

Enciclopedia Sociologica dei Luoghi

Volume 3

a cura di Giampaolo Nuvolati



Il lavoro di coordinamento per la realizzazione del Volume 3 è stato svolto da Monica Bernardi e Luca Bottini.

Il Volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

© 2020 Ledizioni LediPublishing
Via Boselli, 10 – 20136 Milano – Italy
www.ledizioni.it
info@ledizioni.it

Enciclopedia Sociologica dei Luoghi. Volume 3, a cura di Giampaolo Nuvolati

Prima edizione: novembre 2020

ISBN cartaceo 978-88-5526-360-3
ISBN eBook 978-88-5526-361-0

In copertina:
Progetto grafico: ufficio grafico Ledizioni

Informazioni sul catalogo e sulle ristampe dell'editore: www.ledizioni.it

Le riproduzioni a uso differente da quello personale potranno avvenire, per un numero di pagine non superiore al 15% del presente volume, solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da Ledizioni.

Enciclopedia
Sociologica
dei Luoghi

Volume 3

a cura di Giampaolo Nuvolati

Ledizioni

O

Orti urbani – Giuseppe Caridi

Ospedali psichiatrici – Sonia Paone e Luigi Pellizzoni



Gli ospedali psichiatrici: luoghi eterotopici tra storia e memoria della follia

di Sonia Paone e Luigi Pellizzoni¹

Con la nascita della psichiatria come disciplina autonoma nell'Ottocento ha inizio in Europa la progettazione e costruzione degli ospedali psichiatrici come luogo esclusivo di cura della malattia mentale. In Italia la storia degli ospedali psichiatrici è fortemente collegata al processo di unificazione statale. La rete dei complessi manicomiali si consolida grazie a due leggi: una del 1865 che assegna alle province l'obbligo di mantenimento dei "poveri mentecatti", e la legge Giolitti del 1904 che uniforma la struttura giuridico-amministrativa degli ospedali psichiatrici subordinando la cura alla custodia. Dal punto di vista architettonico un ruolo di primo piano è assegnato agli alienisti nelle indicazioni per la costruzione degli asili, dalla posizione isolata alle gerarchie e distinzioni interne (sesso, curabilità, posizione sociale). Dal punto di vista urbanistico gli ospedali psichiatrici sono posizionati in aree extra-urbane e per la complessità delle funzioni sono organizzati come vere e proprie *città-altre*. Con la legge 180 del 1978 inizia la dismissione della rete manicomiale che pone una serie di questioni sul destino di un ingente patrimonio pubblico che è oggetto di progetti di recupero e riqualificazione ma che in molti casi versa in uno stato di abbandono.

With the birth of psychiatry as an autonomous discipline in the nineteenth century, the planning and construction of psychiatric hospitals as an exclusive place to treat mental illness began in Europe. In Italy, the history of psychiatric hospitals is strongly connected with the process of state unification. The network of asylum complexes is consolidated thanks to two laws: one of 1865 which assigns to the provinces the obligation to maintain "poor idiots", and the Giolitti law of 1904 which standardizes the legal-administrative structure of psychiatric hospitals by subordinating care to custody. From an architectural point of view, a prominent role is assigned to the alienists in providing indications for the construction of asylums, from their isolated position to internal hierarchies and distinctions (sex, curability, social position). From an urbanistic point of view, psychiatric hospitals are located in extra-urban areas and due to the complexity of their functions they are organized as actual other-cities. With the law 180 of 1978, the disposal of the mental hospital network begins, posing a series of questions concerning the destination of a huge public heritage, subject to recovery and redevelopment projects but in many cases lying in a state of abandonment.

1 Sonia Paone è ricercatrice di Sociologia dell'ambiente e del territorio presso l'Università di Pisa. Dirige per i tipi di Ets la collana di studi urbani e sociali Eliopoli. Si occupa di marginalità

1. Gli spazi della follia prima dell'avvento della psichiatria

Gli ospedali psichiatrici a differenza di moltissime altre tipologie edilizie hanno uno sviluppo in un arco temporale ben definito e limitato che va da fine Ottocento ai primi decenni del Novecento. Nascono come luogo di cura ma anche di custodia e proprio per questo dualismo ancor più delle tipologie ospedaliere ottocentesche, che comunque per motivi igienico-sanitari venivano poste in aree quanto più possibile esterne al tessuto urbano, sono rigidamente separati dagli spazi della città e chiusi nei confronti dell'esterno.

Nello stesso tempo le architetture manicomiali si caratterizzano per una complessità funzionale che le organizza come delle vere e proprie *città-altre*, con specifici rapporti fra spazi aperti e spazi chiusi, con peculiari divisioni interne e gerarchie.

È nell'Ottocento con la nascita della psichiatria come disciplina autonoma che si sviluppa quell'approccio medico, politico-sanitario alla follia che è alla base della progettazione e costruzione degli *asili* come luoghi esclusivi di ospedalizzazione e di cura dei cosiddetti alienati.

Prima dell'avvento delle istituzioni psichiatriche la storia degli spazi della follia si intreccia con quella degli spazi del controllo e della repressione della mendicizia, che si affermano nel contesto europeo nell'età moderna. In questa fase di enormi trasformazioni sociali si realizza quello che Michel Foucault ha definito il *grande internamento* di poveri, mentecatti e vagabondi (Foucault 1973) grazie alla costruzione, a cavallo fra il Cinquecento e il Seicento, in Francia dell'*Hôpital général* e delle case di correzione per poveri e mendicanti in Inghilterra, Germania e Olanda (Sellin 1944, Hitchcock 1985, Dörner 2018).

In queste strutture erano reclusi, esclusi alla vista e rieducati al lavoro tutti quei soggetti marginali che nelle epoche passate erano stati tollerati e assistiti in nome della carità cristiana. Infatti, nel Medioevo la dottrina cristiana aveva

urbana, dell'impatto delle migrazioni sullo spazio urbano, di sicurezza urbana e dei rapporti fra carcere e città.

Luigi Pellizzoni è professore ordinario di Sociologia dell'ambiente e del territorio presso l'Università di Pisa. Fa parte del Direttivo dell' AIS - Sezione Territorio (2019-2021). È coordinatore del gruppo di ricerca e comunità di discussione "Politica Ontologie Ecologie" (www.poe-web.eu) e fa parte del consiglio scientifico dei convegni nazionali di sociologia dell'ambiente. Si occupa di crisi ecologica, tecno-scienza e trasformazione della governance.

elaborato un ethos della povertà in cui quest'ultima era un mezzo divino per manifestare attraverso gli atti di carità la propria fede, assicurandosi anche la salvezza (Mollat 1982, Gutton 1977). In epoca moderna la povertà si trasforma da occasione di gloria in una colpa, e si comincia a distinguere fra poveri veri e falsi, buoni e cattivi (Geremek 1991). La spesa per l'assistenza, che precedentemente era garantita a tutti i poveri, viene sempre di più collegata al lavoro obbligatorio e alla capacità di auto mantenimento, l'obiettivo è quello di limitare la carità, considerata generatrice di ozio, indirizzandola solo verso chi è realmente incapace di lavorare (Ignatieff 1982).

L'internamento è il precipitato dell'affermarsi di una visione morale della povertà e della progressiva imposizione di un ordine che finisce con il coinvolgere un variegato mondo di soggetti marginali. L'ascesa del mercantilismo con il suo ethos del lavoro e della età della ragione si accompagnano cioè ad un nuovo ordinamento spaziale che Klaus Dörner chiama *segregazione della non ragione*: «mendicanti e vagabondi, nullatenenti, disoccupati, sfaccendati, delinquenti, individui politicamente sospetti ed eretici, donne di facili costumi, libertini vengono in tal modo resi inoffensivi e per così dire invisibili insieme con sifilitici e alcolisti, pazzi idioti e stravaganti, nonché mogli odiate, figlie disonorate e figli che sperperavano il loro patrimonio» (Dörner 2018: 22-23). Una spinta normalizzatrice e repressiva avvolge quindi i mondi marginali siano essi quelli della povertà, della malattia, dei comportamenti non in linea con la morale dell'epoca. In Italia è la dottrina moderna della Chiesa cattolica a condannare la mendicizia e il vivere senza lavoro e a favorire forme di reclusione di soggetti marginali all'interno di ospizi ed ospedali (Giacanelli 2018). Un esempio di questo tipo è il complesso dell'Ospizio Apostolico di San Michele a Ripa Grande a Roma, costruito su volontà di Papa Innocenzo XII nel 1693 per controllare e reprimere la mendicizia. L'enorme edificio assorbì diverse strutture assistenziali preesistenti distribuite nella capitale e destinate sia a poveri invalidi che a donne traviate e orfani. Successivamente vennero inserite al suo interno una casa di correzione per fanciulli e una per donne (Dubбини 1985). Il complesso divenne un centro di produzione, consolidando la tendenza a trasformare i centri di assistenza dello stato pontificio in opifici, sull'esempio di quello che già era accaduto in ambito europeo (Toscano 1996).

Complessificando la tesi del grande internamento, una recente storiografia prova a leggere nella lunga durata la percezione medica della follia rintracciando ancor prima dell'Ottocento spazi destinati specificamente alla acco-

glienza dei folli e in cui si sperimentavano approcci proto-terapeutici (Quérel 2009, Roscioni 2003). Un esempio è l'Ospedale di Santa Maria della Pietà a Roma, fondato nel 1548. L'ospizio accoglieva poveri veramente bisognosi di aiuto (e non quelli che «fanno arte di accattare») «poveri pazzi privi d'intelletto, [...] derelitti che non hanno alcun governo ne possono caminar se non dove li detta il senso et furore che li fa andare ignudi et alle volte con vituperio della nostra carne [...]» (cit. in Fiorino 2004: 834). Nella struttura era presente un medico, che dispensava purganti e praticava salassi per contenere il furore.

Nel 1653 vengono promulgate le nuove regole della struttura che comportano un cambiamento radicale nella gestione dei *pazzarelli*, in quanto gli aspetti caritativi e pietistici che erano stati l'ossatura del sistema restano in secondo piano ed emerge invece una svolta repressiva e segregativa. Tutto, ciò in linea con una rinnovata concezione della follia in cui cominciano ad emergere gli aspetti di pericolosità sociale e in un contesto in cui anche la povertà non è più sacralizzata ma viene considerata riprovevole, tant'è che anche lo stato pontificio negli stessi anni della promulgazione delle nuove regole si dota di un più solido sistema di pubblica sicurezza che vieta la mendicizia ed espelle i vagabondi (Fiorino 2004: 838-840). Altre strutture di ricovero dei pazzi erano presenti a Milano dal 1642, a Torino dal 1727 e a Reggio Emilia ancor prima (Giacanelli 2018).

Come dimostra anche l'esempio dell'Ospedale di Santa Maria della Pietà, al di là della presenza di elementi proto-terapeutici in queste esperienze permane una forte contiguità con il tentativo di controllo della povertà. Il nesso povertà-follia è una sorta di *fil rouge* che lega queste forme di assistenza alle moderne istituzioni psichiatriche. Saranno infatti gli studi di psichiatria sociale a identificare nel controllo delle masse dei diseredati e dei poveri l'origine della moderna psichiatria. In Italia molte strutture nasceranno dall'obbligo che sarà assegnato nel 1865 alle province di mantenere i “mentecatti poveri” e la battaglia per la chiusura dei manicomi, come vedremo, si fonderà sul presupposto che questi erano nella pratica: «luogo di contenimento di certe devianze di comportamento degli appartenenti alle classi subalterne» (Basaglia, Ongaro 1979: 267).

2. La nascita dell'ospedale psichiatrico fra Ottocento e Novecento

Al di là di esperienze di ricovero di folli che compaiono in diverse città italiane già in età moderna e della presenza di alcune importanti figure di medici

che hanno rappresentato dei precursori della psichiatria – come ad esempio Vincenzo Chiarugi che sperimentò un metodo terapeutico e gestionale nel ricovero di Santa Dorotea a Firenze negli ultimi decenni del Settecento – è dopo la seconda metà dell'Ottocento e gli inizi del Novecento che le istituzioni manicomiali fanno il loro ingresso nella storia italiana dando il via allo sviluppo di una specifica architettura.

Nel nostro paese la costituzione della psichiatria come disciplina autonoma è fortemente legata al processo di unificazione statale, la psichiatria si profila come una impresa nazionale rispondendo alle necessità organizzative e amministrative del nascente stato (Giacanelli 2018).

Lo spazio manicomiale nasce da un processo di definizione di una competenza medica che è allo stesso tempo giuridico-amministrativa. L'ospedale psichiatrico è un luogo in cui le esigenze di governo si conciliano con quelle terapeutiche. La psichiatria come sapere autonomo comporta la separazione del folle dagli spazi indistinti di una mera assistenza e custodia, che era garantita da ospizi e istituzioni caritatevoli, per condurlo in un contesto di osservazione e di cura fisica e morale, proteggendo nello stesso tempo la società dalla pericolosità della follia (Giacanelli 2018). Uno dei pilastri del moderno manicomio è il mandato sociale della custodia, ovvero contenere quei soggetti che pur non essendo criminali minacciavano la tranquillità e la sicurezza della società. Alla fine dell'Ottocento esistevano in Italia più di un centinaio di strutture dedicate alla custodia e cura dei folli, ma non esisteva una legge che regolamentasse il funzionamento di queste istituzioni, molte delle quali erano private. Sarà la legge 36 del febbraio del 1904 *Disposizioni intorno agli alienati e ai manicomio* promulgata dal governo Giolitti, con relatore il neuropsichiatra Leonardo Bianchi, ad uniformare sul territorio nazionale la struttura giuridico-amministrativa degli ospedali psichiatrici. La legge definisce in maniera molto netta i contorni dell'istituzione manicomiale lasciando ampia libertà rispetto a ogni possibile subordinazione a controlli amministrativi e riconoscendo un potere pressoché assoluto al direttore nella gestione dell'istituto (Giacanelli 2018).

La legge metteva in primo piano il bisogno di protezione della società dai malati di mente, subordinando la cura alla custodia. L'internamento infatti era previsto per persone affette “da qualsiasi causa d'alienazione mentale quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo”. Il ricovero avveniva con la certificazione di un medico e l'ordinanza del questore, dopodiché iniziava il tempo di osservazione trascorso il quale il direttore decideva

le dimissioni o il ricovero definitivo. Alla data della promulgazione della legge era ormai consolidata la rete delle istituzioni di ricovero e custodia, che comprendeva 59 manicomi pubblici (di cui 3 giudiziari), 30 manicomi privati, 51 istituti per il ricovero di alienati, 4 istituti per frenastenici. Questa rete si era strutturata anche grazie alla legge del 1865 che, come abbiamo ricordato, assegnava alle province il mantenimento dei poveri malati di mente; e infatti all'inizio del nuovo secolo su 69 province 47 erano dotate di una struttura manicomiale (Giacanelli 2018).

Alcuni complessi manicomiali ottocenteschi derivano dalla risistemazione di edifici preesistenti riadattati e rimaneggiati, come nel caso del Frenocomio di San Girolamo a Volterra in Toscana in cui nel 1888 viene costituita una sezione per dementi all'interno del ricovero di mendicanti dell'ex convento di san Girolamo. Successivamente si avrà la realizzazione di un nuovo complesso, con interventi sia di nuova costruzione sia di ristrutturazione e ampliamento di parti esistenti (Fiorino 2011). Molti complessi vengono edificati ex-novo in un'epoca in cui la discussione per stabilire le linee guida per la costruzione di strutture manicomiali è molto vivace e coinvolge diversi saperi, in primis gli alienisti ma anche importanti architetti e progettisti.

Il dibattito italiano sulla organizzazione degli spazi risente di un certo patriottismo ottocentesco che rivendicava un modello italiano. «L'Italia ha bisogno di manicomi italiani, cioè adatti al suo clima, alle sue passioni, alla sua civiltà, alle sue condizioni sociali, insomma ai suoi uomini» (Miraglia 1849: VI-VII, cit. in Lenza 2013: 15), sosteneva il patriota Biagio Miraglia, autore di una petizione al Parlamento per un sistema nazionale di asili per alienati. Ma soprattutto l'idea di una peculiarità nazionale era legata al ruolo che la medicina statistica aveva assunto nello studio della follia e al suo determinismo ambientale: gli asili si dovevano cioè adattare alla prevalenza di malattie mentali che erano comuni a ciascuna nazione (Lenza 2013:16).

Stanti i meccanismi di chiusura nei confronti dell'esterno legati all'esigenza di custodia, l'importanza data alla funzione terapeutica dei nuovi complessi manicomiali assegna un ruolo di primo piano agli alienisti nelle indicazioni per la costruzione di un asilo. Le indicazioni riguardano innanzitutto: il numero di alienati, l'estensione dell'area, l'ubicazione, la presenza di requisiti igienico-sanitari simili a quelli degli ospedali dell'epoca, fra cui la purezza dell'aria, l'esposizione e anche la panoramicità.

Altre indicazioni erano poi riferibili alle distinzioni di sesso, alla curabilità e alla posizione sociale.

La separazione dei sessi, che era unanimemente accettata, poteva essere ottenuta o con la costruzione di asili diversi, oppure in padiglioni distinti nello stesso complesso. La distinzione fra guaribili e cronici incideva sulla natura stessa del manicomio come luogo di cura nel primo caso e di ricovero nel secondo. Le differenze di censo qualificavano gli spazi (Lenza 2013:16). Una serie di specificazioni discendeva dalla suddivisione in categorie degli alienati incidendo sul numero e le caratteristiche delle sezioni e sugli impianti generali.

Alle cinque classi di mentecatti presenti in un importante saggio del 1829, ovvero maniaci, melanconici, dementi, imbecilli o fauti e convalescenti, vennero poi aggiunti i monomaniaci, i lipemaniaci, gli epilettici e gli inclini al suicidio. Queste partizioni vennero poi abbandonate a favore di distinzioni basate sulla pericolosità (dai tranquilli agli agitati) e più coerenti con la funzione custodialistica del moderno manicomio (Lenza 2013). La partizione in base alla pericolosità prevedeva la sistemazione dei soggetti più tranquilli nei padiglioni più vicini all'ingresso, mentre a quelli più pericolosi erano riservati i padiglioni più interni. Dalle diverse teorie psichiatriche si affermano in Europa quelle che possiamo definire tendenze nella strutturazione dei complessi manicomiali.

Dalle teorie del celebre psichiatra francese Philippe Pinel discende l'idea di una cura dei malati nel contesto di villaggi chiusi e nettamente separati dal contesto urbano. In Inghilterra, invece, John Conolly è il fautore del modello *no restraint* che prevedeva innanzitutto la liberazione dai cosiddetti *mechanical restraints* ovvero l'utilizzo di ceppi e catene. I padiglioni dovevano aprirsi alla campagna e quindi non era previsto un muro di cinta. Nella forma doveva essere evitato qualsiasi elemento di segregazione: mura interne, cortili divisi o gallerie coperte (Crippa 2018).

A partire dalle indicazioni degli alienisti la definizione della forma lascia ampio margine all'intervento degli architetti. Lo psichiatra francese Jean Baptiste Parnache, nel trattato *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés* del 1853, faceva riferimento a diversi modelli che si erano imposti in Europa: in Francia prevaleva una composizione di edifici che avevano al massimo due piani distribuiti ai lati di una spina centrale di servizi, separati da prati e inseriti in una pianta quadrata, mentre in Inghilterra

e in Germania erano stati adottati edifici multipiano con ali ad angolo retto, e questo dava alla strutture un alto grado di monumentalità (Lenza 2013: 17).

In Italia il regolamento attuativo della legge Giolitti, che venne promulgato nel 1909, esprime posizioni vicine a un modello *no restraint* moderato lasciando alla discrezionalità del direttore la facoltà di scegliere quali misure adottare in termini di contenzione (Amore 2019).

L'intreccio fra esigenze terapeutiche e custodialistiche rende lo spazio manicomiale molto complesso. Non si tratta della realizzazione di semplici edifici ma di un insieme di strutture che ambisce ad essere una città nella città, frutto delle più avanzate conoscenze terapeutiche sulla follia.

L'articolazione interna deve tenere conto, inoltre, delle esigenze dei diversi gruppi sociali che compongono questa sorta di micro-città; quindi ai padiglioni di degenza si affiancano gli edifici direzionali, gli alloggi per il personale, i gabinetti medici. Sono poi previsti una serie di spazi in cui organizzare la vita degli internati: strutture collettive come chiese, biblioteche o teatri. Laboratori ed opifici (falegnameria, sartoria, tipografia ecc.) orti e giardini sono pensati per la pratica dell'ergoterapia che assegnava funzioni terapeutiche alle attività lavorative.

Nei trattati di fine Settecento di architettura manicomiale si ritrovano solo cenni alla posizione delle strutture, che deve essere periferica e a debita distanza dall'abitato. Infatti, il rapporto con la città è negato *ab origine* dalla concezione totalizzante dell'istituzione manicomiale, ma nello stesso tempo il posizionamento extra-urbano è legato all'esigenza di spazi ampi in cui edificare le strutture manicomiali (Doti 2013), senza dimenticare che all'isolamento dal tessuto urbano viene riconosciuta anche una valenza terapeutica. Come evidenzia Gerardo Doti,

agli albori della scienza psichiatrica, i criteri progettuali per la scelta di un sito da destinarsi alla realizzazione di un moderno ospizio di cura dei folli sono chiari e largamente condivisi. Una esposizione delle stanze di degenza preferibilmente a sud, ampie corti, lunghe passeggiate fiancheggiate da alberi che diano tutta l'ombra che si desidera in ogni luogo, vasti e ridenti giardini, una natura ricca, e naturalmente superficie a sufficienza per distanziare i corpi di fabbrica, facilitare il rinnovamento dell'aria e procurare ai malati una maggiore quantità di luce: è tutto quanto si richiede ad un sito perché sia perfetto, ma soprattutto è tutto ciò che la città non offre» (Doti 2013: 30).

Gli ospedali psichiatrici di nuova edificazione hanno quindi o un posizionamento extra-urbano, in prossimità di una porta di ingresso alla città o accanto alle cinte murarie, oppure, nel caso di rimaneggiamenti e riadattamenti di vecchie strutture, la collocazione può essere anche in seno al tessuto urbano. Ad esempio, l'Ospedale Psichiatrico di Ferrara viene costruito riadattando un edificio situato nel pieno del centro città: il palazzo Tassoni, residenza di origine quattrocentesca. Anche il manicomio di San'Abate a Teramo nasce dall'accorpamento di edifici già esistenti all'interno del tessuto cittadino (www.architetture manicomiali.altervista.org).

Con l'espansione otto-novecentesca che ha caratterizzato la storia di molte città italiane diversi ospedali psichiatrici di nuova ubicazione sono stati assorbiti nella trama urbana senza perdere comunque la loro riconoscibilità. E nonostante i complessi manicomiali ambissero ad essere città separate, essi hanno avuto proprio a causa della loro estensione e monumentalità un peso nella struttura urbanistica di molte città pari o addirittura superiore a quella dei grandi edifici pubblici di epoca precedente o coeva, quali il duomo o il palazzo comunale (Doti 2013).

Dal censimento fatto dalla Fondazione Benetton (1998, cit. in Amore 2019) sulle istituzioni manicomiali italiane concretamente realizzate e rimaste in attività fino agli inizi degli anni Ottanta del Novecento si possono distinguere cinque tipologie:

- una tipologia a padiglioni avvicinati in cui i collegamenti sono garantiti da porticati e percorsi coperti;
- una tipologia a padiglioni distanziati caratterizzata da edifici isolati;
- una tipologia a padiglioni di tipo misto con la compresenza di edifici in parte riuniti e in parte distanziati;
- una tipologia a padiglioni disseminati a villaggio, in cui si riprendono i principi della tipologia a padiglioni distanziati collocandoli in dimensioni più ampie e in integrazione con territori caratterizzati da importanti risorse naturali;
- una tipologia a edifici isolati, che riguarda le realizzazioni più recenti ovvero quelle che vanno dagli anni 30 agli anni 60 del Novecento, in cui si risente l'influenza della architettura razionalista e funzionalista.

L'eterogeneità delle tipologie italiane è legata alle differenze territoriali, alla presenza di personalità di spicco in alcuni contesti, ai contatti e gli scambi intercorsi fra vari direttori sulla cura degli alienati, alla storia politica locale.

Al di là della diversità e della peculiarità di ciascuna istituzione è possibile rintracciare alcune tendenze a livello territoriale. Ad esempio, negli ospedali psichiatrici del nord, del centro e dell'est sono state identificate alcune costanti: recinzioni non troppo escludenti; separazione dei sessi; scarsa distinzione fra curabili e non; presenza di spazi per le malattie comuni e temporanee dei ricoverati; strutturazione in edifici isolati collegati agli uffici amministrativi tramite percorsi complessi; prevalenza di dormitori sulle celle individuali; presenza di ampi spazi a verde e spazi coltivabili destinati alla ergoterapia (Crippa 2013a: 130).

Fra le tante esperienze, il Manicomio Provinciale di Milano in Mombello a Limbiate va ricordato per la sua storia di continui ampliamenti che lo renderanno un gigantesco meccanismo reclusorio. Nell'area milanese per molto tempo i folli venivano assistiti nell'hospitale San Vincenzo aggregato al celebre Ospedale Maggiore, ma a fine Settecento l'istituto viene spostato in un palazzo ex proprietà dei gesuiti detto la Senavra, posizionato ai margini della città. Qui molti furono gli sforzi di ammodernamento e allargamento di una sede che però si rivelò insufficiente visto l'aumento costante dei ricoveri. Nel 1867 l'amministrazione provinciale di Milano apre una succursale per i cronici a Mombello per 300 ricoverati. La struttura sarà ampliata pochi anni dopo con l'aggiunta di padiglioni per 400 degenti e diventerà manicomio unico provinciale con la chiusura della Senavra nel 1878. In una preesistente villa settecentesca vennero sistemati gli uffici direzionali e al primo piano gli appartamenti del direttore e del cappellano. Erano presenti padiglioni maschili e femminili, un teatro, la biblioteca; la vecchia chiesa settecentesca veniva utilizzata come luogo di culto. Il muro di cinta era lungo 2 km. Era presente una vasta area coltivata e all'esterno si estendevano boschi e verde per 500 ettari. Ad un primo ampliamento ne seguono altri, visto il continuo affollamento: nel 1911 i malati erano arrivati a 2000 e dopo la Prima guerra mondiale a 3504 (Crippa 2013b). Molti studi si sono interrogati su questa continua crescita del numero degli internati evidenziando alcune ragioni sociali. Innanzitutto, il collegamento fra alcune malattie collegate all'epoca alla pazzia, ovvero la pellagra molto presente fra i contadini e l'alcolismo molto diffuso fra gli operai. Inoltre, lo sviluppo economico-industriale delle aree lombarde aveva stravolto gli assetti tradizionali nei rapporti fra città e campagna comportando un significativo aumento delle migrazioni dalle aree rurali soprattutto verso Milano (Crippa 2013b). La crescita continua dei ricoveri si collegherebbe quindi a quel già ricordato binomio povertà-follia, secondo cui l'istituzione manicomiale mo-

derna avrebbe dovuto rispondere all'esigenza di controllo del variegato mondo delle masse di poveri e marginali.



*Figura 1. Ospedale psichiatrico provinciale di Milano in Mombello: facciata
(Fonte: www.architetturemanicomiali.altervista.org)*

Per quanto riguarda l'Italia meridionale, la storia dell'architettura manicomiale si fa coincidere con la fondazione della Real Casa dei Matti di Aversa nel 1813, costituitasi a partire dall'utilizzo di un vecchio complesso religioso medievale, cui poi vengono annessi corpi edilizi per rispondere alle esigenze della tipologia asilare. Successivamente, per decongestionare questa struttura, viene deciso di recuperare il convento di Santa Maria dell'Arco in Santa Anastasia che era stato riedificato nel XVI secolo a Napoli, cui si aggiungerà in un secondo momento l'ex monastero di San Francesco di Sales, che aprirà i battenti nel 1881. Per il territorio napoletano bisognerà aspettare l'inizio del nuovo secolo per avere una struttura edificata ex-novo in base ai precetti della moderna psichiatria: nel 1909, lungo la calata di Capodichino, sarà inaugurato il nuovo Manicomio Provinciale di Napoli intitolato al celebre psichiatra Luigi Bianchi (www.architetture.manicomiali.altervista.org).

Le vicende napoletane sono emblematiche delle esperienze meridionali di architetture manicomiali, anche di quelle delle due maggiori isole. All'utilizzo di vecchie strutture conventuali e edifici preesistenti si affianca la costruzione di nuovi impianti, spesso nella prima parte del Novecento, come nel caso dell'Ospedale Psichiatrico di Reggio Calabria, inaugurato nel 1932, del manicomio di Santa Maria di Collemaggio a l'Aquila, funzionante dal 1914, e di quello di Agrigento, in attività a partire dal 1930.

Un esempio che ben esprime il determinismo ambientale che ha caratterizzato lo spazio manicomiale è il Manicomio Provinciale di Catanzaro, situato nel comune di Girifalco entrato in funzione nel 1881 recuperando il Seicentesco convento di Sant'Antonio. È dalle parole del direttore Silvio Venturi che si evince la peculiare vocazione terapeutica della struttura: «sarebbe assurdo ritenere che un Manicomio in Calabria si dovesse modellare su uno di pari popolazione che fosse a Parigi. Quivi la popolazione di esso avrebbe attitudini e tendenze e bisogni molto differenti e molto superiori a quelli della popolazione del nostro Istituto, la quale, nell'immensa maggioranza, visse alla casa sua povera, con limitate idee e pochi bisogni. A Parigi le distrazioni dello spirito si dovrebbero provvedere, cavandole dalle consuetudini della vita parigina: giornali, teatri, musica, balli, occupazioni più o meno intellettuali; qui le semplici e facili distrazioni della vita agricola, delle industrie più grossolane e utili» (Rauccio 2013: 283). Sulla base di queste considerazioni l'istituto diviene una colonia agricola industriale ed un importante modello di manicomio rurale.



*Figura 2. Ospedale psichiatrico di Catanzaro in Girifalco: veduta
(Fonte: www.architetturemanicomiali.altervista.org)*

3. Morire di classe: il dibattito sulla de-istituzionalizzazione e la legge Basaglia

La storia delle architetture manicomiali si interrompe con la approvazione della legge 180 del maggio del 1978, più nota come legge Basaglia, che ha previsto una riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica superando la logica dell'istituzionalizzazione della malattia mentale. Secondo l'impostazione della legge, presupposto del trattamento sanitario in psichiatria è il diritto alla cura e alla salute e non più la pericolosità sociale del malato da cui era disceso il paradigma reclusorio delle architetture manicomiali. Con la legge Basaglia, confluita poi nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, si stabilisce una nuova organizzazione dell'assistenza psichiatrica grazie all'implementazione di servizi territoriali di supporto alla malattia mentale, eliminando le strutture contenitive a favore di interventi di integrazione nella società e di riabilitazione della persona affetta da disturbi psichiatrici.

La legge è frutto delle battaglie di un composito movimento riformatore in ambito psichiatrico di cui Franco Basaglia è stato uno dei protagonisti principali (Foot 2014, Babini 2009). Il movimento italiano contro le istituzioni psichiatriche nasce da un dialogo costante con le riflessioni internazionali più avanzate in campo psichiatrico, che mettevano in discussione le pratiche tradizionali di internamento della follia, e con il vasto movimento intellettuale che, a partire dai lavori come quelli di Robert Castel (1979), Michel Foucault (2003), Erving Goffman (1968), proponeva una critica generalizzata al potere, al controllo sociale e alla produzione di marginalità e di devianza, di cui il manicomio era un esempio fra gli altri (Forgacs 2014: 227).

Rispetto a lavori come quello di Goffman (1968), che magistralmente mettevano in evidenza gli effetti di distruzione e di mortificazione del sé all'interno delle istituzioni totali, il movimento anti-psichiatrico italiano pone l'accento sulla questione delle classe. *Morire di classe* (1969) è il titolo di un lavoro fotografico pubblicato nel 1969 che conteneva scatti presi nei manicomi di Gorizia, Parma e Firenze, corredato da una serie di testi scritti tra gli altri da Basaglia e da sua moglie Franca Ongaro. L'espressione *Morire di classe* vuole mettere in evidenza il forte legame fra reclusione psichiatrica e povertà. Secondo Basaglia e Ongaro esistevano cioè due psichiatrie: quella dei ricchi, che si curavano a casa o in istituti privati, e quella dei poveri, che coincideva con la reclusione dell'istituzione manicomiale. Nella loro analisi i manicomi

servivano a raccogliere e contenere le persone collocate ai margini dell'economia capitalista, considerate improduttive e quindi di nessuna utilità sociale. La follia che si incontrava nei manicomi era la *follia della miseria* (Forgacs 2014: 220).

Da un punto di vista strettamente terapeutico la battaglia per la chiusura dei manicomi nasceva dal rifiuto delle pratiche della psichiatria convenzionale, che riducevano la complessità sociale e umana della malattia mentale ad interventi mirati semplicemente al corpo malato. In particolare, le pratiche messe in discussione erano: l'uso dei mezzi di contenzione, come la camicia di forza o il letto con le cinghie, l'elettroshock e la somministrazione massiccia di farmaci anti-psicotici (Forgacs 2014: 228-229).

4. Il caso del complesso manicomiale di Trieste

Quello dell'ospedale psichiatrico di San Giovanni, a Trieste, costituisce un caso emblematico della traiettoria evolutiva dei complessi manicomiali, dalla concezione alla realizzazione, alla dismissione. Quest'ultima ha assunto una portata nazionale, in quanto Franco Basaglia promosse da direttore della struttura l'azione che sfociò nella legge che porta il suo nome. L'esperienza di Trieste è quindi cruciale per il processo di deistituzionalizzazione dei manicomi in Italia. Il suo significato assume poi ulteriore rilevanza se si considera l'interesse che questa esperienza ha suscitato a livello internazionale.

Il dibattito sulla costruzione di una nuova struttura psichiatrica, in territorio triestino ma condivisa con le province dell'Istria e di Gorizia (le tre aree facevano parte del cosiddetto "Litorale", regione amministrativa dell'Impero austriaco), inizia nel 1865, anche se ben presto Gorizia decide di dotarsi di una struttura autonoma. Un primo progetto per l'ospedale triestino vede la luce nel 1894, su impulso della Luogotenenza viennese. Redatto dall'ingegnere trentino Natale Tommasi, esso si ispira a un programma tecnico-sanitario aggiornato ai principi dell'*open door* e quindi avverso all'isolamento totale e le altre caratteristiche punitive di un reclusorio. Si procede così a identificare un terreno di «facile accesso, non eccessivamente lontano dall'abitato per non recare disturbo al vicinato e non essere a sua volta disturbato, al riparo dai venti dominanti, [con] presenza di acqua e superficie tale da provvedere ampiamente ai bisogni di parecchi decenni e adatto per l'impianto di colonie agricole»

(De Rosa 2008: 35). Caratteristiche che si ritroveranno quasi integralmente nella sede effettiva del complesso, ubicata in area diversa da quella inizialmente individuata, come pure l'idea architettonica di base, imperniata su padiglioni immersi nel verde. Quasi integralmente perché la colonia agricola non sarà concretizzata. Il complesso, tuttavia, seguirà l'idea – all'epoca, come abbiamo visto, largamente condivisa – dell'opportunità di impianti posti in posizione salubre e amena, con ampio verde circostante, secondo il modello della «città giardino», e, nelle parole di un esperto del tempo, «con piacevoli vedute lontane, per le quali l'alienato è molto suscettibile» (cit. in Venuto 2008: 141).

La struttura realizzata è collocata nel quartiere di San Giovanni (da cui il nome). Essa insiste su un'area di 160.000 metri quadri che dalla via San Cilino sale, con dislivello notevole, fino a incrociare la via di Opicina. Il progetto si deve all'architetto triestino Lodovico Braidotti, che lo ultima nel 1904. Nel 1907 il complesso è pressoché ultimato e l'anno successivo viene inaugurato, anche se la costruzione di alcuni edifici si protrae ulteriormente (l'Ospedale dei Cronici viene completato nel 1913). Dato il dislivello del terreno il progetto definisce innanzitutto un asse centrale che dall'ingresso a valle, verso il centro città, sale a monte fino alla via di Opicina, procedendo poi con sbancamenti su fasce parallele, che raggruppano la complessiva quarantina di edifici in tre aree principali. In quella meridionale, a valle, sono collocati i villini per degenti paganti di prima e seconda classe, la sala concerti e i padiglioni per i cronici (suddivisi, come tutti gli altri, in maschile e femminile). A tagliare la spina viaria è inserito l'edificio per l'amministrazione e la direzione, seguito, procedendo verso monte, dai padiglioni per l'osservazione e gli edifici per gli agitati, i sudici e paralitici, che si dispongono lungo l'asse fino a una scenografica scalinata a doppia rampa, da cui si accede alla parte superiore. Qui si trovano i fabbricati di servizio (centrale termica, cucina, lavanderia, teatro), disposti trasversalmente in quanto comuni e pertanto visivamente collegati a quello dell'amministrazione, superati i quali si incontrano due padiglioni dei pazienti tranquilli e, più oltre, il "Villaggio del lavoro". Quest'ultimo rimpiazza l'originaria ipotesi di colonia agricola, che avrebbe richiesto un numero superiore di edifici (Barillari 2008), e consiste di un piccolo borgo con casette rustiche, serra e laboratori, disposti attorno a una piazza centrale su cui si apre anche una chiesa. Ancora più in alto, presso l'uscita nord e quindi nella posizione più periferica, si trovano l'edificio per la necropsopia e due padiglioni per ammalati contagiosi.



*Figura 3. M. Strobl, Ospedale San Giovanni di Trieste: padiglioni e viale centrale, 1910
(Fonte: www.parcodisangiovanni.it)*

Il progetto, realizzato in modo abbastanza fedele, propone quindi un compromesso tra l'impostazione centralizzata, cui rinvia l'asse spinale su cui sono collocati gli edifici direzionali e comuni, e quella a padiglioni sparsi. Vi è poi un secondo compromesso. Immersa nel verde, con ampi scorci panoramici sulla città e il golfo (il teatro, per esempio, ha una parete di fondo che può essere aperta al paesaggio) e con un'articolazione tale da invitare a un movimento fluido tra aree e edifici, la struttura si ispira esplicitamente all'idea di *open door*. Contrariamente alle prime idee progettuali essa, tuttavia, non rinuncia a una cinta muraria, cui ben presto si aggiungono recinzioni interne, tra i vari padiglioni, parse necessarie a seguito di episodi di fuga di pazienti. Più radicale o coerente, da questo punto di vista, è il non lontano e coevo (fu inaugurato nel 1904) manicomio di Udine: simile a quello triestino per l'essere imperniato su padiglioni separati, immersi nel verde, suddivisi in sezioni maschili e femminili e distribuiti in base allo stato clinico dei pazienti, ma corredato di una colonia agricola e soprattutto il primo in Italia a fare a meno di mura perimetrali di contenimento, sostituite da una cancellata continua (www.architetture manicomiali).

La fine del complesso di San Giovanni come ospedale psichiatrico inizia con la nomina a direttore di Franco Basaglia, nel 1971. Al momento i ricoverati sono circa 1.200, di cui oltre 800 coatti. La nuova direzione presenta un programma ispirato all'esperienza della comunità terapeutica avviata da Basaglia a Gorizia nel 1961. Basato sui criteri di prevenzione, cura e post-cura, esso è volto a ridurre il numero dei posti letto e alla ristrutturazione dei padiglioni in "comunità aperte", articolate in "zone" di 200 malati ciascuna, gestite da altrettante equipe e «definite in ideale corrispondenza con altrettante aree geografiche della città e della provincia, in cui si immagina di estendere e proiettare l'azione degli operatori tra l'interno e l'esterno dell'ospedale» (Gallio 2008: 52). Da qui muove un processo che si dipana per circa un decennio e che vede giungere a Trieste un folto gruppo di volontari e giovani medici, provenienti anche dall'estero. Processo che pone Trieste al centro del movimento mondiale per la nuova psichiatria e le cui tappe corrispondono a un progressivo smantellamento dell'istituzione totale (Basaglia parla di passaggio dalla "tutela" al "contratto": cfr. Gallio 2008: 63), con graduale chiusura dei reparti, riconoscimento di figure come quella dell'"ospite", che è un ex paziente bisognoso di ospitalità diurna e/o notturna fino all'effettivo reinserimento nel tessuto sociale, e promozione di occasioni concrete a tale riguardo, tra cui l'organizzazione di soggiorni-vacanza per pazienti e la creazione di cooperative di ex degenti, a partire dai lavori che essi svolgevano nell'ospedale in cambio di un compenso simbolico.

Già a ridosso dell'approvazione della legge 180 si era iniziato a concedere padiglioni dismessi a enti terzi, in particolare l'Università e l'Osservatorio astronomico. L'opera di riconversione del parco e degli edifici è proceduta però lentamente, lasciando molti di essi in stato di abbandono per anni. Il processo può tuttavia dirsi oggi pressoché completato. La spina viaria centrale è stata trasformata in strada pubblica con servizio di trasporto. Le aree verdi sono divenute un frequentato parco urbano e nei diversi padiglioni, molti dei quali di notevole pregio architettonico (in alcuni casi si sono ripristinati struttura e aspetto originari, alterati dagli interventi subiti nel corso degli anni), sono ospitate attività culturali (manifestazioni, laboratori creativi, centri di formazione, dipartimenti universitari ecc.), uffici e servizi dell'azienda sanitaria, attività ricettive e di ristoro (bar, ristoranti, residence). Sono presenti anche diverse cooperative sociali, alcune eredità diretta dell'esperienza basagliana. È

il caso de “Il posto delle fragole”, cooperativa di ex degenti nata nel 1979, che da molti anni gestisce un bar ristorante.

5. Eterotopie perduranti: il destino dei complessi manicomiali fra memoria, abbandono e rifunzionalizzazione

La legge Basaglia segna l’inizio della fine delle architetture manicomiali anche se poi la definitiva dismissione delle strutture si è realizzata in un periodo molto lungo essendosi conclusa solo nel 1996.

La progressiva dismissione della rete manicomiale, come abbiamo evidenziato nel caso di Trieste, ha posto una serie di questioni sul destino di un ingente patrimonio immobiliare per lo più pubblico che in molti contesti urbani ha avuto un impatto significativo per la monumentalità delle strutture e per l’ampiezza delle realizzazioni. È difficile fare un bilancio dello stato attuale delle architetture manicomiali. Dal punto di vista urbanistico abbiamo già ricordato come diversi complessi siano stati riassorbiti dalla crescita urbana che ha fatto venir meno la liminarietà di molti di questi luoghi.

Per quanto riguarda il riutilizzo, alcune strutture ospitano i nuovi servizi psichiatrici e ciò ha creato un continuum con la vecchia funzione terapeutica, oppure alcuni padiglioni sono stati adattati ad altri servizi sanitari. In altri casi i complessi sono stati destinati a nuovi usi come, ad esempio, l’ex manicomio di Ferrara che è divenuto sede della Facoltà di Architettura. Un altro asse di intervento, già ricordato nel caso di Trieste, è il recupero del patrimonio naturale, componente molto importante delle cittadelle manicomiali. Nell’ex manicomio di Agrigento la provincia ha creato un Giardino Botanico, con la messa a dimora anche di nuove piante e il recupero degli esemplari vecchi, oltre a portare avanti un progetto di classificazione dell’erbario.

Ma in molti casi i complessi versano in uno stato di abbandono, degrado e incuria, a testimonianza della carenza di progettualità nella gestione del patrimonio pubblico che nel nostro paese non riguarda purtroppo solo gli ex ospedali psichiatrici, ma una serie di importanti attrezzature collettive dismesse. Rispetto ad altri progetti di riqualificazione e riconversione le architetture manicomiali presentano peculiarità che possono spiegare le difficoltà con cui si procede al recupero e alla rifunzionalizzazione. Innanzitutto, su una nuova progettualità hanno indubbiamente pesato i tempi lunghi della completa di-

smissione, avvenuta quasi vent'anni dopo l'approvazione della legge Basaglia. Un secondo fattore di complessità sono poi le dimensioni. Come abbiamo già ricordato anche rispetto al caso di Trieste, molti degli ex-manicomi hanno la connotazione di una città nella città, per cui ingenti sono gli investimenti da parte degli enti locali necessari a una progettazione che integri nel tessuto urbano ampie e complesse aree rimaste per molti anni inibite all'uso pubblico.

Si pensi ad esempio che a Firenze l'ex manicomio di San Salvi insiste su un'area di 32.000 metri quadri, così come l'Ospedale Psichiatrico di Teramo, che occupa una parte più che considerevole del centro storico della città. Ci sono poi le questioni relative al restauro di spazi spesso tutelati ai sensi del Codice dei beni culturali e del paesaggio, che impone vincoli finalizzati alla conservazione di alcuni caratteri originari, vista la storicità e il pregio di molti manufatti presenti nei complessi.

In sostanza la storia del recupero delle architetture manicomiali è ancora in divenire. Ciò indica che queste realtà spazio-temporali, formatesi attorno a specifiche gerarchie e regole di funzionamento, non costituiscono semplici relitti materiali di istituzioni totali ma perduranti *eterotopie*, nell'accezione che Foucault (2010) ha dato al termine indicandone un esempio proprio nelle cliniche psichiatriche: luoghi specifici, per nulla immaginari come le utopie, capaci di rappresentare, contestare e rovesciare il senso degli altri luoghi sociali. È proprio il loro carattere eterotopico a rendere queste *città-altre* estremamente aperte a una molteplicità di usi e di possibilità di relazioni nuove e inedite con altri spazi della città.

In questo processo di risignificazione, tuttavia, riteniamo importante che venga attribuito un valore alla memoria. Ci sono già progetti che vanno in questa direzione: il padiglione Lombroso nell'ex manicomio di Reggio Emilia ospita il Museo Nazionale della Psichiatria; il museo della Mente si trova in un padiglione dell'ospedale Santa Maria della Pietà a Roma. L'ex ospedale di Maggiano in provincia di Lucca è la sede della Fondazione del celebre psichiatra e scrittore Mario Tobino, mentre nel manicomio provinciale di Bologna si trova il Centro di studio e documentazione di storia della psichiatria e dell'emarginazione sociale "Gian Franco Minguzzi". Il dialogo con la memoria è fondamentale per lo straordinario patrimonio materiale e immateriale che è contenuto nelle architetture manicomiali. La dismissione delle strutture ha infatti permesso l'accesso agli archivi, la cui documentazione è fondamentale per ricostruire l'ambigua ontologia storica della psichiatria moderna e per

permettere un'analisi degli ospedali psichiatrici nella loro interezza di strutture storico-sociali. Molti sono i lavori storiografici recenti che hanno approfondito ad esempio il rapporto fra Prima guerra mondiale e manicomi e l'utilizzo che di questi è stato fatto in epoca fascista, ma che hanno anche applicato una prospettiva microstorica per dar voce agli internati (Milazzo 2016). La legge Basaglia sosteneva l'importanza della presa in carico della malattia mentale da parte dei territori. Parafrasando, potremmo dire che il recupero dei manicomi necessita di una presa in carico da parte dei territori della memoria di quello che è stato un pezzo importante della storia urbana e sociale del nostro paese.

Bibliografia

- Amore M.P. (2019), "La forma della istituzione manicomiale", <http://www.psychiatryonline.it>.
- Babini V. P. (2009), *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino.
- Barillari D. (2008), "L'architettura per il frenocomio di Trieste, storia di un progetto e della sua realizzazione (1896-1908)", in Ead. (a cura di), *L'Ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento 1908/2008*, Milano, Electa, pp. 118-133.
- Basaglia F. e Ongaro F. (1969), *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Torino, Einaudi.
- Basaglia F. e Ongaro F. (1979), *Follia/delirio*, in *Enciclopedia*, 16, Torino, Einaudi.
- Castel R. (1979), *L'ordine psichiatrico. L'era d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli.
- Crippa M.A. (2013a), "I manicomi nell'area nordorientale italiana: da costruzione e negazione a gestione del vasto patrimonio immobiliare", in Ajroldi C., Crippa M.A., Doti G., Guardamagna L., Lenza C. e Neri M.L. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia fra Ottocento e Novecento*, Milano, Electa, pp.127-134.
- Crippa M.A. (2013b), "Manicomio provinciale di Milano-Mombello a Limbiate" in Ajroldi C., Crippa M.A., Doti G., Guardamagna L., Lenza C. e Neri M.L. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia fra Ottocento e Novecento*, Milano, Electa, pp. 138-141.
- Crippa M.A. (2018), "C'era una volta il manicomio...", *Munera. Rivista europea di cultura*, <http://www.psychiatryonline.it>.
- De Rosa D. (2008), "Dal Conservatorio dei poveri al manicomio di San Giovanni 1773-1970", in Barillari D. (a cura di), *L'Ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento 1908/2008*, Milano, Electa, pp. 26-47.

- Dörner K. (2018), *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Milano, PGRECO Edizioni.
- Doti G. (2013), “Il manicomio, la città, il territorio: un campo di relazioni transitorie” in Ajroldi C., Crippa M.A., Doti G., Guardamagna L., Lenza C. e Neri M.L. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia fra Ottocento e Novecento*, Milano, Electa, pp. 29-39.
- Dubbini R. (1985), *Architettura delle prigioni. I luoghi e il tempo della punizione (1770-1880)*, Milano, Franco Angeli.
- Fiorino V. (2004), “Il manicomio di Roma Santa Maria della Pietà: il profilo istituzionale e sociale (1548-1919)”, *Mélanges de l'École française de Rome. Italie et Méditerranée*, 116 (3), pp. 831-881.
- Fiorino V. (2011), *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa, ETS.
- Fondazione Benetton (1998), *Per un Atlante degli Ospedali Psichiatrici pubblici in Italia. Censimento geografico, cronologico e tipologico al 31 dicembre 1996*, Roma, tipografia CGIL.
- Foot J. (2014), *La “Repubblica dei matti”. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Milano, Feltrinelli.
- Forgas D. (2014), *Margini d'Italia. L'esclusione sociale dall'Unità ad oggi*, Bari, Laterza.
- Foucault M. (1973), *Storia della follia in età classica*, Milano, Rizzoli.
- Foucault M. (2003), *Il potere psichiatrico: corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli.
- Foucault M. (2010), “Spazi altri”, in Id., *Eterotopia*, Milano, Mimesis, pp.7-21.
- Gallio G. (2008), “La distruzione dell'ospedale psichiatrico. Una cronologia: 1971-1981”, in Barillari D. (a cura di), *L'Ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento 1908/2008*, Milano, Electa, pp. 52-69.
- Giacanelli F. (2018), “Appunti per una storia della psichiatria in Italia”, introduzione all'edizione italiana di Dörner K., *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Milano, PGRECO Edizioni, pp.V-XXXII.
- Geremek B. (1991), *La pietà e la forca. Storia della miseria e della carità in Europa*, Bari, Laterza.
- Goffman E. (1968), *Asylums: istituzioni totali. La condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Torino, Einaudi.
- Gutton J.P. (1977), *La società e i poveri*, Milano, Mondadori.
- Hitchcock T. (1985), *The English Workhouse: A Study in Institutional Poor Relief in Selected Counties, 1696-1750*, DPhil thesis Oxford University.

- Ignatieff M. (1982), *Le origini del penitenziario. Sistema carcerario e rivoluzione industriale inglese, 1750-1850*, Milano, Mondadori.
- Lenza C. (2013), “Il manicomio italiano nell’Europa dell’Ottocento. Gli esordi del dibattito e la questione dei modelli” in Ajroldi C., Crippa M.A., Doti G., Gurdamagna L., Lenza C. e Neri M.L (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia fra Ottocento e Novecento*, Milano, Electa, pp.15-29.
- Milazzo F. (2016), “Scrivere la follia. La storiografia italiana fra le mura del manicomio”, <http://www.psychiatryonline.it>.
- Miraglia B.G. (1849), *Progetto di uno Stabilimento d’alienati pel Regno di Napoli*, Aversa, Tipografia del Reale Morotroffio.
- Mollat M. (1982), *I poveri nel Medioevo*, Bari, Laterza.
- Quétel C. (2009), *Histoire de la folie. De l’Antiquité à nos jours*, Paris, Tallandier.
- Rauccio G. (2013), “Manicomio provinciale di Catanzaro in Girifalco” in Ajroldi C., Crippa M.A., Doti G., Gurdamagna L., Lenza C. e Neri M.L (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia fra Ottocento e Novecento*, Milano, Electa, pp.283-286.
- Roscioni L. (2003), *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell’età moderna*, Milano, Bruno Mondadori.
- Sellin V. (1944), *Pioneering in Penology: The Amsterdam houses of correction in the sixteenth and seventeenth centuries*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Toscano P. (1996), *Roma produttiva tra Settecento e Ottocento. Il San Michele a Ripa Grande*, Roma, Viella.
- Venuto F. (2008), “Il ruolo del parco tra valore estetico e finalità terapeutiche”, in Barillari D. (a cura di), *L’Ospedale psichiatrico di San Giovanni a Trieste. Storia e cambiamento 1908/2008*, Milano, Electa, pp. 140-149.