

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II  
FACOLTÀ DI LETTERE E FILOSOFIA  
DIPARTIMENTO DI TEORIE E METODI DELLE SCIENZE UMANE E SOCIALI



**DOTTORATO DI RICERCA IN STUDI DI GENERE**  
**- XXVI CICLO -**  
**Anno accademico 2012-13**

**Luride, agitate, laceratrici, criminali**  
**Fenomenologia di un internamento**

Coordinatore: prof.ssa Caterina Arcidiacono  
Tutor: prof.ssa Laura Guidi

Dottoranda: dott.ssa Candida Carrino

*Perché mi avete curato? Farmaci al bromuro, ozio, bagni caldi, sorveglianza,  
paura pusillanime per ogni sorso, per ogni passo,  
tutto questo finirà col portarmi all'idiozia.  
Ero impazzito, ero megalomane, ma in compenso ero allegro,  
attivo, addirittura felice, ero interessante e originale.  
Adesso sono diventato più ragionevole e più posato,  
ma in compenso sono come tutti gli altri:  
sono una mediocrità, la mia vita mi è noiosa.  
Anton P. Čechov, *Il monaco nero**

*Sono impazzita – sciagura mandata da un dio ...  
ho vergogna di quello che ho detto...  
rinsavire è dolore, essere pazzi è male;  
il meglio è morire senza conoscere.  
Euripides, *Hippolytos**

## INDICE

<b>Abbreviazioni e sigle</b>	p. 4
<b>1. Introduzione</b>	p. 5
1. 1 Premessa	p. 5
1. 2 La documentazione amministrativa	p. 8
1. 3 Le cartelle cliniche	p. 9
<b>2. Anatomia di un internamento</b>	p. 15
2. 1 Uomini e donne	p. 15
2. 2 Le Province di appartenenza	p. 17
2. 3 La classe di mantenimento	p. 21
2. 4 Lo stato civile	p. 22
2. 5 Il grado d'istruzione e la condizione economica	p. 25
2. 6 I mestieri	p. 28
2. 7 Il motivo del ricovero	p. 30
2. 8 Le diagnosi	p. 33
2. 9 Le dimissioni	p. 40
<b>3. Le protagoniste</b>	p. 43
3.1 Le minorenni	p. 44
3.2 Le “deflorate”	p. 51
3.3 Le tribadi	p. 57
3.4 Le criminali	p. 63
3.4.1 Le uxoricidi	p. 68
3.4.2 Le infanticidi	p. 71
<b>4. La storia di Maria Vittoria: “ciò nell’interesse della moralità”</b>	p. 76
<b>5. La storia di Rosa: il prezzo dell’onore violato</b>	p. 96
<b>6. Bibliografia</b>	p. 109

## Abbreviazioni e sigle

ASOP Aversa	Archivio dell'ex ospedale psichiatrico 'S Maria Maddalena' di Aversa
AS Na	Archivio di Stato di Napoli
art., artt.	articolo, articoli
b.,bb.	busta, buste
cat.	categoria
op. cit.	opera citata
cfr.	confronta
cod. civ.	codice civile
cod. pen.	codice penale
c.p.p.	codice procedura civile
D.M.	donne morte
D.U.	donne uscite
D.P.R.	Decreto del Presidente della Repubblica
fasc., fasc.	fascicolo, fascicoli
inv.	inventario
l.	legge
n.	numero
p., pp.	pagina, pagine
r.d.	regio decreto
r.d.l.	regio decreto legge
reg.	registro
reg. to	regolamento
s.d.	senza data
s., sgg.	seguito, seguiti
vol., voll.	volume, volumi

# 1. INTRODUZIONE

## 1.1 PREMESSA

Il presente lavoro ha tentato di ricostruire, attraverso la documentazione conservata presso l'archivio storico del manicomio di Aversa, in modo particolare le cartelle cliniche, le dinamiche di internamento della popolazione femminile tra la fine dell' '800 e gli inizi degli anni '50 del '900, anni in cui vengono introdotti nei manicomi gli psicofarmaci.

Obiettivo centrale è stato quello di analizzare i meccanismi attraverso i quali si è andata modificando l'attenzione e la cura della sofferenza psichica, da una idea della follia come affezione morale ad una sempre più spiccata medicalizzazione della stessa. Questo processo è stato interessato sia dai mutamenti sociali che dalle pratiche di internamento, che a partire dal 1904 vengono regolamentate con l'applicazione della legge sui manicomi.

Queste trasformazioni sono state particolarmente evidenti proprio in questo contesto istituzionale, più che in altri manicomi, in quanto quello di Aversa era nato ad opera di Murat nel 1813 e affidato alle cure di Giovanni Maria Linguiti, un sacerdote convinto assertore dei metodi non repressivi di Pinel e di Esquirol.

La terapia innovativa praticata nelle "Case dei matti" di Aversa era il "trattamento morale". Esso era costituito da un insieme di pratiche tendenti ad impegnare le malate in occupazioni leggere e ad intrattenerle con distrazioni piacevoli, partendo dall'assunto della curabilità della malattia mentale, vista come alterazione della sensibilità, particolarmente caratterizzante il genere femminile.

In tale contesto con l'avvento della nuova legge, contraddistinta da un intento prettamente custodialistico, l'atteggiamento degli operatori, medici ed infermieri, nei confronti delle folli cambierà, in quanto essi diventano il nodo terminale di un processo che comincia con le azioni messe in essere dalle autorità pubbliche per isolare dalle famiglie e dal contesto sociale e controllare colei che dava pubblico scandalo<sup>1</sup>. Attraverso l'analisi dei dati rilevati si è tentato di dare risposte significative ad interrogativi, che ad oggi solo in parte la produzione storiografica ha risolto.

---

<sup>1</sup> Molto interessante per la definizione dei luoghi fisici dove i comportamenti sessuali sono accettati e dove invece sanzionati è il libro di DOMENICO RIZZO, *Gli spazi della morale. Buon costume e ordine delle famiglie in Italia in età liberale*, Roma, Bilibin editori, 2004.

Quale e quanta parte comportamenti “sconvenienti”, anomali rispetto alle regole condivise dai più, avevano nel ricovero della donna? Quale e quanta parte aveva la famiglia? In che modo la messa a punto di precise classificazioni nosografiche di genere hanno inciso sulle dinamiche di internamento delle donne? Quali i progetti terapeutici per riorientare i comportamenti femminili elaborati da psichiatri esclusivamente di sesso maschile? Come la scienza psichiatrica si è posta, nel lasso di tempo oggetto di analisi, in rapporto a “malattie” che venivano attribuite esclusivamente alle donne? Con quali modalità e con quali risultati le donne davano voce alla loro esperienza di internate?

In Italia solo alla fine degli anni ‘70 si è evidenziato un interesse per la storia sociale della medicina e, in particolar modo, per la definizione di indirizzi tematici e metodologici della ricerca in storia della sanità<sup>2</sup>. Fino a tale data la storia della medicina affrontava solo gli aspetti più interni alla disciplina, all’evoluzione dei saperi, delle tecniche e delle scoperte scientifiche. Tale ritardo è stato determinato anche dalla difficoltà di fruizione di un patrimonio documentario eterogeneo, complesso e spesso assai cospicuo, conservato presso gli archivi delle strutture sanitarie ed ospedaliere<sup>3</sup>.

Una sorte simile ha vissuto la storia della psichiatria<sup>4</sup>, ma con un vantaggio ulteriore determinato dalla disponibilità di materiale documentario a seguito della

---

<sup>2</sup> Non è pensabile esaurire in questa nota la produzione bibliografica relativa al dibattito sulla storia della sanità in Italia, di seguito si danno solo alcune indicazioni che possono essere un punto di partenza per un’ulteriore ricerca. Cfr. AA.VV. *Storia della Sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, a cura del Centro Italiano di Storia Ospedaliera, Roma, Ciso, 1978; FRANCO DELLA PERUTA (a cura di), *Storia d’Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984; PAOLO FRASCANI, *Ospedale e società in età liberale*, Bologna, Il Mulino, 1986; GIORGIO COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia dalla peste europea alla guerra mondiale*, Roma-Bari, Laterza, 1987; GIORGIO COSMACINI, *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo, dalla “spagnola” alla II guerra mondiale*, Roma-Bari, Laterza, 1989.

<sup>3</sup> Cfr. *Gli archivi storici degli Ospedali Lombardi. Censimento descrittivo*, in *Quaderni di documentazione regionale. Regione Lombardia*, Milano, 1982; NELLI ELENA VANZAN MARCHINI, *La valorizzazione e la conservazione delle fonti per la storia della sanità*, in «Sanità Scienza Storia», Milano, Franco Angeli, n. 1-2, 1992, pp. 485 – 495; GUIDO CIMINO, CARLO MACCAGNI (a cura di), *La storia della medicina e della scienza tra archivio e laboratorio: saggi in memoria di Luigi Belloni*, Firenze, Olschki, 1994; *Medicina e ospedali. Memoria e futuro. Aspetti e problemi degli archivi sanitari. Atti del convegno*, Napoli 20-21 dicembre 1996, Roma, Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Direzione Generale per gli Archivi, 2001.

<sup>4</sup> La bibliografia sulla storia della psichiatria è molto vasta. Indico due repertori che possono essere molto utili: PATRIZIA GUARNIERI, *La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olschki, 1991 e MATTEO FIORANI, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze, University Press, 2010. Sulla storia della psichiatria e degli ospedali psichiatrici cfr. FERRUCCIO GIACANELLI, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in KLAUS DÖRNER, *Il borghese e il folle*, Bari, Laterza, 1975, pp. V-XXXII; FILIPPO MARIA FERRO, *Note per una storia dei manicomi in Italia*, «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, II, n. 4, 1978, pp. 161-76; ROMANO CANOSA, *Storia del manicomio in Italia dall’Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979; FERRUCCIO GIACANELLI, prefazione a ROBERT CASTEL, *L’ordine psichiatrico*,

chiusura degli ospedali psichiatrici, in attuazione della legge del 13 maggio 1978 n. 180, nota come “legge Basaglia”.

Il Ministero dei Beni e le Attività Culturali con il progetto nazionale “Carte da legare” alcuni anni or sono ha inteso recuperare, censire e rendere fruibili gli archivi manicomiali, che con la chiusura definitiva degli enti produttori erano a forte rischio di dispersione<sup>5</sup>. Tale progettualità era nata dalla consapevolezza che essi costituiscono un insostituibile spaccato della storia del nostro paese, in quanto la storia della sofferenza mentale ha segnato non solo la cultura medica ma anche la società intera. La fruibilità degli archivi manicomiali, dunque, non riguarda solo l’aspetto clinico ma anche quello storico, economico, sociologico e antropologico. Sappiamo tutti come sia stato vario, attraverso il tempo, l’atteggiamento della società nei confronti della malattia mentale, che per secoli è stata avvolta da un atmosfera di incomprendibilità e diffidenza, a volte persino di paura e pericolosità.

La Regione Campania ha ospitato sul suo territorio negli ultimi due secoli tre manicomi pubblici oltre a tante realtà a carattere privato<sup>6</sup>. Essi sono: il “Santa Maria Maddalena” di Aversa, il “Leonardo Bianchi” di Napoli e il “Vittorio Emanuele II” di Nocera Inferiore, i quali, grazie al suindicato progetto, sono stati oggetto di un imponente lavoro di recupero, ordinamento e inventariazione informatizzata, ad oggi in maniera completa per la parte relativa alla documentazione amministrativa, cosa di grande rilievo per lo stato di

---

Milano, Feltrinelli, 1980; EDWARD SCHORTER, *Storia della psichiatria. Dall’ospedale psichiatrico al Prozac*, Milano, Masson, 2000; VALERIA PAOLA BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, il Mulino, 2009. Per una sintesi tra il ruolo dei manicomi e il sapere medico cfr. ALBERTO DE BERNARDI, FRANCESCO DE PERI, LUCIANO PANZERI, *Tempo e catene: manicomio, psichiatria e classi subalterne: il caso milanese*, Milano, Franco Angeli, 1980, ALBERTO DE BERNARDI (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell’Italia moderna e contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1982; FRANCESCO DE PERI, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento*, in *Storia d’Italia, Annali, 7, Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1057 – 1140.

<sup>5</sup> Sul progetto cfr. ALEXANDRA KOLEGA-MICHAELA PROCACCIA, *Carte da legare: un progetto per la storia della sofferenza mentale in Italia*, nel catalogo dell’omonima mostra *Carte da legare dai luoghi della follia*, Città di Castello, Edimond, 2000, pp. 31-33. Ulteriori informazioni sul progetto e sullo stato operativo dei lavori nelle diverse realtà sono rintracciabili sul sito web dell’Amministrazione archivistica italiana:

[www.archivi.beniculturali.it/divisione\\_III/cartedalegare.html](http://www.archivi.beniculturali.it/divisione_III/cartedalegare.html).

<sup>6</sup> Purtroppo, ad oggi, non vi sono delle analisi complete sulla nascita e la proliferazione dei manicomi privati in Campania, un fenomeno abbastanza rilevante dovuto soprattutto alla necessità da parte delle classi più abbienti di allontanare da casa il familiare malato di mente ma di non rinchiuderlo in un manicomio. Per un’analisi dei manicomi privati a Napoli cfr. UMBERTO MENDIA, *Manicomi privati a Napoli nell’800*, Napoli, Luciano Editore, 1997.

avanzamento dei lavori nella stessa area territoriale <sup>7</sup>, e solo in parte per le cartelle cliniche.

## 1.2 LA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

Grazie a tale materiale documentario si è potuto progettare il presente lavoro di ricerca, tenendo presente che i criteri ordinatori, che erano stati adottati dal punto di vista archivistico, per l'inventariazione della documentazione non fossero in alcun modo un vincolo per lo studioso. Tutte le tipologie documentarie sono state utili fonti di informazione indipendentemente dalla loro natura, vuoi amministrativa vuoi sanitaria, in quanto, ad esempio, i registri di matricola documentano sia notizie relative all'autorità che richiede l'internamento sia la diagnosi di ingresso del folle, i registri relativi ai bilanci ci testimoniano l'ammontare dei singoli capitoli di spesa ma ci consentono di verificare anche il peso dei diversi trattamenti terapeutici, da quelli di contenzione attraverso l'acquisto di fascette, busti, camicie di forza e chiavini, a quelli elettroterapici attraverso l'acquisto di macchinari per l'elettroterapia a quelli farmacologici attraverso l'acquisto di farmaci. Talvolta, addirittura l'acquisto di un determinato alimento in quantità elevate testimonia i vantaggi terapeutici che la scienza medica dell'epoca attribuiva ad esso.

Ancora, i "registri giornalieri", che servivano per annotare i turni di presenza del personale durante l'arco delle ventiquattro ore registrano in molti casi tutto ciò che avveniva nel reparto, documentando così tentativi di fuga, aggressioni, stati depressivi ed esagitativi, rapporti dei degenti con i parenti in visita, pasti non consumati, trattamenti di contenzione fisica praticati, anche se il tutto è testimoniato attraverso il filtro degli infermieri di turno.

Ai fini della presente ricerca, dunque, tutte le tipologie documentarie sono state interessanti, *in primis* per l'aspetto più propriamente medico-scientifico: la pratica della scuola medica neurologica campana <sup>8</sup> è passata, nel bene e nel male, attraverso i manicomi, dalla "cura morale" all'uso della macchina rotatoria, dalla

---

<sup>7</sup> A seguito dei lavori di ordinamento ed informatizzazione degli archivi amministrativi dei tre manicomi campani sono stati pubblicati i rispettivi inventari. Cfr. CANDIDA CARRINO-RAFFAELE DI COSTANZO, *Inventario dell'archivio storico dell'ex ospedale psichiatrico "Leonardo Bianchi" di Napoli*, in *Folia/Follia. Il patrimonio culturale dell'ex ospedale psichiatrico "Leonardo Bianchi" di Napoli* a cura di G. Villone e M. Sessa, Salerno, Gaia, 2010; CANDIDA CARRINO-RAFFAELE DI COSTANZO, *Le Case dei Matti. L'archivio dell'ospedale psichiatrico "S. Maria Maddalena" di Aversa. 1813-1999*, Napoli, Filema, 2011; CANDIDA CARRINO-GIUSEPPINA SALOMONE, *L'archivio dell'ospedale psichiatrico "Vittorio Emanuele II" di Nocera Inferiore. 1882-1999*, Nocera Inferiore, Edizione Fondazione CeRPS, 2011.

<sup>8</sup> Cfr. VITTORIO DONATO CATAPANO, *Neurologia e psichiatria a Napoli nella seconda metà dell'Ottocento*, Napoli, Luciano Editore, 1996.

pratica della musica e delle rappresentazioni teatrali al bagno di sorpresa, dalle passeggiate ai letti orizzontali e verticali di forza, dall'uso delle camicie di forza alla contenzione farmacologica, a quanto si può recuperare dell'antica nosografia neuro-psichiatrica.

Parimenti gli aspetti di carattere antropologico-sociologico: in quanto attraverso lo studio delle cartelle cliniche è possibile ricostruire le tipologie delle persone ricoverate, l'età, il sesso, la provenienza geografica, l'estrazione sociale, il grado di istruzione e i motivi del ricovero.

Ma, senza dubbio, gli archivi dei manicomi, oltre a rendere possibile la ricerca storica tradizionale, sono fonte fondamentale per una revisione critica del paradigma psichiatrico, dell'immagine e, forse persino, dell'assetto epistemologico del sapere psichiatrico.

Naturalmente questa peculiarità della documentazione degli archivi manicomiali è dovuta - e qui voglio mimare un titolo di un testo di Sergio Piro – “dal caso particolare della psichiatria”<sup>9</sup>. La nascita dei manicomi fu determinata dall'esigenza di migliorare le condizioni di igiene e sanità pubblica e di garantire la sicurezza sociale, la scienza psichiatria, quindi, in questo contesto diventa in qualche modo sussidiaria a tali necessità, presentandosi sempre più come una commistione tra istanze e procedure amministrative e saperi medico-legali, in un intreccio tanto stretto che ha visto le prime legittimate dai secondi, che hanno ampliato il loro campo di applicazione in aree lontane dalla scienza medica.

### **1.3 LE CARTELLE CLINICHE**

Ai fini della presente ricerca le cartelle cliniche sono state, senza dubbio, la parte di maggiore interesse. Esse sono parte integrante degli archivi manicomiali sottoposti alle operazioni di riordino, sono raggruppate e ordinate a parte in fascicoli singoli nominativi e giungono, per lo più, senza soluzione di continuità dagli anni della fondazione dei singoli istituti ai giorni nostri, grazie al fatto che fu disattesa una prima circolare del Ministero della Sanità del 5 agosto 1968, che stabiliva per gli ospedali l'obbligo di conservare le cartelle cliniche per venticinque anni, autorizzandone, anche se non imponendone, la distruzione allo scadere di tale termine. Una nuova direttiva ministeriale del 19 dicembre del 1986

---

<sup>9</sup> Si fa riferimento esclusivamente al titolo del testo di SERGIO PIRO-FULVIO MARONE, *Il caso particolare della psichiatria*, Salerno, 10/17 Cooperativa editrice, 1984, che chiaramente sviluppa un discorso diverso sia nelle proposizioni iniziali che nelle conclusioni.

stabili l'obbligo della conservazione illimitata delle cartelle cliniche, definite “preziosa fonte documentaria”, consentendone lo scarto solo a seguito di microfilmatura sostitutiva. Le cartelle cliniche così, tra circolari inattese e dimenticanza negli spazi di deposito delle istituzioni, rappresentano all'interno degli archivi il nucleo documentario più consistente e in uno stato di conservazione migliore rispetto alla rimanente documentazione, giunto fino a noi in maniera maggiormente integra.

La cartella clinica fu ideata da Pierre-Jean-George Cabanis, grande amico di Philippe Pinel, come un utile strumento per l'alienista per poter seguire in tutte le sue fasi la malattia, dall'ingresso del paziente in ospedale alla sua dimissione, esse riportano tutto quello che avviene in ospedale.

Inoltre, la cartella clinica di una struttura manicomiale non racchiude solo la descrizione della degenza, ma l'intera vita della persona ricoverata in quanto vengono sintetizzate le esperienze anteriori all'internamento. Non bisogna, inoltre, sottovalutare il fatto che, però, le notizie raccolte sono parziali in quanto in essa «non si registrano mai le circostanze in cui il paziente ha dimostrato di essere in grado di affrontare dignitosamente e con successo difficili situazioni di vita, né vi si segnala la media di comportamento della sua vita passata. Uno dei suoi scopi è dimostrare i diversi modi in cui il soggetto è “malato” e la ragione per la quale era giusto rinchiuderlo in manicomio. Il che viene attuato ricavando dal corso di tutta la sua vita un elenco di quei fatti che hanno o potrebbero aver avuto un valore “sintomatico” »<sup>10</sup>. In essa è dato non solo un rilievo fondante alle sventure familiari e a casi di pazzia tra i parenti in modo da poter immediatamente pensare ad una tara familiare, ma anche alla descrizione di manifestazioni di stranezza e di alterazioni emotive. L'annotazione principale è poi la manifestazione di ciò che ha reso indispensabile l'internamento.

Naturalmente non tutte le cartelle cliniche contengono la stessa tipologia di dati. Dalla loro analisi si registra una evoluzione e diversificazione nel tempo delle annotazioni, dovuta al susseguirsi dei modelli teorici. In pieno clima lombrosiano, ad esempio, fu dato ampio spazio all'interno delle “Storie cliniche” ai dati antropometrici, che però non si vanno a sostituire agli altri ma semmai si

---

<sup>10</sup> Cfr. ERVING GOFFMAN, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Edizioni di Comunità, 2001, p. 181

aggiungono alle descrizioni delle storie di vita. Inoltre, per i medesimi anni<sup>11</sup>, si nota che non tutte le “storie cliniche” sono omogenee anche a parità di tempi di degenza delle pazienti: alcune molto ricche e variegata nei contenuti altre scarse ed approssimative. Questa diversificazione non può che dipendere da fattori solo ipotizzabili: maggiore o minore professionalità e/o abnegazione dei medici; casi più interessanti e coinvolgenti di altri, che suscitano maggiore attenzione da parte dei medici; pazienti più “irrequiete” o “fastidiose”, che richiedono un impegno più rilevante.

Inoltre, nelle cartelle cliniche oltre alla “Storia clinica” è presente una documentazione varia e diversificata: documenti di altre istituzioni che si interfacciavano con il manicomio per mettere in atto la politica del ricovero, che si realizzava solo attraverso una polifonia di ruoli e compiti diversi; memorie autografe delle pazienti internate; carteggi tra pazienti e familiari; tra l’istituzione e famiglia; suppliche, denunce di vessazioni subite<sup>12</sup>. Queste ultime scritture, che possiamo considerare private, a dispetto del tempo, dei controlli e delle censure dei medici, sono sopravvissute, come clandestine, quasi a sfidare il tempo e ci fanno pensare che in questo modo hanno potuto dare oggi, attraverso la nostra lettura, voce e testimonianza di esistenze anch’esse in qualche modo clandestine.

Per il presente lavoro di ricerca si è provveduto a sviluppare insieme a degli esperti informatici un software appositamente dedicato, ArPa (versione 2.0) sviluppato dalla Formamedia s.r.l., con il quale poter realizzare un data-base. Per ogni singola cartella clinica sono state inserite le seguenti informazioni: nome e cognome del paziente, dati anagrafici, paternità e maternità, residenza, stato civile, indicazione del coniuge, numero e nome dei figli, religione, capacità civile, istruzione, professione, condizione economica, fonte di reddito, data del ricovero, motivo del ricovero, tipo di ricovero, autorità che ha richiesto il ricovero,

---

<sup>11</sup> La Fiorino attribuisce questa diversificazione delle cartelle cliniche ai momenti diversi della storia manicomiale: «Scarse nella fase iniziale della loro istituzione (grosso modo attorno alla metà del XIX secolo), molto ricche sul finire del secolo, tendenzialmente più stereotipate e ripetitive nel Novecento». Nella mia fonte documentaria, come dirò in seguito, non ho riscontrato questo paradigma. Cfr. VINZIA FIORINO, *La cartella clinica: un’utile fonte storiografica?*, in FRANCESCA ALBERICO et al., (a cura di), *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Genova, Dismec, 2010, p. 52.

<sup>12</sup> Per un approccio all’analisi delle cartelle cliniche degli archivi manicomiali cfr. HRAYR TERZIAN, *La formazione di un archivio dell’emarginazione e della follia. Prospettive di ricerca e riflessioni*, in MARIO GALZIGNA-HRAYR TERZIAN (a cura di), *L’archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una Fondazione*, Venezia, Marsilio, 1980. Per i problemi relativi alla gestione e all’accesso dei dati cfr. ODDO BUCCI (a cura di), *La cartella clinica. Profili strumentali, gestionali, giuridici ed archivistici*, Rimini, Maggioli, 1999.

provenienza, precedenti ricoveri, segnalazione diagnostica, fonte della diagnosi, oggetti personali da depositare, classe retta, onere di mantenimento, storia clinica, diagnosi d'ingresso, primaria, secondaria, ulteriore, altre patologie, analisi cliniche, tipo di trattamento, terapia farmacologica, chirurgica, riabilitativa, psicoterapia, altre terapie, data di dimissione, motivo della dimissione, destinazione, giorni di degenza, eventuale decesso, esame autoptico.

Questo strumento ha consentito di poter realizzare la raccolta dei dati statistici. Ma solo lo studio delle singole cartelle cliniche ha consentito di cogliere le connessioni tra le teorie scientifiche e le pratiche che le rendono operanti, in quanto esse con la loro complessità documentaria rappresentano un percorso ricco di particolari e di eventi, spesso ad una prima analisi insignificanti, che però non sono riportati da alcun trattato medico, né da articoli specialistici né da alcuna pubblicazione a stampa.

Penso che per questo motivo negli ultimi dieci anni le cartelle cliniche sono state una fonte documentaria privilegiata per gli studi sulla follia, sulla prassi psichiatrica all'interno dei manicomi e sugli aspetti sociali ed economici della popolazione internata <sup>13</sup>.

Dentro di esse sono nascoste storie di uomini e di donne, spesso anche di bambini, in un'epoca in cui l'elemento fondamentale della reclusione era spesso esclusivamente la pericolosità reale o presunta del comportamento folle, insieme, chiaramente, alla gestione delle persone che la legislazione poneva sotto tutela, in particolar modo le donne.

Lo studio di queste carte non può essere utile solo per riscrivere la storia della medicina e della psichiatria, come ha creduto tanta parte della storiografia scientifica degli anni Settanta del Novecento. Nelle cartelle cliniche, non si può

---

<sup>13</sup> Gli studi sulla popolazione internata nei manicomi che hanno visto come fonte privilegiata le cartelle cliniche cfr. LAURA SCHEFFINI, *Tra giudizio psichiatrico e assistenza pubblica: donne internate nel manicomio di Roma alla fine dell'Ottocento*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», Roma, 2002, n.1, pp. 121-144; VINZIA FIORINO, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002; ADRIANA SALVIATO, *Melanconiche d'altri tempi. Le pazienti del manicomio di San Clemente a Venezia (1873-1904)*, in «Genesis», Roma, Viella, 2003, II/1, pp. 63-90; PAULA BELL PESCE, *Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al manicomio di Palermo (1890-1902)*, in «Genesis», Roma, Viella, 2003, II/1, pp. 64-122; AUGUSTA MOLINARI, *Autobiografia della vita e della mente. Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo Novecento*, in «Genesis», Roma, Viella, 2003, II/1, pp. 151-176; ANNA GRAZIA RICCA, «che non ci vorrei stare nemmeno una notte...». *La storia di Saveria: lettere di un internata nel manicomio di Aversa*, in LAURA GUIDI (a cura di), *Scritture femminili e storia*, Napoli, Cliopress, 2004, pp. 371-381; ANNA GRAZIA RICCA, *Corpi d'eccezione. Storie di uomini e donne internati nel manicomio di Aversa 1880-1920*, Napoli, Filema, 2006; RICCARDO PANATTONI (a cura di), *Lo sguardo psichiatrico. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Milano, Bruno Mondadori, 2009.

leggere solo il punto di vista medico e istituzionale ma ad un'analisi più attenta si può e si deve cogliere la complessità delle interrelazioni tra sapere scientifico e linguaggi legati alle strutture culturali di un determinato territorio. E' anche questo il tentativo di questo lavoro.

Lo storico ha questo compito: leggere attraverso la scrittura medico-istituzionale per trovare le tracce, i segnali, la voce di quei soggetti, che subendo la segregazione, la coercizione, la contenzione e la cura non sono mai stati i veri e soli protagonisti della loro storia.

L'obiettivo della ricerca è stato perseguito mettendo in connessione i dati pervenuti attraverso la ricerca d'archivio con stimoli interpretativi, derivanti dalle ricerche storiche, politiche, filosofiche, sociali, che più volte hanno intersecato questo settore di ricerca.

Quanto detto ha determinato la necessità, nello studio della documentazione, di adottare una pluralità di approcci: indubbiamente è stato utilizzato un metodo quantitativo per quanto attiene la ricerca sulle macrocategorie, ma non si è potuto scartare l'analisi di singoli casi significativi, che espressione di una condizione generale, con la loro individualità hanno proposto in maniera più specifica i diversi punti di vista degli attori in gioco. Solo il caso singolo consente l'analisi in profondità dell'indagine tra norme ed istituzioni "generali" da un lato e concrete esistenze individuali dall'altro. L'interscambio che si determina tra le due dimensioni dà, inoltre, l'opportunità di una verifica reciproca.

Un'ultima considerazione va fatta riguardo l'arco cronologico entro il quale è stata compiuta la ricerca. La scelta è stata operata sulla base della disponibilità della documentazione.

A tale scopo bisogna chiarire che le cartelle cliniche della "Maddalena" di Aversa sono suddivise in due gruppi distinti "Uomini" e "Donne", suddivisi a loro volta in "Morti" e "Usciti", "Morte" e "Uscite". Inoltre esse sono ordinate secondo la data di dimissione o di morte del paziente.

Orbene, le cartelle cliniche della prima fase dell'istituzione sono state distrutte, le notizie relative agli internamenti dal 5 maggio 1813, data di fondazione dell'asilo, si possono evincere solo da un registro cronologico generale, compilato nel 1878, in cui i pazienti furono registrati, in ordine alfabetico, insieme ad altri pochi dati riguardanti esclusivamente le loro generalità, avendo questo documento per l'epoca una valenza esclusivamente di

tipo amministrativo. Mancano le annotazioni riguardanti il motivo del ricovero e le diagnosi. Queste condizioni hanno determinato la scelta di assumere come data *a quo* per la ricerca il 1859 anno della prima cartella clinica intestata ad una donna<sup>14</sup>.

Il termine *ad quem*, il 1950, è stato scelto in quanto con la scoperta della clorpromazina<sup>15</sup>, primo farmaco antipsicotico efficace, si ha un vero e proprio spartiacque nel campo della psichiatria e della pratica manicomiale. L'utilizzo in maniera massiccia nei manicomi della *camisole chimique* determinerà un cambiamento radicale nella storia della follia. «Il volto violento della follia (l'aggressività, la sua distruttività) si è rasserenato e l'associazione follia-violenza-pericolosità è entrata in crisi. I mezzi di contenzione hanno perso d'importanza. La storia della follia successiva al 1952 non può essere raccontata (nemmeno quella delle sue ideologie) senza la clorpromazina: che ne è parte integrante».<sup>16</sup> Dunque, la scelta di tale datazione per delimitare il campo della presente ricerca è sembrata quanto mai opportuna.

Il numero di cartelle cliniche analizzate è di 2411, tante sono quelle delle donne, per lo stesso periodo di tempo, rispetto alle 4398 degli uomini. Questa disparità che vede un numero quasi doppio di ricoveri maschili è dovuto al fatto che il manicomio di Aversa accoglieva una popolazione dalle zone rurali, come si vedrà in seguito, molto diverso dal contesto urbano romano descritto dalla Fiorino<sup>17</sup>, in cui nell'ambito di una dimensione familiare di tipo patriarcale era più semplice la gestione delle donne rispetto a quella degli uomini.

---

<sup>14</sup> Sono pochissime le cartelle cliniche così antiche: quella di Maria C. è stata rinvenuta, in quanto essendo una lungodegente, ammessa il 6 aprile 1859, muore il 15 giugno del 1910. Come è stato già detto, i fascicoli venivano ordinati per data di chiusura, quindi quello di Maria è ancora conservato in archivio. Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Maria C.*, DM 103.

<sup>15</sup> La clorpromazina è un tranquillante. È stata scoperta nei primi anni cinquanta dal chirurgo francese Henry Laborit che si accorse delle sue potenti proprietà ansiolitiche mentre la stava sperimentando come rilassante muscolare durante gli interventi chirurgici. Laborit propose l'utilizzo della clorpromazina sui pazienti psichiatrici. Jean Delay e Pierre Deniker (neuropsichiatri francesi) ne dimostrarono le proprietà antipsicotiche (anti-deliranti e anti-allucinatorie). Fu introdotta rapidamente negli ospedali psichiatrici di tutto il mondo ed ebbe un grosso impatto sulla psichiatria.

<sup>16</sup> Cfr. VITTORINO ANDREOLI, *Un secolo di follia. Il Novecento tra terapia della parola e dei farmaci*, Milano, Rizzoli, 1991, p. 162 e s.

<sup>17</sup> L'indagine di Vinzia Fiorino si basa prevalentemente sulla documentazione conservata presso l'archivio storico del manicomio "Santa Maria della Pietà" di Roma, che vede negli anni in analisi la città interessata ad un grosso fenomeno di inurbamento, a causa della crisi delle aree rurali e gli esodi dalle campagne. Cfr. VINZIA FIORINO, *op. cit.*, pp. 79 e ss.

## 2. ANATOMIA DI UN INTERNAMENTO

### 2.1 UOMINI E DONNE

Per il periodo oggetto del presente lavoro, l'archivio storico della Maddalena conserva 6809 cartelle cliniche, sia per gli uomini che per le donne. Come già detto nell'introduzione, sono molto poche quelle che testimoniano ingressi prima del 1900 in quanto vi fu uno scarto archivistico sostituito con la compilazione di un registro, nel quale furono riportati esclusivamente pochi dati di carattere prevalentemente amministrativo e non medico per poter rispondere alle esigenze di richieste da parte di amministrazioni varie per la parte di loro competenza. Inoltre, così come in altri manicomi, le cartelle cliniche sono ordinate non per data di apertura della pratica ma di chiusura di esse e divise in due grandi gruppi a secondo che il paziente fosse stato dimesso o fosse morto. Per cui in anni più recenti si trovano cartelle cliniche aperte molti anni addietro perché si tratta di persone che sono state ricoverate nel nosocomio per un lungo periodo, alcune volte anche trenta o quarant'anni. Il dato riportato nel riquadro successivo riguarda tutta la popolazione internata fino al 1950. E' notevole la differenza tra gli uomini e le donne, differenza che si mantiene costante negli anni, quasi che, sulla base di questo dato, la follia potesse essere considerata una prerogativa tutta maschile. Naturalmente così non è, ma nemmeno tale sperequazione può essere attribuita al maggiore inurbamento maschile in cerca di fortuna nella capitale, così come sottolineato più volte da Vinzia Fiorino nella sua analisi relativa al "Santa Maria della Pietà"<sup>18</sup>. La diffusione della pazzia tra le donne dei territori di interesse del manicomio di Aversa Gaspare Virgilio lo attribuiva «eziandio al sentimento di famiglia, che è più vivo tra le popolazioni della bassa Italia, e più fortemente sentito in favore delle donne (per cui si creano esitazioni e ripugnanze, quando si tratti di allontanare una povera alienata dal focolare domestico) comunque potrebbe forse anche dipendere dal convincimento comune, che la pazzia delle donne impone minore circospezione e minore riguardi da parte delle persone»<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Cfr. VINZIA FIORINO, *op. cit.*, p. 89

<sup>19</sup> Cfr. GASPARE VIRGILIO, *Delle malattie mentali e del governo tecnico dell'asilo nel quinquennio 1877-1881: conto statistico clinico reso alla commissione amministrativa per dr. G. Virgilio, Aversa, Tip. dell'Istituto Artistico di Giacomo Turi e figli, 1883, p. 53*

La prima valutazione che deve essere fatta è che la gestione della follia femminile era più semplice rispetto a quella maschile. Gli uomini nei momenti di accessi violenti mostravano un'aggressività, una pericolosità e una forza fisica che era di più difficile contenimento. Tale connotazione era stata attraverso gli anni, con la medicalizzazione della follia, alimentata da tutta una serie di rappresentazioni che vedevano l'uomo, preso dagli accessi furiosi, ritratto come una belva furiosa, che doveva essere controllata, e, spesso, per tale operazione vi era bisogno di impiegare molti uomini <sup>20</sup>. Le donne, invece, in una famiglia ancora fortemente nucleare, quale quella predominante nei nostri territori di interesse, aveva un ruolo nel quale la "naturale" sottomissione alle direttive paterne o maritali riusciva ad aumentare il livello di gestione della follia femminile, che nella maggior parte dei casi veniva nascosta, quasi fosse uno scandalo, nell'ambito delle mura domestiche. Solo le intemperanze pubbliche, il mostrare a tutta la comunità di sottrarsi alle imposizioni del capo famiglia determinavano, così come spiegherò più avanti, la decisione della famiglia di rinchiodare in manicomio la moglie, la madre, la figlia. Molto condivisibile è la tesi di Rizzo secondo cui «L'onestà della moglie, non diversamente dall'onestà della nubile, è valutata socialmente in rapporto ai problemi che può porre venendo meno. Il metro di valutazione non è in questo senso «privato», interno alla coppia, ma «pubblico» perché lo spazio della moralità è spazio in primo luogo sociale».<sup>21</sup>

Nella "Maddalena", inoltre, finivano anche donne che provenivano dalle carceri o perché ritenute incapaci di intendere e di volere nel momento del compimento dell'azione delittuosa o perché durante la detenzione avevano mostrato segni di alienazione mentale.

Ancora, erano recluse donne che per un'inidoneità fisica, sordomutismo, parkinsonismo, ebetismo etc. non potevano essere accudite in casa. Queste ultime arrivavano in manicomio generalmente in tarda età, in quanto, finché la madre era in vita, era assicurata a loro assistenza e cura; con la morte della madre, viene meno il principale sostegno per cui, in mancanza di altri enti assistenziali in

---

<sup>20</sup> A Napoli vi è il nome Mastro Giorgio, un mitico infermiere della "pazzeria" degli Incurabili, che per antonomasia si è trasformato in un generico "mastugiorgio", che sta ad indicare una persona molto forte e determinata che sa risolvere le situazioni più difficili e pericolose. Di questa figura ne parla diffusamente Catapano, anche dell'assistenza domiciliare che tali infermieri specializzati prestavano a domicilio. Cfr. CATAPANO VITTORIO DONATO, *Brevi considerazioni sul lavoro di ricostruzione della vita di una istituzione manicomiale*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, 1989, vol. XII, fasc. 26, pp. 15-27 e dello stesso autore *Matti agli Incurabili di Napoli*, Napoli, Liguori, 1995, p. 44 e s.

<sup>21</sup> Cfr. DOMENICO RIZZO, *op. cit.*, p. 41.

manicomio diventava una soluzione facilmente agita. Un altro dato inquietante riguarda poi le donne che non avevano la possibilità di provvedere economicamente a se stesse o che nessun familiare voleva farsene carico, per cui l'internamento assicurava loro almeno vitto e alloggio.

<b>Cartelle cliniche</b>	<b>Totale</b>	<b>% su totale</b>
Uomini	4398	64,6%
Donne	2411	35,4%
Totale	6809	100,0%

## **2.2 LE PROVINCE DI APPARTENENZA**

L'11 marzo 1813 Gioacchino Murat emanava il decreto istitutivo della fondazione di uno stabilimento “deputato esclusivamente al ricovero dei malati di mente”<sup>22</sup> nella città di Aversa per tutto il Regno di Napoli. In seguito, negli anni immediatamente successivi alla seconda restaurazione borbonica, nel 1815, si cominciò a progettare un nuovo manicomio per la città di Palermo<sup>23</sup>, che sarà aperto solo nel 1824 e decongestionerà in parte la struttura aversana, che rimarrà unica per tutto il Sud peninsulare fino alla fine del XIX secolo. La svolta si avrà quando il peso economico delle contribuzioni erogate alle Province dotate di manicomi e le strutture di queste ultime sempre più insufficienti ad accogliere i numerosi ammalati, spinsero le Amministrazioni provinciali a dotarsi di propri asili. Tra il 1871 e il 1901, dodici province, Napoli, L'Aquila, Campobasso, Catanzaro, Cosenza, Foggia, Lecce, Reggio Calabria, Salerno e Teramo si distaccheranno da Aversa creando propri nosocomi, mentre le province di Campobasso, Cosenza, Avellino, Bari, Foggia e Salerno sposteranno i loro ammalati, consorziandosi tra di loro, a Nocera Inferiore<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Cfr. VITTORIO DONATO CATAPANO, *Appunti per la storia dei movimenti psichiatrici in Campania*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, 1977, vol. I, fasc. 2, p. 217.

<sup>23</sup> Cfr. VITTORIO DONATO CATAPANO, *Aversa e la cultura psichiatrica italiana ed europea. Nota I: Palermo (1816- 1824)*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Aversa, 1979, vol. III, fasc. 6.

<sup>24</sup> Cfr. VITTORIO DONATO CATAPANO, *Appunti...*, p. 234. Una lunga vertenza, che si concluse il 23 agosto 1924 tra gli eredi Ricco, proprietari del nosocomio di Nocera Inferiore e le Province rideterminò che le stesse assumessero la direzione diretta del manicomio, ad esclusione delle Province di Bari ed Avellino, che si erano distaccate dal Consorzio rispettivamente nel 1920 e nel 1921. Per la storia dettagliata della transazione cfr. CARMELO VENTRA, *L'ospedale psichiatrico*

Come si evince dalla tabella successiva la “Maddalena” ospiterà prevalentemente i pazienti di Caserta, Benevento, Chieti, Frosinone, Latina, Potenza <sup>25</sup>, che diventeranno il vero bacino di utenza del manicomio, avendo singolarmente contrattualizzato posti e rette. Anche Napoli ha un peso rilevante per numero di pazienti ricoverati, ma ciò è determinato dal fatto che periodicamente in momenti di sovraffollamento della struttura napoletana, si organizzavano delle vere e proprie deportazioni di gruppi di ammalati. Inoltre, spesso i paesi dell’hinterland napoletano, confinanti con il territorio aversano, preferivano scegliere il manicomio di Aversa per sistemare i propri congiunti, rispetto a quello napoletano. In ogni caso la provenienza per provincia risulta così distribuita:

---

*consortile Vittorio Emanuele II di Nocera Inferiore nel suo primo cinquantennio. 1883 -1934*, Napoli, ITEA, 1934, pp. 86-88.

<sup>25</sup> In caso di posti disponibili erano indicati come pazienti preferenziali anche alienati appartenenti “all’esercito di terra, di mare, alle case di pena, alle carceri giudiziarie, ai corpi morali ed anche a famiglie private”.

<b>Province di residenza</b>	<b>totale</b>	<b>% su totale</b>			
Caserta	839	34,8%	Trento	2	0,1%
Frosinone	498	20,7%	Arezzo	1	0,0%
Napoli	483	20,0%	Ascoli Piceno	1	0,0%
Benevento	127	5,3%	Brescia	1	0,0%
Potenza	81	3,4%	Campobasso	1	0,0%
Latina	81	3,4%	Cuneo	1	0,0%
Chieti	70	2,9%	Gorizia	1	0,0%
Catanzaro	30	1,2%	Grosseto	1	0,0%
Avellino	22	0,9%	Isernia	1	0,0%
Matera	15	0,6%	Lecco	1	0,0%
Roma	14	0,6%	Lione	1	0,0%
Bari	10	0,4%	Lipsia	1	0,0%
Matera	10	0,4%	Macerata	1	0,0%
Pescara	10	0,4%	Mantova	1	0,0%
Foggia	7	0,3%	Milano	1	0,0%
Viterbo	7	0,3%	Modena	1	0,0%
L'Aquila	6	0,2%	Padova	1	0,0%
Messina	5	0,2%	Pavia	1	0,0%
Pistoia	5	0,2%	Pordenone	1	0,0%
Salerno	4	0,2%	Ravenna	1	0,0%
Udine	4	0,2%	Rieti	1	0,0%
La Spezia	3	0,1%	Rovigo	1	0,0%
Perugia	3	0,1%	Siracusa	1	0,0%
Reggio Calabria	3	0,1%	Sondrio	1	0,0%
Venezia	3	0,1%	Tangeri	1	0,0%
Cosenza	2	0,1%	Torino	1	0,0%
Forlì	2	0,1%	Vercelli	1	0,0%
Palermo	2	0,1%	Verona	1	0,0%
Piacenza	2	0,1%	Vicenza	1	0,0%
Sassari	2	0,1%	Zurigo	1	0,0%
Taranto	2	0,1%	non specificato	28	1,2%
			<b>totale</b>	<b>2411</b>	<b>100,0%</b>

Sebbene la tabella riporti i dati per provincia, dalla documentazione si deduce che pochissime pazienti provengono dalle città capoluogo, la quasi totalità abita in piccoli paesi, addirittura frazioni e contrade, per cui i fenomeni di sradicamento e di migrazione<sup>26</sup>, che sono stati registrati per altri nosocomi non possono essere attribuiti al contesto geografico in cui il manicomio di Aversa insiste. Negli anni Settanta e Ottanta del '900 la storiografia sugli ospedali psichiatrici ha correlato con troppa superficialità l'incremento della popolazione internata nei manicomi, il fenomeno dell'industrializzazione, dell'inurbamento e la crisi della famiglia nucleare, omogeneizzando dati di zone italiane, che hanno vissuto uno sviluppo per modalità e tempi completamente diverso. I dati riguardanti la provenienza geografica, per l'arco di tempo qui considerato, delle internate nel manicomio di Aversa conferma l'ipotesi che sono in netta prevalenza le zone rurali ad interagire con l'istituzione. Una istituzione oramai molto consolidata sul territorio se si considera che, nata nel 1813, diventa in breve tempo un punto di riferimento ben conosciuto. L'affermazione dell'istituzione come asilo per persone di difficile gestione è dovuto anche alla crescente presenza sul territorio di medici generici e condotti, che, trovandosi a più stretto contatto con le famiglie, ascoltando le loro difficoltà, interpretando i loro *desiderata* indirizzano, sostengono, convalidano e propongono come soluzione ai problemi individuali e sociali l'internamento manicomiale. Medici generici, alienisti e condotti, ebbero un ruolo decisivo e molto importante in quanto portatori di una nuova teoria che si prefiggeva di incidere sulle abitudini e sugli orientamenti di una società ancora in larga parte contadina, soprattutto al Sud. Spesso queste nuove figure professionali<sup>27</sup>, dopo

---

<sup>26</sup> Come accennavo più avanti, i risultati dell'analisi che fa la Fiorino per il "Santa Maria della Pietà" non possono trovare riscontro nella realtà oggetto della presente ricerca, non solo perché la valutazione è stata fatta sia sulla popolazione femminile che maschile, sia perché il nosocomio romano insiste su un'area urbana, per cui l'inurbamento è un parametro fondamentale per la valutazione del ricovero. Cfr. VINZIA FIORINO, *op. cit.*, pagg. 80 e s. Analogo discorso vale per l'interessante saggio di Laura Schettini che delimita il campo dell'indagine alla città di Roma di fine '800, mettendo in correlazione l'internamento manicomiale con i mutamenti economici e sociali, le cui contraddizioni esplosero in maniera particolare nelle città; cfr. LAURA SCHETTINI, *Tra giudizio psichiatrico e assistenza pubblica: donne internate nel manicomio di Roma alla fine dell'Ottocento*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», Roma, 2002, n. 1, pp. 121-144.

<sup>27</sup> Molto ampia è la letteratura sull'affermazione del ceto medico in età contemporanea, per un primo approccio a tale studio può essere utile PAOLO FRASCANI, *I medici dall'Unità al fascismo*, in MARIA MALATESTA (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 10, I professionisti*, Torino, Einaudi, 1996, pp. 147-189; PAOLO FRASCANI, *Il medico nell'Ottocento*, in «Studi storici», Roma, 1982, a. XXIII, n. 3, pp. 617-637; PAOLO FRASCANI, *Ospedale e società in età liberale*, Bologna, il Mulino, 1986; MARCO SORESINA, *I medici tra stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1998.

aver visitato i pazienti a domicilio, ne ordinavano l'invio in manicomio, dopo aver persuaso i familiari sull'opportunità di tale scelta o con la complicità degli stessi. Ma non bisogna dimenticare che la tutela della sanità pubblica era affidata al Ministero dell'Interno, quindi ai prefetti, sottoprefetti e sindaci insieme alla presenza a vari livelli territoriali di un medico (in ogni comune doveva risiedere un medico ufficiale, un medico provinciale alle dipendenze del prefetto). La polizia, dunque, interveniva in quasi tutti i ricoveri manicomiali, in quanto essa poteva istituire per prima le pratiche di ospedalizzazione quando individuava i soggetti da internare sulla base della contravvenzione all'ordine pubblico. Inoltre, non di secondaria importanza, era la funzione svolta dai sindaci, che nei piccoli paesi, privi di un delegato, fungevano da ufficiali di pubblica sicurezza e potevano per primi avviare la procedura di ricovero, qualora ritenessero che un malato dava disturbo alla tranquillità sociale. Queste figure istituzionali divennero il braccio operativo del sistema elaborato dagli stessi alienisti, basato teoricamente sulle ragioni della scienza medica e di fatto sulla condivisione della responsabilità dei malati con le famiglie.

### **2.3 LA CLASSE DI MANTENIMENTO**

Anche la classe della retta di mantenimento conferma quanto detto riguardo la classificazione delle internate. Il mantenimento dei folli nei manicomi era normato da diverse tipologie di regime, commisurato alla classe sociale di appartenenza. I folli di ceto abbiente erano ospitati a pagamento e a loro era riservato anche un trattamento privilegiato, sia per la tipologia della stanza loro riservata sia per il vitto, migliore e più abbondante. Per i poveri era lo Stato, quale supremo garante della pubblica beneficenza, della pubblica morale e dell'ordine pubblico, a provvedere. L'art. 17 della legge n. 10 del 1865 sanciva l'obbligo per le Province di provvedere al mantenimento dei folli poveri. Ciò in sostanza comportava il pagamento, da parte delle Amministrazioni provinciali, di una retta mensile all'istituto, che ospitava i matti, che risultavano, all'atto del ricovero, essere residenti nell'ambito della loro circoscrizione territoriale.

Classe retta	Totale	% su totale
1 <sup>a</sup>	1	0,0%
2 <sup>a</sup>	13	0,5%
3 <sup>a</sup>	2394	99,3%
non spec.	3	0,1%
totale	2411	100,0%

Come si evince dalla tabella precedente tutte le ricoverate nel manicomio di Aversa appartenevano alla 3<sup>a</sup> classe<sup>28</sup>, cioè a completo carico delle Province, a testimonianza della povertà del ceto di appartenenza, un ceto, come si diceva, prevalentemente rurale. Le famiglie di condizioni agiate tendevano a non ricoverare le donne in manicomio<sup>29</sup>, custodendole all'interno delle mura domestiche, soprattutto perché non divenisse di dominio pubblico un evento ritenuto intimo e scandaloso<sup>30</sup>. Inoltre, dovendo pagare una retta di degenza, abbastanza cospicua, si preferiva rivolgersi ai numerosi manicomi privati presenti sul territorio, che si erano aperti già a partire dalla prima metà dell' '800, che assicuravano discrezione e soprattutto ambienti più confortevoli e un'assistenza più puntuale.<sup>31</sup>

## 2.4 LO STATO CIVILE

Un altro dato di analisi interessante è lo stato civile delle internate. Il prospetto successivo ci mostra una significativa differenza tra le donne sposate (36,8 %) sul totale e tutte le altre: libere, vedove, separate e di condizione non

<sup>28</sup> Nel 1929 le rette giornaliere stabilite erano le seguenti: 1<sup>a</sup> classe £ 22 al giorno, 2<sup>a</sup> classe £ 18 al giorno, 3<sup>a</sup> classe £ 15 al giorno.

<sup>29</sup> Questo dato è nettamente in contrasto con quanto affermato da Adriana Salviato per quanto riguarda le ricoverate nel manicomio di San Clemente a Venezia, dove sono registrate, invece, numerose donne di condizione agiata. Cfr. ADRIANA SALVIATO, *Melanconiche d'altri tempi. Le pazienti del manicomio di San Clemente a Venezia (1873-1904)*, in «Genesis», Roma, Viella, 2003, II/1, p. 69.

<sup>30</sup> Per un caso di ricovero di una donna abbiente si veda all'interno dello scritto il capitolo "La storia di Maria Vittoria".

<sup>31</sup> Già nel 1825 il dottore Giuseppe Santoro, in servizio presso la "Maddalena" di Aversa, ottenne l'autorizzazione da parte del Ministero dell'Interno per l'apertura di una casa di cura a Miano. In un avviso sul «Giornale delle Due Sicilie» del 28 aprile 1838 così la pubblicizzava: "Lo stabilimento di proprietà del signor Santoro, noto al pubblico per la bontà dell'aria e sua ridente posizione è oggi interamente consacrato per uso e comodo dei matti a pagamento". Anche il "Fleurent", ai Ponti Rossi, aperto a nome di Pietro Fleurent, dipendente del nosocomio di Aversa era una "Casa di salute per malattie mentali e nervose" privata come quello dei dottori Tommaso Vernicchi e Saggese, quello di Giuseppe Buonomo e quello di Giuseppe Russo. Cfr. UMBERTO MENDIA, *op. cit.*. Per una descrizione particolareggiata di una casa di cura privata, un mito nella Parigi letteraria, artistica e politica dell'Ottocento, molto bello è il libro di LAURE MURAT, *La maison du docteur Blanche* (trad. it. *La casa del dottor Blanche*, Genova, Il Melangolo, 2007), Parigi, Editions Jean Claude Lattès, 2001.

specificata<sup>32</sup>. Ritengo opportuno unificare i dati relativi alle donne non sposate, in quanto al di là delle differenze vi è un comune denominatore che le unisce: l'assenza dell'autorità maritale. Queste categorie pur presentando situazioni civili diverse devono essere considerate come appartenenti ad uno stesso gruppo ed equivalgono al 57 % del totale<sup>33</sup>.

In base al codice Pisanelli<sup>34</sup> la moglie era sottomessa completamente alle scelte del marito e questo, secondo la retorica del tempo, serviva a non esporre l'unità familiare a possibili "turbazioni", onde preservare ordine familiare e gerarchia coniugale. Sempre a questo scopo, era parimenti stabilito che la *patria potestas* sui figli fosse esercitata unicamente dal padre di famiglia. I principi costitutivi e gli interessi della famiglia reclamavano l'autorizzazione maritale<sup>35</sup>, che non era ritenuta un semplice ossequio al capo della famiglia, "ma una regola d'ordine, d'armonia e di conservazione nella economia domestica", in quanto l'unità della famiglia si identificava con l'unità del potere paterno e con la volontà del padre o marito che sia, anche se questo aveva l'importante contraltare della responsabilità della donna che gravava sull'uomo.

---

<sup>32</sup> Le pazienti che non presentano alcuna specifica si possono ritenere senza tema di sbagliare libere in quanto per le sposate era sempre riportato il nome del marito e generalmente anche il numero dei figli. Annotare le generalità del marito serviva ad avere un indispensabile riferimento per questioni di carattere amministrativo.

<sup>33</sup> Questo dato è in contraddizione con quello riportato dalla Salviato, anche se è riferito esclusivamente ad una sola patologia: la melanconia. Cfr. ADRIANA SALVIATO, *op. cit.*, p. 69.

<sup>34</sup> Cfr. gli articoli del Codice Pisanelli sull'autorizzazione maritale: «Art. 131. Il marito è capo della famiglia: la moglie segue la condizione civile di lui, ne assume il cognome, ed è obbligata ad accompagnarlo dovunque egli creda opportuno di fissare residenza. Art. 132. Il marito ha il dovere di proteggere la moglie, di tenerla presso di sé e somministrarle tutto ciò che è necessario ai bisogni della vita in proporzione delle sue sostanze. La moglie deve contribuire al mantenimento del marito, se questo non ha mezzi sufficienti. Art. 133. L'obbligazione del marito di somministrare gli alimenti alla moglie cessa quando la moglie, allontanatasi senza giusta causa dal domicilio coniugale, ricusi di ritornarvi. Può inoltre l'autorità giudiziaria, secondo le circostanze, ordinare a profitto del marito e della prole il sequestro temporaneo di parte delle rendite parafernali della moglie. Art. 134. La moglie non può donare, alienare beni immobili, sottoporli ad ipoteca, contrarre mutui, cedere o riscuotere capitali, costituirsi sicurtà, né transigere o stare in giudizio relativamente a tali atti, senza l'autorizzazione del marito. Il marito può con atto pubblico dare alla moglie l'autorizzazione in genere per tutti o per alcuni dei detti atti, salvo a lui il diritto di revocarla.»

<sup>35</sup> L'autorizzazione maritale è stata molto studiata e indagata, anche per l'interessante genesi della sua introduzione nella legislazione italiana ed in particolare per l'accesissimo dibattito che si innesco intorno al fatto se tale istituto fosse o meno spurio rispetto alla tradizione legislativa italiana. Cfr. l'importante saggio di MONICA FIORAVANZO, *Sull'autorizzazione maritale. Ricerche sulla condizione giuridica femminile nell'Italia unita*, in «Clio», Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane ottobre-dicembre 1994, n. 4, pp. 641-725. Un accenno al tema lo si trova anche in PAOLO UNGARI, *Storia del diritto di famiglia in Italia (1796-1975)*, Bologna, Il Mulino, 1974; STEFANO RODOTÀ, *Le libertà e i diritti*, in RAFFAELE ROMANELLI (a cura di), *Storia dello Stato italiano dall'Unità ad oggi*, Roma, Donzelli, 1995, p. 305; MANLIO BELLOMO, *La condizione giuridica della donna in Italia. Vicende antiche e moderne*, Torino, Eri, 1970.

Anche se in seguito, con la legge 19 luglio 1919 n. 1176, *Norme circa la capacità giuridica della donna*<sup>36</sup>, la donna potette amministrare liberamente il proprio patrimonio e benché ciò costituisse un importante passo avanti nella parificazione del suo *status*, restarono in piedi ancora molte discriminazioni: il diritto di voto fu raggiunto solo nel 1946 e la completa parificazione del ruolo della donna all'interno della famiglia avvenne solo con l'approvazione del nuovo diritto di famiglia nel 1975, con il quale viene abolita l'autorità maritale, cioè la liceità, da parte del coniuge, di fare uso di "mezzi di correzione" nei confronti della propria moglie.

Tali vincoli, chiaramente, non esistevano per le donne nubili, un volta raggiunta la maggiore età, e per le vedove.

In questo scenario legislativo deve essere inquadrata l'ammissione delle donne in manicomio. Per le donne sposate vi era generalmente l'intervento del marito, che continuò ad esercitare le sue prerogative di capo di famiglia anche in seguito alla legge del 1919, le altre, che possiamo considerare "libere", non sceglievano il ricovero come atto volontario. La legge del 1904 sui manicomi calava come una mannaia soprattutto sulle donne che non erano inserite in un ambito familiare riconosciuto come moralmente accettabile, e in nome della presunta pericolosità sociale e soprattutto con il pretesto di comportamenti non consoni alla morale pubblica ne determinava l'internamento con la complicità di funzionari pubblici e di medici.

Ecco in quale scenario deve essere inquadrato il dato del 57% di internate non sposate. La vulnerabilità delle donne "sole" era altissima, senza la protezione maritale si era costantemente esposte al pericolo dell'internamento, in quanto il controllo sociale su tale tipologia femminile era più alto e più impietoso, quasi che la società stessa avesse bisogno di difendersi e vigilare sulle queste donne incontrollabili ed incontrollate da un'autorità maschile, che ne indirizzasse le scelte e le decisioni.

---

<sup>36</sup> Cfr. Art. 1 c. p. «Gli articoli 134, 135, 136, 137 ed il capoverso dell'art. 1743 del Codice civile, sono abrogati. Gli articoli 1106 e 1107 del Codice civile sono abrogati in quanto si riferiscono alle nullità per difetto di autorizzazione maritale, salvo le disposizioni di cui all'art. 8 della presente legge. Art. 7 Le donne sono ammesse, a pari titolo degli uomini, ad esercitare tutte le professioni ed a coprire tutti gli impieghi pubblici, esclusi soltanto, se non vi siano ammesse espresse espressamente dalle leggi, quelli che implicano poteri pubblici giurisdizionali o l'esercizio di diritti e di potestà politiche, o che attengono alla difesa militare dello Stato secondo la specificazione che sarà fatta con apposito regolamento».

E' questo un dato non adeguatamente analizzato nella letteratura, che ritengo, invece, abbia una valenza straordinaria. La successiva analisi delle cartelle cliniche fa emergere in maniera lampante come le donne autonome fossero costantemente sottoposte al vaglio della comunità sociale, un vaglio chiaramente di natura etica, in un ambito culturale in cui l'irregolarità morale divenne un elemento costitutivo della rappresentazione della malattia mentale.

Rintracciare una affezione psicopatologica che giustificasse l'internamento manicomiale diventò un gioco al quale partecipavano le diverse istituzioni territoriali, un gioco più semplice da giocare quando si era in presenza di una donna "libera".

<b>Stato civile</b>	<b>Totale</b>	<b>% su totale</b>
libere	1039	43,1%
coniugate	887	36,8%
vedove	267	11,1%
separate	2	0,1%
vedove	2	0,1%
non specificato	214	8,9%
<b>totale</b>	<b>2411</b>	<b>100,0%</b>

## **2.5 IL GRADO DI ISTRUZIONE E LA CONDIZIONE ECONOMICA**

Dalla tabella successiva si rileva come la popolazione femminile internata fosse prevalentemente analfabeta, in quanto, penso che il dato relativo al "non specificato" non può essere che accomunato all'indicazione "analfabeta", il cui totale dà un valore pari al 95,7%. Si propende per questa lettura poiché era così insolito per i medici dell'epoca trovarsi al cospetto di una paziente alfabetizzata, che un pur minimo grado di istruzione veniva senz'altro registrato.

<b>Totale anni</b>		
<b>Istruzione</b>	<b>Totale</b>	<b>% su totale</b>
non specificato	1878	77,9%
elementare	90	3,7%
media	2	0,1%
superiore	8	0,3%
diploma professionale	3	0,1%
analfabeta	430	17,8%
<b>totale</b>	<b>2411</b>	<b>100,0%</b>

<b>anni 1859-1899</b>		
<b>Istruzione</b>	<b>Totale</b>	<b>% su totale</b>
non specificato	5	6,76%
elementare	4	5,41%
media	0	0,00%
superiore	0	0,00%
diploma professionale	0	0,00%
analfabeta	65	87,84%
<b>totale</b>	<b>74</b>	<b>100,00%</b>

<b>anni 1900-1925</b>		
<b>Istruzione</b>	<b>Totale</b>	<b>% su totale</b>
non specificato	397	61,65%
elementare	24	3,73%
media	0	0,00%
superiore	0	0,00%
diploma professionale	0	0,00%
analfabeta	223	34,63%
<b>totale</b>	<b>644</b>	<b>100,00%</b>

<b>anni 1926-1950</b>		
<b>Istruzione</b>	<b>Totale</b>	<b>% su totale</b>
non specificato	1476	87,23%
elementare	62	3,66%
media	2	0,12%
superiore	7	0,41%
diploma professionale	3	0,18%
analfabeta	142	8,39%
<b>totale</b>	<b>1692</b>	<b>100,00%</b>

L'indicazione tratta dalle cartelle cliniche è confermata dai valori di carattere generale sull'analfabetismo femminile delle zone rurali del Sud d'Italia, senza dimenticare che la diversità di modello di sviluppo e di tessuto culturale comportano fluttuazioni tali da rendere difficile una suddivisione della storia dell'alfabetismo secondo sicuri intervalli cronologici. Il dato esplosivo non riesce a darci una dimensione di lettura più attendibile e, soprattutto a tal punto diversificata da far rilevare un sicuro aumento della popolazione femminile alfabetizzata. Senza dubbio la dizione "non specificato" così rilevante dal punto di vista numerico, non può che lasciare aperte le possibilità interpretative, poiché dalla documentazione non si è riuscito a rilevare altro. Penso, però, che anche se la presente ricerca abbraccia un arco cronologico così ampio, allo stato della ricerca, la mancanza di alfabetizzazione per questo gruppo può essere tranquillamente considerata come un valore attendibile.

Inoltre vi è da valutare che l'indicatore del grado di alfabetizzazione ben si coniuga con i dati relativi alla condizione economica. Anche qui l'indicatore "non specificata" deve essere letto come "indigente": dalla somma dei due valori si ottiene una percentuale del 98,7 %, che si accorda molto bene sia con il 99,3 % di coloro che vengono ricoverate con una retta di 3<sup>a</sup> classe sia con il 95,7 % delle analfabete.

L'incapacità di leggere e di scrivere delle ricoverate ha anche comportato che oggi, la loro voce, che poteva arrivare fino a noi attraverso loro scritti, non è giunta. Quindi, il loro punto di vista, le loro recriminazioni, le loro lamentele o semplicemente il loro vissuto del periodo dell'internamento, possiamo solo immaginarlo o rilevarlo dal filtro delle descrizioni degli alienisti. Solo in alcuni rarissimi casi le cartelle cliniche conservano lettere e richieste delle pazienti, questa volta non a causa del tempo o dell'incuria ma solo perché le donne non sapevano scrivere.

<b>Condizione economica</b>	Totale	% su totale
non specificata	1.686	69,9%
indigente	695	28,8%
agiata	24	1,0%
decadute	6	0,2%
<b>totale</b>	<b>2411</b>	<b>100,0%</b>

## 2.6 I MESTIERI

Le indicazioni delle occupazioni presenti nelle cartelle cliniche delle ricoverate hanno fatto emergere una molteplicità di mestieri, che per scelta sono state tutti registrati in modo da dare uno spaccato della varietà occupazionale femminile. I dati oggetto di attenzione devono essere quelli relativi a “occupazione sconosciuta” e ai due impieghi maggiormente rappresentati: casalinga e contadina.

<b>Professione</b>	Totale	% su totale			
			cuoca	2	0,1%
casalinga	1056	43,8%	artigiana	2	0,1%
contadina	585	24,3%	beccaia	2	0,1%
occupazione sconosciuta	427	17,7%	arrivettatrice	2	0,1%
domestica	95	3,9%	fabbro	2	0,1%
sarta	48	2,0%	ragioniera	2	0,1%
disoccupata	32	1,3%	carbonaia	1	0,0%
operaia	16	0,7%	albergatrice	1	0,0%
insegnante	12	0,5%	barista	1	0,0%
invalida	11	0,5%	calzettaia	1	0,0%
pensionata	11	0,5%	legnaiuola	1	0,0%
cameriera	11	0,5%	tessitrice	1	0,0%
tessitrice	10	0,4%	vagabonda	1	0,0%
filatrice	9	0,4%	legatrice di libri	1	0,0%
studentessa	8	0,3%	infilaperle	1	0,0%
mendicante	7	0,3%	stiratrice	1	0,0%
ricamatrice	5	0,2%	infermiera	1	0,0%
giornaliera	5	0,2%	orlatrice	1	0,0%
lavandaia	4	0,2%	falegname	1	0,0%
prostituta	4	0,2%	parrucchiera	1	0,0%
venditrice ambulante	3	0,1%	portiera	1	0,0%
commerciante	3	0,1%	modista	1	0,0%
suora	3	0,1%	tessitrice	1	0,0%
levatrice	3	0,1%	guantaia	1	0,0%
impiegata	3	0,1%	stenodattilografa	1	0,0%
fruttivendola	3	0,1%	merciaia	1	0,0%
possidente	3	0,1%	<b>totale</b>	<b>2411</b>	<b>100,0%</b>
cucitrice	2	0,1%			

Naturalmente queste due occupazioni erano spesso correlate, non vi era una divisione netta tra di loro. Nella famiglia patriarcale, la posizione sociale e lavorativa della donna nella produzione agricola è fortemente condizionata proprio dalla famiglia, la donna oltre ad occuparsi dei lavori domestici e dei figli affiancava il marito nei lavori dei campi. Appartenenza familiare e attività lavorativa coincidevano, poiché la famiglia era l'unità produttiva principale, la divisione del lavoro era, innanzitutto, una divisione del lavoro all'interno della famiglia.

Un tratto comune delle famiglie contadine tradizionali era la separazione o meglio la complementarità dei compiti maschili e femminili; se da una parte era necessaria la presenza di entrambi i generi per garantire la sopravvivenza della comunità, dall'altra l'equilibrio interno della famiglia come unità produttiva era il fattore che determinava più degli altri la divisione<sup>37</sup>. In molte attività, gran parte delle quali erano svolte dalle donne, i compiti familiari e di cura non risultavano scissi né fisicamente né nell'organizzazione quotidiana del tempo; si differenziano i ruoli e le responsabilità tra i sessi, ma il complesso di compiti produttivi e riproduttivi erano interscambiabili e sovrapponibili. Per cui le donne ammesse in manicomio erano indifferentemente registrate, alla voce occupazione, o come contadine o come casalinghe proprio perché i due ruoli non presentavano una linea di demarcazione così netta. Senza tema di dubbio, va interpretato allo stesso modo il dato "occupazione sconosciuta", in quanto la mancata registrazione di una specifica occupazione non può che far presupporre che si è in presenza di una donna casalinga/contadina. Sommando le percentuali della casalinga, contadina, e "occupazione sconosciuta" si totalizza l'85,9 % della popolazione femminile internata, ancora una volta un dato che convalida tutti gli altri analizzati. Per quanto riguarda le altre attività, per avere una visione maggiormente sintetica si è ritenuto necessario raggruppare per aree professionali più ampie i singoli mestieri e mansioni: domestica: 109 (4,5%) (domestica 95, cameriera 11, cuoca 2, portiera 1); attività artigianali (settore tessile): 82 (3,4%) (sarta 48, tessitrice 12, filatrice 9, ricamatrice 5, cucitrice 2, calzettaia 1, arrivettatrice 1, orlatrice 1, guantaia 1,

---

<sup>37</sup> Per un'analisi approfondita del ruolo della donna all'interno della famiglia italiana nel periodo di interesse cfr. CHIARA SARACENO, *Sociologia della famiglia*, Bologna, il Mulino, 1988, PIERO MELOGRANI-LUCETTA SCARAFFIA (a cura di), *La famiglia italiana dall'Ottocento a oggi*, Bari, Laterza, 1988.

modista 1, infilaperle 1); attività legate al commercio e artigianato: 23 (1,0%) (venditrice ambulante 3, commerciante 3, fruttivendola 3, artigiana 2, beccaia 2, fabbro 2, carbonaia 1, albergatrice 1, barista 1, legnaiuola 1, legatrice di libri 1, falegname 1, parrucchiera 1, merciaia 1); nascente industria: 21 (0,9%) (operaia 15, impiegata 3, ragioniera 2, stenodattilografa 1); altro: 40 (1,7%) (insegnante 12, studentessa 8, lavandaia 4, giornaliera 4, prostituta 4, suora 3, levatrice 3, stiratrice 1, infermiera 1); condizioni sociali varie: 65 (2,7%) (disoccupata 32, invalida 11, pensionata 11, mendicante 7, possidente 3, vagabonda 1).

Questi dati registrano delle occupazioni rilevate nella loro fissità, sfortunatamente non possono evidenziare cambiamenti occupazionali che si verificavano nell'arco dell'anno, quando, ad esempio, scarseggiando il lavoro nei campi, le donne si dedicavano a lavori casalinghi di tessitura e filatura o magari si occupavano come domestiche giornaliere. Comunque, le basse percentuali relative a lavori diversi rispetto a quello di casalinga/contadina non danno adito ad interpretazioni che possano discostarsi dall'anamnesi precedente della popolazione femminile internata.

## **2.7 Il motivo del ricovero**

Per l'analisi di questo dato penso che sia opportuno analizzare prima di qualsiasi osservazione la tabella successiva, in quanto ad una attenta lettura dei dati riportati si può immediatamente comprendere la portata del fenomeno. Sono state accomunate pochissime descrizioni per dare maggiormente il senso a chi legge delle motivazioni "scientifiche", che portavano una donna ad essere ricoverata in manicomio.

<b>Motivo del ricovero</b>	<b>Totale</b>	<b>% su totale</b>
pericolosa per sé e per gli altri	835	34,6%
trasferita/anche da carcere	584	24,2%
non specificato	377	15,6%
tentato suicidio/si precipitò in un pozzo	112	4,6%
eccessi furiosi	82	3,4%
pubblico scandalo	76	3,2%
violenta	70	2,9%
si allontana da casa/fugge da casa/vagabondaggio/esce di casa ad ogni ora	41	1,7%
minaccia tutti	36	1,5%
atti osceni	20	0,8%
convulsioni epilettiche	19	0,8%
deliri/idee deliranti	16	0,7%
disordini nella condotta/atti inconsulti	15	0,6%
agitazione/eccitamento/turbe psicomotorie	13	0,5%
incompatibile alla vita di famiglia	12	0,5%
perseguita il marito/percuote il marito/aggressione al marito/tendenze ostili contro il marito	8	0,3%
stato malinconico	6	0,2%
propositi omicidi	6	0,2%
allucinazioni	6	0,2%
necessità di sorveglianza essendo orfana/perché non può essere sorvegliata in famiglia	5	0,2%
rapporti sessuali occasionali/offre prestazioni sessuali a qualunque giovane/invita i ragazzi ad		
atti illeciti/ha fatto oggetto di persecuzione erotica un ufficiale del paese	4	0,2%
povera e senza mezzi/vive in stato di povertà	4	0,2%
piromania	4	0,2%
incosciente del pericolo	4	0,2%
incapace di qualsiasi difesa	4	0,2%
stravagante	3	0,1%
si diede alla prostituzione	3	0,1%
isteria	3	0,1%
crede di essere stata stregata/di essere vittima di una fattura/di avere il diavolo in casa	3	0,1%
si mostra nuda in pubblico	2	0,1%
rifiuta il cibo e si insudicia con la propria urina/rifiuta il cibo	2	0,1%
grida	2	0,1%
toglieva le mattonelle dall'abitazione per scagliarle contro i passanti	1	0,0%
tentò di incendiarsi i capelli bagnandoli con il petrolio	1	0,0%
tentato suicidio ed omicidio	1	0,0%
tendenze lubriche ed esibizioniste	1	0,0%
tendenze erotiche con perdita del pudore	1	0,0%
tendenze anormali riguardanti la sfera sessuale	1	0,0%

tendenza alle pratiche religiose	1	0,0%
stranezze ed isterie	1	0,0%
sospetto tradimento	1	0,0%
si strappò la lingua e i denti	1	0,0%
si strappa ciocche di capelli	1	0,0%
sentimenti erotici e religiosi	1	0,0%
schizofrenia	1	0,0%
salvaguardare il decoro e la dignità della famiglia	1	0,0%
ruba	1	0,0%
rifiuta di allattare e tenta di soffocare il figlio	1	0,0%
richiama gli uomini ad atti erotici	1	0,0%
recandosi in un monastero bestemmiava e molestava le suore	1	0,0%
mania religiosa	1	0,0%
ipocondriaca	1	0,0%
invoca gli angeli e vede il demonio	1	0,0%
instabilità di carattere	1	0,0%
in attesa di giudizio per violenza carnale	1	0,0%
ha tentato di farsi violentare da un minorenne	1	0,0%
ha cercato di sotterrare un figlio	1	0,0%
fenomeni maniacali	1	0,0%
erotomania	1	0,0%
eccessi di pianto	1	0,0%
è stata adultera	1	0,0%
disordini mentali	1	0,0%
ballava e cantava per strada e in casa	1	0,0%
autolesionismo	1	0,0%
andava nelle case altrui dicendo che erano di sua proprietà	1	0,0%
adesca bambini portandoli su alture per poi gettarli nel vuoto	1	0,0%
<b>totale</b>	<b>2411</b>	<b>100,0%</b>

La motivazione per la quale si richiedeva l'internamento di una persona doveva essere sempre specificata o all'interno della modulistica prestampata o nel certificato di ricovero. Per lo più il medico usava la definizione generica prevista dalla legge del 1904, "Perché pericolosa per sé e per gli altri", cavandosi dagli impicci, ma come si può vedere dai dati in tabella altre volte veniva descritto in maniera minuziosa l'evento più o meno traumatico che aveva determinato la necessità dell'internamento. Ma chi raccontava l'evento? Certamente non la donna che forse poteva avere lo spazio per dare la sua versione

dei fatti esclusivamente, una volta ricoverata, ai medici dell'ospedale<sup>38</sup>. Le notizie arrivavano al medico dai familiari, dalle altre persone del luogo o dalle forze dell'ordine e il medico non avendo la possibilità di riscontrare se il fatto si fosse verificato e con quali modalità, generalmente dava credito al racconto di coloro che si rivolgevano a lui, una pletora di persone che immaginiamo essere presa il più delle volte da ansia, concitazione e foga. La casistica, che si è voluta mantenere nella tabella precedente, pur sembrando molto ampia si può ridurre a pochi fenomeni, gli stessi che preoccupavano i ricoveranti: forme di violenza contro se stessa, e/o contro gli altri, testardaggine, atteggiamenti riprovevoli in ambito sessuale, eccessi di passione e di sentimenti, lo stato di necessità economica. Quindi la disubbidienza era necessariamente da reprimersi, tanto più quando era accompagnata da eccessi violenti, da un non controllo del proprio corpo: il girovagare, il denudarsi, l'aggressività, la provocazione sessuale, il rifiuto del cibo, il rifiuto della maternità, l'adulterio, la bestemmia.

## 2. 8 LE DIAGNOSI

Molto lungo e con implicazioni impegnative è il discorso sulla storicità della malattia mentale, che quasi sempre si impone come definizione diagnostica per un periodo di tempo più o meno lungo per poi scomparire. Tale parabola è determinata dalla stretta connessione tra le sofferenze psichiche e le trasformazioni sociali; infatti, quasi sempre, il manifestarsi e il diffondersi di una determinata malattia è strettamente connesso al divario tra condotte ritenute valide, accettabili e altre considerate negative se non addirittura pericolose. Tracciare una storia delle malattie attraverso le cartelle cliniche sarebbe un'indagine molto interessante in quanto si configurerebbe come una storia del modo in cui la cultura, la società, le mode hanno influito sulle diagnosi delle malattie mentali e del modo in cui queste diagnosi hanno influenzato a loro volta la produzione di sintomi da parte dei pazienti<sup>39</sup>. E' la cultura che possiede modelli di sintomi considerati legittimi ed illegittimi: le nozioni di ciò che i

---

<sup>38</sup> Non è dello stesso parere Paula Bell Pesce, che dà un ruolo attivo alla donna ricoveranda, ma nei documenti da me consultati non vi è una convalida di tale comportamento. Cfr. PAULA BELL PESCE, *Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al manicomio di Palermo (1890-1902)*, in «Genesis», Roma, Viella, 2003, II/1, p. 104 e s.

<sup>39</sup> Per uno studio sulla storia delle patologie cfr. EDWARD SHORTER, *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic medicine in the Modern Era*, (trad. it. *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall' '800 a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1993), New York, The Free Press, 1992.

medici considerano una malattia autenticamente organica possono cambiare nel corso del tempo così come le percezioni e le idee delle pazienti, portati a produrre solo sintomi legittimi. Solo per fare un esempio noto, si può pensare alla grande diffusione che sul finire del secolo XIX ebbe l'isteria per poi scomparire nel giro di alcuni decenni. «Malati e malattie esistono in quanto vi è un modello teorico e una pratica di medicalizzazione... che li ha individuati, riconosciuti e quindi costruiti»<sup>40</sup>. Dalla lettura delle cartelle cliniche, che, come si è detto, riportano la voce, anche se spesso non codificata, di diversi attori, si desume una molteplicità di codici culturali, la cui concatenazione fa emergere in maniera chiara ed incontrovertibile le classificazioni e i modelli sempre in continua evoluzione.

Nella seconda metà dell'Ottocento, l'approccio alienista di tradizione francese, ispirato alle teorie di Pinel e di Esquirol, viene sostituito da un orientamento di tipo organicista, elaborato soprattutto in ambito tedesco. Quindi, l'attenzione del medico alienista si trasferisce dalle funzioni emotive ed intellettuali del paziente, in quanto si credeva che la malattia mentale fosse prodotta da un'alterazione dell'equilibrio di queste, all'indagine sulle alterazioni organiche del sistema nervoso e sulle lesioni cerebrali.

In Germania dopo la lunga stagione spiritualista, Wilhelm Griesinger, che diventerà direttore della Clinica neuropsichiatrica e del manicomio di Berlino, sosteneva la necessità per il sapere psichiatrico di cambiare ottica, la follia in quanto malattia del cervello non poteva «essere studiata in modo adeguato se non da un punto di vista medico, tutti gli studi extra medici della follia, ed in particolare tutti quelli che erano stati fatti da poeti e da moralisti, non avevano il minimo valore dal punto di vista di questa affezione»; la nuova cultura psichiatrica doveva avere come riferimento discipline quali «l'anatomia, la fisiologia e la patologia del sistema nervoso, oltre che tutta la patologia e terapeutica speciale prese nel loro insieme»<sup>41</sup>.

Gli psichiatri italiani cominciavano anch'essi a spostare il loro interesse sull'indagine anatomo-clinica delle alienazioni mentali e sullo studio dell'anatomia normale e patologica del sistema nervoso<sup>42</sup>. A livello organico, la

---

<sup>40</sup> Cfr. VINZIA FIORINO, *La cartella clinica...., op. cit.*, p. 62

<sup>41</sup> Cfr. WILHELM GRIESINGER, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Stuttgart, 1845, (1861<sup>2</sup>), p. 12

<sup>42</sup> Cfr. Carlo Livi considerava i «tre duci e maestri» della psichiatria «il microscopio e la sperimentazione, d'accordo con l'osservazione clinica» capaci di portare avanti «l'ardita esplorazione del regno materiale dell'io umano, che si chiama cervello». Cfr. CARLO LIVI, *Del*

donna, per la scienza del tempo, presentava dei limiti che ne condizionavano l'esistenza: una debolezza psico-nervosa costituzionale nelle funzioni più elevate, un'instabilità di temperamento, per cui "è forse la donna, a parità di condizioni, più dell'uomo volta ad impazzire".<sup>43</sup>

Soprattutto, la nosografia italiana promuove fortemente la nuova classificazione di E. Kraepelin<sup>44</sup>, che con spirito molto clinico, utilizzava fondamentalmente due parametri: la sintomatologia clinica e il decorso<sup>45</sup>. Essa vedeva la netta distinzione tra i disturbi organici, che riguardavano soprattutto le lesioni cerebrali e i disturbi funzionali.

In Italia per le rilevazioni statistiche all'interno dei manicomi si faceva riferimento allo schema proposto da Andrea Verga nel 1874<sup>46</sup>, anche se psichiatri e scienziati continuavano a formulare proposte di organizzazione e di classificazione delle malattie mentali, basti ricordare il grande sforzo organizzativo di Enrico Morselli nel 1885<sup>47</sup> e poi in seguito quello di Eugenio Tanzi agli inizi del '900<sup>48</sup>. Comunque, rimarrà il problema della mancanza di un accordo tra gli specialisti su una classificazione o uno schema per il censimento delle malattie mentali.

All'Università di Napoli, agli studenti di medicina, nel periodo di nostro interesse, si presentavano due insegnamenti opposti tra di loro: quello di

---

*metodo sperimentale in freniatria e medicina legale. Discorso che potrebbe servire a uso di programma*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale», Reggio Emilia, Tip. di Stefano Calderini, 1875, vol. 1, p. 2. Anche Miraglia, anni prima affermava «La follia nel maggior numero dei casi è fondata sopra organica predisposizione cerebrale la quale è costituita da speciale struttura del cervello medesimo»: cfr. GIOVANNI MIRAGLIA, *Osservazioni medico-frenologiche*, Aversa, Tipografia del Reale Morotroffio, 1845, p.19

<sup>43</sup> FRANCESCO DEL GRECO, *L'individualità somato-psichica della donna e le sue frenopatie*, in «Il manicomio moderno», Nocera Inferiore, Tip. del Manicomio, 1901, p. 40

<sup>44</sup> L'edizione italiana del manuale di Kraepelin più diffusa fu quella curata da Clodomiro Bonfigli, attivo nel manicomio di Ferrara dal quale partirà più tardi la battaglia dei giovani kraepeliniani; infatti le idee di Kraepelin saranno difese per lo più da psichiatri operanti attorno all'ospedale psichiatrico di Ferrara. Sulla diffusione delle teorie di Kraepelin in Italia cfr. FABIO STOK, *Kraepelin e i kraepeliniani in Italia*, in AA.VV. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 373-396.

<sup>45</sup> Sulla base di questi due criteri egli isola due entità "nosologiche": la demenza precoce e la psicosi maniaco-depressiva. Oltre le notevoli differenze dei quadri clinici, il dato più significativo è l'esito in demenza per la demenza precoce, e la guarigione, perlomeno dell'episodio, per la psicosi maniaco-depressiva

<sup>46</sup> Cfr. ANDREA VERGA, *Proposta di una classificazione uniforme delle malattie mentali a scopo particolarmente statistico*, Milano, Tipografia Rechiedei, 1874

<sup>47</sup> Cfr. ENRICO MORSELLI, *Manuale di semeiotica delle malattie mentali. Guida alla diagnosi della pazzia per i medici, i medico-legali e gli studenti*, Milano, Vallardi, 1885

<sup>48</sup> Cfr. EUGENIO TANZI, *Trattato delle malattie mentali*, Milano, Società editrice libraria, 1905

Miraglia<sup>49</sup>, convinto assertore dell'approccio biologico e organico dello studio dell'alienazione mentale, e quello di Salvatore Tommasi, che continuava a sostenere che le malattie mentali erano determinate da «disturbi nell'organismo delle spirito» e che non vi era alcuna connessione tra esse e le malattie corporee, individuando nell'educazione la vera «profilassi della pazzia»<sup>50</sup>.

Con la direzione di Buonomo della Clinica psichiatrica dell'Università di Napoli si sgombra il campo da qualsivoglia dubbio. Per quest'ultimo «si è pazzi, perché si hanno perturbate le funzioni psichiche...e i fatti psichici o mentali...hanno la più stretta relazione con l'organismo del corpo e più immediatamente con la organizzazione del sistema nervoso»<sup>51</sup>.

In questa temperie culturale, alla quale deve aggiungersi la diffusione della cultura positivista in Italia che trovò nella psichiatria uno dei terreni più fertili di incontro<sup>52</sup>, il grande problema rimaneva quello di stilare una nosografia condivisa che potesse essere applicata da tutti. Tutti i congressi degli psichiatri avevano come oggetto «la classificazione della pazzia». Le diversificazioni degli orientamenti sono ben esplicitati da Gaspare Virgilio, che afferma: «Molti partono dal punto di vista della natura delle cagioni, e taluni da quello dell'anatomia patologica; altri invece vogliono prendere partenza dai sintomi psichici, corso e fasi dell'affezione mentale. Questi tre principi, nello stato attuale della scienza, presi isolatamente, non ponno che fornire alla classificazione basi abbastanza solide. Sarebbe quindi necessario, utilizzando tutti e tre quei fattori, *Cause, Sintomi e Notomia* patologica, combinare insieme i dati sicuri, di cui abbiamo bisogno»<sup>53</sup>.

Come dicevo prima molto interessante sarebbe uno studio sistematico diacronico delle cartelle cliniche in modo da verificare, attraverso le indicazioni

---

<sup>49</sup> Cfr. BIAGIO GIOVANNI MIRAGLIA, *Prolusione inaugurale per la Clinica delle Malattie Mentali nella reale Università degli Studi di Napoli, pronunciata nel d' 5 marzo 1863*, in «Annali Frenopatici Italiani», Aversa, Tip. del R. Morotroffio, vol. I, anno I, 1863, pp. 9-24.

<sup>50</sup> Cfr. SALVATORE TOMMASI, *Sulle psicopatie in generale, lezione raccolta dal dottor Casini*, in «Il Morgagni», anno XIII, 1871, pp. 445-458. Per una descrizione dettagliata degli studi di psichiatria a Napoli, cfr. VITTORIO DONATO CATAPANO, *Neurologia e psichiatria a Napoli nella seconda metà dell'Ottocento*, Napoli, Luciano Editore, 1996.

<sup>51</sup> Cfr. GIUSEPPE BUONOMO, *Prefazione*, in «La psichiatria la neuropatologia e le scienze affini. Gazzetta trimestrale», Napoli, Stab. Tip. dell'Unione, anno 1, fasc. 1, 1883, pp. 7-8

<sup>52</sup> Cfr. FERRUCCIO GIACANELLI-GIORGIO CAMPOLI, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e scienze umane», n. 3, 1973, pp. 1-16

<sup>53</sup> Cfr. GASPARE VIRGILIO, *Delle malattie mentali e del governo tecnico dell'asilo nel quinquennio 1877-1881: conto statistico clinico reso alla commissione amministrativa pel dr. G. Virgilio*, Aversa, Tip. dell'Istituto Artistico di Giacomo Turi e figli, 1883, p. 115

diagnostiche, sia il modo in cui i modelli teorici elaborati sono stati applicati nel riconoscere negli individui internati una patologia psichiatrica, sia la tempistica delle trasformazioni e delle permanenze nella pratica clinica delle elaborazioni teoriche. Molto spesso la stessa sintomatologia veniva etichettata con una diagnosi diversa non solo in tempi differenti ma anche nello stesso periodo.

Nelle tabelle che seguono possono essere rilevate dalla ampia casistica riportata tutte le ambiguità di una nosografia non consolidata né condivisa. Il problema che gli alienisti si ponevano era: come, dunque, diagnosticare una malattia? La classificazione era basata *in primis* sulla sintomatologia, sintomatologia riferita in alcuni casi dai malati, quindi filtrata attraverso le sensazioni oggettive da essi sperimentati; il più delle volte essa era ricavata dalle note informative del certificato medico e, quindi, o rilevata dallo stesso medico o riferita dai parenti al medico stesso; una terza modalità di rilevazione era ricavata dall' "osservazione" del comportamento dei pazienti dopo il ricovero nel nosocomio. Comunque, a questo livello di studi si può solo affermare che la classificazione diagnostica era permeata sia da tratti imputabili all'antica teoria umorale sia alla più recente impostazione organicistica ma senza tralasciare un'attenzione particolare alle storie, ai sentimenti e alle relazioni delle internate.

Delle due tabelle che seguono la prima ci mostra tutte le indicazioni diagnostiche ricavate dalle cartelle cliniche, dalle quali si evince come una terminologia variegata indicava spesso la stessa patologia; la seconda, invece, è stata elaborata unificando in macroaree le diagnosi, in modo da far cogliere più facilmente il senso dei dati raccolti.

<b>Diagnosi d'ingresso</b>	<b>Totale</b>	<b>% su totale</b>			
malinconia/stato			tabo paralisi/tabe	11	0,5%
depressivo/psicosi maniaco			psicosi confusionale	11	0,5%
depressiva	302	12,5%	paranoia allucinatoria	11	0,5%
demenza senile	196	8,1%	paralisi progressiva	11	0,5%
frenastenia	140	5,8%	demenza epilettica	11	0,5%
eccitamento			psicosi involutiva	10	0,4%
maniacale/psicomotorio	131	5,4%	oligofrenia	10	0,4%
schizofrenia	117	4,9%	sindrome catatonica	9	0,4%
senza diagnosi	107	4,4%	monomania intellettuale	9	0,4%
demenza precoce	101	4,2%	sordomutismo	8	0,3%
psicosi allucinatoria	92	3,8%	presbiofrenia	8	0,3%
psicosi	66	2,7%	idiozia con epilessia	8	0,3%
frenastenia con epilessia	63	2,6%	psicosi puerperale	7	0,3%
psicosi paranoide	62	2,6%	mania con furore	6	0,2%
demenza	60	2,5%	lipemania	6	0,2%
frenosi epilettica	50	2,1%	psicosi maniacale	5	0,2%
psicosi amenziale	48	2,0%	lipemania	5	0,2%
epilessia	45	1,9%	imbecillità	5	0,2%
mania	40	1,7%	demenza paralitica	5	0,2%
frenosi maniaco depressiva	39	1,6%	catatonica	5	0,2%
demenza precoce ebefrenica	39	1,6%	sindrome confusionale	4	0,2%
psicosi epilettica	36	1,5%	sclerosi a placche	4	0,2%
idiozia/deficienza mentale	33	1,4%	querulomania	4	0,2%
imbecillità	32	1,4%	paralisi	4	0,2%
frenosi senile	31	1,3%	oligofrenia	4	0,2%
frenosi isterica	30	1,2%	non folle	4	0,2%
demenza consecutiva	28	1,2%	imbecillità con epilessia	4	0,2%
demenza post-apoplettica	25	1,0%	deceduta in osservazione	4	0,2%
psicosi post-infettiva	24	1,0%	sindrome dissociativa	4	0,2%
psicosi pre-senile	23	1,0%	follia periodica/circolare	4	0,2%
confusione mentale	22	0,9%	psicosi carceraria	3	0,1%
frenosi sensoria	21	0,9%	sindrome stuporosa	2	0,1%
demenza arteriosclerotica	20	0,8%	psicosi luetica	2	0,1%
psicosi isterica	18	0,7%	psicosi da menopausa	2	0,1%
distimia	18	0,7%	lue	2	0,1%
psicosi paranoica	17	0,7%	cretinismo	2	0,1%
morbo di Parkinson	17	0,7%	corea	2	0,1%
frenosi ipocondriaca	17	0,7%	sindrome pseudo bulbare	1	0,0%
frenastenia cerebropatica	16	0,7%	morfinomania	1	0,0%
amenzia	16	0,7%	monomania	1	0,0%
delirio	14	0,6%	idrocefalia	1	0,0%
delirio acuto paranoico	12	0,5%	equivalenti comiziali	1	0,0%
			<b>totale</b>	<b>2411</b>	<b>100,0%</b>

Diagnosi d'ingresso		totale	% su totale	
	-	140	5,8%	
Frenastenien	idiozia/deficienza mentale/oligofrenia	47	2%	
	imbecillità	14	0,6%	
	cretinismo	2	0,1%	
	frenastenia cerebropatica	16	0,7%	
Melanconia	malinconia/stato depressivo/ distimia	320	13,2%	
	Psicosi/frenosi maniaco depressiva	39	1,6%	
	-	40	1,7%	
	eccitamento maniaco/psicomotorio	131	5,4%	
	lipemania	11	0,4%	
	monomania intellettuale	10	0,4%	
	mania con furore	6	0,2%	
	querulomania	4	0,2%	
	Frenosi semplice	demenza precoce/ ebfrenica	140	5,8%
		demenza	60	2,5%
demenza consecutiva		28	1,2%	
demenza post-apoplettica		25	1,0%	
idrocefalia		1	0,0%	
Schizofrenia/ delirio		289	12%	
psicosi allucinatoria/ psicosi				
psicosi paranoica-oide/ delirio acuto		102	4,3%	
paranoico/ paranoia allucinatoria				
psicosi confusionale/ psicosi		75	3,2%	
Follia	amenziale/amenzia			
	psicosi involutiva	10	0,4%	
	folia periodica/circolare	4	0,2%	
	psicosi maniaco	5	0,2%	
	psicosi carceraria	3	0,1%	
	frenosi epilettica/epilessia/ frenastenia con epilessia	158	6,6%	
	psicosi epilettica	36	1,5%	
	demenza epilettica	11	0,5%	
	idiozia/imbecillità con epilessia	12	0,5%	
	equivalenti comiziali	1	0,0%	
Senile	demenza senile	196	8,1%	
	frenosi senile/ presbiofrenia	39	1,6%	
	psicosi pre-senile	23	1,0%	
	demenza arteriosclerotica	20	0,8%	
Confusionale	confusione mentale/sindrome confusionale/sindrome dissociativa	30	1,3%	
	Isteria	30	1,2%	
Puerperale	psicosi isterica	18	0,7%	
	psicosi puerperale	7	0,3%	
Menopausale	psicosi da menopausa	2	0,1%	
Frenosi complicate	Motoria			
	morbo di Parkinson	17	0,7%	
	paralisi progressiva	11	0,5%	
	demenza paralitica	5	0,2%	
	paralisi	4	0,2%	
	sclerosi a placche	4	0,2%	
	corea	2	0,1%	
	sindrome pseudo bulbare	1	0,0%	
	Sensoria	frenosi sensoria	21	0,9%
	Post-infettiva	psicosi post-infettiva	24	1,0%
tabo paralisi/tabe/ psicosi luetica/ lue	15	0,7%		
sindrome stuporosa	2	0,1%		

	Ipocondriaca	frenosi ipocondriaca	17	0,7%
	Catatonica	sindrome catatonica/ catatonia	14	0,6%
	Tossica	morfinomania	1	0,0%
Altro	senza diagnosi		107	4,4%
	deceduta in osservazione		4	0,2%
	non folle		4	0,2%
<b>totale</b>			<b>2411</b>	<b>100,0%</b>

## 2.9 LE DIMISSIONI

La dimissione dai manicomi ha sempre comportato, per le responsabilità che vi erano connesse, problematiche giuridiche e di ordine pubblico rilevanti, così come per le ammissioni.

Il problema ad Aversa si pose fin dall'inizio delle attività del manicomio, nel 1813<sup>54</sup>. Il ministro Zurlo varò un primo Regolamento che stabiliva per quanto riguardava le dimissioni che nel caso di dimissione il paziente veniva affidato ai parenti, se erano stati essi a richiederne la reclusione in manicomio; nel caso in cui l'internamento fosse stato chiesto dalle autorità di pubblica sicurezza, sindaci o magistrati, il soggetto sarebbe stato ad essi consegnato per la restituzione al luogo d'origine. Tale disciplina fu mantenuta nei Regolamenti successivi fino al Regolamento del 1905 e dalla successiva modifica del 1909 in applicazione della legge nazionale del 1904. Tutta una serie di autorizzazioni e decreti accompagnavano l'uscita del ricoverato, assegnato ai parenti "in via di esperimento" quando le sue condizioni erano talmente migliorate da consentire un trattamento a domicilio, ma solo in caso di definitiva guarigione, attestata dal direttore del manicomio, il procuratore decretava il licenziamento definitivo. I folli detenuti guariti, invece, venivano restituiti al carcere di provenienza, facendoli accompagnare da un funzionario di polizia.

Dalla tabella successiva si evidenzia come dato rilevante che ben il 71% delle ricoverate moriva in manicomio. Le dimissioni erano infrequenti sia per l'indisponibilità della famiglia ad accogliere le pazienti ma il più delle volte perchè i medici non davano parere favorevole alla dimissione anche se le famiglie ne richiedevano fortemente il licenziamento. Il sentimento più diffuso, quando si tratta di ricoveri non riconducibili a situazioni di pubblico scandalo, è quello di riportare a casa il familiare, in quanto spesso prevaleva il sentimento della vergogna nell'espone pubblicamente il dramma della malattia mentale, quanto più se ne era

<sup>54</sup> Cfr. VITTORIO DONATO CATAPANO, *Le reali ...*, cit., pp. 177 e segg.

interessato un membro della famiglia di sesso femminile. Sono stati riscontrati numerosi casi di ritiro delle pazienti “su responsabilità del marito contro il parere della direzione medica”.

Le richieste delle famiglie, attestate nella documentazione archivistica, sono riconducibili a diverse dinamiche dell'economia familiare. Infatti, quando l'internata presenta determinate caratteristiche quali: una malattia non eccessivamente pericolosa, una famiglia strutturata e con legami molto forti al suo interno, la giovane età e soprattutto una funzione insostituibile nell'economia del gruppo familiare, ecco che la richiesta della famiglia diventa più pressante e a volte determinante per il suo rilascio.

La variabile che più di ogni altra appare determinante per la lungodegenza o, al contrario, per l'internamento di breve durata è dunque la presenza e la disponibilità della famiglia di origine. Naturalmente l'assenza di una famiglia e coloro che sono considerate incurabili, come le “idiote” o “imbecilli” restano in famiglia fino ad una certa età, generalmente fino alla morte della madre che le ha accudite, e poi sono ricoverate in manicomio, che diventa di solito per loro un cronico. Donne sole e gravemente ammalate sono le caratteristiche delle lungodegenti: per loro il manicomio è sinonimo di altre istituzioni preposte all'accoglienza di tali tipologie di donne, ospizi, istituti di correzione, orfanotrofi.

Le statistiche pubblicate dai direttori del manicomio attraverso gli anni evidenziano le cause dei decessi dovuti a stati clinici spesso già compromessi all'atto del ricovero, ma il più delle volte venivano refertate patologie tipiche di strutture reclusive, dove la grande promiscuità e le condizioni igieniche scadenti ne determinavano la diffusione. Una riflessione va fatta su due dati che possono essere unificati, quelli relativi a “migliorate” e “uscite in prova”. Le due dizioni hanno lo stesso significato, poiché qualora migliorate le pazienti uscivano “in prova”, affidate ai parenti, quindi il dato complessivo raggiungente il 15,1 %.

Ma la notazione più significativa è che su una campionatura così ampia solo lo 0,5% equivalente a 13 casi erano considerati “non dell'opera”. Questa definizione era data dagli alienisti nella “decisione di follia”, a seguito di un periodo di “osservazione”, di un massimo 30 giorni anche prorogabili, durante i quali dall'attento esame dei comportamenti della paziente si deduceva se era matta o non. Il dato non può essere letto solo in un modo: finire in manicomio era molto difficile che la scienza medica potesse esimersi da un suo intervento sulle persone. In

seguito avremo modo di verificare meglio quanto qui accennato.

<b>Motivo di dimissione</b>	<b>Totale</b>	<b>% sul totale</b>
morte	1711	71,0%
migliorate	333	13,8%
trasferite	213	8,8%
guarite	95	3,9%
uscite in prova	32	1,3%
dimesse	14	0,6%
non dell'opera	13	0,5%
<b>totale</b>	<b>2411</b>	<b>100,0%</b>

### 3. LE PROTAGONISTE

Come già detto in precedenza, tra le varie tipologie documentarie visitate, fonte privilegiata per la presente ricerca sono state le cartelle cliniche. Attraversarle è stato come compiere un viaggio, ma piuttosto che visitare un luogo chiuso, appartato, isolato, nel leggere questi documenti si andava disvelando un affresco della società intera: la raffigurazione del “fuori” paradossalmente era maggiormente chiara e lampante quanto più ci si avventurava nei meandri interni dell’istituzione manicomiale.

Infatti, il viaggio attraverso queste esistenze, qui raccontate, non comincia al momento del ricovero ma ben prima. Possiamo immaginare come in una fase iniziale nel privato, nel chiuso delle abitazioni, si facessero sforzi per governare in qualche modo le “matte”: dai tentativi di persuasione alla sorveglianza assidua, fino alla contenzione fisica con corde o altre attrezzature casalinghe.

Ci si può prefigurare come, poi, tutta la piccola comunità, venuta a conoscenza del problema, si fosse occupata del caso, anche con forme di soccorso spontaneo. Il comune sentire, l’affinità di giudizio, l’intolleranza verso forme di ribaltamento dell’ordine sociale costituito vedevano la collettività intera partecipe del dramma familiare, che era considerato di tutti. Non a caso spesso l’internamento, benché richiesto da un familiare stretto era sostenuto dall’intera popolazione, anzi a volte erano i vicini di casa, che spingevano i familiari, ancora riluttanti, verso la soluzione ricovero. Ma come si finiva in manicomio? Essere stravaganti, depresse, violente, o idiote era una buona base di partenza, ma determinante era compiere una serie di atti e gesti che potevano essere adottati come motivo per l’internamento. Queste azioni avevano sempre un denominatore comune che si innestava nel concetto di scandalo, onore, decoro sociale e familiare, azioni che potevano essere messe in atto nello spazio domestico, nelle case dei vicini, nelle strade del paese. La richiesta dei parenti della matta è accolta dal medico di fiducia, condotto o fiscale. Sono loro che raccontano, immaginiamo angosciati ed impotenti, il fatto, l’episodio finale di un climax di comportamenti, oramai ritenuti non più accettabili. Il medico registra, quasi mai diretto testimone, la narrazione per poi richiedere il ricovero, sancito dagli organi di polizia. La voce dell’internata in questa prima fase non c’è, la donna è tenuta lontana dai luoghi decisionali. Altro momento fondamentale è l’esame a cui le donne sono sottoposte

dagli altri medici, gli alienisti del manicomio, che osservano, valutano e vagliano la richiesta. Spesso però i punti di vista dei vari attori non coincidono. Un piccolo spazio per la ricoveranda si apre solo in questo momento, quando i medici chiedono, interrogano, indagano sulla sua vita alla ricerca spasmodica dell'episodio saliente, delle motivazioni evidenti, che una volta acquisite, quasi in una sorta di confessione, riportano con accuratezza nella "storia clinica". Ma il raccontarsi, dare la propria versione dei fatti, spiegare che il ricovero è voluto per interessi di altri, affermare con forza di non essere matta non servirà a molto, anzi tutto ciò che dirà sarà utile all'istituzione per confermare una diagnosi, quasi sempre già scritta.

### 3. 1 LE MINORENNI

Il rapporto tra il manicomio e coloro che chiedevano l'internamento delle donne, soprattutto i familiari, era molto più dinamico di quanto una storiografia, ormai datata, ha sostenuto. L'andamento degli scambi era equamente condotto e dalla popolazione e dall'istituzione manicomiale. Per le donne, come abbiamo visto, era un rimedio spesso estremo, la follia femminile era in genere maggiormente gestibile<sup>55</sup>, inoltre la famiglia verso le donne era più protettiva o ne difendeva "l'onore", come ho già detto, finché poteva, segregandole in casa. Comunque, i carteggi tra le famiglie e l'istituzione danno la misura di un rapporto complesso, direi "complice".

Questo si evidenzia in maniera molto interessante dalla documentazione inerenti le minorenni<sup>56</sup> ricoverate per una vera patologia neurologica. La loro presenza in manicomio spesso era determinata dal fatto che non vi era la disponibilità di altre istituzioni sul territorio, che accogliessero minori con problemi di salute, per cui l'ospedale psichiatrico con il suo internamento forzato, l'allontanamento dalla famiglia e l'isolamento sembra essere la sola risorsa disponibile, anche se non considerata ottimale, sia dalla famiglia sia dai medici del territorio. Spesso la malattia di queste bambine è l'epilessia e la scarsa

---

<sup>55</sup> Anche se appartenenti ad un periodo di molto antecedente a quello della presente indagine vorrei segnalare che le antiche *Regole per il governo dell'ospedale della Santissima Pietà di Roma*, dove erano ricoverati i matti, al cap. IX «Delle donne» recitano «Ordinariamente il numero delle pazze è poco poiché per lo più danno in pazzia di scemo e non di furioso». Cfr. *Regole et ordini per il buon governo della Chiesa e Ospitale della Santissima Pietà*, Roma, Stamperia della Reverenda camera Apostolica, 1635

<sup>56</sup> Un'annotazione archivistica: le cartelline in cui è racchiusa la documentazione delle minorenni sono di colore rosso.

capacità di gestione delle crisi da parte dei familiari fa diventare indispensabile il ricovero.

La caratteristica di questo tipo di internamento è che la giovane età delle ricoverate vede una presenza costante delle madri, come uniche interlocutrici con l'istituzione; i padri, gli uomini non sono quasi mai presenti. Sono le donne a prendersi cura delle figlie, sono spesso presenti in manicomio con visite continue, oppure, quando vivono lontano da Aversa, chiedono al direttore notizie delle loro bambine attraverso frequentissime cartoline postali e lettere.

Anatolia, la madre di Vittoria B.<sup>57</sup>, di 15 anni, scrive regolarmente, è preoccupata, le informazioni le sono utili per sentirsi vicino alla figlia, quasi come se la stesse osservando, addirittura chiede che venga fatta una foto alla bambina per poterla dare ai fratelli della piccola. Numerosissime cartoline postali della signora arricchiscono il fascicolo della ragazza. Pochi giorni dopo il ricovero, l'8 maggio del 1934, parlando di se stessa in terza persona scrive: "La madre dispiacentissima della disgrazia toccata alla sua figlia, fa viva preghiera alla S. V. Ill.ma a volerla informare dello stato della sofferente"; l'8 giugno del 1934 ancora "Comprenderà in quale agitazione può vivere il cuore di una povera madre. Sono priva delle notizie della mia povera figlia che si trova ricoverata in codesto manicomio"; il 5 aprile del 1935 "Mi raccomando vivamente alla bontà del suo buon cuore e spero che sia tanto gentile farmi sapere come si trova la nostra povera demente. Se fosse possibile farmi avere un rigo di risposta dalle sue proprie mani gliene sarei grata"; il 1° giugno del 1935 "La prego di essere tanto gentile d'informarmi dello stato di salute della demente Vittoria B. stando molto in pensiero che dall'ultima volta che stiedi a trovarla non posso riposare, avendola trovata molto più grave di quanto fu portata via il 15 luglio del 1935"; "Immagini in quale agitazione si trova il cuore di una povera madre che vivamente si raccomanda alla sua bontà, che per senso di pietà vorrà assicurarmi come si trova la mia povera creatura "; il 5 luglio del 1936 scrive: "Sono molto in pensiero per lo stato di salute di mia figlia...e mi raccomando alla bontà del suo cuore che voglia darmene notizia. Ora son per chiederle un piacere e voglio sperare che vorrà accontentarmi. Siccome ho tutti i figli lontano da casa, chi da

---

<sup>57</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Vittoria B.*, DU 595, ammessa la prima volta il 4 maggio del 1934 con una diagnosi di schizofrenia con epilessia, dimessa il 2 ottobre del 1934, è ricoverata nuovamente nel febbraio del 1935 fino a gennaio del 1947, quando viene affidata ai familiari in base all'art. 69 del Regolamento.

una parte e che dall'altra e tutti sarebbero ansiosi di possedere una fotografia di questa povera demente se lei lo permette dia l'ordine alla suora ovvero alla superiora che penseranno a fargliela fare"; il 3 settembre: "da vari mesi sono priva di notizie e per quante volte ho scritto non ho ricevuto risposta. Mi raccomando vivamente alla bondà del suo buon cuore di volermene dare notizia poiché sto molto in pensiero a suo riguardo"; il 5 settembre: "la mancanza delle notizie mi tiene tanto agitata, sia gentile di farmi sapere come si trova la povera demente"; il 1° novembre: "Mi raccomando vivamente a lei di farmi sapere qualche cosa, sia gentile di informarmi di tutto, io dubito che stasse malata e se ciò fosse desidero ugualmente di saperlo che la vengo a trovare". La madre è agitata, ansiosa vuole riprendere la figlia con sé e non può fare a meno di riferire la sua preoccupazione al direttore, le notizie buone o cattive servono a tranquillizzarla. Riuscirà a riportarla a casa dopo molti anni.

Quando le madri sono state costrette a ricoverare le loro figlie, bambine o adolescenti che siano, per una vera malattia, come nel caso dell'epilessia, continuano ad occuparsi di loro, come dicevo, sono in contatto con l'istituzione e instaurano con essa un rapporto di collaborazione, sono ansiose di riprendere le figlie a casa una volta guarite. Contrariamente a quanto avviene, come si vedrà in seguito, nel caso in cui il ricovero è stato determinato da disordini della "condotta sessuale". In questo caso la madre e la famiglia in genere tendono ad abbandonare la figlia in manicomio poiché il ricovero non ha uno scopo terapeutico, ma solo quello di allontanamento dal contesto sociale, nel quale le azioni agite dalla figlia sono di pubblico scandalo e quindi causa di imbarazzo e di vergogna per loro.

Di notevole interesse sono le cartoline postali della mamma di Assunta M.<sup>58</sup>, una ragazza di 15 anni. Viene inviata in manicomio dall'ospedale civile di Frosinone, che ne chiede il ricovero perché in "preda a grande agitazione". All'atto dell'ammissione "Piange, si dispera, si agita, chiama la mamma". Varie sono le diagnosi dopo il periodo di osservazione "sindrome allucinatoria delirante", "schizofrenia", "demenza precoce". Durante l'internamento la madre non si dà pace, scrive continuamente al direttore, la distanza non le consente di andare a trovarla: il 18 novembre del 1935 scrive "E' una madre addolorata che ci

---

<sup>58</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Assunta M.*, D.U. 569: ricoverata il 7 novembre 1935. Esce dopo circa un anno, ma viene riammessa nel maggio del 1940 per uscire nel settembre del 1941.

fa una preghiera di farci sapere sue notizie, nella sua mi farà sapere se posso scrivere direttamente alla mia figliola, se si trova in grado di poterlo fare”.

La preoccupazione della madre di Assunta è se la figlia conserva il suo ricordo, chiede continuamente al direttore se può darle conferma di ciò: il 27 novembre scrive: “Ho piacere che stia meglio, ma vorrei sapere da Lei se mia figlia ricorda della sua mamma, sono sempre in pensiero e spero se Dio mi dà vita per la fine del mese di venirla a trovare facendo un grande sacrificio”; fine dicembre del 1935: “Sono lontana, sono una poveretta non posso permettere di venirla spesso a trovare”; il 23 dicembre del 1936 è una zia che scrive al direttore: “La presente che scrive è una zia, dato che la mamma sta alletto malata mi sono incaricata io di scrivere e farle una preghiera di far sapere notizie di sua figlia aveva promesso di venirla a trovare per Natale ma non può venire essendo alletto colla bronchite ”; il 7 febbraio del 1936: “Vorrei sapere se mia figlia mi ricorda se qualche volta ricorda la sua sorella. Mi perdoni se sono così noiosa, ma mi trovo lontana non posso avere la gioia di vederla, appunto mi appoggio alla sua bontà”; il 26 aprile scrive: “Ho ricevuto la cartolina dalla quale ho potuto capire che mia figlia Assunta M. stia meglio, che presto mi sia rimandata, ringrazio tanto il suo interessamento pregando anche per Lei S. Antonio. .... Non mi sembra ancora vero di rivederla tra le mie braccia. Si ricorda della sua mamma, spero di sì”. Le missive poi si intensificano nel momento in cui ha la notizia di poter riportare a casa Assunta, non vuole aspettare i tempi burocratici: il 5 maggio del 1936 scrive: “Domenica 2 maggio sono venuta a trovare mia figlia e lo trovata bene, fui tanto contenta che piangevo dalla gioia. Se lei capisce che mia figlia Assunta possa ritornare a casa io mi prendo la responsabilità sono sua madre, vorrei sapere da lei come potrei fare a chi potrei rivolgermi”; il 25 maggio del 1936: “Appena potrà venire, verrò da lei, sarà tanto buono di fare un telegramma al Municipio che io mi porto via la figliola, dietro mia responsabilità, perché se stiamo appresso alla domanda, mia figlia non viene via”; il 4 giugno del 1936 “non vedo l’ora di venire a riprenderla, ogni ora mi sembra un secolo. Ora aspetto al più presto la sua chiamata”

Molto intensa è la presenza, attraverso numerose lettere e cartoline postali anche della madre di Olga V.<sup>59</sup>. Nonostante quest’ultima non sia più una bambina, ha venti anni ed è divorziata, la madre si assume la responsabilità e

---

<sup>59</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Olga V.*, D.M. 769: entra nel manicomio il 2 novembre 1935 e muore il 24 agosto del 1938.

l'accudimento della figlia. Olga è affetta da tubercolosi polmonare, contagiata dal marito, cosa che la porta dalla Francia, dove era emigrata insieme alla famiglia di origine, a venire in Italia per curarsi, ma dall'ospedale civile viene mandata in manicomio.

I rapporti tra la madre e i medici del manicomio non dovevano essere dei migliori, in quanto le lettere frequentissime della signora sono piene di veemenza e soprattutto dettate da un sentimento di impotenza, non contenuta; tutto ciò fa annotare ai medici nella storia clinica “la madre scrive per la seconda volta che la figlia non è pazza, ma sembra che anche la madre non sia del tutto sana di mente”. Più oltre nella storia clinica si legge: “Si risponde ad una nuova, disperata lettera materna che desidera riavere la figliuola”.

La madre con gli altri figli vive in Francia e più volte nelle sue missive afferma che ha mandato la figlia in Italia perché le curassero la tubercolosi polmonare, confidando nella scienza medica. Il 2 dicembre del 1936 scrive: “La madre E. Elvira protesta contro l'ospedale di Sora ch'è mia figlia Flora V. era venuta in Italia per entrare in sanatorio non per andare ad Aversa. Mia figlia ha malata lo so bene ma non dovevano mai mandarla ad Aversa dovevano avvertirmi di prendere mia figlia, che il Ministero degli Esteri paga per mia figlia per il sanatorio non per il manicomio. ... I dottori di Sora dovevano avvertirmi non di fare di mia figlia, ha una madre che ladora che verrò a prenderla spero che avranno la bontà di farla trovare in vita.”

Ma di grande interesse è la lettera del 6 dicembre, nella quale in maniera accorata spiega ai medici come riesce ad aiutare la figlia a superare le crisi; lo scetticismo verso le cure della scienza alienista è lampante, è la madre che sa come prendere una figlia, come rassicurarla, la signora antepone l'efficacia dell'amore materno a qualsiasi terapia medica. “Una madre che è in Francia che ogni ora piange la disgrazia di sapere che mia figlia di una bellezza rara è nel manicomio per colpa di un uomo di una gelosia feroce a forza di tenerla rinchiusa l'ha martirizzata in tutti i sensi, francesi assassini senza cuore non vonno bambini e forza del assoggezzione uccidono le donne. Mia figlia violenta lo sò, grida lo sò, alle volte mi buttava tutto nella faccia, ebbene io la prendevo colle buone e tutto era finito. Credevo che in Italia erano di una scienza meglio che quì, ma mi sono sbagliata. I dottori sono tutti uguali. Mia figlia è pericolosa con gli altri ma io lo so come la h'è, colle buone colle carezza tutto era finito, si metteva a ridere. Solo

non voleva stare rinchiusa, voleva la libertà. Prego se non sia aggravata darle la libertà, farla passeggiare vedrà che i nervi sono più calmi. Lo faccia in onore di Dio faccia scrivere una lettera alla macchina perché è dattilografa”.

Per gli alienisti del manicomio Olga è schizofrenica, le carezze di una madre non sono per loro un buon rimedio, la cura è il manicomio, anche se annotano che risponde con lentezza e reticenza alle loro domande, “di tanto in tanto guarda improvvisamente e fisicamente in qualche angolo e sussurra a fior di labbra parole inintelligibili”. Questo atteggiamento per i medici non può essere interpretato come manifestazione di allucinazioni visive ed uditive, per cui le cure manicomiali sono indispensabili. Nonostante le molteplici richieste della madre, Olga dopo poco muore in manicomio.

Come il caso di Giuseppina L.<sup>60</sup>, che ha problemi di epilessia e viene ricoverata su richiesta del medico condotto all’età di 15 anni. All’atto del ricovero i medici la trovano “lucida e ben orientata: sa darci chiare notizie circa la storia personale”, con un’anamnesi familiare perfetta: genitori viventi e sani come pure le due sorelle. Il diario clinico attesta la frequenza di convulsioni epilettiche delle quali Giuseppina riferisce: “di avvertire come una forza infrenabile che la spinge ad atti infami quale quello di tirare pietre alla sorella o di buttarsi nel pozzo”. Quando non ha gli attacchi è “lucida, orientata, cosciente, volenterosa e docile”. La madre va a visitarla spesso. Il 6 febbraio del 1939 i genitori chiedono la dimissione della figlia al procuratore del Re, ma il direttore del manicomio nega il rilascio di Giuseppina in quanto “colpita con frequenza da convulsioni ed ha bisogno di cura e custodia manicomiale”. Muore il 28 febbraio del 1939 per “collasso epilettico”.

Regina F.<sup>61</sup>, ha solo 8 anni quando viene accompagnata dai genitori e ricoverata. La madre racconta che “ha cominciato a soffrire di convulsione dall’epoca di cinque mesi” e “ha tendenza alla fuga”. Nella “Decisione di follia”<sup>62</sup> viene riconosciuta affetta da epilessia con frenastenia. Giudicata dai medici “irrequietissima ed ipereccitabile”, dispongono che sia assiduamente sorvegliata anche perché ha frequenti attacchi convulsivi epilettici. Tenta di scappare dalle

---

<sup>60</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Giuseppina L.*, D.M. 796, ammessa il 7 dicembre 1938, muore il 28 febbraio 1939

<sup>61</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Regina F.*, D.M. 1071: entra il 5 novembre del 1935 e muore il 18 dicembre del 1942.

<sup>62</sup> La “Decisione di follia” è una attestazione, predisposta dalla “Sala di osservazione” dopo il periodo di osservazione, nella quale oltre ai dati anagrafici è indicata la diagnosi e se il paziente si giudica “bisognevole di custodia e cura nel manicomio”.

sezione e trovata da suor Teresa le dice “che voleva andare dalla madre e da zia Michelina”.

Molto interessante e unica, perché fatta dal padre, è la richiesta di Angelo P., che “con animo straziato di padre”, chiede che la figlia Maura<sup>63</sup> sia dimessa ed affidata alla madre. La richiesta si fonda sul fatto che la “sua figliola, per il male di cui è affetta è innocua e che l’ordine di internamento venne dato dalla locale autorità giudiziaria alla sua insaputa, essendo egli richiamato alle armi”. Non abbiamo altre notizie su come la bambina di soli 12 anni sia giunta in manicomio. Maura è epilettica e come scrivono i medici “piagnucola, frignando, perché ha compreso di essere stata accompagnata in questo luogo e allontanata dall’ambiente familiare”. Dopo un solo mese viene restituita alla madre perché risulta “tranquilla e governabile”.

Anche Maria Lucia B<sup>64</sup>., di 12 anni, viene ricoverata perché affetta da epilessia grave con idiozia. Benchè in medici attestino che “sarà curata ed accudita con ogni amorevolezza”, la bambina sta male, è irrequieta e per i medici la malattia non lascia sperare né in un miglioramento né tantomeno in una guarigione, tanto che “sarà fatto per lei quello che umanamente sarà possibile”. La mamma di Maria Lucia scrive al direttore pochi mesi dopo il ricovero: “Ora io sono desiderosa di sapere come sta se si va rimettendo, se quelle crisi nervose da cui era spesso colpita la fanno ancora soffrire”. Ma nel giro di un anno la bambina muore.

Se la cura e l’attenzione delle mamma verso le figlie bambine o adolescenti è quasi scontata, è singolare il caso di suor Maria Teresa S.<sup>65</sup>, orsolina, ricoverata all’età di 30 anni, perché ha delle allucinazioni. Nel periodo di ricovero di circa nove mesi è la madre che scrive con regolarità, dopo essere stata avvisata dalla superiora del convento del ricovero della figlia, appellandola sempre con “mia cara creatura”. Scrive: “La S.V. riscontra qualche pochino di miglioria nella mia cara figliola? Comincia essa a capire qualcosa ed a cibarsi un pochino di più? Io non riposo un istante ed il pensiero della mia creatura così malata, mi consuma lentamente”. E’ sempre lei a preoccuparsi di sollecitare il

---

<sup>63</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, Maura P., D.U. 305: ammessa il 5 giugno del 1941 e dimessa il 5 luglio dello stesso anno.

<sup>64</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, Maria Lucia B., D.M. 975: ammessa il 17 giugno 1940, morta il 21 dicembre del 1941.

<sup>65</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, Gilda S, D.U. 139: al secolo suor Maria Teresa entra il 10 dicembre del 1934, dimessa il 2 settembre 1935.

direttore a comunicare al convento la guarigione della figlia: “Mi permetto, intanto rivolgere alla S. V. la preghiera vivissima di far richiamare dalle suore la mia creatura se essa come mi comunicò due mesi fa, è completamente ristabilita.

Il rapporto con l’istituzione è tenuto dalla madre, non vi è la presenza né delle consorelle né della superiora. La madre segue l’evoluzione della malattia, la va a trovare, scrive al direttore per avere notizie.

### 3.2 LE “DEFLORATE”

Per le donne la pratica della reclusione ha avuto non solo funzioni punitive ma anche, come si è più volte detto, quella di controllo sociale. La devianza delle donne era prevalentemente sostanziata da reati attinenti alla sfera sessuale, per cui il manicomio era un istituzione tra le tante, che erano concepite per la salvaguardia dell'onore non solo della “matta” ma anche di tutta la famiglia. Conventi, ritiri, conservatori femminili si proponevano perfino come luoghi di prevenzione per evitare i pericoli di “caduta” e non necessariamente come spazi punitivi da utilizzarsi in seguito ad una mancanza o ad una infrazione alle regole. L’internamento in questi luoghi era previsto per varie tipologie di donna: le “pericolanti”, le “pericolate”, le ravvedute o pentite <sup>66</sup>, per donne vedove o orfane. Le richieste di ammissione erano fatte in genere dagli stessi genitori della ragazza, o da un tutore, o dalla fanciulla stessa. Inoltre, vi erano anche opere pie che accoglievano donne il cui onore era già compromesso, prostitute pentite, convertite, donne “cadute di fresco ma non esposte al pubblico”, “quelle che sono in pericolo prossimo di cadere o in sospetto di già seguita caduta” <sup>67</sup>. Arricchivano questa schiera anche le donne ribelli all'autorità familiare e per questo fatte internare spesso su istanza di mariti, o di fratelli, o di sindaci e parroci <sup>68</sup>. Il manicomio può essere inserito a pieno titolo può essere inserito tra queste istituzioni, anzi i genitori lo preferivano alle altre poiché, una volta che le manifestazioni di una condotta moralmente discutibile si erano evidenziate in maniera eclatante nel piccolo gruppo sociale di appartenenza ed erano diventate di

---

<sup>66</sup> Cfr. LAURA GUIDI, *L'onore in pericolo. Carità e reclusione femminile nell'ottocento napoletano*, Napoli, Liguori, 1991, p. 44.

<sup>67</sup> Cfr. SANDRA CAVALLO, *Assistenza femminile e tutela dell'onore nella Torino del XVIII secolo*, in «Annali della Fondazione Luigi Einaudi», Torino, vol. XIV, 1980, pp. 142 e s.

<sup>68</sup> Cfr. LAURA GUIDI, *op. cit.*, pp. 48 e s.

dominio pubblico, la follia diventava una giustificazione che in qualche modo mitigava la responsabilità di una condotta scelta ed agita in maniera autonoma.

Clelia R.<sup>69</sup>, sesta di otto figli di madre vedova, ha 15 anni quando viene ricoverata per la prima volta ad Aversa; il medico le diagnostica un “eccitamento maniaco su fondo degenerativo”. Lo zio, che l’accompagna, riferisce che da un anno la ragazza avrebbe manifestato un atteggiamento volubile e “tendeva ad uscire di casa per andare vagando in casa di parenti”. I medici annotano nella storia clinica che “La signorina di fisionomia tutt’altro che repellente e con graziosità nella mimica inerenti alla sua età ed alla spigliatezza di studentessa racconta minutamente i casi che le sono occorsi e descrive in tutti i particolari la forma morbosa mentale di cui è affetta”. Clelia racconta che dopo la morte del padre era stata presa da una grande malinconia e non aveva voglia di scherzare con le sue compagne di collegio. Le annotazioni successive dei medici sottolineano “disordini ed irregolarità nella condotta, ed usa, in contrasto con la sua condizione sociale e con la sua educazione, frasi oscene e parole alquanto luride”. Difficile da governarsi Clelia vuole andare via perché “è stata in collegio e che adesso siamo nel Novecento”. Tenta una sorta di autoaffermazione, in quanto ha dato una spiegazione anche a se stessa del suo comportamento, è istruita e si è nella modernità, dunque ha capacità di autodeterminarsi, quindi rivendica il diritto di essere dimessa. La scienza medica ha bisogno di governare la sua “eccentricità”, nonostante la madre scriva per sapere se la figlia è guarita, in modo da venirla a “ritirare”. I medici annotano con disapprovazione che “si presenta gaia e spensierata”, in contrasto con il fatto di essere ricoverata, quasi dimenticando che sono di fronte ad una ragazza. Non è facilmente governabile e lo stato di “euforia psichica” che la rende loquace ed espansiva preoccupa molto i medici, che scrivono che la ragazza dice: “Secondo lei non è malata, l’hanno mandata qui per togliersela dattorno e del resto ella ci sta volentieri e poiché la ritengono pazza essa fa la pazza”.

Clelia entra ed esce dal manicomio molte volte, sempre internata per brevi periodi, evidentemente gli alienisti non si arrendono all’idea di non poterle diagnosticare una forma di pazzia conclamata, possono solo constatare episodi di

---

<sup>69</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Clelia R.*, D.U. 392: ammessa l’11 aprile del 1935 e dimessa il 30 luglio 1936; ammessa il 3 maggio 1938, dimessa il 4 giugno 1938; ammessa il 10 giugno 1939, dimessa il 9 dicembre 1939; ammessa il 21 gennaio 1941, dimessa il 29 luglio 1941; riammessa il 24 dicembre 1943, trasferita il 25 febbraio 1944 all’ospedale psichiatrico di Napoli.

agitazione psicomotoria, che però si risolvono sempre in maniera positiva. Durante un ennesimo ricovero il medico la osserva “dal punto di vista ginecologico” e riscontra “la deflorazione imenale”: finalmente la scienza ha trovato ciò che cercava.

Il 21 luglio 1939 Clelia scrive

“Carissimo fratello, vergo questi righe per farti noto del mio stato di salute. Io mi sento benino. Non saprei descrivere tutto ciò che passa nel mio animo. Il dolore che ha provato il mio cuore nell’essere internata di nuovo in questo ospedale, non so scrivertelo. E’ inutile che ti stia spiegare come ne soffro terribilmente, non posso lagnarmi di niente, giacchè qui non mi manca niente, ma tu sai il mio carattere e come sono di buon cuore che mi rattristo e piango sempre solo nel vedere tante persone che soffrono. Certo non ti nascondo che piango anche per me. Non so tanta rassegnazione chi è che me la dà. Forse sarà l’anima benedetta di mio padre che prega il Sommo Dio per me. Ah! Se lui fosse con noi e aprisse un po’ gli occhi dal sonno mortale chissà cosa direbbe nel vedere una sua figlia così sventurata. Con chi se la prenderebbe, certamente con mia madre che tutto doveva fare fuorchè di internarmi sin dal primo momento in questo Ospedale, che per causa vostra sono ridotta uno zimbello, che non mi posso muovere e parlare che subito con le forti armi che hanno, si fanno fare il certificato dal medico provinciale e mi rinchiudono qui. Questa storia dovrà finire, vedremo se sono padrona di me stessa. Quando verrò a casa scriverò una lettera so io a chi rivolgermi e metterò a loro posto il vice commissario e il medico. I certificati falsi sono proibiti e non so questa faccenda come andrà a finire. E’ la legge di oggi che chi riceve il male deve essere punita e chi lo fa deve godersi la libertà. Tu puoi dirmi cosa vuoi da me; la mamma mi dice che non sapeva niente! Ti pare che non c’è la zampa della nostra mamma? E’ proprio così caro fratello, io fò vedere a mamma che non me la prendo con lei perché mi è mamma e poi sai bene quanto ho bisogno nel caso in cui mi trovo...[i puntivi sospensivi sono di Clelia]. Carissimo Ugo prego di scrivere immediatamente a mamma di pregarla”.

Non sappiamo perché Clelia ritorni continuamente in manicomio, forse è il difficile governo di questa ragazza che porta la madre a internarla in manicomio, che è visto come una soluzione al problema di controllare una figlia di cui i

medici dicono definiscono “si presenta gaia e spensierata e non fa alcun proposito di ravvedimento”. Ma di cosa si dovrebbe ravvedere una ragazza di 15 anni? La ragazza rivendica solo il suo diritto a compiere delle scelte di autonomia. Ma vedremo come il ravvedimento era un elemento chiave nella politica della scienza medica.

Esemplare a tale proposito è la storia di Maria Concetta S.<sup>70</sup>, che quando giunge in manicomio a 17 anni piange ed è in uno stato di agitazione determinato dal “terrore dell’internamento”. La ragazza con la spontaneità dell’età racconta ai medici di sapere il motivo per il quale l’hanno rinchiusa: spesso di notte si assentava da casa e perché “Un paio di mesi or sono stando in campagna fu deflorata<sup>71</sup> da un giovane compaesano, alle voglie del quale si sottomise varie volte, pare con non molto dispiacere da parte sua. Di ciò era a conoscenza anche la madre, la quale la fece visitare da una levatrice”. L’episodio che potrebbe essere increscioso per la madre pare lo sia anche per i medici che sottolineano la mancanza di pudore, di rimorso e soprattutto di un sano ravvedimento nella ragazza “che all’età sua dovrebbe essere tanto spiccato”. Questo giudizio morale viene dato nonostante Maria Concetta racconti di essere stata aggredita da Vincenzo il porcaio, anch’egli un ragazzo di 18 anni, che l’aveva violentata. Se questo primo ricovero è da attribuirsi alla madre preoccupata della deflorazione di una giovane figlia, il secondo ricovero avverrà perché, nonostante fosse stata impiegata come cameriera presso una famiglia napoletana, “Menava vita del tutto libera e scandalosa, mostrandosi ribelle persino all’autorità del paese”. Non solo, Maria Concetta va a convivere con un uomo e per questo viene condotta dalla autorità giudiziaria nel manicomio. Il pubblico scandalo a questo punto non è solo un fatto familiare, diventa un problema sociale, tutta la comunità addita la coppia clandestina e quindi l’intervento delle forze dell’ordine è indispensabile. Anche gli alienisti, come regolatori del senso morale, vogliono e devono imporre una direzione alle passioni, vogliono e devono controllare i comportamenti sessuali e i sentimenti affettivi, addirittura contenere le fantasie.

---

<sup>70</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Maria Concetta S.*, D.U. 307, ammessa il 14 luglio 1938, dimessa il 31 ottobre 1838; ammessa il 27 gennaio 1939, dimessa il 19 agosto 1941.

<sup>71</sup> Un certificato degli stessi medici dell’ospedale indirizzato al direttore attesta “All’esame obiettivo si nota: imene a forma circolare con contorno sfrangiato e con larga interruzione a destra i cui margini sono rappresentati da tessuto cicatriziale. L’imene appare quindi lesa e consente l’agevole introduzione di un dito in vagina. Dallo stato il tessuto cicatriziale si desume che la deflorazione sia avvenuta circa due mesi or sono”.

Per cui il medico sul diario clinico scrive “Si nota in lei l’ottundimento notevole del senso morale... L’incapacità di comprendere il significato e le conseguenze dei propri atti di cui parla con leggerezza senza comprendere l’obbrobrio che ne seguiva e quindi senza rimorso”. In queste parole vi è tutta la visione cattolica della caduta seguita dalla resurrezione. Può essere perdonato il peccato solo se vi è pentimento. Maria Concetta non si pente, non ha rimorso per quello che ha fatto, i medici si sostituiscono, nonostante il loro bagaglio scientifico, al confessore, che ascolta e solo se ritiene che vi sia pentimento, assolve. La reclusione aveva senza dubbio lo scopo immediato di punire le donne ma la missione di cui gli alienisti si vedevano investiti era quella di rieducarle, di allontanarle dalla corruzione morale, dalla trasgressione<sup>72</sup>. Anche la terminologia usata dal medico, sembra uscita non da un manuale di psicopatologia ma da testo di catechesi.

I medici, poiché Maria Concetta “E’ incorreggibile nelle sue tendenze sessuali”, non possono che dare indicazioni al personale di sorveglianza in modo che “qualora non sia disciplinata” sia praticata una “coercizione a scopo persuasivo”, a causa proprio delle sue “spiccate tendenze sessuali”. La ragazza non è certo tranquilla, è perfettamente lucida, minaccia di scappare e in un tentativo di fuga si fa male. L’insofferenza cresce tanto che litiga con le altre internate apostrofandole “con parole da trivio” e poiché “in presenza del medico ella ha serbato contegno arrogante ed aggressivo” il medico dispone che per punizione sia “coercita a letto per due giorni e vi sia tenuta a pane e acqua di fonte”. Il potere medico usa i mezzi di repressione, che avrebbe a disposizione come rimedi terapeutici, per mettere in atto castighi corporali, per punire comportamenti sessuali ritenuti non consoni, infatti il direttore all’atto delle dimissioni in affidamento al padre dichiara: “E’ lucida e ben orientata. In tali condizioni ben custodita e ben sorvegliata soprattutto per le sue tendenze sessuali se ne può sperimentare le dimissioni.”

---

<sup>72</sup> Cfr. Degno di approfondimento sarebbe il discorso tra la reclusione manicomiale e quella carceraria. Vorrei segnalare uno studio che racconta la nascita del carcere femminile in Italia seguendo il doppio binario della storia delle idee e della storia delle istituzioni, che ricostruisce come le carceri femminili furono, sino a tempi recenti, affidate alla direzione delle suore. La convinzione diffusa era infatti che l’educazione e la pratica religiosa avrebbero ricondotto la delinquente alla sua naturale vocazione di madre e di moglie. La punizione dunque si affiancava alla carità e il carcere femminile ideale finiva per assomigliare a un convento. Cfr. SIMONA TROMBETTA, *Punizione e carità. Carceri femminili nell’Italia dell’Ottocento*, Bologna, il Mulino, 2004

Come si sa una lunga tradizione culturale ha identificato il genere femminile con un soggetto “altro” dalle caratteristiche fortemente ambivalenti: da un lato la purezza, l’innocenza, il pudore, erano le qualità della donna angelicata, dall’altro le donne ribelli, volitive, indipendenti. Sono queste ultime che devono essere imbrigliate e ricondotte nella giusta dimensione del femminile. Il caso di Maria Concetta è una forte testimonianza di come questa operazione di cambiamento viene realizzata. L’alienista non ha più bisogno di contrabbandare le misure correzionali come rimedi terapeutici utili per calmare gli accessi furiosi, senza mezzi termini dichiara la sua finalità nell’infliggere le punizioni corporali: ingenerare nella donna il pentimento per ciò che ha commesso. Un ampio discorso a questo punto, andrebbe fatto sugli effetti punitivi del dolore fisico, dell’umiliazione, della degradazione attraverso i secoli e soprattutto nell’ideologia cattolica <sup>73</sup>. Ma ciò che ci preme sottolineare è che nelle prescrizioni “terapeutiche” del medico per Maria Concetta è evidente in maniera lampante la volontà punitiva: “sia tenuta a pane e acqua di fonte”, oltre che per fustigare un comportamento non condiviso anche per indurre la donna ad una riflessione su quanto agito in contrasto con il codice morale e stimolare in lei il pentimento. Quest’ultimo, infatti, è qualcosa di più dell’ammettere i propri errori, è un cambiamento della razionalità e dell’istinto, per allontanarsi definitivamente dall’errore.

Ma accanto a questo caso così emblematico dobbiamo anche raccontare la storia di Anastasia B. <sup>74</sup>, che viene seguita da un medico illuminato. Anastasia inconsapevolmente determina grande confusione e agitazione in quanto il podestà non può far eseguire l’ordinanza di ricovero manicomiale perché la ragazza, ventenne, “è irreperibile”. Pare fosse già in carcere, per cui il podestà chiede che sia condotta dal carcere di Cassino direttamente in manicomio per “poter porre termine a tanto scandalo che la B. commette in tutti i comuni limitrofi, non escluso Cassino stesso”. Il podestà non vuole nemmeno vederla, d’altra parte il medico condotto del paese è lapidario nella sua diagnosi: “E’ affetta da pazzia isterica con gravi accessi di mania che la rendono insopportabile e scandalosa

---

<sup>73</sup> Per una disamina di carattere generale sull’evoluzione storica e le implicazioni di carattere psicologico delle punizioni corporali e della tortura possono essere utili, anche se un po’ datati i saggi di GEORGE RILEY SCOTT, *A History of Torture*, (trad. it. *Storia della tortura*, Milano, Mondadori, 1999), London, T. Werner Laurie, 1940 e *The History of Corporal Punishment* (trad. it. *Storia delle punizioni corporali*, Milano, Mondadori, 2006), London, 1968

<sup>74</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Anastasia B.*, D.U. 112: ammessa il 14 novembre del 1933, dimessa il 13 novembre del 1934

tanto da far spesso pubblica mostra del suo corpo. Da un paio di mesi ha abbandonato la casa, andando continuamente in giro, onde è necessario ricoverarla in una casa di salute per toglierla dalla pubblica strada e ciò nell'interesse della moralità". Solo che il certificato è stato stilato in data anteriore ai quindici giorni da quella dell'internamento, quando Anastasia era in carcere, per cui deve essere rinnovato, e la ragazza viene rimpatriata nel suo paese. Un pasticcio burocratico che ci fa vedere come tutte le istituzioni del territorio sono congiuntamente impegnate per ottenerne il ricovero. La diagnosi per cui sarà considerata "dell'opera" è di psicodegenerazione. Anastasia abbandona spesso la casa paterna, tende al vagabondaggio e all'esibizionismo. Ma è importante per i medici il racconto che fa all'atto del ricovero dove la ragazza parla della "deflorazione" a 13 anni da parte del fidanzato e degli "altri congressi carnali" sempre con lo stesso ragazzo, che, però, in seguito l'ha abbandonata. Anastasia non è pazza e i medici non possono che riportare con compiacimento una condotta consapevole di atti ed azioni. "Nei suoi precedenti vi è soltanto il punto scabroso del peccato d'amore, ma sebbene tale peccato faccia parte dei 7 mortali, tuttavia il lungo tempo trascorso in perfetta astinenza con preciso equilibrio affettivo e psicomotorio può farla considerare guarita dalle tendenze ad amare". L'astinenza e il riconoscimento del peccato possono essere considerati sintomi di guarigione.

La storia che racconta in un secondo momento Anastasia è un po' diversa rispetto a quella registrata al momento dell'ammissione: cacciata da casa dai fratelli era stata accolta dalla nonna dove "commise il peccato d'amore col fidanzato". Il medico a seguito di questa confessione fa una bellissima riflessione: "Se tutto ciò fosse vero e se soltanto perchè peccatrice d'amore ella dovesse rimanere nel manicomio allora è facile immaginare quale estensione dovrebbero raggiungere i manicomi per contenere le speciali peccatrici". Il medico la dimette, il peccato d'amore non prevede la reclusione manicomiale.

### **3. 3 LE TRIBADI**

Lo studio verso le "inversioni sessuali"<sup>75</sup>, come disturbi della vita psichica, fa la sua prima comparsa nel famoso manuale di von Krafft-Ebing, *Psycopathia*

---

<sup>75</sup> Di grande interesse per la problematica delle inversioni sessuali ma soprattutto per i problemi legati al travestitismo è il libro di LAURA SCHETTINI, *Il gioco delle parti. Travestimenti e paure sociali tra Otto e Novecento*, Firenze, Le Monnier, 2011.

*sexualis*, anche se l'attenzione dello studioso si concentra soprattutto sull'omosessualità maschile. L'istinto sessuale che appare precocemente, segno inconfondibile di "esagerazione", porta inevitabilmente alla "perversione", quando cioè non è diretto alla conservazione della specie. Fino agli anni '40 del Novecento, il dibattito tra gli psichiatri sulle perversioni sessuali fu molto ampio. La norma era determinata dalla procreazione, i rapporti sessuali "normali" erano quelli che avevano questo scopo anche se Eugenio Tanzi spiegava che, alcune pratiche sessuali anche se infeconde, vedi i rapporti sessuali con una donna incinta, non potevano essere definiti immorali o patologici<sup>76</sup>. Via via, l'omosessualità diventa di interesse medico, spostandosi dall'asse giuridico sulla quale era innestata (le pratiche omosessuali erano atti sanzionati per legge) alla medicalizzazione di una identità legata fortemente all'innatismo<sup>77</sup>.

Il "tribadismo" è un aspetto della sessualità femminile, che in pieno clima lombrosiano, fu molto studiato. Connesso intimamente alla prostituta veniva classificato come una forma di "sessualità in eccesso". Si discuteva se il fenomeno interessasse una larga o una piccola parte di prostitute, addirittura il Parent-Duchatelet, richiamato nel testo di Lombroso<sup>78</sup>, affermava che le prostitute tra i 25 e 30 anni di età e dopo aver esercitato il mestiere per otto o dieci anni, tranne se non siano state nelle prigioni, "si abbandonavano al tribadismo".

La ricerca delle cause di tale comportamento sessuale era oggetto di costante indagine, una delle motivazioni era da ricercarsi nella "libidine eccessiva in alcune di costoro, che per sfogarsi cercano tutte le direzioni, anche le più innaturali"; un fattore molto incisivo era l'ambiente, nelle prigioni era molto forte l'influenza sulle altre detenute delle "ree-nate", considerate "lascivissime". Lombroso approfondisce il discorso sull'"influenza della dimora": oltre al bordello, "grandi scuole del tribadismo" sono la prigione, soprattutto se vi si deve restare a lungo, intorno ai venti mesi, e il manicomio: «Lo stesso fatto si verificò nei manicomi, in cui l'entrata di una sola tribade bastò ad infettare tutto il manicomio, in cui prima non ve n'era la più lontana tendenza»<sup>79</sup>. Il fatto è che,

---

<sup>76</sup> Cfr. EUGENIO TANZI, *op. cit.*, p. 619

<sup>77</sup> Sulla medicalizzazione delle omosessualità la produzione scientifica è molto ampia, penso che comunque per affrontare l'argomento in maniera corretta non si possa prescindere dagli scritti di Michel Foucault.

<sup>78</sup> Cfr. CESARE LOMBROSO E GUGLIELMO FERRERO, *La donna delinquente ...*, *op. cit.*, p. 417. Si segnala, comunque, tutto il capitolo "*Sensibilità sessuale (tribadismo, psicopatie sessuali)*", pp. 406 – 435,

<sup>79</sup> Cfr. CESARE LOMBROSO – GUGLIELMO FERRERO, *La donna delinquente....*, *op.cit.*, p. 421

proseguono Lombroso e Ferrero: «La riunione di molte donne, specie se fra queste vi siano delle prostitute e delle lascive, provoca per fermento imitativo nella comunità, per moltiplicarsi dei vizi di ciascuno, un vizio collettivo maggiore. Ora le prostitute vivono spesso nude, in contatto continuo fra loro, spesso due, tre nello stesso letto; nel gran mondo ciò si ripete nei collegi»<sup>80</sup>.

All'omosessualità manicomiale, ad esempio, Lombroso dedica un articolo, intitolato *Del tribadismo nei manicomi*, pubblicato dall'«Archivio di psichiatria» nel 1885<sup>81</sup> e scritto anche sulla base dell'esperienza personale (aveva diretto il manicomio di Pesaro tra il 1871 e il 1872): in questi luoghi “tutte le passioni più brutte vengono a galla”, e soprattutto quelle delle donne che si danno spesso e volentieri alla masturbazione e al tribadismo: ne basta talora una sola, magari con una certa esperienza dovuta all'età, perché questa pratica si diffonda. Chiaramente la donna dedita all'omosessualità aveva anche delle caratteristiche fisiognomiche inconfondibili, che venivano declinate descrivendo casi singoli. Anche il giurista e sociologo Scipio Sighele dà una descrizione precisa della tribade: spesso di età matura, con abiti e acconciatura maschile, con un'accentuata ipertrofia clitoridea, oltre naturalmente ai caratteri atavici delle criminali (cioè la crudeltà, l'insensibilità, la falsità, la vanità, l'amore per l'orgia, la tendenza alla prostituzione)<sup>82</sup>. In pieno clima positivista si cercava di dare una spiegazione naturale, fisiologica, medica, di comportamenti fino ad allora condannati dal punto di vista etico-teologico. Chiaramente essendo l'omosessualità considerata una malattia ci si impegnava a trovare cure e rimedi: Lombroso trova che per le detenute e le ricoverate nei manicomi, l'isolamento funziona poco, visto che trovano sempre il modo per stare vicine, arrivano a ferirsi pur di essere ricoverate in infermeria e lì incontrarsi. Anche la sorveglianza serve a ben poco in quanto è molto facile eluderla. Lombroso pensa di ricorrere per curare la tribade alle proprietà sedative del bromuro di potassio e della belladonna, alla qualità anestetizzante della canfora e talora alla cauterizzazione della clitoride. In casi estremi, consiglia addirittura di cacciare l'alienata dal manicomio.

Il 16 giugno del 1904, nella succursale Montevergine accade un “avvenimento straordinario”. Vi è un tafferuglio tra ricoverate, per cui si apre

---

<sup>80</sup> *Ivi*, p. 421

<sup>81</sup> Cfr. CESARE LOMBROSO, *Del tribadismo nei manicomi*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», Torino, 1885, vol. VI, fasc. 3, pp. 218-221

<sup>82</sup> Cfr. SIGHELE SCIPIO, *Le coppie degenerate*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», Torino, 1892, vol. XIII, fasc. 6 (1892), pp. 505-542

un'indagine con l'ascolto e la verbalizzazione di tutte le testimonianze, ma un banalissimo diverbio sull'utilizzo di un letto diverso rispetto da quello assegnato, si trasforma nella relazione del medico <sup>83</sup> in altro. "Sin da quando le due ricoverate Giuseppina C. e Carmela P. sono state trasferite in questa casa, seguendo antiche abitudini han cercato di mantenersi in contatto continuo, avvalendosi di tutte le astuzie di cui son capaci gli ammalati di mente lucidi di cui si ammanta il carattere criminale.... Raggiri, pretesti, bugie, simulazioni, pieghevolezza di atteggiamenti nel contegno e nella condotta sono caratteri comuni ed armi maneggevoli per questi due soggetti, la cui vita nel manicomio, s'integra in una solidarietà associativa, mal celata dall'apparente indifferenza che l'una affetta per l'altra". Il primo passaggio tratteggia il carattere criminale delle ricoverate e il loro rapporto segreto. A questo punto invocando la perizia della scienza medica così si continua: "Ed alla nostra coscienza di medici di manicomio apparisce troppo chiaro che il vincolo, il quale deve intercedere tra le due e che le stringe in una terribile coppia, è riposto in una forma di amore pervertito; il quale traluce chiaramente dall'*excusatio non petita* della P. Diciamo di più, che sulla scorta delle note differenziali di carattere e di temperamento, che corrono tra i due elementi della coppia, sarebbe facile intuire anche la parte che gioca ciascuna nell'oscuro connubio. Come che sia, sta infatti che la C. , secondo la relazione della Suore, che l'ha avuta in custodia, è quella che, nel modo più irresistibile, cerca il contatto della P., affrontando, con tutte le astuzie, gli ostacoli che si frappongono all'esplicazione delle sue voglie". La relazione descrive un diverbio tra le pazienti ma il medico non può fare a meno di ritornare sulle tendenze sessuali deviate di Carmela: "A conferma del fondamento sessuale, che è la base di tanti disordini, crediamo utile ricordare quanto ci riferiva la Superiore, cioè che la P., due sere dopo l'accaduto, tentò di condurre a dormire nel letto tanto contrastato, l'inferma S., donna giovane e piuttosto piacente, giunta poco prima dalla Centrale: cosa che la Superiore stessa dovette impedire."

Sono andate perse le cartelle cliniche delle due presunte amanti, dalle quali avremmo potuto ricavare qualche notizia ulteriore: sull'età, sulla loro patologia, sul comportamento. La testimonianza della cesura operata sul lesbismo, come pratica sessuale, può essere, in questo caso, ricavata solo dalla documentazione

---

<sup>83</sup> Gli atti relativi all'avvenimento, compresa la relazione del 23 giugno a firma congiunta dei dottori Motti e Saporito sono custoditi nella cartella clinica di Maria Anna M. Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, D.U. 155.

conservata nella cartella clinica di Maria Anna, che ha avuto le percosse per non aver voluto cedere il suo letto.

Tra la fine dell' '800 e gli inizi del '900 i manicomi italiani divennero il luogo dove poter meglio osservare l'inversione femminile<sup>84</sup>, per cui dalle valutazioni e deduzioni degli psichiatri dell'epoca sui casi clinici si può ricavare cosa era considerato anormale e quali stereotipi si costruivano. Poiché la maternità, come già detto in precedenza, era considerata il fine biologico della donna, una sessualità lontana dalla procreazione non poteva essere che condannata. Lombroso ponendo le donne sposate e la riproduzione eterosessuale ai più alti gradini dell'evoluzione, perché essenziali per la continuazione della specie, non poteva che collocava le donne criminali, prostitute e lesbiche sui gradini inferiori dell'evoluzione.

Con queste lenti i dottori Motti e Saporito guardano le loro internate nel manicomio di Aversa, Giuseppina e Carmela, mettendo in connessione i caratteri delle criminali con le scelte sessuali, gli sguardi, i comportamenti, bollandole come lesbiche anche se nella loro relazione non possono fare riferimento ad alcun episodio oggettivo, dal quale si possa rilevare un reale rapporto omosessuale tra le due.

Anche Matilde C.<sup>85</sup> viene tenuta sotto stretta sorveglianza per “tendenze tribadiche”. Siamo ormai nel 1936 e l'atteggiamento dei medici è sempre lo stesso, nonostante la cartella clinica annoti la professione di ricamatrice, nella parte “Notizie anamnestiche” il medico di guardia, scrive che “La ricoveranda esercita il meretricio da circa vent'anni. Questa donna dissoluta e corrotta ha sempre avuto un carattere violento ed eccitabile.” Non si sa da dove il medico ricavi queste notizie poiché annota che “manca il modulo-questionario”<sup>86</sup>. E' stata mandata in manicomio perché aveva tentato il suicidio, gettandosi in un pozzo, per cui il medico “autorizza l'impiego di mezzi coercitivi. Matilde protesta per il

---

<sup>84</sup> Per questo aspetto è molto interessante il saggio di CHIARA BECCALOSSI, *I desideri delle donne per altre donne: l'inversione sessuale e altre rappresentazioni nella sessuologia italiana, ca. 1870-1900*, in CIRUS RINALDI (a cura di), *Alterazioni. Introduzione alle sociologie delle omosessualità*, Milano, Mimesis 2012.

<sup>85</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Matilde C.*, D.U. 615: ammessa per la prima volta il 17 agosto 1936, dimessa il 12 novembre 1938; riammessa il 15 febbraio 1938, dimessa il 5 settembre 1942; riammessa il 15 dicembre 1942, dimessa il 20 maggio 1943; riammessa il 23 settembre 1947, dimessa il 13 novembre 1947.

<sup>86</sup> Come già specificato, il modulo questionario era generalmente preparato dal medico e riportava tutte le notizie che servivano a descrivere la paziente e le motivazioni per le quali se ne richiedeva il ricovero. Nel caso di Matilde le notizie al medico da chi giungono? Forse dalle guardie che l'accompagnavano? Non abbiamo una risposta a questi interrogativi.

suo internamento “assicurando di non essere mai stata folle” e di aver tentato di uccidersi per i troppi dispiaceri. Nonostante la diagnosi di “stato depressivo”, le notazioni cliniche sono tutte orientate all’osservazione degli orientamenti sessuali. Viene trasferita continuamente da una sezione all’altra: “Passa alla Virgilio sotto speciale sorveglianza per tendenze tribadiche; “Per le sue manifestazioni morbose non è compatibile alla Chiarugi”; “Ritorna alla sez. Virgilio perché nella Motti ha manifestato tendenze omosessuali”; e ancora “Si è constatato che elle tende agli accoppiamenti urninghi <sup>87</sup>”; “In seguito a molte insistenze, a promessa di conservare condotta morale, si faccia di nuovo esperimento di trasferirla alla sezione Chiarugi. Si sorvegli bene”. E ancora: “Le sue tendenze tribadiche sembrano attutite, come riferisce il personale di assistenza, ma tuttavia non scomparse giacché ella spesso molesta altre ricoverate pel suo fine recondito. In complesso però rimane governabile”. Viene dimessa, ma ritorna dopo pochi giorni, Matilde lamenta che il nuovo internamento è stato voluto da un fratello “e, pare, non a torto”, annota il medico.

In una cartolina postale Matilde chiede al Podestà del suo paese di intervenire per la sua dimissione, visto che all’epoca del ricovero fu lui a consigliarle di accettare l’internamento e in una lettera al Comandante (più avanti lo appellerà “lei come capo del Comune”), gli scrive “Lei mi disse che venendo qui non ci sarei stata che provvisoriamente. Dunque il mio soggiorno trascorso qui non ho mai dato segno di pazzia e credo che in un anno mi avranno abbastanza sperimentato, me ne avvedo che son divenuta molto paziente e se l’avesse avuto fuori oh! Quanto avrei acquistato, mi bastò questo posto per riabilitarmi ... Mi dicono che per uscire di qua ci vuol una persona che sia di famiglia mette una firma e mi dia ospitalità; suppongo questo incomodo le sarà molto difficile per la mia famiglia lei potrà imporre ad obbligare che io qui non posso più starci, e ne mi sento di starci più, del resto non sono una fanciulla ma una donna matura, posso guadagnarmi un tozzo di pane onoratamente”.

---

<sup>87</sup> Il termine fu coniato nel 1863 dal giurista Karl Heinrich Ulrichs che si interessò all’origine biologica dell’omosessualità, giungendo alla conclusione che potesse costituire una realtà intermedia tra sesso maschile e femminile. A queste persone diede il nome di “urningo”, in prestito dal tedesco “urningtum”, “uranista” o “uraniano” da Afrodite Urania che nel “simposio” di Platone veglia sugli amori omosessuali. Lo scopo era quello di evidenziare come le leggi che punivano i rapporti omosessuali fossero ingiuste perché non si poteva punire come vizio morale ciò che deriva da una condizione biologica innata. La costruzione troppo macchinosa di termini per definire tutte le tipologie sessuali: l'*urningo* (maschio omosessuale) e l'*urningina* (lesbica), contrapposti al *dioningo* (uomo eterosessuale) e alla *dioningina* (donna eterosessuale), nonché all'*uraniastro* (pseudo-omosessuale) e all'*urningo-dioningo* (bisessuale) fece preferire l’utilizzo di una terminologia molto più semplice quale omo- / etero- / bi- sessuale.

La nostra Matilde coglie, nel chiedere aiuto, il vero problema dell'internamento manicomiale. All'età di 41 anni, non può autodeterminarsi, è un familiare che deve prendersi la responsabilità della sua dimissione. Matilde ritornerà nel corso della sua vita più volte in manicomio.

### 3.4 LE CRIMINALI

Il problema dell'imputabilità della donna<sup>88</sup> si pose in maniera pressante tra Otto e Novecento, in quanto le scienze positive spingevano i giuristi affinché valutassero anche le motivazioni personali e sociali dell'autore di reato nonché i "fattori della criminalità". L'antropologia criminale spostò l'attenzione dal delitto, inteso in senso astratto, alla figura del delinquente e alla sua pericolosità sociale. Nel periodo di interesse la ricerca delle scienze sociali si intrecciava fortemente con le scienze mediche, soprattutto con la psicologia e la psichiatria. Il carcere era diventato un laboratorio naturale di indagine sociale e la figura del criminale veniva studiata in tutti i suoi aspetti, sia fisici che psichici<sup>89</sup>. Come afferma Mario Sbriccoli: «Del tutto trascurata prima di allora dalla scienza penale, quella figura diventa una sorta di interfaccia che mette in comunicazione il dato sociale (il criminale è un povero), quello giuridico (il reato e la pena sono dati omogenei?) e quello *lato sensu* medico: perché non si può fare a meno di prendere atto della realtà fisica, mentale, psicologica, che sottende un nesso tra il criminale e il suo delitto»<sup>90</sup>.

Nell'ambito di questo dibattito più generale era di grande coinvolgimento il tema dell'imputabilità femminile. Già agli inizi dell' '800 Giovanni Carmignati sosteneva che «Egli è certo dietro le osservazioni dei fisiologi, che gli organi della generazione hanno molta influenza su quelli che servono all'intelletto. Nelle femmine la midolla spinale è più debole e delicata che non lo è nei maschi. Quindi han quelle più deboli le forze dello spirito e più fermi i mezzi di acquistare le idee fornite loro dalla natura. Ciò posto il sesso femminile

---

<sup>88</sup> La tesi della diminuzione di imputabilità per la donna era sostenuta tra gli altri da ALFREDO DE TILLA, *La donna e la responsabilità penale*, Napoli, F. Corrado, 1890

<sup>89</sup> Per tali tematiche cfr. GIOVANNI BOVIO, *Saggio critico del diritto penale*, Napoli, Tip. A. Trani, 1872 e GASPARE VIRGILIO, *Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e sulle sue analogie colle malattie mentali*, Roma, Loescher, 1873

<sup>90</sup> Cfr. MARIO SBRICCOLI, *Storia del diritto penale e della giustizia. Scritti editi e inediti (1972-2007)*, Milano, Giuffrè, 2009, p. 548

è pure una giusta causa perché il delitto venga all'agente meno imputato»<sup>91</sup>. Ipotizzava, dunque, per le donne una attenuazione, una diminuzione o addirittura l'esclusione della imputabilità richiamando l'antico principio della *infirmitas sexus*, l'impedimento dovuto al sesso.

Le teorie di Moebius e di Lombroso erano tutte tese ad evidenziare l'inferiorità biologica, mentale, sociale e culturale della donna, e determinarono il costituirsi di uno schema di pregiudizi, luoghi comuni, stereotipi, stigmi che sono sopravvissuti per lungo tempo. La differenza fisiologica della donna si traduceva immediatamente in inferiorità in senso lato.

La “debolezza” del sesso femminile condizionava pesantemente la valutazione della piena consapevolezza della donna delle proprie azioni o che fattori fisici o morali potessero avere un forte influsso su di esse<sup>92</sup>. Anche nel foglio “Notizie storiche”, un prestampato da compilarsi a cura del medico che chiede l'internamento del malato di mente, era prescritto “Per le donne si diano esatte notizie sulla loro vita sensuale (mestruazione, gravidanza, numero dei parti, data del parto ultimo, durata dell'allattamento”, a sottolineare che per le donne fattori connessi al femminile potevano essere determinanti per una diagnosi di follia.

Nella riflessione giuridica tra fine Ottocento e inizio Novecento si evidenziarono diverse posizioni: alcuni sostenevano la piena uguaglianza giuridica tra uomini e donne in campo penale, altri una minore o diversa imputabilità per le donne, altri ancora ritenevano che sarebbe stato giusto pensare per le donne ad una semplice attenuazione di pena.

Il Codice Zanardelli non prevedeva la differenza di sesso come fattore influente di per sé sull'imputazione. Il problema dell'imputabilità era incentrato sulla volontarietà dell'azione in modo da distinguere tra azioni commesse da un soggetto capace di intendere e volere, cioè nel pieno possesso della «coscienza e libertà dei propri atti», e fatti agiti da un soggetto che si trovasse in uno «stato di infermità di mente», che mettessero in crisi le capacità razionali.

---

<sup>91</sup> Cfr. GIOVANNI CARMIGNANI, *Elementi di diritto criminale*, (1808), (tr. it. dal latino di GARUANA DINGLI, Napoli, Tip. P. Androsio, p. 56

<sup>92</sup> Molto noto all'epoca era un testo di BENEDETTO FERA, *La donna e la sua imputabilità in rapporto alla fisiologia e patologia del suo apparato genitale*, con prefazione dell'on. prof. Enrico Ferri, Roma, Athenaeum, 1913, ma anche il volume di PAUL JULIUS MÖEBIUS, *L'inferiorità mentale della donna* (1900), introduz. di F. Ongaro, Torino, Einaudi, 1978.

Nel manicomio di Aversa, Gaspare Virgilio, studioso, come si diceva all'epoca, "dell'anima criminale", convinto assertore dell' "origine morbosa della delinquenza", forte sostenitore delle teorie lombrosiane, credeva fermamente nell'opportunità di assicurare una vigilanza particolare ai detenuti e alla detenute maniache<sup>93</sup>, cosa che il manicomio non era in grado di fare con la perizia, che la nuova antropologia criminale richiedeva. Per cui ottenne facilmente che si costituisse nel 1876 nelle carceri di S. Francesco di Paola, sempre ad Aversa, una sezione per criminali maniaci, che si trasformerà pochi mesi dopo nel primo manicomio criminale italiano. Le donne continueranno, però ad essere ospitate nella Maddalena, separate dalle altre matte, allocate "nel comparto criminali" o "sezione penale", per cui nella collezione delle cartelle cliniche<sup>94</sup> ve ne sono molte di donne criminali, fino a quando non sarà creata una sezione femminile nel manicomio giudiziario di Aversa.

In questa tipologia di ricoveri alle dinamiche relazionali con le famiglie e con le istituzioni territoriali: sindaci, medici, forze dell'ordine, ecc. si aggiungono anche quelle con le carceri di tutto il territorio nazionale e i tribunali.

Gli attori del gioco dell'internamento cambiano, sono soprattutto le istituzioni che decidono il destino delle detenute, la famiglia non è più protagonista all'atto dell'internamento, la sia vede comparire solo quando le inferme prosciolte hanno bisogno di essere accolte. Chiaramente, come si vedrà in seguito, le posizioni dei familiari si presenteranno variegata in dipendenza sia della tipologia di reato commesso (anche se oggi ci sembra paradossale, una donna che è stata accusata di pubblico scandalo è meno accettata dalla famiglia rispetto ad una infanticida) sia della funzione nell'ambito familiare assolta dalla donna (i mariti rivogliono le mogli perché utili all'accudimento della prole e della casa).

---

<sup>93</sup> Gaspare Virgilio aveva maturato questo convincimento oltre che attraverso la conoscenza di quanto si andava sperimentando in Europa, anche per l'esperienza acquisita come direttore sanitario della Casa penale di Aversa e come direttore del manicomio. Al Congresso nazionale della società italiana di freniatria, tenutosi ad Aversa dal 24 al 30 settembre 1877, elenca così le sue determinazioni: «1) I manicomi criminali sono necessari per allontanare i pazzi dalle prigioni ove se ne trovano un numero maggiore di quel che si creda e dove il lasciarli è ingiusto perché sono infermi. Sono necessari per allontanare dai manicomi i prigionieri perché quelli sono di disordine e corruttori. Sono necessari per ricoverarvi anche gli imputabili o i prosciolti per ragioni di follia dai quali bisogna garantire la società e pei quali non fu ancora provveduto. 2) Per una più adatta denominazione si adotta quella di Asili di Sicurezza e di Salute». Cfr. GASPARE VIRGILIO, *Sulla Istituzione dei Manicomi Criminali in Italia*, in « Archivio Italiano delle Malattie Nervose », Milano, 1877, anno XIV, fasc. V e VI, p. 29.

<sup>94</sup> Una notazione di carattere archivistico: le cartelle che racchiudono la documentazione delle criminali sono di colore rosa.

La casistica delle donne autrici di reato è varia: vi sono quelle che giungono per essere sottoposte a perizia psichiatrica che le prosciolga dall'accusa, perché all'epoca in cui avevano commesso il reato non erano in grado di intendere e di volere; altre, invece, venivano inviate dal carcere perché avevano dato segni di follia e il compito dei medici alienisti era anche quello di svolgere accertamenti ed indagini per verificare se le detenute si fingevano matte per sottrarsi alla durezza del carcere.

Spesso, dalle cartelle cliniche delle donne, che possono essere racchiuse in quest'ultima tipologia, emerge che un dato inquietante, le detenute rifiutavano il manicomio preferendo ad esso la prigionia. E' il caso di Celeste M.<sup>95</sup>, ricoverata il 3 gennaio 1915, dopo due mesi scrive al fratello "Per farti sapere perla mia ventura mi ritrova nel manicomio di Aversa ma non ti spaventare cheio fosse matta perche io milagnava che mi faceva male la testa, il dottore gredientosi e fosse stata Matta adesso mi sento bene e cosi spero di sentire anche dite e cosi tutta la nostra famiglia e non vio scritto primo per non darti dispiacere ma io stono 3 di Gennaio dentro al Manicomio. Dunque mio caro fratello tu deve parlare col Sindaco che fa ladomando cheio non voglio stare al manicomio perche non sono Matta voglio ritornare al Carcere, ma ti racomando di fare presto non prolungare di più e scrivete presto cheioaspetto le vostre notizie poi mi fai sapere il nostro padre come sta e non sé prendesse colera cheio stono al Manicomio cheio stone bene". La visione di Celeste è molto chiara, nonostante detenuta nel carcere di Trani con una condanna a trenta anni di reclusione, per concorso in omicidio premeditato commesso dal marito, è per lei più angosciante essere rinchiusa nel manicomio, che addirittura vede come causa di possibile preoccupazione per i familiari. Stranamente i medici tracciano per lei una diagnosi di "psicosi carceraria" e la tengono ricoverata fino al 24 luglio dello stesso anno.

Anche Carmela M.<sup>96</sup> "insiste continuamente per uscire. Assicura di non essere folle". Quando viene a sapere che a seguito dell'amnistia del 24 ottobre del 1896, ha finito di scontare la sua pena, scrive alle suore del manicomio:

---

<sup>95</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Celeste M.*, D.U. 1186: ammessa il 3 gennaio 1915, rinvia nelle carceri di Trani il 24 luglio 1915.

<sup>96</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Carmela M.*, D.M. 96, entra nel manicomio il 25 aprile 1896, all'età di 55 anni, proviene dal carcere di Foggia dove sconta una condanna per furto. La tabella nosografica riporta molti dati, anche la voce "Amuleti" è compilata con la scritta "portava la corona"; i dati antropologici ed antropometrici sono tutti compilati con precisione. Le diagnosticano una monomania intellettuale. Carmela morirà in manicomio il 23 maggio del 1913

“Devotissime suore se credete di vostra coscienza di mandarmi a casa mia io non sto bene ca mi sto rovinando la salute. io sono sciolta dalla Legge e non possono tenermi più mio figlio non a messo nessuna firma. lo Sindaco meno quando sono venuta il dottore della Maddalena e di qua<sup>97</sup>, non ci fece nessuna firma, il Giudice non mi à mandato nessuno manicomio.... Se credete di mandarmi nella mia libertà. Altrimenti mandatemi al malicomio di Trana delle carceri.

Non sempre dai documenti custoditi nella cartella clinica si può ricavare la motivazione per la quale scontano una pena.

E’ il caso di Annunziata R.<sup>98</sup>, che viene inviata al manicomio dal carcere di Cosenza il 7 aprile del 1911, chiede ai medici di potere scrivere una lettera a suo marito per informarlo del fatto che è in manicomio e per avere notizie della sua famiglia. I medici scrivono: “E’ lucidissima”, si commuove quando parla dei figli e del marito”. Sul diario clinico è annotata una corrispondenza intensa con il marito, morirà in breve tempo di colera.

Vi è nelle dinamiche tra le istituzioni, carcere e manicomio un fenomeno, che si evidenzia in modo chiaro dalla documentazione. Le donne turbolente, che sono di difficile gestione, vengono inviate in manicomio con l’intento di liberarsi di un peso, di un problema nel momento in cui con il loro comportamento non accondiscende mettono in subbuglio il reparto carcerario e così si rileva come le “scomode”, le “turbolente” vengono spostate di frequente da un’istituzione all’altra.

Spesso, infatti, le detenute dopo essere state sottoposte a perizia psichiatrica vengono dichiarate “non dell’opera” e rispedito in carcere. Quando Agostina T.<sup>99</sup> giunge ad Aversa ha ventitrè anni ed è incinta di cinque mesi, sul foglio matricolare è annotato: “E’ una prostituta volgarissima ed una eccessiva che crede di potersi imporre alle autorità ingiuriandole, minacciandole, rompendo quanto le capita sottomano. Simulatrice abituale, è capace di ogni dispetto e di ogni malvagia azione”. Sconta una condanna per furto e in carcere viene punita spesso in cella di isolamento o a regime di pane e acqua per la pessima condotta e per le numerosi infrazioni che compie. Senza dubbio è questo il motivo che spinge l’istituzione carceraria di Paola a mandarla alla “Maddalena”; gli alienisti

---

<sup>97</sup> Si riferisce alla succursale di Montevergine, dove si trova ricoverata.

<sup>98</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Annunziata R.*, D.M.760: ammessa il 7 aprile del 1911, morta il 4 agosto 1911.

<sup>99</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Agostina T.*, D.U. 11: ricoverata il 7 novembre del 1914, trasferita nelle carceri giudiziarie il 6 gennaio del 1915.

non possono che constatare che è “lucida, coerente ed equilibrata: servizievole ed ubbidiente, solo alquanto decaduta nei suoi sentimenti etici”. Non la ritengono “meritevole dell’opera” e la rinviando in carcere.

Di Luisa G.<sup>100</sup>, che giunge ad Aversa dal carcere di Cosenza abbiamo informazioni non dallo stato matricolare del carcere ma dalla descrizione dei medici alienisti del manicomio: “E’ l’ammalata più pericolosa ricoverata nella succursale, benché perennemente nella cella d’isolamento riesce con grande facilità a lacerare e liberarsi della camicia di forza, a rompere il letto benché fissato a terra ed abbattere la porta della sua cella. E’ pericolosissima ordinariamente. Riesce ad eludere ogni vigilanza ed è d’una forza fisica incredibile”. Recidiva sconta una condanna per oltraggio alle guardie municipali, dal mese di aprile del 1896, ma non si sa quanto sarebbe durata la pena. Nel corso del tempo i medici annotano: “La G. è sempre quella che è stata sempre agitatissima, dispettosa eminentemente pericolosa. E’ una vera demone.” La “demone” senza dubbio, non poteva essere gestita in carcere se, a quanto pare, anche in manicomio hanno difficoltà a contenerla. Non tornerà più in carcere, morirà alla “Maddalena”.

La sorte di Filomena Q.<sup>101</sup>, che sconta nelle carceri di Roma una condanna a 2 anni e 8 mesi e 15 giorni di reclusione per furto, è un po’ diversa. La mandano ad Aversa per aver dato segni di alienazione mentale, ma Filomena piangendo racconta ai medici di non essere matta ma che vogliono farla passare per matta perché aveva dichiarato che voleva rivelare i veri autori del furto. Il manicomio serve anche a questo. Viene giudicata “non dell’opera”.

#### 3. 4. 1 LE UXORICIDI

Condannate o per essere riuscite nell’intento o solo per aver tentato di uccidere i mariti, finivano spesso in manicomio. Spesso però dalla documentazione non si ricava la motivazione che ha spinto queste donne a compire un gesto tanto estremo quanto liberatorio.

---

<sup>100</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Luisa G.*, D.M. 95: ammessa il 27 luglio 1896, muore il 9 maggio del 1910.

<sup>101</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Filomena Q.*, D.U. 40: ammessa il 10 febbraio del 1917 dimessa il 29 marzo del 1917

Molto particolare è la storia di Caterina S.<sup>102</sup> che è detenuta per tentato omicidio ai danni del marito. Le riconoscono in manicomio gravissime tare ereditarie (pare che quasi tutti i membri della sua famiglia siano stati in manicomio) e anche lei ha trascorso già dei periodi al “Sales”<sup>103</sup> di Napoli. I medici la trovano “gaia e allegra”, ma la dichiarano “dell’opera” perché affetta da frenosi alcolica. Quello che desta la nostra attenzione è che Caterina non è turbata dalla vita manicomiale, non chiede come le altre di uscire per ritornare in famiglia, anzi, quando incontra nei colloqui il marito, si agita. I medici scrivono “Stamane alla vista del marito si è agitata a segno da divenire addirittura impulsiva, per cui ha dovuto assicurarsi”; e ancora “Sebbene apparentemente calma... alla vista del marito, quando costui viene a visitarla, si agita oltremodo e diventa minacciosa”; “Facilissima all’ira e all’agitazione oltremodo suscettibile, specie quando vede il marito”, “Sebbene apparisce calma, meno una loquacità incoordinata, pure si irrita oltremodo quando il marito viene a vederla, tanto che si è dovuto proibire il colloquio”. Gli incontri vengono definitivamente vietati a seguito di un episodio increscioso. Durante un colloquio Caterina aveva scagliato contro il marito un pezzo di pane ed il marito a sua volta aveva cacciato dalla tasca un’arma “non identificata”, rivolgendola contro la moglie. Comunque, pur avendo nel 1908 terminato di scontare la pena, i medici negano l’autorizzazione alla dimissione a causa delle “sue abitudini alcoliche, i precedenti di criminalità, il debole sentimento morale e l’eccitabilità”.

Anche Feliciano E. S.<sup>104</sup> è stata condannata a 16 anni e 6 mesi per uxoricidio mancato, non ha figli e dal carcere di Palermo la mandano alla Maddalena, dove gli alienisti le diagnosticano una “frenosi ipocondriaca”. È depressa, triste, taciturna. Vi rimarrà in manicomio ben oltre il fine pena.

La “rasolata” che Michelina I.<sup>105</sup> infligge al marito la porterà al ricovero presso il manicomio giudiziario di Aversa, ma scontata la pena, non ritenuta

---

<sup>102</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Caterina S.*, D.M. 175: ricoverata il 29 aprile del 1905, deceduta il 24 agosto del 1911.

<sup>103</sup> Il “Sales” era una delle sedi del manicomio provinciale di Napoli, prima che si costruisse la struttura di Capodichino, che sarà intitolata a Leonardo Bianchi, dove erano ricoverate le donne. Per una storia del manicomio di Napoli cfr. CANDIDA CARRINO E RAFFAELE DI COSTANZO, *Inventario dell’archivio storico dell’ex ospedale psichiatrico “Leonardo Bianchi” di Napoli* in AA. VV. *Follia. Il patrimonio culturale dell’ex ospedale psichiatrico “Leonardo Bianchi” di Napoli*, Salerno, Gaia, 2010, pp. 123-384.

<sup>104</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Feliciano E. S.*, D.U. 71: ammessa il 12 agosto 1906, trasferita nel manicomio di Palermo il 29 luglio del 1923.

<sup>105</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Michelina I.*, D.U. 697: ammessa il 21 maggio 1948, dimessa il 18 ottobre 1949.

guarita, viene internata nel manicomio di Aversa. Il delirio persecutorio a contenuto geloso, che le diagnosticano, è dovuto al fatto che Michelina ritiene che il marito la tradisca con una dirimpettaia, per cui aveva abbandonato la sua casa per trasferirsi dalla madre. Il compito dei medici sarà quello di far “scompare” l’ostilità verso il marito, fino a quando “lucida, tranquilla e bene orientata ... mostra buona affettività verso il marito”, per cui dopo un paio di tentativi di dimissioni con successive riammissioni, Michelina ritorna definitivamente “guarita” dal marito.

Orsola G.<sup>106</sup> arriva in manicomio dalle carceri di Perugia dove mostrava segni di depressione. Sconta una pena di 24 anni e 4 mesi per concorso in omicidio del marito. Orsola racconta che l’assassino del marito le faceva la corte, le dava del denaro, le scriveva delle lettere ma “non mai l’ha posseduta”. Infatti “si commuove ed impallidisce quando si dubita della sua innocenza nei rapporti con l’assassino di suo marito.”

Anche se Francesca C.<sup>107</sup> non uccide il marito, ma i suoceri, penso debba essere inserita tra queste donne. “In preda a canto di gioia”: è questa la motivazione per cui viene trasferita dal carcere di Catanzaro, riconosciuta sifilitica, per tare ereditarie e mestruate tardivamente (cosa vorrà significare!), aveva avuto dei figli, ma il marito e i suoceri dopo aver dilapidato la sua dote la maltrattavano. Così li aveva ammazzati con un coltello, “crede di essere salva per opera della madonna che le comparve e le parlò”. Non sappiamo da chi è stata salvata se dal marito che cercava di difendere i genitori o da altri spettatori del delitto. Comunque quando giunge alla “Maddalena” il processo è in corso, in poco tempo ritorna calma, tranquilla e coerente; i figli, i parenti scrivono per avere notizie nella speranza che Francesca sia prosciolta per insanità mentale e quindi che possa tornare in famiglia in quanto sono tutti disponibili a riprenderla una volta terminato “l’esperimento di follia”: Non abbiamo documenti che attestano come la vicenda giudiziaria si conclude, sappiamo solo che il 30 dicembre del 1920 ritorna in carcere.

---

<sup>106</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Orsola G.*, D.M. 270: entra in manicomio il 7 aprile del 1914, muore il 18 luglio 1914.

<sup>107</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Francesca C.*, D.U. 59: ammessa il 13 aprile 1904, trasferita in carcere il 30 dicembre del 1920

### 3. 4. 2 LE INFANTICIDI

Durante l'Ottocento vi sarà una ridefinizione giuridica del reato di infanticidio<sup>108</sup>, facendo una distinzione tra delitto commesso in difesa da parte della donna dell'onore macchiato da un figlio illegittimo e quello all'interno di una situazione di regolarità familiare. Nel codice Zanardelli del 1889, l'infanticidio era disciplinato come circostanza attenuante dell'omicidio, e non come titolo autonomo di reato. L'art. 369 stabiliva che «Quando un delitto preveduto nell'art. 364 (omicidio volontario) sia commesso da persona nei confronti di un infante, non ancora iscritto nei registri dello stato civile e nei primi 5 giorni dalla nascita, per salvare l'onore proprio, o della moglie, della madre, della discendente, della figlia adottiva o della sorella, la pena è della detenzione da 3 a 12 anni». Il tema dell'uccisione del figlio, soprattutto se illegittimo, viene sempre più circostanziato, tanto che il codice Rocco del 1930 all'art. 578<sup>109</sup> disciplinerà l'infanticidio come delitto per causa d'onore, sanzionandolo con pene diverse rispetto all'omicidio ed estendendo l'attenuante a chiunque, per motivi di onore, uccidesse un neonato. La minore gravità di questa decisione era motivata dal fatto che la letteratura sociologica sosteneva che il reato così configurato «produce un danno immediato minimo perché l'uccisione di un infante illegittimo non può davvero ... considerarsi come una perdita grave per la società»<sup>110</sup>.

---

<sup>108</sup> La letteratura sull'infanticidio come fenomeno storico è molto ampia, si indicano solo alcuni saggi rispetto a tutta produzione sull'argomento: FRANCESCO CARFORA, *ad vocem* «Infanticidio», in «Digesto Italiano», Torino, Unione Tipografica Editrice, vol. XIII-I, 1904; CESARE GIANNINI, *Sulla classificazione criminale della donna infanticida*, Roma, Tipografia delle Martellate, 1914; MARIA PIA CASARINI, *Tra criminalità e follia. La malattia dell'infanticida*, «Dei delitti e delle pene», Bari, De Donato, vol. 1, 1983; NICOLE ARNAUD-DUC, *Le contraddizioni del diritto*, in George Duby, Michel Perrot, (a cura di) *Storia delle donne. L'Ottocento*, Laterza, Bari, 1991; GIORGIA ALESSI, *Le gravidanze illegittime e il disagio dei giuristi (secc. XVII-XIX)* e GIOVANNA FIUME «*Madri snaturate*». *La mania puerperale nella letteratura medica e nella pratica clinica dell'Ottocento*, entrambi i saggi in GIOVANNA FIUME, (a cura di) *Madri: storia di un ruolo sociale*, Venezia, Marsilio, 1995; PATRIZIA GUARNIERI, *Madri che uccidono. Diritto, psicologia e mentalità sull'infanticidio dal 1810 a oggi*, in MIMMA CALIFANO, (a cura di), *Sapere & Narrare. Figure di follia*, Firenze, Olschki, 2005, pp. 145 -174. Anche se l'analisi parte da un caso concreto è molto interessante il saggio di ILARIA OLIVIERI, *L'infanticidio tra percezione popolare e trattamento giuridico. Prignano 1889*, «Storicamente», 6 (2010), [http://www.storicamente.org/07\\_dossier/famiglia/infanticidio\\_olivieri.htm](http://www.storicamente.org/07_dossier/famiglia/infanticidio_olivieri.htm)

<sup>109</sup> Cfr. Art. 578 c. p. «Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale. La madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni. A coloro che concorrono nel fatto di cui al primo comma si applica la reclusione non inferiore ad anni ventuno. Tuttavia, se essi hanno agito al solo scopo di favorire la madre, la pena può essere diminuita da un terzo a due terzi. Non si applicano le aggravanti stabilite dall'articolo 61 del codice penale».

<sup>110</sup> Cfr. SCIPIO SIGHELE, *Sull'infanticidio*, in «Archivio giuridico», XLII, 1899, p. 190

Spesso, però, i giudici faticavano a trovare elementi oggettivi che giustificano il ricorso alla causa d'onore, in presenza di donne regolarmente sposate, il cui figlio era stato concepito con il legittimo consorte.

In questa circostanza non si poteva che fare ricorso al sapere medico, per cui diventavano determinanti nell'espressione del giudizio, lo stato di alterazione psicologica, la «mania puerperale» o l' «incoscienza morbosa», uniche possibilità di proscioglimento o di diminuzione della pena.

La prassi giudiziaria non poteva che avvalersi della perizia psichiatrica sia per i casi di riduzione di pena per semi-infermità mentale o proscioglimento per infermità totale, la tendenza sarà quella di decriminalizzare e patologizzare l'infanticidio per recuperare attraverso il ricovero manicomiale e la scienza alienista la donna “malata nell'istinto materno”. Come abbiamo già analizzato, il modello di femminilità che si supponeva normale, cui è giusto che le donne si conformassero, è prima di tutto un modello materno, la donna, infatti, prima di ogni altra cosa è madre, e nella maternità si esprime e si realizza gran parte del destino femminile. In questa logica, l'infanticidio e l'omicidio di un bambino per mano materna o di un'altra donna, oltre ad essere umanamente inaccettabile è anche culturalmente destabilizzante, per cui nel momento in cui vengono compiuti atti tanto efferati e apparentemente incomprensibili, bisogna trovare una motivazione razionale che ci faccia comprendere lo *scelus*. La donna, colei che dà la vita e deve amare incondizionatamente, non può agire un crimine così efferato, è sicuramente impazzita.

La pazzia diventa un'ancora di salvezza all'interno dell'irrazionalità che ci domina, quasi una presenza altra, divina, superiore, che impone il proprio arbitrio alle donne, le guida verso il più abominevole dei delitti. E' come se uno spirito maligno entrasse nel corpo della donna e la portasse a compiere l'assassinio.

“Era già ammalata da qualche anno .... Quando un bel giorno intesi dirmi alle spalle: “Getta la bambina dalla finestra e sarai salva!” Ed io esegui l'ordine ricevuto”. Con queste parole Lucia C.<sup>111</sup> racconta ai medici del manicomio perché ha ucciso la nipotina, lei che non è sposata né ha figli. Una diagnosi di frenosi maniaco depressiva serve al giudice a proscioglierla dall'accusa di un gesto tanto efferato. Non è lei che ha ucciso la bambina è la

---

<sup>111</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, Lucia C., D.U. 2: ammessa il 29 dicembre 1910 è trasferita nel manicomio di Nocera Inferiore il 3 novembre 1911.

pazzia che le ha fatto compiere il terribile gesto. Infatti, il padre scrive periodicamente al direttore con la speranza di avere notizie di una pronta guarigione della figlia, che così possa riottenere la libertà: “Sono un padre infelice, addolorato, di cui il cuore geme, sanguina e sospira continuamente”; “Codesta mia infelice figlia, Lucia C., come la S. V. mi ha comunicato in risposta alla mia precedente, desidera rivedermi ed io ben volentieri voglio soddisfare il suo affettuoso desiderio ad appagare pure l’ardente brama che mi avvampa il cuore”; “La sua riverita nota mi ha scombussolato il cuore e fatto sorgere dei dubbi che mi rendono infelice”. La storia clinica non ci racconta altro se non lo stato depressivo di Lucia, il suo ostinato mutismo, i continui pianti e il rifiuto di dedicarsi a qualsiasi occupazione. Esprime un unico desiderio, di vedere il padre. In un passaggio è annotato che la madre si era suicidata gettandosi dalla finestra.

Il problema che si era posto per il legislatore ma soprattutto per chi quelle leggi doveva applicarle è che la punibilità di un crimine passa attraverso la sua intelligibilità. Come si è detto il disonore di un figlio illegittimo può determinarne la soppressione, ma negli altri casi? La difficoltà di trovare un movente, o anche solo un interesse a commettere il gesto, crea uno spazio perché la difesa possa far riconoscere la malattia mentale.

Chiaramente la dichiarazione di malattia mentale può essere fatta solo a posteriori, dopo che il gesto folle è stato compiuto.

Le imputate di infanticidio per questo motivo vengono mandate in manicomio affinché una perizia psichiatrica le riconosca affette da qualche forma di patologia mentale. La conseguenza sarà il proscioglimento dall’accusa e l’internamento in manicomio fino a quando gli alienisti ne attesteranno la guarigione. Cesira M.<sup>112</sup> ha 24 anni quando giunge dalle carceri di Piacenza dove è in attesa di giudizio per infanticidio e tentato suicidio. Viene riconosciuta affetta da sintomi di confusione mentale, per cui essendo irresponsabile dei delitti attribuiti “per vizio totale di mente”<sup>113</sup> viene prosciolta dall’accusa. Il marito Oreste scrive diverse volte al direttore del manicomio: “Mi permetto di farle recapitare questa mia, affine di avere notizie della mia cara M. Cesira ... ora che è

---

<sup>112</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Cesira M.*, D.U. 56: ammessa il 14 febbraio 1919, viene trasferita nel manicomio di Colorno il 9 settembre del 1920.

<sup>113</sup> Cfr. Art. 46 c.p. «Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza e la libertà dei proprii atti. Il giudice nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell’imputato prosciolto, ne ordina la consegna all’Autorità competente per i provvedimenti di legge».

più di un mese che sono stato da Lei e non ho ancora ricevuto risultato di sorta, mi faccio a pregarla di darmi una risposta favorevole in modo da consolare questo mio povero cuore affranto dal dolore ... La squisita gentilezza e bontà dell'animo suo mi dà speranza che presto potrò riavere a casa la mia cara consorte"; e ancora: "Ella mi prometteva che avrebbe fatto il possibile perché le necessarie pratiche seguissero in breve tempo il loro corso e mia moglie M. Cesira, ottenesse finalmente la sua sentenza, quella sentenza che dovrebbe rilasciarla libera all'affetto della sua famiglia, del marito e dei figli". Nonostante l'episodio gravissimo, l'uccisione di un figlio il marito vuole ricomporre l'unità della famiglia, lui e i suoi figli rinvogliono Cesira a casa, perché è stata la pazzia che le ha fatto commettere il delitto.

Michelino a soli 3 mesi è stato gettato dalla madre in una cisterna piena d'acqua ed è morto per asfissia da annegamento, ma Giovina Z.<sup>114</sup>, di 23 anni, non è punibile avendo commesso il delitto, come dichiara la scienza giuridica sostenuta da quella medica, in tale stato di infermità di mente da toglierle la libertà dei propri atti. A seguito della perizia dei medici del manicomio di Aversa le viene diagnosticata una melanconia ipocondriaca: "Timida e impacciata, dall'espressione profondamente depressa, parca di parole e povera di movimenti, manifestava idee deliranti ipocondriache e persecutorie, orientate, queste ultime, verso il marito, che l'inferma accusava di tradimento e di infedeltà addebitandogli addirittura la responsabilità del suo delitto". Nonostante sia "lucida, orientata, coerente nel discorso e nell'atteggiamento, docile, servizievole e laboriosa" non viene dimessa. Anche il marito di Giovina, Matteo, scrive al direttore, rinvuole la moglie a casa: "Dato il mio stato agitato di animo e data la mia sventura di essere rimasto solo, in mezzo ad una strada, senza di nessuno, senza un conforto e senza di quella donna che è la casa della famiglia ..... Sig. Direttore lei è padre di famiglia e sa che in casa quando manca la donna, il mondo finisce. Così sono confortato io. La mancanza di lei mi fa trovare in una rovina .... Mi trovo in mezzo ad una strada, esquilibrato in tutto e per tutto, ed i miei utili vanno dispersi di qua e di là e fra le altre cose mi manca la pulizia. .... Perdona Sig. direttore se mi son permesso di scriverla, perché è il dolore ed il cuore che mi comanda e che mi hanno spinto farmi rivolgere a lei che è il padre di tutti i ricoverati".

---

<sup>114</sup> Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 17/2, *Giovina Z.*, D.U. 103: ammessa il 13 febbraio 1931 viene trasferita il 4 settembre 1934.

Matteo riuole la moglie a casa che paradossalmente è il suo punto di riferimento e di equilibrio nonostante la tengano in manicomio proprio perché non sana di mente, ma una donna, anche se matta, potrà comunque attendere alle incombenze domestiche e di questo ha bisogno il marito.

#### 4. LA STORIA DI MARIA VITTORIA: “CIO’ NELL’INTERESSE DELLA MORALITÀ”

Maria Vittoria C., possidente, vedova di un medico, madre di otto figli, cinque maschi e tre femmine, viene ammessa per la prima volta nel manicomio di Aversa il 25 ottobre 1929, all’età di 55 anni. Il medico Francesco Notarnicola di Putignano, luogo di residenza della stessa, stila un certificato medico molto minuzioso con la richiesta di internamento. Il certificato presenta un’organizzazione anomala, il medico nelle prime battute scrive la diagnosi<sup>115</sup>, “alienazione mentale con turbe del senso morale (anestesia morale)”<sup>116</sup> e poi si sofferma sulla descrizione dei comportamenti della paziente “sarebbe lunga la teoria delle anomalie del soggetto, che nata da famiglia civile e doviziosa, si trascina trascurata e sudicia, avvicinando or l’uno or l’altro per soddisfare le sue tendenze lascive a cui è spinta da forza irresistibile”; ma la cosa che il medico sottolinea con forza è che “interrogata sulle stranezze della sua condotta e sullo scandalo che dà.... risponde nell’ammettere gli addebiti, ma in ciò nulla trova di male perché, l’amore, la reputazione, è un fatto convenzionale voluto dalla società, che non ha ragione di essere perché Iddio ha detto: crescete e moltiplicatevi ovunque vi trovate”.

Il problema si delinea immediatamente in maniera chiara è la condotta morale della donna, che dichiarando esplicitamente di voler gestire la sua vita sessuale, viene a configgere con quello che il senso comune pensa debba essere il comportamento di una vedova con figli<sup>117</sup>.

---

<sup>115</sup> Normalmente il medico condotto descrive prima le manifestazioni e i comportamenti dell’ammalato per poi stilare una diagnosi, che viene confutata o accettata dagli alienisti del manicomio dopo il periodo di osservazione, che è fissato in trenta giorni. Solitamente il certificato per il ricovero in manicomio è redatto su un modello prestampato nel quale vengono fatte poche notazioni e si chiude con il motivo per cui si richiede il ricovero, dove è annotata la formula generica “perché pericoloso per sé e per gli altri”. Il certificato di Maria Vittoria è molto lungo e ampiamente descrittivo con annotazioni che appaiono immediatamente sovrabbondanti tanto da far pensare a un documento ben organizzato e attentamente stilato per meglio sostenere la richiesta di ricovero.

<sup>116</sup> Se non diversamente indicato le parti virgolettate sono tratte dalla cartella clinica della ricoverata; cfr. Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Maria Vittoria C.*, D.M. 1022.

<sup>117</sup> Il pensiero antifemminile degli inizi del ‘900 è ben rappresentato dalle tesi che il sociologo Sighele sosteneva in *Eva moderna*, opera dedicata alla sorella Emma: «La donna veramente donna non ambisce eguaglianza, non sogna indipendenza, non chiede diritti maschili, ma è dolcemente fiera dei suoi doveri femminili. [...] Coloro che aspirano ad emanciparsi, coloro che per ingegno, per l’attività, per la volontà si sono acquistata una reputazione più o meno legittima, hanno nell’aspetto fisico come nella fisionomia morale qualche cosa di mascolino; [...] ed è per questo che noi dobbiamo imparzialmente riconoscere che la maggioranza delle donne superiori che furono grandi per se stesse o come ispiratrici di uomini celebri appartengono non al tipo delle

Il medico del paese a questo punto, nel redigere il certificato, indispensabile all'internamento, non può che associare alla scelta di vita di Maria Vittoria una sentimentalità deviata, che deve necessariamente essere presente: “mancano in lei i sentimenti etici e sociali, il patrimonio affettivo è deficiente, assenti i sentimenti verso la famiglia, l'amore verso i figli” ma “come in tutte le degenerazioni morali immezzo a tanto sfacelo emerge il sentimento religioso ed adora il crocifisso che porta sempre addosso”. La conclusione è la richiesta in un ricovero “in adatta casa di cura”, per la pericolosità sociale della donna.

Ma dalla storia clinica della ricoverata si rileva tutt'altro. Infatti, il 7 ottobre 1929, quindi durante la fase di osservazione, il medico del manicomio annota “E' ben orientata nel tempo e nello spazio. E' lucida ed in grado di fornirci notizie dettagliate sui suoi precedenti personali e familiari.... Dichiaro di non essere stata mai una santa, ma considera che gli stimoli della carne non sono facilmente frenabili. Insinua contro i figli e specialmente contro i più grandi accuse di maltrattamenti”. Immediatamente si determina una discrepanza tra la descrizione diagnostica del medico del paese e gli alienisti del manicomio: la donna è lucida e per di più insinua che il suo ricovero è stato voluto dai figli più grandi che all'epoca avevano intorno ai trent'anni. Sono queste le prime fasi di un percorso che si snoderà attraverso tutti i passaggi caratteristici di un simile ricovero: una famiglia agiata che oltre all' “onorabilità” deve proteggere anche il patrimonio familiare (la signora, secondo quanto dichiara il figlio possedeva un patrimonio stimato £. 1.500.000) e che, di conseguenza, userà il manicomio come strumento per rendere inoffensiva una persona, privandola del diritto di gestire le proprie ricchezze e la sua vita sentimentale. Il 29 novembre Maria Vittoria è ancora non completamente inconsapevole della trama ordita alle sue spalle e scrive:

“Figlio carissimo, da un mese e 4 giorni che sono qua non solo non è visto nessuno, ma nemmeno è ricevuto una notizia, una parola, un conforto! Nulla di nulla, e perché tutto questo. Tutti più o meno qui ricevono visite di parenti ed io non vedo nessuno mai, qui sola abbandonata fra cure e premure gentilissime sì, ma pur sempre estranee. Comprendrai che qui, tra l'altro può e potrà necessitare sempre qualche cosa e come farlo se non ti vedo? Ora avrei bisogno della mia cintura o

---

mogli oneste e delle madri feconde, ma al tipo di Aspasia». Cfr. SCIPIO SIGHELE, *Eva moderna*, Milano, F.lli Treves, 1910, pp. 50 e s.

fascia erniaria che trovasi nel camerino del lavandaio, ai piedi del lettino, ma siccome quella ormai è inusabile dovresti procurarmene una nuova del modello di quella, ma al più presto perché tu sai la necessità assoluta tanto più dato che dovevo subire l'operazione dell'ernia. Con la mia fascia davanti mandami anche delle maglie di lana e delle mutandine di fustagno per l'inverno, quindi chiedere per me se posso vestire borghese onde poter mettere tutta quella roba personale che mi occorre, specie ora con la cattiva stagione e che in seguito allora potresti mandarmi, trovandosi tutto nella mia stanza. Dunque? Avrei molte cose da dirti e sono sempre nella sola attesa di vederti e abbracciarti, mio adorato, quindi spero tra qualche giorno di vederti apparire qui e stringerti fra le mie braccia. Salutami tanto tanto Ciccio, Pietro, zia Caterina, Nicola, Tonino e baciami tutti gli altri figlioli. Ti prego di darmi notizie di Vito quindi di Luisa e Peppino. Nella sola speranza quindi di vederti abbiati il mio bacio intenso e affettuoso. Tua madre. P. S. Ti pregherei portarmi qualche po' po' di roba dolce (cioccolatta, etc. etc.) altra varietà che a me sapevate preferita. Nel camerino stesso del lavandaio v'è un sacco di biancheria che dovresti far togliere di lì potendosi guastare, essendo proprio sotto la finestra. Di nuovo baci, baci, baci. Mamma.”

Si rivolge in maniera affettuosissima al figlio Giovanni, si sente sola ed abbandonata, chiede che le si portino delle cose per le sue necessità, ma soprattutto vuole notizie degli altri suoi figli. Inoltre, scrive una lettera ad un suo cugino, Minicuccio, affinché parli con suo cognato di problemi relativi a proprietà e cambiali. Queste due lettere sono le uniche che Maria Vittoria riesce a spedire. Intercettate dal figlio Giovanni, quest'ultimo il 2 dicembre si premura di rispedirle al direttore in quanto afferma nella lettera di accompagnamento che sono state “spedite da codesta Casa senza il necessario visto dell'autorità preposta alla sorveglianza della corrispondenza”. E' infastidito ed arrabbiato: la lettera indirizzata a lui è arrivata multata e la madre gli chiede di poter vestire “abiti non conformi all'ordinaria divisa della Casa, oltre che con una richiesta di biancheria. Penso che lei avrà ben provveduto i suoi malati in cura di quanto occorre alla loro vestizione e corredo”. Per quanto riguarda quella indirizzata a Minicuccio dice che il destinatario “di questa cartolina ha fatto un manifestino reclame, mostrandola a molta gente, cosa che non è di nostro gradimento”. Il giovane avvocato cerca di mettere in difficoltà il direttore, prima insinuando che non vi è

controllo sui ricoverati, che possono persino permettersi di inviare incontrollati lettere e cartoline, poi che gli ospiti del manicomio sono sprovvisti di biancheria. La richiesta chiara è quella di “voler usare una speciale vigilanza e controllo nell’esito della corrispondenza di mia madre”. Lo scopo è quello di realizzare un cordone sanitario che gli consentirà in breve tempo di isolare completamente dal mondo esterno Maria Vittoria, in quanto “è interesse mio e di mia famiglia non far conoscere ad alcuno estraneo alla nostra parentela il luogo dove mia madre si trova, massimo per la dignità nostra di professionisti”. La famiglia non solo ha decretato l’internamento ma, scegliendo il manicomio di Aversa <sup>118</sup>, si è assicurata una distanza tale che aiuta a fare in modo che la donna sia dimenticata da tutti. Maria Vittoria è decisamente una donna “originale” sia per la sua vivacità intellettuale, sia per la naturalezza e la freschezza con cui esprime i suoi sentimenti e soprattutto la sua sessualità. La sua gestione è difficile e i figli sono determinati ad adoperare il manicomio per essere aiutati in questo compito. Dunque, a questo punto le missive di Maria Vittoria sono censurate e messe agli atti nella cartella clinica. Il 12 dicembre scrive:

“Signor avvocato, lei perdonerà se le scrivo da questo luogo essendo stata internata in questo Reale Manicomio senza avere commesso atti tali da subire tale penitenza. Vorrei essere fra tante disgraziate per non intendere nulla e non pensare a tante cause che è nel Tribunale di costà cui fa bisogno la mia presenza, altrimenti chissà che piega prenderanno, tanto più che lei sa, che anche il capo del governo, cioè Musolino si indugiò lui stesso nel raccomandarmi al presidente del Tribunale per ben occuparsi dell’assetto delli miei [...]”<sup>119</sup>, unico scopo per vivere bene i miei ultimi anni di vita, come lei sa tutto il resto. Sarà gentile di farmi sapere tutto quello che si è fatto in questi lunghi tre mesi di mia assenza costì in mio riguardo. Che à deciso il Tribunale: pregare il Direttore di qui di farmene uscire, giacchè venni ammessa dal Pretore, con certificato di dottore mai visto. Il dottore sanitario non volle mai firmare detta carta, giacchè sapeva bene l’intrigo che mi precipitava, perché A. è fittuario della casa di essi, da tempo che si andava pescando il momento per far ciò. Mi rinverranno al Podestà del

---

<sup>118</sup> Maria Vittoria è della provincia di Bari, che sprovvista di un proprio manicomio, era convenzionata con quello interprovinciale di Nocera Inferiore per il ricovero dei folli a proprio carico e, quindi, avrebbe dovuto essere ricoverata lì.

<sup>119</sup> Sulla pagina è una macchia d’inchiestro.

mio paese, null'altro che questo perché devo andare a casa mia per unico scopo, quello che è già scritto. Sono a pagamento perché man posto essi, non è questo il ritiro per me, giacché è manicomio non Provinciale ed essendo in alterco con i miei figli non è bisogno del loro ritiro. Saluti Maria C.”

“Rispondetemi presto”<sup>120</sup>.

Maria Vittoria appare lucida e razionale, oramai è consapevole che sono i figli a volerla rinchiusa in manicomio, essi pagando una retta di mantenimento evitano anche il problema di dover passare ad un vaglio periziale più stretto, ineludibile se fosse stata l'amministrazione provinciale a doversi accollare la spesa<sup>121</sup>. Cerca l'appoggio dell'avvocato, vuole uscire. Nonostante tutto continua a scrivere alla famiglia. Una lettera del 5 gennaio recita:

“Carissimo cognato, affezionati figlioletti, il lungo tardare di vostre notizie in specie dei miei piccolini, troppo mi addolorano, desidero assai notizie di Pietro, Michele, Enzino <sup>122</sup> che non so dove essi si trovano. Tu caro cognato, per il bene che vuoi ai tuoi figlioli sarai buono di sacrificare il tuo tempo per mettere d'accordo in modo alla buona del mio presente stato di cose. Dirai a S. vivente, che quello che lui ha fatto e sta facendo per mio bene Iddio saprà premiarlo come merita. Ho appreso che qui vi sono famiglie intere col vero malanno che li deperisce nel loro stato fisico e non desidererei il male al male. Abbandonata da voi tutti Iddio mi darà forza a sostenere queste sventure. Ormai sono passati quattro lunghi mesi e non mi avete spedito quello che ho cercato. Credete ciò di farvi grandi per privarmi del necessario che bisognava nel tempo dell'inverno. Volete voi dunque che io concepisca la buona cura che avete di me?? Ringrazio tutti, e se non ho scritto di proprio pugno perché sono accasciata dai modi usatomi. Iddio perdonò la peccatrice, voi non apprendeste che tutto viene ricompensato a suo tempo? Ricordatevi che sono la madre dei figli P. e se Iddio mi farà perire qui, a tutti vi rimetterò

---

<sup>120</sup> La nota di chiusura si legge sul fronte anteriore della cartolina postale.

<sup>121</sup> Come già detto in precedenza, il mantenimento dei folli nei manicomi era normato da diverse tipologie di regime, commisurato alla classe sociale di appartenenza. I folli di ceto abbiente erano ospitati a pagamento e a loro era riservato anche un trattamento privilegiato, sia per la tipologia della stanza loro riservata sia per il vitto, migliore e più abbondante, questo era il caso di Maria Vittoria, in quanto la retta giornaliera era pagata interamente dalla famiglia. Per i poveri erano le Province, quale garante della pubblica beneficenza, della pubblica morale e dell'ordine pubblico, a provvedere.

<sup>122</sup> Sono i figli più piccoli essendo nati nell'ordine nel 1908, 1910 e 1914.

la benedizione benefica per il gran bene che m'avete fatto. Speditemi gli interessi dei Borderò al portatore perché comprerò il necessario come pure la biancheria e la fascia erniaria. Saluti cari a tutti quelli che domandano di me. Baci ai figlioletti, cari baci a te cognato. Chiamami subito. Vittoria.

Caro Nicola<sup>123</sup>, consegnerai questa ai miei cari figlioletti che tanto li ricordo con affetto e farai capire essi il luogo ove sono. Che si ricordino di scrivermi spesso che voglio notizie di essi. Mi à scritto Vito si trova in Francia e propriamente a Parigi. Prego te di spedirmi gli interessi sudetti che devo comprarmi quello che mi fa bisogno, spediscimi fichi buoni con amandorli, biscotti e taralli di quelli che fa zia Caterina e della cioccolata Talmone, noci e delle paste reali che tanto mi fan bisogno. Vorrei qui il mio caro ed affezionato buon Giovanni, per dirci tante cose e baciarlo caramente, ringraziandolo di quanto a fatto e sta facendo a mio riguardo. Iddio lo benedica e null'altro voglio che venga a salutare e vedere questi luoghi. Tu Nicola vorrei che sia il paciere che ritorna a casa mia. Iddio perdona e voi passate avanti a lui? Io nulla ò fatto per descrivermi tale nella storia che inviaste al Direttore. Considerate il caso, non avrei meritato tanto. Il mio procedimento lè stato insegnato ed ò espiato, basta, abbiate cura di me. Venite e vi dirò tante cose, che lasciai in disordine nei miei interessi in ispecie a Bari ed a Mottola. Saluti cari a quelli che ti sta alla visuale del tuo studio, alla famiglia L. e al signor C. figlio tanto spesso li ricordo quelle care persone. Dici loro che io vivo ancora e spero di uscire presto. La mia casa non la fittate ne voglio che si tocchi. Le mie carte, la mia valigia stia intatta, come anche il lavandaio. Ten prego il mio volere sia preghiera per te e Nicola, pensi che pesa l'affetto e Iddio non perdona; se voi non pensate per me che desidero venire presso di voi, come stavo. Voglio la mia biancheria, maglie, fazzoletti per la testa, calze, calza netti, camicie, reggipetto, come anche due abiti, se vi deciderete lasciarmi qui. Ora basta la rendita a sostenere i figli in collegio? Fatemi sapere tutti. Tanti baci alla P. Maria ed Amedeo che tanto hanno fatto per me. Saluti a Marietta a suo cognato Giovanni e o sognato che A. è morto, sarà vero? Cari saluti. Vittoria.”

Non ha notizie della famiglia, non le portano le cose che ha chiesto, nelle sue lettere tradisce come il suo giudizio oscilla continuamente tra la speranza di

---

<sup>123</sup> La lettera è scritta nello stesso foglio sulla pagina a fronte.

uscire, ritornare a casa e la sensazione che forse è stata definitivamente rinchiusa in manicomio, chiede che non sia toccata la sua casa, le sue cose, che si dica alle persone che chiedono di lei che non è morta, è ancora in vita sebbene si senta sepolta viva. Molto interessante è la richiesta di dolciumi, non di dolci generici, ma di quelli che le fanno ricordare la sua terra, la sua casa: i fichi con mandorle, i biscotti di zia Caterina, la cioccolata Talmone, quella che evidentemente era solita mangiare.

In quest'epoca comincia, poco o per niente adatta alla vita di reclusione, a manifestare tutte le forme di ribellione che può agire. Il 28 febbraio 1930 il medico nel diario clinico annota: “ E’ una ricoverata molestissima, quantunque è curata con ogni riguardo ed amorevolezza, ha messo la disperazione nel personale d’infermeria ... il più grave è che molesta le altre ricoverate con ingiurie, maldicenze ecc. e le altre ricoverate spesso reagiscono con aggressioni contro di lei”. Non sa a chi rivolgersi, Giovanni non le risponde, quindi scrive al figlio Pietro, studente in collegio:

“Caro figlio, non mi ai dato notizie né di te né dei tuoi fratelli. Mi avete abbandonata qui per sperdermi ogni traccia di me. Ricordatevi che vi sono vostra madre e che non meritavo ciò. Nulla feci di male per essere qui condotta. Tu Pietro, figlio mio sii buono fammi uscire di qui preghi che io tutto farò per te. Ricordati che sei il mio più figlio di cuore e quindi farai tutto quello che occorre perché io venga fra voi. Oggi bastano le rendite. Ieri no. Ecco la cattiveria di [...]”<sup>124</sup> Iddio è giusto per tutti. Gli mandai a pregare che mi mandassero le maglie e tutto quello che occorreva per l’inverno e non me li mandò, sto tanto costipata che Iddio sa. Volevo taralli, cioccolata, dolci, paste reali ecc. ecc. e nulla quanto una giunse qui, la famiglia si dimentica dell’affetto materno. Verrà giorno che essi anche saranno così e fai il male fai il male la divina provvidenza sa. Prega Luisa che venga a trovarmi perché dirò fatti che lasciasti in pendenza costà. Voglio ed il volere di madre sia comando. Giovanni tanto mi à raccomandato al direttore lo so tutto. Non venne perché era troppo il dolore di vedermi in Manicomio senza nulla aver fatto. D. mi à voluto assai bene e Iddio lo ricompenserà in casa sua. Vito mi à scritto è a Parigi, su quello spero. È tanto il bene che gli ò fatto. Non più in altri. Tu Pietro vogliami bene

---

<sup>124</sup> Il foglio presenta uno strappo.

preghi di farmi uscire di qui. Ho tante cause in Tribunale di Bari e chissa? Bacioni. Salvami. Tua madre.”

“Son cinque mesi che sto qui, non basta?”<sup>125</sup>

Intanto, il figlio Giovanni continua a perseguire il suo scopo. Il 22 agosto del 1930 ottiene dal Tribunale di Santa Maria C. V. una ordinanza di custodia definitiva della madre nel manicomio di Aversa e la nomina ad amministratore dei beni ed a rappresentante legale dell’alienata.

Maria Vittoria non riceve notizie dai suoi familiari e le lettere che scrive non vengono più spedite, ma conservate nella sua cartelle clinica, dove le abbiamo rinvenute. Naturalmente non era al corrente di questa censura da parte dell’istituzione. Il 29 settembre scrive ancora:

“Mio caro fratello, ti scrivo con le lagrime agli occhi tanto sono commossa, poiché non ho avuto ancora la consolazione di ricevere un tuo caro scritto. Adesso riconosco tutto il mio torto, mio affezionato fratello, avevi ben ragione di consigliarmi per il mio bene, se avessi dato ascolto a te, ora non mi troverei in queste condizioni. Ora ti assicuro che me ne sono tanto pentita e non so io stessa che cosa potrei fare, per uscire di qui. So che tu sei così buono e sei mio unico fratello, quindi potresti con le tue buone parole implorare verso mio cognato Pietro, se non lo puoi tu in persona, giusto come fece il defunto Vincenzo con Rosina sua moglie, che andò a riprenderla, dove era rinchiusa assumendo lui tutta la responsabilità. Pensa mio caro fratello che nelle nostre vene scorre l’istesso sangue, perciò farai un atto di fraternità interessandoti di farmi ritornare a casa al più presto possibile. Ti fò noto che nel caso la mia abitazione l’hanno fittata, io non vi troverò alcuna obiezione, restando contenta di vivere tra voi. Sarai gentile di informarmi di tutto ciò che hanno fatto in mia assenza da casa, riguardo a tutto. Sappi che mesi fa venne a trovarmi mio figlio Vito, come pure Giovanni. Vito mi rassicurò tanto promettendomi non appena avrebbe messo a posto ogni cosa, in pieno accordo con Luisa sarebbe venuto senz’altro a rilevarmi. Di Vito non ho saputo più nulla, ignoro dove egli si trova, poiché non ho ricevuto sue notizie, tranne una cartolina illustrata che mi spedì da Parigi. Ti prego mandarmi esatte informazioni dove trovasi tuttora, che desidero

---

<sup>125</sup> La nota di chiusura si legge sul fronte anteriore della cartolina postale.

scrivergli, se non trovasi costà. Mi darai ancora nuove di Luisa e Peppino che credo che tu sei in relazione con loro. Se poi viceversa non ti scrive con essi, ne domanderai dove risiedono, e me ne farai consapevole. Le suore adibite a questo Manicomio mi vogliono molto bene nonché la sorvegliante ha dei riguardi per ma e qui per fortuna vi è una suora di Bitonto, che essendo io sua paesana ha tanta cura per me. Scrisi a Giovanni e gli chiesi la pianta dell'ulivo di Boemia, famosa per la sua fragranza, che volevo regalarla alla suddetta suora di cui ti ò accennato. La pregai tanto di portarmi o inviarmi dei migliori semi del nostro giardino, dippiù le cipolle delle tuberose ed altro. Mi struggo dal desiderio di vederti, sappi che qui vè parlatorio tre volte la settimana ed io non ho mai la consolazione di rivedere un caro volto. Attento ansiosa tue notizie che mi diano coraggio. Ti bacio con effusione assieme ai miei nipoti Giovanni e Pierino. Tua affezionata sorella Vittoria.”

La costante nelle lettere di Maria Vittoria è sempre la stessa, la richiesta di notizie dei figli e la preghiera di essere aiutata ad uscire. Infatti il 24 novembre il medico annota sul diario clinico che “Indispettita perché non la si dimette dal manicomio ha manifestato propositi di suicidio. Si sorvegli molto diligentemente”.

Dopo pochi giorni, il 17 dicembre il medico ritiene che la ricoverata è “diventata tranquilla, governabile, disciplinata, lucida ed esattamente orientata e chiede di essere restituita alla libertà”, per cui il medico propone al direttore di dimetterla. Questa sembra la svolta decisiva: l’analisi dei comportamenti della paziente, la lucidità del ragionamento e le richieste sempre più pressanti di essere rimessa in libertà fanno ritenere ai medici che non è folle e che, quindi, non ha bisogno delle cure manicomiali. Questa decisione non collima con i desideri della famiglia, che si vedrebbe rispedita in casa una persona di così difficile gestione, con una caparbieta nell’autodeterminarsi non comune per una donna nata del 1874, istruita, abituata a decidere della sua vita, a gestire in maniera autonoma il proprio patrimonio <sup>126</sup>.

---

<sup>126</sup> Il legame che intercorre fra repressione sessuale, maternità e moralità, è così descritto da Forster, uno dei più famosi pedagoghi cattolici della fine del XIX secolo: «La donna non può dimostrare in modo più degno la sua superiorità ed il suo ritegno di fronte all'egoismo della passione puramente carnale, se non appunto attenendosi incrollabilmente alla forma matrimoniale consacrata. Anzi, si può affermare che nella donna appunto la maternità, che la eleva al di sopra dell'uomo, deve riposare sopra queste garanzie del vincolo fra i due sessi, vincolo che deve essere reso più solenne coll'intervento della religione e della tradizione; perché appunto dalla maternità

Il figlio Giovanni apprende la notizia delle dimissioni della madre in maniera informale dal medico di Castellana, Notarnicola, e immediatamente scrive, in data 13 gennaio, una lettera al direttore in cui chiede che la madre sia esaminata bene prima di essere dichiarata guarita, che il ritorno al paese della stessa costituirebbe un grande problema per lui e i suoi fratelli, in quanto ella aveva in tutti i modi cercato di distruggere la sua carriera professionale e soprattutto la sua presenza non avrebbe contribuito alla serenità dei suoi fratelli, ancora studenti. Il Direttore annota sulla missiva “Si risponda che la madre è in condizioni di mente da dovere essere ritirata dal manicomio”. Il giudizio del medico sembra inflessibile e con l’ordinanza del 14 gennaio Maria Vittoria viene dichiarata dimessa. Giovanni non si arrende. Manda una nuova lettera al direttore affinché ritorni “sul provvedimento preso” e scrive “all’uopo invio n. 10 documenti, perché esaminandoli, possa colmare qualche lacuna esistente nella storia clinica e modificare il giudizio emesso”.

In questa fase sono molto evidenti le dinamiche che vengono messe in atto dalla famiglia, che in maniera sostenuta e determinata interagisce con l’istituzione nel tentativo di orientare comportamenti e addirittura decisioni mediche. Come si è già detto il manicomio era una istituzione ben inserita nel tessuto sociale che i cittadini conoscevano bene e con la quale entravano in relazione ogni volta che potevano servirsene, l’interazione con le famiglie è molto stretta tanto da essere sancita da alcune norme regolamentari<sup>127</sup>, che si basavano sulla condivisione di responsabilità dei malati tra istituzione e famiglie. In questo caso si tratta di una famiglia colta, benestante che utilizza questo ente per raggiungere il proprio scopo quello di allontanare e tenere reclusa Maria Vittoria, scopo che viene celato da affermazioni di fiducia nella capacità terapeutica dell’istituzione stessa.

Il figlio Giovanni usa tutte le armi che sono in suo possesso: ricorda al direttore del manicomio che la madre “è una psicopatica di data molto antica e su fondo degenerativo. Nessuna ragione, illustre professore, spinge la famiglia a

---

la donna è messa in rapporto più vivo e profondo con l’avvenire, e in più intimo e misterioso contatto con il creatore, che non l’uomo, la cui azione è limitata al presente». Cfr. FRIEDRICH WILHELM FÖRSTER, *Il problema sessuale nella morale e nella pedagogia: discussioni coi moderni riformatori*, Torino, STEN, 1908, p. 65.

<sup>127</sup> Il Capo V del *Regolamento* del 1909 definiva la procedura per il “Licenziamento degli alienati” e l’art. 66 spiegava accuratamente le modalità di interazione con la famiglia per la dimissione dell’ammalato “in via di esperimento”. Quest’ultimo era affidato alla famiglia che doveva prendersene cura e inviare al direttore ogni quattro mesi, per mezzo del sindaco, un certificato medico sullo stato del paziente. Veniva, dunque, sancito un vero e proprio patto di corresponsabilità tra i due interlocutori che passava sul capo del ricoverato.

tenere segregata e lontana la propria congiunta, ridotta da molto fastigio nella miseria più squallida, trascinando il casato a vorticoso rovina. Anzi è un onere gravoso, al quale ben volentieri e con rassegnazione si sobbarca pur di sapere l'inferma ben custodita e scevra di ogni pericolo". Il figlio, quindi, nella sua missiva fa perno su due argomentazioni solide, la prima è la notazione sul comportamento della madre offensivo sia per se stessa sia per il casato e la seconda è che la famiglia, anche se ormai in rovina, sobbarcandosi le spese di degenza di Maria Vittoria, in modo che abbia un trattamento di particolare riguardo, non vuole altro che la madre venga curata come la scienza medica può e sa fare. Ma non sarebbe bastata questa precisazione per raggiungere lo scopo, quello di tenerla "segregata e lontana", infatti Giovanni allega alla lettera documenti dalla tipologia più varia, dai quali il direttore, ritenuto dal giovane avvocato, superficiale e sprovvisto, possa meglio valutare la personalità della madre e, quindi, ritornare sulla decisione di dimetterla.

Il giovane avvocato è attento e concentrato nel sottolineare e richiamare maggiormente l'attenzione del direttore sui passaggi all'interno della documentazione, che delineano in maniera negativa la figura di Maria Vittoria. In una causa sulla compravendita di un immobile l'avvocato della controparte, nella comparsa conclusionale del 15 maggio 1925, per sostenere come il suo assistito sia stato truffato scrive che "rimasta vedova ... la C. anziché dedicarsi alla famiglia e alla educazione dei figli, ha preferito abbandonarli a se stessi e menare vita randagia e avventurosa, tale da suscitare il generale biasimo dei suoi concittadini e il completo allontanamento dei suoi congiunti. .... Nonostante la sua età avanzata ella ha stretto relazioni che l'hanno coverta di ridicolo e che non si perita di confessare..... Un siffatto genere di vita, le non lievi spese cui ella andava incontro, anche per soddisfare le brame dei suoi... *consiglieri* (come lei li chiama e passi l'eufemismo).... la spinsero a consumare somme non lievi e perfino ad indebitarsi".

Giovanni invia tra le altre cose anche una sentenza di una causa penale intentata nel 1923 da Maria Vittoria contro tre dei suoi figli per lesioni reiterate nella quale il giudice assolve i giovani in quanto la "C. è un carattere bisbetico e dedita al vino, onde non si può prestare alcuna fede alle sue dichiarazioni contro i figli, con i quali ha continue questioni, perché questi giustamente cercano richiamarla ad un regime di vita più onesto e più morale". Ma ancora più

importante diventa la sentenza del Tribunale di Bari che, a richiesta della figlia Luisa, dichiara Maria Vittoria decaduta dalla patria potestà sui figli minori e ordina la convocazione del consiglio di famiglia per la nomina di un tutore, al quale affidare la cura degli stessi e l'amministrazione del loro patrimonio", la motivazione ricalca le altre: la vedova "trascura ogni suo dovere nell'esercizio della patria potestà, sacrificando l'onore ed i beni dei suoi figli minori a capricci inconfessabili.... per averli abbandonati del tutto, offendendone persino il patrimonio morale." Inoltre, il giudice giustifica la sua adesione alla richiesta di Maria Vittoria di poter visitare i figli motivando il fatto che "per quanto un siffatto provvedimento possa sembrare in contrasto con la presente condotta della convenuta, tuttavia è opportuno emetterlo nella speranza che la stessa possa rinsavire e rimettersi sulla buona strada, col risveglio del sentimento materno".

Tutti sono concordi nel ritenere che i comportamenti di Maria Vittoria sono poco consoni ad una donna, le manca il sentimento materno, sebbene abbia partorito otto figli, sperpera il loro patrimonio, la sua condotta sessuale non è ammissibile in alcun modo. I giudici, i figli, i medici, i compaesani sono concordi nel dover riorientare, secondo un comune senso dell'onorabilità, le scelte di Maria Vittoria.

Bisogna ricordare che in quell'epoca il fascismo fondeva le sue idee sulla donna con le posizioni più conservatrici e discriminatorie della Chiesa. Il binomio "moglie e madre", l'esaltazione della maternità, la funzione della donna quale educatrice della prole erano promulgati da entrambi<sup>128</sup>. Le caratteristiche della donna ideale cattolica erano il sacrificio e la capacità di sopportazione, da opporre ai valori femministi di autonomia, indipendenza, e dignità. L'ideologia del sacrificio e dell'abnegazione doveva contrassegnare la donna, dunque, la sua sessualità e la sua femminilità ne venivano inevitabilmente ridimensionate. Anche le posizioni di Mussolini e dei suoi fiduciari erano ampiamente rappresentate nella stampa ufficiale del regime. In *Critica fascista* si poteva leggere: "La donna

---

<sup>128</sup> Il Concilio Vaticano Primo, indetto da Pio IX il 18 luglio del 1870, aveva segnato un nuovo periodo della storia del cattolicesimo, che coincise con l'aumento del potere ecclesiastico in campo civile: la dottrina della Chiesa cattolica diventa un concreto progetto sociale e politico. Nelle Encicliche *Quanta cura* e *Quod Apostolici numeris* emesse rispettivamente l'8 dicembre 1864 da Pio IX e il 28 dicembre 1878 da Leone XIII, si elencavano quelle dottrine liberali che secondo il Vaticano erano in opposizione alla religione, causa prima del processo di smantellamento della famiglia cattolica in nome della nuova famiglia borghese. L'identità di genere definiva quell'insieme di ruoli morali attraverso i quali gli istinti individuali dovevano essere combattuti. La morale di riferimento per il genere maschile e quello femminile non era la stessa. Per gli uomini, l'etica significava impegno civile e capacità di controllo, per le donne, invece, repressione sessuale e vocazione alla maternità.

fascista deve essere madre, fattrice di figli, reggitrice e direttrice di vite nuove [...], per essa occorre una intensa evoluzione spirituale verso il sacrificio, l'oblio di sé, l'anti - edonismo individualistico<sup>129</sup>.

Ma ritorniamo alla nostra storia. Giovanni arricchisce di altri documenti il suo dossier: un certificato fatto alla madre dalla Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Bari che attesta un'alterazione psichica specialmente a carico del senso morale aggravato da una infezione luetica in atto; un certificato del fratello di Maria Vittoria, Francesco, ricoverato presso una casa di cura per malattie mentali perché affetto da “gravissime tare psicopatiche famigliari”, che serva ad attestare l'ereditarietà della patologia mentale; inoltre, una dichiarazione giurata di quattro testimoni di Putignano che affermano, pur non essendo medici, che “la signora trovasi colpita da una gravissima ed abituale infermità di mente e di questa infermità mentale ha dato ripetute prove in maniera sempre più grave”. Da cosa questi quattro compaesani della signora capiscono e dichiarano davanti ad un pubblico ufficiale che è matta? Dal fatto che ha venduto “a vilissimo prezzo tutti beni immobili a lei pervenuti dai suoi genitori”, che ha abbandonato “del tutto la propria famiglia non tenendo conto nemmeno dei figli minori e perseguitando i propri figli maggiori con calunnie e diffamazioni in pubblico”, ha dato “motivo perché il paese potesse elevare serie accuse sulla sua vita morale, non del tutto proba”.

Il giovane avvocato costruisce l'accusa contro la madre non soltanto con atti ufficiali ma inviando al direttore del manicomio anche quattro lettere di amanti di Maria Vittoria tutte relative all'anno 1921, presumibilmente sottratte di nascosto e conservate per servirsene al momento opportuno. Preoccupato che possa sfuggire qualche passaggio interessante al direttore, li sottolinea in modo che possano essere colti più facilmente. In due lettere di un tale Minicuccio, inviate da Brooklyn una del 13 e l'altra del 20 agosto del 1921<sup>130</sup> si legge:

---

<sup>129</sup> Cfr. ARGO, *Compiti della donna*, in «*Critica fascista*», Roma, 1933, anno XI, n. 14, p. 267

<sup>130</sup> Le lettere sono interessanti anche per altre notazioni: Minicuccio indica a Maria Vittoria in che modo e a chi rivolgersi per poter entrare negli Stati Uniti, dopo l'entrata in vigore delle norme sul tetto imposto dagli Stati Uniti al numero di richieste di immigrazione. Inoltre, in una delle due, precisamente quella del 13 agosto, vi è una considerazione sulla morte di Enrico Caruso, avvenuta il 2 agosto: “Qui la morte di Enrico Caruso è stato un lutto generale. Tutti i giornali americani e italiani ancora non se la finiscono di parlare e stato un onore straordinario.” La frase tratta dal *post scriptum* dà il senso di come gli immigrati italiani vivevano il senso di appartenenza ad una nazione che aveva dato i natali al grande tenore, che come si sa era famosissimo oltreoceano tanto che alla notizia della morte Wall Street anticipò l'orario di chiusura e per due giorni tutti i teatri d'opera si fermarono per lutto.

“Mi mandereste un vostro ultimo ritratto? Voglio vedervi come vi siete fatta bella, questo per crepacuore dei nostri nemici. Mi mandereste un riccetto di sopra al pettignone, ma il più vicino all’imboccatura ? (sono ora un porco non è vero?) Ma voi mi dovete combattere certamente, è il troppo amore che mi spinge. Sì donna Vittoria lo voglio e spero che mi terrete contento. Baci e baci, 1000 abbracci”.

“Donna Vittoria, ve lo giuro sulla vista, io vi ho sognato migliaia di volte, però vi dico il vero, che tutte le volte mai ho ricevuto il bene di consumare, quando si stava al meglio eravamo sorpresi, però molte volte lo finivo di farlo in mano, certamente fra veglia e sonno ottenevo la stessa soddisfazione, e voi nel sognarmi avete consumato? Baci, baci, carezze e baci, abbracci in quantità, stretta di mani infinite e poi un bacio”.

Il figlio, tanto caro e amato, realizza il suo obiettivo. Il direttore non ritiene che i suoi medici siano capaci di valutazioni attente, perché “un accurato e diligente esame dei documenti” inviategli lo convincono che Maria Vittoria deve essere mantenuta nel manicomio “pel fatto di essere di pubblico scandalo ed anche di pericolo alla propria personalità fisico-psichica per gli eccessi sessuali ai quali si potrebbe abbandonare date le sue speciali tendenze abnormi”. Già nel 1886 Krafft-Ebing nel suo manuale di *Psicopatologia Sexualis*<sup>131</sup> aveva classificato il disturbo attribuito a Maria Vittoria come “iperestesia sessuale” e tale patologia aveva interessato tutti gli alienisti fino ad arrivare a Lombroso<sup>132</sup> che indicava la “sessualità in eccesso” come una patologia riscontrabile esclusivamente nelle ree ed in alcune prostitute.

Le notizie sulla degenza di Maria Vittoria da questo momento sono delineate nelle periodiche annotazioni sul diario clinico. Viene trasferita

---

<sup>131</sup> Cfr. RICHARD VON KRAFFT-EBING, *Biografie sessuali. I casi clinici dalla Psychopathia sexualis di Richard von Krafft-Ebing*, Vicenza, Neri Pozza, 2006, pp. 37 – 52. Gaspare Virgilio direttore del manicomio di Aversa dal 1876 al 1905 sostiene che per la catalogazione della varie forme di follia “nessuna classificazione si presta meglio di quella ideata da Krafft-Ebing ...quantunque questa classificazione non manchi di certi lati deboli attaccabili dalla critica, pure sembra che per oggi sia quella, che più permette all’alienista di orientarsi nel campo della patologia e della clinica”. Cfr. GASPARE VIRGILIO, *Delle malattie mentali e del governo tecnico dell’asilo nel quinquennio 1877-1881: conto statistico clinico reso alla commissione amministrativa pel dr. G. Virgilio*, Aversa, Tip. dell’Istituto Artistico di Giacomo Turi e figli, 1883, p. 115 e s.

<sup>132</sup> LOMBROSO CESARE - FERRERO GUGLIELMO, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, (ed. originale Torino-Roma, L. Roux e c., 1893), Milano, et al. Edizioni, 2009, pp. 407 – 411.

ininterrottamente tra le varie sezioni “Bianchi”, “Virgilio”, “Casa centrale”, “Infermeria”, in un movimento continuo determinato dal fatto che è una internata “fastidiosissima”, di “una loquacità incessante”, “maldicente”, insidiosa, inventa accuse portandole con una minuziosità di particolari da farle credere veritiere. Accusa il personale di sorveglianza, infermiere e suore, i medici di trattarla male, litiga con le altre ricoverate, chiede con insistenza di essere dimessa”.

Il 29 ottobre 1932 in occasione della visita del Procuratore del Re di S. Maria C. V. al reparto in cui era ricoverata si fa avanti e gli chiede di interessarsi affinché possa essere dimessa. Immediata è la richiesta del Procuratore che invia una nota al direttore. Dopo qualche mese, il 12 del 1933<sup>133</sup> in una lettera “riservatissima personale”, sempre il Procuratore, dichiara che ha notizie che Maria Vittoria, ormai ristabilitasi, non viene dimessa e che “per l’influenza del figlio avv. Giovanni, si usa ogni mezzo per non farla dichiarare guarita”.

E’ il dottore Cantelli che “favorirebbe” la permanenza della ricoverata per cui chiede al direttore di visitare la paziente per accertarsi del suo stato di salute e di inviargli una breve relazione. Non si riesce a conoscere dalla documentazione le motivazioni che spingono il Procuratore ad interessarsi tanto a Maria Vittoria; possiamo ipotizzare solo che la richiesta diretta della donna abbia in qualche modo sollecitato la sua curiosità se non la sua compassione.

La relazione del direttore non può che proteggere l’istituzione che egli dirige, il ritratto della ricoverata è impietoso, puntuale tanto da cercare di fugare tutti i dubbi sull’accondiscendenza dei medici alle richieste della famiglia. Ricoverata perché riconosciuta affetta da una grave psico-degenerazione con orientamento paranoide in sifilitica, la paziente “ha presentato di tratto in tratto fasi di viva agitazione psico-motrice con accentuazione dei suoi ordinari disturbi psichici, rappresentati da completa assenza del sentimento morale e di quello familiare, da esagerato erotismo, da gravi disordini della condotta (menzogne, calunnie, maldicenza litigiosità, oscenità, etc.) da ostilità nell’ambiente, da idee deliranti a contenuto persecutorio riflettenti i suoi figlioli e tutto il personale dell’istituto.” Ma la caratteristica che viene riconosciuta a Maria Vittoria è la dissimulazione in quanto “cosa facile in tutte le psico-degenerate dette anche folli ragionanti pel fatto che l’intelletto è meno danneggiato del sentimento e della volontà”.

---

<sup>133</sup> Generalmente quando non è specificato il mese si intende gennaio.

Tale definizione basta a far comprendere il ragionamento funambolico dell'alienista che partendo da un ossimoro "folli ragionanti" cerca di sostanziare e di giustificare l'importanza e la necessità di una scienza che a questo punto non si comprende a cosa possa servire se non a riorientare la sentimentalità e, dunque, la moralità delle persone.

Sono stati, come si ricorderà, i documenti che gli invia Giovanni a convincerlo che "posta in libertà avrebbe fatto mal governo con pericolo per se stessa e per pubblico scandalo". Maria Vittoria non è riuscita a convincerlo che potesse vivere libera nell'ambiente sociale "senza incorrere in quelle sregolatezze, oscenità, erotismi, ostilità, pericolosità che ne reclamarono l'internamento in manicomio". Ma la cosa che sconvolge il direttore è che la paziente "volendo giustificare la sua vita scandalosa, afferma che non sa la ragione per cui ella debba stare nel manicomio, quando le prostitute stanno nei postriboli e non sono ostacolate nelle loro tendenze"<sup>134</sup>. Tutto ciò non può convincerlo a dare l'assenso per la dimissione, verrebbe meno alla sua funzione e alla ragion d'essere di un istituzione che in fondo serve proprio a contenere, vigilare e soprattutto disciplinare gli individui.

Le notazioni che si susseguono sul diario clinico presentano Maria Vittoria come una persona lucida, consapevole che i figli la vogliono tenere in manicomio; le si attribuiscono doti di "astuzia e di perfidia difficilmente superabili", ma di tanto in tanto sono anche registrati stati di agitazione e propositi suicidi, per cui viene raccomandata al personale di custodia una sorveglianza accurata e costante. I giudizi sul carattere sono implacabili, la si definisce "querulomane, calunniatrice, attaccabrighe, maligna, bugiarda, intollerabile, maldicente, molesta". Queste valutazioni sembrano appartenere ad un'altra persona, dalle cose che Maria Vittoria scrive ai suoi figli appare completamente diversa, affettuosissima nei loro confronti, chiede continuamente notizie, la sua

---

<sup>134</sup> Paradossalmente senza rendersene conto Maria Vittoria con questa sua affermazione smantellava tutta la costruzione della scienza positiva lombrosiana che aveva sostenuto la sua dottrina sulla dicotomia "donna delinquente, prostituta e donna normale", quindi determinati comportamenti sessuali, tutti quegli stati in cui l'entità della libido è superiore, per intensità e per frequenza non potevano essere in una donna normale, poteva essere solo una caratteristica delle delinquenti nate, divise in due gruppi principali, prostitute e criminali. La scientificità di tale distinzione era basata su una catalogazione minuziosa dell'aspetto fisico, le cui anomalie determinavano il discrimine tra normalità e anormalità. Cfr. CESARE LOMBROSO - GUGLIELMO FERRERO, *op. cit.*

ansia e l'agitazione pare dovuta solo al fatto che non vuole rimanere in manicomio, ritenendo ingiusta la sua permanenza.

Il 30 gennaio 1937 viene dimessa in prova<sup>135</sup> e affidata al figlio Giovanni ma il 16 aprile è già nuovamente ricoverata. Il motivo è che “Rientra perché in casa ha nuovamente dato segni di pazzia”. Di questo periodo della vita di Maria Vittoria sappiamo poco in quanto dalle notazioni non appaiono registrati miglioramenti di sorta, ma dei pochi mesi trascorsi a casa abbiamo testimonianza in una lettera del 5 aprile del 1938, nella quale la donna sostiene di essere stata maltrattata da “ragazze”, termine con il quale presumibilmente si riferisce alle nuore, delle quali non vuole nemmeno scrivere. In un altro passaggio della stessa missiva dichiara che nonostante abbia preso lei la decisione di essere ricondotta in manicomio, nel momento in cui scrive, precisamente ad un anno dal suo rientro, chiede di essere ripresa a casa perché anche se maltrattata preferisce essere accanto ai suoi figli. Ma la cosa sorprendente è la generosità di Maria Vittoria che, nonostante la sua condizione di precarietà e di difficoltà, chiede dei soldi per poter aiutare “una ragazza sventurata di un paese vicino”. Ecco cosa scrive:

“Figlia cara Luisa, Vito e Michele, sono un hanno che manco dal vostro affetto. Sono sola e sventurata, ò bisogno che qualcuno di voi venga qui perché ò bisogno della vostra presenza per parlarvi a voce. Pensate che sono vostra madre e null'altro aggiungo, mi capirete bene a quello che voglio dirvi! Otto anni e mezzo di Manicomio mi avete ridotta uno straccio, moralmente e fisicamente, dovrete comprendere tutto quello che voglio dirvi. Ho bisogno delle comodità della casa vostra altrimenti morendo io qui portereste lo scrupolo di aver fatto morire una povera madre nella pazzeria. E' pur vero che io volli ritornare qui per le conseguenze e le vessazioni che mi facevano a casa a cominciare dalla finta baronessa T. Monica e della contessa T. Maria e delle altre che non voglio citare i nomi perché è troppa la vergogna di mettere sotto la mia penna ragazze che non valgono se non a mettere dispiacere in famiglia. Pensate solo che l'affetto di madre vi richiama al dovere di riprendermi a costo di morire di fame, ma desidero restare accanto a voi. Siete i miei figli adorati ed affezionati. Tu Luisa volevi mettere pace nella casa mandandone quelle donne che tanto male mi facevano, non ne ò il coraggio scriverli

---

<sup>135</sup> E' una forma di dimissioni regolamentata dell'art. 66 del *Regolamento sui manicomi e sugli alienati* del 1909.

solo e farli consapevoli a tutta questa comunità di suore che non potranno mai persuadersi a sevizii che mi faceva l'avvocato dell'africano e quel sventurato di quell'altro avvocato della cause perdute ecc. ecc. Farmi qui ritornare senza abiti e quel necessario che avevo già preparato nella valigia, maglie, fazzoletti, camicie, sottovesti e l'occorrente per prendere il pranzo e per la pulizia personale, filii miei belli, fate che una povera madre che vi a creati vi rimane presso di voi e non muoia qui sventuratamente nello stato in cui mi trovo. Lo farete questo sacrificio di rilevarmi perché la morte già la sento sulle mie spalle. Non mi date alcun dispiacere. Lo farete per la memoria di vostro padre che fu tanto buono con tutto il popolo. Vito tu verrai presto a vedermi come anche Luisa, Peppino e Michele. Non vi dimenticate dell'amore della vostra madre che quello che fate avrete. Certo non avrete di bisogno del consenso degli altri che sono i snaturati figli di Satana. Se venite portate l'occorrente per vestirmi che desidero morire fra le vostre braccia. Ve ne prego con le lagrime agli occhi, nel dolore di madre che sento e soffro. Abbiate pietà che sono assai sofferente. Il coraggio mi manca di augurarvi la buona Pasqua perché non sapete lo stato male in cui sto e non posso dire e sfogare le mie sofferenze a nessuno perché non sono creduta. Voglio solo il vostro bene di tutti quattro compreso anche Peppino che tanto mi ama. Desidero che mandate un vaglia per comprarmi l'occorrente, come anche £ 50 per una ragazza sventurata di un paese vicino. Venite assolutamente qualcuno di voi. Baci cari. Saluti dalle suore e in ispecie Suor Luisa, la suora del reparto dove sto io nelle aggritate. Pensate che è [...] <sup>136</sup> e non per tutti come me. Desidero che venite a prendermi, voglio finire la vita in famiglia. Baci veri e cari dalla mamma e benedizioni di vera madre. Vittoria P. C.

Un altro episodio che fa capire la difficoltà e la tensione dei rapporti tra il personale e le ricoverate e tra le stesse ricoverate è ben descritto da alcuni documenti, sempre conservati nella cartella clinica.

Il 19 gennaio del 1939, Maria Vittoria attira con urla l'attenzione del presidente della Commissione amministrativa in visita e gli racconta di essere stata percossa, il giorno antecedente, dal personale di sorveglianza, mostrandogli delle ferite alla testa e delle contusioni alle faccia, non medicate dal medico della sezione perché le suore avrebbero tenuto nascosto l'episodio. Sollecitata

---

<sup>136</sup> Il foglio presenta uno strappo.

un'inchiesta interna il medico direttore della sezione relaziona dichiarando che da più testimoni: ricoverate "lucide", personale infermieristico e le suore stesse, aveva saputo che Maria Vittoria era stata spinta da un'altra paziente a cui aveva sottratto dei fazzoletti e cadendo aveva battuto la testa procurandosi le lesioni. Per sostenere che Maria Vittoria mente sia sui presunti maltrattamenti che sulle immaginarie percosse il medico la descrive come una paziente dall' "irrefrenabile tendenza a dir male, a calunniare tutti quelli che hanno rapporti con lei .... E' sorprendente come riesca, atteggiandosi a martire, a mostrare attendibili le sue accuse, persino creando con artifici imprevedibili ed insospettati, situazioni speciali dalle quali possa poi facilmente estrarre il fiore della calunnia, che ella si compiace di presentare col profumo della più sottile perfidia".

Da questa data in poi Maria Vittoria è ricoverata spesso in Infermeria perché cade continuamente procurandosi ferite, varici, escoriazioni, contusioni, gonfiori, piaghe agli arti e alla testa. Appena guarita il medico la trasferisce in una sezione diversa in quanto afferma che in infermeria non può essere trattenuta per la sua agitazione psico-motoria e per le continue lamentele. Nelle note è registrate una vera e propria guerra tra i responsabili delle sezioni che si palleggiano la paziente come un oggetto indesiderato. Il 4 luglio del 1940 il medico dell'Infermeria annota: "E' una paziente che non può assolutamente restare in questo reparto.... Si restituisca alla Virgilio.... Presenta una piaghetta al piede destro che potrà opportunamente essere medicata dalla suora dell'infermeria a giorni alterni". Il 7 luglio il medico della sezione scrive "Si tratterrà la C. finché sarà possibile". Il 31 ottobre "Per edema ai piedi la ricovero temporaneamente alla infermeria". Il 10 novembre "E' un'ammalata clamorosa, lurida, laceratrice non compatibile in sezione, per mancanza di celle di isolamento. Non ha bisogno di presidi medici, potendo essere benissimo curata dall'egregio collega, esperto, medico capo reparto della sez. Virgilio, alla quale si restituisce".

Durante i ricoveri in infermeria Maria Vittoria scrive:

"Miei cari figlioli, sono all'infermeria, ò grande desiderio di vedervi perché sono inferma. Non vi scoraggiate che il mio desiderio sia per voi un ordine, un comando per tenermi contenta. Luisa buona, Peppino caro, Vito, Giuseppina, Michele abbiate cura di venire a trovarmi, ve ne

troverete pentiti se non mi accontenterete. Vi abbraccio. La vostra madre  
Maria C.”

Ancora non riuscendo più a scrivere di suo pugno chiede ad un'altra ricoverata di farlo per lei sotto dettatura:

“Infermeria donne.

Mio caro Michele, sono trascorse le feste natalizie e non ti sei fatto vedere, ricordati che la mamma è una e se io morirò certo verrai qui a prender posto. Le suore mi vogliono bene e il dottore dell'infermeria mi usa tutte le cure dove io mi trovo attualmente. Vi soglio assolutamente vedere . Il mio desiderio per voi sarà un ordine. Chi di voi è andato alla guerra? Ecc. ecc. Alla venuta ce fai mi porterai gli indumenti che non mi avete consegnato quando voi partiste. Vito bello, Vito caro, Luisa mia buona, datemi notizie di questi figli tanto a me cari. La scrivente G. vi saluta distintamente perché la mamma nelle condizioni in cui si trova non ha potuto scrivere. Tanti saluti dalle suore particolarmente dalla superiora. Il commissario Sabatini, il segretario generale Ariola e il dottor cavaliere Antonio Pinto, autorità di queste sezioni, prendono tutte le cure necessarie per noi ricoverate sventurate. Assolutamente venite presto, il ritardo potrebbe portarvi altre conseguenze. Ciò per vostra norma. Tanti saluti e baci a Vito, a Luisa e a te Michele che proprio sei un santo che intercederai presso i tuoi fratelli per la venuta qua. Saluti ai signori e signorine che si trovano in casa. Michele abbi i baci della tua mamma. Vittoria P.

P.S. Verrete per il [buco nel foglio] vostro padre.”

Ormai le cadute accidentali si susseguono senza posa e ha bisogno di essere medicata continuamente, il medico il 31 marzo del 1942 annota: “Questa povera ammalata che ha procurato in passato fastidi enormi al personale di assistenza non è oggi che un rudere meritevole di ogni pietà” e il 2 luglio dello stesso anno “le condizioni generali dell'inferma appaiono di una gravità eccezionale. Povera C.! Sic transit gloria mundi”.

Maria Vittoria muore in manicomio il 9 luglio del 1942 per broncopolmonite.

## 5. LA STORIA DI ROSA: IL PREZZO DELL'ONORE VIOLATO

Il 4 giugno 1902 veniva ammessa nel Manicomio di Aversa Rosa R.<sup>137</sup>, una ragazza di 22 anni, una contadina analfabeta del frusinate, “per aver dato segni non dubbii di alienazione”, come è testualmente detto nel rapporto medico del 21 dello stesso mese. Il dottore Cesare Panaro di Arpino nel Formulario richiesto dall’istituzione per l’ammissione dichiara che prima dello “sconcerto mentale”, per il quale il padre Pasquale ne richiede l’internamento, non vi erano state altre malattie e tutti i parametri rientravano nella normalità. Il medico dichiara che “l’inferma cominciò a non rispondere a tono alle domande, a scappare di casa quando non era sorvegliata, a tirar sassi e a minacciare frequentemente non solo i parenti ma anche gli estranei. La notte spesso si assenta dalla casa e non rientra per molto tempo. Questi fenomeni si manifestano solo ad intervalli abbastanza lunghi, mentre abitualmente l’inferma ha aspetto tranquillo, da idiota, non rispondendo a nessuna domanda”. La diagnosi formulata è di “malinconia con eccitamento della volontà”, per cui Rosa è rinchiusa in manicomio<sup>138</sup>. Durante il periodo di osservazione la ragazza tenta per ben due volte di evadere, eludendo la sorveglianza, per cui dalla Casa Centrale viene trasferita nella Succursale di Montevergine, ritenuta più sicura, grazie alla struttura claustrale dell’edificio. Nel Diario clinico viene annotata una diagnosi d’ingresso di “idiozia”, il medico riconosce una deficienza mentale in altri membri della famiglia (padre e fratelli)<sup>139</sup> e riscontra le seguenti anomalie fisiche: “cranio piccolo in proporzione della faccia, orecchie ad ansa, prognatismo, naso a base larga<sup>140</sup>”. Ma ciò che dà

---

<sup>137</sup> Tutti i documenti citati nel presente capitolo, salvo se non diversamente indicato, sono tratti dalla cartella clinica di Rosa R.. Cfr. Cfr. ASOP Aversa, serie *Cartelle Cliniche*, cat. 16/2, *Rosa R.*, D.M. 1303.

<sup>138</sup> Nella legge del 1904 sia il concetto di pericolosità che quello di pubblico scandalo sono piuttosto sfuggenti, in quanto non vi è una casistica nella quale sono codificati i fenomeni che determinano l’attribuzione dei due paradigmi. Mentre il primo rientra sia in una dimensione pubblica che privata, il secondo si consuma tutto in contesto sociale. L’esibizionismo, la nudità, la prostituzione troppo sfacciata, il vagabondaggio, la fuga dal contesto familiare (questo soprattutto per le donne) diventano alcune delle manifestazioni che fanno scattare la reclusione in manicomio, il tutto legato sempre ad una condizione di classe sociale disagiata.

<sup>139</sup> Scrive Foucault «... un interrogatorio psichiatrico classico... comporta sempre la ricerca degli antecedenti. In che cosa consiste tale ricerca? Nel domandare al malato quali siano state le diverse malattie da cui potrebbero stati affetti i suoi ascendenti o i suoi collaterali», cfr. MICHEL FOUCAULT, *Il potere psichiatrico*, op. cit. , p. 234. La nozione di eredità patologica era stata formulata già da Pinel agli inizi del XIX secolo per poi essere confermata sia da Esquirol che più tardi, tra il 1850 e 1860 da Moreau de Tours che introduce l’idea di una trasmissione della patologia sotto forme differenti in modo da poter far rientrare nel quadro ereditario la maggior parte delle forme di alienazioni.

<sup>140</sup> La concezione del corpo come valore umano era una pietra miliare dell’antropometria, che grazie all’influenza culturale di Cesare Lombroso, fu una scienza seguita ed applicata. Nei modelli a stampa della cartella nosografica dei pazienti internati nei manicomi molte pagine sono dedicate

la conferma dell'indispensabilità del ricovero è il risultato dell'esame psichico che per il medico non genera dubbi. "E' una deficiente mentale congenita che frequentemente subisce deliri di atti perché abbandonandosi ad atti pericolosi e vagabondaggio è stata qui condotta. Nel manicomio vive di vita vegetativa con frequenti accessi deliranti. Risponde a monosillabi. E' pericolosa per atti automatici" e soprattutto "manifesta tendenza all'evasione".

In effetti il medico del manicomio conferma la motivazione per la quale è stato chiesto il ricovero dai parenti e dalle autorità: la ragazza scappa frequentemente di casa, si ribella ai genitori che cercano di imporle un tipo di vita che la comunità e la morale pubblica vede come giusto e forse unico, non si lascia avvicinare neanche da estranei che tentano di indurla alla "ragionevolezza", il ricovero in manicomio è l'unica soluzione che i genitori possono praticare. Riconoscendola come "malata", pericolosa per se stessa e per gli altri, la comunità non ha altra scelta se non quella di destinarla in un luogo che, riconoscendo i comportamenti come manifestazioni di una determinata categoria diagnostica, possa attraverso l'internamento terapeutico curare Rosa. Le annotazioni che si susseguono nel Diario clinico sono contraddittorie: nel gennaio del 1906 il medico annota che la paziente "si è adattata alla vita del manicomio"; il 10 aprile "è tranquilla" ma il 25 maggio dello stesso anno "per l'intercorrenza di una fase maniacale con impulsione pericolosa, si è stato costretto infrenarla a letto di sicurezza" e il luglio "dato il suo contegno tranquillo... si presta a qualche utile servizio domestico". Grazie al fatto di essere valutata come una pazza "tranquillissima" viene concesso alle suore, dell'ordine delle "Figlie della Carità", che "invigilavano" le matte, di utilizzarla nelle pulizie delle loro stanze, nella cura del pollaio situato in un cortile adiacente e nei lavori presso la lavanderia esistente nella succursale, che provvedeva al lavaggio e asciugatura della biancheria di tutto il manicomio. Rosa poteva aggirarsi in tutti questi luoghi senza essere sottoposta ad un'incessante e rigida sorveglianza del personale di vigilanza, che si occupava soprattutto delle agitate e pericolose <sup>141</sup>. Intanto, nel gennaio del 1907 veniva nominato

---

alle misure antropometriche, «non però quelle misure devonsi abbandonare, non fosse altro come cornice del quadro, come simbolo, come bandiera di una scuola che fa della cifra la migliore sua arma...»; cfr. CESARE LOMBROSO - GUGLIELMO FERRERO, *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, (ed. originale Torino-Roma, L. Roux e c., 1893), Milano, *et al.* Edizioni, 2009, p. 280

<sup>141</sup> Come si è detto dalla fine dell'Ottocento viene sistematizzata la classificazione tassonomica ad opera prima di Kraepelin e poi di Bleuer. Ma nell'organizzazione dei manicomi non si trova

responsabile della sezione di Montevergine il dottore Filippo Saporito, succeduto al dottore Michele Angelillo, al quale una suora riferisce le confidenze di una ricoverata su una presunta gravidanza di Rosa. Il 16 di gennaio Saporito non poteva fare altro che constatare la gravidanza ormai inoltrata, anche se “la deformità della paziente, un’idiota dalla figura tozza e dall’addome prominente” non avevano fatto sospettare nulla, e riferire al direttore facente funzioni dell’epoca, Giovanni Motti, per sapere quali azioni dovessero in un caso come questo intraprendersi. Il 18 la ragazza viene sottoposta a visita da parte del medico ostetrico professore Spinelli che confermò una gravidanza in atto “ad oltre il settimo mese”<sup>142</sup>. L’Amministrazione apre un’inchiesta interna in cui i vari responsabili vengono interrogati. Sorprendente è la dichiarazione del dottor Angelillo, che per declinare ogni responsabilità, in quanto all’epoca in cui Rosa era rimasta incinta, verosimilmente agli inizi di giugno del 1905, era lui il responsabile della succursale, non esita a dare dell’internata una descrizione impietosa: “la sua conformazione corporea e il postamento trasandato e discinto, che è proprio dei deficienti, come lei, non permetteva di scorgere nulla di anormale, tanto più che essendo una figura deforme e repellente, non poteva lasciare lontanamente sospettare che fosse oggetto di libidine ed è veramente da meravigliarsi che vi sia un essere degradato moralmente fino al punto di abusarne”. Come si vede il medico nell’intento di scagionarsi non risparmia né Rosa né il presunto violentatore. Alla ragazza viene negato qualsivoglia desiderio sessuale, è data per scontata una violenza fisica, e il presunto colpevole è considerato “degradato moralmente” non per l’atto in sé ma in quanto “la conformazione corporea, la figura e il portamento della giovane”, “la deformità assolutamente ripugnante della povera idiota” non avrebbero potuto destare “le voglie libidinose di persona normale. Inoltre, il Saporito rincara la dose “ il commercio sessuale con un’alienata, specie della categoria di Rosa R., è tal cosa

---

alcuna traccia di queste classificazioni. Le suddivisioni che vengono compiute per distribuire gli ammalati nei padiglioni sono di tutt’altro genere. Sono operanti le differenze tra «curabili ed incurabili, tra malati tranquilli e malati agitati, tra malati docili e malati ribelli, tra malati in grado di lavorare e malati che ne sono incapaci, tra malati punibili e malati che non possono esserlo, tra malati da sorvegliare costantemente altri che devono esserlo solo di tanto in tanto, oppure che non devono esserlo per niente». Cfr. Michel Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France 1973-1974*, Milano, Feltrinelli, 2004, p. 169

<sup>142</sup> Il dottore Spinelli nel visitare Rosa così la descrive “addome voluminoso, pelle bianca senza smagliature... alla palpazione si trova l’utero pieno, gravidico, il feto è piccolo, vivo, mobilissimo...L’ispezione degli organi genitali esterni fa rilevare: osteo vulva-vaginale slargato, dal quale fuoriesce la parete anteriore della vagina prolassata, l’imene è rudimentale, ma ha tutta l’apparenza di essere intatto”.

che ripugna al senso umano anche meno evoluto e deve perciò far presumere nel colpevole un profondo perversimento morale che non fu mai scorto in nessuno degli abituali frequentatori della Casa”. Ma l’accanimento nella descrizione della ragazza è feroce, quanto più i medici infieriscono nel descrivere la ragazza in maniera crudele tanto maggiore sarà la possibilità di spostare l’attenzione da quello che era per l’istituzione il vero problema: la negligenza nella sorveglianza e nell’attenzione nei confronti dell’ammalata<sup>143</sup>. Sempre Saporito insiste nel dire che “la conformazione morfologica è delle più anormali ed è fatta proprio per ingannare. Bassa la statura, tozza la persona con l’addome procidente, com’è facile riscontare nelle frenastenie originarie, per la ptosi del pacchetto intestinale e di altri visceri addominali, ella si può dire tagliata d’un pezzo senza contorni e linee di demarcazione fra i diversi segmenti del corpo. E questo aspetto informe è accentuato dall’abbigliamento discinto e trasandato che è comune in tutti gli istati di mancata evoluzione o d’involuzione della personalità. Le stesse particolarità della gestazione della R. feto piccolo, liquido amniotico abbondante stanno a rappresentare un’altra causa di errori”. I medici che si erano alternati durante la gestazione della ragazza nella conduzione di Montevergine non sanno come giustificarsi per il fatto che si accorgono della gravidanza solo in uno stato avanzatissimo e solo perché segnalato alla suora da un’altra ricoverata, “usa a guardarne da vicino ed ignude le fattezze, nella intimità della comune vita di sventura”.

Oltre a ciò l’intento era quello di far emergere una sola criticità, individuata nella struttura edilizia che non consentiva un sufficiente isolamento delle ricoverate dall’esterno e dagli estranei. Saporito sempre nella relazione alla Commissione amministrativa sottolinea come nel prendere l’incarico a Montevergine aveva colto che il via vai degli operai esterni poteva costituire un pericolo in quanto non erano identificati né vigilati e si aggiravano in tutti i luoghi della struttura, che ospitava all’epoca dei fatti circa 200 ricoverate.

---

<sup>143</sup> Verso la fine dell’Ottocento, come si è già accennato in precedenza, la psichiatria si trasforma e se all’inizio del periodo d’oro dell’alienismo essa era mossa da intenti filantropici e terapeutici ora il suo compito precipuo, nel suo mandato asilare, è quello di gestione, controllo e allontanamento delle anomalie dall’ordine sociale. Nel momento in cui Rosa arriva in manicomio essa deve essere custodita, vigilata e l’istituzione, responsabile di ciò che le capita, non può consentirsi di considerare la gravidanza come una sua grossa inadempienza.

A questo punto l'istituzione si protegge, denuncia il fatto al Procuratore del Re in base all'art. 331 del c. p. p.<sup>144</sup>, in quanto la gravidanza non poteva essere che effetto di un reato, e al Prefetto, come organo di competenza per l'alta vigilanza sul manicomio. A quest'ultimo il presidente della Commissione amministrativa del manicomio scrive giustificando l'evento, ritenendo che le cause erano da ricercarsi prevalentemente nella struttura del convento, che sebbene di clausura, quindi, con mura alte ed inaccessibili, era inadatto a contenere una promiscuità di temperamenti diversi, quali le luride, le agitate, le laceratrici, le pericolose e le criminali, non ben divise e di conseguenza con scarse possibilità da parte dei medici, suore ed infermiere di "contenerle, disciplinarle e vigilarle". Di particolare nota è la descrizione di come possa essere avvenuto lo stupro: Rosa è descritta come una donna tranquilla, docile e laboriosa che attende alle incombenze affidatele dalle suore tra la lavanderia e il pollaio, collocato in un angolo dello "spanditoio", e in quel luogo, nascondendosi "dietro fitti filari di panni sciorinati un uomo, ivi ammesso, non sospetto e sospettato, in un momento brutale potesse aver fatto il fatto turpissimo .... Anche la vigilanza d'una sentinella sarebbe stata elusa".

Perciò, si ritenne che il reato di violenza carnale fosse avvenuto in un luogo aperto al pubblico, ovvero nello spazio adibito alla lavanderia o nel pollaio dove Rosa lavorava e, quindi, a maggior ragione perseguibile d'ufficio. Sia gli amministratori sia gli alienisti del manicomio non pensano né tantomeno paventano la possibilità che Rosa potesse essere stata consenziente: per la morale dell'epoca e soprattutto per il modo in cui si pensava dovesse comportarsi una donna sarebbe stato impossibile presupporre un coinvolgimento della ragazza nell'atto sessuale. La gravidanza non poteva che essere l'effetto di un reato commesso contro la volontà della vittima. L'autorità giudiziaria inizia un regolare

---

<sup>144</sup> Art. 331 del c. p. p.

«Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio.

1. Salvo quanto stabilito dall'articolo 347, i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.

2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria.

3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto.

4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero».

procedimento penale per violenza carnale contro due operai avventizi, Domenico Panza e Felice Gravina, che nei giorni in cui si sarebbero verificati il o i rapporti sessuali, verosimilmente gli inizi di giugno, come si è detto, erano presenti nella struttura, e il direttore del manicomio Giovanni Motti, quale responsabile civile. A questo punto ricompare il padre di Rosa, Pasquale R. che, autore e promotore dell'internamento della figlia nel 1902, assistito dall'avvocato Filippo Cossa, si costituisce parte civile contro uno degli operai e contro il direttore. Il 18 marzo Rosa dà alla luce un bambino, che viene denunciato allo stato civile dalla levatrice Grazia Brusciano come nato da "donna che non intende essere nominata" e immediatamente affidato alla Casa Santa dell'Annunziata di Aversa con il nome di Mario P.<sup>145</sup>, attribuitogli dall'ufficiale dello stato civile del Comune. Il procedimento penale si chiude il 24 gennaio del 1908 con un non luogo a procedere a carico dei due imputati per insufficienza di indizi e non luogo a provvedere sulla responsabilità civile del direttore. Oramai, l'istituzione pensa di aver espletato tutti i passaggi fondamentali per risolvere il caso, ma il padre di Rosa, prima, con sentenza del Tribunale di Cassino in data 15 - 25 febbraio 1909, si fa nominare curatore della figlia interdetta e successivamente, con atto del 24 giugno del 1910, chiede al tribunale di Santa Maria C. V. di dichiarare il bambino Mario P. figlio di Rosa R. e di consegnarlo a lui perché lo potesse allevare, che lo stesso è nato per colpa delle persone preposte alla custodia delle "dementi ricoverate" e, quindi di condannare l'amministrazione del manicomio a pagare all'istante, quale padre e curatore della ricoverata, £ 20.000 che dovranno servire per l'allevamento, l'educazione e l'avvenire del piccolo, £ 10.000 per i danni morali arrecati alla madre, £ 10.000 per i danni morali arrecati alla famiglia di Rosa. L'amministrazione del manicomio decide di resistere, per cui il Tribunale di S. Maria C. V. con sentenza del 4 e 18 luglio 1911 dichiarò inammissibile

---

<sup>145</sup> L'Amministrazione manicomiale chiede al governatore della Real Casa dell'Annunziata di Aversa che il bambino, nato da Rosa R., ricoverata nella succursale di Montevergine del manicomio, sia accolto "come misura d'urgenza". Il corredo del bambino consisteva in una "camicella, corpettino, cuffia, fascia e tre pannolini bianchi". Mario, segnato col numero di matricola 14 E, il 25 marzo viene dato a balia esterno ad una coppia di coniugi, Paola F. e Nicola T., contadino, ai quali era morto un figlio neonato e dei quali il Comune attestava la buona condotta morale. L'amministrazione dell'Annunziata chiedeva al Parroco di S. Maria di Costantinopoli, a cui appartenevano i coniugi, di vigilare affinché il "proietto sia amorevolmente custodito ed alimentato". Inoltre i coniugi erano tenuti a presentare ogni mese il bambino all'ufficiale sanitario del Comune "per far costatare la loro immunità ad ogni manifestazione sifilitica". Non si hanno altre notizie del bambino se non che muore all'età di quattro anni l'11 marzo 1911. Cfr ARCHIVIO STORICO DELLA REAL CASA DELL'ANNUNZIATA DI AVERSA, *Infanti illegittimi*, 7. 2.341.

l'azione per la consegna del bambino nato da Rosa e di conseguenza il pagamento dell'assegno per il mantenimento dello stesso, ma condannò l'amministrazione a pagare £ 6.000 all'internata per danni morali e materiali, mediante un certificato di rendita pubblica intestato al padre della ragazza, in qualità di curatore. Intanto la famiglia nel gennaio del 1911 chiede al manicomio di riavere Rosa a casa, non sappiamo se per un ritorno di affetto genitoriale o perché ormai alla ragazza era stato riconosciuto un cospicuo risarcimento per i danni subiti. Il direttore del manicomio non acconsente e dichiara, contraddicendosi in maniera lampante, che la donna ormai vive "una vita puramente vegetativa con attutimento completo dei sentimenti affettivi" ma può comunque "riuscire di pubblico scandalo per le sue condizioni mentali"<sup>146</sup>.

Intanto l'amministrazione, non avendo intenzione di pagare una cifra così alta, decide di ricorrere in appello e, mentre in un primo momento, come si è visto, aveva preso una posizione di difesa di tutti gli operatori, amministratori e personale sanitario, comincia a defilarsi e ad attribuire la responsabilità della gravidanza di Rosa al direttore facente funzione dell'epoca, Giovanni Motti. L'amministrazione aveva tutto l'interesse a dimostrare un'estraneità ai fatti accaduti, il direttore sosteneva che la colpa era da ravvisarsi nella negligenza e nella trascuratezza degli organi amministrativi a provvedere sia alle necessarie e urgenti misure per migliorare la struttura e isolarla maggiormente all'esterno sia alla mancanza di sufficiente personale di sorveglianza per controllare le reclusi. Ma la cosa più sorprendente è che l'amministrazione del manicomio, nonostante la documentazione sanitaria sin dall'ingresso di Rosa nel manicomio attestasse la diagnosi di idiozia, l'anaffettività e passività della ricoverata e che i medici, responsabili della struttura di Montevergine, all'atto della scoperta della gravidanza avessero tratteggiato una figura di donna succube della violenza di un

---

<sup>146</sup> Si tratta di una posizione non infrequente da parte degli alienisti nei confronti dei ricoverati «Quando, infatti, le manifeste tendenze alla pericolosità avessero perso le caratteristiche della clamorosità, ma non fossero del tutto scomparse, bensì cronicizzate in forme attenuate, restavano latenti cause di perenne interdizione del malato che, per tempi lunghissimi, subiva, oltre agli effetti della perdita capacità agire, anche il pericolo di successivi ed insindacabili, da parte sua, rientri in manicomio», cfr. ANNA MARIA VECCHIETTI, *Salute mentale e riforma sanitaria*, Milano, Giuffrè, 1983, pp. 18 e s. Inoltre in base all'art. 69 del Regolamento del 1909: «Quando la famiglia voglia ritirare un alienato non guarito, che ha ancora bisogno di cura e custodia, il direttore, che non creda di rilasciarlo in esperimento sotto la sua responsabilità, non può farne la consegna se non in seguito ad autorizzazione che il tribunale concede in Camera di Consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo di aver accertato che concorrono le condizioni necessarie per la cura e la custodia dell'alienato. Dell'eseguita consegna il direttore dà immediato avviso al procuratore del Re ed all'autorità di pubblica sicurezza».

bruto, nel ricorso d'appello permette all'avvocato difensore, per trovare il modo di defilarsi dalle responsabilità, di delineare un'immagine tutt'altro che passiva ed inconsapevole di Rosa in un crescendo che passa attraverso vari stadi: la ragazza "maggiorenne, libera di sé, fu causa del fatto, il quale, per quanto immorale e deplorabile, non rivestendo i caratteri di un delitto e di un fatto ingiurioso, non potrebbe dar luogo a riparazione e rivalsa"; da abusata diventa complice e perfino provocatrice, la stessa "non aveva mai dato segno di follia ... interamente tranquilla... più che una folle dovrebbe definirsi una deficiente, non un'idiota priva di coscienza". A questo punto l'istituzione propone una evidente contraddizione: la ragazza come pericolosa per sé e per gli altri era stata rinchiusa nel manicomio ed era stata perfino interdotta, ma all'epoca dei rapporti sessuali Rosa non lo era ancora, così "non vecchia, presa dal delirio dei sensi, attratta dalla solitudine del luogo e dalla presenza del giovanotto, cedendo a siffatte impressioni abbia attratto a sé il garzone inesperto, vi abbia soggiaciuto". Dunque non si trattava più di uno stupro ma di un rapporto sessuale non solo gradito ma addirittura ricercato e voluto da Rosa, che in questo momento per l'istituzione manicomiale non è più pazza e nemmeno un'idiota priva di coscienza, ma una semplice deficiente con impulsi sessuali normali, vede il ragazzo, definito "inesperto" e, quindi, si presuppone che sia stato addirittura irretito dalla giovane che lo attira a sé. Si sostiene che prova di queste affermazioni è che, dall'interrogatorio fatto alla ragazza durante l'udienza di primo grado, erano emersi in maniera inconfutabile "il grado della sua intelligenza ed il compiacimento da lei addimostato pel fatto avvenuto" addirittura "che a lei sorridevano gli occhi e si compiaceva nel descrivere quello che le era avvenuto". Il teorema della difesa si conclude con l'affermazione che se avesse subito violenza ne avrebbe dovuto portare ancora i segni. La parabola della istituzione si compiva attraverso capitomboli logistici e peripezie linguistiche: Rosa e come idiota e come impudica rimaneva pur sempre in balia delle istituzioni dove i saperi medici e quelli giuridici facevano della donna quello che di volta in volta era per loro più conveniente. Il giudice, però, non credette alla tesi dell'autodeterminazione della ragazza, ritenendo che "nel riso di ebete" non si poteva ravvisare "la scintilla di un pensiero cosciente che fosse valso ad esprimere la soddisfazione di un fatto o di un atto liberamente compiuto" né "scambiare il riso dell'idiota con la scintilla della volontà, con la gioia dell'amore soddisfatto".

Rosa non poteva essere causa del fatto ma dovette “soggiacere ad una violenza morale se non ad una materiale violenza che la rese incinta” per colpa dei dipendenti che avrebbero dovuto vigilare su di lei. Il manicomio fu ritenuto colpevole di colpa contrattuale, responsabile dell’atto di violenza e condannato per *culpa in vigilando*. Il giudice, inoltre, ritenne che l’offesa subita da Rosa era da considerarsi uguale a quella subita da chiunque altro, infatti nella sentenza precisa che la colpa vi è anche se “la medesima è un’idiota o demente”, in quanto l’idiozia o la demenza non possono cancellare la impunità umana o privare gli infermi “dei diritti che la civiltà e le leggi attribuiscono alle persone normali”<sup>147</sup>. La seconda sezione della Corte di Appello di Napoli, quindi, con sentenza del 5 - 23 agosto 1916 conferma quanto disposto dal tribunale circa l’infante, ormai morto, ma aumenta la somma per i danni subiti da £ 6.000 a £ 10.000, da investirsi in un certificato di rendita pubblica intestata a Rosa R.<sup>148</sup>. L’amministrazione giudiziaria aveva attribuito le colpe del fatto delittuoso sia allo scarso numero di personale di custodia, non proporzionato al numero delle inferme, sia alle condizioni disastrose del manicomio di Aversa e in modo particolare della succursale di Montevergine. Interessante a questo punto cogliere come il giudice avesse fatto perno sulla relazione che il dottore Angelillo aveva presentato alla Commissione per scagionarsi di qualsivoglia negligenza per la mancata custodia della ragazza. In essa veniva tratteggiato un ritratto implacabile della succursale Montevergine: lì vengono mandate dalla Casa centrale “soggetti di ogni specie di perversità e di anomalie: dalla criminale pericolosa alla demente laceratrice, dalla paranoica lucida alla demente agitata, dalla vecchia marastica alla ragazza idiota”. Questa campionatura così eterogenea aveva causato diversi problemi nella gestione delle ricoverate; inoltre, negli anni precedenti, denuncia sempre il medico, vi era stato un tentato suicidio da parte di Teresa I. e un omicidio compiuto dalla Z., che con un vaso da notte aveva ripetutamente colpito la C.. Il medico Angelillo dichiarava che quotidianamente espletava piccole operazioni chirurgiche, medicava ferite e contusioni, visitava le degenti ammalate

---

<sup>147</sup> Molto originale per l’epoca la posizione del giudice, che rifiuta di considerare Rosa come se fosse esclusa dal diritto ordinario. Nonostante la reclusione manicomiale portasse con sé tutte le conseguenze del caso: deprivazione della libertà, opposizione ai desideri del soggetto, allontanamento dalla famiglia e dal contesto sociale di riferimento, il giudice non riesce a deprivare la ragazza dei suoi diritti civili e non considerare l’offesa arrecatale come quella subita da qualsiasi altra donna.

<sup>148</sup> Per il valore del risarcimento della richiesta della famiglia si può considerare che Gilberto Mazzi nel 1939 cantava “Se potessi avere mille lire al mese”.

(circa 40), attendeva alle prescrizioni dietetiche e farmaceutiche, prendeva visione delle misure coercitive nonché ottemperava ai molteplici obblighi burocratici, quali registrazioni, rapporti mattinali e mensili. Anche la lavanderia era una criticità oggettiva: nonostante i cancelli la separassero dal resto dell'edificio essi non erano sempre tenuti chiusi e non si riusciva ad evitare commistioni tra l'interno e l'esterno in quanto le suore consentivano a lavandaie avventizie di pernottare nell'istituto. Il medico lamentava che l'edificio aveva bisogno di continue riparazioni per cui vi era una presenza costante di operai che spesso rimanevano incontrollati per intere giornate nella struttura.

Anche il dottore Filippo Saporito il 13 febbraio del 1907 invia all'Amministrazione del manicomio una relazione relativa allo stato della succursale di Montevergine. Il 3 gennaio del 1907 aveva preso servizio in qualità di responsabile della struttura<sup>149</sup>, che descrive come caratterizzata da ambienti “umidi, oscuri, mal divisi e disimpegnati ... con una porta carrese prospiciente sulla via pubblica e destinata ad essere continuamente aperta per molteplici servizi, tutto sembrami che cospirasse a preparare ogni sorta di pericoli”. Inoltre denuncia che “la lavanderia di Montevergine e in particolar modo la zona riservata all'essiccamento della biancheria risultava essere un ambiente insalubre e pericolosissimo perché si accendevano pire di carbone artificiale in un ambiente in cui per aumentare la temperatura si tenevano chiusi gli infissi, di conseguenza oltre al pericolo delle scottature vi era anche quello dell'esposizione a tossiemia carbonica”. L'alienista, che diventerà uno dei criminologi più famosi d'Italia<sup>150</sup>, avverte come primo pericolo la promiscuità con l'esterno: le donne matte devono

---

<sup>149</sup> Verso la metà dell'800 e per quasi un secolo era predominante nei medici alienisti il problema delle strutture manicomiali. In genere gli edifici utilizzati come manicomi erano vecchi conventi che poco e male si adattavano alla logica che voleva che gli alienati fossero ricoverati in strutture diverse e non comunicanti. La divisione prevedeva non solo il criterio del sesso ma anche e soprattutto quello delle patologie, per cui via via, con la costruzione di padiglioni all'interno degli spazi manicomiali, la struttura si veniva a configurare sempre più come una sorta di inferno dantesco suddiviso in gironi. Ad Aversa l'architetto Stassano lavorò di concerto con il dottore Miraglia per progettare un edificio rispondente ai nuovi dettami della tecnica manicomiale. Cfr. MIRAGLIA BIAGIO GIOVANNI, *Programma di un manicomio muliebre da costruirsi in Aversa per Dott. Cav. B. G. Miraglia seguito dal progetto architettonico dell'arch. N. Stassano e dalla deliberazione della Commissione Amministrativa dello stesso Real Morotrofo*, Aversa, Tipografia del R. Manicomio, 1866.

<sup>150</sup> Filippo Saporito (1870-1955) frenologo, studioso di antropologia criminale, era molto conosciuto in tutta Italia e all'estero; a lui venivano affidate perizie impegnative, quale quella del brigante Musolino, quella rimasta celebre del barone Vincenzo Paternò del Cugno, uccisore della contessa Giulia Trigona di Sant'Elia, dama di corte della Regina Elena, di Antonio Gramsci, politico comunista confinato dal regime fascista. Famose anche le sue perizie psichiatriche di famose donne criminali: quella della contessa Pia Bellentani, di Caterina Fort, di Leonarda Cianciulli, la saponificatrice di Correggio.

essere isolate dal mondo, da esso derivano tutte le minacce e i rischi per l'incolumità fisica e la difesa dell'onore. Non solo, ma fonte di preoccupazione per la qualità delle cure è la maniera di raggruppare in un unico spazio "elementi tecnicamente e psicologicamente inconciliabili ed incompatibili: dall'idiota minorene alla criminale per organizzazione, dall'agitata impulsiva alla malinconica, dalle croniche marastiche, senili ed inguaribili, alle acute e sanabili. Inoltre la densità della popolazione femminile reclusa faceva registrare al medico "la frequenza di ecchimosi, contusioni, ferite, fratture e dislocazioni".

Non riusciamo da altre fonti a conoscere come le ricoverate si procurassero tutti questi traumi, certamente possiamo immaginare che i rapporti tra di loro non fossero idilliaci non tanto per "la diversità delle patologie" denunciate dal medico quanto per la difficoltà dei rapporti in uno spazio circoscritto e perché tenute recluso quasi sempre contro la loro volontà.

Il Saporito nel suo rapporto descrive la visita sommaria e quella collettiva del medico nelle sezioni come insufficienti per conoscere lo stato delle singole degenti. Il passaggio del medico "attraverso quei simulacri di sale di soggiorno e di raduno si traduce in un pugilato fra assordanti grida e imprecazioni e che rendono vana ogni potenza d'intuito e mettono il medico in una condizione di inferiorità inconciliabile col suo ufficio". Queste puntualizzazioni vanno ad iscriversi nell'approvazione della nuova legge sui manicomi e i successivi regolamenti che facevano ricadere sull'amministrazione del manicomio tutte le responsabilità relative all'organizzazione mentre conferivano al direttore il compito di provocare i provvedimenti dell'amministrazione per l'organizzazione dei servizi dello Stabilimento attraverso consigli tecnici<sup>151</sup>.

Ma continuiamo a seguire l'epopea di Rosa: il 4 ottobre 1918 il manicomio ricorre in Cassazione, che con sentenza del 7 maggio 1925 accolse il ricorso stabilendo che se colpa vi era stata non era di natura extra-contrattuale o aquiliana ma contrattuale<sup>152</sup> e, quindi, rinviò di nuovo tutto ad un'altra sezione

---

<sup>151</sup> Si tratta della legge n. 36 del 1904 "Sui manicomi e sugli alienati", con la quale si definiva in maniera inequivocabile il ruolo del direttore, a cui viene conferito un potere molto ampio: «Il direttore ha piena autorità sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati ed è responsabile dell'andamento del manicomio ....» (art. 4).

<sup>152</sup> Come esplicitato in precedenza, le Province all'epoca erano preposte alla cura e al mantenimento dei folli, quindi se non avevano loro morotrofi contrattavano con altre istituzioni pubbliche o private una retta di mantenimento e vi inviavano i matti indigeni di loro appartenenza. La disputa sulla tipologia di colpa era necessitata dal fatto che tra l'Amministrazione del manicomio, che è un Ente autonomo, e la Provincia di Caserta era stato

della Corte d'Appello di Napoli. La commissione più volte presentò il ricorso ma per vari motivi di ordine tecnico: prima non si trovava più un fascicolo, poi insorsero difficoltà per la nomina di un altro tutore per Rosa, in quanto nel frattempo era morto il padre Pasquale e il fratello Antonio, a sua volta nominato curatore, la causa subì vari rinvii, fu cancellata dal ruolo, fu riprodotta più volte. L'avvocato dell'amministrazione spingeva affinché si concludesse con una transazione una vertenza che oramai durava da un ventennio. L'8 aprile 1931 la causa fu definitivamente cancellata dai ruoli e di nuovo ebbe inizio la decorrenza dei termini per la perenzione<sup>153</sup>. Il 17 novembre dello stesso anno il manicomio decise di accettare la sentenza del tribunale di 1° grado e pagare £ 6.000 a Rosa ma solo nel 1938 l'avvocato difensore si rese disponibile a trattare e il 20 luglio la Commissione amministrativa deliberò la spesa per il risarcimento della ragazza, ormai diventata una donna adulta. Dalla documentazione si evince che il manicomio tra spese di giudizio e compensi agli avvocati, oltre la somma del risarcimento, sborsò più di £ 15.000.

In tutti questi anni le annotazioni della storia clinica di Rosa non presentano diversità dalla prima fase del ricovero, si alternano momenti di "tranquillità" ad altri di "agitazione quando la si contraddice nei suoi istinti", il 3 aprile del 1912 prima la isolano in cella e poi la "assicurano col giubbotto a letto perché restando isolata a furia di spintoni ha spalancato la porta della cella e uscita nel trattenimento si è rotolata per terra e poi ha cercato di farsi del male battendo ripetutamente con la testa contro il muro, si morsicava le braccia, le mani, tirava i capelli alle infermiere".

Dopo questo episodio gli appunti dei medici rilevano piccoli problemi fisici per i quali sono prescritte le cure del caso, lo stato è sempre tranquillo e

---

sottoscritto un contratto, in base al quale il primo aveva assunto l'obbligo, in cambio di un corrispettivo economico, di ricoverare, mantenere e curare i folli, quindi l'Amministrazione non ha rapporti diretti con le famiglie degli internati. L'accadimento, imprevedibile al tempo del contratto, non poteva che essere, dunque, che extra-contrattuale ed aquiliano. Nella colpa contrattuale sono esclusi i danni morali ed è ammessa la liquidazione dei soli danni che si sono previsti o si sono potuti prevedere al momento del contratto e che siano conseguenza immediata e diretta di un inadempimento dell'obbligazione. Quando, invece non vi è un articolo contrattuale che disciplina una determinata azione ha piena applicazione il principio di *neminem laedere*, perché qualsiasi fatto ingiurioso di qualunque entità ed importanza obbliga sempre ed in ogni caso le persone a risarcirlo. Nella colpa extra contrattuale, invece sono ammessi i danni morali e non vi è limitazione nella determinazione dell'ammontare del danno non essendovi alcun rapporto obbligatorio preesistente (art. 1228 e 1229 cod. civ.).

<sup>153</sup> La perenzione è un istituto giuridico, introdotto nella nostra procedura nel 1907, per il quale se entro un certo periodo di tempo le parti non dimostrano, tramite il compimento di atti, interesse per la causa pendente, il giudice, rilevata l'impossibilità di decidere nel merito, dichiarerà l'estinzione del ricorso.

Rosa diventa docile e facilmente governabile. Viene trasferita da una sezione all'altra senza un motivo apparente; negli anni sarà definita idiota mentale, imbecille irrequieta, frenastenica di alto grado, deficiente mentale, bassa frenastenica: diagnosi vuote dietro le quali non vi è alcuna indagine oggettiva. Rosa era stata etichettata e conseguentemente trasformata in “malata” dalla scienza psichiatrica dell'epoca, che curava la malattia attraverso la reclusione e la dipendenza totale dal medico psichiatra, unico soggetto che sapeva e poteva domare la follia. Pinel nel liberare i matti dalle prigioni li aveva rinchiusi in una prigione diversa in cui l'inferiorità morale del ricoverato era scientificamente sancita<sup>154</sup>. Il 3 giugno del 1943 Rosa muore in manicomio per “marasma fisico”.

---

<sup>154</sup> Come giustamente scrive Foucault: «... questa scena di liberazione non è propriamente ispirata a principi di carattere umanitario; credo anzi che la si possa esaminare come se fosse l'espressione di un rapporto di potere, o meglio, come la trasformazione di un determinato rapporto di potere, con la violenza che lo caratterizzava – la prigione, la cella, le catene, ovvero tutto ciò che faceva ancora parte della vecchia forma del potere di sovranità – in un rapporto di assoggettamento, che è essenzialmente un rapporto di disciplina.», cfr. MICHEL FOUCAULT, *Il potere psichiatrico....*, op. cit., p. 39.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Aa. Vv.

1996 *Medicina e ospedali. Memoria e futuro. Aspetti e problemi degli archivi sanitari.* Atti del convegno - Napoli 20-21 dicembre 1996, Roma, Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Direzione Generale per gli Archivi

Abras, Pier Luigi – Lippi, Donatella – Lovari, Francesca

2005 *Due millenni di melancholia. Una storia della depressione*, Bologna, Clueb

Agosti, Silvano (a cura di)

1976 *Matti da slegare*, Torino, Einaudi

Aleramo, Sibilla

1907 *Una donna: romanzo*, Roma-Torino, Società tipografico-editrice nazionale

Andreoli, Vittorino

1991 *Un secolo di follia. Il Novecento tra terapia della parola e dei farmaci*, Milano, Rizzoli,

Anfosso, Luigi

1907 *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati: commento alla legge 14 febbraio 1904, n. 36 ed al Regolamento approvato con R. Decreto 5 marzo 1905 n. 158*, Torino, UTET

Argo

1933 *Compiti della donna*, in «*Critica fascista*», Roma, anno XI, n. 14

Aries, Philippe e Duby, Georges

2001 *La vita privata. L'Ottocento*, Bari-Roma, Laterza

2001 *La vita privata. Il Novecento*, Bari-Roma, Laterza, 2001

Armocida, Giuseppe e Porro, Alessandro (a cura di)

1995 *Gli archivi della medicina oggi*, in *Gli archivi per la storia della scienza e della tecnica.* Atti del Convegno Internazionale, Desenzano del Garda 1991, Roma, Ministero per i Beni Culturali e Ambientali. Ufficio Centrale per i Beni Archivistici, pp. 511 – 525

Babini, Valeria Paola

1989 *Organicismo e ideologie nella psichiatria italiana dell'Ottocento*, Filippo Maria (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e pensiero 1989

2009 *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, il Mulino

Babini, Valeria Paola – Cotti, M. – Minuz, Fernanda – Tagliavini, A.

1982 *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Bologna, il Mulino

- Babini, Valeria Paola – Minuz, Fernanda – Tagliavini, A.  
1989 *La donna nelle scienze dell'uomo*, Milano, Franco Angeli
- Basaglia, Franco (a cura di)  
1968 *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi  
1973 *Che cos'è la psichiatria*, Torino, Einaudi
- Beccalossi, Chiara  
2012 *I desideri delle donne per altre donne: l'inversione sessuale e altre rappresentazioni nella sessuologia italiana, ca. 1870-1900*, in Rinaldi, Cirus (a cura di), *Alterazioni. Introduzione alle sociologie delle omosessualità*, Milano, Mimesis
- Bell Pesce, Paula  
2003 *Un corpo oscuro. Storie cliniche e percorsi di ammissione al manicomio di Palermo (1890-1902)*, in «Genesis», Roma, Viella, II/1, pp. 64-122
- Bellassai, Sandro  
2004 *La mascolinità contemporanea*, Roma, Carocci
- Bellassai, Sandro e Malatesta, Maria  
2000 *Genere e mascolinità. Uno sguardo storico*, Roma, Bulzoni
- Bellomo, Manlio  
1970 *La condizione giuridica della donna in Italia. Vicende antiche e moderne*, Torino, ERI
- Betri, Maria Luisa e Maldini Chiarito, Daniela (a cura di)  
2002 *Scritture di desiderio e di ricordo. Autobiografie, diari tra Settecento e Novecento*, Milano, Franco Angeli
- Bianchi, Leonardo  
1905 *Trattato di psichiatria ad uso dei medici e degli studenti*, Napoli, Idelson
- Borsatti, Luciana  
2002 *Le indemoniate. Superstizione e scienza medica- Il caso di Verzegnis*, Udine, Edizioni del Confine
- Botti, Ettore  
1904 *La delinquenza femminile a Napoli*, Napoli, Luigi Pierro
- Botti, Gabriella  
1988 *Strutture sanitarie e malati nell'ottocento borbonico*, in *Il Mezzogiorno preunitario. Economia, società, istituzioni*, a cura di Angelo Massafra, Bari, Dedalo, pp. 1221- 1230
- Bovio, Giovanni  
1872 *Saggio critico del diritto penale*, Napoli, Tip. A. Trani

- Bravo, Anna - Pelaja, Margherita – Pescarolo, A. – Scaraffia, Lucetta  
2001 *Storia sociale delle donne nell'Italia contemporanea*, Roma- Bari, Laterza
- Brown, Peter  
1992 *Il corpo e la società*, Torino, Einaudi, 1992
- Bucci, Oddo (a cura di)  
1999 *La cartella clinica. Profili strumentali, gestionali, giuridici ed archivistici*, Rimini, Maggioli
- Buonomo, Giuseppe  
1883 *Prefazione*, in «La psichiatria la neuropatologia e le scienze affini. Gazzetta trimestrale», Napoli, Stab. Tip. dell'Unione, anno 1, fasc. 1
- Cabanis, Pierre-Jean-Georges  
1798 *Du degré de certitude de la Médecine*, (trad. it. *La certezza della medicina*, a cura di Moravia Sergio, Laterza, Roma-Bari, 1974), Paris, Firmin Didot
- Calvi, Giulia  
2000 *La scrittura epistolare femminile*, in «Quaderni Storici», a. XXXV, n.2
- Canguilhem, Georges  
1975 *Le normal et le pathologique* (trad. it. *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi, 1998), Paris, Presses Universitaires de France
- Canosa, Romano  
1979 *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli
- Carfora, Francesco,  
1904 *ad vocem* «Infanticidio», in «Digesto Italiano», Torino, Unione Tipografica Editrice, vol. XIII-I
- Carmignani, Giovanni  
1854 *Elementi di diritto criminale*, (1808), (tr.it. dal latino di Garuana Dingli), Napoli, Tip. P. Androsio
- Carotenuto, Aldo e Picone, Pasquale  
1985 *Per una catalogazione delle fonti quantitative della psicologia istituzionale in Italia: Aversa (1831-1870)*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, vol. IX, fasc. 17, pp. 3-14
- Carrino, Candida e Cunto, Nicola (a cura di)  
2006 *La memoria dei matti. Gli archivi dei manicomi in Campania tra XIX e XX secolo e nuovi modelli della psichiatria*, Napoli, Filema

- Carrino, Candida e Di Costanzo, Raffaele  
 2010 *Inventario dell'archivio storico dell'ex ospedale psichiatrico psichiatrico "Leonardo Bianchi" di Napoli* in AA. VV. *Follia. Il patrimonio culturale dell'ex ospedale psichiatrico "Leonardo Bianchi" di Napoli*, a cura di G. Villone e M. Sessa, Salerno, Gaia Salerno, Gaia, pp. 123-384
- 2011 *Le Case dei Matti. L'archivio dell'ospedale psichiatrico "S. Maria Maddalena" di Aversa. 1813-1999*, Napoli, Filema
- Carrino, Candida e Salomone, Giuseppina  
 2011 *L'Archivio dell'ospedale Psichiatrico. "Vittorio Emanuele II" di Nocera Inferiore (1882-1998)*, Nocera Inferiore, CeRPS
- Casarini, Maria Pia  
 1983 *Tra criminalità e follia. La malattia dell'infanticida*, «Dei delitti e delle pene», Bari, De Donato, vol. 1
- Cascella, Francesco  
 1913 *Il R. Manicomio di Aversa nel I centenario dalla fondazione: 5 maggio 1813-5 maggio 1913: cenni cronistorici*, Aversa, Noviello
- Cascella, Giacomo  
 1986 *L'ospedale psichiatrico "S. Maria Maddalena" di Aversa (1813 – 1985)*, in «Psichiatria oggi», Aversa, Grafiche Macchione F.lli, n. 6
- Castel, Robert  
 1976 *L'ordre psychiatrique. L'age d'or de l'aliénisme* (trad. it. *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli, 1980), Paris, Les Editions de Minuit, 1976
- Catanesi, Roberto – Ferrannini, Luigi – Peloso, Paolo Francesco (a cura di)  
 2006 *La contenzione fisica in psichiatria*, Milano, Giuffrè
- Catapano, Vittorio Donato  
 1977 *Appunti per la storia dei movimenti psichiatrici in Campania*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, vol. I, fasc. 2, pp. 207-238
- 1977 *Movimenti psichiatrici in Campania*, Sez. reg. Campana - Società italiana di psichiatria, Napoli
- 1979 *Aversa e la cultura psichiatrica italiana ed europea. Nota I: Palermo (1816- 1824)*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Aversa, vol. III, fasc. 6, pp. 20-40
- 1986 *Le Reali Case de' Matti nel Regno di Napoli*, Napoli, Liguori
- 1989 *Aspetti singolari della riforma murattiana del regime sanitario dei matti*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, vol. XIII, fasc. 25, pp. 3 - 33
- 1989 *Brevi considerazioni sul lavoro di ricostruzione della vita di una istituzione manicomiale*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, vol. XII, fasc. 26, pp. 15-27
- 1995 *Matti agli Incurabili di Napoli*, Napoli, Liguori, 1995
- 1996 *Neurologia e psichiatria a Napoli nella seconda metà dell'Ottocento*, Napoli, Luciano Editore

- Cavallo, Sandra  
 1980 *Assistenza femminile e tutela dell'onore nella Torino del XVIII secolo*, in «Annali della Fondazione Luigi Einaudi», Torino, vol. XIV, 1980, pp. 127-155
- Čechov, Anton Pavlovič  
 1894 *Il monaco nero*, (trad. it. Alfredo Polledro), Milano, Rizzoli, 1976
- Centro Italiano di Storia Ospitaliera (a cura di)  
 1978 *Storia della Sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, Roma, Il pensiero scientifico
- Chartier, Roger  
 1989 *La rappresentazione del sociale. Saggi di storia culturale*, Torino, Bollati Boringhieri
- Chesler, Phyllis  
 1977 *Le donne e la pazzia*, Torino, Einaudi
- Conolly, John  
 1856 *The Treatment of the Insane without medical restraints* (trad. it. *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi*, Torino, Einaudi, 1976), London, 1856
- Cooper, David  
 1978 *The Language of Madness* (trad. it. *Il linguaggio della follia*, Milano, Feltrinelli, 1978), London, Allen Lane
- Cosmacini, Giorgio  
 1996 *Medici nella storia d'Italia. Per una tipologia della professione medica*, Roma - Bari, Laterza
- Conti, Adalgisa  
 1978 *Manicomio 1914. Gentilissimo Sig. Dottore questa è la mia vita*, Milano, Mazzotta
- Dall'Acqua, Marzio – Miglioli, Maristella – Bergomi, Maurizio  
 1983 «*Con gli opportuni rimedi*». *Vicende di folli a Parma dall'antico regime all'età napoleonica (1749-1814)*, in «Quaderni storici», Bologna, il Mulino, n. 2
- De Bernardi, Alberto (a cura di)  
 1982 *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano, Franco Angeli
- De Bernardi, Alberto - De Peri, Francesco – Panzeri, Laura  
 1980 *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, Franco Angeli

- De Peri, Francesco  
 1984 *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in Franco Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7, Medicina e malattia*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1057-1140
- Del Greco, Francesco  
 1901 *L'individualità somato-psichica della donna e le sue frenopatie*, in «Il manicomio moderno», Nocera Inferiore, Tip. del Manicomio
- De Tilla, Alfredo  
 1890 *La donna e la responsabilità penale*, Napoli, F. Corrado
- Di Cori, Paola (a cura di)  
 1996 *Altre storie. La critica femminista della storia*, Bologna, Clueb
- Di Cori, Paola e Scott, Joan  
 2002 *Teorie sul potere e pratiche politiche femministe*, in Leccardi, Carmen (a cura di), *Tra i generi*, Guerini Studio, Milano, pp. 29-46
- Dörner, Klaus  
 1969 *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Europäische (trad. it. *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma – Bari, Laterza, 1975), Frankfurt am Main, Verlagsanstalt
- Duby, Georges e Perrot, Michelle  
 1991 *Storia delle donne in Occidente. L'Ottocento*, Bari-Roma, Laterza  
 1992 *Storia delle donne in Occidente. Il Novecento*, Bari-Roma, Laterza
- Esquirol, Jean Etienne Dominique  
 1838 *Des maladies mentales: considerees sous les rapports medical, hygienique et medico-legal*, (trad. it. *Delle malattie mentali considerate in relazione alla medicina, all'igiene e alla medicina legale*, Firenze, Mariano Cecchi), Paris, J. B. Bailliere, voll. 2
- Euripides  
 428 a. C. *Hippolytos*, (trad. it. di Davide Susanetti), Milano, Feltrinelli, 2005
- Fera, Benedetto  
 1913 *La donna e la sua imputabilità in rapporto alla fisiologia e patologia del suo apparato genitale*, con prefazione dell'on. prof. Enrico Ferri, Roma, Athenaeum
- Ferrante, Lucia – Palazzi, Maria – Pomata, Gianna (a cura di)  
 1986 *Ragnatele di rapporti: patronage e reti di relazioni nella storia delle donne*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1986

- Ferrarese, Luigi  
 1839 *Annali di cliniche osservazioni per le RR. Case de' folli situate nella Città di Aversa*, Napoli, Del Vecchio  
 1840 *Annali di cliniche osservazioni per le RR. Case de' folli situate nella Città di Aversa per l'anno 1840*, Napoli, Tipografia Niccola Vanspandoch
- Ferro, Filippo Maria  
 1978 *Note per una storia dei manicomi in Italia*, «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, II, n. 4, pp. 161-76
- Ferro, Filippo Maria e Riefolo, Giuseppe  
 1987 *Note sulla fondazione della psicologia clinica: prassi dell'osservazione e nascita della "cartella"*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, XI, n. 22, pp. 177-202
- Fiorani, Matteo  
 2010 *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze, University Press
- Fioravanzo, Monica  
 1994 *Sull'autorizzazione maritale. Ricerche sulla condizione giuridica femminile nell'Italia unita*, in «Clio», Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, n. 4, pp. 641-725
- Fiorino, Vinzia  
 1998 *Donne da manicomio. Appunti sulle biografie di internate a Roma (1850 – 1915)*, in «Agenda. Bollettino della Società italiana delle storiche», Roma, n. 20, pp. 40 -48  
 2000 *Bizzarrie della natura. Malattie e rappresentazioni delle donne nella scienza psichiatrica del XIX secolo*, in Attanasio, Luigi (a cura di), *Fuori norma. La diversità come valore e sapere*, Roma, Armando, pp. 198 - 209  
 2000 *In natura di donna. Malattie femminili nella cultura scientifica del XIX secolo*, in «I viaggi di Erodoto», n. 40, pp.76 - 87  
 2002 *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio  
 2010 *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in Alberico, Francesca et al., (a cura di), *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Genova, Dismec, pp. 51 – 69  
 2012 *La fiaba e la follia. Medicina, folklore e religione nelle rappresentazioni culturali della malattia mentale (1850 – 1915)*, sul sito internet [www.psychiatryonline.it](http://www.psychiatryonline.it)
- Fiume, Giovanna (a cura di)  
 1995 *Madri: storia di un ruolo sociale*, Venezia, Marsilio
- Flaubert, Gustave,  
 1857 *Madame Bovary: moeurs de province* (trad. it. *Madame Bovary*, Napoli, Bideri, 1903), Paris, M. Levy

- Förster, Friedrich Wilhelm  
 1908 *Il problema sessuale nella morale e nella pedagogia: discussioni coi moderni riformatori*, Torino, STEN
- Foucault, Michel  
 1959 *Histoire de la folie à l'âge classique* (trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1963), Paris, Gallimard  
 1962 *Maladie mentale et psychologie* (trad. it. *Malattia mentale e psicologia*, Milano, Cortina, 1997), Paris, PUF  
 1963 *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard medical* (trad. it. *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1969), Paris, PUF  
 2003 *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974* (trad. it. *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France 1973-1974*, Milano, Feltrinelli, 2004), Paris, Gallimard
- Fraisse, Genevieve  
 1996 *La differenza tra i sessi*, Torino, Bollati Boringhieri
- Frascani, Paolo  
 1982 *Il medico nell'Ottocento*, in «Studi storici», Roma, a. XXIII, n. 3, pp. 617-637  
 1986 *Ospedale e società in età liberale*, Bologna, il Mulino  
 1996 *I medici dall'Unità al fascismo*, in Malatesta Maria (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 10, I professionisti*, Torino, Einaudi, pp. 147-189
- Galzigna, Mario (a cura di)  
 1984 *La follia, la norma, l'archivio: prospettive storiografiche e orientamenti archivistici*, Venezia, Marsilio, 1984  
 1988 *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio
- Galzigna, Mario e Terzian, Hrayr, ( a cura di)  
 1980 *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una fondazione*, Venezia, Marsilio
- Gazzaniga Valentina  
 2007 *Prima dell'erotomania: lettere, cura del corpo e mal d'amore in età Moderna*, in «Medicina nei secoli», Roma, Università degli Studi Roma "La sapienza", 2007, vol. 2, pp. 387-404
- Giacanelli, Ferruccio  
 1975 *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, p. XXVI, in Dörner Klaus, *Il Borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma – Bari, Laterza
- Giacanelli, Ferruccio – Campoli, Giorgio  
 1973 *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e scienze umane», Milano, Franco Angeli, n. 3

- Giannini, Cesare  
 1914 *Sulla classificazione criminale della donna infanticida*, Roma, Tipografia delle Martellate
- Giornale del Reale Stabilimento de' Folli in Aversa per l'anno 1826*, Aversa, Tip. del Reale Morotroffio  
 1827
- Gibson, Mary  
 1986 *Prostitution and the State in Italy, 1860-1915*, (trad. it. *Stato e prostituzione in Italia. 1860-1915*, Milano, il Saggiatore, 1995), London, Rutgers University Press  
 2002 *Born to crime. Cesare Lombroso and the origins of biological criminology* (trad. it. *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Milano, Bruno Mondadori, 2004), Westport, Connecticut, Praeger
- Gilardoni, Annibale  
 1903-1907 ad vocem *Manicomi*, in «Digesto Italiano», Torino, Utet, vol. XV, tomo I, p. 606
- Ginzburg, Carlo  
 1994 *Microstoria: due o tre cose che so di lei*, in «Quaderni storici», 86, a. XXIV, n.2
- Giornale Medico-Storico-Statistico del R. Morotroffio del regno della Due Sicilie per la parte citeriore al Faro*, Aversa, Tip. del Reale Morotroffio,  
 1843 - 1845
- Giordano, Antonio  
 1848 *Comento sulle leggi civili del Regno delle Due Sicilie*, Napoli, Stamperia del Fibreno, 1848
- Goffman, Erving  
 1961 *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968), New York City, Doubleday
- Griesinger, Wilhelm  
 1845 *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Stuttgart, Verlag von Adolph Krabbe
- Gualandi, Domenico  
 1825 *Osservazioni sopra il celebre stabilimento d'Aversa nel Regno di Napoli e sopra molti altri ospedali d'Italia destinati alla reclusione e cura dei pazzi*, Bologna, Tipografia dei fratelli Masi

Guarnieri, Patrizia

- 1991 *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olschki Editore
- 1993 *Come si utilizzano le fonti archivistiche. La narrazione dello storico e del letterato*, in di Diodoro, Danili - Ferrari, Giuseppe – Giacanelli, Ferruccio (a cura di), *Le carte della follia*, Bologna, Centro Studi G. F. Minguzzi, pp. 111-113
- 1993 *La fanciulla pericolante: teorie psichiatriche e giuridiche in Italia*, in Prandi, Marta (a cura di), *Incesto*, Roma, Coop. Libera Stampa, pp. 27 - 47
- 1999 *Boccardirosa e le altre. Le politiche sanitarie e poliziesche sulla prostituzione in Italia 1860-1958*, in «KOS», vol. 165, pp. 44-53
- 2005 *Madri che uccidono. Diritto, psicologia e mentalità sull'infanticidio dal 1810 ad oggi*, in Califano, Mimma (a cura di), *Sapere & Narrare. Figure di follia*, Firenze, Olschki, pp. 145 -174

Guidi, Laura

- 1991 *L'onore in pericolo. Carità e reclusione femminile nell'ottocento napoletano*, Napoli, Liguori
- 2004 *Scritture femminili e storia*, ( a cura di), Napoli, ClioPress

Guidi, Laura e Lamarra, Annamaria (a cura di)

- 2003 *Travestimenti e metamorfosi: percorsi dell'identità di genere tra epoche e culture*, Napoli, Filema

Heritier, Françoise

- 2002 *Maschile e femminile. Il pensiero della differenza*, Roma-Bari, Laterza

Iaccarino, Bianca

- 1978 *Considerazioni introduttive sull'evoluzione dei modelli di psicopatologia femminile*, in «Giornale storico di psicologia dinamica», Napoli, Liguori, vol. 2, fasc. 1

Kolega, Alexandra e Procaccia, Micaela

- 2000 *Carte da legare: un progetto per la storia della sofferenza mentale in Italia*, nel catalogo dell'omonima mostra *Carte da legare dai luoghi della follia*, Città di Castello, Edimond, pp. 31-33

Kraepelin, Emil

- 1883 *Compendium der Psychiatrie*, (trad. it. curata da Clodomiro Bonfigli, Milano, Vallardi, 1994), Leipzig, A. Abel

Krafft-Ebing (von), Richard

- 1886 *Psychopathia sexualis*, (trad. it. *Biografie sessuali. I casi clinici dalla Psychopathia sexualis di Richard von Krafft-Ebing*, Vicenza, Neri Pozza, 2006), Vienna

Linguiti, Giovanni Maria

- 1812 *Ricerche sopra le alienazioni della mente umana*, Napoli, Angelo Trani

- Livi, Carlo  
 1875 *Del metodo sperimentale in freniatria e medicina legale. Discorso che potrebbe servire a uso di programma*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale», Reggio Emilia, Tip. di Stefano Calderini, vol. 1
- Lombroso, Cesare  
 1885 *Del tribadismo nei manicomi*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», Torino, vol. VI, fasc. 3, pp. 218-221
- Lombroso, Cesare e Ferrero, Guglielmo  
 1893 *La donna delinquente, la prostituta e la donna normale*, (ed. originale Torino-Roma, L. Roux e c.), Milano, *et al.* Edizioni, 2009
- Lombroso, Cesare e Tamburini, Angelo  
 1892 *Relazione a Sua Eccellenza il Ministro dell'Interno sulla ispezione dei manicomi del Regno*, in «Archivio di Psichiatria, Scienze Penali ed Antropologia Criminale», Torino, Fratelli Bocca, vol. XIII
- Lostritto, Giuseppe  
 1827 *Sommario de' risultamenti statistici ottenuti nelle Reali Case de' Matti di Aversa nel decennio compreso tra il 1° gennaio 1814 al 31 dicembre 1823*, in «Annali universali di medicina», Milano, Annali Universali Medicina e Statistica, vol. XLII
- Marino, Simona e Nunziante Cesaro, Adele  
 1993 *Soggetto femminile e scienze umane*, Bologna, Clueb
- Marino, Simona – Montepaone, Claudia - Tortorelli Ghidini, Marisa  
 2002 *Il potere invisibile. Figure del femminile tra mito e storia*, Napoli, Filema
- Mendia, Umberto  
 1997 *Manicomi privati a Napoli nell' '800*, Napoli, Luciano Editore
- Miraglia, Biagio Giovanni  
 1843 *Ricerche statistiche dal 5 maggio 1813 a 31 dicembre 1841*, in «Giornale Medico-Storico-Statistico del Reale Morotroffio del Regno delle Due Sicilie per la parte citeriore al Faro», Aversa, vol. I, fasc. I, p. 16  
 1845 *Osservazioni medico-frenologiche*, Aversa, Tipografia del Reale Morotroffio  
 1847 *Cenno di una nuova classifica delle alienazioni mentali*, Aversa, Tipografia del Reale Morotroffio  
 1863 *Prolusione inaugurale per la Clinica delle Malattie Mentali nella reale Università degli Studi di Napoli, pronunciata nel d' 5 marzo 1863*, in «Annali Frenopatici Italiani», Aversa, Tip. del R. Morotroffio, vol. I, anno I, pp. 9-24  
 1866 *Programma di un manicomio muliebre da costruirsi in Aversa pel Dott. Cav. B. G. Miraglia seguito dal progetto architettonico dell'arch. N. Stassano e dalla deliberazione della Commissione Amministrativa dello stesso Real Morotroffio*, Aversa, Tipografia del R. Manicomio  
 1868 *Ricerche statistiche per l'anno 1867*, Aversa Tipografia del R. Manicomio  
 1869 *Movimento dei pazzi del manicomio di Aversa dal 1813 a tutto il 1869*, in 1 *Le amministrazioni dei manicomi*, Caserta, Stab. Tip. G. Nobile e C.

Möbius, Paul Julius

1900 *Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes* (trad. it. di Ugo Cerletti, *L'inferiorità mentale della donna*, Torino, F.lli Bocca, 1924)  
Halle, Verlag Carl Marhold

Molinari, Augusta

2003 *Autobiografia della vita e della mente. Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo Novecento*, in «Genesis», Roma, Viella, II/1, pp. 151-176

Morello, Maria

2008 *I malati di mente dalla legislazione preunitaria alla legge Basaglia*, San Marino, Guardigli ed.

Morselli, Enrico

1885 *Manuale di semeiotica delle malattie mentali. Guida alla diagnosi della pazzia per i medici, i medico-legali e gli studenti*, Milano, Vallardi

Murat, Laure

2001 *La maison du docteur Blanche* (trad. it. *La casa del dottor Blanche*, Genova, Il Melangolo, 2007), Parigi, Editions Jean Claude Lattès

Olivieri, Ilaria

2010 *L'infanticidio tra percezione popolare e trattamento giuridico. Prignano 1889*, «Storicamente», 6, [http://www.storicamente.org/07\\_dossier/famiglia/infanticidio\\_olivieri.htm](http://www.storicamente.org/07_dossier/famiglia/infanticidio_olivieri.htm)

Palazzi, Maura

1997 *Donne sole. Storia dell'altra faccia dell'Italia tra antico regime e società contemporanea*, Bruno Mondadori, Milano 1997

Panattoni, Riccardo (a cura di)

2009 *Lo sguardo psichiatrico. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Milano, Bruno Mondadori

Parente, Luigi

1988 *Tra sapere e potere. La cura della follia nel Regno di Napoli* in Massafra, Angelo (a cura di) *Il Mezzogiorno preunitario. Economia, società, istituzioni*, Bari, Dedalo, pp. 1231- 1247

Pellicanò Carmelo et al. ( a cura di)

2008 *Corrispondenza negata. Epistolario della nave dei folli (1889-1974)*, Tirrenia, Edizioni del Cerro

Perrella, Raffaella

2006 *La depressione: storia, teoria, clinica*, Roma, Carocci

- Petrangeli, Luca e Franchi, Antonella  
 2007 *Un viaggio tra le cartelle cliniche del San Niccolò*, in Colucci, Silvia (a cura di), *Atti del XLVI Congresso della Società Italiana di Storia della Medicina. 1907-1007*, Siena, Cantagalli, pp. 138 – 143
- Piccone, Stella Simonetta e Saraceno, Chiara (a cura di)  
 1996 *Genere. La costruzione sociale del femminile e del maschile*, Bologna, il Mulino
- Pinel, Philippe  
 1800 *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*, (trad. it. *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, Fonte Basso, Francesco e Moravia, Sergio (a cura di), Venezia, Marsilio, 1987), Paris, Brosson
- Pomata, Gianna  
 1980 *Madri illegittime tra '800 e '900: storie cliniche e storie di vita*, in *Parto e maternità. Momenti della biografia femminile*, «Quaderni storici», n. 44
- Puca, Annibale e Enselmi, Clemente  
 1955 *L'ospedale psichiatrico "S. Maria Maddalena (già Real Manicomio) di Aversa* in «Rassegna di neuropsichiatria », Nocera Inferiore, Ospedale psichiatrico consortile, vol. IX, pp. 1 – 84
- Ricca, Anna Grazia  
 2006 *Corpi d'eccezione. Storie di uomini e donne internati nel manicomio di Aversa 1880-1920*, Napoli, Filema
- Riley Scott, George  
 1940 *A History of Torture*, (trad. it. *Storia della tortura*, Milano, Mondadori, 1999), London, T. Werner Laurie  
 1968 *The History of Corporal Punishment* (trad. it. *Storia delle punizioni corporali*, Milano, Mondadori, 2006), London, 1968
- Rizzo, Domenico  
 2004 *Gli spazi della morale. Buon costume e ordine delle famiglie in Italia in età liberale*, Roma, Biblink editori
- Roccatagliata, Giuseppe  
 1982 *Le radici storiche della psicopatologia*, Napoli, Liguori  
 2001 *L'isteria. Il mito del male del XIX secolo*, Napoli, Liguori
- Rodotà, Stefano  
 1995 *Le libertà e i diritti*, in Raffaele Romanelli (a cura di), *Storia dello Stato italiano dall'Unità ad oggi*, Roma, Donzelli
- Roscioni, Lisa  
 2003 *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, B. Mondadori

- Rossi, Achille Antonio  
 1842 *Degli ospizi de' folli, e specialmente di quelli che sono nella nostra città di Aversa*, in «Annali Civili del Regno delle Due Sicilie», Napoli, fasc. LVII, maggio - giugno, pp. 4 - 24
- Rossi Doria, Anna (a cura di)  
 2003 *A che punto è la storia delle donne in Italia*, Roma, Viella
- Ruspini, Elisabetta  
 2003 *Le identità di genere*, Roma, Carocci
- Salviato, Adriana  
 2003 *Melanconiche d'altri tempi. Le pazienti del manicomio di San Clemente a Venezia (1873-1904)*, in «Genesis», Roma, Viella, II/1, pp.63-90
- Saporito, Filippo  
 1907 *Il Manicomio di Aversa in rapporto alla legge e ai progressi della tecnica manicomiale. Mali e Rimedi*, Napoli, Tipografia Francesco Giannini & Figli
- Sanders, Lisa  
 2009 *Every Patient tells a Story. Medical Mysteries and the Art of Diagnosis*, (trad. it. *Ogni paziente racconta la sua storia. L'arte della diagnosi*, Torino, Einaudi, 2009), New York
- Sarti, Raffaella  
 1999 *Vita di Casa. Abitare, mangiare, vestire nell'Europa moderna*, Roma-Bari, Laterza
- Sbriccoli, Mario  
 2009 *Storia del diritto penale e della giustizia. Scritti editi e inediti (1972-2007)*, Milano, Giuffrè
- Scartabellati, Andrea  
 2001 *L'umanità inutile. La "questione follia" in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso Manicomio Provinciale di Cremona*, Milano, Franco Angeli
- Schettini, Laura  
 2002 *Tra giudizio psichiatrico e assistenza pubblica: donne internate nel manicomio di Roma alla fine dell'Ottocento*, in «Dimensioni e problemi della ricerca storica», Roma, n. 1, pp. 121-144  
 2011 *Il gioco delle parti. Travestimenti e paure sociali tra Otto e Novecento*, Firenze, Le Monnier

- Shorter, Edward  
 1982 *A History of Women's Bodies*, (trad. it. *Storia del corpo femminile*, Milano, Feltrinelli, 1984) London, Allen Lane  
 1992 *From paralysis to fatigue: A history of psychosomatic medicine in the Modern Era*, (trad. it. *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle pathologie dall' '800 a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1993) New York, The Free Press  
 1997 *A History of Psychiatry. From de Era of the Asylum to the Age of Prozac*, (trad. it. *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Milano, Masson, 2000) John Wiley & Sons, Inc.
- Sighele, Scipio  
 1892 *Le coppie degenerate*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale», Torino, vol. XIII, fasc. 6, pp. 505-542  
 1899 *Sull'infanticidio*, in «Archivio giuridico», XLII  
 1910 *Eva moderna*, Milano, F.lli Treves
- Sorcinelli, Paolo  
 2001 *Storia e sessualità. Casi di vita, regole e trasgressioni tra Ottocento e Novecento*, Milano, Bruno Mondadori
- Soresina, Marco  
 1998 *I medici tra stato e società. Studi su professione medica e sanità pubblica nell'Italia contemporanea*, Milano, Franco Angeli
- Stefanoni, Franco  
 1998 *Manicomio Italia. Inchiesta su follia e psichiatria*, Roma, Editori Riuniti
- Stok, Fabio  
 1989 *Kraepelin e i kraepeliniani in Italia*, in AA.VV. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, pp. 373-396.
- Tamassia, Arrigo  
 1879 *Una visita al manicomio di Aversa*, in «Gazzetta del Frenocomio di Reggio Emilia», Reggio Emilia, anno IV, n. XXX
- Tanzi, Eugenio  
 1905 *Trattato delle malattie mentali*, Firenze, Società editrice Libreria
- Tilly, Louise A.  
 1989 *Gender, storia delle donne e storia sociale*, in «Passato e Presente», maggio - dicembre, n. 20-21
- Tommasi, Salvatore  
 1871 *Sulle psicopatie in generale, lezione raccolta dal dottor Casini*, in «Il Morgagni», anno XIII, pp. 445-458
- Trombetta, Simona  
 2004 *Punizione e carità. Carceri femminili nell'Italia dell'Ottocento*, Bologna, il Mulino

- Turno, Michela  
2003 *Il malo esempio. Donne scostumate e prostituzione nella Firenze dell'Ottocento*, Firenze, Giunti
- Ungari, Paolo  
1974 *Storia del diritto di famiglia in Italia 1796-1975*, Bologna, il Mulino
- Vanzan Marchini Nelli, Elena  
1992 *La valorizzazione e la conservazione delle fonti per la storia della sanità*, in «Sanità Scienza Storia», Milano, Franco Angeli, 1992, n. 1-2, pp. 485-495
- Vegetti Finzi, Silvia (a cura di)  
1995 *Storia delle passioni*, Roma-Bari, Laterza
- Vecchietti, Anna Maria  
1983 *Salute mentale e riforma sanitaria*, Milano, Giuffrè
- Verga, Andrea  
1874 *Proposta di una classificazione uniforme delle malattie mentali a scopo particolarmente statistico*, Milano, Tipografia Rechiedei
- Vernicchi D'Ignazio, Tommaso,  
1869 *Sunto storico dei risultati statistici del real manicomio in Aversa dal 1813 al 1868 e del trattamento medico di quello stabilimento*, Napoli
- Virgilio, Gaspare  
1872 *Sulla statistica del manicomio di Aversa per gli anni 1868-1871: brevi considerazioni di patologia mentale*, Caserta  
1873 *Saggio di ricerche sulla natura morbosa del delitto e sulle sue analogie colle malattie mentali*, Roma, Loescher  
1875 *Sull'ordinamento dei manicomi in Italia*, Aversa  
1877 *Sulla istituzione dei manicomi criminali in Italia*, in «Archivio Italiano della Malattie nervose», Milano, 1877, anno XIV, fasc. V e VI  
1879 *L'assistenza pubblica dei pazzi nelle Provincie meridionali*, Milano, Tip. Emilio Civelli  
1883 *Delle malattie mentali e del governo tecnico dell'asilo nel quinquennio 1877-1881: conto statistico clinico reso alla commissione amministrativa pel dr. G. Virgilio*, Aversa, Tip. dell'Istituto Artistico di Giacomo Turi e figli  
1885 *L'assistenza dei pazzi attraverso i secoli. Per l'apertura dei nuovi quartieri del Manicomio di Aversa avvenuta addì 30 maggio 1885. Parole del prof. G. Virgilio*, Aversa  
1890 *Il Manicomio di Aversa secondo la sua definitiva sistemazione edilizia. Programma medico del Direttore Prof. G. Virgilio*, Aversa, 1890  
1900 *L'origine e vicende del Manicomio giudiziario di Aversa*, Roma, Tip. delle Mantellate
- Volpicella, Filippo  
1834 *Della cura della follia e delle Reali Case de' Matti in Aversa*, in «Annali Civili del Regno della Due Sicilie», Napoli, fasc.VII, marzo-aprile, pp. 113-129

WANROOIJ, BRUNO P. F.

1990 *Storia del pudore. La questione sessuale in Italia. 1860-1940*, Firenze,  
Marsilio

Zarri, Gabriella (a cura di)

1999 *Per lettera: la scrittura epistolare femminile tra archivio e tipografia*,  
Roma, Viella