

Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale



NUMERO SPECIALE

Sommario

TRANSITI INCEPPATI ***Vicende di concittadini poco visti***

***Un percorso guidato lungo le molteplici strade che legavano
l'Ospedale Psichiatrico e la città, a partire dai materiali
dell'archivio storico dell'Ospedale Psichiatrico di Bergamo***

a cura di Massimo Rabboni

***Sala Viterbi – Provincia di Bergamo
Via Tasso, Bergamo
13 - 29 settembre 2011***

Presentazioni a cura di :
Carlo Nicora, Mara Azzi, Leonio Cal-
lioni, Filippo Petrolati

Introduzione

Mangiar Polenta

Bere e bere molto, darsi una spinta ...

Il nodo delle famiglie

Oltre il manicomio, difficili ritorni

Essere altro da sé

Scritture, corrispondenze

Conclusione

NORME REDAZIONALI
ARCHIVIO
SCARICA LA RIVISTA

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE
Consiglio Direttivo Società Italiana di Ria-
bilità Psicosociale (S.I.R.P.)
Sezione della Società Italiana di Psichiatri-
a

Presidente: R. Roncone
Past President: G. Saccotelli
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariante, M. Casac-
chia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B.
Carpiniello
Vice-Presidenti: B. Gentile, A. Vita
Segretario Generale: G. Corrivetti
Tesoriere: C. Bellazzecca
Coordinatore delle Sezioni Regionali: J.
Mannu
Consiglieri: L. Basso, A. Bellomo, F. Cata-
pano, T. De Donatis, B. Ferrari, D. Labar-
bera, S. Lupoi, A. Mombello, M. Papi, F.
Pesavento, P. Pisseri, M. Rigatelli, R. Sa-
batelli, D. Sadun, F. Scarpa, E. Tragni
Matacchieri, C. Viganò
Delegato S.I.P.: P. Peloso
Revisori dei Conti: M. Peserico, I. Rossi,
D. Ussorio
Segretari Regionali
Abruzzo: M. Casacchia
Calabria: M. Nicotera
Campania: G. Corrivetti
Emilia-Romagna: A. Parma
Lazio: J. Mannu
Lombardia: M. Clerici
Liguria: L. Gavazza
Marche: E. Alfonsi
Molise: S. Tartaglione
Piemonte: G. Dallio
Puglia: S. Leonetti
Toscana: C. Rossi
Triveneto: D. Lamonaca
Sardegna: A. Baita
Sicilia: D. Labarbera

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Cristina Bellazzecca

Casa Editrice Update International Con-
gress SRL - via dei Contarini 7 - Milano -
Registrazione Tribunale Milano n.636 del
18/10/2007

Gli articoli firmati esprimono esclusiva-
mente le opinioni degli autori.

*Le immagini, sono state realizzate da Da-
niele Bernabei dell'ASL Provincia di
Bergamo.*

*Collaborazione alla redazione delle sche-
de Francesco Caggio*

*Ricerche d'archivio Giuseppina Riva e
Simonetta Rovaris*

*Con la collaborazione di Emi Bondi, Si-
mona Facchetti, Luciano Nicoli, Gabriele
Palamara*

La mostra “Transiti inceppati” ha avuto il merito di mettere in luce vicende che possono essere considerate un’anticipazione di ciò che oggi chiamiamo psichiatria di comunità, cioè la costruzione di reti e protocolli d’intesa tra i diversi attori della società per dare ai malati la possibilità di tenere in vita le proprie capacità e potenzialità attraverso, per esempio, i rapporti affettivi, sociali e di lavoro. Se opportunamente difese e valorizzate, queste possono influenzare positivamente l’evolversi della malattia. È questo il valore del progetto Lavoro e Psiche, all’interno del quale la mostra allestita allo Spazio Viterbi di Bergamo prende senso e forma, progetto che ha anche il merito di aver capito quanto sia importante sensibilizzare i cittadini ad accettare i malati psichiatrici come lavoratori affidabili, superando i pregiudizi e lo stigma che, oggi come ieri, sembra essere l’ostacolo maggiore alla cura e al reinserimento sociale dei pazienti psichiatrici.

I percorsi di cura e di vita vissuta rappresentati nella mostra hanno fatto emergere l’importanza della relazione umana e degli affetti in ogni atto di cura, relazione che deve sempre motivare chi lavora nella sanità e nelle professioni di aiuto. Nel lavoro sanitario, infatti, è sempre presente, accanto alla competenza professionale, una tensione umana che ci lega al malato come persona ed è questa forza che ci deve motivare a spendere tutte le nostre energie per curare e per guarire. In ambito psichiatrico, in particolare, la relazione rappresenta il primo fattore terapeutico e le risorse umane sono il primo strumento di cura, come il bisturi lo è per il chirurgo.

In secondo luogo in psichiatria curare con competenza e umanità significa anche incontrare e rispettare l’altro, non solo come malato, ma anche come persona e come cittadino. Un soggetto portatore di diritti a tutti gli effetti, a partire da quello di non essere emarginato e di essere partecipe a pieno titolo della vita sociale. I servizi psichiatrici sono chiamati dunque a lavorare affinché questi diritti siano rispettati, perché il malato continui nonostante tutto a mantenere una qualità della vita migliore possibile e un’integrazione sociale soddisfacente.

Sappiamo infine che in psichiatria le patologie sono spesso lunghe e complesse. Originano nella persona che ne è colpita, ma anche nel mondo di relazioni che la circonda, ed è spesso lì che occorre intervenire per la cura. L’epoca dei manicomi è stata, tra l’altro, l’epoca delle concentrazioni dei pazienti e del loro allontanamento dai territori d’origine, ai quali diveniva poi molto difficile restituirli. Oggi invece, in tutto il nostro paese, il malato viene curato sul territorio: nei CPS, nei Centri Diurni, nelle comunità, negli ospedali generali, ma soprattutto là dove il paziente vive e lavora, nel suo contesto naturale.

L’organizzazione voluta dalla Lombardia con la legge 31/97 ha restituito gli ammalati psichici ai loro pieni diritti di cittadinanza nei rapporti con il sistema sanitario, definendo il principio che la cura dovesse svolgersi nel territorio di appartenenza, e con il pieno utilizzo delle reti sociali presenti in questo territorio.

A volte però è il territorio stesso che fa soffrire il malato, perché gli chiede troppo, perché lo esclude e perché non sembra rispondere adeguatamente alle sue necessità. Dunque non si tratta solo di curare e sostenere il malato sul territorio, nel suo contesto naturale, ma anche di fare in modo che sia sostenuto dal suo contesto naturale.

Obiettivo raggiungibile solo fornendo delle risposte che diano ai malati, ma anche a chi sta loro vicino, la sensazione di non essere lasciati soli con la propria sofferenza. Per gli operatori e per i servizi questo significa dare un senso al proprio operare, un senso che va al di là della cura del singolo malato, e che va verso una cultura della salute, del benessere, della solidarietà e della integrazione.

Carlo Nicora

Direttore Generale Ospedali Riuniti di Bergamo

La mostra *Transiti Inceppati*. Vicende di concittadini poco visti si inserisce in una delle articolazioni del Progetto Locale relativo alla iniziativa *Lavoro&Psiche*, progetto finanziato dalla Fondazione Cariplo, che vede come capofila l'ASL della provincia di Bergamo e che ha l'obiettivo di facilitare l'inserimento lavorativo di malati psichici anche attraverso iniziative rivolte alla comunità locale.

Il percorso della mostra permette di osservare le interazioni tra il manicomio di Bergamo e le famiglie, i Comuni di residenza degli ospiti, uomini e donne, e le varie Istituzioni, restituendo un interessante spaccato della vita di quel luogo di cura, con testimonianze estratte dalle cartelle cliniche che vanno dalla fine del 1800 ai primi anni '70 del secolo scorso, allorché la legge 180 del 1978 decretò a livello nazionale la chiusura degli Ospedali Psichiatrici.

Va rilevato che per la maggior parte dei cittadini bergamaschi l'Ospedale Psichiatrico di Via Borgo Palazzo n. 130 difficilmente viene ricondotto al contesto cittadino di Bergamo, nella accezione comune viene menzionato come il "manicomio di Seriate", quasi come un bisogno di allontanare la malattia mentale verso la periferia della città, verso la periferia della mente, forse per allontanare in un arcipelago distante il luogo di cura con le sue isole (i reparti/padiglioni effettivamente erano denominati con la toponomastica geografica del territorio provinciale: Padiglione Isola, Padiglione Valle Brembana ...) dove si trovavano i malati e il personale medico, perché l'équipe curante viveva nelle costruzioni antistanti i vari padiglioni manicomiali. Nel corso di quasi un secolo è stato difficile e arduo collegare l'arcipelago del manicomio con gli altri arcipelaghi della nostra società.

Nel corso degli anni la comunicazione, "i battelli", dei media, costituita dalla pittura, dalla fotografia, dalla letteratura, dai giornali, dalla televisione rimandavano un'immagine della malattia mentale sulla quale si costruiva l'immaginario collettivo, anche influenzando la comunicazione e la pratica psichiatrica.

Le cartelle cliniche ed i vari documenti esposti nella mostra permettono di prendere contatto con le vicende lunghe e dolorose in cui si ritrovano i collegamenti tra ospedale e quadro sociale, connotati dalla mancanza di cibo in un contesto economico di povertà, dalla correlazione con le guerre, dall'eccesso alcolico come risposta alle grandi e complesse difficoltà esistenziali, con le intricate relazioni familiari dei pazienti ed i rapporti tra la famiglia ed il manicomio, l'assenza di lavoro o le traversie del mondo lavorativo, il bisogno ed il desiderio naufragato di essere un altro soggetto rispetto alla propria condizione esistenziale, i documenti delle trepide corrispondenze tra i pazienti e le famiglie, tra le famiglie e l'istituzione manicomiale, tra le amministrazioni comunali o la Prefettura e l'ospedale.

Franco Basaglia in uno scritto si esprimeva in questo modo verso la malattia mentale: "Io ho detto che non so cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. E' una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione...Il manicomio ha la sua ragione di essere perché fa diventare razionale l'irrazionale. Quando qualcuno è folle ed entra in un manicomio, smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato." (Conferenze brasiliane, 1979)

Mara Azzi

Direttore Generale ASL della provincia di Bergamo

Il documento programmatico pluriennale dell'Area Servizi alla Persona di Fondazione Cariplo considera prioritario sperimentare soluzioni innovative per favorire l'inclusione sociale e l'accesso al lavoro di persone svantaggiate, in particolare disabili psichici o soggetti in trattamento psichiatrico, i meno tutelati e presenti nel mercato del lavoro.

Per questo motivo la Fondazione, in collaborazione con la Regione Lombardia, promuove e sostiene il Progetto Lavoro&Psiche, che intende sperimentare, validare e diffondere un nuovo approccio all'integrazione lavorativa di persone affette da disturbi psichiatrici.

In Regione Lombardia gli utenti in contatto con i servizi psichiatrici sono oltre 110.000, e di questi circa il 25% soffre di un disturbo psichiatrico grave, che è spesso causa di isolamento e di esclusione sociale; malgrado l'acquisizione di consapevolezza da parte delle istituzioni pubbliche della rilevanza del problema, la recente normativa favorevole e l'avvio di alcune buone esperienze di integrazione, uno degli aspetti più problematici è costituito dalla mancanza di opportunità lavorative. Tale situazione è dovuta ad un complesso di fattori, tra i quali le difficoltà oggettive legate alle caratteristiche della patologia, lo stigma sociale connesso alla malattia mentale, e l'assenza di integrazione tra i diversi servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, che faticano a trovare risposte personalizzate e multidimensionali per i bisogni complessi dei pazienti psichiatrici.

Il progetto Lavoro&Psiche si svolge nei quattro Organismi di Coordinamento per la Salute Mentale delle Asl di Milano 1, Bergamo, Sondrio e Como e coinvolge più di 300 pazienti psichiatrici, accompagnati nelle reti dei servizi sociali e di inserimento lavorativo da 15 Coach, operatori qualificati che, insieme alle équipes curanti, pianificano e attivano tutti gli interventi funzionali a percorsi di integrazione socio-lavorativa volti a facilitare l'ingresso e la tenuta nel mondo del lavoro. Elemento qualificante del progetto è il disegno di valutazione che, mediante l'utilizzo di una metodologia rigorosa (lo studio controllato randomizzato), misurerà gli effetti dell'intervento sulla condizione lavorativa e sullo stato di benessere complessivo dei pazienti psichiatrici coinvolti. Se Lavoro&Psiche conseguirà risultati significativi, sarà consegnato al "policy maker", che potrà valutare se orientare secondo il modello sperimentato le politiche del lavoro per le persone con disturbi psichici in Regione Lombardia.

All'interno degli organismi di coordinamento per la salute mentale sono stati realizzati Tavoli Tecnici dedicati, composti dai referenti di tutti gli enti e i servizi pubblici e privati preposti a pianificare e realizzare le politiche socio-lavorative territoriali a favore dei disabili psichici, ed è in questo ambito che sono stati avviati interventi di sensibilizzazione e lotta allo stigma, che rappresenta la prima barriera da abbattere per avviare virtuosi processi di inclusione sociale.

La mostra "Transiti Inceppati", organizzata dal Tavolo Tecnico di Bergamo nell'ambito del progetto Lavoro&Psiche, racconta, a partire dalle cartelle cliniche dell'archivio storico dell'Ospedale Psichiatrico, le vicende di uomini e donne che hanno vissuto la malattia e, allo tempo stesso, le difficoltà della collettività e delle istituzioni a prendersene cura in modo appropriato e consapevole. Attraverso le storie dei suoi concittadini, la città di Bergamo ripercorre il proprio passato, in una rappresentazione che descrive una società che si evolve nel tempo sino a far emergere l'assoluta necessità di una psichiatria di comunità, in cui tutti gli attori operino alla costruzione di reti di integrazione sociale, sapendo che i pazienti psichiatrici possono essere parte della cosiddetta "normalità".

La Fondazione Cariplo ha accolto con grande interesse un intervento di questo tipo, in grado di incidere sui percorsi culturali delle nostre comunità e di dare un importante contributo educativo a favore dell'inclusione di chi ancora si trova in uno spazio sospeso ai margini delle nostre società.

Ringrazio quindi il Tavolo Tecnico di Bergamo, in particolare il Professor Rabboni, curatore della mostra, per aver realizzato questo volume che, partendo dal passato, invita ad un costante e rinnovato impegno per un futuro fatto di accoglienza, integrazione e solidarietà.

Filippo Petrolati

Responsabile del Progetto Lavoro&Psiche

Storie di vita, storie di un'epoca in cui essere diverso poteva essere pericoloso. Così si può, in poche parole, riassumere la mostra degli Ospedali Riuniti di Bergamo che porta alla luce documenti, cartelle e spaccati di vita degli "anormali", persone semplici e complicate allo stesso tempo che, in un mondo rigido e poco tollerante, raramente venivano lasciate a manifestare la propria personalità fuori dalle righe. Accanto a persone malate troviamo anche tanti disgraziati sfortunati di essere rimasti da soli, senza lavoro, senza parenti oppure travolti da qualche disavventura, che si ritrovano intrappolati in un mondo parallelo che funziona con regole proprie, spesso non comprese, violente e traumatizzanti. Storie di vita in un legame indissolubile con l'ospedale – persone che, anche dimesse, non riuscivano a reintegrarsi in una società che li rifiutava, in una società che chiedeva troppo, e nonostante tutto tornavano nell'unico ambiente "familiare" che conoscevano.

Il processo di de-istituzionalizzazione avviato da Basaglia ha rivoluzionato il mondo delle malattie mentali e ha dato avvio allo sviluppo sul territorio di una rete di servizi per la salute e per il sociale. Un tassello fondamentale di questa riorganizzazione è stato il discorso sul reinserimento socio-lavorativo di pazienti che hanno concluso positivamente il loro percorso di riabilitazione.

Per tanti anni queste tematiche sono state avvolte nei pregiudizi e nella paura nati dalla poca conoscenza della realtà e ostacolate dall'emarginazione causata da remore rispetto ad un possibile reale recupero delle persone interessate.

I documenti esposti, provenienti dai fondi archivistici dell'Ospedale Psichiatrico di Bergamo, consentono di curiosare da un lato, nella vita di un'istituzione particolarmente importante nell'epoca, e dall'altro, nella vita sofferta e tormentata di persone incomprese e torturate da un sistema che non ascoltava, non capiva, non voleva accogliere.

Conoscere i dettagli delle vite di chi ci lavorava, dei legami creati con i familiari, con i pazienti ed il modo in cui venivano gestite le realtà che circondavano questo mondo particolare ci permette di avere un atteggiamento più consapevole riguardo i malesseri di persone fragili e disagiate. Inoltre, permette di diffondere una sensibilità più moderna, più aperta e più attenta al mondo che ci circonda, a chi condivide la vita insieme a noi e a chi magari la percepisce in modo diverso, ma non per questo meno intenso.

La mostra rappresenta un'importante testimonianza con valenze sociali, sanitarie, ma soprattutto umane, che si inserisce in un percorso profondamente condiviso dalle Politiche Sociali del Comune di Bergamo, della Provincia, dall'ASL e dagli Ospedali Riuniti in merito ad un nuovo tipo di approccio alla salute mentale. Un percorso che vede sempre più al centro della riflessione la persona portatrice di diritti e di potenzialità umane spesso insondabili ma non per questo meno legittime.

Grazie a chi ha pensato e poi lavorato per questa mostra. Grazie a chi l'ha resa possibile. Grazie al prof. Rabboni e a tutti i suoi collaboratori.

Leonio Callioni

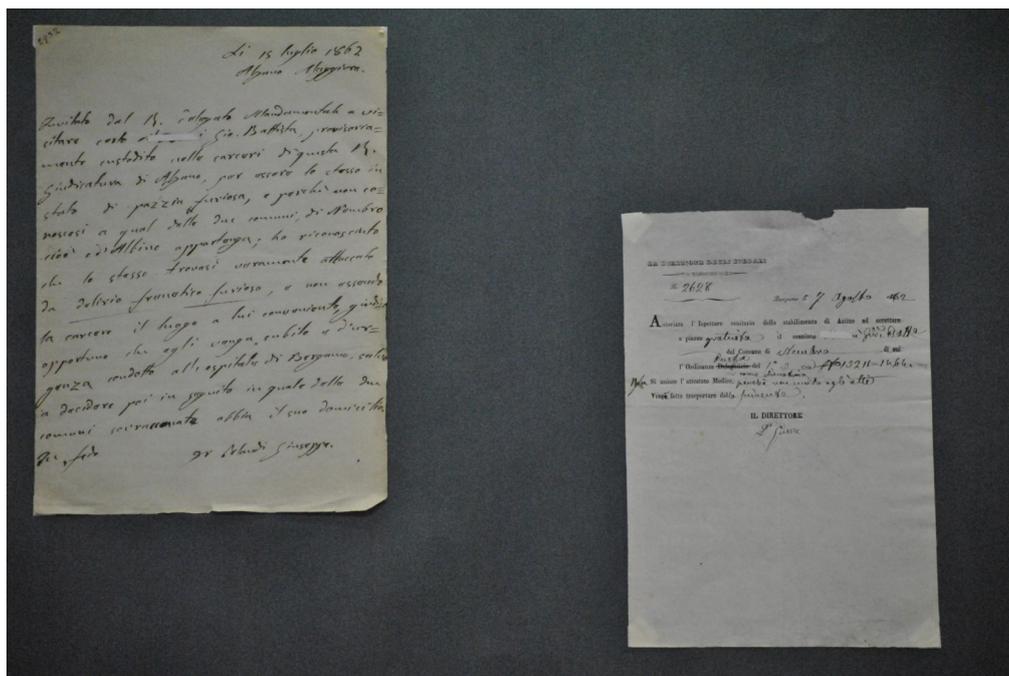
Assessore Politiche sociali – Pari opportunità
Comune di Bergamo

Introduzione

Questa prima, esplorativa e preliminare esposizione dell'ingente materiale archivistico dell'ex Ospedale Psichiatrico di (Bergamo) vuole proporre alla cittadinanza un primo sguardo sul materiale stesso, materiale che restituisce uno spaccato di come si viveva fra la fine dell'800 e i primi anni '70 del '900, poco prima della chiusura dei manicomi voluta dalla legge 180/78 .

Come si viveva in città e provincia: infatti leggere le cartelle cliniche di donne e uomini che si sono avvicinati, più o meno volontariamente, fra le mura dell'ex Ospedale Psichiatrico, non restituisce solo l'evolversi della psichiatria, il cambiamento di sguardo e di trattamento di tipo medico di chi soffriva

mentale, ma restituisce, e qui sta il nucleo dell'esposizione, le corrispondenze, i legami, le relazioni fra un luogo (o meglio "un non luogo" per definizione) come il manicomio, cintato, murato e isolato, e il suo intorno; corrispondenze, legami, relazioni, vicinanze a volte sottili, quasi nascoste, altre volte visibili, dichiarate e socialmente molto normate e definite al punto da poter dire che il manicomio, nel suo apparente isolamento, molto recepiva, accoglieva, parava e riparava a quanto accadeva nella "città dei



A.1 La carriera di un malato

Il 14 Luglio 1862 il dott. Giuseppe Velardi viene invitato a visitare un uomo di 49 anni, nato ad Albino, ma residente a Nembro, di nome Giovanni Battista (meglio Giobatta), contadino di condizione, che si trova rinchiuso in carcere perché "in stato di pazzia furiosa".

Il medico ritiene che l'uomo sia "veramente attaccato da delirio frenetico furioso" e debba quindi essere tolto dal carcere e condotto all'Ospedale di Bergamo.

C'è però un problema: il paziente non potrà essere ricoverato in manicomio, se non si chiarisce in quale Comune sia residente, Albino o Nembro, e quale dei due municipi debba quindi assumersi l'onere della degenza.

Scriva il dott. Velardi che è anche a causa di questa diatriba (che si ritroverà più volte in seguito, fino anche ai giorni nostri) che Giobatta è finito in carcere, anziché in Ospedale.

E' solo il 30 di agosto che l'uomo entra nel manicomio di Astino, a carico del Comune di Nembro.

normali", che spesso, come si evince dalla biografia degli ex pazienti, avevano abitudini di base non molto diverse da questi.

Leggere le cartelle ha reso evidente non solo che questi rapporti esistevano, ma che erano continui, diversamente collocati e agiti, spesso conflittuali e non sempre finalizzati, da parte del manicomio, a trattenere i pazienti a cui non poteva dare alternative se non dei ritorni a casa e qualche aiuto per non ritornare un'altra volta indietro...

Quindi isolato sì, ma non alieno dalla normalità del vivere corrente, il manicomio accoglieva spesso persone non dissimili e non lontano, per nulla "aliene" dal modo corrente di vivere il tempo della città (comune, enti di assistenza, luoghi di cura, luoghi di lavoro e di incontro sociale). Credere il vivere di un paziente psichicamente sofferente "alieno" al vivere corrente è ancora oggi diffuso e radicato fra le strade della città, rendendo difficile un ritorno, quasi sempre invece possibile, a prossimità operee accanto ai "nomali".

Città, per altro, i cui assetti, i cui modi di vivere, le cui abitudini alimentari, igieniche, i cui rapporti familiari, di genere, le cui concezioni di buon costume, di sessualità, di buona condotta morale, di conforme comportamento politico (*questi sono tutti i temi rintracciabili nelle cartelle, ma per ovvi motivi non del tutto trattati e volutamente, in alcuni casi, accennati*) non poche volte - allora come ora - possono essere le concause certamente rilevanti della sofferenza psichica. Sofferenza psichica che poi non viene letta ora e non veniva letta allora, anche come esito in parte (o in alcuni casi del tutto) del modo di porsi, di comportarsi e di collocarsi dei normali sia fra di loro, sia con la sofferenza degli altri, accanto a loro, sia con quella che essi stessi possono suscitare, alimentare e coltivare. Sofferenza che non poche volte, infatti, i normali possono sollecitare o favorire proiettandola all'esterno, in una persona destinata poi, e ancora oggi questo pensiero persiste, a raggiungere ed essere ospitata in un luogo ben chiuso e segregato; in questo processo di negazione, "i normali", non poche volte congiunti e vicini a chi soffre, possono non riconoscersi come compartecipi, forse cause di sofferenze ed esclusione dalla vita sociale; esclusione che parte spesso dalla perdita di lavoro o dalla non offerta di un lavoro.

Quindi si rintraccia, pur con tutti i limiti e le storture che si sono riferite al manicomio (limiti e storture oggi ampiamente discusse e superate) il fatto che il manicomio è stato la testimonianza concreta, architettonicamente visibile del fatto che i "sofferenti" dovessero essere tenuti a distanza e che bisognasse, come normali, "non averci a che fare", mettendoli in una condizione di immediata rottura o di continue rotture dei legami sociali; è come se il manicomio avesse assunto e quindi espresso una - neanche tanto implicita e silente - volontà pubblica e civile di confinare e di allontanare gli "inadatti"; a volte solo per un episodio, per un transito biografico, altre per ripetute vicende dolorose. Tenuti così lontani da renderli o da vederli subito, come spesso si legge al di là del linguaggio tecnico, "incompetenti".

Confinati e allontanati, fra tensioni di accoglienza, come dimostrano i diversi comportamenti delle famiglie e tentativi di segregazione perpetua come dimostrano gli interventi di diversi attori e agenzie sociali. Eppure la normalità di ogni giorno, un corrente giorno di vita quotidiana, i modi di vivere della popolazione che circondava e circonda i malati, così diversi non sono da questi, non sono così lontani i normali da "chi soffre". Forse gli uni sono l'alter ego degli altri, l'ombra. Forse ci dovremo sempre ricordare che la sofferenza o la malattia ci pertiene, come soggetti singoli e/o comunitari o sociali.

Quindi, se è pur vero e indiscutibile che il manicomio, come altri luoghi di internamento di persone "deficitarie" (brefotrofi, orfanotrofi, grandi istituzioni per disabili) da una parte è stato voluto, normato e socialmente concepito come luogo altro, distante e ben chiuso e murato come a difendere il corpo sociale, con tutti i rischi e le effettive derive di situazione degradate e degradanti la dignità umana tipiche di istituzioni reclusorie, dall'altra parte il manicomio, pur racchiudendo, ha, come ci dimostrano le cartelle, non poche volte avuto contatti, contaminazioni felici, spunti di intervento clinico nonché confronti con la società civile e infine anche aperto contraddizioni e sollecitato risposte, come quella fondamentale relativa alla ricostruzione di una soggettività, di una possibile ricollocazione o collocazione lavorativa di persone certamente con abilità e competenze, seppure in quelle condizioni di povertà e di analfabetismo che hanno caratterizzato largamente tutta l'Italia fino al secondo dopoguerra.

Il manicomio si trovava come solo e privo di alternative da dare, costretto quindi a fare continuamente i conti con stesso in un circuito chiuso e non evolutivo.

Eppure, in questo suo operare senza sbocchi socialmente voluti e dichiarati, forse ha anche tenuto in vita e in parte protetto non pochi soggetti disperati per i quali non c'era, ahimé, nulla al di fuori di un ricovero a volte coatto, a volte richiesto delle famiglie e/o dai vicini, altre forse voluto e procurato da chi era (ed è, oggi?) senza risorse materiali e affettive per vivere dignitosamente. Nello sfogliare le cartelle cliniche si incontrano poveri, miserabili, senza tetto e senza lavoro, nati da famiglie già molto compromesse e fragili, nati essi stessi fragili e in pericolo, cagionevoli di salute, orfani, a volte esposti, celibi senza affetti, vedove precoci, donne sovraccariche di maternità e lavoro domestico. Non solo, certamente: ci sono possidenti, segretari comunali, numerose tipologie di artigiani del tutto coerenti ai tempi, contadini, allevatori maestri, ma la maggioranza sono esseri nati, tenuti o costretti o portati ai margini o che scivolano ai margini, perché

senza alcun appoggio e ricovero, se non quello del manicomio, luogo contraddittorio e doloroso; testimonianza questa di una disponibilità all'aiuto non maggiore di quella presente oggi. Non ci sono mai stati tempi di grande partecipazione e compassione attiva al dolore altrui.

Va quindi aperta una pista di ricerca per rendere visibile questo dialogo, confronto e anche rispecchiamento fra il manicomio ed il contesto sociale che gli era intorno (abitudini di vita quotidiana, modi e forme del lavoro, contaminazioni o aperture alle dimensioni culturali) a dimostrazione che, pur chiuso, il manicomio faceva proprie ed elaborava dimensioni del contesto sociale così come il contesto sociale colloquiava, sia pur silenziosamente, col manicomio.

Rispecchiamento, e andirivieni, che nascevano anche dal fatto che davvero sottile era il confine tra i comportamenti di chi andava poi in manicomio, e di chi non ci andava. L'uno e l'altro mangiavano solo o troppa polenta senza alcuna proteina, l'uno e l'altro bevevano spesso, tanto, troppo: poteva essere quasi un caso che per uno si aprissero le porte del manicomio, e che l'altro rimanesse nel suo luogo di vita.

C'è sempre quindi stato un andirivieni, a volte non lineare, fra il dentro e il fuori, e su più livelli e ambiti. Se questo dialogare segreto, questo interfacciarsi si inceppava, allora la sofferenza psichica poteva radicarsi, e strutturarsi per davvero, anche a fronte del fallimento dei tentativi (non pochi) del manicomio di riportare, restituire e ricollocare le persone che internava nei loro luoghi di provenienza; luoghi – e persone – da cui spesso arrivavano risposte negative, attendiste, tangenziali o di esplicito rifiuto.

Spesso questo oscillare fra “un dentro e un fuori” si cristallizzava “in un dentro definitivo che devitalizzava” i pazienti (*che rispondevano sempre meno, che si ritiravano, che andavano, con il tempo, a farsi fantasmi di ciò che erano stati o che avrebbero voluto essere*); eppure non poche volte il paziente, non ancora cronico, sarebbe potuto tornare “nel fuori” a fare quello che sapeva fare prima: anche dopo uno o più ricoveri, poteva tornare “abile” e “competente”!

È questo andirivieni dei pazienti fra istituzioni, che non poche volte se li rinviavano reciprocamente, che probabilmente incitava e sempre più spesso la sofferenza e la malattia.

Per questo, c'è un filo rosso che attraversa tutta l'esposizione; un filo rosso che chiameremmo “Oltre il manicomio, difficili ritorni” che è dedicata proprio alle tensioni, o ai conflitti veri e propri, tra il manicomio (o meglio, tra la possibilità del manicomio di dimettere o di non ammettere) e le famiglie, i Comuni, gli amici, i luoghi di lavoro che avrebbero dovuto riaccogliere.

Ci sembra per altro importante portare alla luce questa ricerca di corrispondenze a volte difficili tra istituzioni, perché ciò cui è stata chiamata la psichiatria post manicomiali è invece ciò che si può recuperare nelle vicende di alcuni ex pazienti. Vicende che hanno anticipato ciò che oggi si chiama “psichiatria di comunità”, ovvero la costruzione di reti e collegamenti e connessioni con relativi protocolli di intesa affinché, pur nei diversi punti di vista e nelle reciproche resistenze potesse essere possibile pensare che c'è molta più continuità, contiguità e prossimità fra chi è stato dichiarato o pensato in salute e chi è stato pensato o dichiarato in “non salute”.

Corrispondenze che ci rammentano che l'eventuale parte malata (o malattia) che può colpire ognuno di noi non copre e non mortifica per definizione capacità, potenzialità e tensioni di vita: non è impedito di lavorare, di avere rapporti sociali, affettivi e amorosi, di creare: certamente a chi malato non è, ma neanche a chi è dichiarato (o si sente) malato.

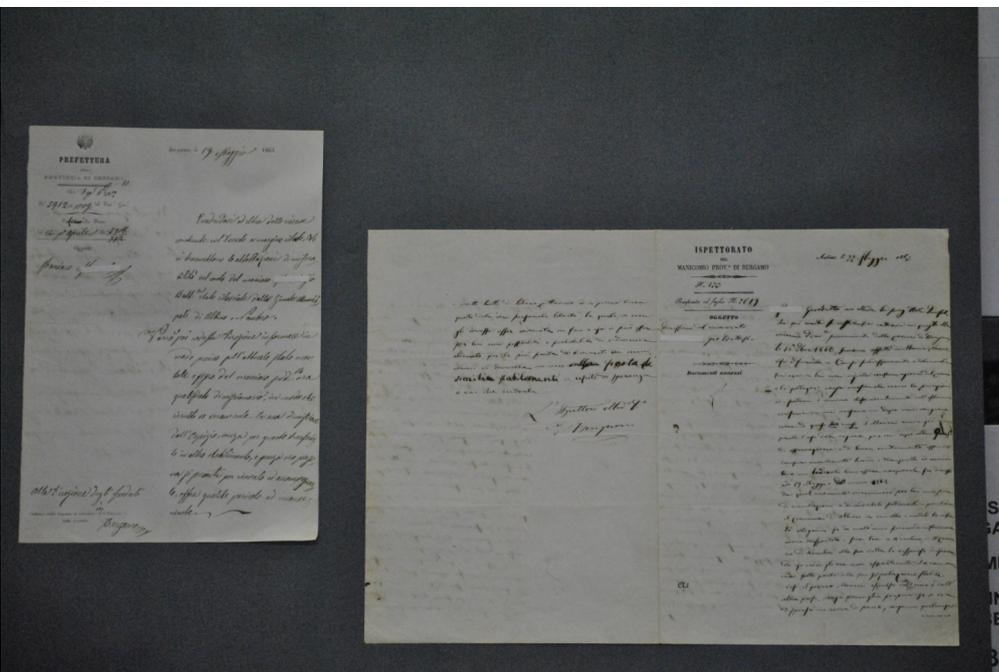
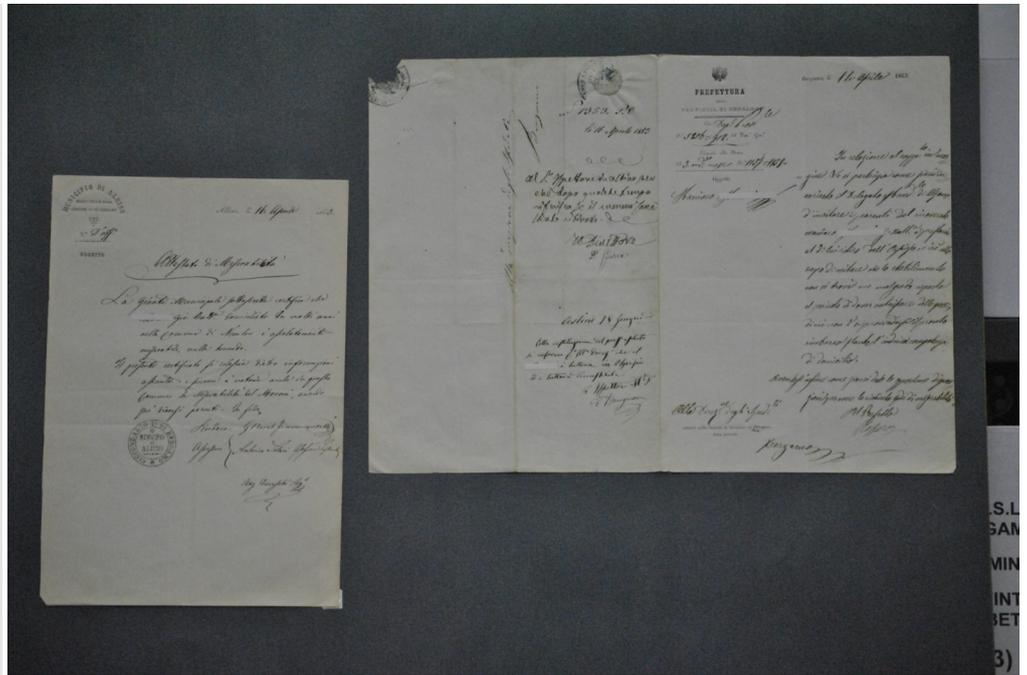
Non solo è possibile convivere con la malattia, ma è possibile vedere e dare valore a ciò che la malattia non tocca e non intacca, dando senso e possibilità alle relazioni ed alle vicinanze piuttosto che alle differenze ed alle separazioni; e ciò che non è intaccato dalla malattia, se coltivato e tenuto in vita in contesti di vita quotidiana mediamente funzionanti (dalla famiglia al lavoro), può assolutamente influenzare, positivamente, l'evolversi positivo della parte malata.

A. 2 Ci riesce, forse solo perché il suo Comune di origine, Albino, cui questo competeva, gli rilascia la “Fede di miserabilità”, in forza della quale il costo della sua degenza viene però posto a carico del Comune di residenza (Nembro).

La data del documento è tarda, nella vicenda dell'uomo; possiamo immaginare le non poche diatribe intercorse tra le due amministrazioni.

Contestualmente, però, risulta che il nostro, dopo circa 11 mesi di permanenza in manicomio, stia bene: in parte per le cure, in parte forse per l'evoluzione naturale della malattia, che ha carattere ciclico.

La sua dimissione pare però essere resa molto difficile dal fatto che nessuno è disponibile, tra i suoi, ad andarlo a “ritirare”. Interviene, con una sua nota, il Prefetto di Bergamo, che chiede di: “...invitare i parenti del ricoverato maniac omissis G. Batt. a prepararsi al di lui ritiro dall'ospizio...”



mente perché nessuno viene a prenderselo.

Anche allora, le procedure per l'ammissione ai servizi di cura erano meticolosamente tratteggiate e descritte, quelle per la dimissione assai più vaghe.

Al termine del testo, sconsolato, l'Ispettore si abbandona ad una considerazione di carattere generale, notando che, se fosse sempre così, “si dovrebbe scrivere sulla porta di simili stabilimenti [i Manicomi]: uscite di speranza o voi che entrate”.

A. 3

Evidentemente, però, la richiesta del Prefetto, non sappiamo se specificamente allertato su questo caso per qualche motivo particolare, o nell'ambito del suo essere un corretto funzionario del Regno, resta senza esito, tanto che il 19 Maggio egli è costretto a reiterare la sua richiesta che Giobatta venga dimesso.

L'Ispettore del manicomio provinciale di Bergamo ne descrive, in una lunga relazione datata 22 maggio 1863, il miglioramento, ma nota anche che risulta impossibile dimmetterlo, semplice-

A. 4

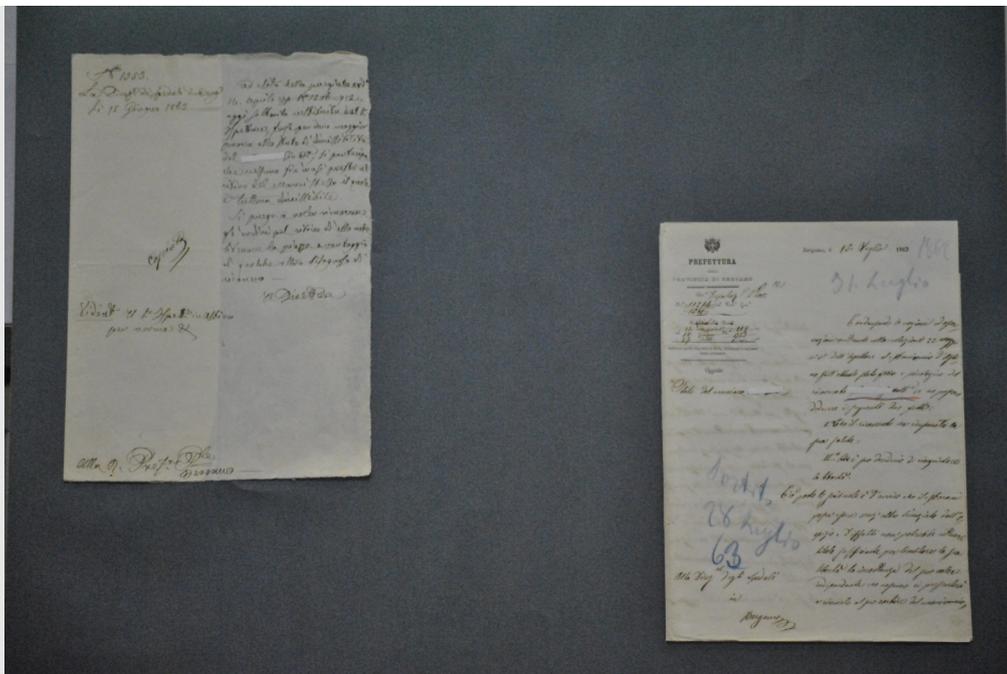
Trovare una soluzione è evidentemente complesso. Alla lettera dell'Ispettore aveva già risposto il Direttore del manicomio, scrivendo che, in realtà, nessuno si era reso disponibile "...al ritiro del omissis stesso, il quale è tutt'ora dimissibile. Si prega di voler rinnovare gli ordini per il ritiro..."

Occorre un ulteriore Intervento diretto del Prefetto di Bergamo, che scrive al Direttore del manicomio con articolate considerazioni anche legali, perché si torni a pensare realisticamente alla dimissione del nostro. Continuiamo a ignorare se tanto interesse sia solo per dovere, o se il Prefetto agisca nel contesto di una situazione più articolata di rapporti tra il suo ufficio, il manicomio, i Comuni coinvolti.

Il Prefetto osserva che: "... I. che il ricoverato ha recuperato la sua salute; II che è suo desiderio di riacquistare la libertà. Ciò posto, lo scrivente è d'avviso che il omissis possa essere senz'altro licenziato dall'Ospizio..."

Non abbiamo ulteriori notizie della vicenda. Soltanto, sull'ultima lettera del Prefetto, una nota in lapis blu dice: "Sortito 28 luglio 63".

Esito, non sappiamo quanto felice, della vicenda di un episodio di malattia e della sua guarigione

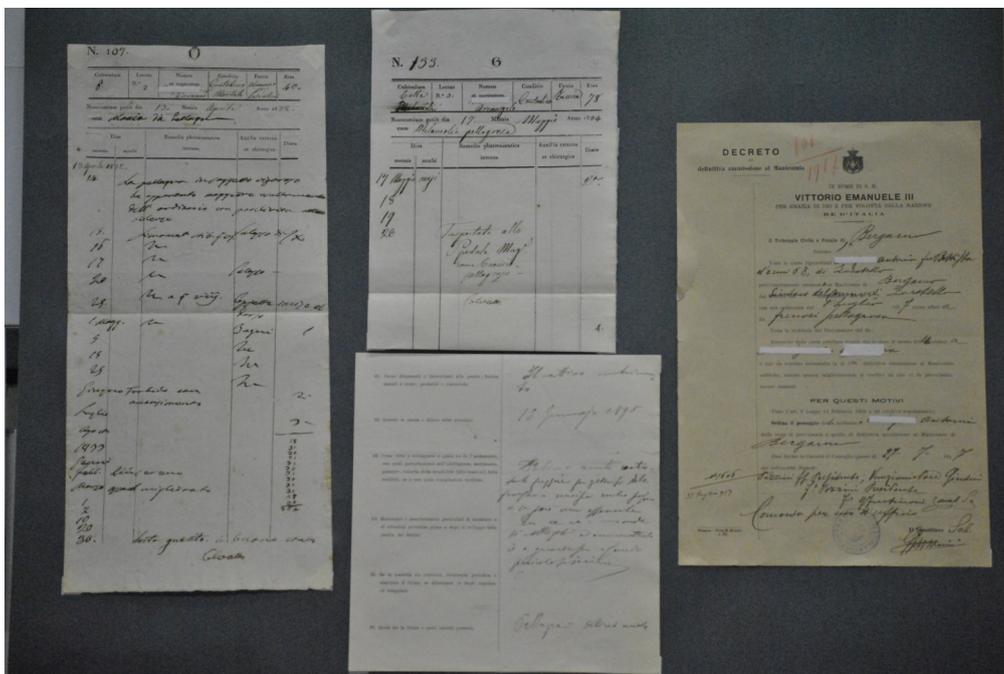


1. Mangiar polenta

- un'alimentazione povera e da poveri -

Quasi tutte le prime cartelle che risalgono ai primi decenni dell'800 danno conto di diagnosi psichiatriche legate alla pellagra*, a volte anche a dichiarata denutrizione o malnutrizione che colpiva, pare indistintamente, uomini e donne, se non fosse che c'è una linea che conduce a pensare che le donne potessero soffrirne in modo più significativo. Spesso nelle anamnesi si parla di madri in difficoltà di salute già prima del parto o di difficoltà sopravvenute poi; con il tempo pare poi rimanere, in prevalenza, una linea più femminile, spostandosi per gli uomini le cause del malessere psichico maggiormente sul bere.

Il circuito denutrizione e povertà – spesso come si anticipava in apertura lo stato sociale dei pazienti era dichiarato di povero, miserabile, in qualche caso accattone – è, come gli altri, di non poca complessità. Si apre una domanda che ha che vedere con le questioni fondamentali della psichiatria e del suo esser incardinata in ambito medico con una specifica declinazione culturale. Bisognerebbe chiedersi quanto è la denutrizione (dovuta alla povertà) che “indebolisce”, “sfibra”, “rende vulnerabili”, o ancora – seguendo le cartelle – agitati, come inebetiti, incompetenti, indolenti o agitati e reattivi e quindi facilmente ammalabili o dichiarati ammalati sia su un registro fisico sia su quello psicofisico sia su quello meramente o solo neurologico e psichiatrico perché troppo “deboli” per rispondere agli eventi della vita; di vite sul filo della sopravvivenza che si snodavano in contesti sia materiali sia relazionali di estrema difficoltà e durezza. Ma anche chiedersi quanto la povertà (da cui deriva la denutrizione) espone a vissuti, ad esperienze, a momenti di vita, a passaggi biografici che non sono affrontabili per scarsità assoluta di mezzi sia economici (in molti casi), sia emotivi, affettivi e relazionali (in pochi casi!) aprendo così alla malattia come possibilità di



Infine un caso di frenosi pellagrosa, a seguito del quale viene ordinata l'ammissione definitiva al manicomio di Bergamo con ordinanza del Tribunale di Bergamo del 27 Luglio 1917.

1.1 La pellagra, come si legge, è una delle ripetute cause di malattie che portano alle ammissioni definitive nel manicomio di Bergamo come nei casi esposti; dal 1832 fino ai primi decenni del '900 i casi di sofferenza psichica legati alla pellagra si susseguono in modo stabile e continuo.

Si parla di:

- mania da pellagra con una terapia a base di limonata;
- cronico pellagroso che lascia il manicomio destinato all'Ospedale Maggiore perché divenuto cronico;
- frenosi pellagrosa in cui viene evidenziata come causa predisponente il "cattivo nutrimento".

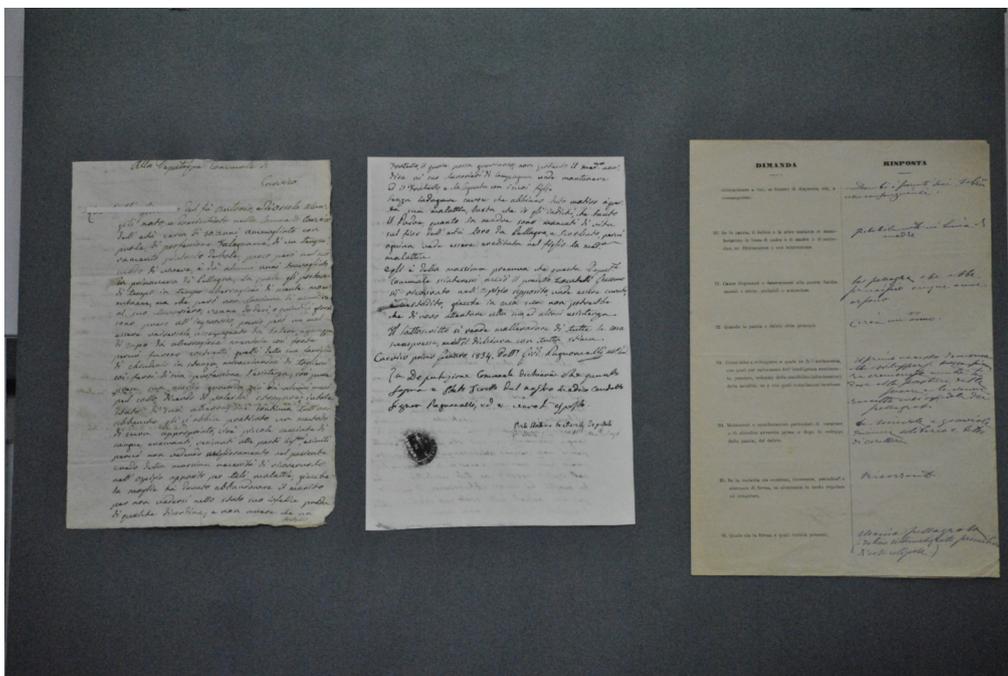
scampo in presenza di una variabile, il tipo di alimentazione, che poteva dare ben adito al venire meno della propria soggettività.

L'incrocio denutrizione, povertà e disposizione e/o facilità ad ammalarsi rendono conto di un mondo in cui il soggetto era mortificato, nelle sue istanze vitali, fin dalla nascita in un orizzonte di impossibilità a "sentirsi" e a "vivere" il proprio corpo e quindi se stesso come in grado di rispondere a..., di farsi carico appieno degli impegni vitali. Già stanchi i pazienti! Nati stanchi da famiglie che erano "tarate", toccate da questa linea di indebolimento che colpiva madri, padri e figli in una sorta di fatale impossibilità ad uscirne.

C'è quindi un orizzonte di scarsità endemica di risorse che rende disperata e disperante la possibilità di sentirsi in salute: di sentirsi sani, anche se si è capaci e in grado di iniziare una vita così come è testimoniato da matrimoni, paternità e maternità e vicende di mobilità e di attitudini lavorative che poi naufragavano in questa assenza, gravemente lesiva, della possibilità di farcela fisicamente. Cedimenti quindi che si trasformano in malattie che sono fuga, rifiuto, disperazione e perdite e di controllo con grave compromissione della possibilità e del desiderio di mantenersi vigili a se stessi e al mondo. È così che si incontrano una serie molto consistente di persone mutilate e gravemente intaccate nella possibilità stessa di poter avere, rispetto alle proprie forze fisiche, corporee (cosa di non poco conto nella costruzione dell'identità e della propria presenza sulla scena del mondo), l'idea di potercela fare.

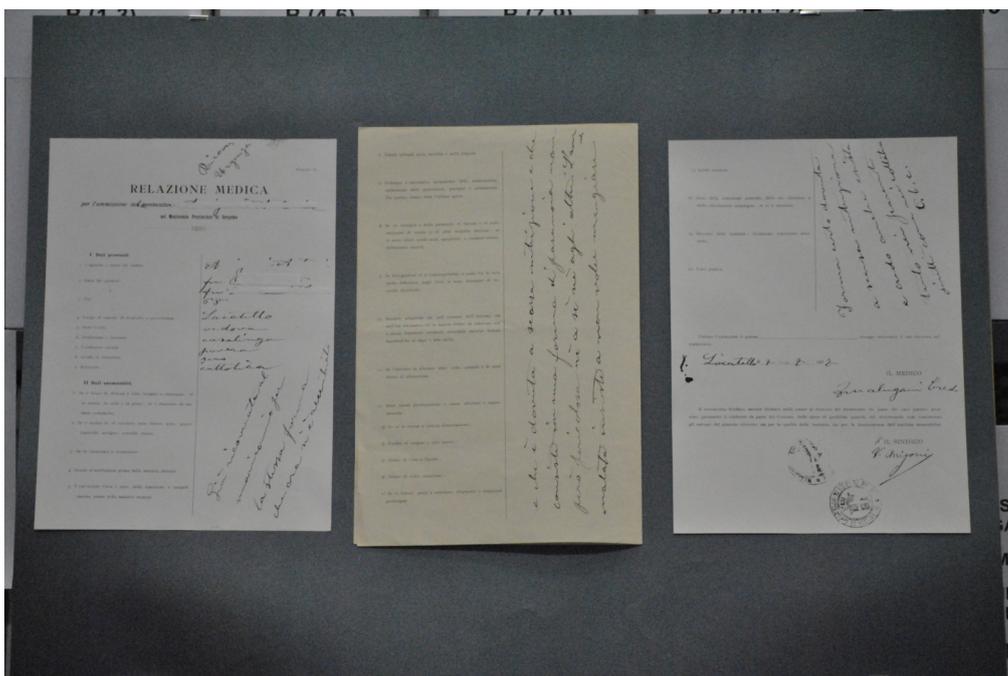
Meglio ricoverarsi o farsi ricoverare e lasciarsi andare, giacendo nell'inedia, come idioti – voce del resto spesso incontrata leggendo le cartelle.

* Malattia da carenza di *niacina* (vitamina PP, sigla dell'inglese *pellagra preventing*, che previene la pellagra), e di triptofano, presenti nel latte, nella verdura e nei cereali a esclusione del mais; provoca alterazioni della cute e delle mucose, disturbi digestivi e nervosi che possono diventare molto gravi con il passare degli anni. Una prima descrizione del male è dovuta al medico spagnolo G. Casal che nel 1730 lo definì male della rosa, indicandone la probabile origine in uno squilibrio dietetico. In Italia il termine *pellagra* è documentato dal 1771 nella letteratura medica, che lo riprese dalla tradizione popolare. Le descrizioni dell'ultimo quarto del Settecento identificavano la malattia come dovuta al regime alimentare dei contadini poveri che, nelle regioni produttrici di mais, non avevano quasi null'altro con cui sfamarsi. La dermatite è forse il sintomo più caratteristico, avendo dato il nome alla malattia ("pelle agra"). Si tratta di una dermatite bilaterale e simmetrica, che compare in prevalenza sulle parti di cute che rimangono esposte all'azione diretta della luce; le lesioni pertanto sono prevalentemente presenti a livello del collo, degli avambracci, del volto. La pelle si presenta pigmentata, secca e squamosa; l'origine della dermatite è da ricercare in un processo di fotosensibilità spiccata. Il danno neurologico può esprimersi sotto forme molto diverse da caso a caso. Nella pellagra compare essenzialmente una encefalopatia. I primi sintomi sono di natura prettamente psichica e comprendono la comparsa di insonnia, facile faticabilità, perdite di concentrazione, irritabilità, tendenza all'abbassamento del tono dell'umore: in sostanza, una patologia psichica grave, causata però solo dalla carenza di una vitamina. La malattia, un tempo diffusa e tra le cause più frequenti di ricovero in manicomio è oggi scomparsa, grazie al miglioramento dell'alimentazione



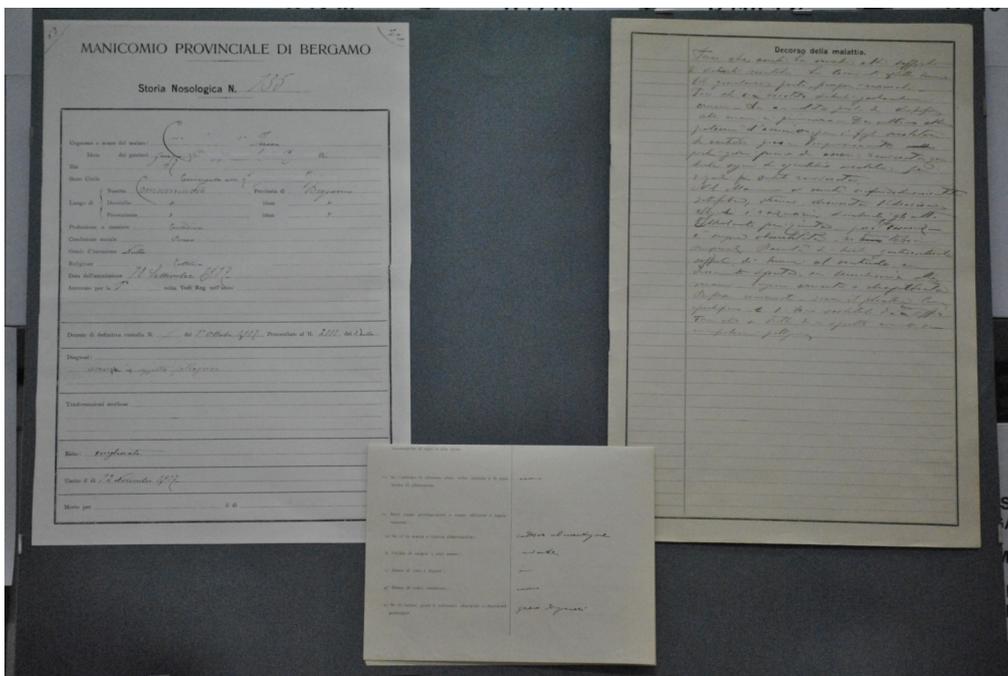
1.2

Esempio molto esplicito è il caso di L.G., come altri dopo e prima di lui affetto da pellagra, siamo nel 1834, con stati e a comportamenti di grande e manifesta sofferenza, qui ben resocontati; il paziente, non solo demente, aveva comportamenti lesivi nei propri stessi confronti.



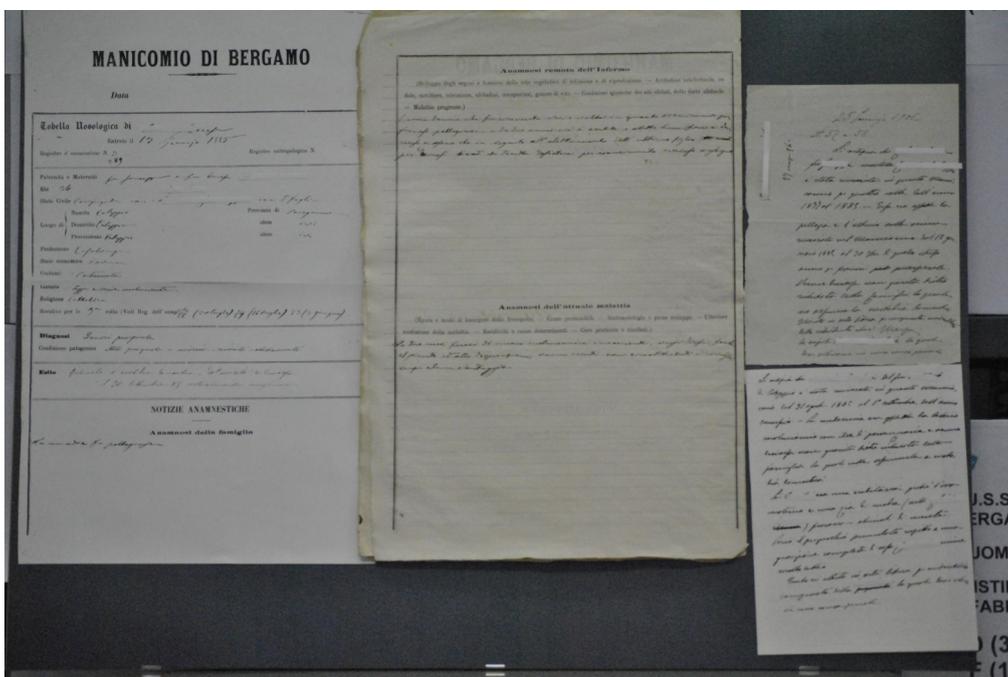
1.3

Altro caso, siamo nel 1917, è quello di A. A., vedova, casalinga e povera che per scarsa nutrizione è pericolosa a se e agli altri. Una diversa, grave vicenda patologica vede la pellagra come causa concomitante o predisponente (alla domanda n.° 21 "la pellagra che ebbe principio cinque anni or sono").



1.4

Un caso di amenza in soggetto pellagroso evolve in un miglioramento, anche se l'anamnesi (sempre accurata) evidenziava come fattore di rischio aggiuntivo la presenza di disturbi mentali nella madre, durante il post partum. Non poche volte in effetti la sofferenza psichica era legata alla sofferenza fisica e/o psichica della madre del paziente; conferma del fatto che non poche volte la sofferenza psichica, non solo è legata alle carenze fisiche della madre, ma anche a quelle psichiche aprendo un circuito di trasmissione difficile da contenere e fare evolvere.



1.5

La pellagra diventava anche una causa predisponente per altre patologie, trasmettendosi quasi per eredità all'interno delle famiglie, come nel caso di M.T., con madre stata pellagrosa, pellagrosa essa stessa e che dopo un parto sviluppa anche una frenosi puerperale. La vicenda è paradigmatica anche per la rete di relazioni e di contesto che adombra: la paziente, non guarita, viene dimessa per le insistenti richieste della famiglia, che ne ha bisogno per il lavoro.

2. Bere e bere molto, darsi una spinta... - fra oblio, perdita di sé ed euforia illusoria -

Bere per abitudine così come fanno tutti in paese *sentendosi così del paese*, bere per consolazione, bere per tirarsi su e andare avanti, bere per avere il coraggio di sentirsi capaci di fare qualcosa che altrimenti non si farebbe, bere per chiudere i morsi della fame, bere per la consapevolezza della miseria e della propria incapacità e solitudine (molti sono i celibi che appaiono bevitori), bere infine per non esserci o sentirsi per un po' euforicamente capaci..., fuori dagli schemi, in grado di affrontare risse e anche corteggiamenti o lunghi spostamenti; bere... ieri (più presente l'alcool come causa di malattia a partire dai primi del '900 fino agli anni '70 del '900) come oggi è un modo per non essere del tutto in sé e con sé.

Bere è portarsi fuori dal contesto sociale e quindi da sé anche se fatto nell'apparente socialità delle trattorie, cantine, taverne o circoli di amici; socialità che più spesso è già di fondo tetra per poi diventare desolante quando ognuno beve per sé, da solo, seguendo i fili dei propri vuoti.

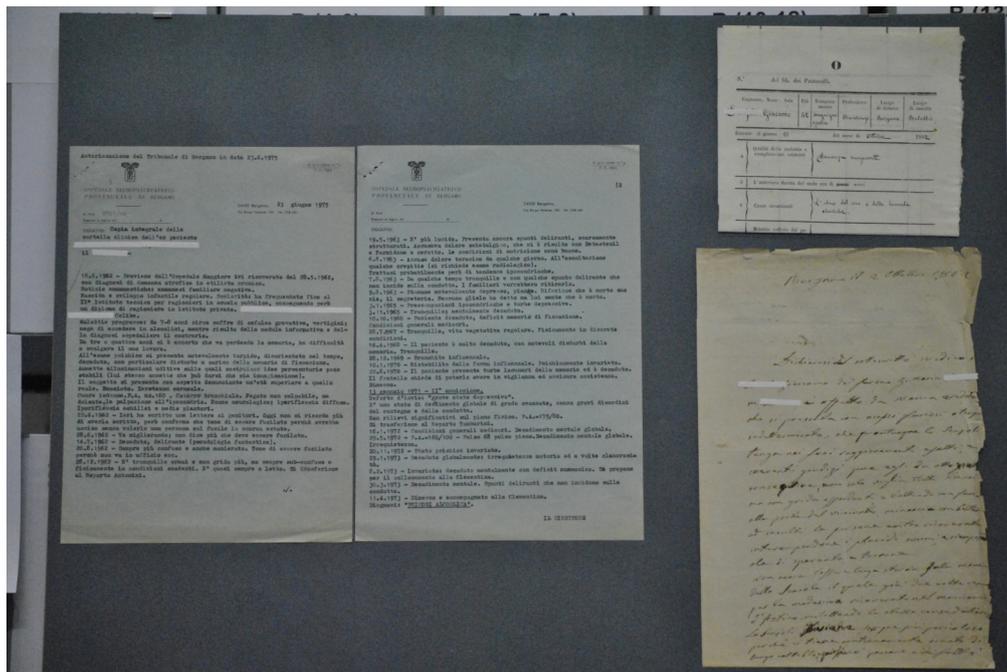
Vuoti che sono riempiti, per essere tollerati, con un bicchiere in più; per essere allora, come ora, dimenticati, buttati giù, sostituiti da qualcosa che aiuta a non pensare o a pensare melanconicamente in un baratro che si apre sul vuoto di possibilità o anche di vitalità.

È evidente che l'alcoolismo è un segnale, un sintomo e una concausa di e in biografie che hanno altri segni, altri punti di debolezza o di sconnesione, è l'evidenza conclamata di disagi sia materiali che relazionali che precipitano in un bicchiere che li cancelli, per un attimo, alla memoria.

Si contano più uomini che donne, forse per la loro maggiore esposizione sociale, forse per le maggiori richieste o tensioni di riuscita sociale, forse per la maggiore solitudine di diffusi celibati, forse per una

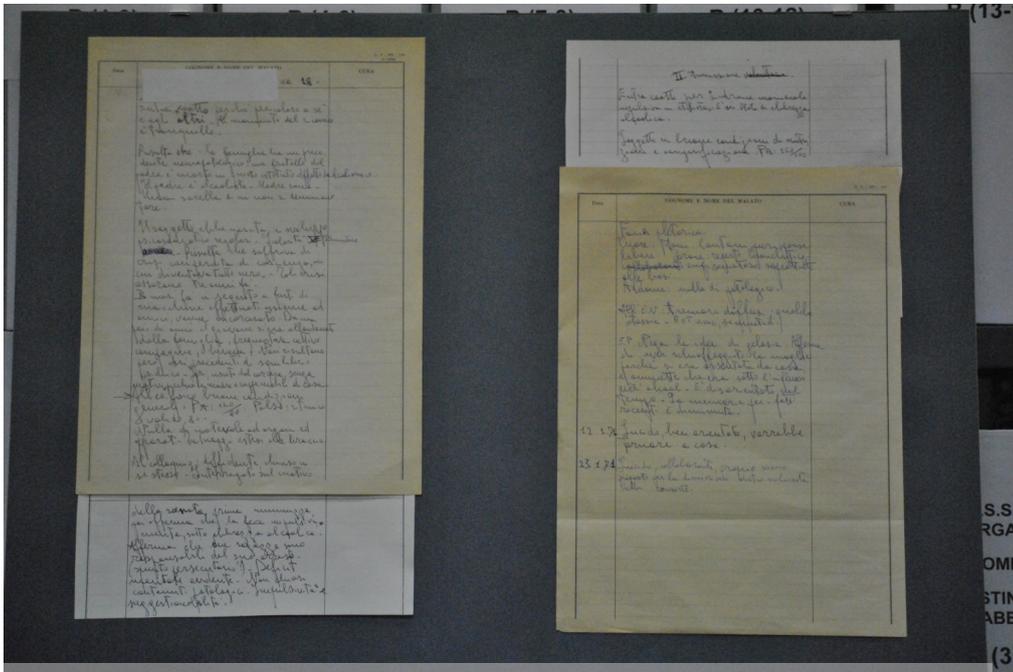
maggiore assenza dal calore di legami familiari e di cura, forse più affaticati da mestieri e quindi da concorrenze anch'esse difficili in situazioni di povertà; si contano anche donne sole, nelle proprie case con molti figli e tanta stanchezza, con fallimenti affettivi, con solitudini non colmate, con vite marginali senza voce.

Si ritrova anche la vicenda, piuttosto lunga, di una donna tossicodipendente da laudano♦.



2.1 I casi di etilismo vanno dall'800 fino all'ultimo caso ritrovato del 1975 senza soluzione di continuità come il caso di F.F. etilisti cronico che va decadendo lentamente per "psicosi alcolica" e che sarà poi trasferito alla Clementina, ovvero alla Casa di riposo per i vecchi, sita per altro proprio di fronte all'Ospedale Psichiatrico, già in quel di Seriate. Il fenomeno si palesa come si può facilmente dedurre da subito e cresce con il tempo; fin dal 1862 si rintraccia un caso ampiamente descritto per "abuso del vino e delle bevande alcoliche" che porta ad "accessi furiosi" e "grida assordanti"

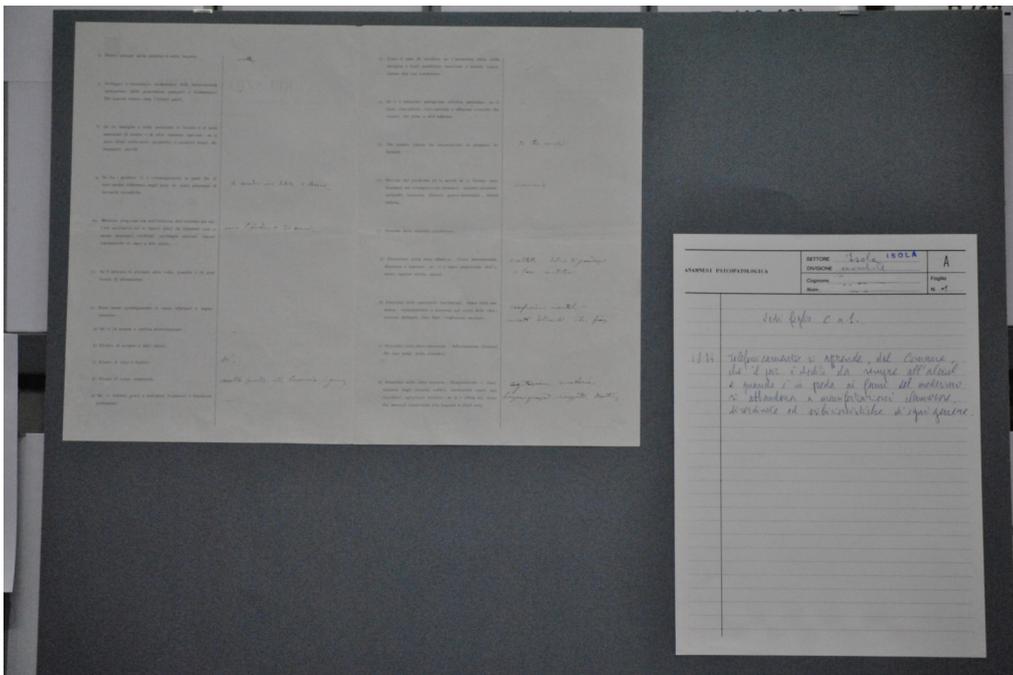
♦La tintura di laudano è il prodotto della macerazione dell'oppio in alcool e aromatizzanti (cannella, zenzero...). Contiene numerosi principi attivi dell'oppio, tra cui una discreta quantità di morfina. Era utilizzata in passato come analgesico, antispastico, ma anche tranquillante per i soldati in tempo di guerra. Determinava marcata dipendenza; non è oggi più impiegata, al di là delle ragioni legali, per l'estrema variabilità del contenuto di principi attivi.



2.2

Già nella sezione dedicata all'alimentazione avevamo visto come la famiglia e le sue abitudini di vita incidevano in modo significativo sull'andamento della biografia del futuro paziente come nel caso di B.G. che frequenta cattive compagnie, va in carcere e picchia la madre, rompendo i mobili di casa.

Così come accade a A.G. affetto da idee di gelosia.



2.3 *È il caso anche di A.T. che nato da madre alcolista diventerà poi lussurioso; e ancora di C.A. si dirà che "da sempre è dedito all'alcool".*

Certo ricorrono allucinazioni, deliri, risse, attacchi a se stessi e agli altri, insolenze, atti osceni... si ritrovano tutti i comportamenti ancora oggi legati all'abuso di alcolici, meno tollerati per la maggiore attenzione che allora c'era all'ordine pubblico, al decoro pubblico, alla pubblica quiete e soprattutto alla capacità di portare a termine i propri impegni. Fuga da realtà eccessivamente normative?

Eppure l'abuso di alcool è ben diffuso anche oggi in una situazione di tolleranza assai maggiore, anche se non sempre socialmente condivisa.

Con la pellagra, l'alcoolismo è tra le maggiori cause di malattia o per lo meno di disturbi nel comportamento sociale, di segni di turbolenza e inquietudine con se stessi e i vicini (familiari e non) e, pur nell'essere conformi al tanto bere collettivo, di comportamenti devianti.

Comportamenti devianti maggiormente espressi e conclamati e registrati dal sociale; comportamenti che spingono Autorità Civili e di Polizia, spesso familiari e non poche volte la comunità e in qualche caso direttamente

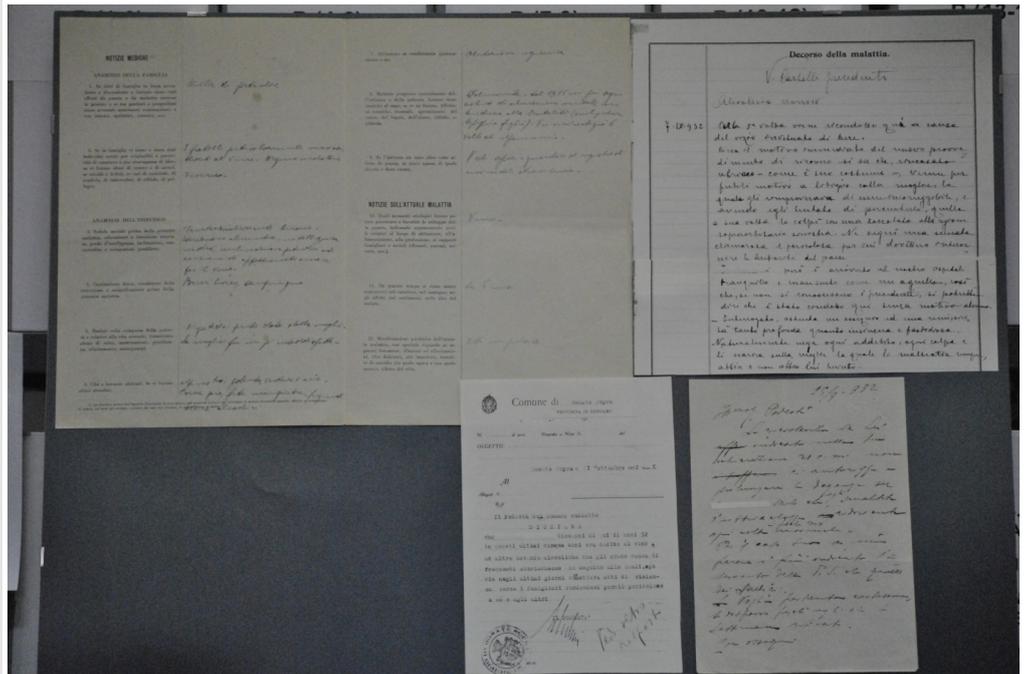
Il futuro paziente (che si mette nelle condizioni di...) a chiedere con insistenza e perentorietà il ricovero in manicomio o a spingere perché il futuro paziente si presenti al manicomio inaugurando così spesso carriere di malati ben più lunghe, in non pochi casi, rispetto a quelle legate alla pellagra.

Certo il bere è proprio una scelta e quindi un preciso atto di volontà e quindi una mancanza di responsabilità da parte di lo compie; quindi pare esprimere o esprime un tasso maggiore di malattia, anche in relazione alla "pericolosità a se stessi e agli altri" che in qualche caso apre anche ad episodi di reati che portano su un crinale delicatissimo che è quello rapporto fra sofferenza psichica e comportamenti delinquenti.*

2.4

La storia di C.E., alcolista cronico con tre fratelli anch'essi alcolisti e sofferenti di disturbi psichici, comincia con un'ammissione nel 1924 e prosegue con sette ammissioni fino alla sua morte avvenuta per carcinoma gastrico nel 1943 in un susseguirsi di entrate e uscite dovute ai suoi atti impulsivi e di violenza.

La corrispondenza fra il podestà e il direttore del manicomio è esemplare rispetto ad una questione oggi di attualità rappresentata dal tentativo delle autorità civili di far svolgere alla psichiatria una funzione di controllo sociale piuttosto che una funzione di cura; si leggano le note del podestà e la risposta del direttore del manicomio che dichiarava che il quadro clinico non autorizza a prolungare la degenza del paziente che, smaltita "l'ubriachezza", ritorna ogni volta in poche ore normale.



Il bere come la denutrizione ci riportano a chiederci se siano soltanto le condizioni oggettive o oggettivabili ad essere causa della malattia o se queste condizioni siano ricercate o "imposte" all'individuo come unica possibilità di dire qualcosa di sé, di farsi presente seppur attraverso le sofferenze e il dolore procurato a se stesso e agli altri; forse si può anche

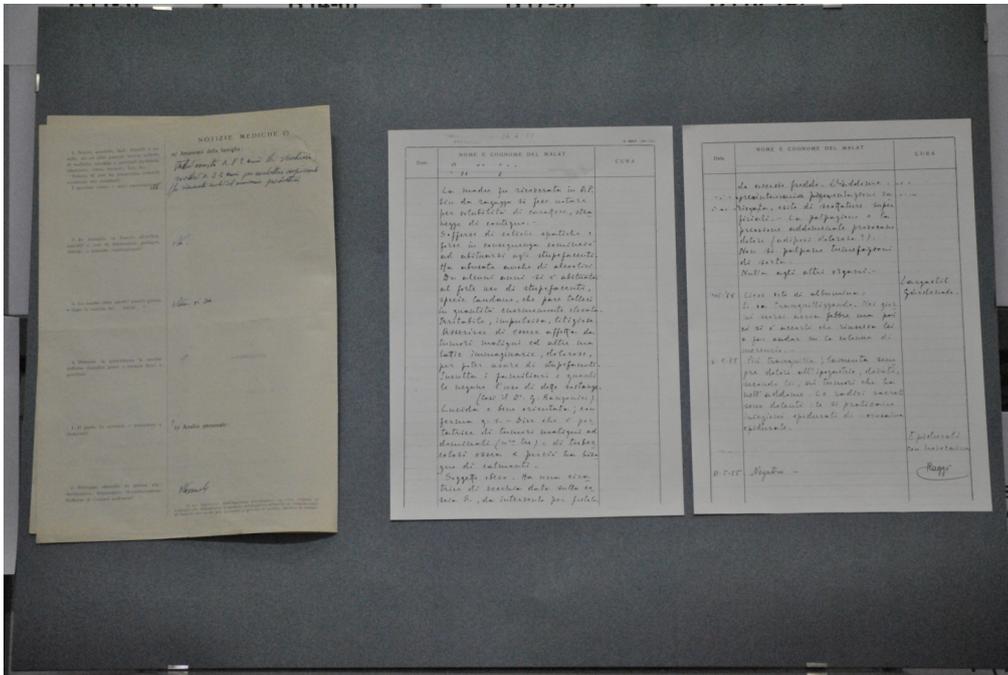
♣...si scopre così che malattia mentale e delinquenza sono fenomeni scarsamente correlati; che i malati mentali, quando delinquono, mettono in atto una delinquenza che appare più verosimilmente espressione di problematiche sociali, di quanto non costituisca sintomo degli specifici disordini mentali dai quali risultano affetti; che la delinquenza dei malati di mente, ed anche la delinquenza costituita da reati violenti, non è superiore, in termini percentuali, a quella del resto della popolazione; che i dimessi dagli ospedali psichiatrici non commettono reati in percentuale superiore alla popolazione in generale... G.B. Traverso Relazioni tra malattia mentale e delinquenza. Risultati di una ricerca su 325 ex-degenti. Estratto da "Neuropsichiatria" 1997, vol. 33

ipotizzare fossero balbettanti, frammentate e annodate richieste di aiuto per uscire da condizioni che si perpetuavano senza cambiamenti rilevanti (anche nel caso del bere ci sono numerose biografie che rendono conto di lunghe tradizioni familiari di persone con “abuso di alcool” o “dedite a Bacco”).

Certo è che ancor più che per la denutrizione che pare esser più uno stato di malattia subito, fatalmente caduto sul paziente, il bere invece pare darsi come espressione di identità certamente con non poche sconessioni, ma attive nel cercare di trovare una via per sé, per stare “dentro” al sociale; le cartelle ci dicono che spesso questo tentativo, leggibile anche in alcuni lacunosi scritti e nelle entrate e uscite dal manicomio o nelle annotazioni mediche, spesso naufragava per passate “tare”, per fragilità caratteriali, per caratteristiche identitarie; non si poteva però dire che pur ubriachi non avessero cercato di farsi sentire e vedere! Resta quindi il dubbio che, consapevolmente o forse in modo più inconsapevole, il bere possa essere letto, per i pazienti che si sono incontrati, come un pretesto, un mezzo, una modalità socialmente condivisa per poter uscire da imprevisti e inganni della vita non affrontabili e non compresi ed elaborati, arrivando, fra un bicchiere e l’altro, a non esser più tollerati, accettati e sopportati dai vicini sia perché specchio di una anche loro possibile deriva, sia perché ulteriore peso fra i tanti e ingombranti pesi di esistenze precarie.

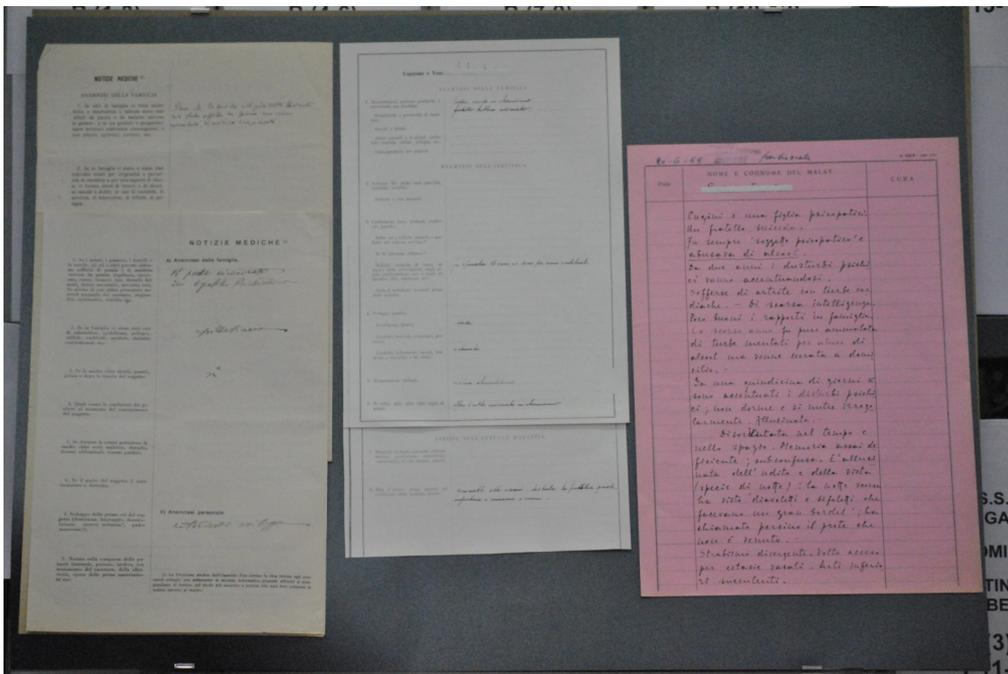
Non a caso, il bere che deve aiutare a buttar giù il groppo spesso diventa poi delirio, allucinazione e smarrimento, forse rovescio di proteste, di ribellioni, di sofferenze e fragilità non dicibili, da non dire e forse non portabili nella testa.

Le cartelle restituiscono molta melanconia e per converso altrettanti deliri.



2.5

Si recupera anche, fra le altre di donne, la storia di P. G. nubile, casalinga e povera che è ammessa nel 1955 e muore nel 1976 fra un trasferimento e l'altro; alcolista e tossico dipendente, litigiosa e violenta, stando a quanto si scrive di lei.



2.6

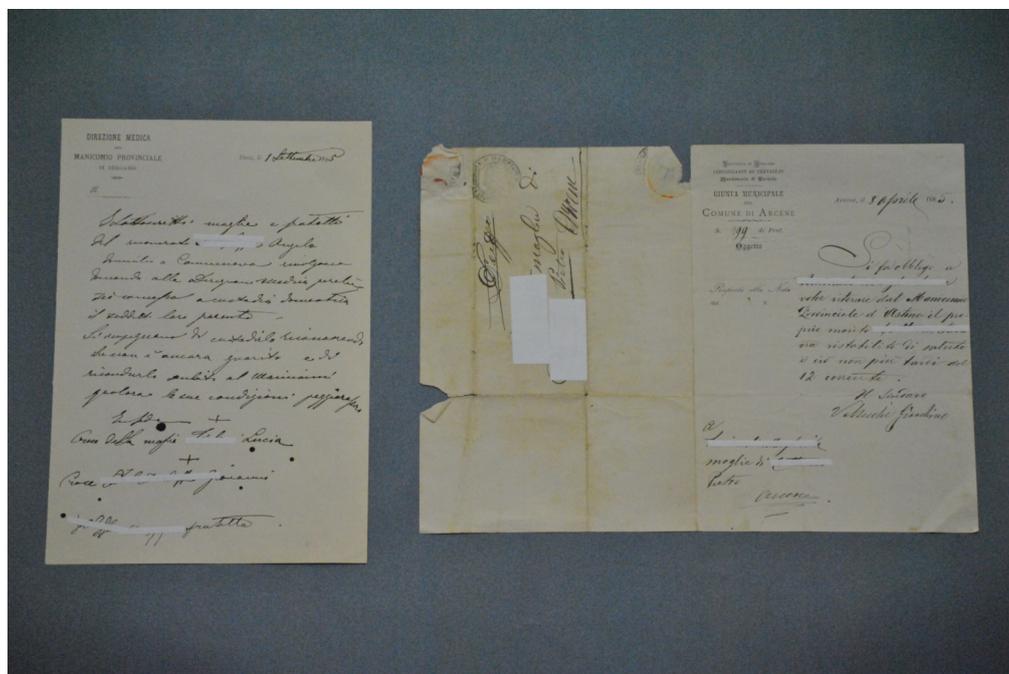
Altra vicenda femminile è quella di A.E. che per "abuso di alcool" è quattro volte ricoverata dal 1920; affetta da paranoia, con evoluzione dichiarata demenziale, rimarrà in manicomio, a lunghi periodi, fino al 1953; ne uscirà definitivamente solo perché affetta da una grave malattia fisica (ad esito, presumiamo, mortale).

3. Il nodo delle famiglie disorientamenti, rifiuti e ritorni a casa -

Se già consuetudinariamente la famiglia vive movimenti e dinamiche, in ordine ai suoi singoli membri – tanto più se minori o “deficitari” – riferibili al doppio movimento affettivo (movimento ambiguo e ambivalente) “fuori di qui, resta qui, torna qui da noi che siamo la tua famiglia!”, tanto più li vive e li inscena anche platealmente con chi la delude, la umilia, la mette in condizione di essere additata; questo perché dolorosamente disorientata e anche sconnessa nello scorrere del suo vivere. Va sottolineato il *dolorosamente disorientata*, stato di prostrazione dovuto a manifestazioni di malessere sentite e vissute, comprensibilmente, come non governabili, non prevedibili e molto distruttive: manifestazioni che non si riesce a comprendere da dove vengano e da dove abbiano origine; c’è smarrimento, ci sono interrogativi spesso senza risposte o con risposte parziali... *che fare, come fare e cosa accadrà poi, ma si può fare qualcosa?* Va ricordato che la sofferenza mentale, ancor più di altre malattie, si dava come intrattabile, vicina, per lunga tradizione, al sacro e al mistero. È in questo spazio e in questo tempo, a volte molto lunghi e vasti, di sgomento che si collocano e vanno lette le vicende familiari che si dipanano intorno ai pazienti di allora.

Può accadere allora che la famiglia non abbia consapevolezza, *e come potrebbe senza un terzo che la sostenga in questo processo?*, dimentichi, per altro non poche volte, che la possibile causa del precipitare del malessere, della sofferenza e del dolore psichico è proprio l’esito delle relazioni, delle teatralità, delle collocazione dei singoli membri che la compongono.

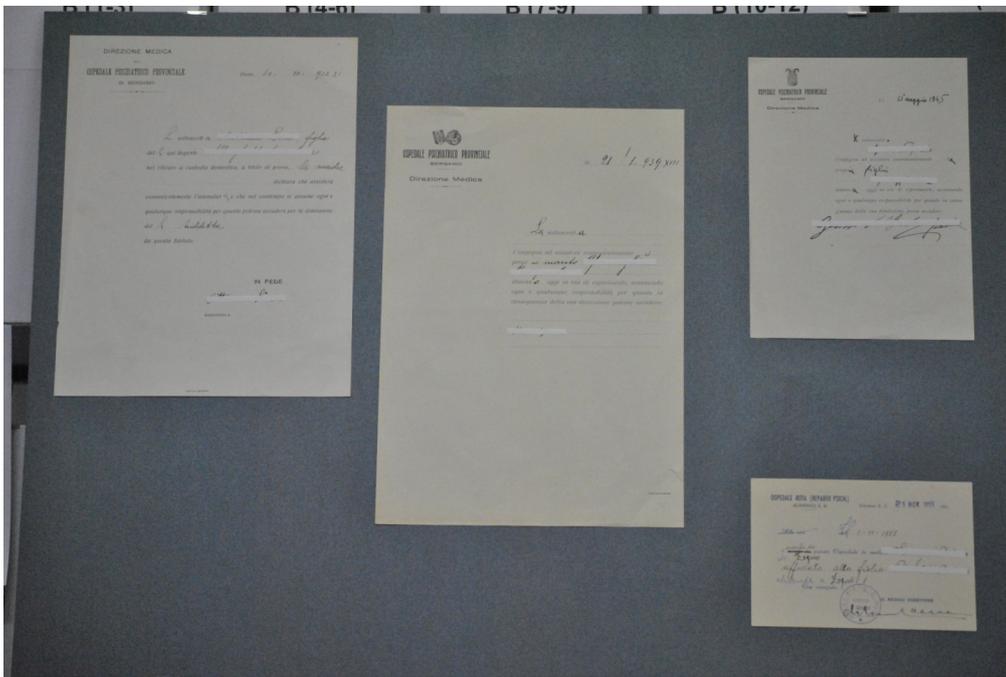
Esito, i pazienti, di storie familiari introvertite e sole e senza strumenti, *e come li si poteva avere nelle molte situazioni di grave povertà o ad un livello minimo di sopravvivenza che si sono incontrate?*, che, come romanzi, si ripetono facendo scivolare i ruoli e le vicende da un membro all’altro lungo il trascorrere del tempo; esito di predizioni, esito di profezie che si autoadempiono, esito di percezioni e di immagini che la famiglia ha di sé, del proprio potenziale, delle proprie capacità di far fronte agli impegni interni ed esterni;



esito dei suoi livelli di coesione, esito della sua capacità di progettazione del futuro e infine esito, non poche volte (*forse spesso, in tempi di affetti non detti, non parlati e non esplicitati ed espressi nelle forme oggi usuali*), dell’educazione affettiva e sentimentale ricevuta e dei modi di volersi bene, degli affetti messi in campo e infine degli annodamenti economici sia in caso di povertà che in caso di un relativo benessere.

Se già con i loro membri sufficientemente sani ed adeguati le famiglie possono

3.1 La famiglia spesso, come si diceva prima, aveva più componenti già sofferenti che andavano a costituire contesti che favorivano l’insorgenza della malattia psichica nei pazienti poi ricoverati, come nel caso di S. C. di “condotta stravagante” che aveva un sorella affetta da “forma morbosa mentale, di natura imprecisata”. ...o come il caso di T.C. con padre ricoverato in ospedale psichiatrico, presenza di epilessia in famiglia e affetto, egli, da demenza che lo rende pericoloso a sé e agli altri. E ancora, esemplare, il caso di C.M., donna con un fratello ricoverato in manicomio, mentre il padre vi era morto. La malata ha una lunga carriera manicomiale con dieci ricoveri in tredici anni, dal 1923 al 1939, di cui si dice che “commette atti osceni, disturba la quiete pubblica e minaccia i vicini” Infine si segnala la situazione di R.E. con “cugini e una figlia psicopatici” e un fratello suicida; soggetto che “fu sempre psicopatico”, “abusava di alcool” e sofferente di allucinazioni.



3.2 Accadeva, come si diceva, che la famiglia fosse parte attiva nella tutela, nel controllo e nella denuncia della situazione di salute del proprio congiunto, come nel caso di D.L.A. di cui la moglie e i fratelli nel 1895 si rivolgevano alla Direzione Medica del manicomio Provinciale di Bergamo affermando che, pur non essendo “ancora guarito” desideravano riaverlo a casa, impegnandosi a custodirlo e “a ricondurlo in manicomio qualora le sue condizioni peggiorassero”. All’opposto, l’8 aprile del 1885 è il Sindaco di Arcene ad obbligare una moglie a ritirare il proprio marito dal manicomio Provinciale di Astino.

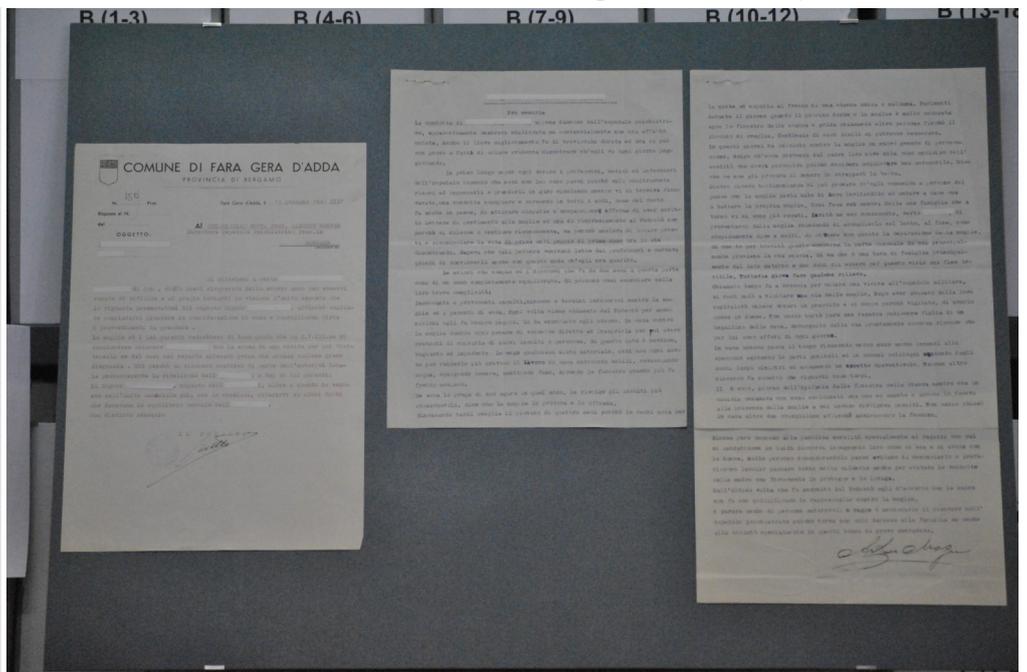
essere particolarmente (e comprensibilmente, se in un orizzonte costruttivo) critiche, vigili rispetto al giudizio del sociale, controllanti e anche in attesa di restituzioni gratificanti del loro impegno, tanto più paiono esserlo con chi le ferisce, le disorienta e diventa un peso deludendo le aspettative o aggravando il carico della vita familiare; pare che il nodo che avvertono le famiglie e che cercano, come sanno e come possono, di affrontare sia quello di evitare che le/i “richieste/ricatti” sia affettivi, sia relazionali, sia economici diventino come più pressanti, proprio con chi va soffrendo; come se chiedendo qualcosa si potesse aiutare chi soffre a uscire dalla sofferenza e a tornare come prima... come prima, preghiera, ingiunzione e richiamo a tornare... Allora, più di ora certamente, forse molto più allora, la famiglia svolgeva una potente funzione di filtro rispetto al considerare presentabile e normale un proprio membro e collaborava, quasi sempre molto – in tutte le cartelle lo si rintraccia, tranne in poche occasioni – a costruire immagini di malattia, di impossibilità a guarire, di legittimazione delle scelte delle istituzioni come in un’alleanza silenziosa (dovuta, chiesta o data? resta tutto da esplorare) con le istanze reclusive del sociale.

Questo in via generale, ma poi, viste nella loro specificità e singolarità così come una esplorazione anche preliminare chiede, le modalità con le quali le famiglie (e qui non si può che usare il plurale, come d’altronde per l’oggi) si relazionavano con il familiare/paziente e il manicomio toccano tutte le sfumature ancora attualmente presenti: familiari non voluti e per sempre murati, familiari intollerati, intollerabili che facevano un andirivieni continuo a seconda dei cicli relazionali e affettivi e probabilmente (forse

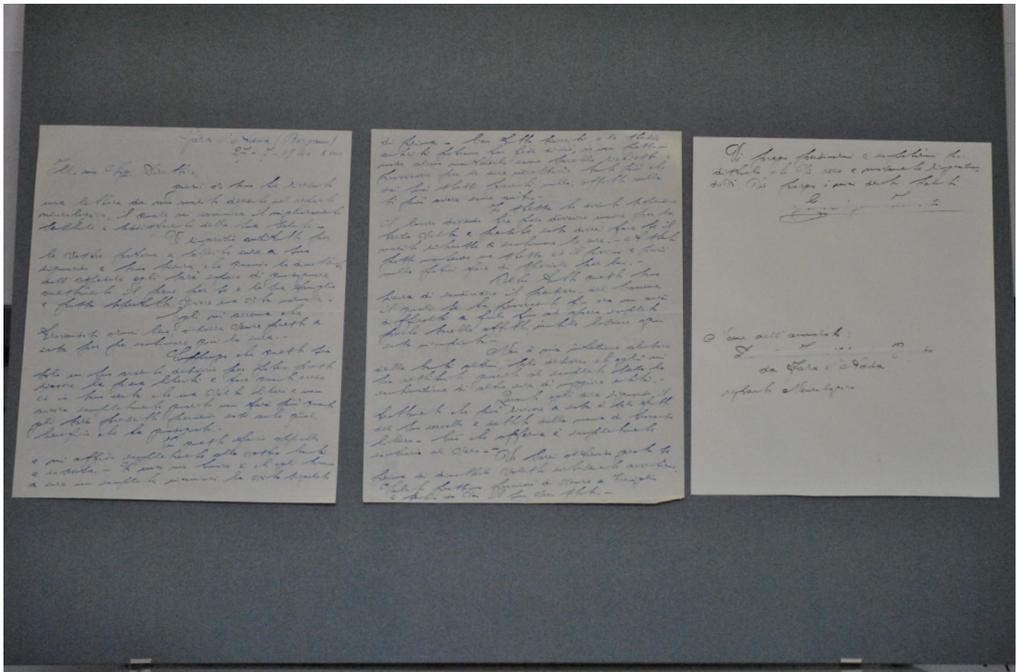
3.3

È ancora nel 1902 il 30 ottobre A.E., torna a casa, in prova, con la figlia; nel 1939 la moglie si impegna ad assistere convenientemente il marito e nel 1945 con formula analoga, dopo più di quarant’anni, un padre riporta a casa la figlia G..

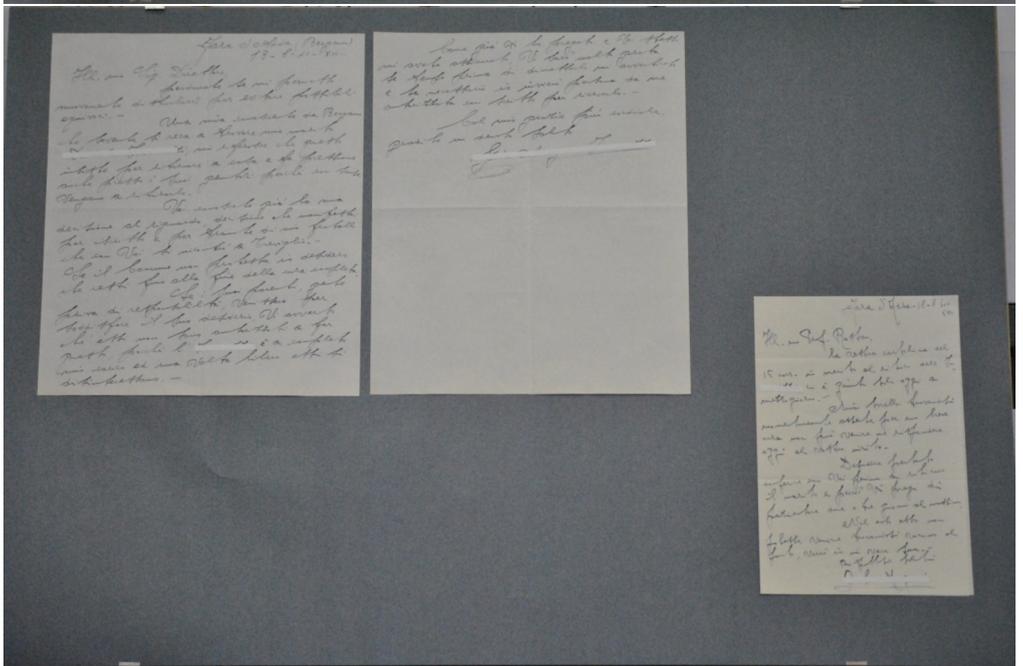
Più avanti nel tempo si ritrova un ritiro definitivo di una paziente che torna a casa, non in prova!



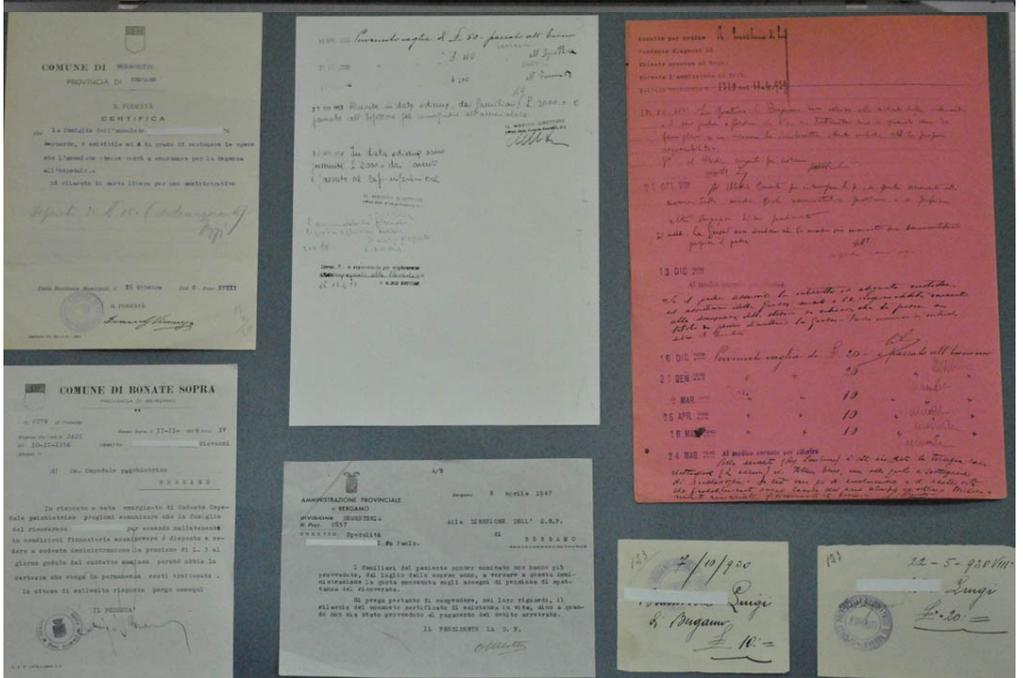
3.4



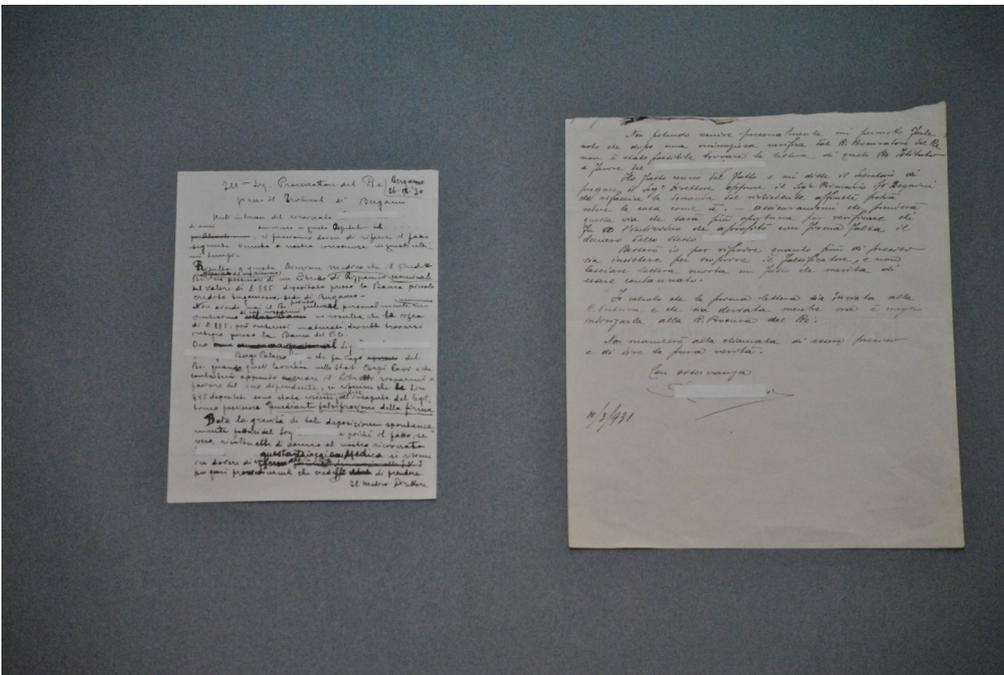
3.5



3.6



La famiglia non poteva che essere luogo di affettività complesse che potevano riversarsi sulla disponibilità o meno a farsi carico del paziente; si rintraccia, in modo esemplare la vicenda di D.I. (con precedenti familiari, si parla di “tara di famiglia”) che vede impegnati in un serrato scambio epistolare l’ospedale, il Sindaco e la famiglia, in particolare la moglie. Scambio epistolare, che tratta di tutto ciò che in una famiglia “normale” può accadere, sotto la lente deformante della sofferenza di tutti i familiari coinvolti: questioni patrimoniali, conflitti tra fratelli, tra cognati, tra nuora e suocera...

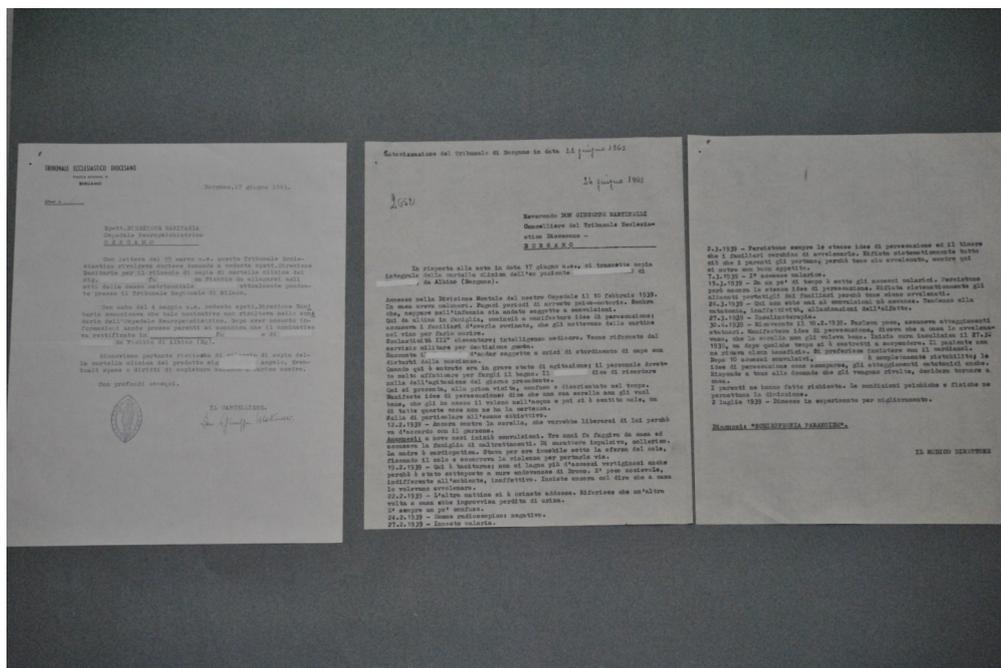


3.7 *La famiglia era chiamata anche a sostenere le spese dei congiunti, a volte senza alcun problema, altre con non pochi problemi. L'impegno della famiglia era molto formalizzato; del 1940 un certificato del Podestà dichiara che la famiglia può sostenere le spese per la degenza. Un altro Podestà in una sua nota nel 1936 dichiara, per converso, che la famiglia del paziente C.E. è disposta a versare L. 3 al giorno "purché abbia la certezza che venga in permanenza costì trattenuto".*

Mentre invece si riscontra una nota della segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Bergamo che nell'aprile del 1947 notiziava l'ospedale di mancati pagamenti e chiedeva di non rilasciare il certificato di esistenza in vita del malato ai familiari finché questi non avessero saldato il debito. Più dettagliata è la lista delle somme versate per P.L., per G.G., per B.L dai familiari, direttamente a favore di congiunti ricoverati, con alcune ricevute dell'economato e le annotazioni addirittura in cartella clinica. Testimonianze di attenzione molto precisa anche agli aspetti economici, in termini di costi e di conseguenze, della cura.

economico, ma anche della necessità di qualcuno che "reggesse" anche una misera casa, sono le richieste di poter fare uscire le mogli. Richieste per altro fatte anche da fratelli, più spesso che da mogli e sorelle rispetto a pazienti uomini; comunque sia, la famiglia oscillava fra una rigorosa espulsione, una contraddittoria necessità di contenere il familiare, ma anche sia di poterlo assistere dentro le mura di casa sia di poterlo

sicuramente) economici del nucleo familiare. Un indizio della rilevanza del fattore economico è dato dalle età, che mediamente si sono ritrovate a una prima scorsa, dei ricoveri: tendenzialmente le donne venivano ricoverate come portatrici di disturbi psichiatrici ad età più avanzate, probabilmente perché indispensabili in un'economia che aveva come punto focale insostituibile la casa, luogo di produzione di beni, e come erogatrici di servizi, probabilmente per un'esplosione, non più controllata, di malesseri accumulati parto dopo parto, per un maggiore rischio di denutrizione e infine per una minore esposizione sociale a cui andavano incontro. Le età degli uomini sono più variabili e spesso correlate ad incidenti legati a situazioni, momenti e/o luoghi sociali. Altro indizio della rilevanza del fattore

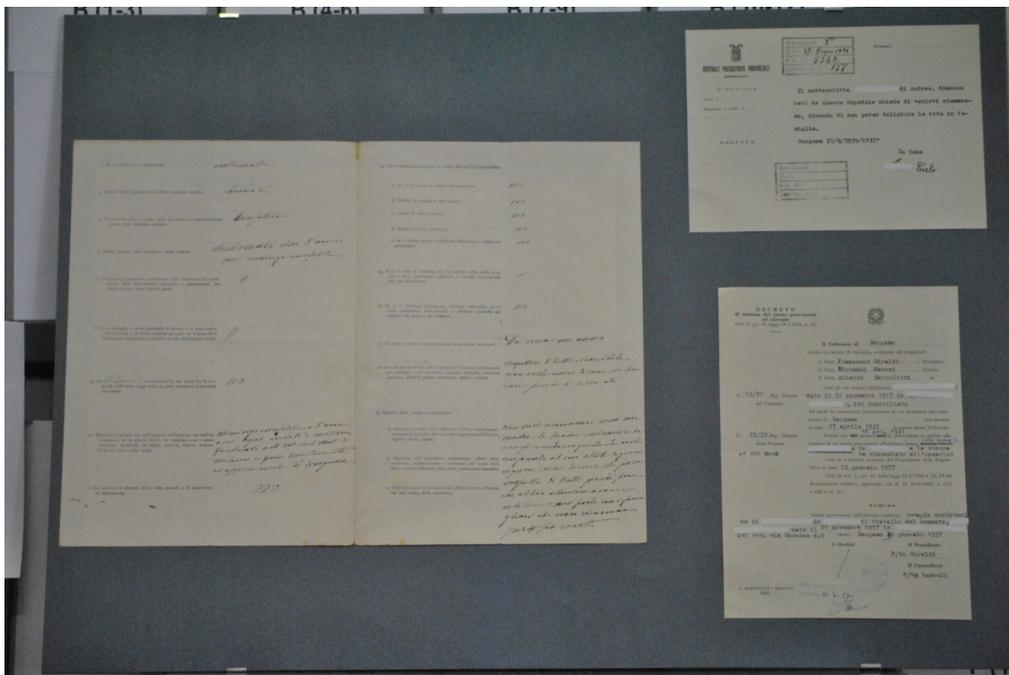


3.8 *Una vicenda particolare, ma probabilmente non rara. Il Direttore indirizza una articolata nota alla Regia Procura, segnalando, sulla base di informazioni contenute una lettera a lui pervenuta, che un libretto di risparmio intestato ad un degente sarebbe stato svuotato del suo credito, falsificando la firma del titolare.*

3.9

Altro caso è quello di C.A. la cui "sorella vorrebbe liberarsi di lui perché va d'accordo con il garzone". Affetto da "schizofrenia paranoide" teme che i familiari lo vogliano avvelenare, eppure gli stessi lo porteranno a casa dove desidera tornare essendosi rimes- so.

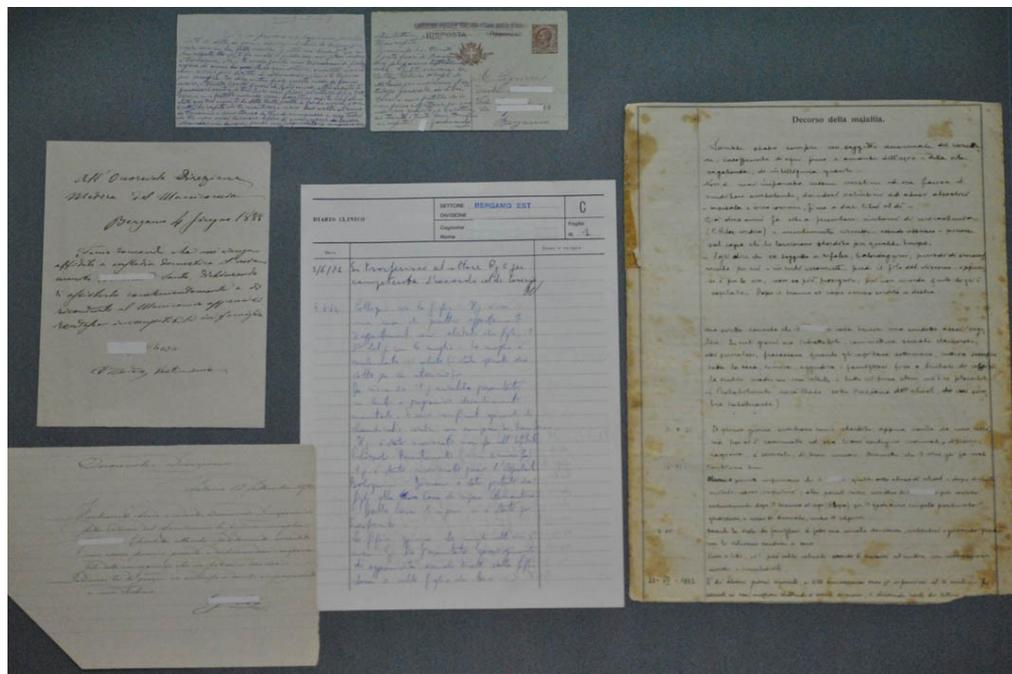
Abbiamo la trascrizione della cartella, perché richiesta dal Tribunale Ecclesiastico Diocesano per una causa di nullità matrimoniale.



rivedere per approdare infine a ferme decisioni di riprendersi in carico il familiare (decisioni di cui non sempre si rintracciano i motivi perché la modulistica era neutralmente burocratica anche se sono presenti non poche intime e accorate istanze).

Il fattore economico, come fattore certamente non irrilevante, si recupera anche in questioni ereditarie rintracciabili nei documenti e in specifico in uno molto ben chiaramente stilato e leggibile.

Quindi la famiglia, come il sociale, si definisce in ordine alla malattia, presunta o reale o costruitasi nel tempo, come luogo di ambivalenze e di ambiguità, come irrisolta o meglio sfumata in modo molto sottile



3.10

Altro è il caso di T.C. che pure una volta ripreso dalla famiglia desidera rientrare in manicomio non "tollerando la vita in famiglia", caso non diverso sono i conflitti con la madre di F.F.; madre che egli non vuole riconoscere come tale.

Affetti controversi si intrecciano e si strutturano, come nel rifiuto di una moglie che rinuncia all'incarico di tutore del marito

rispetto a come trattare una situazione eccezionale confermando che la sofferenza mentale restava a volte come "intrattabile" e "intrattata" dalle famiglie e dal sociale che si rispecchiavano reciprocamente l'una nell'altra; a volte forse perplessi e quindi disorientati e non sempre, comprensibilmente, coerenti.

Luoghi, la famiglia e il sociale, da cui arrivano più spesso domande alle istituzioni di cura con una tensione e una richiesta salvifica, risolutoria; non solo riparatoria e di aiuto, ma anche di pericolosa delega. Arrivano domande e legittimamente si è chiamati a rispondere, ma il circuito spesso non è reciproco. Se da una parte si registrano contributi di denaro significativi a sostegno dei pazienti, molte le dimenticanze, i non

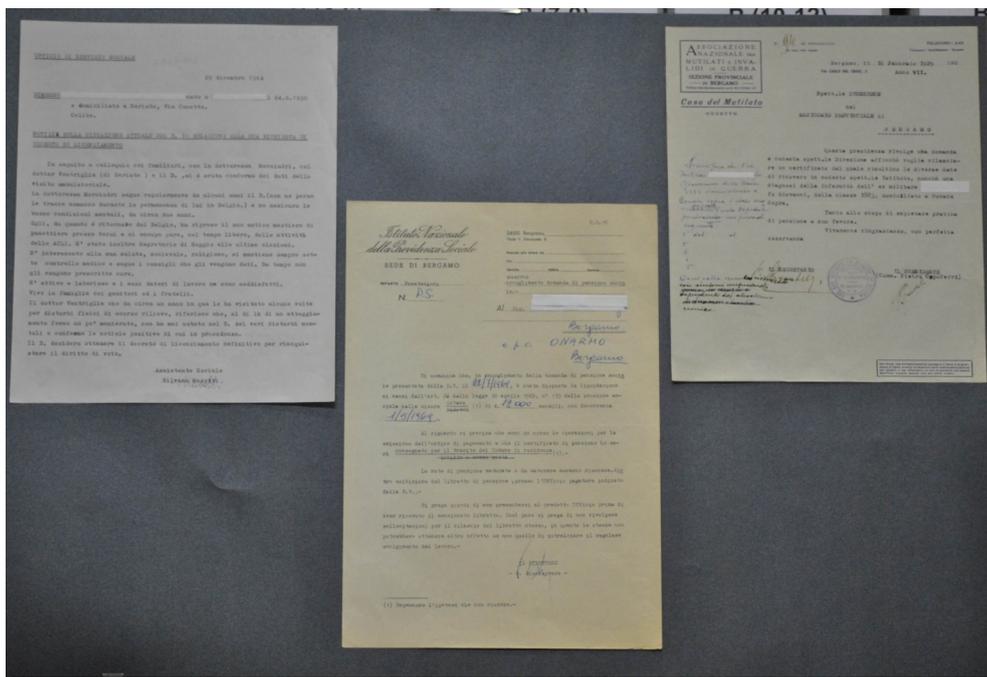
pagamenti, la non presenza e ad appuntamenti, le richieste di nuovi ricoveri...

E quando si parla di rispecchiamento delle ambiguità e delle ambivalenze fra famiglia e sociale si parla anche di come forse il manicomio non fosse che il teatro, la scena dilatata, distorta e allucinata delle teatralità familiari riportate in un altro luogo, nel tentativo, forse, anche di dar loro una nuova cornice o di cambiare ruoli, collocazioni e scene, come se mettere o aiutare ad andare in manicomio potesse dare requie più o meno temporanea alla famiglia e al paziente; non sempre riuscendovi, pur nelle sottrazioni o nelle premure.

E di questa premura sono testimonianza come si diceva non pochi scritti; in particolare colpisce la vicenda di un padre di una maestra che pare essersi ammalata, forse, per un fraintendimento politico.

4. Oltre il manicomio, difficili ritorni - come e dove finivano le vite? -

Se alle contraddizioni delle famiglie, contraddizioni anche forse dovute al dovere ubbidire a una norma sociale più o meno esplicita, ad un ordine sociale da non infrangere, che non assicuravano affatto, per definizione, un riaccoglimento del malato, aggiungiamo la presenza di una modalità di sostegno squisitamente assistenziale (quindi legata spesso solo all'erogazione di danaro) non sempre sufficiente o alle famiglie o al singolo paziente, va da sé che entrare in manicomio voleva dire anche non uscirne, il più delle volte, mai. Certo abbiamo richieste di dimissioni delle donne, come abbiamo visto, non poche volte di uomini che avevano una famiglia, ma abbiamo anche richieste, per gli uomini, di accertamento sul loro stato di malattia solo in relazione al servizio militare, qualche volta per eventuali verifiche in ordine a pensioni di invalidità di lavoro o di sostegno a infortuni sul lavoro. Abbiamo quindi numerose richieste di verifiche e di controlli, certo anche al fine di erogare pensioni, per altro poi erogate, o sussidi (tutto oculatamente controllato e verificato con corrispondenze incrociate), ma non si registrano progetti di istituzioni fra loro dialoganti per restituire possibilità e un futuro ai pazienti. Solo verso gli anni '70 del XX secolo ci sono le prime tracce di una possibile riprogettazione di vite con la comparsa anche della figura dell'assistente sociale che con il medico dava conto di ipotesi di rientri nella vita corrente. Anche se non sono poche le dimissioni per scomparsa di sintomi eclatanti o della condizione di pericolosità a sé e agli altri, non si ritrova poi cosa accadesse al dimesso e in che cornice questa dimissione avvenisse.



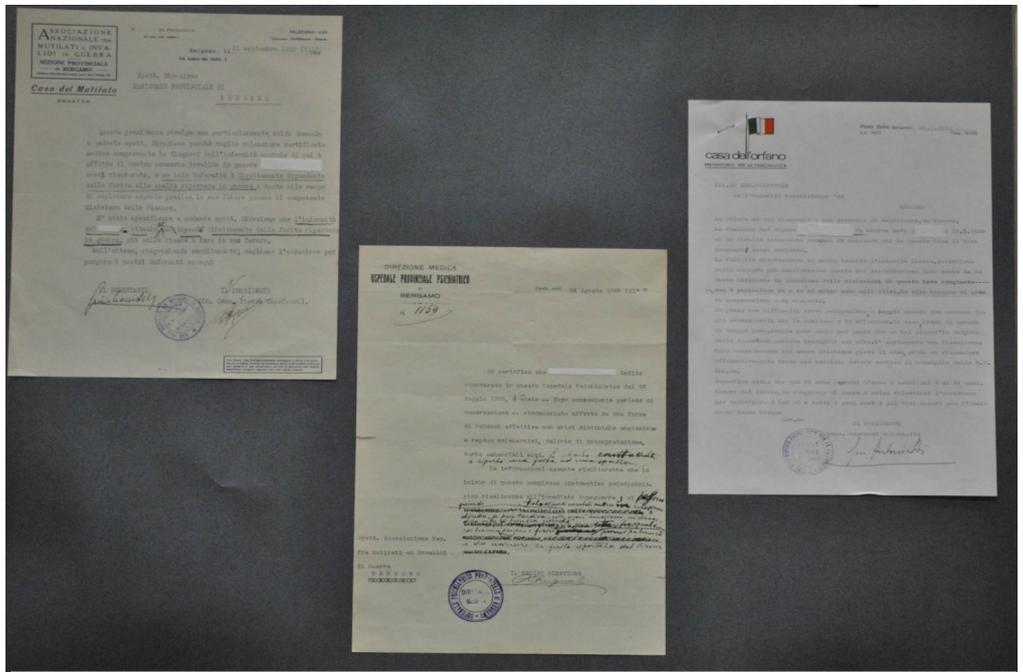
4.1 È degli anni '60 la prima esplicita richiesta di un paziente, suffragata dalla relazione di un'assistente sociale, di poter riacquistare il diritto di voto evidenza di una ricerca, come si può leggere dalla relazione stessa, di una vita normale. Ma quali prospettive si aprivano per chi usciva senza la sicurezza di un possibile lavoro?

Ora come allora c'era la pensione... per la quale è chiesto di "non rivolgere sollecitazioni", al fine di non "intralciare il regolare svolgimento del lavoro" da parte dell'INPS.

Per l'ottenimento di una pensione si incrociano corrispondenze fra i vari uffici come nel caso della richiesta dell'Associazione Nazionale per Mutilati e Invalidi in Guerra per un paziente ex militare.

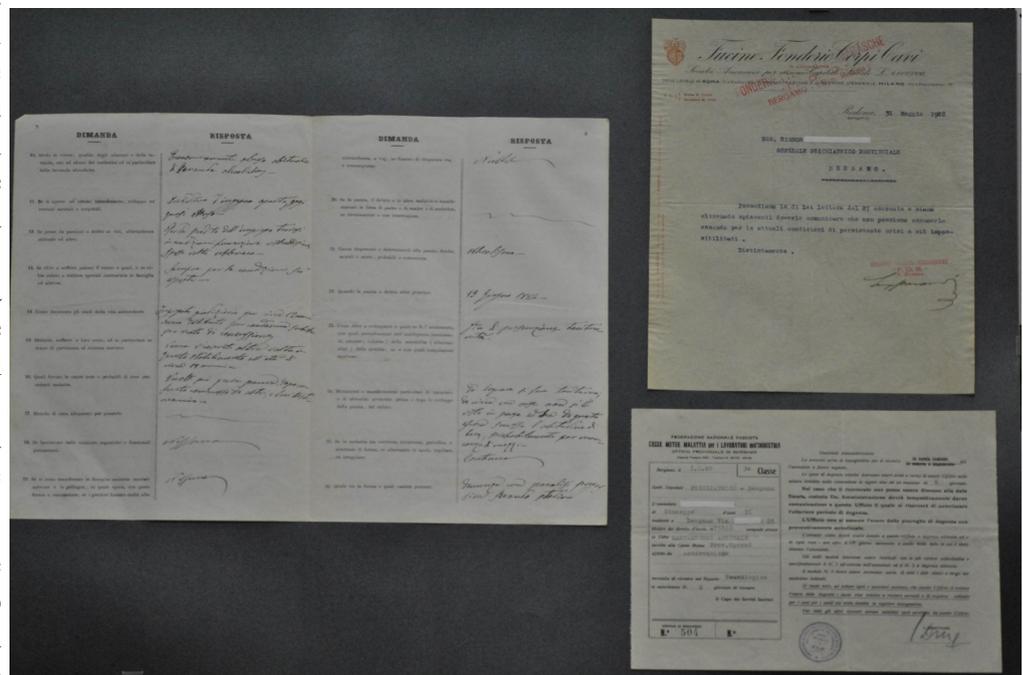
Oltre il manicomio quindi non c'era un posto, oltre la famiglia, dove poter ripensare o pensare il soggetto guaribile o guarito. Quindi difficili, i ritorni nella città. La documentazione che si ritrova riguarda le forme e i modi degli spostamenti dei malati dalle proprie residenze al manicomio o a succursali o dipendenze di questo o ad altri diversi altri manicomi, spostamenti non così rari; riguarda le decisioni di ricovero prese dalla autorità, le richieste di conferma di presenza e di esistenza in vita del paziente per erogare o togliere contributi, le richieste di pareri e perizie per infortuni o per traumi di diverso genere e tipo soprattutto in ambito militare e lavorativo; in modo più dolente riguarda il deperimento fisico che portava in sanatorio alcuni dei pazienti, il loro essere dimenticati nella cronicizzazione dopo il definitivo internamento (c'è un passaggio in una cartella clinica in cui viene deciso, dopo un colloquio con una parente, che il paziente rimesse in manicomio in attesa della morte) e infine, come annichilente, c'è la cancellazione dalle liste elettorali.

Questa cancellazione ci dice molto sull'assenza di posto per chi avesse avuto la possibilità di uscire, oltre alle sole alternative del ricovero in altre strutture sanitarie o alla pensione di invalido. Quindi non c'era un "posto" per "quelli fuori posto": questo se confermava il mandato sociale e normativo del manicomio, lo rinforzava a

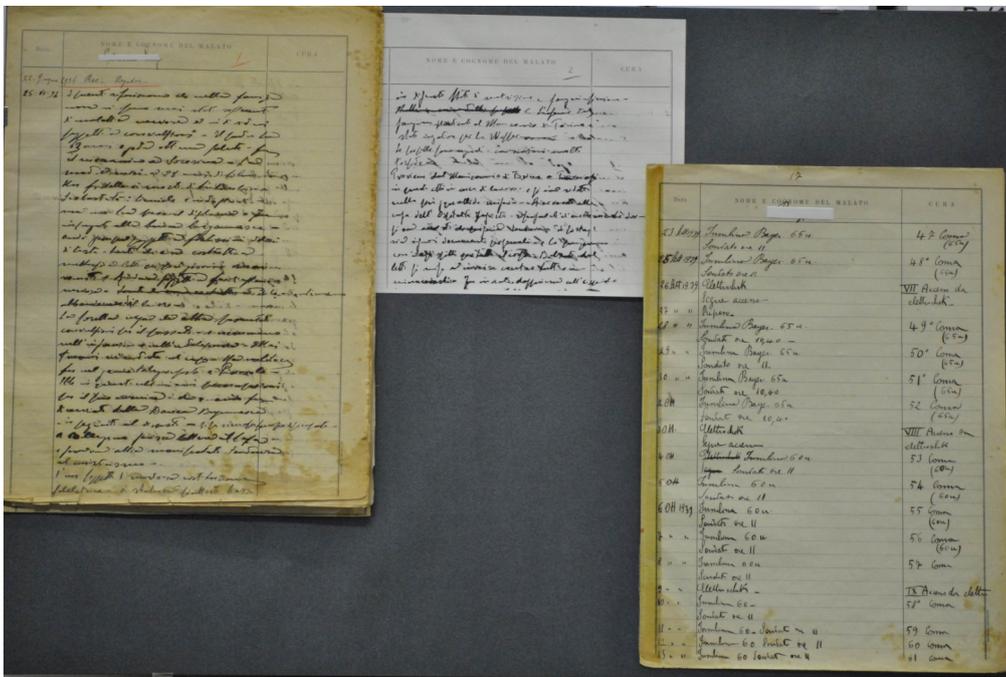


4.2 Ancora l'Associazione Nazionale per Mutilati e Invalidi in Guerra chiede al Direttore del manicomio di redigere una relazione, ai fini dell'ottenimento della pensione, che documenti al meglio il rapporto tra la malattia attuale e le lesioni riportate in guerra; la relazione, in una minuta un po' tormentata, è accanto.

Per Lino, un altro paziente, si prospetta una soluzione inusuale: quella di essere accolto, a 52 anni, come non sappiamo (collaboratore? Ospite atipico?) in un orfanotrofio, il cui responsabile, pur già molto assicurato da più parti, chiede una sorta di garanzia al Direttore del manicomio, segnalando che l'Istituto in cui il malato verrebbe accolto è popolato di "bambini d'ambo i sessi dai 6 ai 14 anni".



4.3 In un altro caso, per la prima volta un breve ricovero (sei giorni) in manicomio è supportato da una regolare impegnativa della Cassa Mutua Operai, cui il malato, dipendente in servizio presso una azienda, era regolarmente iscritto. Ma, cosa fare se il lavoro era già precario prima dell'entrata in manicomio? E senza prospettive dopo, se non in una dimensione domestica e di economia di sussistenza? Alla richiesta di lavoro del paziente B.L. una lettera cortese di una fonderia dà una ferma risposta negativa. Diversa la vicenda di F.G.O. che, perso il lavoro, e trovandosi quindi "in condizioni finanziarie ristrettissime" inizia ad essere "spesse volte ubbriaco". Era già stato degente in manicomio all'età di 19 anni: la strada per un nuovo ricovero è spianata.



4.4 Esempiare la storia di P.L. L'uomo entra per il prima volta in manicomio nel 1934, perché, a causa di "fortissimi dolori di testa" era stato costretto ad abbandonare il lavoro.

Dimesso dopo pochi mesi, rientra una seconda volta, sempre nel 1934, per lasciare il manicomio definitivamente solo nel 1977 (quindi, dopo 43 anni di ricovero), destinato alla casa di riposo della Clementina.

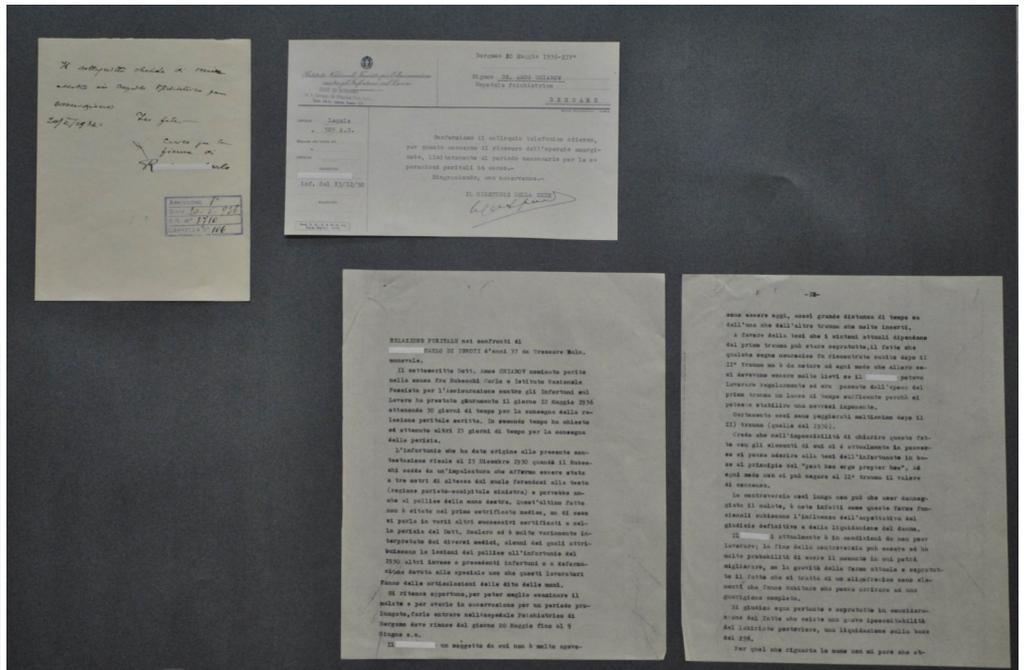
Il secondo ricovero è esito di un trasferimento dal manicomio di Torino, città in cui il malato si era recato in cerca di lavoro "... essendosi ridotto nella più squalida miseria", ed in cui era di nuovo stato male, presumiamo anche per l'esito infruttuoso di tale ricerca.

P.L. continuerà per tutta la vita a soffrire di deliri cronici incoercibili, nonostante 61 comi insulnicini alternati a 9 applicazioni di elettroshock.

tal punto che il manicomio si strutturava su questa non pensabilità di un futuro di vita quotidiana per i pazienti, limitandosi a una cura senza orizzonti e mortificando tutti gli attori coinvolti, in primis pazienti e operatori. Se non c'è un oltre, un luogo dove dare valore al fare di ogni giorno, la cura perde senso e diventa, cronicamente, conservativa.

L'idea di cura non si dà, infatti, se non in una progettazione che trovi un posto per chi non solo può, ma ha il diritto di ritrovarlo, evitando continui transiti da un luogo chiuso all'altro, come se la sofferenza mentale fosse una colpa da espiare.

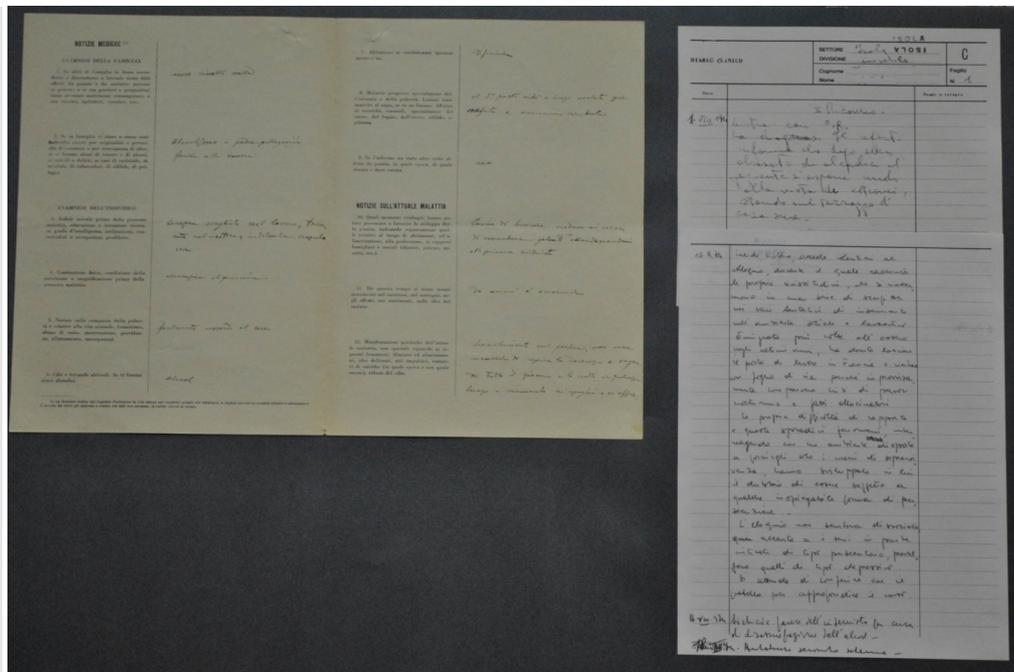
Nessuno ignora la criticità di alcuni comportamenti, ma nessuno può negare che i rischi che si corrono nella "normalità" sono altissimi e come non focalizzati, mentre un paziente psichiatrico allarma e focalizza proprio su di lui, ieri come oggi, il rischio di eventi imprevedibili: ecco allora che c'è il sospetto, a volte poi avveratosi, che sia meglio tenerlo "lontano, chiuso e celato", negando che siamo nati in relazione e che solo nelle relazioni (quelle familiari, sociali, lavorative, di studio) incontriamo le vie per ritrovare noi stessi.



4.5 Si ritrovano tracce di cause di lavoro, in cui il manicomio è utilizzato come luogo di osservazione per una perizia, redatta per altro in termini insieme neurologici e psichiatrici (ricordiamo che la separazione definitiva delle due discipline si colloca intorno al 1975), concernente la capacità lavorative di un malato.

Quest'uomo ha avuto un incidente sul lavoro, che gli ha causato una serie di patologie, che non sembrano però riconducibili, in uno stretto rapporto di causa-effetto, all'incidente medesimo. Nella perizia compaiono però anche considerazioni di carattere psicologico: "...la controversia così lunga non può che aver danneggiato il malato, è noto infatti come queste forme funziona li subiscano l'influenza dell'aspettativa del giudizio definitivo..." Per essere ricoverato, l'interessato ha dovuto formulare una apposita istanza; l'INAIL, in modo certo non abituale all'epoca, si assume l'onere economico della degenza.

4.6 Essere “svogliata sul lavoro, trascurata nel vestire, indolente, crapulona” sono elementi dell’“indole morale” di una donna, che la predispongono alla pazzia; che consiste nel fatto che: “invece di lavorare [va] in caccia di avventure galanti, abbandonandosi alla prima richiesta”. Le vicende della malattia e quelle del lavoro si intrecciano in modi a volte complessi. Un uomo viene ricoverato perché, ubriaco, si esponeva nudo sul terrazzo. Durante il primo colloquio, riconosce il proprio comportamento come anomalo, ma attribuendogli scarsa importanza. Forse più anomala appare allo psichiatra, che la annota in cartella, la circostanza che “Non lo accompagnano parenti”.



La sua storia è quella di un emigrato che, a causa di disturbi psichici inizialmente banali, ha dovuto lasciare il lavoro ed è stato rimpatriato coattivamente dalla Francia.

La faglia è aperta, e lui comincia a pensarsi perseguitato, oltre ad essere ovviamente depresso; beve...

5. Essere altro da sé

- ogni tanto, spesso e per sempre ci si può tradire e rinnegare

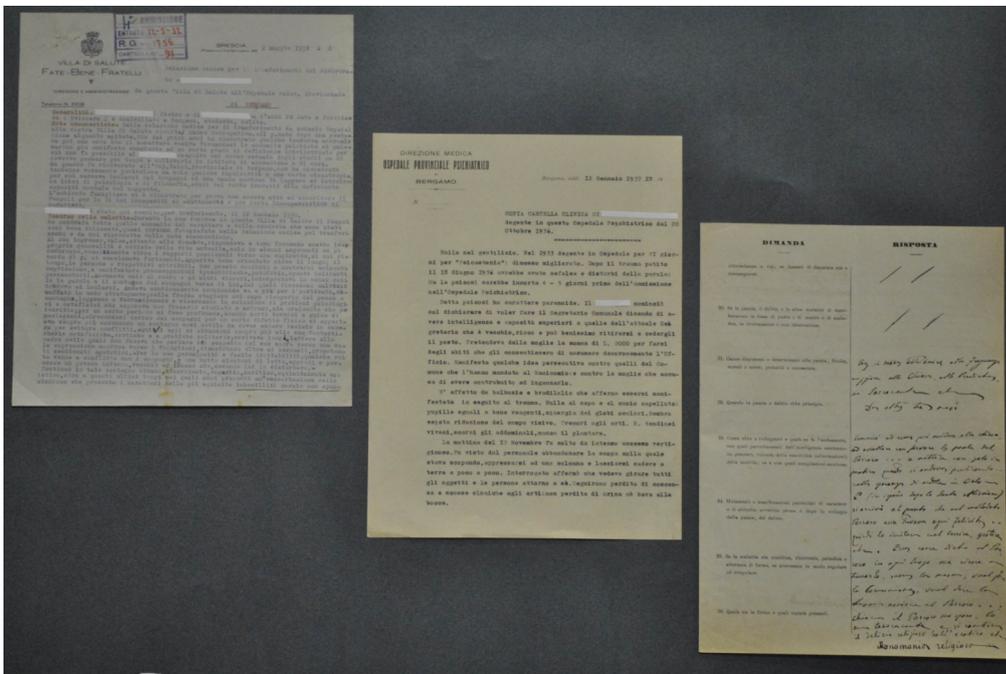
Certamente tutti noi abbiamo a volte, forse neanche poche volte, desiderato di essere diversi da come siamo; legittimo desiderio che ha il suo positivo segno nell’anelito e nella ricerca di cambiamento, di emancipazione, di maggiore comprensione e possesso di sé e del mondo, pur nella continuità della propria identità. È il desiderio di superare i propri limiti e vincoli andando oltre la condizione da cui si parte, condizione che non sempre può apparire o è ideale per chi la vive, che ci fa fare ipotesi o a volte solo “sogni ad occhi aperti” su come potrebbe essere, su come potrebbe andare, su come si potrebbe... Essere altro da sé quindi appare, per molti di noi, un desiderio del tutto creativo, segno di disponibilità alla metamorfosi e al rimettersi al mondo, ma... Può anche essere fuga dalla realtà, fuga dal dolore di dover fare i conti con la realtà che si vive, che si subisce e che ci si è costruiti, magari per forza.

Allora se questa fuga resta divagazione, “sogno ad occhi aperti” con la capacità di tornare sui propri passi, se questa fuga la si governa in termini di piani di azione che sono realisticamente declinati rispetto alla realtà che si vive, se questa fuga si sa essere una fuga sapendo anche tornare dove si è, e restarci... allora, ci si può pensare vitalmente in contatto con sé.

Altro è scambiare un desiderio, una tensione, con un dato di fatto, con qualcosa di accaduto in un presente storico destoricizzato e allucinato nel suo esser sconnesso fra sogno e realtà; altra cosa è se si afferma come accaduta, realizzata, agita e anche accettata e legittimata socialmente la dichiarazione di un desiderio che viene rivendicato come fosse un dato di realtà da cui gli altri non possano prescindere.

E per altro ci sono desideri e desideri! Possibilità e possibilità: se già molte di quelle auspicate per se stessi possono essere irrealistiche per chi ha strumenti e risorse, quasi tutte diventano una sorta di discorso doloroso e vano, soliloquio inascoltato per chi non solo non ha risorse materiali per tentare di..., ma non ha neanche i mezzi concettuali, le cognizioni di causa per prendere atto dell’assoluta aleatorietà incredibile agli altri, e forse anche a se stessi, di ciò che si vorrebbe affermare come realtà.

Non poche volte è già la cerchia dei prossimi (familiari e conoscenti) che sottolineano e avvertono, e quindi



5.1 *Il delirio non è, in psicopatologia, una struttura insensata. Se la malattia mentale distrugge la rappresentazione abituale del mondo, insieme con l'integrità del soggetto che di questa rappresentazione è autore, il delirio serve a ricostruire una parvenza di realtà, che possa, per quella persona, sostituire, per poco o per molto tempo, quella ordinaria. Senza, si rischierebbe di cadere nel vuoto.*

Qualche volta, forse, nei pazienti cronici, i deliri, specialmente di grandezza o a contenuto erotico-sentimentale servivano anche a proteggere da una realtà di vita quotidiana, nel manicomio o fuori, assai difficile da tollerare. Così un paziente crede di essere uno scienziato e si aggira per i porticati: "...leggendo o fantasticando e ricercando la soluzione di problemi... metafisici, che esprimeva con linguaggio studiato e astruso".

Un altro, nel 1937, vuol fare il segretario comunale, ritenendo di esserne assai più capace di quello in carica. Fervente nel seguire la Messa, una donna comincia ad innamorarsi, ma anche ad identificarsi col parroco; ne imita i gesti liturgici, credendosi investita di una missione divina, ma insieme vuole sposare il sacerdote

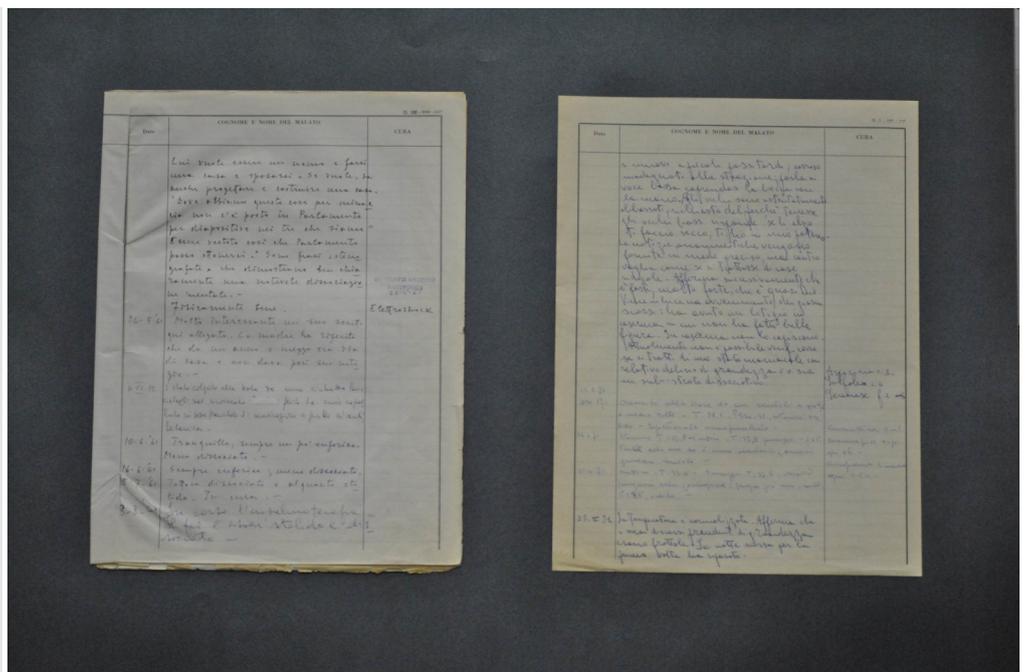
da non dire neanche pena una precisa e decisa condanna sociale e (prima ancora) familiare.

Il delirio è quindi l'insieme delle "fole" della povertà e dell'impossibilità a desiderare anche il minimo?

5.2 *Quando la malattia diventa di lunga durata, il delirio perde la sua originaria ricchezza, e tende a farsi destrutturato e ripetitivo. È il caso di T., che dice che: "...non c'è posto in Parlamento per diapositive nei tu che siamo..."*

In calce al foglio di diario, lo psichiatra lo definisce "assai stolido e dissociato"

Ancora, la storia di un soldato, che arriva in manicomio dopo un litigio in caserma, si crede Dio, e quindi, per proteggere il medico che lo interroga, non alza gli occhi; se lo guardasse, lo "farebbe secco"



denunciano come stato di malessere, l'eccentricità del parlare "a vuoto" di chi sarà paziente.

È forse questa una delle avvisaglie più sofferte e sofferenti, perché molto, molto pubblica, e quindi anche più aggressivamente distruttiva dell'identità del futuro paziente che si trova intorno continui commenti, fatti non sempre con toni benevoli, del tipo: "Ma tu sei matto! Che dici!"; "Sarai mica impazzito,... cosa vai dicendo"; "Ma sei proprio fuori, ma non ti accorgi di quel che dici e pensi?"; espressioni tipiche che accompagnano un desiderio distorto o forse un desiderio che, all'inizio, non avrebbe dovuto neanche essere portato fuori; forse all'inizio di ogni delirio ci può essere un desiderio, in principio, al suo sorgere, legittimo, se pur non fattibile: non colto, non compreso, forse troppo criptico o forse violentemente aggredito e

5.3

5.4

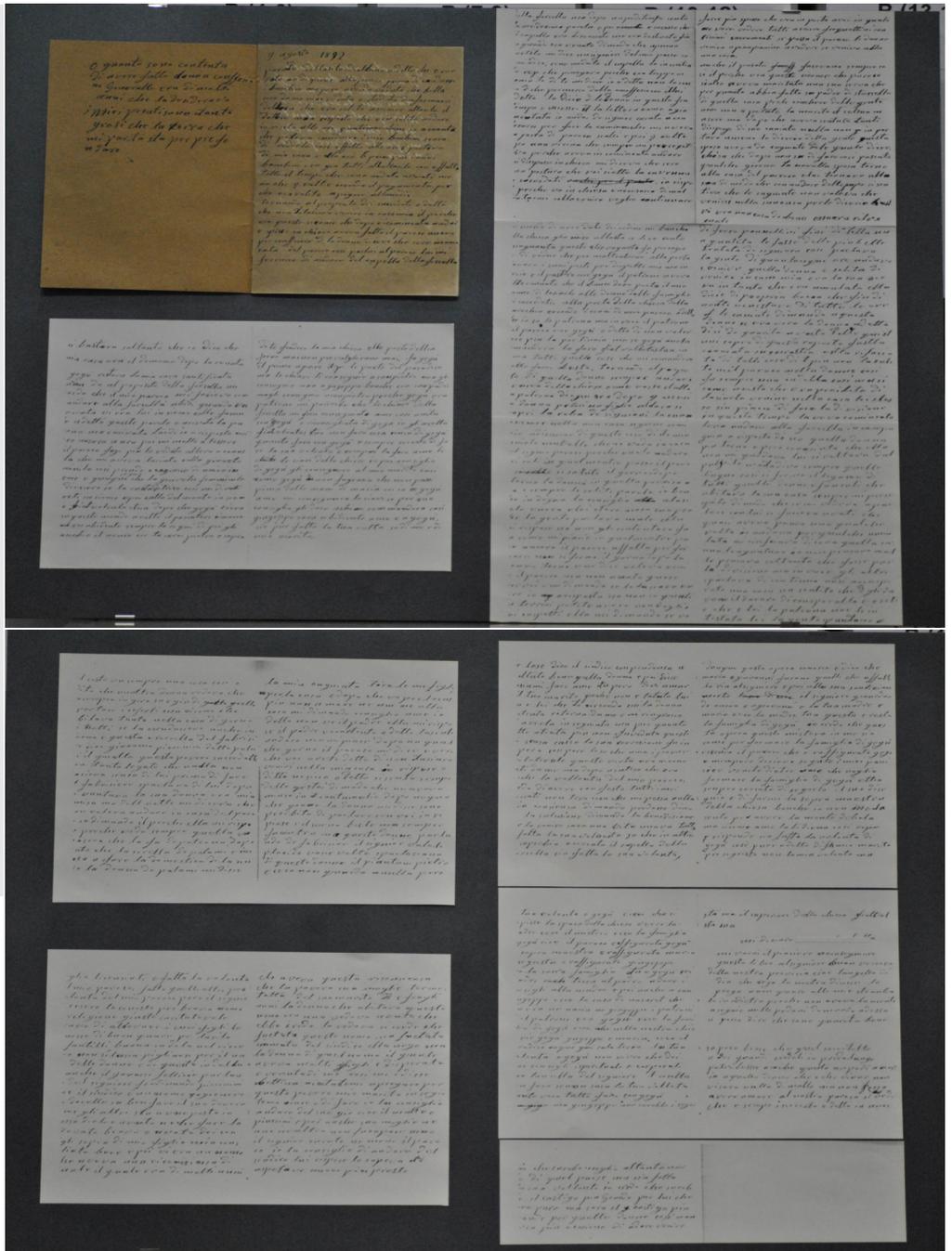
Particolare il caso di Cristina. Sul finire del XVIII secolo, la donna sente addensarsi intorno a lei (dentro di lei) una tempesta di forze, del bene e del male, che iniziano a scontrarsi, agendo su e dentro ogni singolo evento della vita degli uomini.

Lo scontro è in un crescendo continuo, ma Cristina sola, nel mondo, sembra avere consapevolezza della fine che si approssima: è quindi a lei che tocca combattere affinché il bene prevalga. Per questo, d'altronde, si accorge di colpe di essere diventata Gesù.

La narrazione, che legge con un eguale attenzione eventi ultramondani e piccoli fatti di ogni giorno, (che dai primi ricevono però una speciale luce di senso) si svolge per pagine e pagine, in una sorta di diario, scritto con chiara, composta e ordinata grafia.

O dell'incapacità di desiderare o di non sapere di poter desiderare o dell'assenza di un desiderio vero perché concretamente agibile.

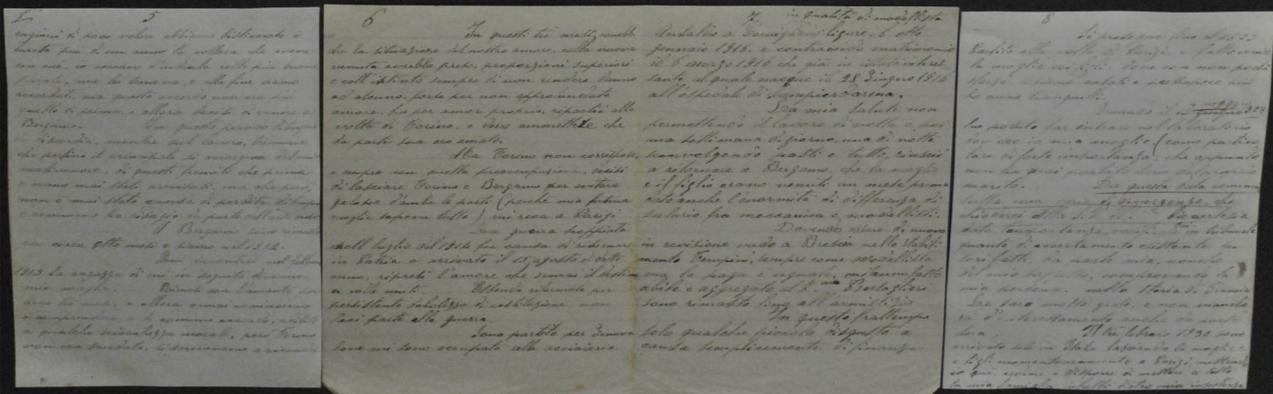
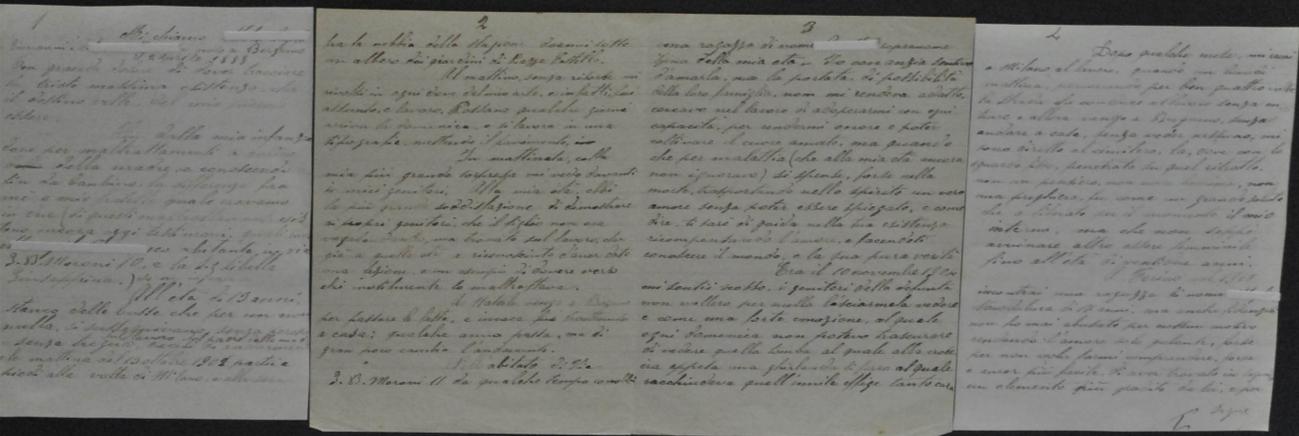
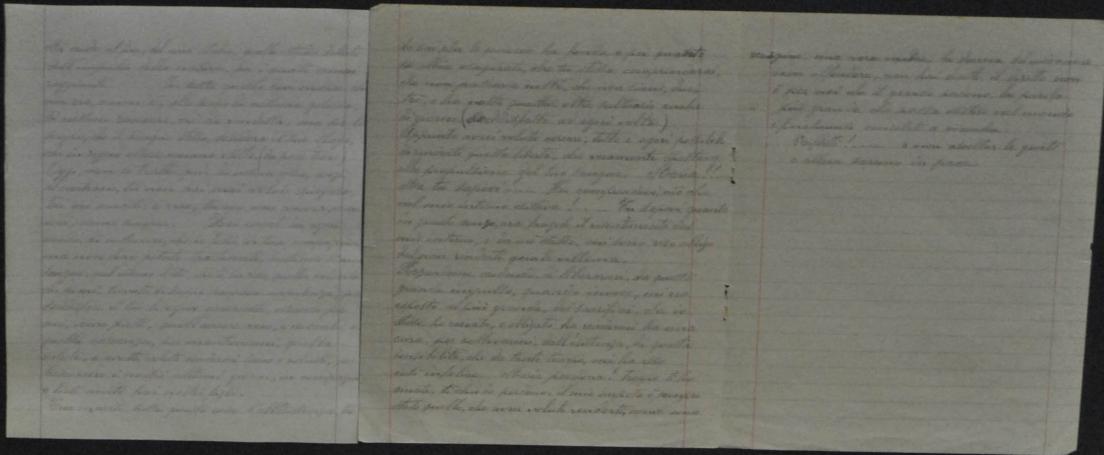
Si parla di delirio; e le cartelle ne rendono conto in modo esteso: spesso collegati, i deliri, al bere molto, all'esser dipendenti dall'alcool che sappiamo molto aiuta a perdere i contatti con la realtà e far straparlarne, a far farneticare disperatamente per qualcosa che non accadrà mai e che per la quale, forse, si beve in un circuito di inabissamento che non si riesce a chiudere. Deliri ci sono anche in situazioni di relazioni affettive inquiete, rotte, raffreddate; in situazioni di estrema povertà, precarietà e quindi di senso di impotenza, di senso di vulnerabilità massima che espone le persone al vuoto del presente e del futuro dando loro come possibile uscita solo il farneticare di ciò che non avranno mai, neanche nelle sue forme più accessibili o fattibili. Deliri ci sono dopo traumi familiari, per morte, scomparse, migrazioni, malattie; e ancora, ci sono per traumi di guerra e di lavoro, nonché in esito a malattie mal curate che portavano il paziente a situazioni di totale perdita di controllo delle proprie forze e quindi di controllo della propria vita. Ora, se del delirio è possibile recuperare cause esogene, esplicitamente riportabili ai contesti di vita e alle biografie di ogni singolo paziente, dobbiamo anche presumere nicchie interiori, pieghe, modi di essersi costituiti che favorivano queste espressioni; nel modello di psichiatria che si va cercando di definire, come in un anello di Moebius che sta fra interno ed esterno, sostanzialmente eliminandone la differenza e insieme facendoli coesistere, cause esogene e cause endogene si embricano fra loro in una continuità dovuta proprio a faglie, sconessioni e rotture interne che sono colmate, in ordine a eventi esterni traumatizzanti, da parole confuse, pur se portatrici della verità di quel paziente. Forse non tutti vogliono essere dei brutti anatroccoli e dei miserabili, ma non a tutti è dato diventare cigni ed esser re, neanche nel piccolo regno di casa propria, se la si ha e se c'è qualcuno con il quale giocare.



6. Scritture, corrispondenze

- lasciare tracce di sé, dire qualcosa anche al limite

6.1



6.1 6.2

Dalla narrazione scritta dei deliri, ad autobiografie estese a tutto campo, che leggono in termini spesso di grande coerenza affettiva, se non cognitiva, le vicende della vita e quelle della malattia. Mal separabili, tra l'altro: la solitudine affettiva, la miseria, la mancanza del lavoro, e delle reti sociali che gli si accompagnano, il non avere nemmeno quel poco che consente, stando all'osteria, di stare con gli altri di avere degli amici... predispungono, e sono altrettanti fattori di rischio per lo sviluppo di una malattia psichica.

Malattia che, quando poi c'è, condiziona la vita e ancora la peggiora, cercando insieme di difendere da vissuti peggiori: se all'osteria tutti parlano male di te, almeno ti parlano, ti vedono e quindi non sei così solo... E allora, la malattia va narrata, perché è la vita, e va raccontata come si vorrebbe raccontare la propria vita ai nipoti; ma i nipoti non sono lì, non possono essere lì ad ascoltare (o forse non ci saranno mai...).

E allora, si scrive.

Strettamente legate al delirio e ai rapporti con la famiglia e al “deserto dei tartari” che circondava il manicomio, sono le tracce grafiche dei pazienti; nelle cartelle se ne sono ritrovate: dei pazienti, dei familiari e anche ovviamente di chi gestiva il caso.

Nel caso dei pazienti, che è quello che ci interessa, a volte solo grafismi, altre volte veri e propri diari; altre volte corrispondenze, altre scritture dell'anima, altre volte trascrizione del proprio delirio.

Si va dalla cartolina ricevuta dai familiari, alle lettere dai e ai familiari, a veri poemi di invettive, ad abbozzi di autobiografie... sono spesso scritture involute, sempre come sovrapposte, con un'attenzione estrema alla calligrafia con spazialità non sempre regolari, che si avvoltolano su di sé vuoi per scelta, vuoi per mancanza di spazio. La scrittura era ovviamente legata al livello di istruzione largamente modesto, quasi sempre dichiarato analfabeta”, a causa del ritardo italiano nel

6.3

La parola non è solo lo strumento con cui l'uomo comunica: è, in realtà, lo strumento con cui dichiara la propria esistenza agli occhi degli altri.

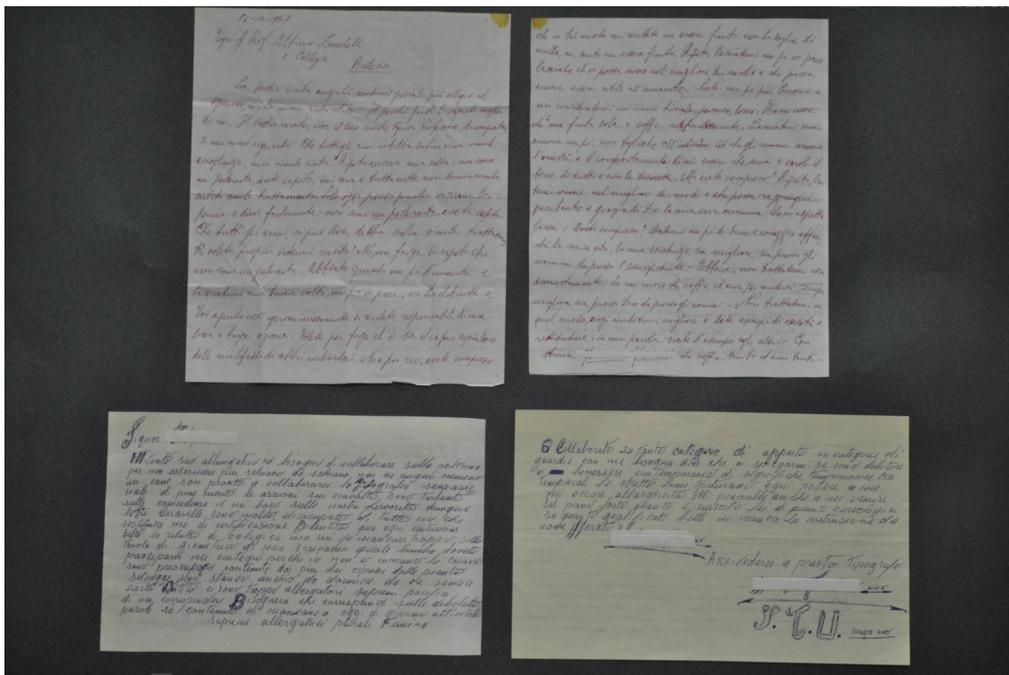
Se qualcosa è messo in dubbio, la sua affermazione deve essere più forte, e spesso, allora, si urla. Ma urlare è una cosa da matti, che ti fa finire in manicomio...

La parola scritta, composta in solitudine tranquilla, dichiara e comunica. Più affidabile, nella sua realtà materiale ed immutabile. Anche più credibile: scritti sono i documenti, i libri, le cose importanti...

Come si fa a pensare che una cosa scritta possa non essere vera?

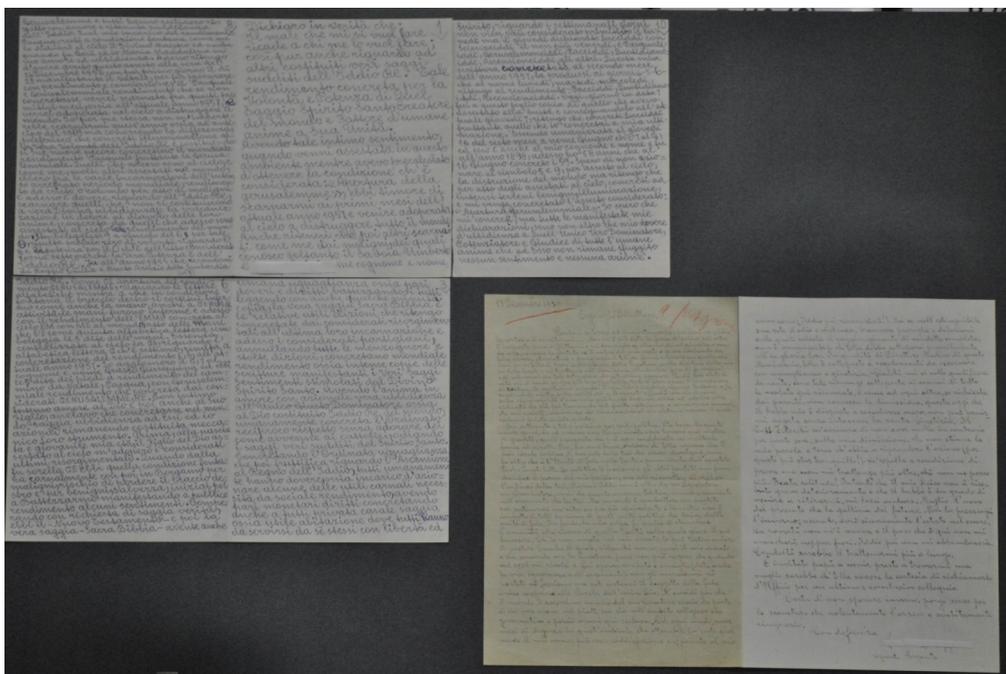
In una lettera al curante, un uomo ripete infinite volte di non essere “un pederasta”; non sappiamo quanto l'accusa venisse da fuori di lui...

Un biglietto lungo e apparentemente sconclusionato racconta di conflitti legati, forse, ad un lavoro perduto.



dare gli strumenti primi per dire di sé al popolo; in questo caso ci sono solo firme che attestano presenze, presenze che prendevano atto e che firmavano atti per tutelarsi o per ottenere qualcosa.

Ma si rintraccia un quaderno ordinatissimo, un quasi trattato teologico..., una biografia ampiamente scritta su un foglio di un metro per cinquanta, fitta come non mai, un arazzo di istanti e pensieri... La mente di chi soffre vuota non è; è molto, molto piena, ingombra e forse anche potenzialmente fertile, una volta e ancora, se ci fossero i canali (come dimostrano gli esiti dei laboratori odierni dentro e fuori dai reparti e dai servizi); menti ricche,



produttive, piene di immagini e di pensieri non ascoltati, non detti, senza interlocutori quasi sempre, se non i soli infermieri e medici, forse soli anche loro in una sorta di vaniloquio e di grafie manierate e involute collettive.

C'è quasi la necessità, ora che si sono ritrovate questi non molti, ma a volte perentori segnali, di una ricerca sulle tracce grafiche lasciate sui muri dell'ospedale: chissà quanto "non detto" e "non scritto".

6.4 Una lunga autobiografia, redatta con grafia apparentemente infantile, in realtà pervasa da fantasmi di ossessione e controllo e da una sorta di horror vacui racconta frammenti di trasfigurazioni tra paradiso e inferno, ma contemporaneamente avverte che: "...ebbi timore di scannarmi ai primi mesi dell'attuale anno 1957..." I suicidi, ovviamente, non erano – e non sono – rari tra i malati.

Un altro paziente, nel 1939, chiede di essere dimesso, perché la permanenza in manicomio gli causa il timore "...d'esaltarmi e perder l'equilibrio psichico." Dice di essere ricoverato per un reato politico. In Italia, in realtà, non vi fu mai, neanche in epoca fascista, l'uso repressivo della psichiatria assai diffuso invece in altri paesi. Continuando a leggere vediamo che il suo ideale politico, il "nocciolo della tesi che cercai di divulgare non è altro che – l'Unità di Fede nella Verità – preconizzata dall'apostolo Paolo".

Oltre e accanto ai familiari, agli Enti mutualistici, previdenziali, e/o di assistenza pubblica e a interlocutori possibili, desiderati, forse richiamati con questi scritti, ci sono le lettere al Direttore dell'Ospedale Psichiatrico; lettere che chiedono di uscire, di rientrare, di essere ascoltati, compresi: fra

lamentele e il bisogno di essere visti, di non essere dimenticati da quello che possiamo immaginare vagamente come un "re in solitudine"; solo anche lui, senza orizzonti se non la cura nella solitudine di una psichiatria che allora, pur fra gli sporadici tentativi di una sua diversa declinazione già tentati lungo il corso dell'800 e del '900, era stata zittita anch'essa.

Per questo forse, in larghissima parte, le cartelle stilate dai medici sono ricche, particolareggiate, attente e puntuali. Anche loro scrivevano per dire che c'erano.

Era un mondo in cui forse tutti avevano necessità di dire a chi stava fuori e li aveva murati – credendo di rimanere immune da contagi e da richieste e da relazioni – *che essi c'erano*. Che il manicomio aveva una sua pur allucinata, borghesiana vita, distorta e improponibile se vista con gli occhi di oggi, ma forse la sola pensata e voluta dai più, dall'opinione pubblica di allora.

Per questo, molto scrivevano tutti; forse riflettevano senza risposte, ma lasciando una traccia che oggi ce li restituisce nella loro, pur in parte offesa, vitalità. Sono tornati.

...scrivevano molto, pazienti (quelli che lo sapevano fare) e operatori; forse riflettevano senza risposte.

E questo ben può fare impazzire.

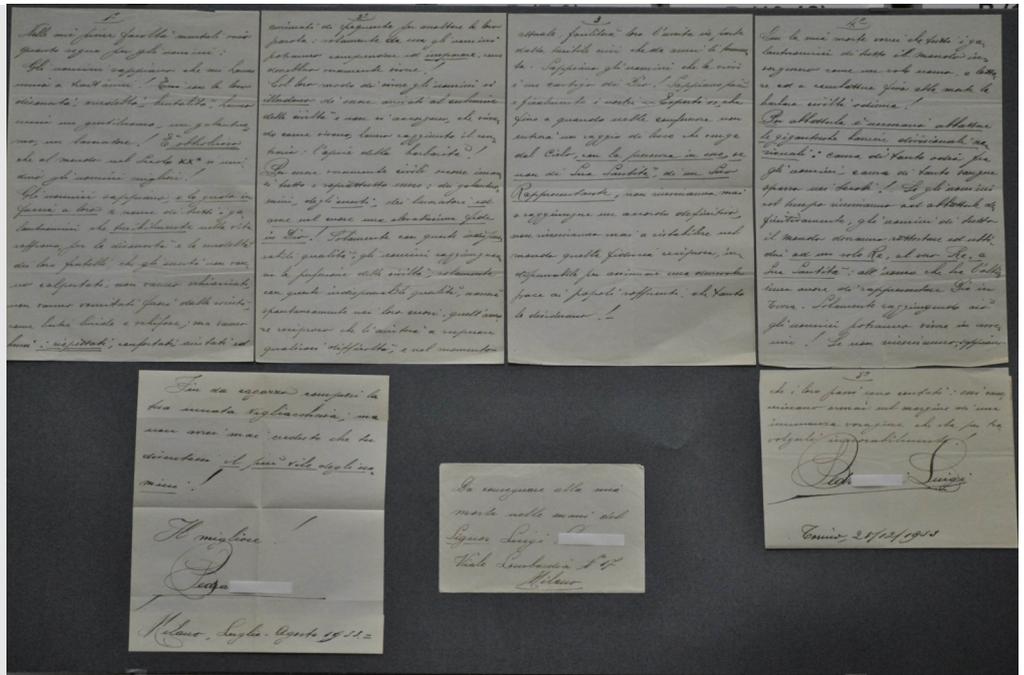
Ma d'altra parte molto conserva "interamente umani"

6.5

**“Gli uomini sappia-
no che mi hanno uc-
ciso a trent’anni!”**

Incipit drammatico di un lungo testo, in cui si mescolano evocazioni dei rapporti tra il Re ed il Papa, considerazioni mistiche, ed umani e condivisibili dolori per tradimenti e abbandoni.

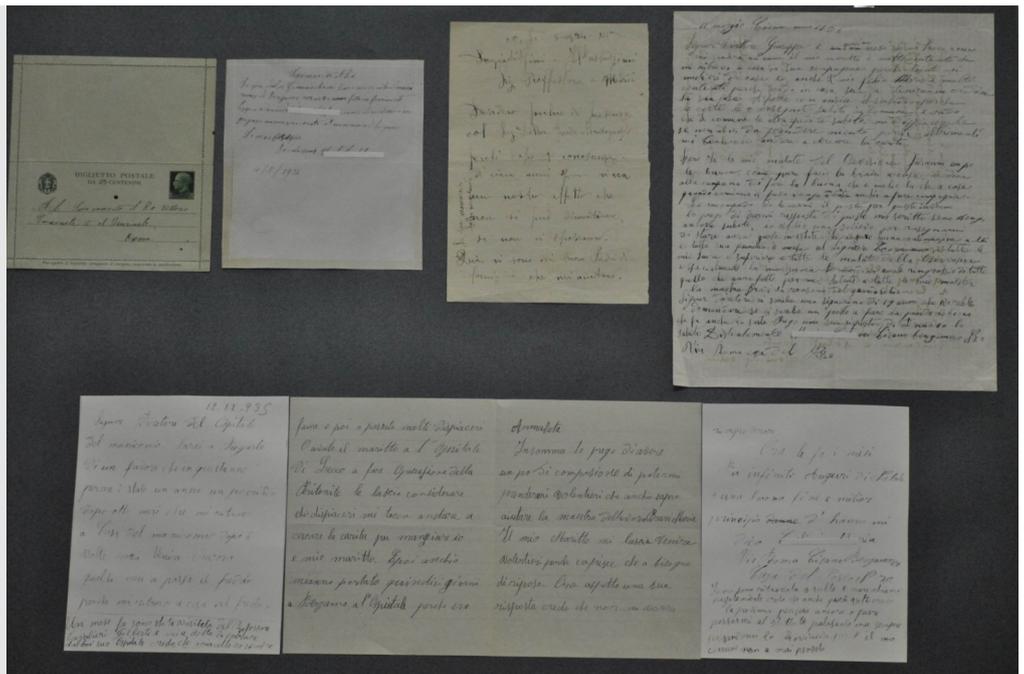
Solo due consolazioni: sapere che “...essi camminano ormai sul margine di una immensa voragine che sta per travolgerli inesorabilmente” e lasciare una lettera ad un amico che lo ha tradito, dandogli del vigliacco: lettera che, per restituirle senso e valore, dovrà essergli consegnata dopo la morte dell’autore.



6.6

E poi, corrispondenze che riguardano la malattia ed i suoi rapporti con il manicomio. Rapporti non sempre negativi, poiché la struttura, con le sue pur dolorose rigidità poteva, per alcuni, divenire una sorta di tenace, contenitiva e protettiva seconda pelle.

Un uomo scrive al re Vittorio Emanuele, lamentando di essere chiuso in manicomio, anziché in carcere, come gli competerebbe per le sue azioni. Curiosa affermazione di responsabilità, che è però anche perentoria richiesta di riconoscimento di diritti di cittadinanza.



Nel 1934 (la malata non dimentica di aggiungere che è il XII dell’era fascista), una donna scrive rivendicando il proprio amore per uno dei curanti, e chiedendo di poterlo incontrare.

Un’altra donna, a casa da un mese, ringrazia il “Signor Direttore Giuseppe”, di cui sembra avere nostalgia. Nostalgia ha certamente delle sue compagne “del Osservazione” che spera “faranno un po’ le buone”.

Ma nostalgia pare avere, soprattutto, della temporanea tranquillità economica che il ricovero in manicomio le aveva dato: se non arrivasse alla svelta il sussidio, le “...tocherebe andare a cercare la carità.”

E per finire una donna che, quasi timidamente, fa presente che “...questanno per me è stato un anno un po’ critico.”. Così, essendo già stata in manicomio 6 volte, dopo otto mesi che si ritrova a casa, vorrebbe tornare ancora al “Ospitale del manicomio”. Forse, rispetto alla sua vita, in cui patisce il freddo, il manicomio diventa davvero una alternativa “ospitale”.

Corrispondenze che evocano anche un altro aspetto: il ruolo del Direttore all’interno del manicomio; ruolo solitario, legalmente onnipotente, ma anche molto distante, quando i malati diventavano, come non di rado, tremila.

Conclusione

Il lavoro, ovviamente iniziale e preliminare a percorsi di indagine più focalizzati e analitici di lettura delle cartelle cliniche dell'ex manicomio provinciale di (Bergamo), ha avuto come fuoco il rapporto dell'ospedale con il territorio circostante e viceversa; per questo non sono stati fatti accenni a situazioni legate a vicende di più ampio respiro come le guerre e gli accadimenti politici nazionali; vicende che pure hanno importanti ricadute sugli equilibri psichici delle persone favorendo l'insorgere di inattese acuzie di sofferenza e disagio esistenziale.

Come si è visto si sono cominciati a evidenziare, per accenni che rimandano a vicende lunghe e complesse oltre che dolorose, alcuni possibili ambiti di indagine quali le carenze alimentari legate ad un'economia di povertà e precarietà, l'abuso di alcool legato probabilmente all'insostenibilità della vita quotidiana, i rapporti nella famiglia dei pazienti e di questa con l'ospedale, il lavoro, la tensione spesso naufragata del volere essere altro e in altri luoghi e infine la necessità e il bisogno insopprimibili di dire di sé.

Il materiale è molto variegato e ricco per quasi tutti gli ambiti di indagine, tranne, significativamente, per quello dedicato al lavoro.

Lo si è comunque preso in esame al meglio, giacché che l'iniziativa di questa mostra nasce nell'ambito del Progetto "Lavoro&Psiche", voluto dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia e da Fondazione CARIPLO, che lo ha anche generosamente finanziato* e che è finalizzato proprio a favorire l'inserimento lavorativo di persone, oggi, con problemi psichici; reinserimento che sarebbe un ulteriore, significativo passo verso l'inclusione sociale di chi soffre, speso additato piuttosto che aiutato. Aiuto che avrebbe ricadute sociali, culturali ed economiche non irrilevanti nelle comunità.

Vale dunque la pena ritornare su questo ambito cruciale e nodale per evitare il rischio che, ancora, i pazienti non possano mai uscire dal circuito della malattia.

Come già si diceva la grande maggioranza, o meglio la quasi totalità, delle cartelle incontrate nel ripercorrere l'archivio danno conto di persone con mestieri che le collocavano nella categoria dei miserabili, dei poveri o in quella di chi è appena in grado di disporre dell'indispensabile; tutti in situazioni di massima precarietà.

Quindi quando arrivavano in manicomio avevano già un lavoro che perso, anche solo per pochi mesi, sarebbe poi stato difficile ritrovare o riprendere; questa opacità, se non impossibilità di pensare a un possibile futuro poteva suggerire sia al malato sia all'ospedale comportamenti e interventi che procrastinassero l'uscita o che la rendessero difficile o non desiderabile.

Quale possibile lavoro per i pazienti in uscita che, assicurando un minimo di reddito, restituisse loro un'idea di sé competente, ma anche una possibile definizione o ridefinizione d'identità? Quali possibili lavori per i pazienti per dare loro un minimo "per potersi rimettere in moto" facilitando anche rientri in famiglia e in comunità?

Pare che la domanda non se la ponessero né chi mandava o accompagnava i pazienti, né chi li accoglieva come se l'episodio o la situazione di sofferenza sospendesse ogni abilità, invalidando completamente la persona in stato di malessere.

Eppure una volta tornati era chiesto loro di essere utili per sé e la famiglia, quando tornavano! Se tornavano! Ma forse non tornavano per un comune sentire fra contesto sociale, ospedale e famiglia di una perdita irreparabile delle passate abilità, anche se minime: probabilmente addirittura il manicomio ha finito per svolgere anche una funzione di sostentamento in termini economici di situazioni al limite: sorta di *welfare* alla rovescia, per molti doloroso.

Ora in questo orizzonte di massima e pervasiva stigmatizzazione invalidante rispetto alla sofferenza del paziente, certo non poteva essere pensato un futuro *fuori*, con un lavoro, ma certamente solo *dentro* con attività utili al mantenimento autoreferenziale del manicomio stesso (quella che poi sarebbe stata definita eufemisticamente *ergoterapia*).

Non avere un lavoro, allora come ora, è una condizione di un possibile grave attacco alla costruzione e al mantenimento di un'identità sufficientemente sicura di sé; identità capace di pensarsi, ma anche di essere pensata, in un futuro.

Uno dei grandi cambiamenti offerti dalla psichiatria contemporanea alla concezione (o alla rappresentazione) sociale della malattia psichica è proprio il fatto di poter non pensare, concepire e aprioristicamente ritenere una persona che soffre mentalmente come completamente invalida ma come una persona che, avendo conservate molte delle proprie risorse, e avendone almeno in parte recuperate altre, può ancora, può certamente, accedere a un lavoro.

Avere un lavoro vuol dire aprire i propri orizzonti, incontrare altri, vivere diverse sfere della realtà; pare che la vita dei pazienti, invece, si muovesse, in modo ripetitivo e senza sbocchi, fra uscite da casa e rientri in manicomio.

Se ci fosse stata l'idea di un possibile, certo ritorno al lavoro, forse questo claustrofobico movimento di andata ritorno patologico si sarebbe rotto a tutto vantaggio di nuovi equilibri sia per il malato, sia per la famiglia, sia per il contesto sociale che non avrebbe vissuto solo come una perdita e una spesa una persona sofferente, ma non sempre e per definizione incapace.

Così, alla conclusione di un percorso che vuole sostenere l'intenzione di assumere un malato o di accettarlo serenamente come erogatore di un servizio, si propone una sintesi di quale è oggi, ad oltre trent'anni dall'abolizione dei manicomi, il modo con cui la psichiatria lombarda cura i propri pazienti e ne sostiene il reinserimento familiare, sociale e professionale.

♦ Il progetto "Lavoro & Psiche", sottoscritto fra ASL - Ente individuato come capofila - e Fondazione Cariplo, è mirato a favorire l'inserimento lavorativo di Pazienti psichiatrici grazie al coinvolgimento attivo di altri Enti / soggetti presenti nel Tavolo Tecnico i quali si impegnano a:

- realizzare azioni e convenzioni che possano garantire nel territorio l'applicazione reale di tutte le normative e gli strumenti possibili per favorire l'integrazione lavorativa dei Pazienti;
- fornire informazioni ed assistenza alle aziende e agli enti del territorio coinvolti nei percorsi di integrazione lavorativa dei Pazienti;
- Attivare i Servizi presenti nel territorio per supportare i percorsi di integrazione lavorativa in funzione di un miglioramento qualitativo della vita dei Pazienti ;
- Realizzare attività di sensibilizzazione, finalizzate al superamento dei pregiudizi e dello stigma sociale, con il coinvolgimento dei Pazienti psichiatrici, dei loro familiari e dei principali attori del sistema della salute mentale e del lavoro dei Pazienti;
- Collaborare con i Coach dedicati all'integrazione lavorativa dei Pazienti



La mostra si è collocata all'interno del Progetto "Lavoro&Psiche", sostenuto dalla Fondazione Cariplo con lo scopo di facilitare l'inserimento lavorativo degli ammalati psichici e con il Patrocinio della Provincia di Bergamo – Settore Politiche Sociali e Salute

Norme redazionali

Tutti i soci e i colleghi interessati possono inviare contributi da inserire nelle diverse rubriche in cui si articola la rivista. Al fine di conferire al periodico la massima ricchezza e omogeneità di contenuti le proposte di contributo devono essere di volta in volta concordate tra gli Autori e la Redazione.

Gli articoli: minimo 18000 massimo 27000 battute spazi inclusi.

Ogni articolo deve contenere:

Titolo

Nome e Cognome

Qualifica, Ente o Istituto di appartenenza

Abstract in inglese

Testo

Eventuali note a piè di pagina

Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 10 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1.CUMMINGS J.L., BENSON D.F.: *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features. J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.*

Nel corpo del testo indicare solo il numero corrispondente.

- Eventuali immagini devono essere già inserite come parte integrante del testo cui appartengono.

Evitare tassativamente di inviare materiale con programmi diversi da Word.

I contributi in formato Word vanno inviati al seguente indirizzo: cbellazzecca@ospedaliriuniti.bergamo.it.

Un'ulteriore copia cartacea dovrà essere inviata a: Cristina Bellazzecca – c/o CPS via Tito Livio 2, 24123 – Bergamo.

Si prega di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

Si ricorda inoltre che: dopo virgola, punto e virgola, punto, va lasciato uno spazio, mentre prima non va lasciato alcuno spazio. Per le frasi e le parole tra parentesi: (testo tra parentesi) e non (testo tra parentesi).

I manoscritti non verranno restituiti.