



HAL
open science

Tripoli-Palermo andata e ritorno? I trasferimenti dei pazienti psichiatrici tra colonia e madrepatria 1912-1952

Marianna Scarfone

► To cite this version:

Marianna Scarfone. Tripoli-Palermo andata e ritorno? I trasferimenti dei pazienti psichiatrici tra colonia e madrepatria 1912-1952. Zapruder. *Storie In Movimento*, 2016, Pazza idea. Genere, salute mentale, controllo, 41, pp.54-69. hal-03008758

HAL Id: hal-03008758

<https://hal.science/hal-03008758>

Submitted on 15 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

TRIPOLI-PALERMO

nome e cognome
Posizione sociale
Cosaizione economica
Istruzione
Religione
Recidivo
Civile
dell'ammissione 30.9.1929

Anamnesi familiare — Anamnesi individuale. — Infanzia — Abilità, istinti,



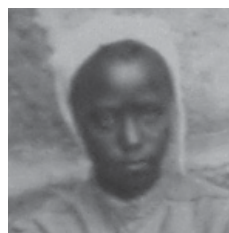
inizio. — Corso ueua malattia fino al giorno dell'am

Proviene dall'Ospedale coloniale di Tripoli con ordinanza di ricovero definitivo del Presidente del Tribunale.

Si presenta apatica, inerte, indifferente - regge sulle braccia una bambina, di circa un anno, deperitissima.

La bambina viene affidata alla sorvegliante perche ne prenda provisoriamente cura.

(D. Comparato)



MARIANNA SCARFONE

ANDATA E RITORNO?

*I TRASFERIMENTI DEI PAZIENTI PSICHIATRICI
TRA COLONIA E MADREPATRIA 1912-1952*

RIFLESSIONI STORIOGRAFICHE SULLA PSICHIATRIA COLONIALE

La psichiatria italiana, nella sua declinazione spazio-temporale coloniale, è diventata oggetto di riflessione storiografica soltanto in tempi molto recenti, sia che si consideri l'aspetto dell'autoriflessione della disciplina psichiatrica e dei suoi rappresentanti su una porzione, sebbene marginale, della propria storia, sia che si consideri l'interesse suscitato negli storici di professione da questo complesso di teorie e pratiche. Si tratta in effetti di un osservatorio privilegiato per comprendere alcune dinamiche proprie del colonialismo ma anche della psichiatria, e per cogliere alcuni aspetti significativi di questo intreccio abbracciando il punto di vista degli attori implicati. Il terreno, nell'ultimo decennio, era d'altronde maturo perché una riflessione di tal genere potesse svilupparsi anche nel contesto italiano: in anni recenti gli studi sul colonialismo hanno affrontato questioni di storia sociale e culturale prima impensabili; la storia della psichiatria ha affiancato a interrogativi noti ed approcci rodati – la biografia delle istituzioni psichiatriche ad esempio – nuove prospettive e oggetti di studio, come le traiettorie dei pazienti. Inoltre, fuori dall'Italia, sin dagli anni ottanta si era cominciato ad interrogare il campo che si forma all'intersezione della storia del colonialismo e della storia della psichiatria, con produzioni scientifiche notevoli la cui circolazione ha permesso agli interessi emergenti di psichiatri, etnopsichiatri, antropologi e storici italiani di iscriversi in un campo in ascesa, con un riconoscimento internazionale¹.

¹ Cfr. Luigi Benevelli, *La psichiatria coloniale italiana. Gli anni dell'Impero 1936-1941* Argo, 2009, in cui lo psichiatra si cala nei panni di storico, interrogandosi sulle forme che ha preso la psichiatria italiana nell'oltremare e trovando una buona parte di risposte nei testi degli psichiatri che vi hanno lavorato; Roberto Beneduce (*Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, 2007) pur senza analizzare direttamente il ruolo della psichiatria nelle colonie italiane, parte da casi molto vicini, la cui riscoperta è stata accompagnata in primo luogo dalla lettura di Frantz Fanon, ma anche da esperienze di etnopsichiatria praticate in diversi paesi africani; Laura Faranda (*La signora di Blida. Suzanne Taïeb e il presagio dell'etnopsichiatria*, Armando, 2013) riflette invece sull'intreccio di razza, genere e status nella psichiatria coloniale a partire dal lavoro della psichiatra algerina Suzanne Taïeb; sullo sguardo clinico dello psichiatra, o meglio sulla molteplicità di sguardi possibili ed effettivamente mostrati da parte dei medici



Scegliendo come limiti temporali il primo trasferimento di «alienati» libici dalla “quarta sponda” avvenuto a un anno dall’annessione della Tripolitania e l’ultimo, in direzione inversa, di pazienti libici da Palermo a Tripoli, a un anno dall’indipendenza della Libia, intendo mostrare alcuni caratteri della psichiatria coloniale italiana. La prassi dei trasferimenti costituirà la cornice per una riflessione che investirà da un lato il trattamento dei pazienti, ciò che della loro quotidianità ci è pervenuto attraverso le cartelle cliniche, le variabili in gioco nella percezione e nella valutazione clinica che ne davano gli psichiatri; e dall’altro la “psichiatria coloniale italiana” come nucleo teorico e come complesso di istituzioni e attori che si sviluppa in particolare in Libia.

I viaggi di pazienti psichiatrici tra le due sponde del Mediterraneo, ovvero i trasferimenti di individui affetti da disturbi mentali tra l’ospedale di Tripoli e il manicomio di Palermo, avevano l’obiettivo di fornire ai pazienti un luogo di osservazione e quindi di cura più conforme, più scientifico, più collaudato, per alleviare le loro sofferenze o correggere le loro devianze. Poiché tale luogo era identificato esclusivamente con il manicomio, è in questo spazio di normalizzazione, di espressione controllata della propria anormalità o di repressione, di livellamento dell’aspetto esteriore, di privazione degli effetti personali e degli affetti vitali, di sofferenza e di cronicizzazione o, per alcuni, di guarigione e di “ritorno alla normalità”, che vengono convogliati alienati di ogni sesso, classe, religione e “razza”. Attraverso l’analisi dei documenti clinici ed amministrativi relativi ai pazienti, della corrispondenza privata di alcuni medici e di diverse pubblicazioni, intendo fare luce su una pratica che costituisce per quasi trent’anni l’opzione terapeutica adottata per la popolazione indigena. Sostanzialmente osteggiata dai medici, poiché tendente a sradicare i soggetti dal loro contesto di vita abituale, ma imposta dalle amministrazioni poiché più economica rispetto alla costruzione e al funzionamento di un’istituzione dedicata in loco, tale prassi viene adottata nel 1912, con l’invio di un primo gruppo di pazienti libici da Tripoli a Palermo, e si interrompe nel 1939, quando viene aperto a Tripoli l’ospedale psichiatrico per indigeni. L’episodio che chiude definitivamente i contatti “psichiatrici” tra le due sponde del Mediterraneo ha luogo nel 1952, a un anno dall’indipendenza del paese, quando l’ultimo gruppo di pazienti libici ancora presenti al manicomio di Palermo viene trasferito a Tripoli, presso l’ospedale psichiatrico, ancora diretto da un medico italiano.

L'OCCUPAZIONE DELLA LIBIA E LA SCOPERTA DELLA FOLLIA TRA I SOLDATI ITALIANI E I CIVILI INDIGENI

Il problema della “follia” e del suo trattamento emerge già durante la guerra italo-libica e, nei mesi che seguono l’annessione della Tripolitania, si assiste a un discreto dibattito, che coinvolge medici militari e civili, psichiatri

(raramente donne, anche in colonia) sulla malattia mentale; sull’importanza di restituire ai lettori oggi certe pratiche etnografiche e cliniche sperimentate oltre settant’anni fa. Per una panoramica storiografica cfr. M. Scarfone, *Gli storici e la psichiatria coloniale: interrogativi, approcci, orientamenti*, «Contemporanea», n. 4, 2015, pp. 665-676.

e amministratori, sull'opportunità di creare delle istituzioni di internamento e cura in loco.

I medici al seguito delle truppe o che gestiscono gli ospedali da campo nel territorio tripolino hanno modo di osservare alcuni casi di manifestazioni di natura psicotica o nervosa tra i soldati: non disponiamo di numeri precisi, ma solo dei lavori degli psichiatri che trattano la questione nelle riviste di settore. Se tale fenomenologia assumerà dimensioni più importanti con la Grande guerra, portando gli alienisti a dividersi sul ruolo da attribuire a «predisposizione, commozione o emozione» nell'emergere dei disturbi mentali², è tuttavia possibile osservare come tale dibattito si imposti, nel contesto italiano, già a partire dalla guerra di Libia³. Di fronte alla violenza, all'assenza di riferimenti, ai ritmi estenuanti di una guerra di trincea quale fu quella italo-libica, alcuni soldati accusano disturbi nervosi e psicotici⁴. Questi elementi dell'esercito divenuti inutili, dannosi nello svolgimento delle operazioni, e «pericolosi per sé e per gli altri»⁵, vengono allontanati dal campo di battaglia e ricoverati negli ospedali da campo, oppure inviati nel centro di Tripoli, dove il capitano medico Placido Consiglio aveva allestito uno spazio per la loro ospedalizzazione insieme ai civili, o infine, nei casi più gravi, in cui era impensabile un rinvio al fronte, vengono trasferiti in ospedali o cliniche psichiatriche della Sicilia. Oltre cinquanta, ad esempio, arrivano alla clinica universitaria di malattie nervose e mentali di Catania, dove era installato il Centro neuropsichiatrico del XII corpo d'armata e delle truppe d'oltremare. Il direttore della clinica Giuseppe D'Abundo spiega che

nel conflitto italo-turco tutti gli ospedali della Sicilia e del Mezzogiorno, come più prossimi al teatro della guerra, hanno accolto con slancio fraterno ed entusiasmo i nostri prodi soldati ammalati o feriti. E Catania col suo elevato patriottismo ha naturalmente contribuito ad ospitarne molti nei suoi eccellenti ospedali, in uno dei quali, cioè nell'Ospizio Municipale ed Ospedale Garibaldi, dove risiede la mia Clinica [delle malattie nervose e mentali e di antropologia criminale della Regia Università di Catania], vennero ricoverati quasi tutti i militari che presentavano disturbi nella sfera mentale e nervosa⁶.

Con l'annessione del territorio tripolino, l'occupazione e l'appropriazione delle preesistenti strutture sanitarie – in particolare l'ospedale turco, in breve tempo

² Cfr. Bruna Bianchi, *Predisposizione, commozione o emozione? Natura e terapia delle neuropsicosi di guerra (1915-1918)*, «Movimento operaio o socialista», n. 3, 1983, pp. 383-410; poi ripreso in Ead., *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Bulzoni, 2001.

³ Cfr. M. Scarfone, *Les traumatismes psychiques pendant la campagne coloniale de Libye (1911-12). La réflexion des psychiatres italiens et la mise en place d'une organisation des soins*, «Le Mouvement social», n. 3, 2016 (in corso di stampa). Cfr. anche Graziano Mamone, *Soldati italiani in Libia. Trauma, scrittura, memoria (1911-1912)*, Unicopli, 2016, in particolare pp. 53-71.

⁴ Sui caratteri di questa guerra, cfr. Nicola Labanca, *La guerra italiana per la Libia 1911-1931*, il Mulino, 2012, in particolare pp. 75-76.

⁵ Come recita la formula che giustifica l'internamento degli «alienati» in manicomio in base alla legge del 1904. Cfr. Legge 14 febbraio 1904, n. 36 *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 22 febbraio 1904 n. 43, e il relativo *Regolamento sui manicomi e sugli alienati* (regio decreto 16 agosto 1909, n. 615, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 16 agosto 1909 n. 217).

⁶ Giuseppe D'Abundo, *Turbe neuropsichiche consecutive alle commozioni della Guerra Italo-turca: nota clinica*, «Rivista italiana di neuropatologia, psichiatria ed elettroterapia», n. 6, 1912, p. 258.



adattato alle nuove esigenze e battezzato Vittorio Emanuele III – ci si occupa anche della follia tra i civili: prosegue l'internamento degli indigeni già ricoverati presso l'ospedale turco e nuovi pazienti vengono ammessi. Uno specialista, il direttore del manicomio di Volterra Luigi Scabia, lascia la guida del suo istituto per trasferirsi in colonia al fine di predisporre l'organizzazione dei servizi psichiatrici, ed eventualmente studiare l'incidenza del «fattore etnico» nei fenomeni psicopatologici⁷. Insieme a Placido Consiglio, psichiatra militare dell'ospedale da campo numero tre di Tripoli, Scabia è chiamato a gestire questo settore dell'assistenza sanitaria. I due psichiatri presentano alla neocostituita Direzione di Sanità civile e militare dei progetti che vengono ritenuti «prematuri»⁸. Dopo aver predisposto, nell'estate 1912, due case poco distanti dall'ospedale, una per l'internamento degli uomini, l'altra delle donne, propongono la creazione di un manicomio sul modello metropolitano; ma considerazioni di budget e altre non meglio precisate fanno sì che l'amministrazione degli istituti ospedalieri della colonia rifiuti un tale investimento. Non sarà dunque costruito un manicomio fino al 1939, quando vedrà la luce, alla periferia di Tripoli, l'ospedale psichiatrico per libici con annessa sezione criminale. Persino i due piccoli edifici che avrebbero dovuto essere il nucleo iniziale di un'assistenza psichiatrica che Scabia si augurava potesse svilupparsi nella «quarta sponda», avranno vita breve: nell'autunno del 1912 viene stabilito, con grande disappunto del direttore del manicomio di Volterra, che i pazienti internati siano trasferiti al manicomio di Palermo. Il servizio creato in loco, che in seguito cambierà di sede per diventare un reparto vero e proprio dell'ospedale coloniale, resta a lungo un servizio di osservazione e *triage*: quando non rilasciati a breve, per disturbi della sfera psichica di lieve entità o episodi acuti che guariscono rapidamente, i pazienti vengono inviati al manicomio di Palermo, dove c'è spazio, risorse, un sistema rodato, e dove il mantenimento dei pochi malati «indigeni» comporta senz'altro meno costi rispetto all'implementazione di strutture da costruirsi ex novo in territorio coloniale.

La prassi dei trasferimenti dei pazienti nella metropoli non era nuova nel panorama delle psichiatrie sviluppate nei territori coloniali dalle potenze europee: per oltre un cinquantennio i pazienti indigeni algerini erano stati inviati al manicomio di Marsiglia e poi a quello di Aix en Provence, sulla base di trattati intercorsi tra i tre nuovi dipartimenti francesi (Algeri, Orano e Costantina) e i manicomi del sud della Francia. I dipartimenti che non disponevano di propri istituti erano infatti tenuti ad inviare i propri *aliénés* presso i manicomi di altri dipartimenti⁹. Questa prassi viene criticata da alcuni alienisti già alla fine

⁷ Archivio privato famiglia Scabia, Volterra (d'ora in poi Apfs), Minuta non datata di una lettera di Scabia a Giolitti, verosimilmente del giugno 1912.

⁸ Apfs, Lettera datata 29 ottobre 1912 dall'amministrazione degli istituti ospedalieri e di beneficenza al direttore della sezione alienati; oggetto: servizio alienati all'Ospedale Civile.

⁹ Anche in Italia vigeva lo stesso sistema: una provincia che fosse priva di un manicomio sul proprio territorio poteva concludere un accordo con il manicomio di un'altra provincia. L'afflusso di pazienti da altre province comportava introiti economici per il manicomio tramite il pagamento delle giornate di ricovero, e quindi possibilità di ampliamento per l'istituto che percepiva tali rette e accoglieva malati in numero sempre crescente. Cfr. il caso del manicomio di Volterra diretto da Scabia in Vinzia Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra*, ETS, 2012, in particolare pp. 37-41.

dell'Ottocento. Uno psichiatra di Aix denuncia «i trattati siglati con i manicomi della metropoli» e si batte perché vengano creati dei manicomi in loco «in armonia coi costumi degli abitanti». Con tali strutture «sotto il cielo della nostra colonia» – argomenta – la scienza delle malattie mentali «guadagnerà un campo d'osservazione tra i più fertili e inesplorati» e la «buona reputazione della Francia tra gli indigeni li farà attaccare ancor di più alla madrepatria»¹⁰. In occasione del 22ème Congrès des aliénistes de langue française che si tiene nel 1912 a Tunisi, la categoria degli alienisti condanna in maniera unanime i trasferimenti dei pazienti indigeni e auspica la realizzazione di un sistema di assistenza in territorio nordafricano¹¹.

VOCI DI PAZIENTI, INFERMIERI, MEDICI, INTERPRETI

I primi undici pazienti libici giungono al manicomio siciliano l'8 novembre 1912, dopo aver viaggiato in nave fino a Siracusa e da lì in treno fino a Palermo. Quattro sono donne: una giovane «affetta da imbecillità, sana»; «una povera vecchia affetta da demenza senile, innocua»; un'altra «affetta da demenza terminale [...] sempre agitatissima, disordinata, sudicia, coprolalica»; una demente terminale «spesso inquieta, agitata, disordinata, laceratrice». Gli uomini invece sono sette: uno «affetto da paranoia con idee deliranti di umiltà e di piccolezza [...] docile, di carattere mite, attivo, operoso»; uno «affetto da idiozia, tranquillo, inoperoso, sano»; uno «inquieto, disordinato, allucinato fisicamente valido»; un giovane «affetto da demenza precoce»; un «demente terminale» dalla «condotta abbastanza regolare»; e un «debole di mente con periodi intercorrenti di eccitamento»¹². Sono accompagnati da infermieri libici, incaricati di recapitare le carte relative a ciascun paziente. Il dottor Scabia aveva infatti redatto delle brevi note cliniche sullo stato psicofisico, le stesse che saranno copiate nella sezione «anamnesi» delle cartelle cliniche redatte per ciascuno dei pazienti al loro arrivo al frenocomio palermitano. La compilazione di tali note era stato l'ultimo compito che Scabia aveva eseguito, contro voglia, prima di tornare a dirigere il manicomio di Volterra. Disapprovava infatti la decisione di trasferire i pazienti libici in Italia, che l'amministrazione aveva preso contro il parere di un alienista esperto, convocato in colonia per occuparsi espressamente della buona gestione e dello studio della malattia mentale nei territori di recente annessione. Subendo di fatto decisioni prese altrove, Scabia non esita a scansare ogni responsabilità dalla sua persona, e precisa, alla consegna delle note cliniche che precede di poco il trasferimento dei malati:

¹⁰ Abel Joseph Meilhon, *L'aliénation mentale chez les Arabes: étude de nosologie comparée*, «Annales médico-psychologiques», n. 1, 1896, p. 18.

¹¹ Cfr. Henri Reboul e Emmanuel Régis, *Rapport sur l'Assistance des aliénés aux colonies*, Masson, 1912.

¹² Questi dati sono contenuti nella minuta della lettera del 30 ottobre di Scabia al regio commissario degli istituti ospedalieri e di beneficenza (Apfs) e verranno riportati nelle cartelle che accompagnano ciascun alienato.



Queste [sono] le condizioni psichico-fisiche odierne dei ricoverati in osservazione. Di più non posso aggiungere, né rilasciare il certificato richiesto dalla S.V. dal quale risulti che gli alienati da trasferirsi sono tranquilli. Evidentemente io non posso rilevare che le condizioni mentali di un determinato momento. Ogni mia asserzione sarebbe pericolosa e dannosa; quando io ho assicurato che un paranoico con delirio persecutorio è tranquillo, non so durante il viaggio come possa interpretare la sua nuova condizione e se egli possa coinvolgere nel suo delirio chi lo circonda o lo assiste. Non è prevedibile come reagisca un alienato, nel presente momento tranquillo, durante una traversata ad es. burrascosa, disagiata [...] Infine rilasciando io il certificato nei termini richiesti dalla S.V. verrei implicitamente ad incontrare una responsabilità che non potrei assumere se non ho tecnicamente, rispondendo alla mia funzione, consigliato in quale modo e termini può essere fatto, a scampo di responsabilità per tutti, il trasferimento¹³.

Quando gli undici pazienti raggiungono Palermo l'8 novembre, gli infermieri indigeni che li accompagnano si prestano a fare da interpreti nella comunicazione preliminare tra il paziente e il medico.

La figura dell'interprete è di grande importanza in una terapia che si vuole basata (anche) sulla parola¹⁴. Diverse considerazioni inducono però a pensare che non fosse una presenza costante all'ospedale palermitano e che, proprio per problemi linguistici, i medici fossero spesso impossibilitati a svolgere l'esame funzionale o l'interrogatorio dei pazienti. Per l'incomprensione linguistica, oltre che per un più generico sradicamento, spesso accoppiato a forme patologiche che inducevano i malati ad isolarsi, i pazienti libici più degli italiani dovevano chiudersi sovente in forme di mutismo, trovando raramente la possibilità di esprimere una richiesta, un desiderio, un malessere, e di essere compresi. In diverse cartelle cliniche troviamo menzionata la mediazione di interpreti: per il primo interrogatorio sono spesso gli infermieri provenienti dalla Libia che accompagnano i malati a ricoprire questo compito; in un dossier viene nominato «l'interprete Antioco custode del manicomio», ma questo dettaglio appare in una sola cartella clinica, lasciando senza risposta gli interrogativi su questa figura. In alcuni casi – soprattutto a partire dagli anni venti – sono i pazienti che padroneggiano la lingua italiana a svolgere la funzione di interprete perché, internati da diversi anni, hanno potuto apprendere la lingua parlata dagli altri pazienti e dal personale medico o di custodia, oppure perché l'hanno sentita e utilizzata in Libia in anni in cui l'afflusso di coloni italiani si faceva più massiccio e il controllo della vita civile e politica da parte di amministratori italiani più capillare. Mabruka ad esempio «si presta a fare l'interprete, conoscendo bene l'italiano», come Mustafà «che parla bene anche l'italiano». Non sappiamo se tale servizio reso alla comunità medica comportasse un riconoscimento particolare

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ Cfr. le considerazioni di Scabia sulla cosiddetta "cura morale", introdotta nell'Ottocento e mirante a riequilibrare le passioni dell'alienato attraverso un dialogo instaurato dal medico, che faccia riflettere il malato sul proprio stato: «L'alienista ha bisogno in modo particolare e speciale della parola, dell'eloquio sottile, penetrante, dolce, insinuante, che molce e corregge; deve stabilire una facile corrente di idee fra lui ed il malato» (Luigi Scabia, *Alcuni cenni storici sull'assistenza degli alienati in Tripolitania (luglio-dicembre 1912)*, Tipografia Carnieri, 1913, p. 27).

dell'utilità del malato in questione, se questi venisse ricompensato in qualche forma¹⁵.

Come accennavo, è plausibile credere che la popolazione libica abbia assunto maggiore familiarità con la lingua dell'occupante. Nelle cartelle cliniche si nota infatti un aumento dei pazienti provenienti da Tripoli e da Bengasi che hanno rudimenti di italiano: non solo quanti fanno da interpreti, ma anche quanti sono in grado di rispondere alle domande del personale medico del manicomio siciliano senza intermediazione. Mohamed, ammesso il 15 maggio 1920 e dimesso il 3 luglio per non constatata pazzia, «parla in italiano; dice che non ha fatto nulla che possa giustificare il suo internamento nel Manicomio». La cartella racconta che si trovava «all'Ospedale di Tripoli dove ha fatto baruffa con un infermiere perché da sei giorni non lo medicavano» e presenta in effetti «piaghe probabilmente di natura tubercolare». Durante il periodo di osservazione a Palermo «si è mostrato tranquillo e non ha presentato segni di alienazione mentale» per cui il medico di sezione ne propone la dimissione e il rientro in Libia. Tra le donne, Mabruka «si esprime discretamente in lingua italiana e manifesta il rammarico di trovarsi lontana dal proprio paese». Anche Daika «esprime di voler ritornare a casa» ma lo fa «parlando in una maniera incomprensibile qualche frase italiana». Sasia «interrogata risponde in italiano e dice che da parecchio tempo è ammalata, ma non sa precisare di che». Fatma, che entra nel 1923 ed è dimessa tre anni dopo per guarigione, «ha imparato molte parole del dialetto siciliano». La maggior parte dei pazienti, però, resta isolata anche dal punto di vista linguistico.

Risulta inoltre difficile arguire se gli alienati libici costituiscono una sorta di comunità a sé, ovvero se cerchino di costruire dei legami, che permettano loro di esprimersi e di avere riferimenti comuni al di là di quelli strettamente linguistici, o se vi siano tentativi di integrazione, riusciti o meno, con il resto della popolazione manicomiale. Va precisato che il loro numero, rispetto alla popolazione totale del manicomio palermitano, non è elevato, e che non sono distribuiti in base a criteri "etnici" (al manicomio di Aix en Provence vi era invece una sezione per gli alienati algerini all'inizio del XX secolo). Turchia «parla solamente arabo, fa capire che ha marito e un figlio ma è poco attendibile; pare che appartenga alla tribù degli Offella (ripete spesso questa parola). Vorrebbe tabacco da naso; si accompagna e mostra attaccamento con un'altra tripolina colla quale è venuta in questo asilo». Aragia «tiene molto a tenere coperto il capo (residuo di abitudini etniche)». Fatma «si adorna in modo infantile anche con oggetti trovati per caso (arabe e beduine)»; il dettaglio in parentesi sembra suggerire che fosse un uso comune tra le pazienti in questione. La «diversità di razza, di colore, di costumi» – definita così esplicitamente in una sola cartella – contribuisce a creare una distanza tra i pazienti stranieri e i pazienti locali: la riservatezza di Izzr «è dovuta ai disturbi che riceve dalle altre, per diversità

¹⁵ Sulla figura del "buon paziente" che mette le sue competenze a disposizione dell'istituzione, cfr. Hervé Guillemain, *La fonction du 'bon patient' dans l'institution psychiatrique (1910-1970)*, in Id., Stéphane Tison e Laurence Guignard (a cura di), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie*, Presses Universitaires de Rennes, 2013.



di razza, di colore, di costumi». Non è possibile misurare quanto questa diversità molteplice pesasse all'interno del manicomio siciliano, tanto nei rapporti tra pazienti quanto nei rapporti con il personale medico, o ancora nel rapporto all'istituzione, al luogo divenuto un surrogato dell'ambiente familiare o della propria casa.

Il vissuto dei pazienti è pressoché inintelligibile: all'interno dei dossier che ho potuto consultare, non sono presenti scritti dei pazienti o lettere non spedite. Le osservazioni e le «note giornaliere» che figurano nelle cartelle cliniche permettono di accedere all'espressione degli individui internati soltanto con il filtro potente dello «sguardo medico», veicolato dalla scrittura clinica, costretta in spazi definiti, dettata da urgenze classificatorie, frutto di osservazioni, incontri e dialoghi di cui non conosciamo la frequenza (se volessimo attenerci solo alla compilazione del diario clinico, essi risulterebbero decisamente rari). C'è chi lamenta l'ingiustizia dell'internamento, chi reclama di tornare a casa. Bernia, ammessa nel 1927, «protesta per il suo internamento dicendo che ormai ha il diritto alla libertà». Hatiga «implora di andare a casa; fa capire con gesti che vorrebbe scrivere al padre». Mohamed entra il primo giugno 1914 e morirà dopo ventotto anni trascorsi al manicomio di Palermo; poco dopo il suo arrivo «con i gesti fa comprendere di star bene e di volere andare a casa». I sentimenti dei pazienti traspaiono difficilmente dalle note che, assai uniformi nel complesso, assumono forme meno concise nel caso in cui vi siano elementi particolari da rilevare (una ricca anamnesi, il comportamento in sezione ed eventuali incidenti tra i ricoverati, il deperimento fisico, la capacità e la disponibilità al lavoro, eventuali patologie mediche o operazioni chirurgiche). È chiaro che a partire da tali elementi, da una scrittura monotona e di competenza esclusiva del personale medico, ben poco possiamo evincere del punto di vista dei pazienti. Costretti a ritmi uniformi, a un abbigliamento che li assimila, a spazi di promiscuità, a tecniche repressive, gli individui rischiano di perdere qualsiasi spessore, qualsiasi singolarità nella documentazione che li concerne, piatta e redatta da chi si trovava dall'altra parte, da chi da quei muri usciva dopo ogni turno di lavoro in sezione.

L'ASSISTENZA PSICHIATRICA NELLA "QUARTA SPONDA" ALLA FINE DEGLI ANNI TRENTA

Itrasferimenti di pazienti libici all'ospedale psichiatrico di Palermo proseguono fino alla fine degli anni trenta. Sono quasi trecento le cartelle cliniche di pazienti provenienti dagli ospedali coloniali di Tripoli e di Bengasi che ho potuto consultare presso l'ex ospedale psichiatrico di Palermo, ma non è da escludere che i pazienti inviati fossero di più e che il mio esame delle cartelle, in assenza di registri di ingresso e di altri strumenti di consultazione, sia stato lacunoso, o che alcune cartelle non siano state conservate. Il dottor Angelo Bravi, che nella seconda metà degli anni trenta dirige a Tripoli le diverse strutture di assistenza psichiatrica inaugurate in quegli anni, cita infatti alcuni casi di

pazienti che dal reparto psichiatrico dell'ospedale Vittorio Emanuele III di Tripoli avrebbe inviato a Palermo di cui però non ho reperito i dossier presso l'ex ospedale psichiatrico del capoluogo siciliano. Bravi scrive che nel 1940 i «malati ricoverati negli ospedali psichiatrici italiani, e soprattutto in quello di Palermo» erano 280¹⁶: se si tratta dei pazienti a quell'epoca presenti (escludendo deceduti, guariti, e trasferiti a Tripoli) al manicomio di Palermo calcolati insieme a pazienti ricoverati in altre strutture della penisola, i miei numeri e i suoi dati combaciano (restando in ogni caso ignoto il numero dei pazienti distribuiti in altre strutture).

Al di là di tali questioni puramente quantitative, che indicano che la prassi degli invii dei pazienti psichiatrici in Sicilia era comunque meno importante che altrove (penso di nuovo ai dipartimenti francesi in Algeria), mi preme fornire qualche elemento sull'assistenza psichiatrica sviluppata dall'amministrazione italiana in Libia, nonché sulla concettualizzazione di questa branca della psichiatria. Angelo Bravi nei *Frammenti di Psichiatria coloniale* così definisce l'oggetto delle sue riflessioni: la psichiatria coloniale è la «dottrina e clinica delle malattie mentali, che studi preminentemente le manifestazioni psicopatiche nell'ambiente coloniale (sugl'indigeni come sugli importati)»; in tal senso può essere considerata «una varietà [...] una componente secondaria e particolare della psichiatria razziale», a sua volta unità distinta della psichiatria¹⁷. In effetti il termine «psichiatria razziale» viene utilizzato prima di quello di psichiatria coloniale, per identificare un campo più ampio, non limitato alle colonie di una determinata potenza: si pensi allo studio che Guido Ruata compie sulle *Malattie mentali nella razza negra*, analizzando la popolazione del manicomio di Rio de Janeiro¹⁸. Sempre secondo Bravi, che si concentra sul territorio libico, la psichiatria coloniale si propone l'indagine della «psicofisiologia razziale» e dell'«etnopatologia psichiatrica», del funzionamento normale e di quello patologico della «macchina mentale» delle popolazioni sottomesse¹⁹. Bravi studia in effetti la psicologia e le manifestazioni psicopatologiche sia dei musulmani libici che degli ebrei libici, i due gruppi più consistenti che, in base a una classificazione religiosa, compongono la popolazione della «quarta sponda». È Bravi, per il contesto italiano, a scrivere espressamente di «psichiatria coloniale» e a darle un contenuto coerente e articolato, pur in un quadro più complesso che si rifà ad espressioni utilizzate ai primi del secolo (come la già ricordata «psichiatria razziale», o ancora la «psichiatria etnografica»²⁰). Vi introduce allo stesso tempo altri filoni: la «criminologia etnica», che indaga i «rapporti psicopatologici fra un determinato psicotipo etnico e le sue deviazioni fondamentali

¹⁶ Angelo Bravi, *L'assistenza psichiatrica in Libia nel 1940*, Maggi (Tripoli), 1941, p. 7.

¹⁷ Id., *Frammenti di psichiatria coloniale*, Pio Luogo Orfani, 1937, p. 5.

¹⁸ Cfr. Guido Ruata, *Le malattie mentali della razza negra*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1907, pp. 260-268.

¹⁹ A. Bravi, *Frammenti di psichiatria coloniale*, cit., p. 52.

²⁰ Cfr. Benedetto G. Selvatico Estense, *La pazzia fra i popoli non europei. Cenni di psichiatria etnografica*, estratto da *Ricerche e studi di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia e Filosofia dedicate al Prof. Enrico Morselli nel 25° anniversario del suo insegnamento*, Vallardi, 1906.



in direzione delinquenziale»²¹ e lo studio delle manifestazioni psicopatologiche «negli importati», ovvero nei coloni e più in generale negli europei che vivono in colonia. Nel Corno d’Africa, altri psichiatri italiani, come Silvio Brambilla, portano avanti studi di «psichiatria di razza» sulle «manifestazioni psicopatiche delle popolazioni dell’Impero», o ancora, come Alfredo Lombardi, studi di «criminologia indigena» ispirati all’«italianissima antropologia criminale»²². È dunque precipuamente negli anni dell’Impero che possiamo parlare di psichiatria coloniale, nelle sue molteplici declinazioni; non solo dal punto di vista delle elaborazioni teoriche e della produzione scientifica, ma anche da quello delle realizzazioni pratiche. Il lavoro teorico e quello pratico si concentrano in Libia. Come spiega il segretario della Società psichiatrica italiana al congresso napoletano del 1937, per la colonia libica «che ha oramai raggiunto una completa organizzazione civile e politica», «il problema è più urgente» e le disposizioni per la creazione di un sistema di assistenza psichiatrica sono state avviate, mentre per l’Africa orientale italiana (Aoi) «analoga potrà essere la soluzione del problema assistenziale psichiatrico», da rimandarsi tuttavia «in attesa di una più profonda organizzazione civile e politica»²³. Se in Aoi nessun ospedale psichiatrico verrà creato dagli italiani, in Libia buona parte degli auspici del congresso vengono realizzati; senza che si possa tuttavia procedere a «irraggiare tutta una rete di piccoli servizi di profilassi mentale e di depistamento dei malati di mente nei centri minori più o meno lontani». Gli sforzi si concentrano a Tripoli: nel 1937 viene rinnovato il reparto psichiatrico dell’ospedale coloniale Vittorio Emanuele III che accoglie per lo più pazienti «nazionali». Nel 1938, sull’onda dell’«aumento della popolazione neuropsichiatrica libica e [de]lla maggiore sensibilità sociale verso i malati mentali»²⁴, viene aperto il dispensario d’igiene mentale, «il primo ambulatorio neuropsichiatrico italiano di razze miste»²⁵. Infine nel 1939 inizia a funzionare l’«ospedale psichiatrico per libici con annessa sezione criminale» – parte di un più ampio disegno volto a modernizzare gli «Istituti di prevenzione e pena della Libia» cui si lavorava dal 1932 – che avrebbe dovuto accogliere sin dalla sua apertura i pazienti indigeni degenti in Italia, in particolare presso il manicomio di Palermo. Le tre istituzioni sono dirette da Angelo Bravi, giovane psichiatra di scuola pavese, autore dei *Frammenti di Psichiatria Coloniale*.

Il volume dei *Frammenti* è il nucleo della psichiatria coloniale italiana, a livello di produzione teorica; e il suo autore è l’unico psichiatra che abbia contribuito in maniera costante non solo a rendere operative diverse strutture di assistenza sanitaria psichiatrica nel territorio libico, ma anche a costituire questo terreno

²¹ Cfr. A. Bravi, *L’impulsività musulmana*, in *Atti primo congresso italiano di Criminologia*, Tipografia delle Mantellate, 1938.

²² Cfr. Silvio Brambilla, *Contributo allo studio delle manifestazioni psicopatiche delle popolazioni dell’Impero*, «Rivista di patologia nervosa e mentale», n. 2, 1939, pp. 187-206; Id., *Problemi di psichiatria di razza*, «Rivista di biologia», n. 1, 1941; Alfredo Lombardi, *Studio biosociologico dei condannati indigeni dello Scioa*, «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», n. 61, 1941, pp. 98-142.

²³ Emilio Padovani, *Malattie mentali e assistenza psichiatrica nelle colonie italiane d’Africa*, in *Atti del XXI congresso della società italiana di psichiatria*, Napoli 22-25 aprile 1937, Poligrafia reggiana, 1938, p. 622.

²⁴ A. Bravi, *L’assistenza psichiatrica in Libia*, cit., p. 6.

²⁵ Id., *L’ambulatorio neurologico di Tripoli*, Maggi (Tripoli), 1939, p. 3.

di studi – alla convergenza della psichiatra *tout court*, della medicina tropicale, dell'antropologia, della criminologia, dei discorsi sull'appartenenza razziale e religiosa – come una disciplina scientifica con un'identità propria. In quest'ottica Bravi si dà da fare per costruire un dialogo con i colleghi del Maghreb francese, per coalizzare forze e competenze degli esponenti di questa "giovane" disciplina. Se i contatti non mancano, essi sono inevitabilmente limitati e asimmetrici. Bravi è solo e ha un bisogno esplicito di confronto, come esprime in diverse occasioni: nella relazione presentata al convegno di psicologia tenutosi a Parigi nel 1937, in un'inchiesta sullo stato dell'assistenza psichiatrica che sottopone ai colleghi operanti nel Maghreb e di cui espone i risultati nei *Frammenti*, nel ringraziamento al professor Porot di Algeri con cui apre il suo volume, che sarà a sua volta da questi recensito negli «Annales médico-psychologiques». Viceversa, gli psichiatri francesi operanti nel Maghreb sono numerosi; alcuni fanno parte dell'*Ecole de psychiatrie* di Algeri, guidata da Antoine Porot che occupa la cattedra di malattie mentali alla Facoltà di medicina di Algeri: la ricerca e l'attività clinica condivisa fanno parte di una quotidianità che non è quella di Bravi, che lamenta a più riprese la sua solitudine intellettuale. Tale solitudine si accresce quando la guerra irrompe a Tripoli, rendendo ancora più difficile la quotidianità del medico, la sua attività clinica e quella di produzione scientifica, come racconta al rettore del Collegio Ghislieri dove aveva vissuto durante gli anni di studi a Pavia:

Mi trovo sempre come Caporeparto neuropsichiatrico ospedaliero [...] ed ho l'incarico della direzione dell'Ospedale psichiatrico per libici [...] Dirigo sempre l'ambulatorio per le malattie nervose e mentali presso il reparto psichiatrico ospedaliero [...] [ho] la responsabilità di 130 malati, ricoverati in due istituti diversi, distanti 7 km (al mattino la macchina mi porta nei due ospedali), ed il lavoro di consulenza neurologica per l'Ospedale civile, ed il lavoro per i militari. [...] Mai come ora potrei considerarmi solo [...] senza il conforto della scienza e della discussione scientifica e clinica [...] Le riviste scientifiche non arrivano per via aerea. Gli assistenti stanno un mese e si ammalano o partono. Sono solo, letteralmente solo, con centotrenta malati sulle spalle (con un movimento annuo di più di quattrocento e trecento d'ambulatorio), senza un aiuto scientifico, senza un aiuto clinico, senza il conforto della famiglia²⁶.

In tale situazione, il reparto psichiatrico dell'ospedale coloniale viene evacuato nel settembre 1941 e i ricoverati trasferiti al manicomio di Napoli, mentre non sappiamo se il nuovo ospedale psichiatrico per libici a Gargaresch, alla periferia di Tripoli, sarà costretto a interrompere la propria attività. Alla morte di Angelo Bravi per tifo all'inizio del 1943 – negli stessi giorni della presa di Tripoli da parte degli inglesi – la direzione dell'ospedale sarà assunta dal dottor Mario Felici: per alcuni mesi tra il 1943 e il 1944 e in maniera stabile dal 1947²⁷.

²⁶ Lettera a Pietro Ciapessoni del 21 aprile 1941, da Tripoli, Archivio Collegio Ghislieri, Fondo Angelo Bravi.

²⁷ Per tre anni è infatti rinchiuso, come altri funzionari e soldati italiani, nel campo egiziano di Al Qantara, dove viene impiegato come medico. Di ritorno a Tripoli, dirigerà l'ospedale psichiatrico, nel frattempo trasferito nel quartiere di Fesclum, mentre la sede di Gargaresch era stata «destinata ad altro uso» dalla British Military Administration (Fondo Africa III, b. 107, Archivio storico-diplomatico ministero Affari esteri, Roma).



La morte di Bravi e il contestuale tramonto del colonialismo segnano la fine di quella che proprio Bravi aveva chiamato psichiatria coloniale: i territori coloniali cambiano di statuto e l'ex "potenza coloniale" non è più tale, sebbene un medico italiano resti alla guida delle istituzioni psichiatriche a Tripoli. Il dottor Felici, che sostituisce Bravi, inoltre preferisce parlare di «psichiatria comparata», abbandonando la formula che aveva fatto la breve fortuna del suo predecessore. Nel presentare un suo articolo del 1950, lo psichiatra romano, lo descrive come «un saggio di psichiatria comparata, convinto com'è l'Autore che non esista una psichiatria "coloniale" ma che i diversi elementi della vita psichica dell'uomo vengano solo a modificarsi a secondo dell'individuo e delle necessità ambientali». La psichiatria comparata, attraverso un «lavoro di raffronto» (ovvero «sottoponendo una sindrome clinica determinata a successivi raffronti [per] renderla propria e definitiva»), compie una «revisione del patrimonio psichiatrico così come è stato costruito dagli europei nelle nazioni europee» al fine di giungere a una «conoscenza e valutazione delle funzioni psichiche sempre più esatta e tale da cancellare oscurità ed incertezze diagnostiche», in un momento storico in cui le «particolari condizioni di vita hanno posto ad intimo contatto gli esseri umani più lontani e più disparati tra loro», in cui «eventi eccezionali hanno sottoposto l'umanità ad una usura terribile della vita psichica»²⁸.

LA FINE DELLA PRASSI DEI TRASFERIMENTI

Se il flusso dei pazienti libici dalla "quarta sponda" all'ospedale psichiatrico palermitano si era interrotto con l'apertura dell'istituto a Gargaresch, negli anni successivi continua timidamente il movimento inverso: qualche paziente considerato "guarito" viene inviato in Libia – come Alima, entrata al manicomio di Palermo nel 1937 e uscita nel 1948 – ma la tappa definitiva di questa pratica iniziata nel 1912, ha luogo nel 1952. A un anno dall'indipendenza della Libia, gli ultimi pazienti libici, sopravvissuti dopo anni di degenza nel manicomio palermitano, vengono rimpatriati per essere internati nell'ospedale psichiatrico tripolino. Venti donne e, in base alle cartelle, un solo uomo vengono trasferiti presso il manicomio della capitale libica in data 22 giugno 1952, benché Bravi si augurasse, già nel 1939, il trasferimento imminente o quanto meno prossimo dei pazienti rimasti in Italia. Presso l'archivio dell'ex manicomio di Palermo nel faldone «Cartelle cliniche donne dimesse nel 1952», sono contenute appunto le cartelle relative a queste pazienti che verranno inviate a Fesclum (la sede del manicomio per libici che aveva temporaneamente sostituito Gargaresch); nei dossier amministrativi delle stesse, ordinati invece per anno di ingresso, ho trovato in alcuni casi un «foglio di trasmissione alla direzione dell'Ospedale psichiatrico di Tripoli» in cui si preannuncia l'inoltro, a scopo di «trasferimento» del paziente, di una «copia della relazione sanitaria» e di una

²⁸ Mario Felici, *Aspetto clinico-statistico della sifilide nervosa nell'arabo libico*, «Bollettino sanitario della Tripolitania», n. 1, 1947, p. 16.

«copia del decreto di ricovero definitivo», che conferma il destino dei pazienti all'interno di un'istituzione manicomiale. Per fare un solo esempio, Meriem entra nel 1922 all'età di trent'anni al manicomio di Palermo, e ne esce dopo altri trent'anni, nel 1952, per essere trasferita al manicomio di Tripoli. Appena giunta a Palermo tenta più volte il suicidio e passa nella sezione di maggiore sorveglianza, tenta di evadere, aggredisce le altre ricoverate. A fasi di tranquillità seguono fasi di eccitazione; disordine e agitazione si alternano a periodi di lavoro in sezione. Le sue diagnosi mutano nel corso degli anni: frenastenica, ipomaniaca, demente precoce ebefrenica, con deliri erotici; nel gennaio del 1952 risulta essere una «schizofrenica abitualmente tranquilla, calma, lavoratrice» e nel giugno, in condizioni fisiche buone, è «trasferita all'Ospedale psichiatrico di Tripoli». Anche Algia è trasferita a Tripoli nel 1952: entrata al manicomio di Palermo nel 1937, è «una periodica con fasi di eccitamento maniaco che rendono necessari i mezzi di contenzione», oltre che delle sedute di elettroshock e una «cura sedativa a base di bromuro di sodio» somministrate dalla metà degli anni quaranta. Una volta a Tripoli, non siamo più in grado di seguirne la traiettoria, per l'inaccessibilità, se non l'inesistenza, delle fonti relative all'istituzione tripolina.

Il fatto che in questa ricostruzione mi sia potuta servire solo delle cartelle cliniche compilate in Italia relative a pazienti provenienti dall'oltremare, limita la portata delle mie osservazioni. Le cartelle che ho consultato sono state prodotte da alienisti e psichiatri che non avevano alcuna contezza della vita coloniale, nessun interesse per approfondimenti di ordine etnologico e si ritrovavano nel loro manicomio provinciale ad accogliere alienati provenienti dalle "propaggini imperiali". La "razza" è raramente menzionata: essa appare in due cartelle redatte nel 1913 dallo stesso medico. Nella cartella di Ahmed, per argomentare la guarigione e quindi le dimissioni del paziente, lo psichiatra del padiglione scrive che «le sue funzioni psichiche, per quanto si può argomentare dal contegno e dall'interrogatorio fatto a mezzo di un interprete, si sono riordinate e, dato il livello di mentalità del suo ambiente e della sua razza, può ritenersi che siano divenute normali». Nella cartella di Seleman, si legge che «il substrato psicologico della razza rappresenta lo stato predisponente per questa condizione psicopatologica», sulla base della teoria per cui sarebbe la razza a determinare la forma patologica, teoria che la psichiatria coloniale – anche nella sua versione italiana della seconda metà degli anni trenta – sostiene e consolida. Perché nelle cartelle si parla così poco di questa variabile, pure tanto importante nella classificazione degli individui in un contesto coloniale, o nelle riflessioni di Bravi sulla "psichiatria coloniale" o di Felici sulla "psichiatria comparata"? Essa è data per scontata e comporta un giudizio che resta implicito, un trattamento degradante che non è possibile ricostruire a posteriori, ma presente nell'esperienza quotidiana dei pazienti, inattuabile per lo storico? Oppure essa è in effetti un dato acquisito ma che non incide né sulle diagnosi né sul trattamento? Stando a quanto emerge dalle cartelle – ma bisogna dire che medici e infermieri incaricati di compilarle spendono poche parole a questo proposito – lo stigma dell'alienazione basta di per se stesso a classificare, a isolare i soggetti, a dettare



protocolli di “gestione” e trattamento degli individui, senza che il dato ulteriore del colore della pelle, della provenienza geografica, della sudditanza coloniale aggravino necessariamente la situazione. Peraltro, rispetto ai fattori appena evocati, la variabile della classe sociale resta forse maggiormente percepibile nei manicomi, dove tuttavia vige un altro sistema di ascesa sociale, limitata a quel contesto, e legata ad alcune competenze, ad alcune attitudini, alla capacità di diventare un “buon paziente”, un tassello importante – o significato all’individuo in questione come tale – nel funzionamento della macchina manicomiale. La variabile della “razza” – quando non riferita alla «mentalità» o alle «funzioni psichiche» – è osservata nei suoi influssi sulle «abitudini», sui «costumi», ma anche in tale accezione, come abbiamo visto all’inizio, è nominata poche volte nelle cartelle dei libici internati a Palermo.

Se in apertura ho tentato di fornire elementi di risposta alla questione del trattamento dei pazienti “indigeni” (in opposizione ai “nazionali”) presso il manicomio palermitano, resta però senza risposta la domanda relativa al funzionamento delle istituzioni prettamente coloniali e alla “vita” al loro interno – dal reparto psichiatrico ospedaliero che esiste nel 1912, e che benché pensato “per nazionali” ospita anche “indigeni” prima dell’apertura dell’ospedale psichiatrico per libici, al “servizio aperto” ambulatoriale inaugurato da Bravi, al manicomio con sezione criminale. Le cartelle prodotte in colonia ci avrebbero fornito probabilmente maggiori elementi sulla psichiatria coloniale: tanto sui criteri, le tecniche e le scelte di cura e custodia di volta in volta perseguite dal personale medico, quanto sul trattamento dei pazienti “indigeni”, sulle loro attitudini di fronte alla macchina burocratica e clinica che la psichiatria rappresenta, elemento del più vasto sistema imposto dal colonizzatore. I documenti che non ho potuto consultare a Tripoli, ma la cui esistenza era provata meno di cinque anni fa, avrebbero potuto, o potranno in futuro, forse dirci qualcosa sulle modalità in cui la psichiatria coloniale veniva vissuta e costruita dai suoi protagonisti all’interno delle istituzioni coloniali. Vista la situazione attuale in cui versa la Libia, la speranza per il futuro, non solo per ritrovare gli archivi ovviamente, è molto debole.

DIETRO LE QUINTE

Il mio interesse per la psichiatria coloniale è nato dall'incontro tra due storie che mi hanno interpellata sin dagli anni dell'università, con sullo sfondo un interrogativo, talvolta più netto, talaltra più sfuocato, di cui avevo trovato la chiave di lettura in Gramsci. Da un lato la storia del colonialismo, che ho indagato dal punto di vista dei saperi che i colonialismi hanno mobilitato per sostenere l'opera di penetrazione nei territori, di organizzazione politica e sociale, di creazione del consenso e legittimazione della postura imperiale. Dall'altro la storia della psichiatria, che mi ha sempre affascinata per quanto restava di oscuro e non detto nel mare di resoconti sulle teorie della mente e della psicopatologia, di biografie di alienisti e di storie di istituzioni manicomiali. Dietro questi saperi ci sono uomini (poche donne) che li coniano, che li costruiscono mettendosi essi stessi al servizio di un progetto che va al di là del "sapere per il sapere". Ci sono poi uomini e donne che sono l'oggetto di questi saperi, o che loro malgrado li subiscono. Il mio quesito tocca appunto, oltre i meccanismi di costruzione e riproduzione delle discipline, gli individui e i gruppi subalterni. Lo storico integrale è chiamato a raccogliergli le tracce.

Mi sono chiesta se queste tracce le possiamo davvero trovare, accostare e montare per dare una forma a modi, episodi, esperienze di vita; a domande collettive, sofferenze, aspirazioni. È uno dei modi possibili di fare storia, di scrivere la storia, di "restituire la voce".

La storiografia della psichiatria e della salute mentale lavora sempre di più sui *dossiers médicaux*, le *Krankenkarte*, i *clinical records*. Questi documenti spesso ci danno elementi su cosa succedeva dentro gli ospedali, sulle pratiche scritte in primo luogo e cliniche in secondo luogo che si compivano all'interno di quella struttura burocratica e terapeutica ad un tempo, repressiva e uniformante, ordinata e inevitabilmente disordinata che è l'ospedale psichiatrico. Ci suggeriscono la presenza costante dello sguardo clinico ma anche l'effettività di una sottrazione a questo sguardo, a questa insistenza, a questa volontà di vedere, di guardare, di sapere da parte di chi ne era l'oggetto. Mi interrogo costantemente sullo statuto delle cartelle cliniche che sono ora tra i materiali che utilizzo di più come "storica della salute mentale", sul limite intrinseco che incarnano – prodotte dal soggetto del sapere, segnate da un potente filtro prospettico e concettuale – e sui limiti molteplici che evocano e che pongono allo storico. Resto in bilico, tra questa volontà di ricostruire, di narrare, di "far parlare" che è propria della storiografia e il dubbio sulla legittimità, sul fantasma del voyeurismo, perché restituire la voce, il vissuto dei subalterni non è un'impresa che può lasciare senza domande e dubbi chi vi si dedica.