelligenza viene scoperta dal professore Gerald Lambeau, il primo istinto di Will è quello di fuggire: la relazione con un adulto che si interessa a lui attiva immediatamente le difese costruite da una vita trascorsa a proteggersi dall'abbandono e dall'umiliazione.

³⁹² Cfr., J. L. Herman, *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Magi, Roma, 2005.

La differenza rispetto alla traiettoria di Arthur non risiede, va precisato, in una presunta maggiore gravità o minore gravità della storia di abbandono subita dai due personaggi, questione sulla quale il film non offre elementi comparativi attendibili, ma nella circostanza narrativa per cui Will incontra, nel corso della vicenda, un adulto capace di costruire con lui un legame stabile.

È soltanto attraverso il lungo e paziente lavoro di Sean Maguire, lo psicologo interpretato da Robin Williams, che Will riesce progressivamente ad abbassare le proprie difese e ad accedere a una elaborazione del proprio dolore che lo libera, almeno parzialmente, dalla trappola dell'auto boicottaggio.

La scena centrale del film, in cui Sean ripete a Will «non è colpa tua», costituisce uno dei momenti pedagogicamente più significativi dell'intera opera: non perché risolva il trauma in senso clinico, cosa che il film stesso non pretende di rappresentare, ma perché mostra con chiarezza il processo attraverso cui un individuo può cominciare a separare la responsabilità delle proprie azioni presenti dalla colpa per ciò che ha subito in passato³⁹³.

Dal punto di vista della sua collocazione nel ciclo, *Good Will Hunting* assolve una duplice funzione pedagogica: da un lato, offre al gruppo una traiettoria narrativa alternativa a quella proposta da *Joker*, nella quale l'incontro con un adulto capace di offrire una relazione autentica e persistente rende possibile una forma di elaborazione del dolore e, soprattutto, la possibilità concreta di chiedere aiuto: elemento, quest'ultimo, che nella vicenda di Arthur Fleck risulta strutturalmente assente. Non si tratta, è bene ribadirlo, della rielaborazione costruttiva della medesima ferita rappresentata in *Joker*, quanto piuttosto della messa in scena di un percorso narrativo distinto, nel quale la variabile determinante è la disponibilità di un legame di aiuto riconosciuto e accettato dal protagonista.

Dall'altro lato, il film offre al gruppo l'occasione di concludere il percorso su un tema che riassume molti dei nuclei tematici affrontati nelle sessioni precedenti, quali l'identità, la fiducia, il rapporto con l'autorità e la responsabilità delle proprie scelte, integrandoli in una narrazione di crescita possibile, senza che ciò implichi la promessa di un esito garantito o generalizzabile a ogni situazione clinica³⁹⁴.

³⁹³ Cfr., D. W. Winnicott, *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1971.

³⁹⁴ Cfr., M. Lancini, *Sii te stesso a modo mio. Essere adolescenti nell'epoca della fragilità adulta*, Raffaello Cortina, Milano, 2023.

Il debriefing conclusivo può essere strutturato in modo da invitare i partecipanti a ripercorrere, attraverso la storia di Will, il cammino compiuto dal gruppo nel corso dell'intero ciclo: cosa è cambiato nel modo di parlare delle emozioni, quali temi sono stati più difficili da affrontare, cosa portano con sé alla fine del percorso.

Le domande di debriefing per questa sessione conclusiva possono includere, nella fase narrativa, una riflessione su cosa cambi in Will quando incontra Sean e su perché il cambiamento non avvenga subito, oppure su cosa faccia Sean di diverso rispetto agli altri adulti che Will ha incontrato nella sua vita.

Nella fase emotiva, il conduttore può chiedere se vi sia una scena del film in cui i partecipanti abbiano sentito qualcosa di molto forte e se riescano a darle un nome, o come si sentano alla fine del film rispetto a come si sentivano all'inizio.

Nella fase di chiusura del ciclo, che ha carattere sia retrospettivo sia prospettico, il conduttore può chiedere se vi sia qualcosa che questo percorso abbia dato loro: un modo diverso di nominare un'emozione, un modo diverso di guardare un personaggio, un modo diverso di stare nel gruppo che desiderano portare con sé.

3.7 Ulteriori proposte filmografiche per il riconoscimento e l'elaborazione condivisa di rabbia e isolamento

Per la direttrice tematica della rabbia come risposta al trauma e dell'isolamento come difesa relazionale, un contributo di valore pedagogico è offerto da Antwone Fisher (Denzel Washington, 2002), storia vera di un marinaio della marina militare statunitense che viene inviato in terapia obbligatoria a seguito di ripetuti episodi di aggressività, e che attraverso il lavoro con uno psichiatra militare riesce progressivamente a connettere la propria rabbia con la storia di abbandono e maltrattamento che ha segnato la sua infanzia e adolescenza.

Va premesso, coerentemente con il principio enunciato nel paragrafo 3.2, che il film non viene qui proposto come uno strumento capace di gestire direttamente la rabbia dei partecipanti, ma come un'opera che può favorirne il riconoscimento e la verbalizzazione all'interno del contesto protetto del debriefing.

Il film è particolarmente prezioso per il progetto educativo descritto in questo lavoro per almeno due ragioni specifiche: in primo luogo, il percorso terapeutico è rappresentato dall'interno, con una sequenza narrativa che mostra concretamente come la relazione con un professionista della salute mentale possa diventare il contesto in cui elaborare vissuti altrimenti ingestibili. Questo aspetto può contribuire a favorire, nei partecipanti, una maggiore disponibilità nei confronti del proprio percorso terapeutico, alcuni dei quali potrebbero viverlo con ambivalenza o resistenza³⁹⁵.

In secondo luogo, il tema specifico dell'acting-out aggressivo come risposta prevalente, che nel film è il punto di partenza del protagonista, è pertinente agli obiettivi educativi del progetto descritti nel capitolo 4, tra i quali figura il favorire, nei partecipanti, il riconoscimento dei propri vissuti di rabbia e la loro verbalizzazione in un contesto relazionale sicuro, distinto dalla loro effettiva riduzione clinica, esito che resta di competenza del percorso terapeutico individuale.

Fascia d'età indicata: dai quindici anni in su, in ragione della complessità del tema del maltrattamento infantile trattato dal film.

Contenuti sensibili: il film contiene riferimenti espliciti, sebbene non esplicitamente rappresentati sullo schermo, ad abuso fisico e a maltrattamento infantile, oltre a una scena di conflitto fisico tra il protagonista e alcuni commilitoni.

³⁹⁵ Cfr., A. Maggiolini, *Psicopatologia del ciclo di vita*, FrancoAngeli, Milano, 2017.

Obiettivo della sessione: favorire il riconoscimento e la verbalizzazione condivisa della rabbia come risposta al trauma, senza alcuna pretesa di produrne la regolazione diretta.

Modalità di mediazione: introduzione esplicita, da parte del conduttore, della distinzione tra riconoscimento della rabbia ed espressione agita della stessa; presenza raccomandata di un riferimento clinico durante il debriefing.

Controindicazioni: la proposta va esclusa per partecipanti con una storia recente e non ancora elaborata di maltrattamento subito, per i quali la rappresentazione, seppure indiretta, del tema può risultare fortemente attivante.

Per la direttrice tematica dell'isolamento sociale e del bisogno di connessione, una proposta alternativa o complementare a Good Will Hunting è Lars and the Real Girl (Craig Gillespie, 2007), film che racconta la storia di un giovane uomo profondamente isolato che sviluppa una relazione immaginaria con una bambola di silicone, trattandola come una persona reale.

Ciò che rende il film pedagogicamente interessante non è la singolarità della situazione, che potrebbe suscitare reazioni di perplessità o ilarità nei partecipanti, da gestire con attenzione nella fase di introduzione, ma la risposta della comunità che circonda Lars: invece di escluderlo o ridicolizzarlo, gli abitanti del piccolo paese in cui vive scelgono collettivamente di stare al gioco, di trattare la bambola come una persona reale e di offrire a Lars il tempo e lo spazio per elaborare il proprio dolore attraverso questa relazione simbolica.

Il film illustra così, in forma narrativa, un principio centrale del progetto educativo descritto in questo lavoro: la comunità, intesa come il gruppo dei pari, gli adulti di riferimento e il contesto condiviso, può svolgere una funzione di sostegno significativa quando sceglie di incontrare la fragilità di un individuo anziché escluderla; anche in questo caso, tuttavia, il film va presentato come un'occasione di riconoscimento e di riflessione condivisa sul tema dell'isolamento, non come uno strumento capace di risolverlo direttamente³⁹⁶.

Fascia d'età indicata: dai quattordici anni in su.

³⁹⁶ Cfr., A. Canevaro, *Le logiche del confine e del sentiero. Una pedagogia dell'inclusione*, Erickson, Trento, 2006.

Contenuti sensibili: il film affronta, in modo indiretto e non esplicito, temi legati all'evitamento delle relazioni intime e a una possibile componente di disagio nella sfera dell'attaccamento; non sono presenti scene di violenza.

Obiettivo della sessione: favorire il riconoscimento del bisogno di connessione e la riflessione condivisa sulla funzione protettiva della comunità.

Modalità di mediazione: gestione attenta, in apertura di sessione, delle possibili reazioni di ilarità o disagio rispetto alla situazione narrata, così da orientarle verso la riflessione anziché verso la derisione.

Controindicazioni: la proposta richiede cautela per partecipanti per i quali il tema dell'isolamento relazionale risulti, al momento della sessione, particolarmente attuale e non ancora affrontato in sede individuale.

Per la direttrice tematica del conflitto familiare e della riconciliazione intergenerazionale, l'opera animata *Coco* (Lee Unkrich e Adrian Molina, 2017) offre un contributo narrativo di grande potenza emotiva, nonostante il formato che potrebbe inizialmente indurre i partecipanti a percepirlo come inadeguato alla propria età.

È fondamentale, in questo caso, che il conduttore introduca esplicitamente il film come strumento educativo, sottolineando nella fase di warm-up che i film animati vengono utilizzati in molti contesti formativi e psicoterapeutici con adulti proprio per la loro capacità di favorire l'accesso a emozioni profonde attraverso la mediazione simbolica e la distanza del racconto fantastico.

Il film racconta la storia di Miguel, un ragazzo messicano che sogna di diventare musicista in una famiglia che ha bandito la musica per generazioni a causa di un abbandono paterno vissuto come tradimento.

Attraverso un viaggio nel mondo dei morti, Miguel scopre una storia familiare molto più complessa di come era stata raccontata, e giunge a una riconciliazione con le radici della propria famiglia che non cancella il dolore del passato ma lo reintegra in una narrazione più ampia e più comprensiva.

Il tema della narrativa familiare tramandata, di come le storie che le famiglie si raccontano su sé stesse possano includere o escludere, proteggere o ferire, è di grande rilevanza per

adolescenti che spesso portano con sé storie familiari frammentate o distorte, e il debriefing può essere strutturato per favorire il riconoscimento e la verbalizzazione condivisa di quali storie sulla propria famiglia i partecipanti portino con sé, senza che ciò implichi alcuna pretesa di risoluzione del conflitto familiare nel breve arco di una sessione³⁹⁷.

Fascia d'età indicata: dai tredici anni in su, in ragione dell'accessibilità del formato animato, pur richiedendo una mediazione attenta per via della complessità tematica.

Contenuti sensibili: il film tratta il tema della morte, del lutto e dell'abbandono paterno; sono presenti sequenze ambientate nel mondo dei morti che, seppure non esplicitamente inquietanti, possono attivare vissuti di perdita non elaborati.

Obiettivo della sessione: favorire il riconoscimento e la verbalizzazione condivisa dei vissuti legati alla narrativa familiare e alle esperienze di abbandono o di lutto.

Modalità di mediazione: introduzione esplicita del film come strumento educativo, per prevenire un'eventuale svalutazione della proposta legata al formato animato; attenzione particolare nella conduzione del debriefing per i partecipanti con lutti recenti.

Controindicazioni: la proposta va rinviata per partecipanti che abbiano vissuto un lutto recente e non ancora elaborato, per i quali le sequenze ambientate nel mondo dei morti possono risultare fortemente attivanti.

³⁹⁷ Cfr., D. Demetrio, *L'educazione non è finita. Idee per difenderla*, Raffaello Cortina, Milano, 2009.

3.8 Sintesi critica: dall'analisi dei casi di studio alla progettazione del percorso

I casi di studio presentati nei paragrafi precedenti, letti alla luce del protocollo di selezione e conduzione enunciato nel paragrafo 3.2, consentono di trarre alcune considerazioni conclusive che collegano l'analisi cinematografica sin qui condotta alla progettazione del percorso educativo descritto nel capitolo 4, e che ne dichiarano, al tempo stesso, i limiti e le condizioni di trasferibilità.

Sul piano della progettazione, l'analisi condotta mostra come la selezione delle opere cinematografiche non possa essere considerata una fase accessoria rispetto alla costruzione del percorso, ma ne costituisca una componente strutturale, direttamente correlata agli obiettivi generali del progetto formativo illustrati nel capitolo 4: favorire il riconoscimento delle proprie emozioni, la loro verbalizzazione in un contesto relazionale sicuro e la riflessione condivisa all'interno del gruppo.

Ciascuno dei casi di studio analizzati è stato scelto e collocato nel percorso non in funzione di un ipotetico effetto risolutivo diretto, ma in funzione della sua capacità di attivare, con un grado di intensità progressivamente crescente, questi tre processi.

Un primo limite, già emerso nel corso dell'analisi, riguarda la natura non lineare della relazione tra visione cinematografica ed esito educativo: nessuno dei film qui presentati può garantire, di per sé, l'attivazione dei processi di riconoscimento, verbalizzazione e riflessione condivisa che ne motivano la proposta³⁹⁸.

Tale esito dipende in misura determinante dalla qualità della mediazione educativa, dalle condizioni cliniche individuali dei partecipanti nel momento specifico della sessione e dal clima relazionale costruito all'interno del gruppo nel corso dell'intero percorso: il cineforum descritto in questo capitolo non può pertanto essere considerato uno strumento autosufficiente, ma va inteso come una componente integrata all'interno di un più ampio progetto educativo e clinico, del quale il capitolo 4 illustra le altre fasi costitutive.

Un secondo limite riguarda la trasferibilità della filmografia proposta ad altri contesti: le opere qui analizzate sono state selezionate in relazione a un target specifico, costituito da

³⁹⁸ Cfr., P. C. Rivoltella, *Media education. Idea, metodo, ricerca*, La Scuola, Brescia, 2017.

adolescenti ospiti di una comunità terapeutica psichiatrica, e alla luce delle caratteristiche cliniche e relazionali che tale contesto tipicamente presenta.

L'eventuale trasferimento del percorso, o di singole proposte in esso contenute, a contesti educativi diversi, quali la scuola secondaria o i servizi di aggregazione giovanile non clinici, richiede una nuova applicazione del protocollo enunciato nel paragrafo 3.2, e non una semplice replicazione della sequenza qui proposta: in particolare, le cautele cliniche descritte per Joker risultano scarsamente trasferibili a contesti privi di supervisione psichiatrica strutturata, e la loro applicazione al di fuori di un setting clinico richiederebbe un adattamento sostanziale, se non l'esclusione della proposta stessa.

Un terzo limite riguarda la natura intrinsecamente parziale della filmografia qui proposta, già segnalata nel paragrafo 3.1: le opere selezionate non esauriscono le direttrici tematiche potenzialmente rilevanti per un percorso di questo tipo, e la responsabilità ultima della selezione, della sequenziazione e dell'eventuale sostituzione delle opere rimane in capo all'équipe multidisciplinare, che è tenuta a rivalutare costantemente l'adeguatezza delle proposte alla luce della composizione specifica del gruppo e dell'evoluzione del percorso.

Un quarto limite, infine, riguarda la verificabilità empirica degli esiti qui ipotizzati: le analisi condotte nel presente capitolo hanno carattere prevalentemente teorico e progettuale, e non sostituiscono una valutazione sistematica degli esiti effettivamente prodotti dalle singole sessioni nel corso delle edizioni del progetto³⁹⁹.

È a tale scopo che il capitolo 4 prevede, tra le dieci fasi del percorso educativo, una fase dedicata al monitoraggio continuo e una fase dedicata alla revisione e all'adattamento del progetto, le quali costituiscono lo strumento attraverso cui le indicazioni teoriche qui formulate potranno essere progressivamente verificate, corrette e, ove necessario, ridefinite sulla base dell'esperienza concreta di conduzione.

In sintesi, il presente capitolo si è proposto di fornire non un catalogo prescrittivo di opere cinematografiche, ma un protocollo metodologico e un insieme di casi di studio ragionati, la cui funzione è quella di orientare l'équipe educativa nella costruzione di un percorso di cineforum clinicamente fondato, pedagogicamente motivato e criticamente consapevole dei propri limiti⁴⁰⁰.

³⁹⁹ Cfr., M. Castoldi, *Valutare le competenze. Percorsi e strumenti*, Carocci, Roma, 2009.

⁴⁰⁰ Cfr., L. Mortari, *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Carocci, Roma, 2007.

È su queste basi che il capitolo 4 procede alla descrizione dettagliata del progetto formativo «Vedersi allo specchio».

CAPITOLO 4

PROGETTO FORMATIVO: VEDERSI ALLO SPECCHIO – CINEFORUM EMOTIVO PER ADOLESCENTI IN COMUNITÀ PSICHIATRICA:

4.1 Premessa e cornice teorica:

Il progetto trova la propria giustificazione teorica nell'incontro fra tre ambiti disciplinari distinti mediante i quali è possibile leggere criticamente la proposta: la pedagogia della mediazione simbolica, la psicologia del cinema e la letteratura clinica sull'alfabetizzazione emotiva in adolescenza.

Prima di illustrare l'impianto metodologico dell'intervento, appare necessario definire con rigore tre nozioni che nel presente lavoro vengono impiegate in modo non intercambiabile, poiché la loro sovrapposizione acritica costituisce uno degli equivoci più ricorrenti nella progettazione di attività espressive rivolte a minori in comunità terapeutica: il dispositivo educativo, l'intervento psicoeducativo e l'intervento clinico.

Per dispositivo educativo si intende, in questa sede, l'insieme organizzato di pratiche, materiali e regole comunicative (in questo caso il ciclo di proiezioni cinematografiche e il debriefing che lo accompagna) che l'educatore predispone per favorire, all'interno di un gruppo di destinatari non clinicamente instabili, processi di riflessione, di riconoscimento di sé e di sviluppo di competenze relazionali⁴⁰¹.

L'intervento psicoeducativo, categoria entro cui il presente progetto si colloca integralmente, si distingue dal semplice dispositivo educativo poiché è costruito su obiettivi definiti in accordo con l'équipe multidisciplinare, prevede la supervisione continuativa di un professionista sanitario (psicologo o psicoterapeuta) e si inserisce formalmente nel Progetto Terapeutico Individuale di ciascun destinatario, condividendone vincoli, tempi e criteri di verifica⁴⁰².

L'intervento clinico, infine, comprende le prestazioni la cui titolarità, conduzione e responsabilità diagnostica competono in via esclusiva a professionisti sanitari abilitati (psichiatra, psicologo, psicoterapeuta). Il cineforum qui descritto non rientra in tale categoria: esso non

⁴⁰¹ Cfr., R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Unicopli, Milano, 1986.

⁴⁰² Cfr., M.A. Galanti, *Sofferenza psichica e pedagogia. Educare all'ansia, alla fragilità e alla solitudine*, Carocci, Roma, 2007, in particolare sul rapporto fra prevenzione pedagogica e presa in carico della sofferenza psichica.

formula diagnosi, non sostituisce la psicoterapia individuale, né alcun altro trattamento sanitario previsto dal percorso di cura, ma si affianca a tali interventi in qualità di esperienza di gruppo a mediazione simbolica, sotto la costante supervisione clinica descritta ai paragrafi successivi.

Sul piano teorico, il ricorso al linguaggio cinematografico come strumento educativo trova fondamento nei meccanismi di identificazione e di proiezione descritti dalla psicologia del cinema: lo spettatore, trovandosi di fronte a personaggi ed eventi rappresentati sullo schermo, tende a riconoscere in essi propri vissuti, senza tuttavia perdere la consapevolezza della propria posizione di osservatore esterno alla vicenda narrata⁴⁰³

Tale duplice condizione, insieme di coinvolgimento emotivo e di distacco percettivo, è stata definita in letteratura come distanza estetica: essa consente di avvicinarsi a contenuti emotivamente significativi riducendo l'attivazione dei meccanismi difensivi tipicamente sollecitati da un confronto diretto e immediato con la propria storia personale⁴⁰⁴

La possibilità di osservare le scelte, i comportamenti e le emozioni dei protagonisti, mantenendo un margine di sicurezza rispetto alla propria esperienza diretta, permette dunque di attivare processi di autoriflessione senza esporre immediatamente il singolo adolescente al giudizio del gruppo. In questo senso il film assume la funzione di dispositivo educativo capace di favorire la costruzione di nuove rappresentazioni di sé e delle proprie esperienze.

Il secondo pilastro teorico del progetto è costituito dal costrutto dell'alfabetizzazione emotiva, definito come il processo attraverso cui un soggetto apprende a riconoscere, nominare e regolare le proprie emozioni, ampliando progressivamente il proprio vocabolario affettivo e la propria capacità di attribuire significato ai vissuti interiori⁴⁰⁵

Numerosi contributi clinici segnalano come gli adolescenti che presentano fragilità psicologiche manifestino con maggiore frequenza difficoltà nella discriminazione fra emozioni affini (ad esempio fra rabbia e frustrazione, o fra vergogna e senso di colpa), difficoltà che il

⁴⁰³ Cfr., A. Angelini, *Psicologia del cinema*, Liguori, Napoli, 1992.

⁴⁰⁴ Cfr., M. Sommantico, *Immagini sullo schermo. Introduzione alla psicologia del cinema*, Liguori, Napoli, 2008, sul funzionamento della mediazione filmica nei processi di elaborazione psichica dello spettatore.

⁴⁰⁵ Cfr., D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos'è, perché può renderci felici*, trad. it. di I. Blum e B. Lotti, Rizzoli, Milano, 1996, in particolare sulla definizione dei programmi scolastici ed extrascolastici di alfabetizzazione emotiva rivolti a preadolescenti e adolescenti.

presente progetto intende affrontare per il tramite della mediazione narrativa, secondo modalità che verranno esplicitate in sede di definizione degli obiettivi al paragrafo 4.3.

Il terzo riferimento teorico riguarda il lavoro di gruppo con adolescenti vulnerabili: la letteratura psicosociale sull'adolescenza sottolinea come, in questa fase evolutiva, l'appartenenza a un gruppo di pari costituisca un fattore di protezione particolarmente rilevante, soprattutto per ragazzi che abbiano sperimentato rotture nei legami affettivi primari o condizioni di instabilità relazionale⁴⁰⁶

Analoghe considerazioni emergono dalla letteratura clinica più recente sulla condizione adolescenziale contemporanea, che evidenzia come la fragilità del contesto adulto di riferimento renda ancora più necessaria la costruzione di spazi relazionali stabili, prevedibili e condotti da adulti capaci di sostenere, senza sostituirsi ad essa, la soggettività in formazione del ragazzo⁴⁰⁷

Alla luce di quanto esposto, il progetto non si configura come un semplice cineforum ricreativo, bensì come un intervento psicoeducativo intenzionalmente progettato, la cui delicatezza impone l'adozione di criteri metodologici rigorosi.

Dal punto di vista organizzativo, il percorso è stato costruito secondo una struttura articolata in dieci fasi operative, illustrata nel dettaglio al paragrafo 4.4, concepite come una sequenza logica e progressiva capace di garantire coerenza fra la fase di ideazione, l'attuazione dell'intervento e la successiva valutazione dei risultati.

Elemento imprescindibile dell'intero progetto è la costante integrazione fra dimensione educativa e dimensione clinica: per tale motivo ogni fase dell'intervento, dalla selezione delle opere cinematografiche fino alla conduzione degli incontri e alla valutazione finale, richiede la supervisione continuativa di uno psicologo o psicoterapeuta e la preventiva validazione da parte dell'équipe multidisciplinare della comunità terapeutica, secondo le responsabilità puntualmente descritte ai paragrafi successivi⁴⁰⁸.

⁴⁰⁶ Cfr., A. Palmonari, *Gli adolescenti*, il Mulino, Bologna, 2001, sulle funzioni evolutive del gruppo dei pari nella costruzione dell'identità adolescenziale.

⁴⁰⁷ Cfr., M. Lancini, *Sii te stesso a modo mio. Essere adolescenti nell'epoca della fragilità adulta*, Raffaello Cortina, Milano, 2023.

⁴⁰⁸ Cfr., E. Ghedin, *Benessere, disabilità, partecipazione. Prospettive pedagogiche per la qualità della vita*, Pensa Multimedia, Lecce, 2009.

4.2 Destinatari del progetto educativo:

Il progetto è rivolto agli adolescenti, di età indicativamente compresa fra i tredici e i diciassette anni, accolti in una comunità terapeutica per minori con caratteristiche psichiatriche, ossia una struttura residenziale accreditata che accoglie minori inviati dai servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza o su disposizione dell'autorità giudiziaria minorile, e che affianca alla funzione abitativa e relazionale un progetto terapeutico-riabilitativo individuale per ciascun ospite, coordinato da un'équipe multidisciplinare stabile (psichiatra, psicologo, educatori professionali).

L'accesso alla comunità e, conseguentemente, la possibilità di essere inseriti fra i potenziali destinatari del cineforum, è subordinato ai criteri di ammissione propri della struttura di riferimento (invio da parte dei servizi competenti, valutazione multidisciplinare preliminare, sottoscrizione del Progetto Terapeutico Individuale) e non viene qui riproposto in dettaglio, trattandosi di una procedura che precede ed è indipendente dal presente progetto.

La durata media di permanenza in comunità, coerentemente con la natura terapeutico-riabilitativa della struttura, si estende su un arco temporale di alcuni mesi fino a un paio d'anni, con verifiche periodiche dell'équipe; il cineforum, della durata indicativa di otto-dieci incontri settimanali, si inserisce pertanto come una delle attività che accompagnano una parte, e non l'intero, del percorso comunitario del singolo adolescente.

L'attività è rivolta a gruppi composti da un numero limitato di partecipanti, generalmente compreso fra cinque e otto adolescenti, secondo una composizione di gruppo chiuso (la medesima composizione viene mantenuta per l'intero ciclo di incontri, salvo i casi di ritiro descritti più oltre) individuata al termine della fase di analisi di cui al paragrafo 4.4.1.

Tale scelta metodologica non risponde esclusivamente a esigenze organizzative, ma rappresenta una precisa opzione pedagogica e clinica, poiché un gruppo di dimensioni contenute consente di creare un clima relazionale maggiormente contenitivo e favorisce un'osservazione più attenta delle dinamiche individuali e di gruppo da parte dei conduttori⁴⁰⁹.

Criteri di inclusione

⁴⁰⁹ Cfr., F. Di Maria, G. Lo Verso (a cura di), *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.

- appartenenza alla fascia di età 13-17 anni e inserimento già avvenuto nella comunità terapeutica;
- parere favorevole dell'équipe multidisciplinare, espresso in sede di riunione dedicata, sulla base degli indicatori descritti nel paragrafo seguente;
- adesione libera e volontaria da parte dell'adolescente, raccolta e rinnovabile a ogni sessione: la partecipazione non è mai imposta né utilizzata come condizione per l'accesso ad altri benefici o attività della comunità;
- sottoscrizione del consenso informato scritto da parte di chi esercita la responsabilità genitoriale o tutoria, secondo il modulo descritto più oltre.

Criteri di esclusione e di sospensione temporanea

- presenza di una riacutizzazione in atto del quadro psicopatologico, valutata dallo psichiatra referente;
- ideazione suicidaria o autolesiva attiva, non ancora stabilizzata secondo la valutazione clinica dell'équipe;
- esposizione recente (di norma nelle quattro settimane precedenti) a un evento traumatico strettamente riconducibile ai contenuti proposti dal film selezionato;
- controindicazione clinica specifica, motivata per iscritto dal professionista curante nella cartella dell'adolescente.

L'esclusione o la sospensione da una singola sessione non costituisce mai una sanzione disciplinare, ma una scelta clinica ed educativa orientata alla tutela del benessere psicologico del ragazzo e della sicurezza del gruppo; la decisione viene assunta collegialmente dall'équipe, comunicata all'adolescente con modalità rispettose e accompagnata dalla proposta di un'attività individuale alternativa, quale un colloquio con lo psicologo o con l'educatore di riferimento.

Volontarietà, consenso informato e riservatezza

La partecipazione al progetto è sempre volontaria e revocabile: l'adolescente può interrompere la propria partecipazione in qualsiasi momento, anche nel corso di una singola

sessione, senza dover fornire alcuna giustificazione e senza che ciò comporti conseguenze sul proprio percorso comunitario.

Prima dell'avvio del percorso viene richiesto il consenso informato scritto di chi esercita la responsabilità genitoriale o tutoria; il modulo illustra la natura psicoeducativa (non clinica) dell'attività, la durata indicativa del percorso, la tipologia generale dei temi che potranno essere affrontati, le figure professionali coinvolte, le modalità di trattamento dei dati e delle informazioni emerse durante le sessioni, e la possibilità, sempre garantita, di revocare il consenso in qualunque momento⁴¹⁰.

Sul piano della riservatezza, i contenuti personali emersi durante il debriefing non vengono condivisi con soggetti esterni all'équipe curante, né con gli altri partecipanti al di fuori del contesto protetto della sessione; le sole informazioni che confluiscono nella documentazione clinica dell'adolescente sono quelle rilevanti ai fini della continuità del suo percorso terapeutico, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e di dati relativi alla salute.

Qualora un adolescente decida di ritirarsi definitivamente dal percorso, tale decisione viene raccolta dal conduttore o dall'educatore di riferimento, comunicata all'équipe nella prima riunione utile e documentata nel Progetto Terapeutico Individuale; al ragazzo viene in ogni caso garantita la possibilità di rientrare nel gruppo in un momento successivo, previa nuova valutazione da parte dell'équipe, così come viene proposta, anche in questo caso, un'attività individuale sostitutiva.

Dalla “stabilità psicopatologica” agli indicatori osservabili

Il requisito di una condizione di sufficiente equilibrio psicologico, necessario perché l'adolescente possa confrontarsi con stimoli emotivamente significativi in un contesto di gruppo, viene qui tradotto in indicatori osservabili e verificabili dall'équipe, anziché restare affidato a una formula generica⁴¹¹.

⁴¹⁰ Cfr., P. Cendon (a cura di), *Il diritto alla salute mentale*, Cedam, Padova, 1987.

⁴¹¹ Cfr., M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.

L'inserimento nel gruppo presuppone, in particolare, la compresenza dei seguenti elementi, ciascuno documentato nella cartella clinica e verificato dallo psichiatra o dallo psicologo referente:

- assenza di ideazione suicidaria o autolesiva attiva nelle quattro settimane precedenti l'avvio del percorso;
- assenza di sintomatologia psicotica florida non compensata dal trattamento in atto;
- assenza di episodi di etero-aggressività significativa nei quindici giorni precedenti;
- capacità documentata di tollerare la permanenza in un gruppo strutturato per la durata di almeno una sessione analoga (ad esempio un laboratorio o un'attività di gruppo già in corso in comunità), rilevata tramite almeno due osservazioni educative indipendenti;
- adesione al piano terapeutico e farmacologico eventualmente prescritto, valutata dal medico curante.

La valutazione di tali indicatori compete esclusivamente ai professionisti sanitari dell'équipe; all'educatore, come si specificherà meglio nel paragrafo 4.4.1, compete la raccolta di osservazioni descrittive sul comportamento quotidiano dell'adolescente, che costituiscono materiale utile alla valutazione clinica ma non ne sostituiscono in alcun modo l'esito.

4.3 Obiettivi generali e specifici del progetto educativo:

L'obiettivo generale del progetto consiste nel promuovere, attraverso la mediazione del linguaggio cinematografico, lo sviluppo delle competenze emotive degli adolescenti ospiti della comunità terapeutica, favorendo il riconoscimento, la denominazione e la progressiva regolazione delle proprie emozioni⁴¹².

Coerentemente con quanto indicato al paragrafo 4.1, tale finalità generale viene qui declinata in obiettivi specifici, ciascuno dei quali è formulato in termini operativi e associato ad almeno un indicatore osservabile, a uno strumento di rilevazione e a un tempo di verifica, così da poter essere effettivamente valutato al termine del percorso.

Obiettivo specifico 1 – Ampliamento del vocabolario emotivo

L'obiettivo consiste nell'incrementare la capacità dei partecipanti di identificare e denominare un numero maggiore di stati emotivi rispetto alla condizione di partenza.

- Indicatore: numero di emozioni discrete correttamente riconosciute e nominate dal singolo partecipante.
- Strumento di rilevazione: scheda individuale con supporto visivo (espressioni facciali e parole chiave), somministrata in colloquio individuale breve dall'educatore o dallo psicologo.
- Tempo di verifica: rilevazione pre-intervento alla prima sessione e rilevazione post-intervento all'ultima sessione, con confronto dei punteggi.

Obiettivo specifico 2 – Riconoscimento delle emozioni “scomode”

L'obiettivo consiste nel favorire, attraverso la mediazione narrativa, il progressivo riconoscimento di emozioni quali rabbia, vergogna, senso di colpa o esclusione, che gli adolescenti tendono frequentemente a negare o minimizzare.

- Indicatore: numero di riferimenti spontanei a tali emozioni formulati dal partecipante nel corso del debriefing.

⁴¹² Cfr., D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos'è, perché può renderci felici*, Rizzoli, Milano, 1996.

- Strumento di rilevazione: griglia di osservazione strutturata, compilata dal conduttore al termine di ogni sessione.
- Tempo di verifica: rilevazione continua nel corso del percorso, con sintesi intermedia alla quarta sessione e sintesi finale all'ultima sessione.

Obiettivo specifico 3 – Distinzione fra comprensione e approvazione morale del comportamento

L'obiettivo consiste nello sviluppare la capacità di distinguere la comprensione delle motivazioni di un comportamento dalla sua approvazione, contrastando il rischio che l'analisi di personaggi devianti venga interpretata come normalizzazione dei loro comportamenti.

- Indicatore: capacità di formulare, nel corso del debriefing, almeno un'argomentazione che distingua esplicitamente comprensione delle motivazioni e giudizio etico sul comportamento osservato.
- Strumento di rilevazione: griglia di osservazione del debriefing, con trascrizione sintetica a cura del co-conduttore.
- Tempo di verifica: a partire dalla terza sessione, con verifica finale nell'ultimo incontro dedicato alla sintesi del percorso.

Obiettivo specifico 4 – Riduzione delle modalità di acting-out non mediate dalla riflessione

L'obiettivo, da intendersi come tendenza di medio periodo e non come esito attribuibile esclusivamente al presente intervento, consiste nel favorire una graduale sostituzione dell'agito impulsivo con modalità comunicative più riflessive, tradotto in comportamenti osservabili anziché in una generica “crescita personale”.

- Indicatore: frequenza settimanale di episodi di acting-out (verbale o comportamentale) riportati dagli educatori di riferimento nel diario educativo già in uso nella comunità.
- Strumento di rilevazione: diario educativo comunitario, incrociato con le osservazioni raccolte durante le sessioni di cineforum e di debriefing.
- Tempo di verifica: confronto fra la frequenza registrata nelle quattro settimane precedenti l'avvio del percorso e quella registrata nelle quattro settimane successive alla sua conclusione.

Obiettivo specifico 5 – Rafforzamento del senso di appartenenza al gruppo

L'obiettivo consiste nel favorire, attraverso la stabilità del setting e la continuità dei conduttori, la costruzione di un'esperienza di appartenenza e di fiducia reciproca all'interno del gruppo.

- Indicatore: percentuale di presenze sul totale degli incontri e livello di coesione percepita dai partecipanti.
- Strumento di rilevazione: registro delle presenze e breve questionario di gradimento e di percezione del clima di gruppo, somministrato in forma anonima.
- Tempo di verifica: rilevazione continua delle presenze; somministrazione del questionario nell'ultima sessione del percorso.

I risultati attesi, complessivamente, non si esauriscono nell'acquisizione delle singole competenze sopra descritte, ma comprendono anche la qualità dei processi riflessivi attivati e la partecipazione dei ragazzi alla vita del gruppo; per tale ragione l'esito di ciascun obiettivo specifico viene letto dall'équipe in modo integrato, nell'ambito delle procedure di monitoraggio e restituzione descritte ai paragrafi 4.4.7 e 4.4.8⁴¹³.

⁴¹³ Cfr., M. Castoldi, *Valutare le competenze. Percorsi e strumenti*, Carocci, Roma, 2009.

4.4 Le fasi del progetto educativo: quadro sinottico e criteri di accorpamento:

Le fasi operative illustrate nei paragrafi seguenti costituiscono l'ossatura metodologica dell'intero progetto psicoeducativo. In fase di revisione è stato verificato se la scansione originaria in dieci fasi risultasse in parte sovradimensionata e ripetitiva: l'analisi ha confermato che tre coppie di fasi presentano una forte continuità operativa, poiché condividono responsabili, tempi e prodotti attesi.

In particolare, la fase di coinvolgimento dell'équipe (4.4.2) e quella di definizione condivisa degli obiettivi (4.4.3) si svolgono nella medesima riunione di presentazione del progetto; la progettazione del ciclo di proiezioni (4.4.4) e la sua formalizzazione (4.4.5) costituiscono due momenti dello stesso processo di messa a punto del programma; la restituzione interna (4.4.8) e la revisione del percorso (4.4.9) si basano sui medesimi dati di monitoraggio e vengono discusse nella stessa sede collegiale.

Per tali fasi, la tabella sinottica che segue le presenta come macro-fasi unitarie, evidenziandone la continuità operativa; la trattazione analitica dei paragrafi successivi mantiene tuttavia la scansione decimale originaria (4.4.1-4.4.10), per non introdurre disallineamenti rispetto ai rimandi interni già presenti nell'elaborato e per consentire, ove necessario, una lettura separata di ciascun momento procedurale.

Fase	Azioni principali	Responsabili	Tempi indicativi	Strumenti	Prodotti attesi	Criteri di valutazione
4.4.1 Analisi del contesto e dei bisogni	Osservazione del gruppo e dei singoli; rilevazione delle risorse logistiche	Psicologo referente; educatori (raccolta dati, non diagnosi)	2-3 settimane prima dell'avvio	Griglia di osservazione strutturata; colloquio clinico; schede d'équipe	Documento operativo interno	Completezza delle tre aree di analisi (gruppo, individuale, risorse)
4.4.2-4.4.3 Coinvolgimento dell'équipe e definizione	Riunione di presentazione; confronto interdisciplinare; costituzione del gruppo di lavoro	Referente di progetto; intera équipe multidisciplinare	1 incontro di circa 90 minuti, entro 1 settimana	Matrice delle responsabilità; modulo di consenso informato	Verbale di riunione; obiettivi condivisi formalizzati	Presenza di tutte le figure professionali coinvolte; obiettivi tradotti in indicatori

Fase	Azioni principali	Responsabili	Tempi indicativi	Strumenti	Prodotti attesi	Criteri di valutazione
e condivisa degli obiettivi			dall'analisi			
4.4.4-4.4.5 Progettazione e formalizzazione del percorso	Selezione dei film; costruzione del calendario; stesura del documento di progetto	Gruppo di lavoro ristretto, con validazione dell'équipe	1-2 settimane	Scheda di selezione dei film; calendario delle sessioni	Documento di progetto formalizzato	Coerenza fra film selezionati e obiettivi specifici del paragrafo 4.3
4.4.6 Implementazione delle sessioni	Conduzione delle proiezioni e dei debriefing	Conduttore principale e co-conduttore	8-10 incontri settimanali	Griglia di osservazione del debriefing	Verbalizzati di sessione	Regolarità delle presenze; qualità della partecipazione al debriefing
4.4.7 Monitoraggio continuo	Raccolta e incrocio dei dati osservativi	Equipe multidisciplinare	In itinere, con sintesi ogni 4 settimane	Diario educativo; griglie di osservazione	Report di monitoraggio intermedio	Andamento degli indicatori definiti al paragrafo 4.3
4.4.8-4.4.9 Restituzione, condivisioni e revisione	Discussione collegiale degli esiti; eventuale adattamento del percorso	Equipe multidisciplinare	1 riunione a metà percorso e 1 a conclusione	Report di monitoraggio; verbali di sessione	Verbale di revisione; eventuali modifiche al programma	Congruità fra criticità rilevate e modifiche adottate
4.4.10 Sostenibilità e continuità	Valutazione finale; ipotesi di prosecuzione o replicabilità	Referente di progetto; direzione della comunità	Entro 1 mese dalla conclusione	Report finale; questionario di gradimento	Relazione conclusiva	Raggiungimento degli obiettivi specifici; fattibilità di

Fase	Azioni principali	Responsabili	Tempi indicativi	Strumenti	Prodotti attesi	Criteri di valutazione
						una nuova edizione

Le dieci fasi che seguono rappresentano, quindi, un percorso integrato che accompagna l'intervento dalla sua ideazione fino alla sua stabilizzazione nel tempo, ponendo particolare attenzione alla qualità del processo formativo, alla valutazione continua delle pratiche educative e alla sostenibilità del progetto.

4.4.1 Analisi del contesto e dei bisogni emotivi del gruppo:

L'analisi del contesto e dei bisogni emotivi del gruppo rappresenta la fase preliminare e fondativa dell'intero percorso psicoeducativo, poiché costituisce il presupposto indispensabile per garantire un intervento efficace, coerente e, soprattutto, sicuro sotto il profilo emotivo e relazionale.

La qualità di questa prima fase incide direttamente sullo sviluppo delle attività successive: una conoscenza approfondita delle caratteristiche del gruppo e dei singoli partecipanti consente infatti di predisporre un percorso calibrato sui bisogni reali degli adolescenti, prevenendo situazioni di disagio e favorendo la costruzione di un clima di fiducia e di partecipazione⁴¹⁴.

Per tale ragione, questa fase richiede tempi adeguati di osservazione, confronto e riflessione, evitando valutazioni affrettate e privilegiando una lettura multidimensionale del contesto educativo.

L'analisi si sviluppa attraverso tre livelli strettamente interconnessi tra loro: quello gruppal, quello individuale e quello relativo alle risorse organizzative e strutturali della comunità.

Il primo livello riguarda l'osservazione del gruppo nella sua dimensione relazionale ed emotiva. In questa fase lo psicologo, in stretta collaborazione con gli educatori che condividono quotidianamente la vita comunitaria con gli adolescenti, raccoglie informazioni utili a delineare il funzionamento emotivo prevalente del gruppo nel momento in cui il progetto prende avvio.

L'attenzione non si concentra esclusivamente sulle difficoltà manifestate dai singoli, ma considera il gruppo come un sistema dinamico nel quale emozioni, comportamenti e modalità relazionali si influenzano reciprocamente⁴¹⁵.

Vengono quindi osservati gli stili comunicativi predominanti, le modalità attraverso cui i ragazzi gestiscono le emozioni, la presenza di eventuali difficoltà nella regolazione dell'impulsività, di atteggiamenti di chiusura, ritiro o evitamento, nonché la qualità delle relazioni tra pari.

⁴¹⁴ Cfr., L. Leone, M. Prezza, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1999.

⁴¹⁵ Cfr., F. Di Maria, G. Lo Verso (a cura di), *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.

Particolare rilevanza assume inoltre l'analisi delle dinamiche interne al gruppo: l'eventuale presenza di figure percepite come leader, di sottogruppi consolidati, di situazioni di esclusione o marginalizzazione e di possibili conflitti già esistenti rappresenta un elemento fondamentale nella successiva organizzazione delle attività, poiché permette di costruire sottogruppi equilibrati e di prevenire il rischio che tali dinamiche vengano inconsapevolmente rafforzate durante il percorso.

Parallelamente viene condotta un'analisi individuale dei potenziali partecipanti, finalizzata a conoscere più approfonditamente la storia personale e il funzionamento emotivo di ciascun adolescente.

Tale rilettura della documentazione clinica non assume una funzione selettiva né mira a individuare criteri di esclusione, ma rappresenta uno strumento di lavoro volto a promuovere una maggiore personalizzazione dell'intervento educativo.

L'obiettivo consiste nell'identificare, con la necessaria sensibilità e nel rispetto della storia di ciascun ragazzo, quei temi che potrebbero risultare particolarmente delicati o riattivare vissuti emotivi significativi durante la visione dei film.

Questa conoscenza preventiva non implica l'eliminazione sistematica di contenuti potenzialmente sensibili: al contrario, consente all'équipe di affrontarli con maggiore consapevolezza, predisponendo strategie di accompagnamento adeguate e garantendo un sostegno tempestivo qualora emergano reazioni emotive intense⁴¹⁶.

In questo modo il materiale cinematografico può trasformarsi in una preziosa occasione di elaborazione personale, all'interno di un contesto sufficientemente protetto e contenitivo.

Accanto all'analisi del gruppo e dei singoli partecipanti, risulta indispensabile una valutazione delle risorse concretamente disponibili all'interno della comunità educativa, poiché l'efficacia del progetto dipende anche dalla possibilità di realizzarlo in un contesto organizzativo adeguato.

⁴¹⁶ Cfr., G. Liotti, B. Farina, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.

Vengono pertanto verificati gli spazi fisici destinati alle attività, valutando la disponibilità di un ambiente che consenta una corretta proiezione del materiale audiovisivo attraverso un adeguato oscuramento della sala e un livello sufficiente di tranquillità e raccoglimento.

Si accerta inoltre la presenza delle attrezzature necessarie, quali un videoproiettore o un televisore di dimensioni adeguate, verificandone il corretto funzionamento.

Ugualmente importante è l'individuazione di uno spazio separato, riservato e silenzioso nel quale poter svolgere immediatamente dopo la proiezione il momento di debriefing e di elaborazione condivisa delle emozioni emerse: questo ambiente rappresenta infatti una componente essenziale del percorso, poiché permette ai partecipanti di dare significato all'esperienza vissuta e di confrontarsi all'interno di una cornice relazionale sicura.

Infine, vengono considerate anche le risorse organizzative della struttura, individuando una fascia oraria stabile e realisticamente compatibile con le altre attività della comunità, evitando sovrapposizioni con interventi terapeutici individuali, impegni scolastici o altre attività educative che potrebbero compromettere la continuità della partecipazione.

Al termine di questa fase viene predisposto un documento operativo interno, destinato esclusivamente all'équipe multidisciplinare e non condiviso con gli adolescenti, nel quale confluiscono le principali informazioni emerse durante il processo di analisi: una descrizione sintetica del funzionamento del gruppo, l'individuazione delle principali aree di attenzione relative ai singoli partecipanti, i temi che richiederanno una particolare sensibilità nella conduzione degli incontri e una ricognizione delle risorse logistiche e organizzative disponibili.

Tale documento costituisce una guida di riferimento per la progettazione delle fasi successive dell'intervento, favorendo una conduzione maggiormente consapevole, condivisa e coerente con i bisogni educativi ed emotivi del gruppo⁴¹⁷.

A titolo esemplificativo, l'osservazione del gruppo nella fase preliminare può tradursi nella compilazione di una griglia strutturata su tre macro-aree.

Nell'area della comunicazione vengono annotati, ad esempio, lo stile comunicativo prevalente di ciascun ragazzo (diretto, evitante, provocatorio), la frequenza degli interventi

⁴¹⁷ Cfr., L. Leone, M. Prezza, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1999.

spontanei e la presenza di eventuali difficoltà nel mantenere un tono di voce regolato durante le discussioni informali.

Nell'area della gestione emotiva vengono invece registrate le modalità con cui i singoli adolescenti affrontano la frustrazione: c'è chi tende a esternalizzarla attraverso comportamenti oppositivi o condotte di acting-out, come alzare la voce o abbandonare bruscamente la stanza comune, e chi, al contrario, tende a internalizzarla attraverso il ritiro, il silenzio prolungato o l'isolamento fisico dal gruppo.

Nell'area relazionale, infine, vengono mappate le dinamiche di sottogruppo: l'équipe individua, ad esempio, la presenza di due o tre ragazzi che assumono spontaneamente un ruolo di leadership informale, di eventuali coppie o terzetti particolarmente affiatati e di adolescenti che tendono invece a rimanere ai margini delle interazioni spontanee, elemento che orienterà successivamente la composizione dei sottogruppi di lavoro durante le attività di debriefing.

Un secondo esempio, relativo all'analisi individuale, può essere illustrato attraverso un caso reso qui in forma del tutto anonima e a fini puramente esemplificativi.

Nella rilettura della documentazione clinica di un potenziale partecipante emerge che il ragazzo ha vissuto, nel corso della propria storia, un allontanamento improvviso dal nucleo familiare di origine, avvenuto in circostanze non pienamente elaborate.

Questa informazione non comporta automaticamente l'esclusione del ragazzo dal progetto, né tantomeno la rimozione preventiva dei contenuti legati all'abbandono o alla separazione dal percorso cinematografico proposto al gruppo; al contrario, consente all'équipe di predisporre alcune accortezze specifiche: la sessione dedicata a tale tematica viene programmata solo dopo che il gruppo ha consolidato un sufficiente livello di coesione, lo psicologo di riferimento del ragazzo viene informato in anticipo della data prevista per quella proiezione, così da poter eventualmente proporre un colloquio individuale nei giorni immediatamente successivi, e il conduttore della sessione viene invitato a monitorare con particolare attenzione le reazioni non verbali del ragazzo durante la visione, pronto a intervenire tempestivamente qualora emergano segnali di forte attivazione emotiva.

Sul piano organizzativo, la valutazione delle risorse disponibili si traduce in verifiche molto concrete, riconducibili a un vero e proprio sopralluogo preliminare: il controllo dell'effettivo oscuramento delle finestre della sala destinata alla proiezione, la prova pratica del funzionamento dell'impianto audio e del videoproiettore con un breve spezzone filmico di prova,

la verifica della disponibilità di sedute comode e disposte in cerchio per favorire il successivo debriefing, e l'individuazione di uno spazio attiguo, silenzioso e facilmente raggiungibile, da destinare a eventuali colloqui individuali di sostegno nel caso in cui un partecipante necessiti di allontanarsi temporaneamente dal gruppo.

Anche la fascia oraria viene verificata concretamente, ad esempio confrontando il calendario settimanale della comunità per accertarsi che l'orario individuato non si sovrapponga con i rientri da scuola o con i colloqui psicologici individuali già programmati.

4.4.2 Coinvolgimento dell'équipe e dei referenti:

La realizzazione di un percorso psicoeducativo basato sull'utilizzo del linguaggio cinematografico non può essere il risultato dell'iniziativa isolata di un singolo professionista, indipendentemente dal suo livello di motivazione o di competenza: un intervento di tale complessità richiede necessariamente una progettazione condivisa e una partecipazione attiva dell'intera équipe multidisciplinare, affinché ogni fase del percorso possa essere sostenuta da una visione comune, da obiettivi chiaramente definiti e da una costante integrazione delle diverse competenze professionali presenti all'interno della comunità educativa.

La costruzione di un consenso reale rappresenta, pertanto, una condizione imprescindibile per garantire la qualità dell'intervento, la sicurezza dei partecipanti e la continuità del lavoro educativo nel tempo⁴¹⁸.

Il primo passaggio consiste nella presentazione formale del progetto durante una riunione d'équipe appositamente dedicata: in tale occasione vengono coinvolti il coordinatore della comunità, gli educatori, gli psicologi e lo psichiatra referente, così da favorire una riflessione condivisa sull'intervento prima della sua concreta attuazione.

Durante l'incontro vengono illustrati gli obiettivi educativi e terapeutici del progetto, le metodologie che ne guideranno lo sviluppo, i criteri di selezione dei materiali cinematografici, le modalità di conduzione degli incontri e le strategie previste per la gestione delle eventuali criticità emotive che potrebbero emergere durante il percorso.

La presentazione assume quindi una funzione non soltanto informativa, ma anche partecipativa: offre infatti l'opportunità di condividere il senso pedagogico dell'intervento e di costruire una responsabilità comune rispetto alla sua realizzazione.

Successivamente assume particolare rilevanza il momento del confronto interdisciplinare, durante il quale ciascuna figura professionale contribuisce alla definizione del progetto mettendo a disposizione il proprio specifico patrimonio di conoscenze e di esperienze.

La pluralità degli sguardi costituisce infatti uno dei principali punti di forza dell'équipe multidisciplinare: lo psichiatra può evidenziare eventuali controindicazioni cliniche di carattere generale o suggerire particolari accorgimenti in relazione alle condizioni psicopatologiche degli

⁴¹⁸ Cfr., F. Olivetti Manoukian, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna, 1998.

adolescenti coinvolti; gli psicologi contribuiscono alla definizione della cornice metodologica, individuando le modalità più adeguate per la conduzione del debriefing emotivo e per la successiva elaborazione dei contenuti emersi; gli educatori, grazie alla relazione quotidiana costruita con i ragazzi, apportano una conoscenza privilegiata delle dinamiche relazionali, dei comportamenti abituali, delle fragilità e delle risorse presenti all'interno del gruppo⁴¹⁹.

Il confronto tra queste diverse prospettive consente di arricchire il progetto, apportando eventuali modifiche, integrazioni o correzioni prima dell'avvio delle attività e contribuendo a costruire un intervento maggiormente aderente ai bisogni reali della comunità.

Quando la situazione clinica lo rende opportuno e nel pieno rispetto delle procedure previste dalla struttura, risulta inoltre fondamentale coinvolgere le famiglie, i tutori o gli esercenti la responsabilità genitoriale: la loro partecipazione rappresenta un elemento di trasparenza e di corresponsabilità educativa, oltre a favorire una maggiore comprensione delle finalità del percorso.

In questa fase vengono illustrate con chiarezza la natura e le caratteristiche dell'intervento, sottolineando come l'attività proposta non si configuri come un semplice momento ricreativo o di intrattenimento, bensì come un percorso psicoeducativo strutturato, progettato per promuovere il riconoscimento, l'espressione e l'elaborazione delle emozioni attraverso la mediazione del linguaggio cinematografico.

Contestualmente viene richiesto il consenso informato scritto, analogamente a quanto avviene per le altre attività terapeutiche e riabilitative svolte in gruppo: tale procedura, oltre a rispondere agli aspetti normativi ed etici dell'intervento, rafforza il rapporto di fiducia tra la comunità educativa, i ragazzi e le loro figure di riferimento.

A conclusione di questa fase viene formalmente costituito il gruppo di lavoro incaricato della conduzione del progetto: un'équipe stabile che seguirà l'intero percorso dalla fase di pianificazione fino alla valutazione conclusiva degli esiti.

Tale gruppo è auspicabilmente composto da almeno uno psicologo e da uno o due educatori di riferimento, la cui presenza costante durante tutti gli incontri rappresenta una

⁴¹⁹ Cfr., A. Canevaro, A. Chierigatti, *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carocci, Roma, 1999.

condizione essenziale per garantire continuità educativa, coerenza metodologica e stabilità relazionale.

Ai membri del gruppo di lavoro competono la selezione dei materiali cinematografici più adeguati agli obiettivi del progetto, la preparazione delle singole sessioni, la supervisione delle attività, la conduzione dei momenti di confronto con gli adolescenti e il monitoraggio dell'andamento complessivo del percorso.

La continuità degli operatori consente inoltre di consolidare progressivamente il rapporto di fiducia con i partecipanti, facilitando la libera espressione delle emozioni e rendendo il gruppo uno spazio educativo sempre più sicuro, accogliente e capace di sostenere autentici processi di crescita personale e relazionale.

Nella pratica, la riunione d'équipe dedicata alla presentazione del progetto può articolarsi in un incontro della durata di circa un'ora e mezza, strutturato in tre momenti distinti.

Nella prima parte, di circa venti minuti, lo psicologo proponente illustra la cornice teorica del progetto, gli obiettivi generali e la metodologia delle dieci fasi.

Nella seconda parte, di circa quaranta minuti, viene aperto il confronto interdisciplinare: ciascun professionista è invitato a esprimere osservazioni, perplessità o suggerimenti rispetto alla fattibilità del progetto nel contesto specifico della comunità.

Nella terza parte, di circa trenta minuti, vengono definiti gli aspetti operativi: la composizione del gruppo di lavoro, la data di avvio, le modalità di comunicazione interna durante lo svolgimento del progetto e le prime indicazioni relative al consenso informato da richiedere alle famiglie o ai tutori.

Il valore della pluralità degli sguardi può essere illustrato attraverso un esempio concreto di confronto interdisciplinare.

Lo psichiatra referente, ad esempio, può segnalare che uno dei potenziali partecipanti presenta una sintomatologia dissociativa non ancora pienamente stabilizzata, suggerendo pertanto di evitare, almeno nelle prime fasi del percorso, film caratterizzati da un ritmo narrativo eccessivamente concitato o da scene ad alto impatto sensoriale.

Lo psicologo, dal canto suo, può proporre di anticipare l'introduzione di una breve tecnica di radicamento (grounding), come un esercizio di respirazione consapevole, prima dell'inizio di

ogni proiezione, così da favorire uno stato di maggiore presenza e regolazione emotiva nel gruppo.

L'educatore di riferimento, infine, grazie alla conoscenza quotidiana dei ragazzi, può segnalare che due dei partecipanti individuati faticano abitualmente a collaborare tra loro nelle attività di gruppo, suggerendo all'équipe di evitare, nella disposizione delle sedute, che vengano posizionati l'uno accanto all'altro durante i primi incontri.

Il documento di consenso informato, più nel dettaglio, illustra ai tutori non soltanto la natura generale dell'intervento, ma anche alcuni elementi pratici: la durata indicativa del percorso (ad esempio otto-dieci incontri a cadenza settimanale), la tipologia di temi che potranno essere affrontati (la marginalità, l'aggressività, il conflitto con le figure adulte, il senso di colpa), le figure professionali coinvolte nella conduzione e la possibilità, sempre garantita, di interrompere la partecipazione del ragazzo in qualsiasi momento senza necessità di fornire giustificazioni.

Quando le condizioni cliniche lo consentono, l'équipe può inoltre organizzare un breve colloquio informativo con la famiglia, nel corso del quale vengono illustrati, con un linguaggio accessibile e non tecnico, gli obiettivi educativi del progetto, assicurando i genitori sul fatto che l'attività non sostituisce in alcun modo il percorso psicoterapeutico individuale, ma lo affianca.

Affinché il coordinamento tra gli operatori non resti affidato a un generico richiamo alla natura multidisciplinare dell'équipe, appare necessario esplicitare in modo puntuale i ruoli e le responsabilità di ciascuna figura coinvolta nella conduzione del progetto, definendo altresì una procedura decisionale chiara cui fare riferimento tanto nelle situazioni ordinarie quanto in quelle di maggiore criticità.

La responsabilità complessiva del progetto viene attribuita a un referente unico, individuato di norma nella figura dello psicologo proponente o in un coordinatore appositamente designato dall'équipe: a tale figura competono la supervisione dell'intero percorso, la convocazione delle riunioni di verifica, l'interlocuzione con la direzione della comunità e la decisione ultima in merito a eventuali modifiche sostanziali della progettazione⁴²⁰.

La selezione dei materiali cinematografici viene invece affidata al gruppo di lavoro ristretto costituito al termine della fase di presentazione, che opera sulla base dei criteri

⁴²⁰ Cfr., C. Kaneklin, G. Scaratti, *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale e organizzativo*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.

metodologici condivisi e sottopone le proprie proposte al vaglio dell'intera équipe nel corso degli incontri di verifica periodica.

La conduzione del debriefing viene attribuita al conduttore principale, generalmente lo psicologo o un educatore con specifica formazione, affiancato da un secondo operatore con funzione di osservazione e di eventuale sostegno individuale.

L'intervento in caso di crisi emotiva compete, in prima istanza, all'operatore di sostegno individuale previsto dal protocollo di gestione delle criticità, il quale agisce in stretto raccordo con lo psicologo di riferimento e, qualora la situazione lo richieda, con lo psichiatra referente.

Per rendere immediatamente consultabile tale ripartizione di compiti, appare utile riportarla in forma sintetica attraverso una breve matrice delle responsabilità, riferita alle principali funzioni previste dal progetto:

Funzione	Responsabile
Responsabilità complessiva del progetto	Referente di progetto (psicologo proponente o coordinatore designato)
Selezione dei materiali cinematografici	Gruppo di lavoro ristretto, con validazione dell'équipe
Conduzione del debriefing	Conduttore principale, affiancato dall'operatore osservatore
Intervento in caso di crisi emotiva	Operatore di sostegno individuale, in raccordo con lo psicologo e, se necessario, con lo psichiatra
Comunicazione con le famiglie	Referente di progetto o operatore da questi delegato

Tale suddivisione non ha valore puramente formale, ma costituisce una garanzia operativa: essa consente a ciascun professionista di sapere con precisione a chi rivolgersi nelle diverse fasi del percorso, evita sovrapposizioni o vuoti di responsabilità e permette all'équipe di intervenire tempestivamente qualora insorgano situazioni non previste, senza dover ricostruire di volta in volta chi debba assumere la decisione.

4.4.3 Definizione degli obiettivi condivisi:

La definizione degli obiettivi educativi rappresenta una fase essenziale della progettazione dell'intervento, poiché consente di trasformare le finalità generali del percorso in traguardi concreti, realistici e coerenti con i bisogni del gruppo destinatario.

Sebbene gli obiettivi individuati nella fase di progettazione costituiscano una solida cornice teorica di riferimento, essi non possono essere applicati in modo rigido o uniforme a ogni contesto educativo: al contrario, richiedono un processo di adattamento che tenga conto delle caratteristiche specifiche del gruppo, delle fragilità emerse durante l'analisi preliminare e delle risorse presenti nei singoli partecipanti.

La personalizzazione degli obiettivi rappresenta quindi un principio fondamentale della progettazione pedagogica, in quanto permette di costruire un intervento realmente centrato sulla persona e orientato alla promozione del benessere emotivo e relazionale⁴²¹.

A tale scopo viene organizzata una riunione dedicata dell'équipe multidisciplinare, durante la quale tutti i professionisti coinvolti partecipano alla definizione condivisa delle priorità educative del percorso: il confronto tra educatori, psicologi, psichiatra referente e coordinatore della comunità permette infatti di integrare competenze differenti e di elaborare una lettura complessiva dei bisogni del gruppo.

Partendo dalle informazioni raccolte durante la fase di osservazione e analisi del contesto, l'équipe individua gli obiettivi che risultano maggiormente significativi per gli adolescenti coinvolti, valutando quali dimensioni emotive e relazionali necessitino di un intervento prioritario.

In alcuni gruppi potrà emergere la necessità di potenziare il vocabolario emotivo, favorendo una maggiore capacità di riconoscere, nominare ed esprimere le proprie emozioni; in altri casi potrà invece risultare più importante lavorare sul riconoscimento e sull'accettazione delle emozioni considerate difficili o socialmente indesiderabili, come la rabbia, la paura, la vergogna o il senso di colpa.

In altre situazioni ancora, l'attenzione potrà concentrarsi sullo sviluppo della capacità di distinguere la comprensione di un comportamento dalla sua approvazione morale, sulla riduzione

⁴²¹ Cfr., M. Pavone, *Dall'esclusione all'inclusione. Lo sguardo della pedagogia speciale*, Mondadori Università, Milano, 2010.

delle condotte impulsive e degli acting-out oppure sul rafforzamento del senso di appartenenza al gruppo e delle competenze relazionali.

La scelta degli obiettivi non rappresenta quindi un semplice esercizio teorico, ma costituisce il risultato di un processo di riflessione collegiale nel quale le finalità generali vengono progressivamente tradotte in obiettivi educativi specifici, concreti e osservabili.

Tale operazione consente di orientare tutte le successive decisioni progettuali: dalla selezione dei film alla predisposizione delle attività di debriefing, fino alla scelta delle strategie educative e comunicative più adeguate ad accompagnare gli adolescenti durante il percorso.

Ogni intervento risulta così inserito all'interno di una progettazione coerente e intenzionale, evitando il rischio che la visione cinematografica si trasformi in un'attività esclusivamente ricreativa o priva di una chiara finalità educativa.

Un ulteriore aspetto di particolare rilevanza riguarda il collegamento tra gli obiettivi del progetto e il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) di ciascun partecipante.

Quando le condizioni organizzative e cliniche lo consentono, gli obiettivi condivisi dall'équipe vengono infatti integrati con quelli già previsti nei percorsi individuali dei singoli adolescenti, così da garantire continuità tra le diverse esperienze educative e terapeutiche vissute all'interno della comunità.

In questa prospettiva il cineforum non costituisce un'attività isolata o parallela rispetto agli altri interventi, bensì una componente pienamente integrata del progetto educativo complessivo, capace di contribuire al raggiungimento degli obiettivi individuali attraverso una metodologia differente ma complementare.

La possibilità di lavorare sugli stessi nuclei tematici in contesti educativi diversi favorisce infatti il consolidamento degli apprendimenti, la generalizzazione delle competenze acquisite e una maggiore coerenza tra le diverse figure professionali coinvolte nella presa in carico dell'adolescente.

Contestualmente, l'équipe definisce fin dalle prime fasi della progettazione anche le modalità attraverso cui monitorare il percorso e verificare progressivamente il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Stabilire anticipatamente quali indicatori osservare e quali aspetti del funzionamento emotivo, relazionale e comportamentale monitorare consente di mantenere costante l'attenzione sull'evoluzione del gruppo e dei singoli partecipanti, rendendo possibile un'eventuale ridefinizione degli obiettivi qualora emergano nuovi bisogni o cambiamenti significativi durante lo svolgimento delle attività.

Questa impostazione riflette una concezione della progettazione educativa come processo dinamico e flessibile, fondato sull'osservazione continua, sulla riflessività professionale e sulla capacità dell'équipe di adattare l'intervento alle trasformazioni che caratterizzano ogni percorso di crescita⁴²².

Per rendere pienamente esplicito questo processo, può essere utile riportare alcuni esempi concreti di obiettivi realmente formulabili dall'équipe, ciascuno corrispondente a una delle aree precedentemente richiamate.

Nel caso in cui il gruppo mostri un vocabolario emotivo particolarmente povero, l'obiettivo può essere formulato così: «al termine del percorso, ciascun adolescente sarà in grado di utilizzare, durante il debriefing, almeno cinque termini emotivi differenti dal generico ‘bene’ o ‘male’ abitualmente impiegato, ricorrendo a un supporto visivo (la ruota delle emozioni) qualora necessario».

Qualora invece l'équipe rilevi, nella fase di analisi, una diffusa difficoltà del gruppo ad accettare emozioni considerate socialmente meno desiderabili, l'obiettivo può essere formulato nei seguenti termini: «al termine del percorso, gli adolescenti saranno in grado di riconoscere pubblicamente, senza vergogna o minimizzazione, l'esperienza di emozioni quali la paura o il senso di colpa nei personaggi osservati, come primo passo verso il riconoscimento delle medesime emozioni nella propria esperienza personale».

Un terzo esempio, riferito al lavoro sulla distinzione tra comprensione e approvazione morale del comportamento, nonché alla riduzione delle condotte di acting-out, può essere formulato così: «al termine del percorso, l'adolescente sarà in grado di riconoscere e verbalizzare, durante il debriefing, almeno due emozioni distinte associate a una scena del film, motivando le scelte del personaggio senza necessariamente condividerle, e riducendo progressivamente il ricorso a condotte di acting-out (quali l'allontanamento improvviso dalla stanza, l'alzare la voce o

⁴²² Cfr., M. Castoldi, *Valutare le competenze. Percorsi e strumenti*, Carocci, Roma, 2009.

il rifiuto brusco di partecipare) come unica modalità di gestione del disagio emotivo attivato dalla visione».

Un obiettivo di questo tipo risulta osservabile e verificabile: l'équipe può infatti monitorarne il raggiungimento confrontando, sessione dopo sessione, la frequenza degli episodi di acting-out registrati nel diario di bordo con la qualità e la ricchezza lessicale delle verbalizzazioni emotive espresse dal ragazzo durante i debriefing successivi.

Infine, qualora l'obiettivo prioritario individuato dall'équipe riguardi il rafforzamento del senso di appartenenza al gruppo, la formulazione può essere la seguente: «al termine del percorso, ciascun adolescente avrà preso parte attivamente, con almeno un intervento verbale spontaneo, a un numero di debriefing pari ad almeno il settanta per cento degli incontri complessivi, contribuendo alla costruzione delle mappe condivise realizzate durante la fase di introduzione alla tematica».

In tutti i casi riportati, la formulazione concreta e osservabile dell'obiettivo consente all'équipe non soltanto di orientare la selezione dei materiali cinematografici e la costruzione delle domande di debriefing, ma anche di disporre di indicatori chiari sui quali fondare la successiva fase di monitoraggio e di revisione del percorso⁴²³.

Un'ulteriore precisazione appare necessaria in merito al reale livello di condivisione degli obiettivi con gli adolescenti coinvolti: se infatti la definizione delle finalità educative e terapeutiche del percorso resta una prerogativa esclusiva dell'équipe multidisciplinare, in quanto richiede competenze cliniche e una lettura complessiva della situazione di ciascun partecipante non delegabile ai destinatari dell'intervento, ciò non esclude che i ragazzi possano essere coinvolti in forme di partecipazione autentica, purché correttamente delimitate.

È opportuno distinguere, a tale proposito, tra partecipazione, co-progettazione e responsabilità professionale.

Gli adolescenti possono partecipare esprimendo il proprio punto di vista rispetto ai temi che ritengono più rilevanti o che vorrebbero vedere affrontati nel corso degli incontri, così come rispetto alla formulazione concreta di alcune regole di funzionamento del gruppo, contribuendo

⁴²³ Cfr., M. Castoldi, *Valutare le competenze. Percorsi e strumenti*, Carocci, Roma, 2009.

così a rafforzare il senso di appartenenza e di corresponsabilità nei confronti dello spazio educativo.

Si tratta, in questo caso, di una forma di co-progettazione limitata alla cornice organizzativa e tematica del percorso, che l'équipe accoglie e integra nella programmazione definitiva.

Non rientra invece nella loro competenza, né può essere loro richiesta, la definizione degli obiettivi clinici individuali, la cui formulazione presuppone una valutazione professionale delle fragilità, delle risorse e dei bisogni evolutivi di ciascun ragazzo, e resta pertanto affidata esclusivamente all'équipe curante.

Questa distinzione tutela sia gli adolescenti sia gli operatori: da un lato evita di attribuire ai ragazzi una responsabilità decisionale che non è nella loro disponibilità e che rischierebbe di esporli a un carico improprio; dall'altro consente di valorizzare pienamente il loro contributo laddove esso risulti realmente significativo sul piano pedagogico, senza trasformare la partecipazione in una delega surrettizia di compiti clinici.

4.4.4 Progettazione del ciclo di proiezioni:

Una volta concluse le fasi preliminari di analisi del contesto, definizione degli obiettivi e condivisione del progetto con l'équipe multidisciplinare, il percorso entra nella sua dimensione operativa: è in questo momento che le finalità educative vengono tradotte in una pianificazione concreta, capace di garantire continuità metodologica, coerenza organizzativa e stabilità all'intervento.

La progettazione operativa non si limita infatti a definire gli aspetti logistici delle attività, ma costituisce un momento fondamentale di riflessione pedagogica durante il quale vengono organizzati tutti gli elementi necessari affinché il percorso possa svilupparsi in modo strutturato, prevedibile e funzionale ai bisogni emotivi degli adolescenti.

Una programmazione accurata permette inoltre di ridurre gli elementi di improvvisazione, favorendo un clima educativo caratterizzato da sicurezza, affidabilità e chiarezza, condizioni indispensabili per promuovere un coinvolgimento autentico dei partecipanti⁴²⁴.

Il primo elemento oggetto di pianificazione riguarda la definizione del calendario delle attività: l'équipe individua la durata complessiva del percorso, stabilendo un ciclo di incontri sufficientemente esteso da consentire la costruzione di relazioni significative e l'avvio di reali processi di cambiamento, ma al tempo stesso compatibile con i tempi di permanenza degli adolescenti all'interno della comunità e con le altre attività educative e terapeutiche previste.

In linea generale, una programmazione articolata in circa otto o dieci incontri a cadenza settimanale rappresenta una soluzione equilibrata, poiché offre al gruppo la possibilità di consolidare progressivamente il lavoro svolto senza determinare un eccessivo affaticamento emotivo o una sovrapposizione con gli altri interventi.

Contestualmente vengono definiti un giorno e un orario fissi, elementi che contribuiscono a creare una routine prevedibile e facilmente riconoscibile dai partecipanti.

Anche la durata di ciascun incontro viene pianificata con attenzione, prevedendo indicativamente un tempo complessivo di circa due o due ore e mezza: una scansione temporale che permette di dedicare uno spazio adeguato sia alla visione del film sia al successivo momento

⁴²⁴ Cfr., E. Malaguti, *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Erickson, Trento, 2005.

di elaborazione condivisa, evitando che il confronto venga sacrificato o vissuto come una fase accessoria rispetto alla proiezione.

Un secondo momento della progettazione operativa riguarda la selezione dei materiali cinematografici, attività che assume una valenza eminentemente educativa e non può essere ricondotta a una semplice scelta di carattere culturale o ricreativo.

I film vengono individuati sulla base dei criteri metodologici precedentemente definiti, costruendo un percorso progressivo nel quale ogni opera rappresenta una tappa funzionale al raggiungimento degli obiettivi educativi individuati dall'équipe.

Affinché tale selezione non resti affidata a valutazioni impressionistiche o alla sola sensibilità personale dei conduttori, l'équipe adotta una griglia esplicita di criteri, da applicare sistematicamente a ciascun film candidato prima della sua effettiva programmazione:

Criterio	Elementi da verificare
Età consigliata	Corrispondenza tra la classificazione del film e l'età anagrafica ed evolutiva dei partecipanti.
Durata	Compatibilità con i tempi dell'incontro e con la soglia di attenzione del gruppo.
Contenuti sensibili	Presenza di scene di violenza esplicita, abuso, dipendenze, autolesionismo o suicidio.
Rappresentazione di suicidio, autolesionismo, violenza e sostanze	Modalità con cui tali temi vengono rappresentati (esplicita, allusiva, romanzata) ed eventuali elementi potenzialmente imitativi.
Intensità emotiva complessiva	Grado di coinvolgimento emotivo atteso, valutato anche in relazione alla fase del percorso.
Presenza di stereotipi	Eventuali rappresentazioni stigmatizzanti della devianza, della malattia mentale o della marginalità.
Presenza di modelli di aiuto	Raffigurazione di figure o percorsi che offrono una possibilità di sostegno, ascolto o cura.
Possibilità di elaborazione	Disponibilità di spunti narrativi utilizzabili per un debriefing costruttivo, non puramente liberatorio.

Qualora un film presenti uno o più elementi di rischio rispetto ai criteri sopra indicati (in particolare rappresentazioni esplicite o dettagliate di condotte suicidarie o autolesive, ovvero contenuti ritenuti incompatibili con la situazione clinica di uno o più partecipanti) l'équipe applica un criterio di esclusione, escludendo il titolo dalla programmazione o riservandone l'eventuale utilizzo, opportunamente mediato, a fasi più avanzate del percorso e a condizioni cliniche specificamente valutate.

In presenza di controindicazioni relative a singoli partecipanti, viene inoltre individuata un'alternativa filmografica equivalente sul piano tematico, ma priva degli elementi controindicati, così da non escludere il ragazzo dalla sessione né da esporlo a contenuti incompatibili con la propria condizione.

La successione delle proiezioni viene pertanto organizzata secondo una logica di gradualità: nelle prime fasi del percorso vengono privilegiati temi maggiormente accessibili e meno coinvolgenti dal punto di vista emotivo, come il senso di esclusione, il bisogno di appartenenza, la costruzione delle relazioni con i pari o la ricerca della propria identità.

Successivamente, una volta che il gruppo ha consolidato un sufficiente livello di fiducia reciproca e ha dimostrato di possedere adeguate capacità di partecipazione e di elaborazione emotiva, è possibile introdurre argomenti più complessi e delicati, quali la gestione della rabbia, il rapporto con l'autorità, il senso di colpa, il conflitto familiare o le conseguenze delle proprie scelte.

Tale progressione non risponde esclusivamente a criteri organizzativi, ma riflette una precisa scelta pedagogica: l'apprendimento emotivo richiede infatti tempi gradualità e un'esposizione progressiva ai contenuti più intensi, affinché ciascun adolescente possa affrontarli sentendosi sufficientemente sostenuto dal gruppo e dagli adulti di riferimento⁴²⁵.

Contestualmente viene definita la struttura metodologica che caratterizzerà ogni incontro: la costruzione di un format stabile e ripetibile rappresenta infatti uno degli elementi più significativi dell'intero percorso.

Fin dalla fase progettuale l'équipe stabilisce una sequenza di attività che verrà mantenuta costante durante tutto il ciclo di incontri, comprendendo l'accoglienza iniziale del gruppo, una

⁴²⁵ Cfr., D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos'è, perché può renderci felici*, Rizzoli, Milano, 1996.

breve introduzione alla tematica della giornata, la visione del film, una pausa di transizione e il successivo debriefing guidato.

La ripetizione della medesima struttura non costituisce una scelta puramente organizzativa, ma possiede una rilevante funzione educativa e contenitiva: la prevedibilità della sequenza delle attività permette infatti agli adolescenti di orientarsi con maggiore facilità all'interno dell'esperienza, riducendo l'incertezza e favorendo un progressivo senso di sicurezza⁴²⁶.

Questo aspetto assume un'importanza ancora maggiore nel contesto delle comunità educative residenziali, dove molti ragazzi hanno sperimentato nel corso della propria storia personale situazioni caratterizzate da instabilità, discontinuità relazionale e imprevedibilità.

La presenza di rituali costanti, di tempi riconoscibili e di modalità di conduzione coerenti rappresenta quindi un elemento di contenimento emotivo che contribuisce alla costruzione di un ambiente educativo percepito come affidabile e protettivo.

L'ultima componente della progettazione operativa riguarda la predisposizione degli strumenti che accompagneranno l'intero percorso, consentendo all'équipe di raccogliere informazioni utili sia durante lo svolgimento delle attività sia nella successiva fase di riflessione professionale.

Prima dell'avvio del progetto vengono pertanto predisposte le schede dedicate alla rilevazione delle emozioni percepite prima e dopo la visione del film, strumenti che permettono di cogliere eventuali cambiamenti nello stato emotivo dei partecipanti e di favorire una maggiore consapevolezza delle proprie esperienze interiori.

Parallelamente viene elaborata una traccia di domande guida destinata al debriefing, costruita in modo sufficientemente flessibile da adattarsi ai diversi contenuti affrontati, ma al tempo stesso capace di garantire una continuità metodologica nella conduzione del confronto.

A tali strumenti si affianca il diario di bordo del conduttore, nel quale vengono registrate osservazioni qualitative relative al clima del gruppo, alle dinamiche relazionali emerse, alle

⁴²⁶ Cfr., D. W. Winnicott, *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1971.

modalità di partecipazione degli adolescenti, alle principali reazioni emotive osservate e agli eventuali elementi di criticità o di particolare rilevanza educativa.

La raccolta sistematica di queste informazioni permette all'équipe di mantenere uno sguardo riflessivo sull'intero percorso, favorendo un monitoraggio costante dell'intervento e offrendo una base documentale utile per eventuali ridefinizioni progettuali e per la valutazione complessiva dell'efficacia dell'esperienza educativa⁴²⁷.

A titolo esemplificativo, un possibile calendario tematico articolato su otto incontri potrebbe essere così strutturato: il primo incontro dedicato al tema dell'identità e della ricerca di sé; il secondo al bisogno di appartenenza e all'amicizia; il terzo al senso di esclusione e alla marginalità; il quarto, una volta consolidata la fiducia reciproca del gruppo, alla gestione della rabbia; il quinto al rapporto con l'autorità e con le regole; il sesto al senso di colpa e alla responsabilità delle proprie azioni; il settimo al conflitto familiare; l'ottavo e conclusivo alle conseguenze delle proprie scelte e alla possibilità di riscatto personale.

Tale sequenza non ha valore prescrittivo, ma illustra concretamente il criterio di gradualità più volte richiamato, secondo cui i temi maggiormente coinvolgenti sul piano emotivo vengono collocati nella seconda metà del percorso, quando il gruppo ha ormai maturato una maggiore capacità di contenimento reciproco.

Anche la scheda di rilevazione delle emozioni può essere resa più concreta attraverso un esempio di struttura.

La scheda, compilata individualmente e in forma anonima tramite un codice numerico noto solo al conduttore, può prevedere due sezioni identiche, una da compilare prima della visione e una al termine dell'incontro: in ciascuna sezione il ragazzo seleziona una o più emozioni tra un elenco predefinito (rabbia, tristezza, noia, curiosità, ansia, serenità, vergogna), indicandone l'intensità su una scala da 1 a 5, e dispone infine di uno spazio libero per annotare, se lo desidera, una breve parola o frase che descriva il proprio stato d'animo.

Il confronto tra le due sezioni permette al conduttore di rilevare, ad esempio, che un ragazzo che dichiarava un livello di ansia pari a 2 prima della visione riporta un valore pari a 4 al

⁴²⁷ Cfr., D. A. Schön, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari, 1993.

termine dell'incontro, un'informazione che può orientare una verifica individuale nei giorni successivi.

Contestualmente alla progettazione del calendario, l'équipe predispone anche una prima traccia di domande guida per ciascuna tematica prevista, da utilizzare come base flessibile per il debriefing: per il tema dell'esclusione, ad esempio, vengono predisposte domande quali «in quale momento il protagonista si è sentito escluso?» o «cosa avrebbe potuto aiutarlo a sentirsi meno solo?»; per il tema della rabbia, domande quali «cosa ha scatenato la reazione del protagonista?» o «cosa avrebbe potuto fare di diverso?».

Questa traccia preliminare non ha carattere rigido, ma costituisce un punto di partenza che il conduttore potrà adattare in base all'andamento reale di ciascun incontro.

4.4.5 Formalizzazione del percorso educativo:

Al termine della fase di progettazione viene predisposto un documento operativo interno che rappresenta il principale strumento di riferimento per l'attuazione dell'intervento.

La sua redazione non risponde esclusivamente a esigenze organizzative, ma costituisce un elemento fondamentale per garantire coerenza metodologica, continuità educativa e trasparenza all'interno dell'équipe multidisciplinare.

Attraverso questo documento vengono infatti formalizzate tutte le decisioni progettuali condivise durante le fasi precedenti, offrendo agli operatori una guida comune per la conduzione delle attività e favorendo una maggiore uniformità negli interventi.

Al tempo stesso, alcune delle informazioni contenute nel documento vengono successivamente presentate anche agli adolescenti partecipanti, affinché essi possano conoscere con chiarezza le finalità del percorso, le modalità di svolgimento delle attività e le regole che caratterizzeranno il lavoro di gruppo.

La condivisione di tali elementi contribuisce a promuovere un clima di fiducia reciproca, rafforzando il senso di partecipazione e la percezione di trovarsi all'interno di uno spazio educativo organizzato, prevedibile e rispettoso dei bisogni di ciascuno.

All'interno del documento vengono innanzitutto esplicitati gli obiettivi generali e quelli specifici del percorso: tale scelta permette di mantenere costantemente chiara la direzione educativa dell'intervento e di orientare tutte le attività verso finalità condivise dall'intera équipe.

La formalizzazione degli obiettivi favorisce inoltre una maggiore coerenza tra la progettazione iniziale, la conduzione degli incontri e la successiva valutazione del percorso, evitando che le singole sessioni vengano vissute come momenti isolati o privi di una precisa intenzionalità pedagogica.

Successivamente vengono riportati il calendario delle attività e la struttura organizzativa delle sessioni: sono indicati il numero complessivo degli incontri, la loro cadenza, la durata prevista e la sequenza metodologica che caratterizzerà ogni appuntamento.

Accanto agli elementi già richiamati, il documento operativo individua altresì gli aspetti logistici e amministrativi necessari a rendere il progetto concretamente realizzabile e verificabile, evitando che la formalizzazione resti su un piano meramente descrittivo.

Vengono pertanto specificati lo spazio destinato allo svolgimento degli incontri, individuato preferibilmente in un ambiente stabile, sufficientemente ampio e dotato degli strumenti audiovisivi necessari alla proiezione; le risorse materiali richieste, quali il materiale di consumo per le attività di decompressione ed elaborazione grafica, le schede di rilevazione predisposte e gli eventuali strumenti multimediali; e una stima sintetica dei costi complessivi del progetto, comprensiva delle voci relative all'eventuale acquisto o noleggio dei titoli cinematografici e al materiale di supporto, da sottoporre alla direzione della struttura per la relativa autorizzazione.

Il documento riporta inoltre gli estremi delle autorizzazioni necessarie allo svolgimento dell'attività, incluso il consenso informato dei tutori già richiamato, nonché la verifica delle condizioni di liceità della proiezione dei materiali cinematografici selezionati, da effettuarsi nel rispetto della normativa vigente in materia di diritto d'autore e di utilizzo di opere audiovisive in contesti educativi non commerciali.

Infine, viene definita la modalità di archiviazione della documentazione prodotta nel corso del progetto, specificando dove e per quanto tempo tale materiale venga conservato e chi vi possa accedere, così da garantire tanto la tracciabilità dell'intervento quanto la tutela della riservatezza dei partecipanti.

La definizione preventiva di tali aspetti rappresenta una condizione essenziale per garantire continuità e stabilità al percorso, consentendo sia agli operatori sia agli adolescenti di fare riferimento a una cornice temporale chiara e condivisa.

La prevedibilità dell'organizzazione contribuisce infatti a ridurre l'incertezza e a rafforzare il senso di sicurezza, elemento particolarmente significativo nel lavoro educativo con adolescenti che, nel proprio percorso di vita, hanno spesso sperimentato esperienze caratterizzate da instabilità e discontinuità⁴²⁸.

Una parte centrale del documento è dedicata alla definizione delle regole di funzionamento del gruppo, che verranno successivamente illustrate e condivise con tutti i partecipanti nel corso del primo incontro.

La costruzione condivisa di una cornice normativa non assume una funzione esclusivamente disciplinare, ma rappresenta uno strumento educativo volto a favorire il rispetto

⁴²⁸ Cfr., D. W. Winnicott, *Gioco e realtà*, Armando, Roma, 1971.

reciproco, la tutela della persona e la possibilità di esprimersi liberamente all'interno di un ambiente percepito come sicuro⁴²⁹.

Tra i principi fondamentali vengono richiamati il rispetto della riservatezza rispetto a quanto condiviso durante gli incontri, l'impegno a mantenere un atteggiamento non giudicante nei confronti delle esperienze e delle opinioni espresse dagli altri partecipanti e il riconoscimento del diritto di ciascun adolescente a scegliere liberamente il proprio livello di coinvolgimento.

Ogni ragazzo deve infatti sentirsi autorizzato, qualora ne avverta la necessità, a interrompere temporaneamente la partecipazione all'incontro, ad allontanarsi dalla sala oppure a non intervenire nella discussione senza essere costretto a fornire spiegazioni o giustificazioni.

Il riconoscimento di tale diritto contribuisce a rafforzare il senso di autodeterminazione e di rispetto della soggettività individuale, elementi particolarmente rilevanti all'interno di un percorso orientato alla promozione del benessere emotivo.

Il documento definisce inoltre in maniera puntuale i ruoli e le responsabilità di ciascun professionista coinvolto nelle diverse fasi del progetto: vengono chiarite le funzioni del conduttore principale, dell'operatore incaricato dell'osservazione delle dinamiche gruppali e della figura professionale disponibile a fornire un eventuale sostegno individuale qualora un partecipante manifesti un particolare disagio emotivo durante o dopo la proiezione.

La chiara distribuzione delle responsabilità favorisce un funzionamento più efficace dell'équipe, evita sovrapposizioni operative e consente a ciascun professionista di intervenire in modo coordinato e coerente con gli obiettivi del percorso.

Infine, particolare attenzione viene dedicata alla predisposizione di una procedura operativa relativa alla gestione delle possibili crisi emotive che potrebbero emergere durante la visione del film o nel corso del successivo debriefing.

La presenza di un protocollo condiviso permette all'équipe di affrontare eventuali situazioni di vulnerabilità con modalità tempestive, coordinate e rispettose delle esigenze del

⁴²⁹ Cfr., P. Bertolini, L. Caronia, *Ragazzi difficili. Pedagogia interpretativa e linee di intervento*, La Nuova Italia, Firenze, 1993.

singolo adolescente, evitando interventi improvvisati che potrebbero aumentare il livello di disagio⁴³⁰.

La definizione preventiva delle modalità di intervento rappresenta pertanto una garanzia sia per gli operatori, che possono contare su indicazioni comuni e condivise, sia per i ragazzi, i quali possono vivere l'intero percorso nella consapevolezza di essere accompagnati da adulti preparati ad accogliere e sostenere le loro reazioni emotive anche nei momenti di maggiore complessità.

In questa prospettiva, il documento operativo non costituisce un semplice strumento amministrativo, ma si configura come un elemento essenziale della progettazione pedagogica, capace di tradurre i principi educativi e metodologici del progetto in indicazioni concrete per la pratica professionale quotidiana.

A titolo esemplificativo, le regole di funzionamento del gruppo condivise nel corso del primo incontro possono essere formulate in un linguaggio semplice e diretto, comprensibile agli adolescenti.

Una prima regola riguarda la riservatezza: «quello che viene detto in questa stanza rimane in questa stanza, a meno che qualcuno non stia rischiando di farsi del male: in quel caso lo psicologo ne parlerà con te prima di dividerlo con l'équipe».

Una seconda regola riguarda il rispetto reciproco: «qui si può dire quello che si pensa, ma senza ridere o giudicare quello che dicono gli altri».

Una terza regola riguarda la libertà di partecipazione: «se in un momento non te la senti di parlare o di restare, puoi dirlo, senza doverti giustificare».

Una quarta regola, infine, riguarda la puntualità e la continuità: «cerchiamo di esserci tutti, dall'inizio alla fine, perché il gruppo funziona meglio quando tutti fanno la loro parte».

Il protocollo per la gestione delle crisi emotive definisce sequenze operative distinte a seconda della tipologia di reazione manifestata.

⁴³⁰ Cfr., M. Ammaniti (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.

Nel caso di un pianto incontenibile durante la proiezione, l'operatore incaricato del sostegno individuale accompagna il ragazzo fuori dalla sala in uno spazio tranquillo precedentemente individuato, mentre il conduttore principale prosegue con il resto del gruppo; una volta rientrata la crisi, si valuta insieme allo psicologo se sia opportuno il rientro in sessione oppure un colloquio individuale differito al termine dell'incontro.

Nel caso di una condotta di acting-out, come l'allontanamento brusco dalla stanza, il protocollo prevede che nessun operatore inseguia fisicamente il ragazzo, privilegiando invece un breve intervallo di tempo prima di un avvicinamento calmo da parte del secondo operatore presente.

Nel caso, infine, di una reazione di tipo dissociativo, riconoscibile ad esempio da uno sguardo fisso e assente o da una scarsa reattività agli stimoli esterni, il protocollo prevede l'utilizzo di semplici tecniche di radicamento sensoriale, come invitare il ragazzo a nominare cinque oggetti presenti nella stanza, per favorire un graduale ritorno al momento presente.

I ruoli definiti nel documento operativo possono essere illustrati con un esempio pratico di suddivisione dei compiti durante una singola sessione: il conduttore principale gestisce l'introduzione, la proiezione e il debriefing, mantenendo il filo conduttore dell'incontro; l'operatore osservatore, seduto in una posizione defilata rispetto al cerchio, annota le dinamiche non verbali del gruppo senza intervenire direttamente, contribuendo successivamente alla stesura del diario di bordo; la figura di sostegno individuale, generalmente lo psicologo o un educatore con specifica formazione, resta disponibile per un eventuale accompagnamento fuori dalla sala, senza compiti di conduzione, così da poter intervenire tempestivamente qualora un partecipante manifesti un disagio significativo.

4.4.6 Implementazione delle sessioni:

Concluse le fasi di progettazione e di preparazione dell'intervento, il progetto entra nella sua fase di realizzazione operativa: è in questo momento che la pianificazione elaborata dall'équipe viene tradotta nella pratica educativa attraverso la conduzione degli incontri previsti dal ciclo di cineforum.

L'attuazione del percorso rappresenta il momento nel quale gli obiettivi pedagogici assumono una dimensione concreta, prendendo forma all'interno della relazione educativa e dell'interazione tra gli adolescenti, il gruppo e gli operatori.

Proprio per questa ragione, la qualità della conduzione assume un ruolo determinante nel favorire la partecipazione dei ragazzi, nel sostenere l'elaborazione delle emozioni e nel garantire la sicurezza psicologica necessaria affinché il gruppo possa costituire uno spazio autentico di crescita personale e relazionale.

L'intero ciclo di incontri viene condotto seguendo il format metodologico definito durante la fase progettuale, mantenendo una struttura costante e riconoscibile in ogni sessione: indipendentemente dal film proposto o dalla tematica affrontata, ciascun incontro si sviluppa attraverso una sequenza stabile di momenti che comprende l'accoglienza iniziale, la presentazione dell'attività, la visione del film, un breve tempo di decompressione emotiva, il debriefing guidato e la conclusione dell'incontro.

Per rendere pienamente esplicita la struttura appena descritta, è opportuno soffermarsi in modo puntuale sulle attività concrete proposte in ciascuna delle fasi che compongono l'incontro, poiché è proprio nella loro articolazione pratica che si realizza la funzione educativa del progetto.

L'accoglienza iniziale si articola in un breve momento di cerchio (circle time), durante il quale ciascun adolescente è invitato a esprimere in poche parole il proprio stato d'animo, ricorrendo eventualmente a supporti visivi quali il "termometro delle emozioni" o carte illustrate raffiguranti espressioni emotive, strumenti che facilitano la verbalizzazione anche nei ragazzi con minori competenze lessicali in ambito emotivo.

Questo momento consente al conduttore di rilevare in tempo reale l'umore del gruppo e di individuare eventuali situazioni di disagio da tenere in considerazione nella conduzione dell'incontro.

Segue una breve introduzione alla tematica della giornata, realizzata attraverso un'attività di attivazione (warm-up) volutamente non direttamente confidenziale: può trattarsi, ad esempio, di una domanda stimolo rivolta al gruppo ("Vi è mai capitato di sentirvi esclusi da qualcosa?"), di un breve brainstorming guidato in cui i ragazzi associano liberamente parole o immagini al tema proposto, oppure della lettura di una breve citazione o della presentazione di un'immagine emblematica legata al contenuto del film.

Questa fase orienta l'attenzione del gruppo verso il nucleo emotivo che verrà affrontato, senza tuttavia anticipare in modo eccessivo i contenuti della visione.

Alla proiezione segue un breve tempo di decompressione emotiva, dedicato a consentire ai partecipanti di uscire gradualmente dal coinvolgimento suscitato dalla narrazione filmica prima di passare al momento del confronto verbale.

Questa fase, di durata contenuta (indicativamente cinque-dieci minuti), può prevedere una breve pausa con bevande e snack, un momento di silenzio guidato, oppure un'attività distensiva a bassa intensità emotiva, come un disegno libero o la compilazione individuale, su una scheda strutturata, delle prime impressioni ed emozioni suscitate dal film, da utilizzare successivamente come traccia per il debriefing.

Il cuore dell'incontro è costituito dal debriefing guidato, condotto attraverso una traccia di domande predisposta in fase di progettazione ma adattata flessibilmente all'andamento del gruppo.

Il conduttore avvia il confronto con domande aperte, organizzate secondo una progressione che procede dal piano descrittivo a quello emotivo e infine a quello personale: si parte da quesiti di tipo narrativo ("Che cosa è successo in quella scena?", "Quale personaggio vi ha colpito maggiormente, e perché?"), per poi passare a domande centrate sulle emozioni dei personaggi ("Che cosa pensate abbia provato in quel momento?", "Come avreste reagito voi al suo posto?") e, solo nella fase conclusiva del confronto, a domande più personali e riflessive ("C'è stato un momento in cui vi siete riconosciuti in un'emozione vissuta dal protagonista?").

Questa progressione consente un accesso graduale e protetto ai vissuti individuali, riducendo il rischio di esposizioni premature.

Il conduttore sostiene la partecipazione attraverso tecniche di rispecchiamento verbale, riformulazione e rinforzo positivo, mantenendo un atteggiamento non giudicante e favorendo l'ascolto reciproco tra i membri del gruppo.

Quando le dinamiche del gruppo lo consentono, il debriefing viene arricchito da attività integrative di natura espressiva, quali la costruzione condivisa di un cartellone con le emozioni emerse durante la visione, brevi esercizi di scrittura riflessiva o attività grafico-pittoriche (disegno, collage), che permettono di rielaborare in forma non verbale i contenuti affrontati.

L'incontro si conclude con un breve momento di chiusura, nel quale ciascun partecipante è invitato a restituire, in una sola parola o in una breve frase, il proprio stato d'animo al termine dell'attività.

Questo rituale finale, speculare a quello di apertura, favorisce un rientro graduale nella routine comunitaria e permette al conduttore di individuare eventuali vissuti emotivi che necessitino di un'attenzione successiva da parte dell'équipe.

Il format previsto viene inoltre ricondotto a parametri operativi puntuali, così da renderlo effettivamente replicabile e non affidato alla sola discrezionalità del singolo conduttore.

Ogni sessione ha una durata massima di due ore e mezza, comprensiva della proiezione e del debriefing, oltre la quale l'incontro viene comunque concluso indipendentemente dal punto raggiunto nella discussione, per evitare un sovraccarico emotivo e attentivo del gruppo.

Il rapporto tra operatori e partecipanti non scende mai sotto la soglia di due adulti ogni sei-otto adolescenti, con la presenza costante di almeno un conduttore principale e di un secondo operatore libero da compiti di conduzione e pertanto disponibile a un eventuale accompagnamento individuale.

Le regole di funzionamento del gruppo, già formalizzate nel documento operativo e condivise nel corso del primo incontro, vengono richiamate in apertura di ogni sessione dedicata a temi particolarmente delicati, con particolare riferimento al diritto di ciascun adolescente di non intervenire nella discussione senza doversi giustificare e alla possibilità di allontanarsi temporaneamente dalla sala qualora ne avverta la necessità, senza che ciò comporti alcuna forma di sanzione o di richiamo.

Qualora un partecipante manifesti un'attivazione emotiva significativa, il conduttore applica la procedura di contenimento prevista dal protocollo dell'équipe: interruzione del confronto verbale rivolto al ragazzo, eventuale accompagnamento fuori dalla sala da parte del secondo operatore, un intervallo di tempo dedicato all'autoregolazione prima di qualunque ulteriore sollecitazione e, solo in un momento successivo, la valutazione condivisa con lo psicologo circa l'opportunità del rientro in gruppo o di un colloquio individuale differito.

Esemplificazione pratica: una sessione tipo

Per illustrare concretamente come la struttura appena descritta si traduca nella pratica educativa, si riporta di seguito un esempio di sessione tipo, costruito secondo il criterio di gradualità già richiamato e riferito a una fase iniziale del percorso, nella quale vengono affrontati temi emotivamente più accessibili.

Il film proiettato non viene qui specificato in quanto elemento variabile, individuato di volta in volta dall'équipe in base al tema prescelto, mentre ciò che si intende esplicitare è l'articolazione concreta delle attività proposte, applicabile con gli opportuni adattamenti a ciascuna delle tematiche previste dal calendario del percorso.

Esempio - Sessione dedicata al tema dell'esclusione e del bisogno di appartenenza (fase iniziale del percorso)

Durante l'accoglienza, il conduttore dispone al centro del cerchio una serie di bigliettini su cui sono scritte espressioni quali "sentirsi fuori posto", "non essere invitati", "sentirsi diversi dagli altri", "essere messi da parte": a ciascun ragazzo viene chiesto di sceglierne uno che gli evochi qualcosa, anche non necessariamente riferito a un'esperienza personale diretta, e di motivare brevemente la scelta in poche parole, senza che sia richiesto un approfondimento.

Nella fase di introduzione alla tematica, il gruppo viene invitato a un breve brainstorming guidato, rispondendo alla domanda "Che cosa significa, secondo voi, sentirsi parte di un gruppo?": le parole e le associazioni emerse vengono annotate dal conduttore su un foglio visibile a tutti, senza commenti valutativi, così da costruire una mappa condivisa a cui fare riferimento durante il debriefing.

Dopo la visione del film, la fase di decompressione prevede la compilazione individuale e silenziosa di una scheda strutturata in due colonne, "quello che ho visto" e "quello che ho provato", da utilizzare come traccia personale per il confronto successivo.

Il debriefing si sviluppa quindi attraverso una sequenza di domande organizzata secondo la progressione già descritta: si parte da quesiti narrativi ("In quale momento del film il protagonista si è sentito escluso?"), si prosegue con domande centrate sulle emozioni dei personaggi ("Che cosa pensate abbia provato in quella scena?", "Che cosa avrebbe potuto aiutarlo a sentirsi meno solo?") e si conclude con domande più personali e riflessive ("Vi è mai capitato di sentirvi esclusi da un gruppo? Che cosa vi ha aiutato in quel momento?"), lasciando comunque a ciascun partecipante la libertà di non rispondere.

La sessione si chiude con un gesto simbolico di restituzione: ogni ragazzo scrive su un foglietto una parola legata a ciò che porta con sé dall'incontro e la deposita in un contenitore comune, gesto che segna la conclusione condivisa dell'attività.

Qualora emerga un silenzio prolungato dopo una delle domande, il conduttore non lo interpreta come un rifiuto, ma come una possibile difficoltà a trovare le parole adatte: in questi casi può offrire un aiuto concreto, ad esempio riformulando la domanda in termini più semplici o proponendo al ragazzo di scegliere tra due o tre parole-emozione suggerite, piuttosto che insistere per una risposta spontanea.

Accanto all'acting-out, che si manifesta attraverso un'esternalizzazione motoria o verbale del disagio, il conduttore deve essere altrettanto attento alle reazioni di segno opposto, quali il ritiro o l'evitamento silenzioso.

Un ragazzo che, ad esempio, durante il debriefing abbassa lo sguardo, si chiude in una postura raccolta e smette di partecipare verbalmente per il resto dell'incontro, pur non manifestando comportamenti eclatanti, sta comunicando un disagio altrettanto significativo.

In questi casi il conduttore evita di sollecitarlo direttamente davanti al gruppo, poiché ciò rischierebbe di aumentarne il disagio, preferendo invece un breve messaggio non verbale di vicinanza, come un cenno del capo, oppure una parola sottovoce al termine dell'incontro («ci sei sembrato pensieroso oggi, se vuoi ne parliamo con calma»), lasciando al ragazzo la libertà di accogliere o meno l'invito.

La scelta di mantenere invariata questa organizzazione non risponde esclusivamente a esigenze metodologiche o organizzative, ma rappresenta una precisa strategia pedagogica.

La ripetitività della struttura costituisce infatti un importante fattore di contenimento emotivo, poiché offre agli adolescenti una cornice prevedibile all'interno della quale orientarsi con maggiore sicurezza.

Molti dei ragazzi accolti nelle comunità educative hanno infatti sperimentato, nel corso della propria storia personale, esperienze caratterizzate da instabilità, imprevedibilità, relazioni discontinue e contesti familiari poco strutturati: la presenza di rituali costanti, di tempi riconoscibili e di modalità di lavoro sempre uguali contribuisce quindi a creare un ambiente percepito come affidabile, favorendo una progressiva riduzione dell'ansia e una maggiore disponibilità a mettersi in gioco sul piano emotivo⁴³¹.

Particolare attenzione viene dedicata anche al coordinamento tra i professionisti coinvolti nella conduzione delle attività, poiché l'efficacia dell'intervento dipende in larga misura dalla continuità e dalla coerenza della relazione educativa costruita con il gruppo.

Quando possibile, risulta preferibile che la medesima figura professionale accompagni gli adolescenti sia durante la visione del film sia nella successiva fase di debriefing: questa continuità facilita la costruzione di un rapporto di fiducia, consente al conduttore di osservare direttamente le reazioni emotive manifestate durante la proiezione e permette di integrare tali osservazioni nella successiva discussione di gruppo.

Qualora, per esigenze organizzative, le due fasi vengano affidate a operatori differenti, risulta fondamentale garantire un costante confronto tra i professionisti coinvolti: prima di ogni incontro vengono condivisi gli obiettivi della sessione, gli aspetti ai quali prestare particolare attenzione e le eventuali situazioni individuali che richiedono maggiore cautela; al termine dell'attività, invece, gli operatori si confrontano sulle dinamiche emerse, sulle reazioni osservate e sugli elementi che potranno orientare la conduzione degli incontri successivi.

Tale scambio di informazioni favorisce una lettura più completa dell'esperienza vissuta dal gruppo e permette di mantenere una linea educativa coerente lungo tutto il percorso.

Parallelamente alla conduzione delle singole sessioni, assume un'importanza fondamentale il mantenimento di una comunicazione continua con l'intera équipe multidisciplinare.

⁴³¹ Cfr., G. Liotti, B. Farina, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.

Il progetto di cineforum, infatti, non rappresenta un intervento autonomo o separato rispetto agli altri percorsi educativi e terapeutici presenti nella comunità, ma si inserisce all'interno di un più ampio progetto di presa in carico dell'adolescente.

Per questo motivo risulta essenziale che gli operatori responsabili delle attività condividano periodicamente con il resto dell'équipe le principali osservazioni emerse durante gli incontri: vengono così comunicati gli aspetti maggiormente significativi riguardanti la partecipazione dei ragazzi, le dinamiche relazionali osservate, le emozioni espresse durante il debriefing e gli eventuali cambiamenti nel comportamento dei singoli partecipanti.

In particolare, il confronto costante con gli educatori di riferimento e con i professionisti che seguono individualmente gli adolescenti permette di integrare le informazioni raccolte nei diversi contesti educativi e terapeutici, costruendo una lettura più completa del percorso evolutivo di ciascun ragazzo.

Questa comunicazione interdisciplinare assume inoltre una rilevante funzione preventiva: alcune reazioni emotive suscitate dalla visione dei film potrebbero infatti manifestarsi non soltanto durante gli incontri, ma anche nei giorni successivi e in altri momenti della vita comunitaria.

Cambiamenti nel tono dell'umore, modificazioni del comportamento, episodi di isolamento, aumento dell'irritabilità o altre manifestazioni di disagio possono costituire segnali significativi che richiedono una lettura condivisa da parte dell'équipe.

Il monitoraggio costante e lo scambio tempestivo di informazioni consentono di intercettare precocemente tali segnali, offrendo agli adolescenti un sostegno adeguato e permettendo, quando necessario, di adattare il percorso educativo alle nuove esigenze emerse.

In questa prospettiva, la conduzione del progetto non si esaurisce nella gestione delle singole sessioni, ma si configura come un processo continuo di osservazione, confronto e riflessione professionale, nel quale ogni incontro contribuisce ad arricchire la conoscenza del gruppo e a orientare in modo sempre più consapevole l'intervento educativo⁴³².

⁴³² Cfr., D. A. Schön, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari, 1993.

4.4.7 Monitoraggio continuo del progetto formativo:

Il monitoraggio rappresenta una componente trasversale dell'intero percorso psicoeducativo e non può essere considerato come un'attività separata o limitata alla fase conclusiva dell'intervento: esso accompagna infatti ogni singola sessione, assumendo una funzione fondamentale di osservazione, verifica e adattamento continuo del progetto.

In un intervento rivolto ad adolescenti inseriti all'interno di un contesto comunitario, caratterizzato dalla presenza di fragilità emotive e relazionali, la possibilità di rilevare tempestivamente cambiamenti, difficoltà o segnali di evoluzione positiva permette all'équipe di mantenere uno sguardo costante sui bisogni dei partecipanti e di modulare il percorso in modo flessibile⁴³³.

Il monitoraggio non si configura quindi esclusivamente come uno strumento di valutazione dell'efficacia dell'attività proposta, ma rappresenta soprattutto una modalità di accompagnamento educativo capace di sostenere il processo di crescita dei ragazzi durante tutte le fasi dell'esperienza.

Perché il monitoraggio non si risolva in impressioni generali degli operatori, esso viene ancorato a strumenti e indicatori predefiniti, applicati con regolarità lungo l'intero percorso.

Vengono a tal fine adottati una scheda di osservazione strutturata da compilarsi prima e dopo ciascun incontro, un registro delle presenze che consente di rilevare eventuali cali di partecipazione, una breve autovalutazione dei partecipanti al termine di ciascuna sessione e riunioni di équipe dedicate al monitoraggio, calendarizzate con periodicità definita (indicativamente ogni quattro incontri).

Va infine precisato che tale sistema di monitoraggio non ha la pretesa di misurare un'efficacia clinica in senso stretto, obiettivo che richiederebbe un disegno di ricerca specificamente predisposto, con strumenti standardizzati, gruppi di confronto e criteri di validità che esulano dalle finalità del presente progetto: esso ha piuttosto la funzione di orientare la pratica educativa quotidiana, segnalando tempestivamente eventuali criticità e fornendo all'équipe elementi utili per la revisione del percorso.

⁴³³ Cfr., L. Leone, M. Prezza, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1999.

Al termine di ogni incontro viene realizzata un'osservazione strutturata da parte degli educatori e degli operatori presenti, finalizzata a raccogliere elementi significativi relativi sia alla dimensione individuale sia alle dinamiche del gruppo.

Tale osservazione non si limita alla rilevazione di comportamenti manifesti, ma comprende una lettura più ampia delle modalità attraverso cui gli adolescenti partecipano all'attività, entrano in relazione con gli altri e si confrontano con i contenuti emotivamente rilevanti proposti dal film.

Vengono quindi considerate le reazioni immediate successive alla visione, il livello di coinvolgimento mostrato durante il debriefing, la qualità degli interventi condivisi, la capacità di ascolto reciproco e l'eventuale presenza di segnali di attivazione emotiva che potrebbero non essere stati completamente elaborati all'interno del gruppo.

Particolare attenzione viene rivolta anche agli aspetti non verbali della comunicazione: eventuali cambiamenti nell'atteggiamento corporeo, momenti di chiusura, difficoltà nel mantenere l'attenzione o improvvise modificazioni del comportamento possono infatti fornire indicazioni importanti rispetto al vissuto emotivo dei partecipanti e suggerire la necessità di ulteriori momenti di approfondimento.

Accanto all'osservazione del gruppo, risulta fondamentale prevedere un breve momento di verifica individuale con gli adolescenti che, durante la sessione, abbiano mostrato un coinvolgimento emotivo particolarmente intenso o una significativa risonanza rispetto ai temi affrontati.

Tale confronto non deve essere interpretato come una forma di controllo o di interrogazione rispetto alle emozioni vissute, ma come un'opportunità educativa aggiuntiva attraverso la quale offrire al ragazzo uno spazio più riservato e informale di ascolto e di rielaborazione personale⁴³⁴.

Alcune emozioni, infatti, possono richiedere tempi più lunghi per essere riconosciute e comprese e potrebbero non trovare immediata espressione all'interno del gruppo, soprattutto quando riguardano esperienze personali dolorose o aspetti della propria storia individuale difficili da condividere pubblicamente.

⁴³⁴ Cfr., L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano, 2006.

La disponibilità di un adulto competente e accogliente permette quindi all'adolescente di proseguire il processo di elaborazione avviato durante l'attività, rispettando i suoi tempi e valorizzando la possibilità di scegliere autonomamente quanto e come raccontarsi.

Parallelamente, il monitoraggio prevede una raccolta sistematica delle informazioni emerse durante il percorso, attraverso strumenti sia di tipo qualitativo sia quantitativo.

La documentazione qualitativa comprende elementi quali frasi particolarmente significative espresse dai ragazzi durante il confronto, riflessioni personali emerse nel corso del debriefing, eventuali produzioni creative realizzate nella fase conclusiva dell'incontro, come disegni o brevi testi scritti, oltre alle osservazioni riportate dagli operatori nel diario di bordo.

Questi materiali consentono di mantenere traccia dei processi emotivi e relazionali attivati dal progetto, valorizzando aspetti che difficilmente potrebbero essere rilevati attraverso strumenti esclusivamente standardizzati.

Parallelamente vengono raccolti anche dati quantitativi attraverso le schede emozionali compilate prima e dopo la visione dei film, strumenti utili per osservare eventuali variazioni nella percezione emotiva dei partecipanti e per individuare possibili cambiamenti nel tempo.

Tutta la documentazione raccolta viene organizzata e archiviata in modo sistematico, così da poter essere consultata periodicamente dall'équipe multidisciplinare durante gli incontri di verifica e supervisione.

La rilettura condivisa dei dati permette infatti di costruire una valutazione complessiva dell'andamento del progetto, individuando gli aspetti maggiormente efficaci, eventuali criticità emerse e possibili modifiche da apportare nelle sessioni successive.

In questa prospettiva, il monitoraggio assume una funzione riflessiva fondamentale: non serve soltanto a verificare se gli obiettivi inizialmente stabiliti siano stati raggiunti, ma consente all'équipe di interrogarsi continuamente sulla qualità dell'intervento, sulla sua adeguatezza rispetto ai bisogni dei ragazzi e sulla capacità del percorso di generare reali opportunità di consapevolezza emotiva, crescita personale e miglioramento delle competenze relazionali⁴³⁵.

⁴³⁵ Cfr., D. A. Schön, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari, 1993.

Uno stralcio esemplificativo del diario di bordo del conduttore potrebbe presentarsi così:
«Sessione 5 – tema: la rabbia.

Il gruppo ha mostrato un buon livello di coinvolgimento durante la visione; durante il debriefing due ragazzi hanno faticato a mantenere l'attenzione, uno di loro si è isolato fisicamente spostando la sedia ai margini del cerchio.

Un terzo ragazzo ha invece condiviso spontaneamente un episodio personale legato alla rabbia, sostenuto con attenzione dal resto del gruppo.

Approfondire individualmente, nei prossimi giorni, la situazione del ragazzo isolato».

Una seconda annotazione, relativa a una sessione successiva, potrebbe recitare: «Sessione 7 – tema: il conflitto familiare.

Clima di gruppo più teso del solito; due ragazzi hanno avuto un breve scambio acceso durante il debriefing, prontamente mediato dal conduttore.

Da monitorare l'eventuale ripercussione sulle dinamiche relazionali quotidiane, segnalare all'équipe educativa».

Sul versante quantitativo, la scheda emozionale può prevedere, come già illustrato, che il ragazzo indichi su una scala da 1 a 5 l'intensità di emozioni quali rabbia, tristezza, paura e serenità prima e dopo la visione.

L'aggregazione di questi dati nel tempo consente, ad esempio, di costruire un semplice grafico individuale che mostri l'andamento del livello di ansia dichiarato da un determinato ragazzo lungo le prime sei sessioni: qualora tale livello risulti in costante aumento, anziché stabilizzarsi o ridursi come atteso, questo dato oggettivo, incrociato con le osservazioni qualitative del diario di bordo, può motivare l'équipe a proporre al ragazzo un supporto individuale più strutturato, indipendentemente dal fatto che il suo comportamento osservabile durante gli incontri non abbia mostrato segnali eclatanti.

Un esempio concreto di verifica individuale può essere il seguente: al termine di una sessione particolarmente intensa sul tema del conflitto familiare, l'educatore nota che un ragazzo, pur avendo partecipato attivamente al debriefing, mostra nei minuti successivi un atteggiamento insolitamente silenzioso.

Anziché ignorare il segnale, l'educatore lo raggiunge informalmente, magari durante un momento conviviale come la merenda, e gli chiede semplicemente «come stai, dopo il film di oggi?», lasciando al ragazzo la libertà di rispondere in modo sintetico o di aprire un confronto più approfondito, senza in alcun modo forzare la conversazione.

4.4.8 Restituzione e condivisione interna:

La fase di restituzione rappresenta un momento essenziale dell'intero percorso psicoeducativo, poiché consente di condividere le informazioni raccolte durante il monitoraggio, di riflettere sull'andamento dell'intervento e di orientare le successive decisioni educative e terapeutiche.

Tuttavia, a differenza di quanto avviene in altri contesti progettuali, come ad esempio i Patti Educativi di Comunità o gli interventi realizzati in ambito scolastico, la restituzione dei risultati all'interno di una comunità psichiatrica per adolescenti assume caratteristiche profondamente differenti: essa si svolge infatti esclusivamente all'interno di una cornice professionale protetta, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy e di protezione dei dati personali, trattandosi di informazioni riguardanti minori inseriti in un contesto sanitario e socioeducativo.

La condivisione degli esiti non ha pertanto finalità divulgative o di rendicontazione pubblica, ma costituisce uno strumento di lavoro interno, orientato al miglioramento continuo della qualità dell'intervento e alla costruzione di una presa in carico sempre più integrata e personalizzata⁴³⁶.

Prima di descrivere le singole modalità operative, appare necessario precisare destinatari, contenuti e limiti della restituzione, così da evitare che essa si traduca in una divulgazione impropria di quanto emerso nel corso del percorso.

La restituzione si rivolge a tre destinatari distinti, ciascuno con un livello di accesso alle informazioni differente: l'équipe multidisciplinare, che riceve un'informazione articolata e finalizzata alla presa in carico complessiva; l'adolescente stesso, cui vengono restituiti unicamente elementi che lo riguardano direttamente e in una forma pensata per il suo benessere; la famiglia o i tutori, che ricevono esclusivamente informazioni di carattere generale sull'andamento del percorso, concordate con lo psicologo di riferimento.

A tutela della riservatezza, i contenuti personali emersi durante il debriefing (vissuti individuali, riferimenti a esperienze familiari, confidenze relative alla propria storia) non vengono riportati né discussi nel gruppo dei pari, né inseriti nei documenti condivisi con soggetti non

⁴³⁶ Cfr., C. Kaneklin, G. Scaratti, *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale e organizzativo*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.

autorizzati: essi restano patrimonio esclusivo dell'équipe curante e, quando rilevanti, vengono ricondotti al percorso individuale del ragazzo attraverso i canali appropriati.

A tale proposito, occorre distinguere tre livelli di documentazione, tra loro distinti per finalità, contenuto e accessibilità.

La documentazione educativa, curata dal gruppo di lavoro, raccoglie osservazioni relative all'andamento delle sessioni, alle dinamiche di gruppo e ai progressi osservabili, ed è consultabile dall'équipe nel suo complesso.

La cartella clinica del singolo adolescente accoglie invece le sole informazioni cliniche ritenute rilevanti dallo psicologo o dallo psichiatra di riferimento, secondo le medesime regole di accesso e tutela previste per qualunque altro atto clinico.

La comunicazione ai familiari, infine, resta circoscritta a informazioni di carattere generale sull'andamento del percorso e non riporta mai, in alcuna forma, i contenuti specifici emersi durante il debriefing.

Una prima modalità di restituzione riguarda il confronto periodico all'interno dell'équipe multidisciplinare, programmato a intervalli regolari durante lo svolgimento del progetto, ad esempio ogni quattro o sei incontri oppure in corrispondenza dei momenti di revisione della progettazione educativa.

Questi incontri rappresentano occasioni privilegiate di riflessione condivisa, durante le quali gli operatori mettono in comune le osservazioni raccolte nei diversi contesti di vita dell'adolescente, integrando le informazioni provenienti dalle sessioni di cineforum con quelle emerse nelle attività educative quotidiane, nei colloqui psicologici e negli altri interventi terapeutici.

L'obiettivo non consiste unicamente nel verificare l'andamento delle attività, ma soprattutto nel comprendere quali aspetti del percorso stiano producendo effetti positivi, quali tematiche abbiano favorito una maggiore partecipazione e coinvolgimento emotivo e quali, invece, si siano rivelate particolarmente delicate o abbiano richiesto un maggiore sostegno da parte degli operatori.

Parallelamente viene analizzato il funzionamento complessivo del gruppo, osservando l'evoluzione delle dinamiche relazionali, il livello di partecipazione, la qualità degli scambi comunicativi e l'eventuale presenza di cambiamenti significativi nei singoli adolescenti.

Questo processo di riflessione collegiale permette all'équipe di ridefinire, quando necessario, gli obiettivi educativi, di modificare alcune scelte metodologiche o di introdurre strategie maggiormente rispondenti ai bisogni emergenti, confermando la natura dinamica e flessibile della progettazione pedagogica.

Accanto alla restituzione professionale, assume una particolare rilevanza anche la restituzione rivolta direttamente agli adolescenti, realizzata attraverso modalità individualizzate, rispettose dei tempi e delle caratteristiche di ciascun partecipante.

Tale momento non deve essere inteso come una valutazione formale della persona né come un giudizio sul suo comportamento, bensì come uno strumento educativo finalizzato a valorizzare i progressi compiuti e a rafforzare la motivazione personale.

Durante colloqui individuali o brevi momenti di confronto informale, l'operatore può restituire al ragazzo alcuni cambiamenti osservati nel corso del percorso, evidenziando, ad esempio, una maggiore capacità di riconoscere e verbalizzare le proprie emozioni, una partecipazione più attiva alle discussioni di gruppo, un atteggiamento più riflessivo di fronte ai comportamenti dei personaggi cinematografici oppure una crescente disponibilità all'ascolto delle esperienze degli altri partecipanti.

Questo tipo di restituzione, quando formulata con sensibilità e nel rispetto delle caratteristiche individuali dell'adolescente, favorisce lo sviluppo della consapevolezza di sé e rafforza la percezione delle proprie risorse personali, contribuendo a sostenere il processo di cambiamento⁴³⁷.

Affinché tali interventi risultino realmente efficaci e rispettosi della condizione psicologica del ragazzo, è opportuno che essi vengano concordati e calibrati con lo psicologo di riferimento, il quale può valutare le modalità e i tempi più adeguati alla loro realizzazione all'interno del più ampio progetto terapeutico individualizzato.

⁴³⁷ Cfr., G. Pietropolli Charmet, *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.

Un principio fondamentale che accompagna l'intera fase di restituzione riguarda la tutela della riservatezza e della dignità dei partecipanti.

Tutte le informazioni raccolte durante il percorso, comprese le osservazioni degli operatori, le produzioni realizzate dagli adolescenti, le riflessioni emerse durante i debriefing e ogni altro elemento riconducibile ai singoli ragazzi, vengono trattate esclusivamente all'interno dell'équipe autorizzata, nel pieno rispetto del segreto professionale e delle disposizioni normative in materia di protezione dei dati personali.

Non è pertanto prevista alcuna forma di diffusione esterna di immagini, registrazioni, elaborati, citazioni o altri contenuti che possano consentire l'identificazione dei partecipanti, né a fini divulgativi né a fini promozionali.

Tale scelta non rappresenta soltanto un obbligo giuridico, ma costituisce soprattutto un preciso principio etico e pedagogico: garantire la riservatezza significa infatti tutelare la vulnerabilità degli adolescenti, preservare il rapporto di fiducia costruito con gli operatori e offrire ai ragazzi uno spazio educativo nel quale poter esprimere emozioni, vissuti e riflessioni personali con la consapevolezza che quanto condiviso rimarrà protetto all'interno della relazione di cura⁴³⁸.

In questa prospettiva, la restituzione degli esiti si configura non come un momento conclusivo del progetto, ma come un processo continuo di confronto, riflessione e accompagnamento, capace di sostenere tanto il lavoro dell'équipe quanto il percorso evolutivo di ciascun adolescente.

Nella pratica, la restituzione individuale può tradursi in scambi informali come quelli riportati di seguito, a titolo puramente esemplificativo.

Nel primo caso, l'educatore, colto un momento di disponibilità del ragazzo, gli osserva: «ho notato che oggi, quando si parlava della rabbia del protagonista, sei riuscito a dire che qualche volta ti capita di sentirti così anche tu, invece di alzarti e uscire come le altre volte: è un passo importante».

Nel secondo caso, rivolto a un'adolescente che ha progressivamente aumentato la propria partecipazione al gruppo, l'operatore può dire: «all'inizio del percorso partecipavi poco alle

⁴³⁸ Cfr., P. Cendon (a cura di), *Il diritto alla salute mentale*, Cedam, Padova, 1987.

discussioni, mentre nelle ultime sessioni sei stata tra le prime a intervenire: si vede che ti senti più a tuo agio con il gruppo».

La restituzione in équipe, dal canto suo, può assumere la forma di un breve report condiviso durante la riunione periodica, strutturato ad esempio per ciascun partecipante secondo tre voci: un elemento di progresso osservato, un aspetto ancora da sostenere e un'eventuale segnalazione da approfondire con lo psicologo di riferimento.

A titolo esemplificativo, il report relativo a un ragazzo potrebbe riportare: «progresso: maggiore capacità di nominare le proprie emozioni durante il debriefing; da sostenere: tendenza a minimizzare il proprio coinvolgimento emotivo attraverso l'ironia; segnalazione: valutare un breve confronto con lo psicologo rispetto al tema del conflitto familiare, apparso particolarmente attivante».

Ciò significa che un disegno realizzato da un adolescente durante la fase di decompressione emotiva, per quanto significativo dal punto di vista clinico, non potrà mai essere fotografato, esposto o condiviso al di fuori dell'équipe autorizzata, nemmeno in forma anonima, trattandosi di materiale prodotto all'interno di un percorso di cura.

4.4.9 Revisione e adattamento:

La revisione periodica del progetto rappresenta una fase imprescindibile all'interno del processo di progettazione educativa, poiché consente all'équipe multidisciplinare di verificare l'adeguatezza dell'intervento rispetto ai bisogni in continua evoluzione degli adolescenti e di apportare eventuali modifiche in corso d'opera.

Affinché tale flessibilità non venga affidata alla sola sensibilità del conduttore, essa viene governata da soglie e condizioni esplicite, individuate preventivamente dall'équipe, il cui verificarsi rende necessaria una revisione del percorso anche al di fuori della cadenza periodica prevista.

Tali condizioni comprendono un calo significativo e persistente della partecipazione, rilevabile attraverso il registro delle presenze e le autovalutazioni dei ragazzi; un aumento dell'attivazione emotiva del gruppo, desumibile dalle schede di osservazione e dal diario di bordo; l'insorgere di conflitti ricorrenti tra i partecipanti o tra questi e i conduttori; una scarsa comprensione dei contenuti proposti, tale da compromettere la finalità educativa degli incontri; e l'emergere, in corso di programmazione, di contenuti rivelatisi non adatti al gruppo o a singoli partecipanti.

Il verificarsi di una o più di queste condizioni attiva una revisione straordinaria, indipendentemente dalla vicinanza dell'incontro di verifica periodica successivo.

La progettazione pedagogica, infatti, non può essere considerata un processo rigido e immutabile, ma deve configurarsi come un percorso dinamico, caratterizzato da una costante capacità di osservazione, riflessione e riorganizzazione⁴³⁹.

In questa prospettiva, il progetto di cineforum viene inteso come uno strumento flessibile, suscettibile di essere progressivamente adattato sulla base delle esperienze maturate durante gli incontri e delle trasformazioni che interessano il gruppo.

Per tale motivo, a intervalli regolari, indicativamente ogni quattro o sei sessioni, il gruppo di lavoro sospende temporaneamente la normale conduzione delle attività per dedicare uno spazio

⁴³⁹ Cfr., L. Leone, M. Prezza, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1999.

specifico alla revisione strutturata dell'intervento, analizzandone criticamente l'andamento e valutando l'opportunità di introdurre eventuali cambiamenti.

Uno dei primi aspetti oggetto di riflessione riguarda la tenuta emotiva del gruppo e la sostenibilità del ritmo con cui vengono proposte le attività.

Attraverso l'analisi delle osservazioni raccolte durante il monitoraggio, l'équipe valuta se la cadenza settimanale degli incontri risulti adeguata oppure se, al contrario, stia determinando un progressivo accumulo di attivazione emotiva che rischia di compromettere il benessere dei partecipanti.

In alcuni casi gli adolescenti possono dimostrare di integrare efficacemente i contenuti affrontati durante le sessioni, riuscendo a elaborare le emozioni suscitate dalla visione dei film senza particolari difficoltà; in altre situazioni, invece, potrebbe emergere la necessità di rallentare il percorso, aumentando l'intervallo tra gli incontri oppure introducendo momenti dedicati prevalentemente alla rielaborazione dell'esperienza già vissuta.

Tali sessioni, prive della proiezione di un nuovo film, possono essere utilizzate per consolidare gli apprendimenti emotivi, favorire il confronto tra i partecipanti e consentire una progressiva integrazione dei contenuti affrontati, evitando un'eccessiva sovrapposizione di stimoli emotivamente intensi.

Questa attenzione ai tempi del gruppo riflette un principio fondamentale della pedagogia: il rispetto dei ritmi individuali e collettivi costituisce infatti una condizione essenziale affinché l'apprendimento e il cambiamento possano realizzarsi in modo autentico e duraturo⁴⁴⁰.

Parallelamente, la revisione periodica offre all'équipe l'opportunità di valutare criticamente l'adeguatezza dei materiali cinematografici selezionati e della progressione tematica costruita nella fase di progettazione.

Attraverso il confronto tra gli operatori viene analizzato il modo in cui il gruppo ha reagito ai diversi film proposti, verificando quali contenuti abbiano favorito una partecipazione attiva, stimolato riflessioni significative e promosso un'effettiva elaborazione emotiva.

⁴⁴⁰ Cfr., F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, Laterza, Roma-Bari, 2003.

Allo stesso tempo vengono individuate le eventuali criticità emerse durante le proiezioni: alcuni temi potrebbero essersi rivelati troppo complessi o emotivamente impegnativi rispetto alle risorse del gruppo, generando reazioni di chiusura, evitamento o particolare sofferenza; altri, al contrario, potrebbero essere stati affrontati con serenità e maturità, evidenziando una capacità di elaborazione superiore alle aspettative iniziali.

Queste considerazioni consentono all'équipe di ridefinire il percorso cinematografico previsto, modificando l'ordine delle proiezioni, sostituendo alcuni titoli o introducendo gradualmente contenuti di maggiore complessità, sempre nel rispetto della capacità del gruppo di affrontarli in modo costruttivo.

In tal modo, la selezione dei film continua a rappresentare un processo dinamico e riflessivo, strettamente collegato all'evoluzione degli adolescenti e non una scelta definitiva stabilita esclusivamente nella fase iniziale della progettazione.

Un ulteriore elemento di particolare rilevanza riguarda la composizione del gruppo dei partecipanti, che, all'interno di una comunità educativa residenziale, può modificarsi frequentemente in conseguenza delle dimissioni di alcuni ragazzi, dell'arrivo di nuovi ospiti o di eventuali trasferimenti verso altre strutture.

Tali cambiamenti possono incidere significativamente sugli equilibri relazionali costruiti nel corso del percorso, modificando le dinamiche comunicative, il clima emotivo del gruppo e il livello di fiducia reciproca raggiunto durante gli incontri.

Per questa ragione, nel corso della revisione periodica, l'équipe valuta attentamente l'impatto di tali variazioni, riflettendo sull'opportunità di mantenere invariata la composizione del gruppo oppure di introdurre eventuali modifiche organizzative che consentano di preservare la qualità del lavoro educativo.

Ogni decisione viene assunta considerando non soltanto gli aspetti logistici, ma soprattutto il benessere emotivo degli adolescenti e la necessità di garantire continuità, stabilità e sicurezza all'interno del percorso.

Infine, la revisione rappresenta il momento privilegiato per aggiornare la mappa dei temi sensibili elaborata nella fase iniziale del progetto.

Tale documento non deve infatti essere interpretato come uno strumento statico o definitivo, ma come una risorsa operativa in continua evoluzione, destinata ad arricchirsi progressivamente grazie alle osservazioni raccolte durante il lavoro educativo.

Nel corso delle sessioni possono emergere nuove fragilità, interessi inattesi, risorse personali precedentemente non evidenziate oppure cambiamenti significativi nel modo in cui i ragazzi reagiscono a determinati argomenti.

L'aggiornamento costante di questa mappa consente quindi all'équipe di disporre di una conoscenza sempre più approfondita del gruppo e dei singoli partecipanti, orientando con maggiore precisione le decisioni pedagogiche successive.

La revisione periodica non rappresenta semplicemente una verifica tecnica dell'andamento del progetto, ma costituisce un autentico momento di riflessività professionale, attraverso il quale gli operatori rileggono criticamente la propria esperienza, ridefiniscono le strategie educative e mantengono il percorso costantemente aderente ai bisogni, alle potenzialità e ai cambiamenti che caratterizzano l'evoluzione degli adolescenti coinvolti⁴⁴¹.

Un esempio concreto di adattamento deciso in fase di revisione può riguardare la cadenza degli incontri: qualora, dopo le prime quattro sessioni, il diario di bordo e le schede emozionali segnalino un progressivo affaticamento del gruppo, con un aumento delle condotte di acting-out osservate nei giorni successivi alle proiezioni, l'équipe può decidere di introdurre una sessione «di pausa», priva di una nuova visione, dedicata a un'attività di rielaborazione più leggera, come la realizzazione di un disegno collettivo sulle emozioni incontrate fino a quel momento, prima di riprendere il ciclo di proiezioni.

In alternativa, la sessione di pausa può essere dedicata a un momento ludico non strutturato, come un semplice gioco di gruppo privo di contenuti emotivamente impegnativi, con l'unico obiettivo di consolidare il clima di fiducia senza ulteriori sollecitazioni emotive.

Analogamente, se un tema previsto nella programmazione iniziale, come il conflitto con l'autorità, si rivela prematuro per un determinato gruppo (ad esempio perché nella settimana precedente si sono verificati episodi di tensione con gli educatori all'interno della comunità) l'équipe può scegliere di posticiparlo, antepoendo un incontro dedicato a un tema più accessibile,

⁴⁴¹ Cfr., D. A. Schön, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari, 1993.

come il bisogno di appartenenza, per consolidare ulteriormente la coesione del gruppo prima di affrontare contenuti più delicati.

Un'ulteriore possibilità di adattamento riguarda la composizione del gruppo stesso: qualora l'ingresso di un nuovo ospite nella comunità comporti l'inserimento di un ulteriore partecipante a percorso già avviato, l'équipe può decidere di dedicare la prima sessione successiva a un breve richiamo delle regole condivise e a un'attività di presentazione reciproca, prima di riprendere la programmazione tematica originaria.

Anche l'aggiornamento della mappa dei temi sensibili può essere illustrato con un esempio concreto: se durante una sessione dedicata al tema dell'identità emerge inaspettatamente, da parte di un ragazzo, un riferimento a un'esperienza di bullismo subita in passato, tale elemento viene annotato nella mappa come nuova area di attenzione, orientando l'équipe a monitorare con particolare cura le eventuali sessioni successive che possano toccare, anche indirettamente, temi legati all'esclusione sociale o al giudizio dei pari.

4.4.10 Sostenibilità e continuità del progetto:

Affinché il percorso di cineforum possa produrre effetti significativi e duraturi sul piano educativo e terapeutico, è fondamentale che esso non venga concepito come un intervento occasionale o legato esclusivamente all'iniziativa di un singolo professionista, ma che si trasformi progressivamente in una pratica educativa strutturata e stabilmente integrata all'interno dell'offerta della comunità.

La sostenibilità del progetto rappresenta infatti una condizione imprescindibile per garantire continuità agli interventi, valorizzare le competenze maturate dagli operatori e consentire che l'esperienza costruita nel tempo diventi patrimonio condiviso dell'intera équipe.

In questa prospettiva, la fase conclusiva della progettazione non coincide con la chiusura del percorso, bensì con l'avvio di un processo di consolidamento organizzativo finalizzato a rendere il cineforum una risorsa permanente del programma educativo e terapeutico della struttura.

Uno dei primi elementi su cui investire riguarda la costruzione progressiva di una vera e propria videoteca ragionata, intesa non come una semplice raccolta di opere cinematografiche, ma come uno strumento metodologico capace di documentare e valorizzare l'esperienza maturata nel corso delle diverse edizioni del progetto.

Per ciascun film utilizzato viene predisposta una scheda di lavoro nella quale vengono raccolte informazioni utili sia dal punto di vista educativo sia da quello clinico: i principali temi affrontati, le emozioni maggiormente sollecitate, le eventuali criticità emerse durante la visione o il debriefing, la fascia d'età per la quale il film risulta maggiormente indicato, le caratteristiche dei gruppi nei quali è stato proposto e le domande di approfondimento che si sono dimostrate più efficaci nel favorire il confronto e la riflessione.

Possono inoltre essere annotate le strategie educative adottate dagli operatori, le modalità attraverso cui il gruppo ha reagito ai diversi contenuti e gli eventuali accorgimenti metodologici ritenuti utili per future riproposizioni.

La costruzione di questo archivio consente di evitare la dispersione delle conoscenze acquisite, favorendo una progressiva capitalizzazione dell'esperienza professionale e offrendo ai

futuri conduttori un patrimonio metodologico già sperimentato, sul quale fondare nuove progettazioni senza dover ripartire ogni volta da zero⁴⁴².

Parallelamente, risulta essenziale investire nella formazione continua degli operatori coinvolti, affinché la conduzione del cineforum non dipenda esclusivamente dalle competenze o dalla disponibilità di una singola figura professionale.

La sostenibilità di un progetto educativo è infatti strettamente collegata alla capacità dell'organizzazione di diffondere conoscenze e competenze all'interno dell'intera équipe, promuovendo una cultura professionale condivisa⁴⁴³.

In quest'ottica, più educatori e psicologi dovrebbero essere progressivamente formati alla conduzione del debriefing, all'utilizzo del linguaggio cinematografico come strumento educativo e alla gestione delle dinamiche emotive che possono emergere durante gli incontri.

La presenza di più operatori competenti garantisce una maggiore continuità del progetto anche in presenza di cambiamenti nell'organico, assenze temporanee o fisiologici avvicendamenti del personale, evitando che il percorso venga interrotto o perda qualità in seguito al venir meno della figura che lo aveva inizialmente promosso.

Inoltre, la possibilità di confrontarsi periodicamente tra professionisti favorisce la riflessività educativa, la supervisione reciproca e il continuo miglioramento delle pratiche operative.

Un ulteriore elemento di stabilizzazione riguarda l'inserimento formale del cineforum all'interno della programmazione ordinaria della comunità educativa.

Perché il progetto possa consolidarsi nel tempo, è opportuno che esso venga riconosciuto come parte integrante del programma terapeutico-riabilitativo della struttura, assumendo una collocazione stabile all'interno della pianificazione annuale delle attività.

⁴⁴² Cfr., C. Kaneklin, G. Scaratti, *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale e organizzativo*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.

⁴⁴³ Cfr., F. Olivetti Manoukian, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna, 1998.

La calendarizzazione regolare degli incontri permette infatti di attribuire al cineforum una precisa identità progettuale, favorendo una migliore organizzazione delle risorse umane e logistiche e rendendo il percorso riconoscibile sia dagli operatori sia dagli adolescenti.

In questo modo il cineforum cessa di essere percepito come un'iniziativa occasionale, realizzata in funzione della motivazione personale di chi la propone, per diventare uno strumento educativo istituzionalizzato, pienamente integrato nella progettazione complessiva della comunità e riconosciuto come parte del percorso di cura e di crescita dei ragazzi.

Infine, un'importante prospettiva di sviluppo riguarda la possibilità di integrare il cineforum con ulteriori attività educative ed espressive, capaci di ampliare le opportunità di elaborazione dei contenuti emersi durante le proiezioni.

Non tutti gli adolescenti, infatti, possiedono le medesime competenze comunicative o trovano nella sola discussione verbale il canale più efficace per esprimere il proprio vissuto emotivo.

Per questo motivo, il percorso potrebbe essere arricchito attraverso laboratori complementari, quali attività di scrittura autobiografica, atelier di espressione artistica, arteterapia, teatro educativo o altre esperienze creative che consentano ai partecipanti di rielaborare simbolicamente le emozioni suscitate dal linguaggio cinematografico.

L'integrazione di differenti modalità espressive favorisce una maggiore personalizzazione dell'intervento, valorizzando le risorse individuali e offrendo a ciascun adolescente la possibilità di scegliere il linguaggio comunicativo più vicino alle proprie caratteristiche.

Inoltre, tali attività permettono di approfondire nel tempo i temi affrontati durante il cineforum, promuovendo un processo di riflessione più articolato e contribuendo a consolidare gli apprendimenti emotivi e relazionali maturati nel corso del percorso.

Nel suo complesso, questa fase evidenzia come la qualità di un progetto educativo non dipenda esclusivamente dalla sua corretta realizzazione, ma anche dalla capacità di garantirne la continuità, la trasferibilità e l'evoluzione nel tempo⁴⁴⁴.

⁴⁴⁴ Cfr., M. Castoldi, *Valutare le competenze. Percorsi e strumenti*, Carocci, Roma, 2009.

Rendere il cineforum una pratica stabile, condivisa e progressivamente arricchita dall'esperienza degli operatori significa infatti trasformarlo in uno strumento educativo permanente, capace di adattarsi ai cambiamenti della comunità e di continuare a offrire agli adolescenti uno spazio protetto nel quale riconoscere, esprimere ed elaborare le proprie emozioni attraverso la mediazione del linguaggio cinematografico.

CONCLUSIONI

Il percorso sviluppato nelle pagine precedenti ha inteso ricostruire, attraverso una prospettiva dichiaratamente interdisciplinare, il rapporto che si è storicamente stabilito tra istituzione psichiatrica, costruzione sociale della devianza e processi educativi, con particolare attenzione alla condizione femminile e alle possibilità che la riflessione pedagogica offre oggi per intervenire sui medesimi meccanismi in contesti profondamente mutati. Giunti al termine di questo itinerario, appare opportuno ricomporre le linee principali e rendere esplicito il filo argomentativo che collega tra loro capitoli apparentemente eterogenei per oggetto e per metodo.

La ricostruzione storico-normativa condotta nel primo capitolo ha mostrato come l'istituzione manicomiale italiana sia stata edificata attorno a un principio che ne ha condizionato per oltre settant'anni il funzionamento: la subordinazione della finalità terapeutica all'esigenza di tutela dell'ordine pubblico. La legge del 1904, pur nascendo con l'intento di regolamentare un settore fino ad allora affidato a discipline locali e disomogenee, ha consolidato un modello nel quale il criterio dell'internamento non era la possibilità di cura, ma la presunta pericolosità del soggetto. Le condizioni materiali del dopoguerra, l'introduzione degli psicofarmaci e la timida apertura prodotta dalla riforma del 1968 hanno progressivamente reso insostenibile questo impianto, fino all'elaborazione teorica e pratica che, attraverso la critica basagliana, ha condotto al suo superamento legislativo nel 1978.

Da tale ricostruzione emerge un elemento che costituisce il presupposto dell'intero lavoro: la separazione tra normalità e devianza non è stata il risultato dell'applicazione di criteri scientifici oggettivi, ma il prodotto di un'operazione culturale e normativa storicamente determinata, nella quale hanno pesato in misura decisiva la condizione economica, la collocazione sociale e la conformità del soggetto alle aspettative del proprio tempo. Il manicomio non ha semplicemente accolto persone malate: ha contribuito a definire chi dovesse essere considerato tale.

Il secondo capitolo ha verificato questa ipotesi sul terreno più rivelatore, quello della condizione femminile. L'analisi dei modelli normativi di femminilità elaborati nel corso del Novecento, delle politiche di regolazione della maternità, della costruzione

medica dell'isteria e delle conseguenze psichiche dell'esperienza bellica ha mostrato come, per un'intera categoria di soggetti, la soglia della devianza sia stata collocata a un livello significativamente più basso. Il rifiuto del ruolo coniugale o materno, l'autonomia economica, la trasgressione sessuale, l'espressione di un desiderio intellettuale o la semplice esibizione di una sofferenza non compatibile con l'immagine della sposa e madre esemplare hanno potuto costituire, di per sé, elementi sufficienti a giustificare una diagnosi e un internamento.

La scelta di prendere le mosse dall'eredità lombrosiana e dalla diatriba tra scuola positiva e scuola clinica ha consentito di mostrare come il superamento dell'antropologia criminale sul piano scientifico non abbia comportato l'abbandono dei suoi assunti sulla natura femminile, sopravvissuti come senso comune medico, giuridico e amministrativo. L'analisi della prostituzione durante il fascismo ha reso visibile, nella sua forma più esplicita, il nesso tra devianza, sessualità e controllo pubblico, mentre la rilettura della deistituzionalizzazione in una prospettiva di genere ha permesso di restituire visibilità al contributo delle donne, operatrici, volontarie e militanti, al superamento del manicomio, e di osservare come la questione della cura continui a essere attraversata da una divisione di genere che la chiusura delle istituzioni non ha, di per sé, risolto.

L'esperienza di Alda Merini ha consentito di conferire a questa ricostruzione la concretezza irriducibile di una biografia. La sua testimonianza documenta con particolare nitidezza il passaggio attraverso il quale una persona viene progressivamente identificata con la propria diagnosi, privata della facoltà di raccontarsi in prima persona e restituita all'esterno come caso clinico; ma documenta, al tempo stesso, la persistenza di una soggettività che non si lascia interamente assorbire dall'istituzione e che trova nella scrittura poetica uno strumento di resistenza, di rielaborazione e infine di riappropriazione della propria storia. La parola, in questa vicenda, non ha svolto una funzione consolatoria: ha rappresentato lo strumento attraverso il quale l'esperienza dell'internamento è stata restituita alla comunità come conoscenza condivisa.

È precisamente su questo punto che si fonda il passaggio dalla ricostruzione storica alla proposta educativa. Se la costruzione della devianza è un processo culturale e se la possibilità di narrare la propria esperienza costituisce una condizione per sottrarsi

all'identificazione con l'etichetta ricevuta, allora la pedagogia dispone di uno spazio di intervento specifico, che non coincide con quello clinico e non pretende di sostituirlo, ma che opera sul terreno del riconoscimento, dell'elaborazione simbolica e della costruzione di contesti nei quali l'esperienza personale possa essere messa in parola senza timore di giudizio.

Il terzo capitolo ha individuato nel linguaggio cinematografico uno strumento particolarmente adeguato a questo scopo. L'analisi delle opere selezionate ha inteso mostrare come il film, quando venga scelto sulla base di criteri espliciti e mediato attraverso una conduzione competente, consenta di affrontare i temi dell'identità, dello stigma, della devianza, del trauma e del legame mantenendo una distanza protettiva: la vicenda appartiene a un altro, e proprio per questo può essere osservata, discussa e collegata alla propria esperienza secondo tempi e modalità che restano nella disponibilità del soggetto. La griglia di categorie proposta ha inteso rendere questo processo verificabile e replicabile, sottraendolo tanto all'improvvisazione quanto a un uso ingenuo dello strumento audiovisivo.

Il quarto capitolo ha infine tradotto tali premesse in un progetto formativo articolato, destinato ad adolescenti ospiti di una comunità terapeutica psichiatrica e strutturato in fasi che comprendono l'analisi dei bisogni, il coinvolgimento dell'équipe, la definizione condivisa degli obiettivi, la progettazione e l'implementazione del ciclo di proiezioni, il monitoraggio, la restituzione e la valutazione della sostenibilità nel tempo. La scelta di dedicare uno spazio consistente agli aspetti procedurali non risponde a un'esigenza formale: essa deriva dalla convinzione che la qualità educativa di un intervento dipenda in misura determinante dalla sua struttura, dalla trasparenza dei criteri adottati e dalla capacità di prevedere e gestire i rischi che esso comporta.

Il lavoro presenta naturalmente limiti che è opportuno esplicitare. Il progetto formativo proposto ha carattere di ipotesi progettuale e non è stato sottoposto a sperimentazione sul campo: la sua efficacia potrà essere valutata soltanto attraverso un'applicazione effettiva, accompagnata da strumenti di rilevazione adeguati e da una verifica condotta insieme all'équipe multidisciplinare di riferimento. La ricostruzione storica, inoltre, si è avvalsa prevalentemente della letteratura secondaria e delle fonti a

stampa, senza il ricorso alla documentazione archivistica manicomiale, il cui esame consentirebbe di approfondire ulteriormente il rapporto tra i criteri formali di internamento e le motivazioni effettivamente registrate nelle cartelle cliniche.

Nonostante tali limiti, il percorso compiuto consente di formulare una considerazione conclusiva. La chiusura degli ospedali psichiatrici ha rappresentato una conquista civile di portata storica, ma non ha eliminato i meccanismi culturali che avevano reso possibile l'istituzione: l'attribuzione di un'etichetta, la riduzione della persona alla propria diagnosi, la trasformazione di una difficoltà relazionale o sociale in una caratteristica individuale permanente continuano a operare, in forme meno visibili e più diffuse, all'interno dei contesti educativi, sanitari, mediatici e comunitari nei quali oggi si costruisce l'identità degli adolescenti.

Il compito che ne deriva per la riflessione pedagogica non è quindi di natura celebrativa o commemorativa. Esso consiste piuttosto nel mantenere attiva la capacità di riconoscere tali meccanismi nel momento in cui si producono e nel predisporre contesti nei quali ciascuna persona possa essere incontrata a partire dalla propria storia anziché dalla propria classificazione. La memoria dell'esperienza manicomiale, e in particolare delle vite femminili che vi sono state consumate, conserva in questo senso una funzione formativa attuale: essa ricorda che i confini della normalità sono sempre il risultato di una decisione collettiva e che ogni decisione collettiva può essere sottoposta a verifica, discussa e modificata.

Restituire la parola a chi ne è stato privato, riconoscere la persona prima della diagnosi e costruire spazi nei quali l'esperienza possa essere condivisa senza essere giudicata non costituiscono, in definitiva, obiettivi accessori dell'azione educativa: essi ne rappresentano il fondamento, e la loro attualità si misura ogni volta che un adolescente in difficoltà incontra un adulto disposto ad ascoltarlo.

BIBLIOGRAFIA:

- D. Adorni, D. Tabor, «Soggettività liberate e nuove pratiche di cura. Femminismi e deistituzionalizzazione nel caso di Torino (1968-2000)», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche», XXIII, 2, 2024, pp. 73-99.
- L. Azara, L. Tedesco (a cura di), *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, Viella, Roma, 2019.
- Babini, F. Minuz, A. Tagliavini, *La donna nelle scienze dell'uomo: immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo*, FrancoAngeli, Milano, 1986.
- V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2011.
- M. Barbagli, A. Colombo, E. Savona, *Sociologia della devianza*, Il Mulino, Bologna, 2003.
- F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, Torino, 1967.
- F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.
- F. Basaglia, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini + Castoldi, Milano, 2024.
- F. Basaglia, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Einaudi, Torino, 1971.
- F. Basaglia, *Scritti. 1953-1980*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 1981.
- F. Basaglia, C. Cerati, G. Berengo Gardin, *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Einaudi, Torino, 1969.
- H. S. Becker, *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, EGA, Torino, 1987.
- Berghamaschi, «L'Opera Nazionale Maternità e Infanzia per la difesa della razza», in «Razza e civiltà», 1940, n. 1.
- G. Bettetini, *L'audiovisivo. Dal cinema ai nuovi media*, Bompiani, Milano, 1996.
- P. Bertolini, L. Caronia, *Ragazzi difficili. Pedagogia interpretativa e linee di intervento*, La Nuova Italia, Firenze, 1993.
- Bravo, *Donne e uomini nelle guerre mondiali*, Laterza, Bari, 1991.

- Bravo, *A colpi di cuore. Storie del Sessantotto*, Laterza, Roma-Bari, 2008.
- Bravo, A. M. Bruzzone, *In guerra senza armi. Storie di donne, 1940-1945*, Laterza, Roma-Bari, 1995.
- F. Cambi, *Manuale di filosofia dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari, 2000.
- A. Canevaro, *Le logiche del confine e del sentiero. Una pedagogia dell'inclusione*, Erickson, Trento, 2006.
- A. Canevaro, A. Chieregatti, *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carocci, Roma, 1999.
- R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979.
- R. Canosa, *Storia della criminalità in Italia 1848-1948*, Einaudi, Torino, 1991.
- Carelli, «Se le donne non vogliono morir di cancro facciano figli», in «Le forze sanitarie», 15 novembre 1936, n. 21.
- M. Castoldi, *Valutare le competenze. Percorsi e strumenti*, Carocci, Roma, 2009.
- A. Cegna, «“Di dubbia condotta morale e politica”. L'internamento femminile in Italia durante la seconda guerra mondiale», in «DEP. Deportate, esuli, profughe», 21, 2013.
- A. Cegna, «Venere vagante. La prostituzione tra ventennio fascista e seconda guerra mondiale», in «Giornale di storia», 34, 2020.
- A. Cegna, *Donne pubbliche. Tolleranza e controllo della prostituzione nell'Italia fascista*, Viella, Roma, 2023.
- A. Cegna, «The political function of brothels during the Fascist era», in «Modern Italy», 2026, pp. 1-15.
- P. Cendon (a cura di), *Il diritto alla salute mentale*, Cedam, Padova, 1987.
- P. Chesler, *Le donne e la pazzia*, Einaudi, Torino, 1977.
- M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano, 2001.
- Cooper, *Psichiatria e antipsichiatria*, Armando Editore, Roma, 1971.
- Conti, *Manicomio 1914: Gentilissimo sig. dottore, questa è la mia vita*, Jaca Book, Milano, 2000.
- V. De Grazia, *Le donne nel regime fascista*, Marsilio, Venezia, 1993.

- De Peri, *Il medico e il folle. Percorsi della psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento*, FrancoAngeli, Milano, 1989.
- De Salvia, M. Fioritti, *La psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento. Dalla legge sui manicomi alla riforma psichiatrica*, Il Mulino, Bologna, 1994.
- G. C. De Sanctis, *La legislazione psichiatrica italiana*, Cedam, Padova, 1965.
- O. De Leonardis, *Psichiatria, politiche e pratiche sociali*, FrancoAngeli, Milano, 1988.
- Della Peruta, *Il manicomio e la società italiana. 1870-1900*, Feltrinelli, Milano, 1980.
- B. Di Tullio, *Manuale di antropologia e psicologia criminale*, Anonima Romana Editoriale, Roma, 1931.
- L. D'Alessandro, *La legge del 1904 sui manicomi. Psichiatria, amministrazione e controllo sociale nell'Italia liberale*, FrancoAngeli, Milano, 2006.
- D. Demetrio, *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*, Raffaello Cortina, Milano, 1996.
- D. Demetrio, *L'educazione non è finita. Idee per difenderla*, Raffaello Cortina, Milano, 2009.
- F. Di Maria, G. Lo Verso (a cura di), *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*, Raffaello Cortina, Milano, 1995.
- E. H. Erikson, *Gioventù e crisi d'identità*, Armando, Roma, 1974.
- M. Fabbri, *Il transfert, il dono, la cura. Giochi di proiezione nell'esperienza educativa*, FrancoAngeli, Milano, 2012.
- R. Farné, *Diletto e giovamento. Le immagini e l'educazione*, UTET, Torino, 2006.
- Fimiani, *Guerra e fame. Il secondo conflitto mondiale e le memorie popolari*, Editrice Itinerari, Lanciano, 1977.
- V. Fiorino, *Matti, indemoniati e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Ottocento e Novecento*, Marsilio, Venezia, 2002.
- M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1976.
- M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1963.
- F. Frabboni, F. Pinto Minerva, *Manuale di pedagogia generale*, Laterza, Roma-Bari, 2003.

- U. Gabbi, «Gli esercizi sportivi e la donna», in «Archivio fascista di medicina politica», marzo-aprile 1930.
- U. Gabbi, «La natura si vendica crudelmente delle preoccupazioni femminili per la maternità», in «Il Giornale d'Abruzzo e Molise», 10 ottobre 1929.
- U. Gabbi, «Leggi fasciste per la sanità della stirpe», in «Archivio fascista», settembre-ottobre 1929.
- M. Galzigna (a cura di), *Figure della follia. Storia della psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento*, FrancoAngeli, Milano, 1987.
- Giacanelli, «La legge sui manicomi del 1904 e la psichiatria italiana tra controllo sociale e pratica terapeutica», in «Rivista Sperimentale di Freniatria», CXXVIII, 2004.
- Giannichedda, *La società e la follia. Psichiatria e malattia mentale nella storia d'Italia*, FrancoAngeli, Milano, 1997.
- M. Gibson, *Stato e prostituzione in Italia. 1860-1915*, Il Saggiatore, Milano, 1995.
- P. Ginsborg, *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi. Società e politica 1943-1988*, Einaudi, Torino, 1989.
- P. Giovannini, *La psichiatria di guerra, dal fascismo alla Seconda guerra mondiale*, Unicopli, Milano, 2015.
- E. Ghedin, *Benessere, disabilità, partecipazione. Prospettive pedagogiche per la qualità della vita*, Pensa Multimedia, Lecce, 2009.
- E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968.
- E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona, 2003.
- D. Goleman, *Intelligenza emotiva. Che cos'è, perché può renderci felici*, Rizzoli, Milano, 1996.
- M. Graziosi, *La donna e la storia. Identità di genere e identità collettiva nell'Italia liberale e fascista*, Liguori, Napoli, 2000.
- M. Guglielmi, «Memoria traumatica e memoria psichiatrica», in «Novecento transnazionale», 2022.
- Iannitelli, M. Biondi, «La guerra come fatto psichico», in «Rivista di Psichiatria», vol. 59, n. 1, 2024.
- G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1975.

- J. L. Herman, *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Magi, Roma, 2005.
- C. Kaneklin, G. Scaratti, *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale e organizzativo*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.
- A. Klein, M.-C. Thifault, «Aux origines de la désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec. Le rôle oublié des infirmières laïques et religieuses», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche», XXIII, 2, 2024, pp. 25-47.
- R. D. Laing, *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Einaudi, Torino, 1969.
- R. D. Laing, A. Esterson, *Normalità e follia nella famiglia*, Einaudi, Torino, 1970.
- La donna e il fanciullo nel pensiero scientifico del prof. Pende, in «Le forze sanitarie», 15 febbraio 1937, n. 3.
- M. Lancini, *Sii te stesso a modo mio. Essere adolescenti nell'epoca della fragilità adulta*, Raffaello Cortina, Milano, 2023.
- Legge 14 febbraio 1904, n. 36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati, in «Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia», n. 43, 22 febbraio 1904.
- G. Liotti, B. Farina, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano, 2011.
- L. Leone, M. Prezza, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1999.
- Livi, *Frenologia forense ovvero delle frenopatie considerate relativamente alla medicina legale*, Milano, 1868.
- F. Loffredo, «Il simbolo più alto», in «La difesa della razza», 20 dicembre 1939, n. 4.
- C. Lombroso, E. Ferri, R. Garofalo, G. Fioretti, *Polemica in difesa della scuola criminale positiva*, Zanichelli, Bologna, 1886.
- Lombroso, G. Ferrero, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, Bocca, Torino, 1903.
- Lombroso, A. Tamburini, R. Ascenzi, «Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione ai Manicomi del Regno», in «Archivio di Psichiatria, Scienze penali ed Antropologia criminale», XIII, 1892.

- G. Lombroso, *L'anima della donna*, III ed., Zanichelli, Bologna, 1926.
- M. Lorenzo, «Ecouter, observer, materner. La formation des infirmières psychiatriques au Centre de perfectionnement de l'ASM XIII (1963-1985)», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche», XXIII, 2, 2024, pp. 49-71.
- M. Mafai, *Pane nero. Donne e vita quotidiana nella Seconda guerra mondiale*, Ediesse, Roma, 2008.
- S. Magagnoli, D. Tabor, «La lunga deistituzionalizzazione. La riforma psichiatrica italiana e la sua applicazione», in «Meridiana», 112, 2025, pp. 251-276.
- A. Maggiolini, *Psicopatologia del ciclo di vita*, FrancoAngeli, Milano, 2017.
- E. Malaguti, *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Erickson, Trento, 2005.
- R. Massa, *Le tecniche e i corpi. Verso una scienza dell'educazione*, Unicopli, Milano, 1986.
- L. Mecacci, «Psicologia, psichiatria e psicoanalisi», in *Il contributo italiano alla storia del pensiero. Scienze*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, 2013.
- P. Meldini, *Sposa e madre esemplare. Ideologia e politica della donna e della famiglia durante il fascismo*, Guaraldi, Bologna, 1975.
- Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR Rizzoli, Milano, 2024.
- F. Milazzo, «Un altro “genere” di psichiatria. Donne e rinnovamento psichiatrico a Cuneo tra gli anni '60 e '90 del Novecento», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche», XXIII, 2, 2024, pp. 101-119.
- L. Mortari, *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*, Carocci, Roma, 2007.
- L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano, 2006.
- Nardi, «Sulla sopravvivenza dell'impulso materno in antiche dementi nubili vergini», in «Archivio generale di neurologia, psichiatria e psicoanalisi», 30 agosto 1930.
- F. Ongaro Basaglia, *Una voce. Riflessioni sulla donna*, Il Saggiatore, Milano, 1982.
- A. Palmonari, *Gli adolescenti*, Il Mulino, Bologna, 2001.

- F. Olivetti Manoukian, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- M. Patti, «“Qualcosa mai definito al femminile”. Lotte, esperienze e pratiche femminili nella deistituzionalizzazione italiana», in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche», XXIII, 2, 2024, pp. 121-143.
- M. Pavone, *Dall'esclusione all'inclusione. Lo sguardo della pedagogia speciale*, Mondadori Università, Milano, 2010.
- A. Piazzzi, G. Piazzzi, L. Testa, M. A. Coccanari De Fornari, «La rappresentazione della psichiatria italiana nella Enciclopedia Italiana Treccani degli anni Trenta», in «Medicina nei Secoli», 25, 2, 2013, pp. 541-564.
- G. Pietropolli Charmet, *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi*, Laterza, Roma-Bari, 2008.
- G. Pietropolli Charmet, *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.
- Pirella, *L'uomo e la follia. Saggi di psichiatria critica*, Feltrinelli, Milano, 1976.
- S. Piro, *Il linguaggio schizofrenico*, Feltrinelli, Milano, 1967.
- G. C. Reda, *Storia della psichiatria italiana*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1982.
- P. C. Rivoltella, *Media education. Fondamenti didattici e prospettive di ricerca*, La Scuola, Brescia, 2005.
- P. C. Rivoltella, *Media education. Idea, metodo, ricerca*, La Scuola, Brescia, 2017.
- G. Roccatagliata, *Il mito del male nel XIX secolo*, Liguori, Napoli, 2001.
- Rosati, «La memoria dei bombardamenti. Pistoia 1934-1944», in *Linea Gotica 1944. Eserciti, popolazioni, partigiani*, a cura di G. Rochat, E. Santarelli, P. Sorcinelli, FrancoAngeli, Milano, 1986.
- Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano, 2003.
- A. Rossi Ghiglione, A. Pagliarino, *Fare teatro sociale. Esercizi e progetti*, Dino Audino, Roma, 2007.
- G. Salomone, R. Arnone, «La nosografia psichiatrica italiana prima di Kraepelin», in «Giornale Italiano di Psicopatologia», 15, 2009, pp. 75-88.

- M. Salvante, M. Scarfone, M. Setaro (a cura di), *Donne, psichiatria, deistituzionalizzazione*, in «Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche», XXIII, 2, 2024, Viella, Roma, 2025.
- Saraceno, *Costruzione della maternità e della paternità*, Il Mulino, Bologna.
- L. Schettini, «Tanzi, Eugenio», in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 94, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, 2019.
- D. A. Schön, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari, 1993.
- G. Scabia, *Marco Cavallo. Una esperienza di animazione in un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1976.
- Tanzi, E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, vol. II, Società Editrice Libreria, Milano, 1916.
- P. Trerotoli, «Sulla madricultura», in «Archivio fascista di medicina politica», gennaio-febbraio 1929.
- V. Turner, *Il processo rituale. Struttura e anti-struttura*, Morcelliana, Brescia, 1972.
- Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma, 2017.
- P. Viazzi, *Sui reati sessuali. Note e appunti di psicologia e giurisprudenza*, Fratelli Bocca, Torino, 1896.
- S. Vinci, «Le custodi dei focolari. I diritti delle donne durante il fascismo», in «Quaderni del Dipartimento Jonico», 2015, n. 1.
- B. P. F. Wanrooij, *Storia del pudore. La questione sessuale in Italia 1860-1940*, Marsilio, Venezia, 1990.

FILMOGRAFIA:

- *Antwone Fisher*, regia di Denzel Washington, 2002.
- *Billy Elliot*, regia di Stephen Daldry, 2000.
- *Cesare deve morire*, regia di Paolo e Vittorio Taviani, 2012.
- *Coco*, regia di Lee Unkrich e Adrian Molina, 2017.

- *Good Will Hunting*, regia di Gus Van Sant, 1997.
- *Joker*, regia di Todd Phillips, 2019.
- *Lars and the Real Girl*, regia di Craig Gillespie, 2007.
- *I quattrocento colpi*, regia di François Truffaut, 1959.
- *Sing Street*, regia di John Carney, 2016.
- *Stand and Deliver*, regia di Ramón Menéndez, 1988.