



Università
Ca' Foscari
Venezia



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA



Università
degli Studi
di Verona

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Corso di Dottorato in Studi Storici, Geografici e Antropologici

Curricolo di Storia sociale europea dal Medioevo all'età contemporanea

XXIX ciclo

**Bambini “anormali” e psichiatria in Italia
tra le due guerre mondiali.
Teorie e pratiche**

Coordinatrice del Corso: **Ch.ma Prof.ssa Maria Cristina La Rocca**

Supervisor: **Ch.mo Prof. Renato Camurri**

Ch.ma Prof.ssa Patrizia Guarnieri

Dottoranda: **Elisabetta Benetti**

Indice

Introduzione	p. 9
---------------------------	-------------

Parte prima. Dentro gli istituti per bambini anormali

Capitolo 1. Riconoscere l'anormalità nei bambini	p. 29
---------------------------------------------------------------	--------------

1.1. Dentro gli istituti per bambini anormali. L'istituto medico-pedagogico	p. 32
1.2. I segni e le letture dell'anormalità: percorsi di ammissione e internamento	p. 49
Il ruolo del dispensario psichiatrico	p. 55
La visita dei bambini	p. 63
1.3. Custodia o cura? Tra pubblica sicurezza e libera ammissione	p. 68

Capitolo 2. Le cause dell'anormalità dei bambini viste dai medici	p. 75
--------------------------------------------------------------------------------	--------------

2.1. Gli errori educativi come causa di rovina insanabile	p. 75
2.2. Il "contagio mentale" nei bambini. La presenza di un malato in famiglia	p. 90
2.3. La scuola e l'aumento della pazzia	p. 92
2.4. L'andamento "capriccioso ed imprevedibile" delle malattie mentali nei bambini: cause ereditarie o ambientali?	p. 95

Capitolo 3. Tra normalizzazione e cura dei bambini	p. 103
-----------------------------------------------------------------	---------------

3.1. Governare l'anormalità dei bambini: famiglie, medici, società	p. 105
3.2. Strumenti di osservazione: dalla cartella clinica alla cartella biografica	p. 121
3.3. Le terapie	p. 125
Il requisito dell'educabilità	p. 126
La cura pedagogica	p. 130
Mezzi terapeutici: il lavoro	p. 142
La ginnastica	p. 149
L'educazione religiosa	p. 152

Capitolo 4. Uscire dall'Istituto Medico-Pedagogico. I ragazzi anormali alla prova dei "fatti"	p. 155
4.1. L'indagine sui ragazzi dimessi	p. 155
4.2. Dall'istituto alla famiglia: percorsi di inserimento sociale	p. 162
4.2. Dall'istituto all'ospedale psichiatrico: la via dell'esclusione	p. 174

Parte seconda. Il contesto scientifico e politico

Capitolo 5. Gli psichiatri dei bambini tra aspirazioni tecnocratiche e convergenze sul fascismo	p. 179
5.1. Eugenia a rovescio?	p. 183
5.2. Verso il fascismo	p. 194
5.3. Le aspirazioni tecnocratiche degli psichiatri dei bambini	p. 203

Capitolo 6. Alla vigilia delle leggi razziali e oltre	p. 221
6.1. Tra psichiatria e criminologia. Gli italiani al <i>Premier congres de Psychiatrie infantile</i> a Parigi (1937)	p. 221
I riflessi condizionati per lo studio dell'infanzia	p. 224
Minori delinquenti	p. 227
Minori travati e predisposti: educazione e bonifica della personalità	p. 229
Coniugare Lombroso con Pende	p. 231
Un antropologo criminale al Congresso internazionale di Psichiatria infantile	p. 236
Dopo Parigi	p. 242
6.2. Rigenerare: bonifica umana e ortogenesi	p. 248
Istituti per la bonifica umana	p. 252
I prodigi dell'ortofrenia	p. 257
6.3 "La pedagogia di avanguardia": "L'educazione dei minorati" e la proposta di Bottai	p. 260

Parte terza. I bambini protagonisti

Capitolo 7. I bambini costruiti come anormalip. 277

7.1. Gli instabili: anormali del carattere e del comportamentop. 284

7.2. I falsi-anormali: tra normalità e anormalità p. 301

7.3. La sessualità precoce e il pervertimento p. 311

7.4. I non-classificabilip. 317

Capitolo 8. Le voci dei bambinip. 331

8.1. Le logiche invertite della moralità infantilep. 334

8.2. Rabbia e paurep. 337

8.3. Gli adulti visti dai bambinip. 341

8.4. Bambini in fugap. 346

Per concludere p. 349

Appendici p. 357

Appendice 1. Cartello di propaganda. Igiene pedagogica (Educazione dell'Infanzia) presente nel Dispensario per le malattie nervose, mentali e sociali di Teramo, 1928.

Appendice 2. Alunni frequentanti la scuola annessa all'Istituto medico-pedagogico veneziano. Anni Trenta.

Appendice 3. La scala metrica dell'intelligenza infantile o scala Binet-Simon

Appendice 4. Reattivi del De Sanctis

Appendice 5. Interrogatorio Ferrari-Francia

Fonti e bibliografiap. 367

Abbreviazioni

AOP San Servolo – Archivio dell’Ospedale psichiatrico di San Servolo Venezia

AOP San Clemente – Archivio dell’Ospedale psichiatrico di San Clemente Venezia

AIMP Marocco – Archivio dell’Istituto medico-pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto

AAMCV – Archivio dell’Amministrazione dei Manicomi Centrali Veneti, Venezia

APVe – Archivio della Provincia di Venezia

ALL – Archivio privato di Luisa Levi, Venezia

AUC – Archivio generale per la storia dell’Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

ASPI – Archivio Storico della Psicologia Italiana dell’Università Milano Bicocca

AOP San Lazzaro, AS, SM – Archivio dell’ex Ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia, Archivio sanitario, cartelle cliniche della scuola Marro

ASIF – Archivio Storico dell’Ospedale degli Innocenti, Firenze

ACS – Archivio Centrale dello Stato, Roma

MI, Demorazza – Ministero dell’Interno, Direzione Generale Demografia e razza, Divisione razza

MI, DGPS, DAGR, CPC – Ministero dell’Interno, Direzione Generale di Pubblica Sicurezza, Divisione Affari Generali e Riservati, Casellario Politico Centrale

E42 – Ente autonomo esposizione universale di Roma Eur

ACL – Archivio di Carlo Levi presso l’Archivio Centrale dello Stato, Roma

ASMO – Archivio della Scuola magistrale ortofrenica di Roma

ASCD – Archivio Storico della Camera dei Deputati, Roma

b. – busta

fasc. – fascicolo

La storia si fa coi documenti ma non sta nei documenti, la cui conservazione è sempre distorta e incompleta anche se illusoriamente ricca e sufficiente. L'uso del cervello e della fantasia dello storico è di fatto proporzionalmente inverso alla quantità di tracce disponibili, meno ne abbiamo e più dobbiamo sforzarci di capire, di interpretare i frammenti, di ricostruire. La documentazione scarsa ci avverte: i documenti servono ma la storia deve guardarli con diffidenza sempre attenta a quello che non ha lasciato traccia e che pure ha avuto rilevanza.

Giovanni Levi, *I tempi della storia*,
in "The Historical Review/La Revue Historique",
vol. VI, 2009.

Introduzione

Questa ricerca si occupa di bambini e bambine e di chi ne studiava e curava la salute mentale nel periodo compreso tra le due guerre mondiali. Si pone all'incrocio di più ambiti: da un lato la psichiatria – nello specifico infantile –, dall'altro alcune discipline liminari come medicina, pedagogia, psicoanalisi e psicologia. Inevitabile intersecare anche le politiche sociali del fascismo e l'eugenetica. Tutto questo naturalmente osservando una serie di attori sociali che si muovono in generale intorno ai bambini e in particolare intorno ai bambini “anormali”¹ – definizione più frequentemente utilizzata tra gli esperti nel periodo qui considerato –: ovvero le famiglie, gli amministratori, i politici, gli insegnanti e, ovviamente, i medici. Come ha scritto Patrizia Guarnieri, occuparsi di storia dei bambini e delle bambine costringe a fare i conti con approcci che difficilmente possono isolare uno o pochi aspetti, “ignorando legami imprescindibili con altri”. Ulteriormente, scrivere storia dei bambini non significa solo

¹ Da ora in poi, per questioni di leggibilità e scorrevolezza, userò il termine senza virgolette. Prima di definirli bambini anormali, si era utilizzato il termine “frenastenici”, introdotto da Andrea Verga nel 1877 in un articolo che si intitolava “Frenastenici e imbecilli” pubblicato nell’“Archivio per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali”. Un altro termine che era stato usato a fine Ottocento era quello di “deficienti”. Ancora nel 1923 Eugenio Tanzi, direttore della Clinica delle malattie mentali e nervose del Regio Istituto di Studi Superiori di Firenze, ed Ernesto Lugaro, direttore della Clinica psichiatrica della Regia Università di Torino, avevano utilizzato la distinzione tra “idioti” ed “imbecilli”: “Gl'imbecilli, benché meno arretrati degl'idioti, sono recalcitranti, presuntuosi, bugiardi, ipocriti, volubili, e perciò poco educabili; gl'idioti, per quanto ad un livello più basso, anzi appunto per questo, sono (sempre secondo Sollier) menti vuote, prive di virtù e di vizi, e quindi plastiche, suggestionabili, docili, persino educabili; per lo meno conservano la memoria, l'abitudine o il gusto di ciò che hanno a gran fatica imparato” (E. Tanzi, E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, 2 voll., terza edizione, Milano, Società Editrice Libreria, 1923, p. 283). Il termine “anormali” è una evoluzione dei due termini precedenti, ma anche un ampliamento: anormali erano gli imbecilli e i deficienti, ma non solo; anormali erano tutti coloro che sfuggivano al concetto di norma, ad esempio tutti coloro che manifestavano un carattere problematico, comportamenti antisociali, tendenze pericolose, violente o oscene. Nei paesi francofoni il termine corrispettivo impiegato fu “irregolari”. Alla definizione di bambini anormali contribuì ampiamente sia la teoria lombrosiana dell'atavismo sia la teoria della degenerazione di Benedict-Augustin Morel, secondo cui a partire da avi originali – ovvero individui con anomalie della sfera affettiva e intellettuale – si sarebbe assistito ad un aggravamento progressivo di queste tendenze nelle successive generazioni.

“aggiungere un pezzo mancante allo scenario del passato, perché non vi è una storia separata dei minori che non riguardi anche la storia in generale. In qualunque settore si vada a considerare la specificità della questione infantile, ad esempio nelle politiche e nel movimento del *welfare*, oppure nella scuola, nella salute e nella medicina, si aprono non solo territori nuovi ma interrogativi e considerazioni che ci costringono a rivedere le nostre conoscenze della storia di quel settore”².

Nel corso della ricerca l’infanzia è emersa come costruzione sociale legata allo specifico contesto e non come fenomeno naturale. Questa consapevolezza, formulata per la prima volta da Philippe Ariès all’inizio degli anni Sessanta³, è presente ancor più in studi recenti, ad esempio in *Childhood* del sociologo dell’infanzia Chris Jenks. L’infanzia come costruzione sociale implica che i confini della stessa siano variabili e mobili per definizione⁴ e implica anche che l’infanzia sia sempre da porre in relazione a un particolare e specifico clima culturale. All’interno di un certo clima e di un certo contesto, le condizioni dell’infanzia – la salute, il *welfare*, la cura, l’educazione – appaiono legate al destino di una nazione e alla responsabilità di uno stato.

“The modern child has become the focus of innumerable projects that purport to safeguard it from physical, sexual, and moral danger, to ensure its “normal” development, to actively promote certain capacities of attributes such as intelligence, educability and emotional stability”⁵.

² P. Guarnieri, *Introduzione a Bambini e salute in Europa 1750-2000*, (a cura di) Id., fascicolo monografico di “Medicina & Storia”, 7, 2004, pp. 7-8. La storica sottolinea come le fonti che riguardano l’infanzia siano problematiche per definizione, essendo quasi sempre indirette e spesso a carattere privato. Questo aspetto è stato evidente nel corso della ricerca ed è una questione che viene affrontata soprattutto nella terza parte di questa tesi.

³ Ph. Ariès, *Padri e figli nell’Europa medievale e moderna*, Roma-Bari, Laterza, 1968 (titolo originale *L’enfant et la vie familiale sous l’Ancien Régime*, Paris, Plon, 1960). L’opera di Ariès viene considerata il punto di avvio della riflessione storiografica sull’infanzia.

⁴ Sui confini mobili e variabili dell’infanzia e sull’età come categoria di analisi storica rimando a S. Minz, *Reflections on Age as a Category of Historical Analysis*, in “Journal of the History of Childhood and Youth”, vol. 1, n. 1, 2008, pp. 91-94.

⁵ N. Rose, *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, London, Routledge, 1989, p. 123.

Come ha scritto Chris Jenks, il bambino non è semplicemente né naturale né normale. L'immagine del bambino si lega inevitabilmente alle aspettative che una società ha e si lega anche alle strategie di cura e di controllo messe in atto verso l'infanzia.

“Thus the way that we treat our children is indicative of the state of our social structure, a measure of the achievement of our civilization or even an index of the degree to which humanism has outstripped the economic motive in everyday life. Similarly, the way that we control our children reflects, perhaps as a continuous microcosm, the strategies through which we exercise power and constraint in the wider society”⁶.

Osservare come avvengono cura e controllo dei bambini implica osservare l'operato dei medici: essi si accorsero dell'infanzia gradualmente dalla seconda metà dell'Ottocento e parallelamente pensarono e progettaronο misure mirate, dedicarono ai bambini un'attenzione sempre maggiore, mostrando da un lato la preoccupazione verso gli esiti non scontati della crescita, dall'altro evidenziando il tentativo di cura ed educazione dell'infanzia. La scienza medica oscillava tra il riconoscimento dell'opportunità di selezionare e isolare alcuni di questi minori – sia per evitare che potessero danneggiare i bambini normali con il loro comportamento sia per poterli curare meglio in istituti o classi adatte alle loro esigenze – e la sottolineatura dell'importanza della cura e dell'educazione dei bambini normali e anormali. Per i medici occuparsi di questi pazienti significava riconoscere alla scienza un'importante funzione di cura e dunque di progresso che la disciplina poteva contribuire a sviluppare nell'Italia unita da pochi decenni.

L'analisi si concentra sul periodo tra le due guerre mondiali, coincidente in Italia con la dittatura fascista. La presenza di un regime totalitario plasmò il quadro nel quale medici, famiglie e amministratori agirono. I medici in particolare instaurarono con il regime delle relazioni complesse, soggette a cambiamenti nel corso del ventennio e sottoposte ad aspettative incrociate. Da un lato le aspettative

⁶ C. Jenks, *Childhood*, London, Routledge, 1996, p. 69.

dei medici che nei primi anni del regime auspicarono finalmente – come parte del mondo delle professioni liberali – un governo in grado di fare scelte in modo veloce, senza essere gravato dal peso del sistema parlamentare: eppure queste aspettative erano destinate a non trovare se non minime realizzazioni, nonostante le prime misure varate dal governo. Dall'altro lato vi sono le aspettative dei collaboratori di Mussolini, poco interessati realmente alla cura di tutti i bambini anormali, invece più interessati a recuperare alcuni bambini, quelli che potevano diventare membri produttivi della società e che potevano diventare strumenti di propaganda della bonifica umana, della rigenerazione e dei miracoli della scienza italiana guidata dal fascismo.

Lo storico di fronte a questo scenario può tratteggiare alcune carriere di pazienti e di medici, o illuminarne alcuni frammenti, in base alla disponibilità delle fonti. Attraverso le cartelle cliniche e i documenti presenti in esse, può illustrare non solo alcuni aspetti e momenti della vita dei bambini, ma anche osservare l'evoluzione della scienza medica e psichiatrica interessata ai bambini. Attraverso le cartelle si può osservare la complessa rete di relazioni – intrecciata da medici, da famiglie, da amministratori, da figure di riferimento per i bambini come insegnanti e parroci – che circondava ogni bambino, il quale si muoveva in questo scenario secondo logiche diverse, talvolta confliggenti tra di loro. Proprio queste logiche in alcuni casi illuminano il ruolo non meramente passivo svolto dalle famiglie, per le quali l'istituzione psichiatrica poteva costituire una risorsa temporanea. Uno dei primi compiti per lo storico che si occupa di infanzia e psichiatria è capire dove erano curati i bambini anormali, ovvero quali istituzioni si occupavano di loro: oltre infatti ai manicomi – dove comunque venivano ricoverati alcuni bambini per periodi più o meno lunghi – nella prima metà del Novecento si assistette ad una proliferazione di istituzioni rivolte ai bambini: ambulatori e dispensari, istituti e colonie medico-pedagogiche, classi differenziali, scuole-autonome. Si trattava di una pluralità di istituzioni pensate per selezionare i bambini e a curare i casi più lievi negli ambulatori e dispensari; destinate a casi più gravi ma comunque ritenuti educabili (colonie e istituti medico-pedagogici); progettate per casi di lieve anormalità (le scuole-autonome) o di falsa anormalità (le classi differenziali).

A livello internazionale si è assistito a un cambiamento importante che, sia nella storia della medicina e della psichiatria sia nella storia dell'infanzia, tende ad analizzare le questioni affrontate, riguardanti tanto la psichiatria che l'infanzia, entro un quadro completo, collegandole a processi sociali, istituzionali e politici più ampi. Pionieri in questo senso nella storia della psichiatria sono gli studi di Roy Porter e Mark Micale, ma anche di Nikolas Rose⁷. Parallelamente una serie di studi sull'infanzia ha documentato e analizzato le relazioni tra riforme sociali ed espansione e professionalizzazione dei servizi medici, tra il governo dell'infanzia e il numero crescente di servizi dedicati all'infanzia stessa, nonché le interazioni tra i diversi specialisti dell'infanzia. Un punto di riferimento in tal senso risulta essere il volume *In the Name of the Child. Health and welfare, 1880–1940*, in cui il curatore Rooger Cooter ha ribadito come fosse essenziale il legame tra le iniziative messe in atto per la salute infantile, il *welfare*, gli interessi sociali e politici che stavano alla base di quelle iniziative⁸.

I bambini, contrariamente a quello che a lungo si è pensato, non sono stati relegati solo nella sfera privata e familiare: sono stati invece al centro di azioni politiche e sociali, al centro di preoccupazioni e aspettative che andavano ben oltre il confine familiare⁹. Anzi, il controllo che si poteva esercitare su questi bambini difficili e anormali si fondava su rapporti di potere – che non necessariamente si esprimevano solo nella forma del comando e dell'obbedienza, ma anche in termini di cura, di supporto, di guida – che coinvolgevano i bambini e gli adulti che li circondavano¹⁰.

La storiografia internazionale ha acquisito questa consapevolezza già da alcuni anni, tant'è che nel 2001 si è costituita la Society for the history of childhood and youth, che si è dotata dal 2008 di una propria rivista – il “Journal of the History of Childhood and Youth” – edita dalla Johns Hopkins University. La rivista si

⁷ M. Micale and R. Porter, *Discovering the History of Psychiatry*, New York, Oxford University Press, 1994. N. Rose, *The Psychological Complex: Psychology, Politics and Society in England, 1869-1939*, London, Routledge and Kegan Paul, 1985.

⁸ R. Cooter (ed.), *In the Name of the Child. Health and welfare, 1880-1940*, London, Routledge, 1992.

⁹ Per l'Italia si veda A. Gibelli, *Il popolo bambino. Infanzia e nazione dalla Grande Guerra a Salò*, Torino, Einaudi, 2005.

¹⁰ Sul governo dell'infanzia si veda K. M. Smith, *The Government of Childhood. Discourse, Power and Subjectivity*, London, Palgrave Macmillan, 2014.

occupa di storia dell'infanzia e dell'adolescenza a tutto tondo: pur avendo una prevalenza di contributi provenienti dal Nord America e dall'Europa occidentale, è interessata alla storia dell'infanzia in tutto il mondo e affronta temi che vanno dall'emigrazione alla storia della disabilità, dalla storia delle associazioni per bambini alla delinquenza giovanile, dalla storia dei bambini devianti e orfani alla storia dell'infanzia nelle colonie¹¹.

Diverse storiografie nazionali e transnazionali si sono incamminate su questa strada, dotandosi di strumenti come la “Revue d'histoire de l'enfance irrégulière”, di area francofona, che pone come ambito di studio “l'enfance irrégulière”: dunque un campo più limitato di studi, aperto alle contaminazioni tra diverse discipline: storia contemporanea, storia del diritto e della giustizia, storia della psichiatria, storia sociale.

In Italia la questione infantile è stata affrontata in particolare nell'ambito di storia dell'educazione¹², mentre nel settore delle cure all'infanzia si rileva l'interesse per i bambini senza famiglia accolti dalle apposite istituzioni¹³. Anni fa cercava di fare il punto su bambini e salute un numero monografico di “Medicina & Storia” – *Bambini e salute in Europa 1750-2000* – che adottava la prospettiva di mettere a fuoco “le interazioni tra le esperienze private, domestiche, familiari con le competenze

¹¹ Per esemplificare la varietà di ricerche pubblicate sulla rivista cito gli articoli presenti nell'ultimo numero: B. Rouleau, “*In Praise of Trash*”: *Series Fiction Man and the Challenges of Children's Devotion*, pp. 403-423; O. Dror, *Love, Hatred, and Heroism: Socializing Children in North Vietnam during Wartime, 1965-75*, pp. 424-450; A. Byford, *Trauma and Pathology: Normative Crises and the Child. Population in Late Tsarist Russia and the Early Soviet Union, 1904-1924*, pp. 450-469; K. Vallgård and C. Bjerre, *Childhood, Divorce, and Emotions: Danish Custody and Visitation Rights Battles in the 1920s*, pp. 470-488; M. Myllykangas and K. Parhi, *The Unjustified Emotions: Child Suicide in Finnish Psychiatry from the 1930s until the 1970s*, pp. 489-508. Gli articoli sono tutti pubblicati in “*Journal of the History of Childhood and Youth*”, vol. 9, n. 3, 2016 e si trovano anche sul sito della rivista <https://muse.jhu.edu/journal/400> (ultima consultazione: 28 gennaio 2017).

¹² Ricordo i lavori di Egle Becchi *I bambini nella storia*, Roma-Bari, Laterza, 1994 e Q. Antonelli e E. Becchi (a cura di), *Scritture bambine*, Roma-Bari, Laterza, 1995. Nel 1984 un numero monografico di “*Quaderni storici*”, vol. 19, n. 57 era stato dedicato ai *Bambini* ed aveva una premessa di Egle Becchi. Sempre a cura di Egle Becchi e di Dominique Julia è stata pubblicata in due volumi una *Storia dell'infanzia*, Roma-Bari, Laterza, 1996.

¹³ Ad esempio F. Reggiani, *Sotto le ali della colomba. Famiglie assistenziali e relazioni di genere dall'Età moderna alla Restaurazione*, Roma, Viella, 2014.

scientifiche, professionali, e gli interventi pubblici”, cercando di collegare storie disciplinari che spesso procedono separate¹⁴.

Quantitativamente poco numerosi sono gli studi sulla storia dei bambini e delle bambine in relazione alla salute mentale, studi che risultano praticamente assenti per il periodo compreso tra le due guerre mondiali¹⁵. I motivi sono diversi: probabilmente l'attenzione degli storici si è spesso concentrata sulla storia delle istituzioni manicomiali¹⁶, dalle quali i bambini tendevano ad essere allontanati. Per cercare la loro presenza diventa fondamentale spostare lo sguardo e indirizzarlo a una serie di istituzioni che non procedono esclusivamente nell'ottica dell'internamento manicomiale¹⁷, anzi si pongono come obiettivo l'inserimento

¹⁴ Si veda in particolare P. Guarnieri, *Introduzione a Bambini e salute in Europa 1750-2000*, cit., p. 9. Patrizia Guarnieri ha affrontato più volte la questione infantile, ad esempio in *Un piccolo essere perverso. Il bambino nella cultura scientifica italiana tra Otto e Novecento*, in “Contemporanea. Rivista di storia dell'800 e del '900”, anno IX, n. 2, aprile 2006, pp. 253-284. A pagina 254 la storica sottolineava come, “salvo per settori derivati dalle discipline di cui fanno storia (la storia dell'educazione coltivata dalla pedagogia), si potrebbe dire che la storiografia italiana soprattutto, ma non solo, debba ancora compiere la propria scoperta dell'infanzia, che invece la scienza ha intrapreso per suo conto oltre un secolo fa”. Si vedano anche P. Guarnieri, *Bambini difficili. Levi Bianchini tra psichiatria, psicoanalisi e pedagogia*, in R. Conforti (a cura di), *La psicoanalisi tra scienze umane e neuroscienze. Storia, alleanze, conflitti*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2006, pp. 119-13 e Id., *Pericolosi e in pericolo. Alle origini del Tribunale dei minori in Italia*, in “Contemporanea”, n. 2, 2008, pp. 195-219. Per il caso toscano P. Guarnieri, *Guardare avanti. Firenze per la cura dei bambini*, in *Una “nuova” sanità per Firenze capitale*, (a cura di) E. Ghidetti, Firenze, Polistampa, 2016, pp. 167-197.

¹⁵ La psichiatria italiana tra le due guerre mondiali è stata complessivamente poco studiata in Italia, come ha messo in evidenza M. Moraglio, *Dentro e fuori il manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, in “Contemporanea”, n. 1, 2006, pp. 15-34. Di recente alcuni studi hanno cominciato a interessarsi alla storia della psichiatria nel periodo compreso tra le due guerre mondiali: F. P. Peloso, *La Guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, Verona, Ombre Corte, 2008; M. Petracci, *La follia nei processi del Tribunale speciale per la difesa dello Stato*, in L. Lacchè (a cura di), *Il diritto del duce. Giustizia e repressione nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli, 2015, pp. 208-234; M. Petracci, *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli, 2014; P. Giovannini, *La psichiatria di guerra. Dal fascismo alla seconda guerra mondiale*, Milano, Unicopli, 2015. Utili strumenti bibliografici sono M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze, Firenze University Press, 2010; P. Guarnieri, *La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olschki, 1991 e Id., *The History of Psychiatry in Italy: A Century of Studies*, in M. S. Micale and R. Porter (eds), *Discovering the History of Psychiatry*, New York-Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 248-259.

¹⁶ Sulla storia della psichiatria legata all'idea di internamento e di devianza sociale si vedano, tra gli altri, E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 2010 [1961]; K. Dorner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Bari, De Donato, 1975; M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi, 2014 [1975]; A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, Franco Angeli, 1980; A. De Bernardi, *Follia, psichiatria e società. Scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1982.

¹⁷ L'idea che i malati di mente non venissero solo e sempre internati in maniera cronica è alla base dei lavori di P. Guarnieri, *Family Care and Welfare Policies in Italy before Fascism*, in M. Gijswijt-Hofstra,

sociale dei bambini. Un'ulteriore causa del ritardo degli studi sulla psichiatria novecentesca e su quella infantile in particolare è dovuto al fatto che le ricerche sulla storia della salute mentale hanno mosso i loro primi passi in ritardo rispetto a quelle sull'Ottocento anche per i limiti temporali imposti alla consultazione di documenti contenenti dati sensibili (i settant'anni dalla produzione di questo materiale).

Di recente è stato dedicato un numero monografico della rivista della Società Italiana delle Storie – curato da Stefania Bernini e da Adelisa Malena – a *Bambine e bambini nel tempo*, segnale dunque che la questione infantile sta assumendo una rilevanza maggiore anche nella storiografia italiana¹⁸.

La ricerca è nata dall'osservazione intensiva di alcuni *case-studies*¹⁹. Partendo proprio dall'esperienza di questi istituti – in particolare l'Istituto medico-pedagogico “Angelo Pancrazio” di Mogliano Veneto, sede staccata degli ospedali psichiatrici veneziani, e la Colonia-scuola “Antonio Marro” annessa all'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia –, ho cercato di rispondere ad alcune domande che nascono dall'osservazione delle pratiche. Chi, come e quando, pose il problema dei bambini anormali? Come si costruiva e si declinava una diagnosi di anormalità? Chi

H. Oosterhuis, J. Vijselaar, H. Freeman (eds), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, pp. 312-330; M. Fiorani, *Follia senza manicomio. Assistenza e cura ai malati di mente nell'Italia del secondo Novecento*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2012 e del progetto Fuori dal manicomio correlato a Carte da legare <http://siusa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/pagina.pl?RicVM=indice&RicSez=fondi&RicProgetto=preg-tos-fuoman> (ultima consultazione: 12 gennaio 2017). Il progetto Fuori dal manicomio censisce e inventaria gli archivi della salute mentale in Toscana, constatando come la cura della salute mentale non fosse compito esclusivo degli ospedali psichiatrici.

¹⁸ S. Bernini e A. Malena (a cura di), *Bambine e bambini nel tempo*, numero monografico di “Genesis”, XIII, n. 2, 2014. Segnale della maggiore attenzione dedicata alla storiografia italiana sui bambini e bambine è l'istituzione nel 2016 di un premio da parte della Society for the history of childhood and youth per un articolo sul tema in lingua italiana.

¹⁹ I casi di studio sono stati scelti in base allo stato di conservazione degli archivi e alla possibilità di accedervi. L'archivio della Colonia-scuola “A. Marro”, annessa all'Ospedale psichiatrico di Reggio Emilia, è conservato in ottimo stato e facilmente accessibile. Più complicata la situazione archivistica dell'archivio dell'Istituto medico-pedagogico “A. Pancrazio” di Mogliano Veneto (località Marocco), in provincia di Treviso ma sede staccata degli ospedali psichiatrici veneziani di San Servolo e San Clemente. L'archivio delle cartelle cliniche e biografiche si trova a Preganziol presso l'ULSS 9, mentre l'archivio amministrativo si trova presso l'archivio dell'ex Ospedale psichiatrico di San Servolo e San Clemente. Entrambi i fondi sono da inventariare, ma sono ben conservati e ho avuto la possibilità di consultarli (ringrazio in particolare la dottoressa Marika Costa e il signor Maurizio Barbazza per avermi messo a disposizione le cartelle presenti a Preganziol). Un terzo caso, quello romano, è stato considerato consultando l'archivio della Scuola magistrale ortofrenica di Roma. Le cartelle dei bambini dell'Istituto medico-pedagogico annesso all'Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma non sono conservate relativamente a questi anni.

concorreva a costruirla, solo il sapere medico o anche una cultura diffusa? Quali soluzioni e terapie furono discusse e poi poste in atto per arginare il problema dei bambini anormali? Come durante il fascismo venne intesa la recuperabilità di questi bambini? Quali bambini potevano essere educati e inseriti nella società come non pericolosi e come membri attivi? Quali influenze esercitò il contesto internazionale nella scelta e diffusione di determinate soluzioni?

Nell'analisi degli istituti e dei casi, è sembrato utile l'approccio comparato²⁰; piuttosto che procedere ad un'analisi caso per caso, istituto per istituto, ho ritenuto più opportuno utilizzare un caso come riferimento principale e, attraverso confronti con gli altri casi per somiglianza o differenza o analogia, procedere a trattare le questioni rilevanti, utilizzando gli archivi della salute mentale in tutta la loro ricchezza – accanto alle cartelle cliniche, anche le fonti amministrative, i registri, le riviste pubblicate negli stessi ospedali – per verificare come teorie e pratiche si influenzassero reciprocamente, discostandosi oppure sovrapponendosi.

La scelta di concentrarsi sulle pratiche di alcuni istituti non è stata disgiunta dall'osservazione delle posizioni scientifiche e teoriche degli psichiatri per mantener fede all'impegno di analizzare teorie e pratiche nel reciproco intreccio. Ecco che, dunque, per rispondere a questa esigenza, ho proceduto riflettendo intorno al concetto di contesto, utilizzando alcuni suggerimenti e riflessioni provenienti dalla microstoria²¹. In particolare mi sono soffermata sul concetto di “contesto

²⁰ Dagli anni '90 la metodologia comparativa ha coinvolto tanto la storia della psichiatria quanto la storia dell'infanzia. Nel 2005 Marijke Gijswijt-Hofstra ha ribadito l'importanza della comparazione per evidenziare sviluppi simili ma anche differenze nella psichiatria di un paese rispetto ad un altro. Al tempo stesso ha sottolineato come l'adozione di un approccio comparato permetta di rilevare nuove tendenze e ambiti di ricerca, che emergono con maggior forza se colti in un'ottica di confronto. M. Gijswijt-Hofstra et alii (eds), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005. Si veda anche R. Porter, D. Wright (eds), *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge-New York, Cambridge University Press, 2003. Il volume si basa sostanzialmente sulla ricostruzione di singoli casi nazionali e l'Italia non viene considerata. La metodologia comparativa è divenuta fondamentale anche negli studi riguardanti l'infanzia: M. Gijswijt-Hofstra and H. Marland (eds), *Cultures of Child health in Britain and the Netherlands in the Twentieth Century*, Amsterdam-New York, Rodopi, 2003. Sulla comparazione dopo il *transnational turn* si veda M. Seigel, *Beyond Compare: Comparative Method After the Transnational Turn*, in “Radical History Review”, n. 91, a. 2005, pp. 62-90.

²¹ Una delle riflessioni più interessanti sul concetto di contesto e sull'uso che ne viene fatto in storia si trova in J. Revel, *Microanalisi e costruzione del sociale*, in Id. (a cura di), *Giocchi di scala. La microstoria alla prova dell'esperienza*, Roma, Viella, 2006, pp. 19-44.

pertinente”²², che nel caso della mia ricerca mi ha spinto ad osservare altri analoghi istituti presenti in Italia, ma anche mi ha portata ad analizzare il contesto internazionale di riferimento. Ho cioè adottato una nozione plurale di contesto pertinente e ho cercato di indagare il contesto scientifico, il contesto politico, ma anche quello sociale e culturale. Il contesto scientifico è infatti imprescindibile per comprendere le domande e le risposte mediche; quel che si è rivelato interessante è come una parte del mondo scientifico psichiatrico abbia dialogato con la politica del regime. Per questa ragione ho scelto di trattare insieme il contesto scientifico e quello politico. L’analisi del contesto sociale mi ha permesso di osservare le relazioni che si instaurarono nell’ambiente da cui provenivano i bambini tra famiglie, medici, amministrazioni e così via. Anche l’analisi del contesto culturale si è rivelata significativa ed importante nel processo che portava alla formulazione di una diagnosi di anormalità.

Ho adottato strumenti e suggestioni provenienti dall’approccio transnazionale, soprattutto là dove si tratta di mettere in luce influenze reciproche, *transfer* di conoscenze, similarità e differenze, connessioni e contrasti per evitare di fissare in maniera troppo rigida dei confini nazionali e per evitare di dare per scontata un’autosufficienza nazionale della psichiatria. Volker Roeckle, Paul Weindling e Louise Westwood hanno posto l’accento sull’enfatizzazione a volte eccessiva data alle differenze negli approcci comparati e sul rischio di fissare in maniera troppo rigida dei confini nazionali²³, trascurando viceversa caratteristiche regionali o locali e interazioni internazionali. Sottolineando come non si possa dare per scontata un’autosufficienza nazionale, o addirittura una uniformità nazionale, hanno ribadito l’importanza delle relazioni e del carattere internazionale della scienza e della psichiatria nel XX secolo, che emergono sia considerando le biografie

²² L. Allegra, *Ancora a proposito di micro-macro*, in P. Lanaro (a cura di), *Microstoria. A venticinque anni da L’eredità immateriale*, Milano, Franco Angeli, 2011, pp. 59-68. Allegra, a pag. 68, precisando la nozione di contesto pertinente, scrive che si tratta “di immaginare una diversa nozione di contesto: un contesto tenuto insieme e definito da catene di connessioni e interdipendenze non necessariamente locali; anzi tendenzialmente non solo locali”.

²³ Sui limiti dell’approccio comparato si veda H.-G. Haupt, *Comparative History – a Contested Method*, in “Building on the past. Online Papers”, no. 2, 2007, e in “Historisk Tidskrift”, 127, 2007, pp. 697-716; on line virgo.unive.it/eurodoct/documenti/Haupt_Comparative_history.pdf (ultima consultazione 2. 01. 2017). Si veda anche J. Kocka, *Comparison and Beyond*, in “History and Theory”, vol. 42, 2003, pp. 39-44.

di alcuni psichiatri, sia analizzando alcune discipline interne alla psichiatria – ad esempio la medicina pedagogica o il movimento per l’igiene mentale –, sia esaminando alcuni *case studies* che evidenziano relazioni internazionali²⁴. È questo un approccio che mi sembra fondamentale e irrinunciabile anche per il mio progetto. Se dunque la mia ricerca non compara diverse realtà nazionali – ovvero casi specifici di altri paesi – tuttavia coglie i *networks* internazionali, i legami, i rapporti con altri psichiatri, le influenze provenienti da esperienze straniere e in alcuni casi anche le letture di autori stranieri. Tale metodologia mi sembra particolarmente feconda per un campo come quello della psichiatria: nella prima metà del ’900 molti psichiatri italiani avevano svolto periodi di studio all’estero, frequentavano regolarmente i congressi internazionali, leggevano riviste straniere, recensioni di studi internazionali sulle riviste italiane e gli stessi studi in lingua originale. Per mettere in luce i legami e le influenze internazionali e transnazionali ho utilizzato le recensioni di volumi, gli atti di convegni internazionali, o articoli apparsi su riviste italiane ed estere che si richiamavano o citavano espressamente.

L’integrazione di strumenti provenienti dalla microstoria con una metodologia transnazionale, che fa riferimento alle *connected histories*²⁵, mi pare serva a evitare alcuni pericoli: il primo dei quali è quello di pensare che nella storia vi sia una norma unica, un’unica regola che copre e spiega le esperienze sociali e politiche. L’integrazione e l’uso combinato di questi strumenti permette di vedere più chiaramente come esistano diverse regole che spiegano fenomeni sociali e politici, e in fondo come i contesti storici non siano mai cerchi concentrici che vanno dal più piccolo al più grande, ma campi elettrici di diverse intensità che convivono contemporaneamente²⁶, mostrando come non vi sia stata un’unica psichiatria, ma diverse tendenze e prassi psichiatriche.

²⁴ V. Roelcke, P.J. Weindling and L. Westwood (eds), *International Relations in Psychiatry. Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, University of Rochester Press, 2010, pp. 2-11.

²⁵ G. Maccocci, *Gli intrecci della storia. La modernità globale di Sanjay Subrahmanyam*, in S. Subrahmanyam, *Mondi connessi. La storia oltre l’eurocentrismo (secoli XVI-XVIII)*, Roma, Carocci, 2014, pp. 9-21. Si veda anche P.-Y. Saunier, *Transnational History: Theory and History*, New York, Palgrave Macmillan, 2013.

²⁶ Si veda S. Loriga, *Negli interstizi della storia*, in P. Lanaro (a cura di), *Microstoria. A venticinque anni da L’eredità immateriale*, cit., pp. 69-77. Rispetto al concetto di contesto, Francesca Trivellato sottolinea come la microstoria moltiplichi i contesti di riferimento “che non possono essere concepiti come

In questo lavoro tre sono in particolare le tipologie di fonti utilizzate: innanzitutto le cartelle cliniche e biografiche dei bambini, utili a ricostruire la loro storia, a osservare lo sguardo della società sui bambini anormali attraverso la consegna ai medici degli elementi devianti, a mostrare le relazioni delle istituzioni con il territorio. La costruzione delle cartelle cliniche e biografiche utilizzate specificamente per i bambini evidenzia somiglianze e differenze con quelle degli adulti e quali aspetti venissero sottoposti ad osservazione: modalità di internamento e di dimissione, problematiche insorte, dati antropometrici e psichici²⁷. Va però precisato che negli archivi degli istituti che si occupavano di bambini si trova anche altro materiale che è stato considerato in questa ricerca: fascicoli amministrativi, curriculum dei medici, bandi di concorso, documentazione e lettere tra le diverse amministrazioni, lettere dei familiari e dei medici. Un'altra fonte importante è rappresentata dalle fonti a stampa, articoli e libri pubblicati dagli psichiatri, che permettono di osservare come e in quali termini venga posta dagli specialisti la questione dei bambini anormali, quali soluzioni vengono pensate e come vengono diagnosticate le patologie dei bambini. Un'ulteriore fonte è quella costituita dagli archivi privati di alcuni medici. Si tratta di materiale interessante e importante che permette di osservare la pratica medica, le analisi costruite, le relazioni internazionali, i temi sui quali riflettevano.

cerchi concentrici né come una sequenza lineare che va dal piccolo al grande, dal personale all'impersonale". Secondo la Trivellato approccio transazionale e microstoria possono convivere e anzi trarre proficui strumenti l'uno dall'altro (ma perlopiù l'approccio transazionale trarrebbe vantaggi dall'incrocio fecondo con la microstoria). Secondo la storica, uno dei limiti maggiori dell'approccio globale è l'utilizzo di fonti secondarie. F. Trivellato, *Microstoria, storia del mondo e storia globale*, in P. Lanaro (a cura di), *Microstoria. A venticinque anni da L'eredità immateriale*, cit., pp. 119-131.

²⁷ Sulle cartelle cliniche esiste un'ampia letteratura. Ricordo solo R. Porter, *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, in "Theory and Society", 14, n. 2, 1985, pp. 175-198; G. Riefolo, F. M. Ferro, *Note sulla fondazione della psichiatria clinica: prassi dell'osservazione e nascita della "cartella"*, in "Giornale Storico della Psicologia Dinamica", XI, 22, 1987, pp. 177-202; V. Hess, B. Majerus, *Writing the history of psychiatry in the 20th century*, "History of Psychiatry", 22, 2011, pp. 139-145; S. Shortt, *The New Social History of Medicine: Some Implications for Research*, *Archivaria*, number 10, 1980, pp. 5-22; A. Molinari, *Autobiografie della vita e della mente. Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo Novecento*, in "Genesis", II/1, 2003, pp. 151-176; V. Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di F. Alberico, G. Franchini, M. Eleonora Landini, E. Passalia, Genova, 2010, pp. 51-69.

Questo lavoro è diviso in tre parti. La prima parte è dedicata agli istituti per bambini anormali: in essa illustra sono illustrati quali erano gli istituti per bambini anormali – ovvero classi differenziali, istituti medico pedagogici e scuole autonome – nonché le caratteristiche specifiche di ciascuna istituzione. Si trattava di soluzioni sperimentali, con gli aspetti positivi delle sperimentazioni ma anche con i limiti che consistevano soprattutto nel fatto di essere esperienze diffuse in modo non capillare e limitate a poche città. Nel primo capitolo, partendo dall'esperienza di uno di questi istituti, l'Istituto medico pedagogico veneziano, e confrontando le pratiche poste in atto in questo istituto con quelle praticate in altri istituti, ho ricostruito le modalità di ammissione nell'istituto medico pedagogico; le modalità della visita clinica ai bambini nei dispensari di igiene mentale presenti in diverse città italiane e le interazioni tra medici, società e famiglie. Ho cercato di mettere in luce i comportamenti e le situazioni, anche culturali e sociali, che potevano portare ad una diagnosi di anormalità.

Ho analizzato quindi, nel secondo capitolo, le cause dell'anormalità dei bambini viste dai medici, in particolare gli errori educativi – tema interessante che mostra significative influenze e contatti con la psicoanalisi e con la psichiatria europea e americana –; il contagio mentale che si poteva realizzare, secondo i medici, attraverso la presenza di un malato in famiglia; il ruolo della scuola nel favorire l'aumento della pazzia; infine, il rapporto tra cause ereditarie e ambientali, che vedeva gli psichiatri interessati all'infanzia propendere in maniera significativa per le seconde, pur non negando la presenza di aspetti ereditari.

Ho considerato, nel terzo capitolo, come avveniva la gestione dei bambini in questi istituti e anche come avvenivano l'osservazione e la cura. Analizzando gli strumenti impiegati per osservare i bambini, in particolare cartelle cliniche e cartelle biografiche, si è visto come questi strumenti non fossero neutri, ma strumenti psichiatrici che sottoponevano i bambini a uno sguardo medico. Nella seconda parte del capitolo vengono illustrate le terapie poste in atto solo per coloro che potevano accedere a questi istituti in quanto rispondevano al criterio fondamentale dell'educabilità. Tra le terapie vi erano la cura pedagogica, la ginnastica, il lavoro, la

religione. Per ciascuna di queste terapie si è osservato come fossero in parte frutto di riflessioni maturate nel periodo precedente, come in parte mostrassero influenze di autori anche di fine Ottocento – penso in particolare ad Angelo Mosso, ma anche a Cesare Lombroso – e come in parte introducessero importanti aspetti di novità legati al contesto sociale e politico.

L'ultimo capitolo osserva la prova dei “fatti” che per questi minori avveniva nel momento del ritorno nella società. Partendo da un'inchiesta realizzata tra 1937 e 1938 nell'Istituto medico-pedagogico veneziano dal direttore Giovanni Fattovich, e utilizzando altre inchieste simili realizzate per esempio per i bambini delle classi differenziali di Roma, nel capitolo vengono considerati sia i ragazzi dimessi e inseriti nelle famiglie d'origine, sia quelli che venivano allontanati dagli istituti come non-educabili. Per questi ultimi si profilava spesso la cronicizzazione in ospedali psichiatrici.

Nella seconda parte viene osservato il contesto scientifico e politico nelle relazioni che si instaurano tra medici e sfera politica. Gli psichiatri interessati all'infanzia avevano sviluppato nei primi vent'anni del Novecento delle importanti riflessioni e si erano sostanzialmente spesi per la cura e l'educazione dei bambini anormali considerati educabili: dunque non per tutti i bambini, ma solo per alcuni. In quegli anni avevano lottato per sensibilizzare la società all'importanza della questione. Ma nei primi anni Venti la situazione dei bambini anormali appariva confusa, senza una legislazione di riferimento e sottoposta agli attacchi di una parte dell'opinione pubblica e di medici che apparivano estremamente scettici rispetto alla questione dell'educazione e cura di questi bambini. In questo scenario si colloca il complesso rapporto con il fascismo, rapporto destinato a mutare nel tempo e a mostrare diversi volti. Si osserva anche come gradualmente, attraverso soprattutto la riforma Gentile e attraverso l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (Onmi), si realizzi una convergenza sul fascismo da parte degli psichiatri, i quali sperano di trovare finalmente lo spazio in cui esercitare le loro competenze tecniche. Se infatti negli anni Venti alcune misure legislative adottate dal regime favorirono le speranze dei medici, soprattutto negli anni Trenta il rapporto divenne sempre più complesso

e soprattutto dominato dall'antropologia criminale e dal costituzionalismo che sembravano promettere la “rigenerazione della stirpe”.

L'ultima parte del lavoro è dedicata ai bambini. Si è trattato di osservare come la scienza medica abbia contribuito alla costruzione dell'anormalità dei minori – peraltro insieme a una pluralità di attori che operano intorno ai bambini –, individuando alcune etichette diagnostiche corrispondenti ad atteggiamenti e comportamenti considerati come pericolosi dai medici e dalla società. Ho infatti scelto di dare spazio ai bambini, oltre che ai medici, in quanto protagonisti di questa ricerca: tale questione mi sembra vada a colmare una lacuna significativa nel panorama storiografico. Come hanno messo in luce Adelisa Malena e Stefania Bernini nel numero di “Genesis” da loro curato e riguardante proprio i bambini, quando gli storici si occupano di infanzia tendono soprattutto ad osservare “norme, modelli, valori, costruzioni e produzioni culturali elaborate dagli adulti e destinate all'infanzia, mentre sembrano rimanere per lo più in ombra i bambini e le bambine come soggetti attivi di una *children's peer culture*”²⁸. Del resto i bambini – diversamente in alcuni casi dagli adolescenti – hanno lasciato poche o nulle tracce di sé. Come ha scritto lo storico Peter N. Stearns,

“Children leave relatively few direct records. People recall their childhoods, adults write about children, and there are material artifacts – cradles, toys and the like, though these too are usually arranged by adult intermediaries”²⁹.

Dare voce ai bambini non è però solo un modo per fare storia dal basso³⁰, ma un modo per far dialogare storia dall'alto e storia dal basso, che così integrate e poste in relazione sono in grado di evidenziare aspetti nuovi e non considerati. I bambini sono stati quindi gli “oggetti” della costruzione delle patologie che qui si è cercato di ri-costruire osservando come e in che maniera si procedeva a

²⁸ Sulla difficoltà di sentire la voce dei bambini si veda S. Bernini e A. Malena, *Introduzione a Bambine e bambini nel tempo*, cit., pp. 5-18.

²⁹ P. N. Stearns, *Childhood in World History*, New York and London, Routledge, 2006, p. 2. Stearns sottolinea in un successivo articolo come questa mancanza rappresenti una sfida per lo storico. P. N. Stearns, *Challenges in the History of Childhood*, in “Journal of the History of Childhood and Youth”, vol. 1, n. 1, 2008, pp. 35-42.

³⁰ R. Porter, *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, cit., pp. 175-198.

diagnosticarle, ma ai bambini viene dato anche lo spazio di protagonisti della ricerca. Utilizzando alcune cartelle cliniche, la voce e i pensieri che di loro traspaiono, attraverso le scritture degli psichiatri che fanno da intermediari, si è cercato di dare spazio ai temi e agli aspetti che questi bambini sembrano volerci comunicare: le paure, le fantasie, il loro punto di vista sugli adulti, ma anche le riletture che loro fanno di aspetti culturali o medici.

Resta comunque la difficoltà di vedere e sentire i bambini; infatti, i materiali che ho trovato sono in ogni caso stati scelti da adulti. In alcuni casi sono “egodocumenti” che hanno il valore peculiare di essere stati prodotti dai bambini stessi durante la loro infanzia e adolescenza e non sono quindi rivisitazioni o scritture successive. In altri casi la loro voce ci giunge attraverso la scrittura psichiatrica che rappresenta per noi una mediazione. I bambini protagonisti della mia ricerca erano perlopiù oggetti di studio da parte degli psichiatri, oppure destinatari delle politiche del fascismo, o ancora bambini da disciplinare secondo le esigenze della società e delle famiglie. La cartella clinica e la cartella biografica erano strumenti nelle mani dei medici e necessariamente presupponevano un’asimmetria e un rapporto disuguale tra medici e bambini. Usare dunque gli egodocumenti rivenuti nelle cartelle e le scritture psichiatriche permette di restituire ai bambini – e in parte anche alle loro famiglie e al contesto dal quale provenivano – il ruolo di protagonisti capaci di scelte, per quanto limitate, e non solo il ruolo di oggetti delle scelte compiute da altri e subite in maniera passiva.

Un’ultima precisazione merita la periodizzazione individuata nel titolo. L’arco cronologico considerato è quello compreso tra le due guerre mondiali. In questo periodo, infatti, l’attenzione della psichiatria verso i bambini trovò spazio di azione nei problemi che la guerra aveva provocato o acuito nei minori, nell’estensione delle esperienze di medicina pedagogica ³¹, nella psicoanalisi

³¹ La medicina pedagogica trova uno dei suoi punti di riferimento in Edouard Seguin che, da medico, si occupò di educare bambini problematici e con deficit mentali nella seconda metà dell’Ottocento, prima in Francia e poi negli Stati Uniti. In Italia i medici impegnati ad educare i bambini anormali si definirono pedopsichiatri o medici pedagogisti e riconobbero Seguin come un maestro.

infantile³² e nella diffusione del movimento internazionale per l'igiene mentale – che portò nel 1924 alla nascita della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale (Lipim)³³. Fin dalle origini tale movimento aveva sottolineato l'importanza di occuparsi dell'infanzia, definita “l'età dell'oro per l'igiene mentale”³⁴. Il limite cronologico è costituito dalla seconda guerra mondiale: la situazione divenne sempre più difficile per i bambini problematici, complicata in particolare dalla guerra e dal richiamo alle armi di vari medici³⁵. Inoltre anche gli psichiatri ebrei che si erano occupati di infanzia, con l'emanazione delle leggi razziali furono costretti ad abbandonare il lavoro. Alcuni fuggirono all'estero, altri si nascosero in Italia³⁶. Il limite rappresentato dalla seconda guerra mondiale trova un'ulteriore ragione nel fatto che oltre non è autorizzata la consultazione delle cartelle cliniche. Inoltre, proprio nel periodo di inizio Novecento, maturò la consapevolezza che la salute dei bambini non potesse essere considerata come un fatto privato vissuto al chiuso delle famiglie, ma viceversa fosse una questione pubblica che riguardava le funzioni dello stato. Proprio l'esperienza bellica – e le due guerre mondiali in particolare – resero evidente e drammatica questa questione³⁷.

³² Uno dei primi testi di psicoanalisi infantile è di S. Freud, *Il piccolo Hans*, del 1908. In Italia la psicoanalisi si diffuse più tardi. Per i legami tra psicoanalisi e infanzia si veda, ad esempio, nella Biblioteca Psicoanalitica Internazionale curata da Marco Levi Bianchini, O. Pfister, *Pedagogia e psicoanalisi*, Napoli, Tipografia Giannini, 1927.

³³ *Costituzione della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale*, in “Difesa sociale”, anno III, n.10, ottobre 1924, p. 258.

³⁴ W. A. White, *The Mental Hygiene of Childhood*, Boston, Little Brown, 1919.

³⁵ Nell'Istituto medico-pedagogico veneziano, di cui ho considerato l'archivio, l'unico psichiatra presente, Giovanni Fattovich, venne richiamato alle armi. La Colonia-scuola di Reggio Emilia, l'altro caso considerato, allontanò molti bambini già nel 1942. Nel gennaio 1944 l'ospedale psichiatrico, al cui interno si trovava la colonia-scuola, fu bombardato.

³⁶ A titolo di esempio ricordo Luisa Levi, allontanata nel 1939 dagli ospedali psichiatrici torinesi e nascosta dal 1943 nel biellese; Ettore Rieti, emigrato negli Stati Uniti, dove si impegnò come psichiatra infantile; Evelina Raviz, allontanata dalla professione e dall'Istituto medico-pedagogico di Trieste dove lavorava. Alcuni di questi medici erano da tempo sorvegliati: si veda ACS, MI, Demorazza, fascicoli personali, b. 165, fasc. Ben 10492, Raviz Evelina; ACS, MI, DGPS, DAGR, CPC, b. 4248 Raviz Evelina, b. 2778 Levi Carlo con materiale sulla sorella Luisa, b. 1704, Del Rio Maria (che veniva controllata per la sua amicizia con medici stranieri, in particolare austriaci).

³⁷ Sul rapporto tra guerra e acquisizione della consapevolezza dell'importanza della salute dei bambini si veda D. Dwork, *War is Good for Babies and Other Young Children: a History of the Infant and Child Welfare Movement in England 1898-1918*, London and New York, Tavistock Publications, 1987. Di recente il volume di Alessio Ponzio, *Shaping the New Man: Youth Training Regimes in Fascist Italy and Nazi Germany*, Madison, University of Wisconsin Press, 2015, indaga il rapporto tra regime fascista e nazista e la categoria di gioventù in ottica comparata e transnazionale.

Parte prima.

Dentro gli istituti per bambini anormali

Capitolo 1.

Riconoscere l'anormalità nei bambini

I bambini e l'infanzia anormali divennero oggetto di osservazione e studio da parte della psichiatria nella seconda parte dell'Ottocento, anche se vi erano già stati i primi studi su alcuni bambini anormali. Ad esempio, il medico Jean Marc Gaspard Itard alla fine del Settecento si era occupato del Selvaggio di Aveyron, un ragazzo che si era dimostrato nei fatti un anormale psichico grave ma non era risultato completamente incurabile¹.

A partire da questo momento la psichiatria – a fianco della pedagogia, della pediatria e della psicologia – cominciò a osservare i bambini, i comportamenti, le attitudini, le forme patologiche. La psichiatria portò dunque alla luce il significato di infanzia normale e di infanzia anormale. E tuttavia le due categorie apparvero ben presto non così nette e definite².

L'immagine del bambino che era diffusa tra gli specialisti dei bambini risentiva delle posizioni di Lombroso che aveva avvertito che “i germi della pazzia morale e della delinquenza si trovano, non per eccezione, ma normalmente nelle prime età dell'uomo, come nel feto si trovano costantemente certe forme che nell'adulto sono mostruosità”. Il bambino era paragonabile a un “folle morale” o a un “delinquente nato”³. Lombroso elencava una serie di caratteristiche che ne mostravano la follia morale: dalla collera alla mancanza di senso morale, dalla vendetta alle bugie, dalla volubilità degli affetti alla crudeltà, alla vanità all'alcoolismo, al gioco e alle tendenze oscene. Lo scienziato veronese rilevava che i bambini erano spesso in collera e le cause erano le più varie: poteva essere perché il bambino provava dolore, a volte era per una necessità, altre volte perché non poteva

¹ Sulla vicenda del ritrovamento del ragazzo dell'Aveyron e sull'ambiente filosofico e scientifico si veda S. Moravia, *Il ragazzo selvaggio dell'Aveyron. Pedagogia e psichiatria nei testi di Itard, Ph. Pinel e dell'Anonimo della "Décade"*, Bari, Laterza, 1972.

² Sull'immagine del bambino nella cultura scientifica si veda P. Guarnieri, *Un piccolo essere perverso. Il bambino nella cultura scientifica italiana tra Otto e Novecento*, cit., pp. 253- 284.

³ C. Lombroso, *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*, (conforme alla quinta edizione del 1897), Milano, Bompiani, 2014, p. 134.

farsi comprendere; ma più spesso la causa era “assurda” e la collera prendeva l’espressione del capriccio, della gelosia, della vendetta. Lombroso ne ricavava che “la collera è un sentimento elementare nell’uomo, che si deve dirigere, ma non si può sperare di estirpare”⁴. La crudeltà era un’altra delle caratteristiche comuni dei fanciulli secondo Lombroso: il bambino abusava della sua forza su quelli che erano più deboli di lui, tendeva a preferire il male al bene, era “più crudele che buono” perché ciò gli provocava una maggiore emozione e un senso maggiore di potenza⁵.

Erano dunque i bambini destinati a rimanere dei pazzi morali? Evidentemente no. Lombroso lo aveva ben evidenziato osservando bambini ferocissimi a quattro anni, diventati docili e buoni a undici anni. Lombroso notava anche che il senso morale era “una delle facoltà più suscettibili di essere modificate dall’ambiente morale”⁶,

Lombroso precisava che le anomalie del carattere, che nell’adulto davano forma al delinquente, nel bambino erano presenti in numero addirittura maggiore. Queste anomalie, grazie ad una “educazione conveniente” erano destinate a ridursi e questo avrebbe spiegato il numero minore di criminali tra gli adulti rispetto che tra i minori⁷. L’autore ribadiva che anche “per salvare se non i rei-nati, almeno i criminaloidi, i semi-rei-nati, bisogna raccogliarli, direi covarli fin dalla primissima infanzia”⁸. Se i tentativi di educare e riformare la popolazione adulta erano falliti, diversamente poteva accadere per i bambini poiché si trattava di una “materia plastica”, in cui grande importanza avevano l’ambiente e le circostanze. E Lombroso sottolineava anche come avesse più potenza un ambiente nuovo “per rinnovare e trasformare” il bambino che l’eredità “per degenerare”⁹.

L’educazione dei bambini dava la possibilità di sperare e di agire affinché molti di questi piccoli “pazzi morali” fossero trasformati in adulti sani e normali. Ovviamente non tutti sarebbero giunti sulla soglia delle normalità, ma Lombroso

⁴ C. Lombroso, *L’uomo delinquente in rapporto all’antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*, cit., pp. 135-136.

⁵ Ivi, cit., p. 143.

⁶ Ivi, cit., p. 142.

⁷ Ivi, cit., p. 168.

⁸ Ivi, cit., p. 1684.

⁹ Ivi, cit., p. 1685.

indicava chiaramente che la via dell'educazione e dell'intervento precoce su tali bambini – soprattutto i più difficili e patologici – faceva ben sperare.

Gli anni e i decenni successivi mostrarono un proliferare di iniziative in questo senso. Roma in particolare alla fine dell'Ottocento fu un vero e proprio laboratorio e vide impegnarsi nell'educazione dei bambini difficili tanti medici ed educatori. In questi anni Maria Montessori scriveva a proposito della “rigenerazione dei degenerati”, sottolineando come l'Italia fosse in grande ritardo rispetto alla Francia e a una parte dell'Europa. Si trattava, secondo la dottoressa romana, di procedere per gradi occupandosi prima dell'educazione dei sensi, poi di quella dell'intelligenza, e infine dell'educazione morale¹⁰.

Nel contesto di fine Ottocento si cominciò ad utilizzare il termine anormali: nacque la “Società italiana pro anormali” e si diffuse a inizio Novecento il periodico “L'Infanzia Anormale”. Per la cultura positivista esisteva un saldo concetto di norma, di comportamento normale e di bambino normale. Viceversa, ciò che non rientrava in questa norma veniva definito a-normale¹¹. Quello che la scienza positiva voleva fare era comprendere e distinguere all'interno della categoria vastissima di anormalità infantile che cosa era davvero tale – e tale sarebbe rimasto tale anche nel futuro –, da ciò che invece era destinato quasi fisiologicamente a rientrare dentro la categoria di norma. L'anormalità dei bambini apparve come una categoria a sé e che come tale andava indagata, rispetto alla pazzia degli adulti.

In forza di questi concetti nel 1923 Sante De Sanctis con l'intervento che chiuse il XVI Congresso della Società Freniatria Italiana chiese la creazione della neuropsichiatria infantile come disciplina autonoma e distinta dalla psichiatria, che peraltro era appena stata unita alla neurologia¹². Muovendosi “su un terreno diverso

¹⁰ M. Montessori, *Miserie sociali e nuovi ritrovati della scienza*, in “Roma. Rivista politica parlamentare”, 31 luglio 1898, pp. 605-608.

¹¹ Sulle categorie di “normale” e “anormale” si vedano W. Ernst (eds), *Histories of the Normal and the Abnormal, Social and cultural history of norms and normativity*, London and New York, Routledge, 2006 e M. Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-75)*, Milano, Feltrinelli, 2010.

¹² L'unione delle cattedre di neurologia e psichiatria avvenne nel 1907. Si veda G. Bignami, *L'unione degli insegnamenti di neurologia e psichiatria nella riforma fascista dell'Università*, in F. M. Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 577-584. Sante De Sanctis (1862-1935), psichiatra e psicologo, nel 1906 ottenne una delle tre cattedre italiane di psicologia sperimentale all'Università di Roma nella facoltà di medicina. Dal 1930 diresse la clinica neuropsichiatrica di Roma, rinunciando alla cattedra di

e meno conosciuto”, la psichiatria dei bambini avrebbe dovuto occuparsi di diagnosi specifiche che non erano presenti negli adulti, come la diagnosi di *instabilità*. Ma vi era anche un'altra ragione che spingeva De Sanctis ad avanzare la sua richiesta. Si trattava cioè del fatto per cui quasi tutte le malattie mentali dell'adulto affondavano le loro radici nell'età infantile. Da ciò derivava che gli specialisti della psichiatria degli adulti, per conoscere le malattie di cui dovevano occuparsi, necessitavano di “materiale accumulato dagli specialisti di neuropsichiatria infantile”¹³. De Sanctis nel sostenere che la psichiatria infantile non doveva limitarsi all'analisi dello stato presente, ma doveva cercare le origini della malattia, portava come esempio il metodo di Sigmund Freud e il tema delle costituzioni di Giacinto Viola e Nicola Pende. Secondo lo psichiatra romano la neuropsichiatria infantile doveva essere coltivata da giovani medici “previa integrazione della loro cultura in neurologia, psichiatria, pediatria e psicologia”¹⁴.

1.1. Dentro gli istituti per bambini anormali. L'istituto medico-pedagogico¹⁵

Posto che il luogo più adatto ai bambini – anche se anormali, instabili e così via – non poteva essere l'ospedale psichiatrico, si trattava di capire e definire dove poterli curare e assistere in maniera più adeguata. La legge del 1904 stabiliva che negli ospedali psichiatrici venissero curati quanti erano pericolosi a sé e agli altri o di pubblico scandalo, e tra costoro venivano inclusi anche i bambini, anche se la legge non faceva esplicito riferimento a loro¹⁶. La questione si poneva in particolare per

psicologia che passò a Mario Ponzo. Fu anche docente di psicologia giudiziaria e criminale per vent'anni nella Scuola di applicazione giuridico criminale fondata da Enrico Ferri. Fu il punto di riferimento per la psichiatria infantile italiana. Era anche il padre di Carlo. Si vedano, in particolare, S. De Sanctis, *Neuropsichiatria infantile. Patologia e diagnostica*, Roma, Stock, 1925 e *Psicologia sperimentale*, 2 voll., Roma, Stock, 1929 e 1930.

¹³ S. De Sanctis, *La neuropsichiatria infantile*, in “Rassegna di Studi Psichiatrici”, 1923, vol. XII, p. 109.

¹⁴ Ivi, cit., p. 120.

¹⁵ Il termine istituto medico-pedagogico compare a fine Ottocento, quando medici e pedagogisti si incontrano nel movimento per la medicina pedagogica e si sviluppa l'idea della possibilità di curare gli anormali attraverso la cura pedagogica. Sui primi medici pedagogisti in Italia si veda M. Gelati, *Positivismo e cultura della diversità: i medici-educatori* in G. Genovesi e L. Rossi (a cura di), *Educazione e positivismo tra Ottocento e Novecento in Italia*, Ferrara, Corso editore, 1995, pp. 64-74.

¹⁶ Legge n. 36 del 14 febbraio 1904, in “Gazzetta ufficiale”, 22 febbraio 1904.

quanti non erano del tutto pericolosi, per i “deboli di mente”, instabili, epilettici, i “non ancora pericolosi”¹⁷ e per quelli che pericolosi non lo sarebbero mai stati.

In Italia nel 1889 venne aperto da Antonio Gonelli-Cioni un istituto per frenastenici a Chiavari e nel 1891 uno a Nervi da Luigi Olivero, entrambi in Liguria. Nel 1914 De Sanctis ricordava l’esistenza degli istituti di Torino, di Bertalia presso Bologna, dell’Umberto I di Firenze, del S. Vincenzo di Milano e di Villa Amalia a Roma, fondata nel 1898 dallo stesso De Sanctis che poi creò anche il suo Asilo-Scuola¹⁸. Dal 1903 al 1907 a Bertalia, vicino a Bologna venne creato un istituto per frenastenici diretto da Giulio Cesare Ferrari¹⁹. Sempre il Ferrari fondò poi a Imola con Gabriella Francia una Colonia per delinquenti e fanciulli limitati²⁰.

Molti psichiatri italiani guardarono a quanto si stava facendo all’estero e ciò divenne talvolta per loro esempio e ispirazione. Tra le occasioni di confronto non strettamente mediche vi erano i congressi internazionali per la protezione dell’infanzia, che si erano tenuti periodicamente a partire dalla fine dell’Ottocento in diverse città europee e che avevano posto la questione del bambino come vittima da proteggere più che da punire. Anche se erano dedicati a temi legati perlopiù alla giustizia minorile, rappresentavano un’occasione di confronto per quanti si occupavano di infanzia in senso lato²¹.

Corberi, al Convegno Medico-Pedagogico Nazionale di Milano, prendendo ispirazione dal sistema posto in atto a Bruxelles, ricordava che l’organizzazione

¹⁷ G. Vidoni, *Le istituzioni per l’assistenza medico-pedagogica dei giovani anormali*, estratto da “Difesa sociale”, anno V, 1926, Roma, Premiata tip. Coop. Sociale, 1926, p. 4.

¹⁸ S. De Sanctis, *Educazione dei deficienti*, Milano, Vallardi, 1914, pp. 202-203.

¹⁹ Sull’istituto di Bertalia si veda V. P. Babini, *La questione dei frenastenici. Alle origini della psicologia scientifica in Italia (1870-1910)*, Milano, Franco Angeli, 1996, pp. 59-60.

²⁰ Giulio Cesare Ferrari (Reggio Emilia, 1867 – Bologna, 1932) fu psichiatra e psicologo. Figura di spicco del panorama scientifico italiano, si occupò di minorenni nell’istituto di Bertalia e di giovani criminali a Imola. Tradusse e divulgò in Italia William James. Fu fondatore della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale nel 1924. Fondò e diresse la “Rivista di psicologia”. Si veda P. Guarnieri, *Giulio Cesare Ferrari*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 46, Roma, Treccani, 1996 e S. Lazzari, M. Quaranta, *Giulio Cesare Ferrari* in G. Cimino, N. Dazzi (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 225-254.

²¹ Il periodo più intenso per il movimento internazionale per la protezione dell’infanzia fu quello compreso tra il 1880 e il 1914, ma il movimento proseguì la sua attività anche successivamente. Si vedano gli *Atti del Congresso internazionale per la protezione dell’infanzia*, redatti a cura G.B. Allaria, Julien Ruben, Ernesto Egidi, Varallo Sesia, Arti grafiche De Grandi, 1937 (convegno tenutosi a Roma). Per un quadro più generale si veda M. S. Dupont-Bouchat, *Le mouvement international en faveur de la protection de l’enfance (1880-1914)*, in “Revue d’histoire de l’enfance irrégulière”, n. 5, 2003, pp. 207-235.

migliore per i bambini era costituita da un sistema completo: i bambini venivano accolti in una clinica medico-psicologica e poi inviati nei vari istituti. Corberi ricordava l'Istituto di S. Elisabetta di Rixensart diretto dalla Monchamps, educatrice nota e collaboratrice di Ovide Decroly²². Ma anche De Sanctis aveva ricordato le molteplici istituzioni che all'estero si occupavano di anormali: in Inghilterra, Germania, Austria, Svizzera, Francia, Olanda e anche Stati Uniti.

Nel dopoguerra, sostenuti dalla Lipim e dalla medicina pedagogica²³, si diffusero in Italia alcuni istituti medico-pedagogici gestiti dalle amministrazioni provinciali, uno dei quali fu quello veneziano di Marocco di Mogliano Veneto, che però in origine, fino alla metà degli anni Trenta, utilizzò il nome di Colonia medico-pedagogica Angelo Pancrazio. Si venne in quegli anni a definire un sistema articolato e complesso che avrebbe dovuto gestire i bambini anormali e che era costituito da istituti o reparti medico-pedagogici, da classi differenziali e da scuole autonome o asili-scuola.

²² A. Albertini, G. Corberi, *Stato attuale ed indirizzo dell'assistenza medico-pedagogica dei fanciulli anormali psichici*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano 23-24 Novembre 1930, in "L'Infanzia Anormale", numero unico, 1930, p. 143. Quanto si faceva in Belgio e a Bruxelles venne spesso indicato come esempio e come concreta realizzazione di quanto era stato teorizzato dagli psichiatri italiani. Ad esempio, si veda Gina Lombroso Ferrero, *I tribunali nel Belgio e la loro influenza sulla diminuzione della criminalità*, in "Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale: organo ufficiale dell'Associazione italiana di medicina legale e delle assicurazioni", vol. XLIII, anno 1923, fascicolo VI, pp. 507-512. Lei sottolineava come in Belgio i principi lombrosiani venissero applicati non per punire i piccoli delinquenti, ma per redimerli. La conseguenza era un calo della delinquenza minorile. L'esperienza del Belgio, secondo la Lombroso Ferrero, dimostrava la bontà delle teorie lombrosiane. Si veda anche la recensione al saggio della Lombroso Ferrero pubblicata sulla "Rassegna di studi psichiatrici", vol. XIII, 1924, pp. 507-512. Interpretazioni simili erano state diffuse anche da Giulio Cesare Ferrari e furono enfatizzate sulle riviste specialistiche. Su Ferrari e i giovani criminali si veda C. Tumiatì, *Giulio Cesare Ferrari e la rieducazione dei giovanetti criminali*, estratto da "L'Educazione Nazionale" (n. 1, 1933), Roma, Anonima Tipografica-Editrice Laziale, 1933.

²³ La medicina pedagogica si sviluppò alla fine dell'Ottocento a livello italiano ed internazionale con l'obiettivo di curare i bambini tramite mezzi sia medici che pedagogici. In Italia vi furono tre congressi di medicina pedagogica, l'ultimo nel 1933. Ricordo M. Gelati, *Positivismo e cultura della diversità: i medici-educatori* in G. Genovesi e L. Rossi (a cura di), *Educazione e positivismo tra Ottocento e Novecento in Italia*, cit.; M. Gelati, *Pedagogia speciale e integrazione. Dal pregiudizio agli interventi educativi*, Roma, Carocci, 2004; F. Bocci, *I Medici Pedagogisti. Itinerari storici di una vocazione educativa*, in "Italian Journal of Special Education for Inclusion", anno IV, N. 1, 2016, pp. 25-46; F. Bocci, *Una mirabile avventura. Storia dell'educazione dei disabili da Jean Itard a Giovanni Bollea*, Le Lettere, 2011. Mark Jackson ha indagato il legame tra la medicina-pedagogica inglese e le influenze europee e montessoriane: *Permeating National Boundaries. European and American Influences on the Emergence of "Medico-Pedagogy" in Late Victorian and Edwardian Britain*, in W. Roelcke, P. J. Weindling and L. Westwood (eds), *International Relations in Psychiatry. Britain, Germany, and the United States to World War II*, cit., pp. 30-47.

Le classi differenziali erano destinate ad accogliere i falsi anormali resi tali da situazioni temporanee e quindi destinati a tornare in breve tempo nelle classi comuni.

“L’inadattabilità è di solito temporanea e proprio nella classe differenziale gli alunni dovrebbero venir educati per un ritorno sollecito alle classi comuni”²⁴.

Vi erano anche molti ragazzi con anormalità psichica vera, eppure educabili, per i quali la classe differenziale appariva come una soluzione non adeguata. Per questi alunni anormali veri la soluzione più adatta appariva la scuola autonoma o asilo scuola. Gli alunni – al massimo cinquanta – avrebbero continuato a vivere in famiglia e in tal modo avrebbero continuato ad essere inseriti nell’ambiente sociale e familiare di provenienza. Frequentavano la scuola con orario prolungato e con calendario pieno, evitando lunghi periodi di vacanza. Teorizzate e realizzate da Sante De Sanctis a Roma, le scuole autonome avrebbero permesso di ridurre le spese per gli internati, al tempo stesso dando la possibilità di seguire ed educare un numero maggiore di bambini²⁵. L’internato o istituto medico-pedagogico almeno nella teoria sarebbe rimasto come soluzione per i casi in cui le famiglie non si fossero mostrate collaborative con la scuola o addirittura per i casi in cui fossero risultate ostili. Gli internati nella forma degli istituti medico-pedagogici potevano rivelarsi utili per curare l’educazione degli anormali provenienti da piccoli centri,

²⁴ Sulle classi differenziali si veda G.F. Montesano, *Differenziali, classi* in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, volume XII, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, 1931, p. 798. Secondo Montesano le classi differenziali, create nel 1907 e annesse alla Scuola magistrale ortofrenica di Roma, erano dette in francese *classes pour arriérés* e in inglese *special classes*. Erano destinate a bambini con problemi temporanei, comunemente detti “tardivi”, la cui intolleranza ai metodi comuni di insegnamento era dovuta alla costituzione neuropatica, che poteva essere di “tipo epiletticoide” – quando dominava l’impulsività –, di “tipo isteroide” – che tendeva ad essere in contrasto con le attività a cui veniva obbligato – e di “tipo nevrastenoide” – che tendeva ad essere sempre in pena e in ansia. Montesano ricordava i riferimenti legislativi principali che facevano riferimento alle classi differenziali: articolo 230 del Testo Unico sull’istruzione elementare approvato con Regio Decreto del 5 febbraio 1928; articolo 404 del regolamento generale sull’istruzione elementare approvato con Regio Decreto del 26 aprile 1928; art. 164 e 165 del regolamento approvato con Regio Decreto del 15 aprile 1926, n. 718 per l’esecuzione della legge del 10 dicembre 1925 n. 2277 sulla protezione della maternità ed infanzia.

²⁵ S. De Sanctis, *Deficiente e Scuole per deficienti*, in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, volume XII, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, 1931, pp. 481-483.

dove non sarebbe stato possibile far sorgere una scuola autonoma, e per quegli anormali che avevano bisogno di “essere sottratti alla convivenza civile”, ad esempio i soggetti con insufficienza morale²⁶.

A Roma in particolare le classi differenziali avevano trovato un’ampia diffusione, sicuramente maggiore che nel resto delle città italiane: tali classi funzionavano alle dipendenze della Scuola magistrale ortofrenica di Roma²⁷. Nel 1906-07 era sorta la prima classe, nel 1930 le classi erano quattordici con circa 350 alunni²⁸. Le classi erano affidate a un’insegnante scelta fra le diplomate della scuola magistrale ortofrenica che avevano già svolto il tirocinio. Gli alunni venivano sottoposti all’assistenza medica del direttore della stessa scuola, lo psichiatra Giuseppe Montesano. Lui stesso le aveva definite come “speciali classi” presenti nelle scuole elementari e destinate ad accogliere gli alunni “comunemente detti tardivi” ovvero “quei soggetti che, senza presentare gravi anomalie, non si adattano facilmente ai metodi d’insegnamento e alla disciplina della scuola comune”²⁹.

²⁶ G. Vidoni, *Le istituzioni per l’assistenza medico-pedagogica dei giovani anormali*, cit., pp. 16-17.

²⁷ La prima scuola magistrale ortofrenica venne creata a Roma nel 1900, voluta da Giuseppe Montesano. Nei primi anni la stessa Montessori vi collaborò. La scuola formava gli insegnanti per i bambini anormali fornendo loro conoscenze e competenze di patologia e di pedagogia, rispetto ai problemi e alle anomalie dei bambini, ma soprattutto riguardanti i metodi di educazione e assistenza. Fin dal principio venne previsto un tirocinio pratico da svolgere nelle classi differenziali annesse alle scuole della città di Roma che venivano organizzate dalla stessa scuola magistrale ortofrenica. All’interno della scuola venivano studiati e predisposti materiali e indicazioni di metodo per l’insegnamento ai bambini delle prime classi della scuola elementare che per un motivo o per un altro fossero stati allontanati temporaneamente dalle classi normali e posti nelle classi differenziali. Una delle insegnanti della scuola che seguiva il tirocinio dei maestri era Gina Mangili, che negli anni pubblicò varie indicazioni ed esercizi per i bambini. Veniva posta molta attenzione nella selezione e nella scelta dei bambini da ammettere nelle classi differenziali: venivano esclusi i bambini con insufficienze mentali gravi; quelli con comportamenti che li rendevano pericolosi, ovvero tutti quelli per i quali l’anomalia non era solo temporanea, ma stabile e definitiva. Questi bambini potevano allora essere inviati negli ospedali psichiatrici, in istituti medico-pedagogici, in case di rieducazione e correzione. La Scuola magistrale ortofrenica di Roma pubblicava una rivista dai primi anni Dieci del Novecento. Fino alla metà degli anni Venti fu l’unica scuola magistrale ortofrenica in Italia. Dalla metà degli anni Venti vennero aperte altre due scuole magistrali ortofreniche: una a Firenze e una a Milano, voluta da padre Gemelli.

²⁸ Le classi differenziali erano una sperimentazione e progressivamente si estesero ad altre città italiane, come Venezia e Firenze. Solo nel secondo dopoguerra vennero regolamentate e si diffusero in modo capillare fino agli anni Settanta.

²⁹ G.F. Montesano, *Differenziali, classi*, in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, cit. Su questo psichiatra poco studiato, nonostante l’importanza e l’originalità del pensiero, si può vedere B. Di Pofi, *L’educazione dei minori “anormali” nell’opera di Giuseppe Ferruccio Montesano*, Roma, Edizioni Nuova Cultura, 2008 e C. De Sanctis, *Aspetti del movimento in Italia in favore dell’opera di recupero. Le figure di S. De Sanctis e di G. Montesano*, in “L’Igiene Mentale”, anno X, numero 1, 1966.

Secondo Montesano l'inadattabilità era di solito temporanea e gli alunni sarebbero tornati quanto prima alle classi comuni. Nella pratica educativa di queste classi si doveva necessariamente tener conto delle differenze individuali, in modo da fissare metodi, strumenti ed esercizi in base alle condizioni degli alunni.

L'organizzazione delle classi differenziali – che non dovevano superare i venticinque alunni – prevedeva non solo attività scolastiche, ma anche laboratori nel pre o post scuola. Per carenza di spazi non tutti potevano essere accolti in questi ambulatori, in cui si svolgeva l'educazione artistica, ma anche educazione igienica e l'avviamento professionale dei bambini. L'educazione artistica era una prerogativa delle classi differenziali romane: la sua presenza era legata al pensiero di Giuseppe Montesano e alla sua convinzione che l'arte e l'educazione all'arte potessero mitigare gli effetti delle anomalie del temperamento³⁰. Alcuni bambini venivano anche indirizzati alle colonie estive. I risultati dell'esperienza delle classi differenziali apparivano positivi. Maria Levi-Della Vida in Montesano, cognata dello psichiatra e attiva nell'organizzazione della scuola magistrale ortofrenica e delle classi differenziali, riteneva una cifra significativa quella costituita dai 1064 alunni che avevano ottenuto una promozione dopo essere passati per la classe differenziale dal 1912 al 1930. Il numero complessivo di alunni delle classi differenziali di Roma era stato negli stessi anni di 1604, per cui esistevano 540 alunni che non avevano ottenuto alcuna promozione, anche perché molti frequentavano la scuola in maniera irregolare e saltuaria. Tuttavia il 74% degli alunni che avevano frequentato le differenziali aveva ottenuto la promozione e una piccola parte tra di loro era stata in seguito ammessa alle scuole secondarie³¹. Fondamentale appariva la formazione degli insegnanti: per questo scopo Montesano aveva creato la Scuola magistrale

³⁰ G. F. Montesano, *Il bello e l'arte nell'educazione degli amoralì*, Roma, Tipografia editrice nazionale, 1913.

³¹ M. Montesano Levi-Della Vida, *L'attività della Scuola Magistrale ortofrenica di Roma nell'assistenza dei fanciulli anormali psichici*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 193-201. Durante il II Convegno Medico-Pedagogico nazionale venne anche votato un ordine del giorno che chiedeva venissero istituite classi differenziali per i falsi anormali o ritardatari lievi destinati a tornare prima o poi nelle classi comuni e che l'assistenza pedagogica fosse assegnata a maestre che avessero qualifiche nel campo della pedagogia emendativa.

ortofrenica di Roma e auspicava che scuole simili venissero istituite nei principali centri universitari³².

A Roma le prime classi differenziali funzionavano annesse alle scuole elementari pubbliche, organizzate direttamente dalla scuola magistrale ortofrenica. Molto più variegata era la situazione nelle altre città italiane, dove le classi differenziali vennero realizzate solo in maniera sporadica tanto che i bambini venivano inviati comunque negli istituti-internati perché spesso mancavano le classi differenziali.

A Venezia era lo psichiatra Corrado Tumiatì che aveva chiesto l'istituzione di classi differenziali, notando come nel 1928 solo due scuole avessero creato tali classi: significativo il fatto che nella scuola "G. Gozzi" frequentata da 1200 alunni ben 300 fossero stati inseriti in classi differenziali. La cifra era secondo Tumiatì estremamente indicativa della necessità di istituire tali classi in tutte le scuole elementari. Del resto questi fanciulli "impervi al sapere elementare, turbolenti, amorali, sessualmente viziosi, spesso psicopatici nel senso clinico della parola" erano quelli che affluivano al dispensario provinciale³³. Sulla questione del numero si erano mostrati vari problemi: secondo cifre internazionali e nazionali gli anormali psichici corrispondevano all'1 o massimo 2% del totale. Al primo censimento realizzato a Firenze il numero si era mostrato un po' più alto, corrispondente circa al 2,48%³⁴.

Anni dopo, nel 1935, Giovanni Calò pubblicò sulla "Nazione" di Firenze un articolo sull'esperienza delle classi differenziali nella città toscana³⁵. Segnalava come si fosse passati da tre a quindici classi, mostrando quindi come la città avesse fatto un passo decisivo verso la soluzione del problema, seguendo un movimento che si

³² G. F. Montesano, *Le classi speciali per alunni ritardatari*, in "L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino trimestrale della Scuola magistrale ortofrenica", anno III, 1915, n. 1-2, pp. 8-25.

³³ C. Tumiatì, *A quando le "Classi Differenziali" nelle Scuole Comunali di Venezia?*, in "L'Igiene Mentale", anno VIII, 21 dicembre 1928, n. 3, pp. 22 e 23. Tumiatì lamentava la scarsa sensibilità dell'amministrazione comunale e del Podestà di Venezia alla questione, tanto che dal 1914 – quando per la prima volta aveva sollevato il problema – al 1928, vi era "nulla di mutato", anche se le condizioni dei minori erano spesso peggiorate a causa della stessa guerra.

³⁴ E. Modigliano, *Il censimento dei fanciulli anormali psichici nelle Scuole Elementari del Comune di Firenze*, in "L'Igiene Mentale", anno XV, 1935, n. 1, pp. 11-14.

³⁵ G. Calò, *Le classi differenziali. Un esempio: Firenze*. L'articolo venne pubblicato prima su "La Nazione" e poi raccolto in *Cultura e vita. Maestri e discepoli nella scuola della nuova Italia*, Brescia, La Scuola editrice, 1939, pp. 653- 660.

stava realizzando in tutti gli stati civili del mondo. Le classi differenziali in particolare si occupavano della “zona grigia” compresa tra la vera anormalità e la normalità, quella zona grigia che era costituita sostanzialmente dai falsi-anormali. Se egli ammetteva che nella scuola era importante una certa eterogeneità di livelli e di attitudini affinché vi fosse scambio di idee, tuttavia andavano separati coloro che erano “d’impaccio al profitto generale” e d’impaccio al profitto proprio”, fosse anche solo per un periodo transitorio come avveniva per le classi differenziali. Ma egli avvertiva che l’opinione pubblica e i genitori dovevano collaborare, perché il rischio era che certi genitori reagissero in maniera non opportuna al provvedimento che assegnava i bambini alle classi differenziali, tanto che alcuni minori erano stati ritirati dalla scuola pubblica. Secondo Calò questo era un “formidabile errore” perché il bambino veniva così sottratto alla scuola proprio mentre cercava di adattarsi alle sue particolari condizioni e ai “bisogni del suo sviluppo” correndo il rischio di venir sacrificato all’amor proprio dei genitori, incapaci di ammettere le difficoltà del figlio³⁶.

L’esperienza delle scuole autonome o asili-scuola era diffusa in poche città; le prime istituzioni furono quelle create a Roma dal De Sanctis già nel 1899; in seguito fu istituita la scuola Zaccaria Treves a Milano, poi furono create scuole autonome a Torino, Genova, Firenze, Brescia, Bergamo, Verona e Venezia. A Bologna esisteva la Scuola per bambini tardivi che aveva un’organizzazione simile alla Scuola autonoma. La direttrice Jolanda Cervellati vantava risultati non comuni: a suo dire il settacinque per cento dei bambini che la frequentavano avrebbe ottenuto la normalizzazione³⁷. La peculiarità di queste istituzioni era che mantenevano il bambino inserito nel contesto familiare, sociale e relazionale di provenienza garantendogli la possibilità di frequentare una scuola adatta alle sue capacità e ai suoi bisogni da mattina fino al pomeriggio inoltrato capace di rispondere ai suoi bisogni. Per la città di Roma una soluzione di questo genere si era rivelata adeguata e lo

³⁶ G. Calò, *Le classi differenziali. Un esempio: Firenze*, cit., p. 659.

³⁷ J. Cervellati, *La scuola per bambini tardivi*, in “L’Igiene Mentale”, anno VI, 1926, numero VI, pp. 16-17 e anche della stessa autrice *Scuola speciale per bambini tardivi nel Comune di Bologna*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell’Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. II, seconda serie, 1926, pp. 129-132.

stesso si potrebbe dire per altre grandi città, come Milano con la scuola Zaccaria Treves. Ma nel territorio rurale che era molto più ampio e in città più piccole era difficile organizzare vere e proprie scuole autonome. Una delle soluzioni fu quella di creare istituti medico-pedagogici a tipo internato quindi con ricovero anche notturno e per tutto l'anno, affiancati talvolta da classi differenziali in alcune delle scuole di città.

Soprattutto a partire dagli anni Venti del Novecento si diffusero in vari ospedali psichiatrici italiani delle sezioni o reparti medico-pedagogici: la Colonia-scuola Marro annessa all'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia³⁸, l'Istituto medico-pedagogico veneziano di Marocco³⁹, i reparti medico-pedagogici degli ospedali psichiatrici di Roma⁴⁰, Siena⁴¹, Milano Mombello, Trieste, Genova, Treviso⁴². Uno degli ultimi ad aprire nel periodo tra le due guerre fu quello di Grugliasco nel 1936. Quello di Mombello era chiamato "Reparto Fanciulli" ed era interno all'Ospedale

³⁸ M. Bertolani Del Rio, *Colonia Scuola "Antonio Marro" (Reggio Emilia)*, in "Maternità ed infanzia", anno II, n. 5, maggio 1927, pp. 39-48.

³⁹ L'Istituto medico-pedagogico veneziano "Angelo Pancrazio" si trovava a Marocco di Mogliano Veneto, in provincia di Treviso, ma dipendeva istituzionalmente e amministrativamente dagli ospedali psichiatrici veneziani di cui era una sede. Nei primi anni di vita si definiva colonia medico-pedagogica. Il termine istituto comparve dai primi anni Trenta.

⁴⁰ Le vicende di questo Istituto medico-pedagogico sono complesse. Viene aperto a inizio Novecento annesso al Manicomio S. Maria della Pietà di Roma. Vi lavorò la stessa Maria Montessori. Si veda V. P. Babini, *La questione dei frenastenici. Alle origini della psicologia scientifica in Italia (1870-1910)*, cit., p. 108. Nel 1933 ne viene fondato un altro, sempre interno all'ospedale psichiatrico, in seguito intitolato a Sante De Sanctis.

⁴¹ Si veda T. Campioni, *L'educazione dei frenastenici e l'Istituto Medico-psico-pedagogico per anormali psichici minorenni annesso all'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò di Siena*, in "Rassegna di Studi Psichiatrici", vol. XXIII, 1934, pp. 1253-1345. La prima fase dell'assistenza ai minori anormali si ebbe con il Quartiere Ferrus già dal 1897. Dal 1911 diventa un vero reparto con scuola annessa e dal 1933 viene istituito un Asilo-scuola, completamente separato dall'ospedale psichiatrico. Venivano accolti sia "educabili" sia "meno educabili". Nel 1934 i bambini accolti erano settanta.

⁴² Sull'Istituto medico-pedagogico di Trieste si veda D. Barbina, *L'istituto medico-pedagogico dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Trieste (anni 1928-38)*, in "Studi di psicologia dell'educazione", XII, n. 1-2-3, 1994, pp. 16-43 e G.P. Cappellari, D. De Rosa, *Il padiglione Ralli. L'educazione dei bambini anormali tra positivismismo e idealismo*, Unicopli, Milano, 2003. Sul quello di Mombello si veda G. Corberi, *La nuova sezione di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale Psichiatrico di Milano*, "Atti del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria", Siena, 1-4 ottobre 1933, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. LVIII, fasc. III-IV, 1935, pp. 703-718. Sull'Umberto I di Firenze si veda P. Guarnieri, M. Fiorani, *Istituto Umberto I di Firenze*, in Aa.Vv., *Carte da legare. Gli archivi della psichiatria in Italia*, Roma, Ministero dei beni e le attività culturali e del turismo, Direzione generale archivi, 2015, online <http://suisa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/pagina.pl?TipoPag=prodente&Chiave=62044&RicProgetto=preg-tos-fuoman> (ultima consultazione 4 ottobre 2016). L'Umberto I si rivolgeva soprattutto alle famiglie più povere, ma accoglieva anche bambini a pagamento. Si veda anche P. Guarnieri, *Guardare avanti: Firenze per la cura dei bambini*, cit., pp. 189-197.

psichiatrico. Creato nel 1920, era destinato ad accogliere minori fino ai 14 anni di età. Dal 1920 al 1930 aveva accolto 313 minori, ma circa altri 500 erano presenti nei reparti comuni mescolati agli adulti. All'interno era presente anche una scuola⁴³. Esistevano al tempo stesso istituti medico-pedagogici completamente autonomi dall'ospedale psichiatrico e alcuni privati: quello di Thiene nel vicentino⁴⁴, l'Istituto Marro di Torino, l'Istituto Gaetano Giardino di Roma e quello a Fornaci di Barga a Lucca, l'Istituto "Umberto I" di Firenze, Villa Amalia di De Sanctis⁴⁵.

Eugenio Tanzi ed Ernesto Lugaro nel loro *Trattato delle malattie mentali* avevano sottolineato come il modo migliore per educare i "tardivi" – "tentativo doveroso e che difficilmente rimane del tutto sterile" – fosse di collocarli in appositi istituti che permettano di raccogliere insieme un buon numero di bambini in difficoltà per offrire loro gli strumenti e i metodi più adatti alla loro educazione. I due psichiatri tuttavia riconoscevano che erano pochi gli istituti che nel 1923 erano ben organizzati per tale scopo. "Generalmente vengono ammassati assieme deficienti d'ogni grado che lasciano moltissimo a desiderare non solo dal lato pedagogico, ma anche dal lato medico ed igienico"⁴⁶. In altre pagine i due autori avevano scritto in modo più duro:

"I così detti istituti medico-pedagogici ben poco hanno di pedagogico ed ancor meno di medico, sono sotto il governo di persone del tutto incompetenti, di speculatori privati o d'ordini religiosi che provvedono avaramente ad una

⁴³ G. Antonini, *Considerazioni sulla statistica dei minorenni accolti in Mombello nell'undicennio 1920-1930*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 52-64.

⁴⁴ Si veda O. Viana, *L'istituto medico-pedagogico di Thiene (Vicenza) per la rieducazione dei deficienti*, in "Maternità ed infanzia", a. III, n. 11, novembre 1928, pp. 971-982. L'istituto di Thiene era uno dei più grandi in Italia e ospitava circa cinquecento minori, di cui circa un terzo suscettibili di educazione. Vi era annessa una colonia di sette campi vicentini che bastava a soddisfare i bisogni alimentari. Quasi tutti i prodotti necessari all'assistenza venivano confezionati nell'istituto, dal pane alla pasta, alla tela dei vestiti, alle maglie, alle calze, alle scarpe.

⁴⁵ L. Levi, *L'educazione degli anormali psichici dal punto di vista sociale*, estratto da "La pediatria del medico pratico", vol. XI, 1936, Torino, Vincenzo Bocca, 1936, pp. 3-5. Giuseppe Corberi elenca i principali istituti con carattere medico-pedagogico: quello di Siena, la Colonia-scuola A. Marro di Reggio Emilia, la colonia di Marocco, IMP di Trieste, la sezione fanciulli dell'Ospedale psichiatrico di Milano e anche l'Istituto medico-pedagogico di Thiene. A. Albertini, G. Corberi, *Stato attuale ed indirizzo dell'assistenza medico-pedagogica ai fanciulli anormali psichici* in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, cit., p. 142.

⁴⁶ E. Tanzi, E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, 2 voll., terza edizione, Milano, Società Editrice Libreria, 1923, volume secondo, pp. 302-303.

magra alimentazione e ad una discutibile pulizia. Certo non c'è da affannarsi troppo per questi scarti sociali, dai quali, malgrado le cure più illuminate e l'educazione più zelante, si può ricavare così poco; ma bisogna ammettere che gl'istituti per deficienti non corrispondono sinora agli scopi che si propongono né dal punto di vista scientifico, né dal punto di vista umanitario. Tanto varrebbe lasciare questi sventurati in qualche apposito reparto manicomiale, ove potrebbero per lo meno godere il benessere che regna in un grande istituto, e non foss'altro fornire agli studi un materiale per molti versi prezioso⁴⁷.

La soluzione rappresentata dagli istituti medico-pedagogici ebbe grande variabilità nelle realizzazioni pratiche: vi furono istituti dislocati in sede staccata dall'ospedale psichiatrico e istituti che trovarono sede nell'ospedale psichiatrico. Nell'istituto medico-pedagogico veneziano i bambini venivano ammessi tra i 6 e i 12 anni ed erano "privi di certificato manicomiale", ovvero si trattava di bambini per i quali non si applicava la legge del 1904 sulla pericolosità⁴⁸. L'istituto veneziano era nato per volontà di uno psichiatra, Corrado Tumiatì, nel 1926. Secondo Tumiatì, una delle soluzioni migliori consisteva nel raccogliere i veri anormali educabili in colonie suburbane o campestri con indirizzo agricolo-industriale. Aveva sottolineato l'importanza del mantenere i rapporti con le famiglie d'origine se erano di buona moralità o con famiglie di contadini prossime alla colonia per mantenere dei legami tra i ragazzi e l'ambiente esterno nel quale sarebbero dovuti tornare una volta dimessi e dopo aver appreso un mestiere⁴⁹.

Tumiatì era il fondatore e proprietario di una rivista medica, "La Voce Sanitaria", stampata a Venezia dal 1921. Su questo periodico nel novembre del 1924 venne data notizia della costituzione ufficiale a Bologna della Lega italiana di

⁴⁷ E. Tanzi, E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, vol. secondo, cit., p. 834. Per la polemica sugli istituti per anormali rimando ai capitoli successivi di questa tesi, in particolare il cap. 5.

⁴⁸ La mancanza del certificato di pericolosità è documentata in T. Cortesi, *Il nuovo ordinamento degli ospedali psichiatrici provinciali di Venezia*, Venezia, Tipografia ospedali psichiatrici provinciali, 1937, p. 18. Questo regolamento valeva anche prima del 1937 ed è testimoniato dalle cartelle cliniche dei bambini che non riportano per l'ammissione il documento del Tribunale.

⁴⁹ C. Tumiatì, *L'assistenza agli anormali psichici*, in "La Medicina Sociale", a. XVI, n. 12, dicembre 1926.

profilassi e igiene mentale⁵⁰ e la rivista di Tumiati dal 1926 cambiò nome in “L’Igiene Mentale” per segnalare il fatto di essere divenuta l’organo ufficiale della Lega⁵¹. La Lipim – che prima di costituirsi a livello nazionale aveva inaugurato la sezione lombarda⁵² – promosse una revisione della legge sui manicomi del 1904 e auspicò l’apertura degli stessi⁵³. Fissava tra i suoi fini un coordinamento tra l’azione della Lega e quella degli enti pubblici per fare campagne sulla “deficienza intellettuale e morale dei giovani” per la prevenzione della criminalità e auspicava “la

⁵⁰ Sulle vicende riguardanti il movimento per l’igiene mentale in Italia, prima della costituzione ufficiale, in rapporto al movimento internazionale si vedano le lettere di Giulio Cesare Ferrari a Corrado Tumiati, in ASPI, Fondo Ferrari, Carteggio, Lettere di Ferrari, fasc. *Tumiati*, lettera del 19 settembre 1924 e una lettera senza data, ma presumibilmente del 1923-1924, in cui Ferrari ripercorre la storia del movimento italiano per l’igiene mentale, affermando che fu proprio a Parigi che nel giugno 1923 – dove si trovava per partecipare all’incontro che festeggiava la nascita di due Leghe europee, quella francese e quella belga – fu invitato dallo stesso Clifford Beers, il fondatore della Lega americana, a costituire una Lega italiana e creò così un Comitato che favorisse la partecipazione dell’Italia al Congresso di Igiene Mentale che si sarebbe tenuto a New York nel 1925. I membri di questo comitato erano: Leonardo Bianchi (presidente), P. Amaldi, G. Antonini, L. Baroncini, R. Brugia, L. Cappelletti, C. Ceni, G. D’Abundo, G. De Pastrovich, S. De Sanctis, G.C. Ferrari, E. Ferri, E. Levi, E. Lugaro, E. Medea, G. Mingazzini, G. Modena, E. Morselli, G. Pellacani, G. Pilotto, E. Tanzi, P. Tricomi, C. Tumiati, V. Tirelli, G. Vidoni, M. Zalla. Si veda anche la lettera di Ferrari allo psichiatra belga Auguste Ley del 1923, in cui Ferrari ringrazia per averlo invitato a collaborare con il movimento internazionale e si offre di assumere l’organizzazione della Lega stessa in Italia. ASPI, Fondo Ferrari, Carteggio, Lettere di Ferrari, fasc. *Auguste Ley*, lettera del 1923.

⁵¹ *La costituzione della “Lega Italiana di profilassi ed igiene mentale. Verbale della seduta inaugurale (Bologna, 19 ottobre 1924)*, in “La Voce Sanitaria”, anno IV, numero 6, novembre 1924, pp. 7-13. La Lega (d’ora in avanti Lipim) aveva come presidenti Giulio Cesare Ferrari, Ettore Levi ed Eugenio Medea, mentre i presidenti onorari erano Leonardo Bianchi, Eugenio Tanzi ed Enrico Morselli. Segretario e redattore della rivista rimase Tumiati. Sulla Lipim si vedano F. Cassata, *Molti, sani e forti. L’eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006, in particolare pp. 125-140; C. Mantovani, *Rigenerare la società. L’eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2004, in particolare pp. 172-187; F. Cassata, *Il lavoro degli “inutili”: fascismo e igiene mentale*, in F. Cassata e M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all’Italia*, BFS edizioni, Pisa, 2005, pp. 23-36; F. Colucci D’Amato e P. Feis, *Storia dell’igiene mentale*, in F. M. Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra ‘800 e ‘900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 677-681. Recente è M. Dario, G. Del Missier, E. Stucco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall’unità a oggi*, Roma, L’Asino d’oro, 2016, pp. 175-187. Classici sono G. Bollea, *Nuove vedute sulla organizzazione dell’igiene mentale infantile in Italia*, in “L’Igiene Mentale”, IV, 1960, pp. 155-170 e C. De Sanctis, *La Lega d’Igiene e Profilassi Mentale dal 1924 al 1967. Attualità e prospettive future*, in “L’Igiene Mentale”, XI, n. 4, 1967, pp. 1143-1158.

⁵² G. Corberi, *La “Sezione Lombarda” della Lega di igiene mentale è costituita*, in “La Voce Sanitaria”, a. IV, n. 5, 6 settembre 1924, pp. 15-17.

⁵³ Già nei primi anni Venti molti psichiatri chiesero l’introduzione del ricovero volontario negli ospedali psichiatrici ribadendo come fosse importante mutare la considerazione degli ospedali psichiatrici: non più luoghi solo di custodia, ma luoghi di cura per acuti. Il ricovero volontario in ospedale psichiatrico sarà introdotto in Italia solo nel 1968, primo tra i frutti della intensa campagna che porterà alla Legge Basaglia del 1978.

tempestiva selezione dei fanciulli predisposti a tali malattie”⁵⁴. La Lipim aveva tra i suoi obiettivi la prevenzione e la cura precoce delle malattie mentali, che sarebbe passata attraverso una penetrazione capillare nella società dell’attività degli psichiatri, che avrebbero dovuto occuparsi non più solo di malati in manicomio, ma anche di possibili malati e di malati curati attraverso dispensari collocati sul territorio⁵⁵, attraverso la collaborazione con medici generici e specialisti vari, attraverso la presenza nelle scuole, nelle fabbriche, nell’esercito⁵⁶.

Aspetto peculiare del movimento per l’igiene mentale era costituito dal fatto di esistere a livello internazionale: dunque prima ancora di costituirsi in Italia come Lega si era già costituito e si stava costituendo in altri paesi, dagli Stati Uniti, alla Gran Bretagna, alla Francia al Belgio ⁵⁷. Confrontarsi in un movimento internazionale permetteva agli psichiatri italiani di recepire novità e spunti provenienti dal contesto internazionale, soprattutto da quello francese, per adattarli in un secondo momento al contesto italiano. In altri casi gli psichiatri italiani che si confrontarono a livello internazionale nel movimento per l’igiene mentale ebbero modo di verificare quali soluzioni erano state poste in atto in altri paesi per problemi comuni e quali erano i punti di forza del sistema psichiatrico di cura vigente in Italia, e in generale erano tutti aspetti sviluppatisi prima degli anni Venti: dall’esigenza di rivedere la legge sui manicomi, alla necessità di istituire la possibilità di libera ammissione, alle soluzioni progettate da Sante De Sanctis e Giulio Cesare

⁵⁴ *La costituzione della “Lega Italiana di profilassi ed igiene mentale”. Verbale della seduta inaugurale (Bologna 19 Ottobre 1924)*, in “La Voce Sanitaria”, cit.. Altri fini della Lipim erano la ricerca delle cause delle malattie mentali e l’opera di propaganda.

⁵⁵ Sulla rete dei dispensari tra le due guerre mondiali si veda M. Moraglio, *Prima e dopo la Grande guerra. Per un’introduzione al dibattito psichiatrico nell’Italia del ‘900*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Torino, Marco Valerio editore, 2008, pp. 81-85.

⁵⁶ L’articolo 2 dello Statuto stabiliva che la Lipim aveva come scopo “stimolare nell’opinione pubblica del Paese, negli studiosi, e nelle classi dirigenti, l’interesse per tutti i problemi che si riferiscono: a) al miglioramento della assistenza psichiatrica degli adulti e dei fanciulli; b) alla profilassi delle malattie nervose e mentali; c) alla igiene mentale intesa nei suoi più vasti significati: biologico, psicologico, medico, educativo, lavorativo e sociale”. In Raccolta fotografica Corrado Tumiati, *Lega Italiana d’Igiene e Profilassi Mentale, Statuto e regolamento*, senza data.

⁵⁷ Sul movimento per l’igiene mentale si vedano H. Pols, “*Beyond the Clinical Frontiers*”: *The American Mental Hygiene Movement, 1910-1945*, in V. Roecke, P. J. Weindling and L. Westwood (eds), *International Relations in Psychiatry. Britain, Germany, and the United States to World War II*, cit., pp. 134-155 e M. Thomson, *Mental Hygiene in Britain during the First half of the Twentieth Century: The Limits of International Influence*, in V. Roecke, P. J. Weindling and L. Westwood (eds), *International Relations in Psychiatry. Britain, Germany, and the United States to World War II*, cit., pp. 134-155.

Ferrari per aiutare i bambini in difficoltà⁵⁸. Il movimento italiano per l'igiene mentale italiano – di cui Corrado Tumiati fu uno dei principali animatori, insieme a Giulio Cesare Ferrari e a Eugenio Medea – ebbe una funzione fondamentale durante il ventennio: mantenere la cultura medico-psichiatrica in relazione con il movimento internazionale. Questo è un aspetto sul quale si è insistito poco, ma che tuttavia appare peculiare: in un periodo in cui progressivamente la medicina psichiatrica italiana sembrò chiudersi su sé stessa, in un senso quasi geografico – e ciò vale anche per la psichiatria che si interessava ai bambini –, l'igiene mentale rappresentò uno stimolo costante a riflettere su quanto avveniva fuori dal Paese, a leggere e studiare quanto altri avevano scritto, a confrontarsi nei congressi internazionali, anche se questo non avvenne sempre, al contrario di quanto alcuni – ad esempio Tumiati – avrebbero voluto.

Nel 1926 la provincia di Venezia decise per l'apertura della colonia medico-pedagogica. Il primario Tumiati, ferrarese, si era laureato a Firenze e aveva iniziato a lavorare a Siena con il D'Ormea; aveva passato un anno a Parigi, nella clinica della Sainte-Anne. Nel 1913 aveva vinto un concorso all'ospedale psichiatrico di Venezia. Già nel 1914 aveva pubblicato *Sulla diagnosi di insufficienza mentale nei fanciulli e Alcuni dati statistici sui fanciulli anormali della città di Venezia*⁵⁹. Convinto dell'emergenza della situazione infantile, aveva esposto le sue tesi con saggi pubblicati su "L'Igiene Mentale" e su quotidiani locali⁶⁰.

⁵⁸ Specificamente dedicato al movimento internazionale per l'igiene mentale è M. Thomson, *Mental Hygiene as an International Movement*, in P. Weindling (ed.), *International Organisations and Movements, 1918- 1939*, New York, Cambridge University Press, 1995, pp. 283-304. Thomson problematizza nel suo scritto la nozione di movimento internazionale, che pure ritiene corretta. Mostra anche come nel movimento internazionale gli U.S.A. avessero una funzione predominante, anche se alcuni stati europei, in particolare Germania e Francia, avevano un ruolo importante nel vecchio continente. Per il caso italiano – che non viene considerato da Thomson - sicuramente uno dei modelli di riferimento fu quello francese attraverso la figura dello psichiatra Edouard Toulouse e attraverso l'esperienza dell'Ospedale Sainte Anne di Parigi che aveva aperto dispensari per i malati collegati con il territorio. Al Sainte Anne alcuni medici – Corrado Tumiati, Maria Rossi, per fare degli esempi – svolsero un periodo di tirocinio.

⁵⁹ C. Tumiati, *Sulla diagnosi di insufficienza mentale nei fanciulli*, "Note e Riviste di Psichiatria", vol. VII, terza serie, XLIII, 3, 1914 e C. Tumiati, *Alcuni dati statistici sui fanciulli anormali della città di Venezia*, Manicomio di S. Servolo, Venezia, 1914.

⁶⁰ Corrado Tumiati fu un esempio straordinario di medico-intellettuale-scrittore. Dopo aver dedicato la prima parte della sua vita alla professione di psichiatra, cominciò a scrivere, spinto anche da alcuni amici critici letterari come Piero Pancrazi. Tra le sue opere letterarie più belle ricordo *I tetti rossi*, racconti dal manicomio, e *Zaino di sanità* in cui ripercorre la sua esperienza della prima guerra

Lo psichiatra aveva espresso la convinzione dell'importanza di creare alcune istituzioni preposte ad accogliere gli anormali e fra di esse le colonie per anormali, “in aperta campagna, vicine a piccoli paesi, con organizzazione familiare” per far imparare ai bambini a occuparsi di sé, della casa e delle piccole attività quotidiane⁶¹.

Nel dicembre del 1926 venne dunque inaugurata la Colonia destinata ad ospitare “i veri anormali (ineducabili ed educabili)”, scriveva sempre nel citato articolo Corrado Tumiati. Rimaneva però da affrontare il problema dei “falsi anormali” per i quali, proseguiva, il Comune di Venezia avrebbe dovuto istituire un asilo-scuola cittadino⁶².

La colonia di Marocco era organizzata in due reparti: uno medico pedagogico in cui venivano accolti liberamente, senza intervento della magistratura, cinquanta bambini educabili tra i 5 e i 12 anni e vi potevano rimanere fino ai 18 anni; il secondo reparto accoglieva sessanta non educabili bisognosi di ricovero a termine di legge⁶³. Accanto a questi due reparti, divisi in sezione maschile e femminile, vi erano cinquanta cronici adulti tranquilli, che svolgevano vari lavori nella colonia⁶⁴. Negli anni Trenta e Quaranta il regolamento si modificò: nella

mondiale. Nel dopoguerra farà parte della redazione letteraria de “Il Ponte” diretto da Piero Calamandrei.

⁶¹ C. Tumiati, *Problemi di igiene mentale (Psiche e lavoro macchinale – Le professioni pericolose – L'assistenza agli anormali)* in “L'Igiene Mentale”, anno VI, 1 luglio 1926, n. 4, p. 13. Nello scrivere delle colonie Tumiati dichiara apertamente qual è il maestro a cui si rifà: “una istituzione [...] tentata brillantemente or sono molti anni dal Ferrari, viene ora opportunissimamente difesa dal Vidoni”. Tra le altre istituzioni che secondo Tumiati dovevano occuparsi di anormali egli ricordava le classi differenziali, le classi aggiunte o annesse, le “scuole-autonome” o asili-scuola, gli internati chiusi (tipo “istituti più o meno medico pedagogici, ricoveri per deficienti a carattere meramente caritativo o speculativo”).

⁶² Tumiati nello stesso articolo scriveva che i “falsi” anormali “ingombrano le scuole, disturbano le famiglie”. Si augurava che il comune volesse affrontare il problema, come lo aveva affrontato la provincia istituendo la colonia di Marocco. Si veda anche C. Tumiati, *Dispensario psichiatrico ed assistenza all'infanzia anormale*, in “L'Igiene Mentale”, anno VII, 25 maggio 1927, numero 3, p. 17. In questo articolo Tumiati rilevava come i posti nella colonia di Marocco si fossero esauriti troppo velocemente, anche a causa della mancanza di asili-scuola, “che ci sentiamo invano promettere da troppi anni dal comune di Venezia”, che avrebbero dovuto accogliere i falsi-anormali. Nel complesso, scriveva Tumiati, il rischio era quello di vedere “atrofizzarsi la Colonia Medico-pedagogica e la vedremo cadere – pur di vivere – nei sistemi amministrativi degli speculatori privati contro i quali e ad esempio dei quali abbiamo voluto che sorgesse”.

⁶³ Per i primi anni di vita delle Colonia – in seguito denominata Istituto medico-pedagogico – si veda G. Fattovich, *La Colonia Medico pedagogica degli Ospedali Psichiatrici Provinciali di Venezia (Organizzazione e risultati)*, in “Rassegna di studi psichiatrici”, vol. XXI, 1932, pp. 767-809.

⁶⁴ AAMCV, Sezione amministrativa, Affari generali e personale, 1930-32, b. 69, Relazione sul funzionamento della colonia agricola medico pedagogica del 31 gennaio 1928. Nel tempo tanti

colonia furono accolti solo bambini educabili, tra i 5 e i 12 anni⁶⁵. Si vede così come in origine la Colonia di Marocco si profilasse come un centro di assistenza ed educazione per anormali, sia educabili che ineducabili. Il 3 gennaio 1927 vennero trasferiti nella nuova colonia molti bambini provenienti dagli ospedali psichiatrici di San Servolo e di San Clemente. Il 1927 appare attraverso l'analisi degli atti amministrativi ma anche delle cartelle cliniche dei bambini come un anno di prova: Tumiatì si trovò ad affrontare emergenze imprevedute – da problemi idrici a problemi alimentari – e la lontananza dalla sede centrale degli ospedali psichiatrici veneziani giocò a sfavore⁶⁶. Solo nella seconda parte dell'anno le cose sembrarono assestarsi ed è in questo periodo che cominciarono ad apparire nelle cartelle delle annotazioni delle insegnanti. Al tempo stesso la pagella entrò a far parte del materiale raccolto nelle cartelle.

Nell'estate del 1928 Tumiatì abbandonò la Colonia, per incomprensioni con l'amministrazione provinciale, che pure lo aveva elogiato⁶⁷, e da quel momento in

furono in realtà i bambini accolti anche ben oltre i 12 anni. C. Tumiatì, *Assistenza all'infanzia anormale*, in "L'Igiene Mentale", anno VII, 24 novembre 1927, n. 5-6, p. 17.

⁶⁵ I bambini venivano ricoverati con certificato medico attestante l'educabilità.

⁶⁶ AAMCV, Sezione amministrativa, Appendici al quadriennio 1926-29, b. 66, Relazione della seduta del 29 dicembre 1927. Vi furono problemi con l'acqua per infiltrazioni di terriccio nelle cisterne; problemi perché l'acqua del pozzo non risultava sufficiente per gli ammalati; problemi anche relativi ad un'ingerenza sanitaria del prefetto di Treviso, che aveva rilevato obiezioni sul numero eccessivo dei ricoverati e sul fatto che fosse opportuno che i ricoverati fossero solo ragazzi anormali e non adulti. Il problema maggiore verificatosi nell'autunno del 1927 era legato all'alimentazione: Tumiatì in data 25 ottobre aveva scritto al direttore degli ospedali psichiatrici dottor Cappelletti che si erano verificati vari casi di malessere in prevalenza nei bambini. Si veda AAMCV, Sezione amministrativa, Affari generali, 1926-29, b. 33, lettera di Tumiatì al direttore Cappelletti in data 25 ottobre 1927. Tumiatì attribuiva la responsabilità all'eccesso di zucca, ma ricordava anche che varie lagnanze su quantità e qualità del cibo venivano riferite dai ricoverati e dal personale. Della vicenda era stato informato anche il commissario straordinario della provincia di Venezia, dott. Antonio Garioni, che aveva chiesto garanzie della risoluzione del problema all'Amministrazione dei Manicomi Veneti, problema che poi si era affettivamente risolto.

⁶⁷ La vicenda appare complessa da ricostruire. Sostanzialmente tra i motivi dello scontro vi furono ragioni economiche e ragioni gestionali-organizzative della colonia: per risparmiare l'amministrazione chiedeva a Tumiatì di recarsi in essa due volte a settimana con uno stipendio inferiore a quello a cui aveva diritto un primario dell'ospedale psichiatrico veneziano, pur nominandolo formalmente ed economicamente vicedirettore. Tumiatì rifiutò questa proposta per ragioni economiche e perché sarebbe stato impossibile gestire la colonia. Chiese che le visite settimanali fossero aumentate a quattro, ma la cosa non venne concessa. AAMCV, Sezione amministrativa, Appendici al quadriennio, 1926-29, b. 66, Relazione della seduta del 26 luglio 1928. L'amministrazione scelse poi di assumere un medico per la Colonia di Marocco "ove dovrà risiedere senza alcuno speciale compenso", in AAMCV, Sezione amministrativa, Affari generali, Appendici al quadriennio, 1926-29, b. 66, Relazione della seduta del 12 novembre 1928. Tra i requisiti richiesti si precisava che i candidati dovevano essere "Dottori e Dottoresse in Medicina e Chirurgia". Lo

poi, fino al 1932, si dedicò all'Ambulatorio di profilassi delle malattie mentali istituito a Venezia e aperto tutti i giorni⁶⁸.

Anno	Ammessi	Ammessi a carico della provincia di Venezia	Presenti al 31 dicembre	Presenti a carico totale o parziale della provincia di Venezia
1927	65	58	59	49
1928	64	26	109	57
1929	51	24	136	61
1930	66	61	116	96
1931	24	10	121	74
1932	18	12	121	88
1933 (primo sem.)	16	11	128	93

Tabella 1. Ammessi nella Colonia medico-pedagogica di Marocco dalla fondazione al 30 giugno 1933 con indicazione dell'ente che pagava la retta (fonte: nostra elaborazione da dati ricavati da G. Pellacani, *I servizi di profilassi neuro-mentale in Italia*, in *Atti della II Riunione Europea per l'Igiene Mentale*, in "L'Igiene Mentale", anno XIV, gennaio 1934, p. 21).

L'istituto medico pedagogico nei primi undici anni di attività, dal 1 gennaio 1927 al 31 dicembre 1937, accolse complessivamente 524 bambini anormali. Le presenze medie oscillavano dai 150 ai 200 bambini per anno, con una durata media del ricovero di tre-quattro anni⁶⁹.

stipendio e gli avanzamenti di carriera per il medico assunto a Marocco erano del tutto uguali a quelli di un altro medico assunto a Venezia (ho confrontato alcuni concorsi): quindi non si può dire che l'assunzione di una donna, cosa che poi avvenne, fosse dovuta ad un criterio discriminatorio. La lettera di dimissione di Tumiatì dal posto di medico primario è del 3 agosto 1928. Tumiatì sosteneva che le sue dimissioni avvenivano per "ragioni tecniche, economiche e morali". La lettera non inventariata è presente nell'Archivio di San Servolo, fuori inventario, in miscellanea Marocco, fascicolo originario *Vecchio titolare*, materia Personale sanitario, 1927-28.

⁶⁸ Venezia era stata una delle prime province in Italia a istituire questo servizio, che rientrava a pieno titolo tra gli obiettivi che si prefiggeva la Lipim.

⁶⁹ Quella che in origine era chiamata colonia medico-pedagogica divenne un istituto medico pedagogico a partire dai primi anni Trenta. I bambini accolti aumentarono progressivamente. Nel corso degli anni Trenta, per far fronte a numero sempre crescente di minori accolti, la provincia costruì nuove aule e ampliò i terreni annessi con nuovi acquisti. Nel 1935 venne anche costruito un nuovo fabbricato ad uso scuola. Si veda in APVe, Verbali delle delibere del Preside A. Garioni, delibera n. 78 del 22 febbraio 1935 che riguarda l'acquisto di quindici ettari di terreno; delibera n. 343 del 12 novembre 1935 riguardante la costruzione di un nuovo fabbricato a uso scuola; delibera n. 246 del 27 luglio 1936 riguardante la costruzione di nuove aule.

1.2. I segni e le letture dell'anormalità: percorsi di ammissione e internamento

Il percorso di costruzione dell'anormalità – percorso che portava gradualmente all'ammissione nell'istituto e in alcuni casi anche all'internamento nell'ospedale psichiatrico – era il risultato di un dialogo, di un'azione in cui avevano voce non solo i medici condotti e i medici psichiatri, ma anche il contesto familiare e sociale – maestre, genitori, vicini – da cui provenivano i bambini.

Spesso quello che le famiglie osservavano o almeno dichiaravano in occasione del ricovero era “un profondo mutamento del carattere”.

“Circa 3 anni fa i genitori osservavano un profondo mutamento del carattere: fuggiva di casa, marinava la scuola, raccoglieva le cicche per strada e poi le fumava, si gettava nei campi vestito; rubava tutto ciò che gli capitava tra le mani e poi andava a vendere; gettava i sassi ai passanti e un giorno ferì alla testa un vecchietto; sradicava piante nei giardini pubblici [...]”⁷⁰.

Nel caso di Guido R. la madre era impegnata a raccontare e il medico condotto a sottolinearne la pericolosità.

“Racconta la madre che il R. è impulsivo, una volta tentò di colpire la madre con una mannaia, fugge di casa, ritorna mezzo spoglio, due volte tentò di spingere i compagni di giuoco verso il canale per cacciali nell'acqua, un'altra volta montò sopra la pietra della finestra per buttarsi giù. Pericoloso a sé e agli altri deve essere colla massima urgenza ricoverato in manicomio”⁷¹.

Tra i segni di pericolosità, la “tendenza al vagabondaggio” era un dato considerato con grande preoccupazione, una forma di scarsa moralità presente in alcuni minori, che li lasciava in balia degli istinti: Sante M., orfano di entrambi i genitori, veniva definito dal medico condotto del paese come “abbandonato a sé in

⁷⁰ Anamnesi in AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Angelo Giovanni G.

⁷¹ AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Guido R.

piena miseria” e veniva riconosciuta la pericolosità del minore che proprio a causa della tendenza al vagabondaggio “mette in pericolo costantemente la propria vita”⁷².

Le fughe e la tendenza alla fuga erano visti come comportamenti tra i più indicativi di una condizione patologica di anormalità. I bambini che fuggivano da casa o che fuggivano dall’istituto erano bambini che tendevano a sfuggire al controllo, che mettevano in discussione l’autorità e che sembravano assumere un atteggiamento di sfida, anche quando la fuga era magari solo desiderio di uno spazio quasi interiore. La fuga era così uno dei comportamenti ritenuti più gravi e che poteva bastare a giustificare l’internamento in un istituto o addirittura, se si trattava di fughe ripetute dall’istituto medico-pedagogico, poteva essere motivo per l’internamento nell’ospedale psichiatrico. Ida B., ben orientata nello spazio e nel tempo, venne ricoverata proprio perché “faceva frequenti fughe”⁷³. Non mancarono i tentativi di fuga di bambini che erano già ricoverati in istituto: Antonio B. insieme ad Aldo C. fabbricò un grimaldello per uscire: ma poiché Antonio era considerato un bimbo buono, e si era mostrato molto pentito, la responsabilità venne attribuita principalmente ad Aldo⁷⁴.

Le “tendenze oscene” e i comportamenti considerati sessualmente troppo espliciti venivano letti sempre nei termini di pericolosità e di sovvertimento delle regole. Edda L. aveva manifestato “atteggiamenti erotici” verso le compagne, inoltre era “ribelle”, “scansafatiche”, manifestava una mancanza totale di volontà⁷⁵. Un comportamento percepito come estremamente grave era la masturbazione⁷⁶. Il bambino o ragazzo che si masturbava non poteva in nessun modo rimanere con gli altri bambini. Il timore che il comportamento sessuale pericoloso potesse destare scandalo ed eventualmente diffondersi rendeva necessario l’allontanamento del minore dai compagni. Fabio S. “si masturba e tenta di masturbare i compagni”.

⁷² AOP San Servolo, Posizioni amministrative alienati morti, b. 48, cartella di Sante M. Il minore fu per un periodo ricoverato nell’IMP di Marocco, e poi dimesso e inviato al San Servolo. Ma si vedano anche b. 1940 A-L, Federico B. e b. 1927-28-29, fasc. 1928, Bruno L.

⁷³ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1927, cartella di Ida B.

⁷⁴ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Antonio B.

⁷⁵ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1928, cartella di Edda L.

⁷⁶ Sulla masturbazione prevalentemente maschile connessa alla pazzia giovanile si veda R. P. Neuman, *Masturbation, Madness, and the Modern Concepts of Childhood and Adolescence*, in “Journal of Social History”, vol. 8, n. 3, 1975, pp. 1-27.

Venne messo tra gli adulti ma anche lì il suo comportamento era fuori dal controllo: oltre a rubare tabacco, tentava di fuggire per i campi. “Chiede perdono salvo a ripetere le stesse imprese subito dopo”⁷⁷.

Anche le espressioni di affetto erano spesso viste come un segno di scarso equilibrio, sia che fossero manifestazioni di grande affetto sia di scarso. Se il bambino mostrava poco affetto verso la famiglia di origine lo si interpretava come il segno di una povertà di sentimenti, dell’incapacità di provare gratitudine, in sostanza come un segno di anormalità. Ma anche le dimostrazioni eccessive di affetto, le “tendenze affettive”⁷⁸ verso le compagne o verso qualche adulto come la maestra o il medico erano viste come segni di anormalità, sintomi di tendenze sessuali pericolose.

Uno dei segnali più indicativi di una condizione che andava fuori dalla norma era l’assenza del senso morale ed eventualmente la presenza di un senso morale alterato. L’eco era lombrosiana: l’antropologo criminale aveva infatti individuato nella scarsa moralità uno dei segni di predisposizione alla criminalità. Claudio B., diagnosticato come frenastenico, mise in scena uno spettacolo per chi lo voleva contrito e afflitto, anche se venne ritenuto poco convincente.

“Appena rimproverato si inginocchia e chiede perdono in atteggiamento teatrale, ma subito dopo ricomincia peggio di prima. Data la giovanissima età, non si può parlare di un vero senso morale; il bambino però non dimostra di distinguere il bene dal male. Serve solo il castigo. Chiede perdono ma senza rendersi conto del significato del suo atto”⁷⁹.

Claudio ha dunque acquisito il senso e la logica delle regole, ma non le ha sufficientemente interiorizzate. Questo è quanto gli veniva rimproverato.

L’incapacità di parlare, unita all’irrequietezza e alla presenza di segni degenerativi riconosciuti da un medico, soprattutto dal medico condotto che

⁷⁷ AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Fabio S.

⁷⁸ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1928, cartella di Elsa B.

⁷⁹ AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Claudio B., andamento della malattia e della cura in data maggio 1929.

lavorava e viveva a contatto con le famiglie, erano elementi più che abbondanti per aprire la strada a un ricovero definitivo. Celeste A.N. venne visitato dal medico condotto del paese in provincia di Belluno in cui viveva. Il medico sottolineava l'irrequietezza, l'incapacità di accudire ai propri bisogni corporali senza aiuto di un adulto, l'incapacità di parlare. Celeste però capiva, sottolineava il medico. Il bambino

“presenta segni degenerativi: Arti superiori e inferiori troppo lunghi in proporzione al tronco. Qualche asimmetria del cranio, che è piuttosto largo (brachicefalo). L'occipite non presenta la curva normale, ma è quasi dritto [...]. Orecchie grandi col tubercolo di Darwin. Naso schiacciato largo, bocca pure larga, mento sporgente [...]”⁸⁰.

Anche Giulio, che proveniva dall'Istituto medico-pedagogico di Thiene, presentava secondo il medico il dottor Majolo⁸¹, che lo aveva dimesso da quell'istituto per inviarlo a quello veneziano, “stigmate degenerative” ovvero “plagiocefalia sinistra, fronte bassa, cranio largo, strabismo”⁸². La presenza delle caratteristiche fisiche individuali veniva indicata solo saltuariamente, anche se nella cartella era prevista la compilazione di queste voci. I medici dell'istituto veneziano utilizzavano di rado l'espressione “stigmate” o “segni degenerativi”. Quando si trovano queste espressioni sono perlopiù provenienti da medici condotti o comunque esterni all'istituto, ma in alcuni casi la presenza di questi segni fisici veniva evidenziata anche dai medici interni all'istituto, anche se in casi abbastanza rari. Infatti, l'unico caso con una significativa descrizione dei caratteri degenerativi svolta da un medico dell'istituto è il caso di Angelo Giovanni G. che aveva caratteri “degenerativi patologici” che venivano così descritti: “fronte bassa e stretta, padiglioni auricolari grandi e leggermente ad ansa, labbra grosse, lieve tic alla faccia, denti incisivi superiori grandi”. Il bambino era entrato nell'istituto dopo che i genitori avevano osservato un “profondo mutamento del carattere” con comportamenti pericolosi.

⁸⁰ Relazione medica dell'ufficiale sanitario in data 19 dicembre 1927 sullo stato di Celeste Angelo N. AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Celeste A. N.

⁸¹ Domenico Majolo, medico, dirigeva l'Istituto medico-pedagogico Veneto di Thiene (Vicenza).

⁸² AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1927, cartella di Giulio V.

Ricoverato in ospedale psichiatrico con una sospetta costituzione delinquenziale – che non viene mai esplicitata dalle diagnosi e che peraltro è addirittura non presente nella cartella – il bambino non rivelava comportamenti particolari e neppure coerenti con i segni degenerativi che erano stati individuati: nel maggio del 1935 si mostrava “inquieto, indisciplinato e turbolento”, l’“ideazione” era “fatua”, i sentimenti “torpidi”. Nel dicembre si mostrava come “puerile” e “incapace di criterio”, rideva “fatuamente per cose di nessun conto”⁸³. Nel caso di Angelo Giovanni la sottolineatura della stigmatizzazione degenerativa da parte del dottor Fattovich, psichiatra che a metà degli anni Trenta dirigeva l’istituto⁸⁴, potrebbe essere collegata alla diagnosi sospettata, anche se mai esplicitata, di costituzione delinquenziale. Infatti, i segni degenerativi di Angelo Giovanni coincidevano perfettamente con la descrizione che l’antropologo criminale Benigno Di Tullio faceva dei minori delinquenti costituzionali: fronte bassa e sfuggente; orecchie ad ansa; sviluppo esagerato della mandibola e degli zigomi; mancinità; tic e balbuzie⁸⁵.

Per l’ammissione nell’ospedale psichiatrico e in alcuni istituti, solitamente in tutti quelli annessi agli ospedali psichiatrici – ad esempio nella colonia scuola Marro di Reggio Emilia –, era necessario il certificato delle autorità di Pubblica Sicurezza che intervenivano per sancire la pericolosità del bambino. Tale pericolosità era un dato che veniva sancito dalla documentazione del tribunale, ma che veniva prima costruita dall’ambiente e dalle persone che circondavano il bambino. Solo in un secondo momento subentrava una diagnosi medica e un atto del tribunale. Ada, per esempio, veniva definita come pericolosa a sé e agli altri perché era poco rispettosa verso i suoi tanto da buttare in acqua un bambino, da essere violenta, da compiere furti nei negozi. Visto il suo comportamento, veniva allontanata e spedita in un primo tempo in un collegio. Lì si ammalò e venne inviata in ospedale. Dimessa e tornata a casa, venne allontanata dalla scuola per il suo comportamento. La madre

⁸³ AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Angelo Giovanni G., andamento della malattia e della cura.

⁸⁴ Giovanni Fattovich (1901 – 1986) era nato a Zara e si era laureato all’Università di Bologna nel 1925. Dagli anni Trenta è agli Ospedali psichiatrici di Venezia che diresse dal 1935 al 1969. Fu un convinto organicista: si veda, ad esempio, *Ricerche sulle sieroglobuline nei malati di mente*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. LVIII, 1934, pp. 150-164.

⁸⁵ B. Di Tullio, *Medicina pedagogica emendativa. Guida per la rieducazione dei minorenni anormali della condotta, travisti e delinquenti*, Roma, O.E.T., 1946, p. 276.

era inferma e non poteva occuparsi di lei. La bambina venne così inviata all'ospedale psichiatrico di San Clemente⁸⁶.

In alcuni casi vi erano bambini che venivano certificati come pericolosi a sé stessi e agli altri pur in assenza di ogni elemento di reale pericolosità, ma solo per ottenerne l'internamento. Il caso di Vittorio S. è significativo: il bambino “idiota” a quattordici anni risultava troppo difficile da gestire. Veniva così internato prima a San Servolo e poi a Marocco. Tuttavia dalla lettura della sua cartella clinica appare davvero poco pericoloso: era privo di linguaggio, era immobile e a letto, non mangiava da solo, non obbediva. La pericolosità di Vittorio era servita alla famiglia per ottenerne il ricovero⁸⁷.

	Numero di minori assistiti	Presenti al 1° gennaio	Dimessi	Scolarizzati al momento delle dimissioni
1927	65	-	6	4
1928	123	59	15	13
1929	159	106	23	15
1930	213	136	91	58
1931	140	117	14	9
1932	147	125	19	19
1933	171	128	24	22
1934	200	147	37	35
1935	145	103	33	27
1936	217	171	39	33
1937	214	178	28	35

⁸⁶ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Ada C.: la bambina viene diagnosticata come “imbecille morale”, la dottoressa Levi annota che la bimba non è cattiva, “ma estremamente irascibile e facile a soffrire della più piccola contrarietà. Se contraddetta, impallidisce e rimane immobile”.

⁸⁷ AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Vittorio S.. Il certificato di pericolosità era stato redatto in data 30 novembre 1926 dal dottor Pagnaro.

1938	220	185	33	30
1939	231	187	52	53
1940	246	177	64	64
1941	260	181	55	55
1942	295	205	85	82
1943	247	210	50	50
1944	228	196	40	42
1945	247	188	59	51
1946	299	188	77	73

Tabella 2. Bambini assistiti nell'Istituto medico-pedagogico di Marocco. Nel 1930 su 91 dimessi 77 erano considerati non educabili (fonte: elaborazione nostra da dati ricavati da G. Fattovich, *Istituto Medico-Pedagogico della provincia di Venezia. Relazione sul primo venticinquennio di attività*, Venezia, 1953, p. 6).

Il ruolo del dispensario psichiatrico

La rete dei dispensari provinciali per adulti e minori si era lentamente e progressivamente ampliata a partire dalla metà degli anni Venti, ispirata dal servizio di profilassi mentale *open-door* sperimentato in Francia⁸⁸ e sostenuta dalla Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale. Nel settembre del 1933 alla II Riunione Europea per l'Igiene Mentale tenutasi a Roma lo psichiatra Giuseppe Pellacani aveva presentato i servizi di profilassi neuro-mentale in Italia. La situazione era

⁸⁸ Sul sistema *open-door* sperimentato dallo psichiatra francese Edouard Toulouse si veda M. Rossi, *Il servizio di profilassi mentale del Dott. Toulouse*, in "La Voce Sanitaria", a. V, n. 5, 1925, pp. 8-9. Maria Rossi sottolinea come accanto a un reparto ospedaliero fossero presenti un reparto ambulatoriale e un servizio sociale. Tra i pazienti visitati nel reparto ambulatoriale vi erano anche i bambini. Corrado Tumiatì nei primi anni Dieci del Novecento aveva svolto un periodo di studio a Parigi collaborando con Toulouse, il quale non nascondeva le sue critiche all'ospedalizzazione dei pazienti. Nel primo dopoguerra tentò questo esperimento *open-door* vicino all'Ospedale Saint-Anne. Per un inquadramento storico dell'esperienza si veda J.-C. Coffin, "Misery" and "Revolution": *The Organisation of French Psychiatry, 1900-1980*, in M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis, J. Vijselaar, H. Freeman (eds), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, pp. 227-228. Sull'esperienza parigina di Tumiatì si veda A. Cherubini, *Corrado Tumiatì, medico e scrittore*, in C. Tumiatì, *Zaino di sanità*, Udine, Gaspari, 2009, p. 27.

molto differenziata tra nord e sud. Al nord esistevano servizi di profilassi e dispensari in tutte le regioni e spesso in più province. Nel complesso esistevano servizi pubblici per i minori anormali e in difficoltà a Genova, a Torino, a Venezia, a Verona, a Trieste, a Milano, a Vicenza, a Bologna, a Siena, a Roma, a Napoli, a Cagliari⁸⁹.

Dal 1924 – anno in cui era stato aperto il primo dispensario in Italia, quello di Milano⁹⁰ – al 1937, la rete dei dispensari per adulti si era ampliata tanto da essere costituita da 26 dispensari collegati agli ospedali psichiatrici⁹¹. Molti di questi dispensari svolgevano anche visite ai bambini, spesso con aperture dedicate esclusivamente ai minori in uno o due pomeriggi a settimana.

Il dispensario provinciale veniva ad avere un ruolo fondamentale attraverso lo psichiatra che era presente a Venezia – prima Corrado Tumiatì e poi Giovanni Fattovich – e che visitava i bambini proponendo eventualmente il loro ricovero nella colonia di Marocco. Il dispensario di Venezia era stato voluto da Tumiatì e aveva iniziato l'attività nel febbraio del 1927. Nel primo anno di vita le visite ad adulti e bambini erano state 235, ma nel 1928 erano più che raddoppiate, attestandosi a 587. Dal 1930 venivano effettuate più di mille visite all'anno, come mostra la tabella sottostante.

Anno	Prima visita	Rivisite	Totale visite
1927	124	111	235
1928	216	371	587

⁸⁹ G. Pellacani, *I servizi di profilassi neuro-mentale in Italia*, cit., pp. 15-29. I servizi presenti erano a Genova un servizio di protezione all'infanzia abbandonata e anormale; a Torino una scuola autonoma e l'ambulatorio annesso alla clinica psichiatrica che praticava esami ai bambini anormali; a Venezia un dispensario e un istituto medico-pedagogico; a Verona un consultorio per i bambini annesso all'Ambulatorio preventivo neuro-psichiatrico; a Trieste un istituto medico-pedagogico; a Milano un reparto medico pedagogico a Mombello; a Vicenza un istituto medico pedagogico privato in provincia (a Thiene); a Bologna un consultorio di neuropsichiatria infantile; a Siena una sezione-scuola per fanciulli; a Roma un reparto solo per minori, scuole autonome, asili-scuola; a Napoli l'asilo Tropeano e un istituto medico-pedagogico in provincia; a Cagliari una scuola differenziale e in costruzione un ambulatorio di neuro psichiatria infantile.

⁹⁰ G. Corberi, *Sul dispensario psichiatrico di Milano e sulla profilassi mentale*, in "L'Igiene Mentale", a. IX, n. 1, aprile 1929, pp. 5-11. Il dispensario di Milano era stato aperto nel luglio del 1924 grazie all'appoggio della Lega di Igiene Mentale.

⁹¹ C. Ferrio, *Note statistico-cliniche sull'assistenza pubblica non coattiva ai malati di mente in Italia*, in "Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale", 1937, XV, pp. 59-105.

1929	250	521	771
1930	317	947	1264
1931	322	1040	1362
1932	471	1391	1862
1933	559	2305	2864
1934	613	2519	3132
1935	725	2738	3463
1936	615	2785	3400
1937	620	2850	3470
1938	668	2897	3565
1939	786	3013	3799
1940	638	2965	3603
1941	558	2643	3201
1942	502	2350	2852
1943	420	1970	2390
1944	295	1455	1750
1945	320	1398	1718

Tabella 3. Numero delle visite annue nel dispensario di igiene mentale di Venezia (fonte: elaborazione nostra da dati ricavati da G. Fattovich, *Servizio psichiatrico extraospedaliero. Dispensario di igiene e profilassi mentale 1927-1953*, Venezia, 1954, p.6).

Nel corso dei primi diciotto mesi erano state visitate 643 persone, di cui 272 erano nuove. Le restanti invece erano persone che erano già state visitate e che erano seguite dal dispensario. Delle 272 visite nuove, ben 121 erano minori di quindici anni e 36 furono indirizzati a istituti medico-pedagogici⁹². Negli anni successivi l'attività del dispensario si intensificò notevolmente, tanto che venne aperto in sette ambulatori, dei quali sei in città a Venezia e uno a rotazione nei principali centri della provincia. Dal 1927 al febbraio del 1932 le visite complessive furono 4245, di cui 1293 prime visite e 2952 rivisite. I bambini erano così distribuiti:

⁹² C. Tumiatì, *Il Dispensario della Provincia di Venezia per la profilassi delle malattie mentali*, in "L'Igiene Mentale", anno VIII, n. 2, agosto 1928, pp. 4-8.

	Prima visita	Rivisita	Totale
Bambini	257	218	475
Bambine	114	123	237

Tabella 4. Visite a minori nel dispensario di igiene mentale di Venezia e provincia, 1927-febbraio 1932 (fonte: C. Tumiatì, *Il primo quinquennio di attività del servizio di Profilassi Mentale della Provincia di Venezia*, in “L’Igiene Mentale”, n. 1, marzo 1932, pp. 6-17).

I bambini visitati nel dispensario veneziano nei primi anni risultano essere il diciassette per cento circa⁹³, in base alla tabella sopra riportata. Nei primi mesi in realtà erano stati molti di più: nel primo trimestre le consultazioni complessive erano state 52 e di queste 22 erano state di minori. Di questi, dieci erano stati ritenuti adatti ad un reparto medico-pedagogico e dodici ad un istituto di assistenza per bambini in difficoltà. Alcuni bambini, ricevuto nel dispensario il certificato di educabilità e ritenuti adatti alla “terapia educativa”, erano stati inviati nella colonia di Marocco⁹⁴. In realtà molti bambini erano rimasti a “vegetare” nelle famiglie⁹⁵. La colonia di Marocco non era riuscita ad accogliere tutte le richieste, perché si era riempita velocemente. Quale rimedio indicava Tumiatì? Occorreva che

“l’opera della Provincia si completi per il concorso di altri Enti: Comuni, Congregazioni di carità, O.N. per la protezione della maternità e dell’infanzia e patronato per i malati di mente. Queste varie istituzioni – che la Provincia ha per legge il compito di coordinare e stimolare ai fini della assistenza agli anormali – debbono trovare i denari anche per questa malattia dell’infanzia”⁹⁶.

Tumiatì nella sua prima relazione sul funzionamento e gli obiettivi del dispensario insisteva sull’importanza di avere creato un’istituzione nuova, che godeva anche di una certa fiducia da parte delle famiglie povere e lo dimostrava il

⁹³ C. Tumiatì, *Il primo quinquennio di attività del servizio di Profilassi Mentale della Provincia di Venezia*, in “L’Igiene Mentale”, n. 1, marzo 1932, pp. 6-17.

⁹⁴ AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Giovanna M. La bambina era stata ritenuta educabile da Tumiatì nel 1929, ma poi allontanata dalla colonia come non educabile nel 1930. Si veda ad esempio anche Vittorio D. B., in AIMP Marocco, b. 1933.

⁹⁵ C. Tumiatì, *Dispensario psichiatrico ed assistenza all’infanzia anormale*, in “L’Igiene Mentale”, anno VII, n. 3, 25 maggio 1927, pp. 15-17.

⁹⁶ Ivi, cit., p. 17.

fatto che nella maggioranza dei casi molti si presentavano “in seguito a consigli e suggerimenti di malati, di conoscenti e di famigliari”⁹⁷. Tumiate – scrivendo soprattutto dei minori – sottolineava le condizioni sociali delle famiglie.

“Si tratta per lo più di famiglie povere che vivono con mezzi limitatissimi in ambienti angusti nei quali si agglomerano sovente sei o sette persone. Spesso i parenti sani debbono stare fuori di casa ed in tal modo i soggetti ammalati rimangono soli e senza assistenza. Questo vale sopra tutto per i ragazzi che vivacchiano per le strade, fuggono di casa, e sono fonte di perenni angustie”⁹⁸.

Le soluzioni che proponeva erano da una lato il ricovero in istituti – soprattutto per i casi più gravi – ma dall’altro la loro ammissione in asili-scuola che “li sottraggano alle scuole per normali, donde sono sovente scacciati, e alla strada che li peggiora”.

Se si considerano i primi cinque anni di attività del servizio di profilassi mentale istituito a Venezia, erano ben 371 i minori che vi si erano rivolti. I bambini che avevano avuto accesso erano perlopiù frenastenici, epilettici, nervosi e anormali del carattere.

Forme morbose	Maschi	Femmine	totale
Frenastenia cerebropatica	34	13	47
Frenastenia biopatica	75	35	110
Epilessia	27	10	37
Stati psicopatici (distimie, idee ossessive ecc.)	6	-	6
Gracilità mentale	19	11	30
Nervosismo (soggetti astenici, irritabili, ecc.)	35	18	53
Anormalità del carattere (isteria, psicodegenerazione, amoralità, ecc.)	30	13	43
Corea	1	2	3
Adenoidei	2	-	2
Audimut.	6	1	7

⁹⁷ C. Tumiate, *Dispensario psichiatrico ed assistenza all’infanzia anormale*, cit., p. 5.

⁹⁸ Ivi, cit., p. 6.

Postencefalitici	1	1	2
Eredoluetici	16	2	18
Non classificati	-	-	13

Tabella 5. Forme morbose dei minori visitati presso il dispensario di Venezia dal 1927 al 1932 (fonte: C. Tumiati, *Il I quinquennio di attività del Servizio di Profilassi Mentale della Provincia di Venezia*, cit., pp. 6-17).

Di fronte a questa situazione, le soluzioni proposte erano state varie: alcuni vennero sottoposti a cure, ad altri venne proposto il ricovero nell'Istituto medico-pedagogico di Marocco, altri vennero avviati in altri istituti, tanti furono persi di vista.

	Maschi	Femmine	Totale
Sottoposti a cure	39	18	57
Fatti ricoverare in Istituto medico-pedagogico (Marocco)	54	29	83
Avviati ad altri istituti (di correzione, collegi, ecc.)	6	3	9
Perduti di vista	-	-	222

Tabella 6. Cure proposte ai bambini visitati nel dispensario veneziano dal 1927 al 1932 (fonte: C. Tumiati, *Dispensario psichiatrico ed assistenza all'infanzia anormale*, cit., p. 15).

“Che cosa è avvenuto della grande massa dei fanciulli anormali alla quale non si è potuto provvedere né con un collocamento in istituti, né con l'avviamento a scuole speciali? È avvenuto quello che si poteva prevedere e cioè che – tranne una cinquantina di casi trattabili ambulatorialmente – si è perduta di vista ed è ritornata ad ingombrare le scuole comunali o ad oziare per le strade, se pure – come è accaduto in qualche caso – non ha dovuto essere ricoverata in manicomio”⁹⁹.

Ancora nel 1932 Tumiati lamentava la mancanza di scuole autonome e classi differenziali.

Tumiati, pur valutando in maniera positiva l'esperienza del dispensario, ne metteva in luce alcune difficoltà: il fatto che alcune famiglie preferissero tenere i

⁹⁹ Ivi, cit., p. 15.

malati chiusi in casa occultandoli, anche se altre – affiancate dal dispensario – si sentirono meno sole e abbandonate; il fatto che alcuni sanitari trovassero nell’azione del dispensario una forma quasi di intromissione, di “invadenza” da parte dello psichiatra. Ma soprattutto non mancava di muovere una critica all’istituzione che più di altre avrebbe dovuto operare in sinergia con il dispensario per la cura dei giovani, ovvero l’Opera Nazionale Maternità e Infanzia, che nei primi tempi sembrava avesse compreso l’importanza dell’opera del dispensario, ma in seguito impose tagli e riduzioni perché le mancavano risorse economiche¹⁰⁰. Nel 1932 la critica di Tumiati all’Onmi veneziana era indubbiamente una critica coraggiosa.

Nonostante tutte queste difficoltà, Tumiati chiese che il dispensario fosse aperto un giorno alla settimana esclusivamente per i minori per evitare il contatto con i malati adulti ma anche per facilitare l’invio da parte degli insegnanti e delle famiglie.

Anche in altre città era stato aperto un dispensario di igiene mentale che talvolta forniva consulenza specifica per l’infanzia. Era il caso, ad esempio, di Teramo, dove Marco Levi Bianchini¹⁰¹, direttore dell’ospedale psichiatrico, aveva istituito un dispensario di igiene mentale e aveva stabilito che, tra i compiti fondamentali di tale dispensario, vi fosse anche l’educazione dei genitori e dei maestri sui fondamenti della psicologia pedagogica, della psicologia individuale, della psicoanalisi e della scienza sessuale

“allo scopo di educare il bambino secondo le sue attitudini fisiologiche e le sue capacità intellettuali, a correggere, prima che a punire, ed in ogni caso a bene comprendere prima di giudicare, per non errare. Un errore di educazione e di

¹⁰⁰ C. Tumiati, *Il I quinquennio di attività del Servizio di Profilassi Mentale della Provincia di Venezia*, cit., p. 16.

¹⁰¹ Marco Levi Bianchini (Rovigo 1875 – Nocera Inferiore 1961) si era laureato a Padova nel 1899 in Medicina. Lavorò negli Ospedali psichiatrici di Girifalco, Teramo e Nocera Inferiore. Promosse la fondazione della Società Psicoanalitica Italiana nel 1925 a Teramo. Nel 1938, con l’emanazione della legislazione razziale, fu costretto a dimettersi dal suo ruolo di direttore dell’Ospedale psichiatrico di Nocera Inferiore. Fu costretto a cedere la direzione della sua rivista, “L’Archivio di neurologia, psichiatria e psicoanalisi” a padre Agostino Gemelli, che mutò il titolo della rivista togliendo il termine “psicoanalisi”. Nel dopoguerra tornò a dirigere l’Ospedale psichiatrico di Nocera Inferiore. Fu traduttore e fece conoscere in Italia vari psicoanalisti. Su di lui e sulla sua attività psicoanalitica legata al contesto internazionale rimando alla nota 12 del capitolo 2 di questa tesi.

comprensione, da parte dei genitori o dei maestri, può per sempre rovinare l'anima e la mente figlio o dello scolaro"¹⁰².

Un gruppo di bambini a cui il dispensario doveva prestare particolare attenzione era quello costituito dai “ragazzi in pericolo morale” ovvero quelli che – abbandonati dalla famiglia o vittime di una costituzione malvagia o di una costituzione psichicamente difettosa – erano a rischio di diventare delinquenti e criminali¹⁰³. I minori visti nel dispensario di Teramo nei primi dieci mesi del 1928 erano 37 su un totale di 107 visite. Il dispensario, dopo una prima fase promettente, venne rapidamente chiuso e questo non ci permette di fare una valutazione degli obiettivi che si proponeva di raggiungere nel campo della formazione pedagogica di genitori ed educatori, anche se va sottolineato come sia stato probabilmente l'unico dispensario in Italia a porsi apertamente questo obiettivo.

A Venezia, al contrario, negli anni Trenta l'attività del dispensario si ampliò in maniera notevole, arrivando a effettuare oltre le quattrocento visite annue a minori.

Anno	Prime visite a bambini	Visite ripetute a bambini	Totale visite dei bambini
1934	177	186	363 su 3192 visite
1935	212	223	435 su 3463 visite
1936	159	198	357 su 3400 visite

Tabella 7. Visite all'infanzia anormale nel dispensario di Venezia (fonte: elaborazione nostra da dati ricavati da T. Cortesi, *Il primo decennio di attività del servizio di profilassi mentale*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, XV, 1937, p. 98).

Le diagnosi nella metà degli anni Trenta erano in parte differenti dalle diagnosi fatte nei primi anni di vita del dispensario, anche se quelle più frequenti erano sempre le stesse: frenastenia, anormalità del carattere e instabilità, epilessia.

¹⁰² M. Levi Bianchini, *Fondamenti, caratteri e funzioni del Dispensario di Igiene Mentale*, in “L'Igiene Mentale”, anno VIII, n. 3, dicembre 1928, p. 4.

¹⁰³ Su questo punto M. Levi Bianchini citava i tanti studi internazionali compiuti da medici e le esperienze già realizzate in Francia, Belgio, Stati Uniti.

	1934	1935	1936
isterismo	1	11	2
Nervosismo-enuresi	12	4	14
cefalea	6	-	4
Corea- spasmi- tic	10	12	9
Postumi encefalite epidemica	2	2	1
epilessia	11	7	9
Epilettoidismo, instabilità e altre anormalità del carattere	19	24	17
Frenastenia – gracilità mentale	60	74	71
Epilessia – paralisi infantile	31	51	20
Balbuzie – sordomutismo	-	6	1
Eredo-lue	6	4	4
idrocefalia	3	-	1
Totale	161 su 613 nuove visite	195 su 725 nuove visite complessive	153 su 615 nuove visite complessive

Tabella 8. Forme morbose diagnosticate dei bambini nuovi visitati nei dispensari di Venezia (fonte: nostra elaborazione da dati ricavati da T. Cortesi, *Il primo decennio di attività del servizio di profilassi mentale*, cit., pp. 96-97).

La visita dei bambini

La dottoressa Vittorina Petri racconta in maniera precisa, riferendosi alla sua esperienza al Consultorio neuropsichiatrico infantile “Giulio Cesare Ferrari” presso la Clinica Pediatrica della Regia Università di Bologna, come avveniva la visita ai bambini¹⁰⁴. Lì il consulto si svolgeva in forma articolata, avveniva durante tre o quattro visite e comprendeva i dati anamnestici riferiti dalla famiglia, l'esame psichico e l'esame fisico-neurologico.

Come si comportavano davanti a questi bambini? In primo luogo i medici svolgevano un colloquio con i genitori per capire sintomi, problematiche e origine

¹⁰⁴ V. Petri, *Diagnosi e trattamento dei fanciulli nervosi e anormali psichici*, tipografia G.B. Doretti, Udine, senza data (presumibilmente metà degli anni Trenta, forse 1935, in quanto cita due volumi: E. Bonaventura, *Psicologia dell'età evolutiva*, del 1930 e Paolo Amaldi, *Elementi di antropologia dell'accrescimento*, del 1933). Vittorina Petri, originaria di Udine, si era laureata in Medicina all'Università di Bologna nel 1932. Da quel momento si occupò di bambini anormali.

delle stesse. Solo successivamente si dedicavano al bambino attraverso più colloqui volti ad accertare le difficoltà e a verificare il grado di intelligenza attraverso la scala metrica di Binet-Simon e poi i reattivi di De Sanctis. La scala metrica di Binet-Simon consisteva in una breve serie di domande che venivano sottoposte al bambino in base all'età fisica e che individuavano l'età mentale. Se questa corrispondeva con quella fisica si era in presenza di un bambino normale, se invece età mentale ed età fisica differivano si era in presenza di un ritardo¹⁰⁵. La scala Binet-Simon nella sua versione definitiva era del 1911. Molti avevano sollevato critiche e avevano tentato di rivederla, dall'italiano Umberto Saffiotti, a Ovide Decroly, a Lewis Madison Terman.

Critiche ai singoli test, a partire dalla scala metrica di Binet-Simon, erano state espresse anche da Enzo Bonaventura, che aveva rilevato come l'intelligenza non progredisse sempre di pari passo con il progredire dell'età fisica, ma anzi spesso progredisse “a sbalzi, per crisi” e dunque gli appariva come una schematizzazione eccessiva il voler fissare un tipo normale di intelligenza articolato anno per anno¹⁰⁶. Già De Sanctis aveva inoltre osservato che i gradi del mancato sviluppo intellettuale nei bambini con ritardo mentale non corrispondono sempre ai gradi dello sviluppo intellettuale di soggetti normali di età inferiore, ovvero la psiche di un bambino con ritardo mentale di otto anni non corrisponde alla psiche di un ragazzo normale di quattro anni¹⁰⁷. Bonaventura sottolineava come nelle domande di Binet-Simon l'esame delle funzioni mentali non venisse condotto in modo sistematico; ma senza ordine e senza un criterio fisso. Inoltre i test e le domande spesso non erano di difficoltà crescente, perché troppo disomogenee fra di loro. Su questo aspetto aveva insistito anche Tumiati: le prove di Binet-Simon gli apparivano in gran parte prove di tipo culturale, e se a un bambino mancavano le basi culturali e di scolarizzazione avrebbe ottenuto un risultato negativo, pur in presenza di un'intelligenza normale.

Dalla revisione della scala metrica Binet-Simon, derivò quella Terman che chiedeva ai bambini in base all'età anagrafica di rispondere a cinque domande. In

¹⁰⁵ La scala metrica dell'intelligenza di Binet-Simon si trova in appendice 3.

¹⁰⁶ Le critiche di Bonaventura alla scala metrica di Binet-Simon si trovano in *Psicologia dell'età evolutiva (infanzia e adolescenza)*, Lanciano, Giuseppe Carabba editore, 1930, pp. 145-147.

¹⁰⁷ S. De Sanctis, *Neuropsichiatria infantile*, cit., pp. 208-209.

Italia fu applicata solo in alcuni casi, ma non conobbe mai la diffusione della Binet-Simon o dei reattivi di De Sanctis. Bonaventura mosse alla scala Terman critiche simili a quelle mosse alla Binet-Simon.

Al contrario, i reattivi del De Sanctis trovarono in Italia un ampio impiego. Costruiti nel 1906 e poi rivisti fino al 1925, consistevano in una serie di domande e attività semplici che si chiedeva al bimbo di svolgere. Si valutava tanto la risposta positiva al compito assegnato, quanto il tempo impiegato per rispondere. Alla fine tali reattivi davano risultati in termini di sufficienza o insufficienza mentale che poteva essere riconosciuta di alto grado, medio, intermedio, lieve e normale¹⁰⁸. Mentre i medici sottoponevano questi test al bambino, lo osservavano, consapevoli che anche l'esaminatore aveva un ruolo fondamentale nella somministrazione di questi test e che in qualche maniera poteva influire sui risultati del test. Le perplessità verso i test erano state espresse nel 1914 da Tumati:

“In altri termini, i reattivi del De Sanctis ci danno una misura numericamente esatta della intelligenza infantile? [...] Risposte su argomenti di così scarso interesse per un fanciullo, sono sufficienti a rivelarci il grado della sua intelligenza? E se allo scarso interesse ch'egli necessariamente pone alla soluzione di questi quesiti, si aggiungono i fattori emotivi che insorgono quasi costantemente dalla presenza di un esaminatore, sia pur questi un medico, privo d'ogni solennità scolastica, non è forse lecito talvolta di dubitare della diagnosi alla quale il reattivo conduce? E' troppo noto che la nostra intelligenza è funzione sensibilissima alle condizioni affettive e d'ambiente ed il suo rendimento è perciò variabile col variare di queste. Potremo noi dire di aver valutata esattamente la capacità intellettuale di ciascun fanciullo, se non lo abbiamo posto nelle condizioni necessarie al suo miglior rendimento? E se pensiamo che queste condizioni variano per ogni individuo e sono di natura fisiologica, psicologica e scolastica, ci sembra alquanto arduo, specialmente in

¹⁰⁸ I reattivi del De Sanctis si trovano in *Neuropsichiatria infantile*, cit., pp. 212-215. La prima versione era del 1906 pubblicata come *Tipi e gradi d'insufficienza mentale*, in “Annali di Neurologia”, Napoli, 1906. Si veda l'appendice 4.

queste ricerche su larga scala, il raggiungere quella esatta, scientifica valutazione numerica vagheggiata dall'autore"¹⁰⁹.

Tumiati riteneva in ogni caso utili i reattivi di De Sanctis, ma a suo parere andavano completati con l'osservazione clinica. Nella pratica quotidiana i reattivi continuarono ad essere impiegati, spesso completati dall'interrogatorio Ferrari-Francia, ideato da Giulio Cesare Ferrari insieme alla maestra Gabriella Francia, che permetteva ai bambini di rispondere in modo più o meno ampio a domande aperte. Le domande erano raccolte per ambiti: riguardavano l'orientamento personale, la coscienza, la memoria, lo stato affettivo, il ragionamento, la vita onirica, i sentimenti morali, l'attività conativa¹¹⁰. Per esempio le domande sui sentimenti morali erano le seguenti per i maschi: "Se tu vedessi picchiare un compagno che cosa faresti? Perché non si deve rubare? Si fa bene o si fa male a bestemmiare? Se uno ti volesse picchiare che cosa faresti?", mentre per le bambine erano le seguenti: "Se una tua amica ti guastasse un lavoro che cosa faresti? Perché non si debbono dire bugie? Si fa bene o si fa male a vendicarsi? Se sapessi che una tua amica dice male di te che cosa faresti?".

"In questo interrogatorio vi ha una serie di domande che riguardano i sogni del fanciullo: è noto come la psicoanalisi abbia dato il suo giusto valore a tale attività psichica subcosciente, spia molte volte di conflitti psichici che, apparentemente innocui nel fanciullo [...] nell'adulto vere e proprie forme di nevrosi"¹¹¹.

Tutto questo avveniva in ambiente sereno e tranquillo, senza genitori. Nella terza o quarta seduta si svolgeva l'esame fisico e neurologico, quando il bambino era certo che non ci fosse più nulla da temere.

¹⁰⁹ C. Tumiati, *Sulla diagnosi di insufficienza mentale nei fanciulli*, Pesaro, 1914, pp. 48 e 49. Per l'importanza ma anche le critiche e perplessità all'uso dei test mentali si veda N. Rose, *The Psychological Complex. Psychology, Politics and Society in England, 1869-1939*, London, Routledge, 1985, pp. 112-145.

¹¹⁰ L'interrogatorio Ferrari-Francia è riportato in Appendice 5.

¹¹¹ V. Petri, *Diagnosi e trattamento dei fanciulli nevrosi e anormali psichici*, cit., p. 7.

In maniera simile si svolgeva anche l'esame all'interno degli istituti medico-pedagogici: si indagava l'anamnesi familiare, si svolgeva l'esame psichico condotto con i vari reattivi, infine si sottoponeva il bambino all'esame fisico-neurologico. Spesso tuttavia i vari reattivi venivano somministrati dalle maestre, e talvolta nel corso degli anni venivano ripetuti più volte per valutare se vi era stato qualche miglioramento. Spesso accanto ai reattivi di De Sanctis, veniva somministrata la scala Binet-Simon.

Negli anni successivi alcuni psichiatri tentarono di estendere l'uso dei test a tutti gli scolari. In particolare Ettore Rieti nel 1937 propose che si creasse un test collettivo a cui sottoporre collettivamente tutti gli alunni, notando come la pratica delle ricerche psicologiche non si fosse estesa nelle scuole e sottolineando proprio come venisse usata solo in pochi casi e per motivi precisi come l'orientamento professionale o per gruppi ben definiti come gli alunni "minorati". L'uso generico di tali test non si riscontrava in nessuna nazione, secondo Rieti. Lo psichiatra genovese era consapevole della difficoltà di proporre tali test a tutti e, appunto per ovviare a questa difficoltà, si sarebbero potuti costruire dei test collettivi in grado di andare a verificare memoria, attenzione, emotività ed intelligenza utilizzando diverse prove, alcune visive, altre auditive. Rieti non elaborò un modello da sottoporre ai bambini, ma cercò di individuare alcune indicazioni, di mostrare alcuni tipi di prove. Indicò per esempio come prove interessanti alcune tratte dai test analitici d'intelligenza del Meili, che consistevano per esempio nel continuare una serie di numeri, nel costruire delle frasi date tre parole¹¹². Ma nei fatti il test di Rieti non venne applicato, tanto più che Rieti nel 1938 emigrò negli Stati Uniti per sfuggire alla legislazione razziale.

In seguito ai bambini sottoposti ai vari test, veniva fatta una diagnosi. Si distinguevano in primo luogo gli anormali dell'intelligenza, poi gli anormali del carattere o anormali affettivi (detti anche instabili), quindi gli anormali misti o deboli

¹¹² E. Rieti, *Un nuovo metodo per l'esame collettivo degli scolari dagli 8 ai 18 anni*, in "Rivista di Psicologia", anno XXXIII, 1937, pp. 188-192. Su Ettore Rieti, psichiatra genovese di origine ebraica che dopo il 1938 emigrò negli U.S.A., si veda P. Guarnieri, *Italian Psychology and Jewish Emigration under Fascism. From Florence to Jerusalem and New York*, New York, Palgrave Macmillan, 2016, pp. 172-177.

instabili e, infine, gli anormali dei sensi¹¹³. Di per sé quest'ultimo gruppo di anormali sensoriali, ciechi ad esempio, non veniva ammesso in istituti medico-pedagogici, ma in istituti appositi per loro.

1.3. Custodia o cura? Tra pubblica sicurezza e libera ammissione

La funzione dell'ospedale psichiatrico ha sempre sostanzialmente oscillato tra due polarità: da un lato ha rappresentato un luogo di cura per i malati, in cui i medici erano impegnati a cercare terapie e sperimentazioni in grado di attenuare i sintomi della malattia mentale; dall'altro lato ha espresso l'esigenza di garantire la sicurezza per la società, per le famiglie e per quanti si sentivano in qualche modo minacciati dalla pericolosità e dallo scandalo che i malati di mente rappresentavano. Le ricostruzioni della storia dell'istituzione psichiatrica hanno cercato di chiarire il rapporto tra queste due polarità, tendendo spesso a mostrare come nella realtà fosse prevalente il peso della dimensione custodialistica. Letture di questo genere hanno enfatizzato l'immagine del manicomio come un luogo di segregazione creato dal potere per allontanare quanti erano scomodi e più o meno realmente pericolosi¹¹⁴.

Tuttavia, vi furono anche psichiatri che, già dai primi anni Venti, enfatizzarono con disagio e con desiderio di riforma gli aspetti custodialistici della legge del 1904. Nelle proposte di riforma sottolinearono più volte come fosse fondamentale introdurre il ricovero volontario dei malati e la libera accettazione: si trattava di liberare il medico da compiti di garante della sicurezza che per definizione non gli competevano – perché spettavano alle forze di pubblica sicurezza – e si trattava di riconoscere al malato la possibilità di essere curato in un luogo adatto, in cui fossero presenti specialisti competenti e terapie adeguate. Si

¹¹³ Altre volte, soprattutto verso la fine degli anni Trenta, si trova un altro tipo di distinzione: la forma cerebropatica dovuta a lesioni del cervello che possono portare a paralisi, spasmi, strabismo, mancinismo. Spesso associata era l'epilessia. Poi vi era la forma biopatica generalmente ereditaria (a volte anche patologica) e familiare (si presenta in più individui nella stessa famiglia). Tra queste anche epilessia. Terza era la forma bio-cerebropatica: lesioni cerebrali insorte in soggetti con predisposizione originaria. Infine, vi era la forma disglandulare: cretinismo, mongoloidismo, infantilismo, mal funzionamento di ghiandole come tiroide, paratiroide, ipofisi.

¹¹⁴ Riferimento imprescindibile è M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, a cura di Mario Galzigna, Milano, Bur, 2011 e, dello stesso autore, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, cit.

trattava di riconoscere al malato mentale la possibilità di guarire, aspetto che una parte della società sembrava rifiutare e preferiva “sacrificare una persona all’idea disturbatrice che essa sembra rappresentare”¹¹⁵.

Nonostante i tanti appelli e le pagine dedicate a tutto ciò su alcune riviste, il ricovero volontario venne introdotto solo nel 1968¹¹⁶. Fino a quel momento l’ammissione in un ospedale psichiatrico era sancita da un atto del tribunale.

Per i bambini la questione si poneva con una particolare forza e urgenza: si potevano davvero definire “pericolosi a sé e agli altri o di pubblico scandalo” bambini di pochi anni di età, cresciuti magari in misere condizioni, a volte orfani? Gli psichiatri avvertirono la contraddizione e il non-senso di dichiarare pericolosi bambini che magari non lo erano, solo per poterli destinare a un luogo di controllo.

“Ma se si vuole favorire questa cura precoce dei fanciulli occorre togliere il più possibile le pastoie del loro ricovero, ed evitare di dover ricorrere a dichiarazioni di pericolosità, spesso inesistente o almeno assai problematica, per ottenere, per vie traverse, un fine umanitario”¹¹⁷.

La cura precoce di questi bambini sarebbe stata più facile da attuarsi se i bambini avessero potuto essere liberamente accolti anche dai reparti degli ospedali psichiatrici oltre che dagli istituti medico-pedagogici privati, aspetto che creava una evidente disparità tra pubblico e privato. Quello che lo psichiatra senese Antonio D’Ormea auspicava era che almeno negli ospedali psichiatrici e nei reparti medico-pedagogici fossero ammessi a pagamento i bambini le cui famiglie avessero scelto la libera ammissione in sezioni apposite per il trattamento medico-pedagogico dei

¹¹⁵ C. Tumiati, *Libertà*, in *I tetti rossi. Ricordi di manicomio*, Venezia, Marsilio, 1987, pp. 99-100. Aggiungeva Tumiati riferendosi agli psichiatri: “Tocca ancora a noi difendere questi uomini fuori dall’ospedale. Difendere la loro dignità e la nostra opera dalla crudele ignoranza del mondo che non sa o non vuole sapere che si può ammalare nella mente come nel corpo e che si può uscire da queste malattie migliorati o guariti come da ogni altra. Più che da qualche altra” (p. 99).

¹¹⁶ Si veda la legge n. 431 del 18 marzo 1968, *Provvidenze per l’assistenza psichiatrica*, in “Gazzetta Ufficiale”, n. 101, 20 aprile 1968.

¹¹⁷ A. D’Ormea, *I reparti manicomiali per rettanti e per fanciulli*, in “Rassegna di Studi Psichiatrici”, 1923, vol. XII, pp. 413.

fanciulli anormali ma educabili, che a suo dire si sarebbero dovute istituire in ogni ospedale psichiatrico¹¹⁸.

Nell'istituto medico-pedagogico veneziano – pur essendo pubblico e dipendente dall'Ospedale psichiatrico di San Clemente a Venezia – l'ammissione poteva essere libera, ovvero solitamente avveniva senza certificato delle autorità di Pubblica Sicurezza¹¹⁹. Questo cambiava completamente la percezione che le famiglie avevano dell'istituto, ma anche il loro potere decisionale. In alcuni casi la retta era completamente a carico della famiglia, in altri casi la retta era pagata in parte dalla famiglia.

Anno	Numero complessivo degli ammessi	Ammessi a carico totale o parziale della provincia di Venezia
1927	71	58
1928	64	26
1929	51	24
1930	66	61
1931	24	10
1932	18	12
1933	43	29
1934	46	19
1935	41	24
1936	46	34
totali	470	297

Tabella 9. Anormali ammessi nell'Istituto medico-pedagogico di Marocco dal 1927 al 1936 (fonte: dati ricavati da T. Cortesi, *Il primo decennio di attività del servizio di profilassi mentale*, cit., p. 99).

Per molti bambini ammessi, come mostra la tabella, la retta era a carico parziale o totale della provincia di Venezia; ma vi erano anche molti casi di bambini

¹¹⁸ A. D'Ormea, *Gli ospedali psichiatrici e la profilassi della criminalità minorile*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 70-72. Antonio D'Ormea dirigeva in quegli anni l'Ospedale psichiatrico di Siena.

¹¹⁹ All'Ospedale psichiatrico di Mombello le accettazioni dei minori erano fatte dietro ordinanza dell'autorità di Pubblica Sicurezza quando si trattava di minorenni fermati dalle forze di pubblica sicurezza; ma l'ordinanza poteva anche essere emanata dall'autorità giudiziaria nei casi dei minori inquisiti, oppure poteva essere emanata dall'Onmi. Nessun minore veniva accolto a Mombello in forma libera, cosa che la stessa legge non prevedeva. G. Antonini, *Considerazioni sulla statistica dei minorenni accolti in Mombello nell'undicennio 1920-1930*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 52-64.

la cui retta non era pagata dalla provincia di Venezia. In quei casi la retta era talvolta a carico di province limitrofe o dell'Onmi, e talvolta era a carico di famiglie benestanti. Si trattava spesso di famiglie con minori in grande difficoltà¹²⁰, che le famiglie non riuscivano a gestire, oppure di famiglie che nutrivano grandi speranze nella terapia pedagogica. Non sempre i risultati erano all'altezza delle aspettative, ma in ogni caso il fatto di pagare la retta permetteva alle famiglie uno spazio maggiore di intervento nelle scelte che riguardavano i figli. Eolo M. era un bambino di sette anni con diagnosi di "idiozia con epilessia". Si fermerà nell'istituto solo per pochi mesi, per venire ritirato dalla famiglia che, durante la permanenza del bambino a Marocco, scriveva alla psichiatra Luisa Levi per conoscere "l'ultima cura che faceva al nostro bambino Eolo dovendo ciò riferire al nostro medico curante signor primario Zeiss"¹²¹. Il primario "Zeiss" era in realtà Edoardo Weiss, famoso e noto psichiatra triestino vicino alla psicoanalisi¹²². Il fatto che la famiglia chiedesse notizie sulle cure per poi riferirle a un famoso psichiatra mostra anche come e con quali strumenti alcune famiglie cercassero di giocare una loro strategia.

Talvolta le famiglie, anche quando non pagavano le rette, sceglievano il ruolo da tenere e in qualche maniera si trovavano a definire e interpretare l'ambiguo rapporto tra cura e custodia. Margherita M. F. era entrata nel 1935 nell'istituto medico-pedagogico veneziano e la retta era pagata dalla provincia di Venezia. Nella cartella era riportato che l'ammissione della bambina era avvenuta in modo libero, ovvero senza sentenza del tribunale. La famiglia per motivazioni anche di salute e per una gravidanza difficile della madre non riusciva a recarsi a trovare la figlia. Il padre così scrive al direttore Giovanni Fattovich.

"Egregio Signor Direttore sono dieci mesi che non vedo la mia bambina F.

Margherita perche sono in con dizioni di non poterla trovare perche fragiorni

¹²⁰ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Guerrino P.

¹²¹ Lettera della famiglia a Luisa Levi in data 4 febbraio 1930. In AIMP Marocco, b. 1930 A-M, cartella di Eolo M.

¹²² Edoardo Weiss (Trieste, 1889 – Chicago, 1970), psichiatra, lavorò all'Ospedale psichiatrico di Trieste e, in seguito all'emanazione della legislazione razziale e antisemita, emigrò negli Stati Uniti. Fu vicino alla psicoanalisi, che contribuì a far conoscere in Italia. Si veda R. Corsa, *Edoardo Weiss a Trieste con Freud. Alle origini della psicoanalisi italiana. La vicenda di Nathan, Bartol e Veneziani*, Roma, Alpes, 2013.

darà luce un bambino. Varia piacere di vederla prima di [...] perché e tanto tempo che non la vedo [...]"¹²³

La risposta della direzione medica alle richieste del padre era stata negativa perché quello in cui i bambini erano ricoverati non era “un collegio ma un istituto medico”¹²⁴. I rapporti tra famiglia e istituto erano continuati con questo tenore per un po' di tempo. Tutte le richieste di permessi e vacanze avanzate dalla famiglia erano state rifiutate. La madre si era così presentata inaspettatamente il 17 gennaio del 1937 per ritirare la bambina “perché le condizioni economiche della famiglia sono alquanto migliorate (!)”¹²⁵.

La scienza psichiatrica riconosceva la duplice funzione di cura e di custodia che essa assumeva nei confronti dei malati mentali adulti, ma anche nei confronti dei bambini anormali. E soprattutto per quanto riguarda questi ultimi, gli psichiatri furono ben consapevoli che la dimensione custodialistica avrebbe dovuto essere minima per sviluppare invece la dimensione della cura, attraverso terapie nuove¹²⁶.

Lo psichiatra Marco Levi Bianchini aveva scritto che tra le opzioni terapeutiche per i bambini ed adolescenti non pericolosi si doveva considerare l'ospedalizzazione libera “a tipo di servizio aperto”¹²⁷. Inoltre secondo lo psichiatra andavano ospedalizzati i bambini “oligofrenici” educabili o ineducabili, purché non antisociali, attraverso un sistema psichiatrico aperto, destinato a “ricoverare, osservare, educare” i bambini anormali che non erano adatti all'internamento manicomiale.

Quando però un bambino veniva trasferito dall'istituto medico-pedagogico all'ospedale psichiatrico serviva velocemente la certificazione che ne attestasse la pericolosità. È quello che successe a Teresina nel 1930: dopo aver picchiato una

¹²³ Lettera del padre Giovanni in data 22 (senza mese) 1936, in AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Margherita M. F.

¹²⁴ Risposta del dottor Fattovich al padre di Margherita in data 7 giugno 1936, in AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Margherita M.F.

¹²⁵ Sempre cartella di Margherita M. F. in AIMP Marocco, b. 1937, annotazioni del medico.

¹²⁶ Sulle dimensioni della cura e della custodia in relazione alla professione psichiatrica si può vedere R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979, pp. 133 e sgg.

¹²⁷ M. Levi Bianchini, *Fondamenti, caratteri e funzioni del Dispensario di Igiene Mentale*, in “L'Igiene Mentale”, anno VIII, dicembre 1928, numero 3, p. 5.

compagna, venne inviata al San Clemente con un certificato di alienazione mentale e pericolosità¹²⁸.

¹²⁸ AIMP Marocco, b. 1930 A-M, cartella di Teresina C.

Capitolo 2.

Le cause dell'anormalità dei bambini viste dai medici

2.1. Gli errori educativi come causa di rovina insanabile

Al dispensario di igiene mentale di Teramo era appeso un cartello che riguardava l' "educazione dell'infanzia" o "igiene pedagogica". Il cartello – che doveva essere ben grande – riportava una serie di frasi da non dire mai.

“Quando parlate con un bambino, non dite mai: – Che bei capelli! – Come sei piccolo per la tua età! – Tu sei nervoso come tuo padre. – Tu non sei adatto per questo. – I bambini non capiscono! – Un ragazzo deve essere sempre allegro – Sei maschio o femmina? [...]”¹

La consapevolezza degli errori educativi, della “difettosa educazione infantile” e dei danni che tali errori potevano causare era stata espressa da Clodomiro Bonfigli alla fine dell'Ottocento. Lo psichiatra romano avvertiva che spesso si negava il peso degli errori educativi confrontando due bambini provenienti dalla stessa famiglia, dunque che avevano ricevuto la stessa educazione, che erano stati istruiti dagli stessi precettori e negli stessi collegi, ma uno affettuoso e dolce, mentre l'altro era “insubordinato” e non mostrava affetto per i familiari. Poiché entrambi provenivano dallo stesso ambiente familiare, e dunque avevano ricevuto la stessa educazione, si attribuivano queste differenze individuali all'indole e alla natura di ciascuno. Bonfigli metteva in guardia da questo errore, ritenendo che si dovesse considerare non solo l'educazione giovanile ma anche quella infantile e che si dovessero osservare e cogliere le differenze profonde dell'educazione familiare.

¹ M. Levi Bianchini, *Fondamenti, caratteri e funzioni del Dispensario di Igiene Mentale*, in “L'Igiene Mentale”, anno VIII, n. 3, dicembre 1928, pp. 11-12. Tutto il cartellone è riportato in appendice 1. Un altro cartello di propaganda presente sempre nel dispensario di Teramo riportava la dichiarazioni di Ginevra adottate nel 1923 che riconosceva al bambino il diritto di essere nutrito, curato, aiutato, difeso da ogni sfruttamento, educato.

“[...] La mamma che innocentemente toglie i giuochi al figlio maggiore per darli al minore, che a questi concede una ghiottoneria che nega a quello, che credendo eccitare l'emulazione in uno, profonde elogi per l'altro, sa quanta importanza hanno queste piccole circostanze sullo svolgimento degli affetti? Eppure è in quest'epoca della vita, è su queste piccole cose, su queste minuzie, che si edifica il più spesso il carattere morale dell'individuo”².

La consapevolezza che alcuni psichiatri svilupparono rispetto alla pericolosità degli errori educativi – come ben dimostra il cartello appeso nel dispensario di Teramo da Levi Bianchini – va posta in relazione ad un contesto internazionale in cui diversi medici, pediatri e psicoanalisti, avevano enfatizzato i rischi. Sull'argomento uno dei primi testi fu *Pedagogia e Psicoanalisi* di Oscar Pfister tradotto nel 1927 da Levi Bianchini nella Biblioteca Psicoanalitica Italiana. L'autore – ispirandosi soprattutto a Freud – scriveva che obiettivi dell'educatore erano rendere libera la psiche e favorire l'autonomia della personalità. Per raggiungere questi obiettivi la pedagogia, soprattutto quella scolastica, si mostrava spesso non adeguata e andava perciò a suo dire integrata con la psicoanalisi³.

Le interpretazioni degli psichiatri italiani sulla questione e sul tema dell'errore pedagogico permettono di rilevare alcune importanti relazioni tra la psichiatria e la psicoanalisi. A lungo la storiografia ha condiviso l'opinione di Renato Canosa che scriveva che non vi fu “l'anatema” verso la psicoanalisi a partire dalla metà degli anni Venti, ma “non si riscontrò neppure una adesione diffusa”⁴. Se dunque è vero che la psichiatria italiana era sostanzialmente legata a un paradigma organicista e aveva mantenuto forti legami con il positivismo⁵, è anche vero che nel campo

² C. Bonfigli, *Dei fattori sociali della pazzia in rapporto con l'educazione infantile*, Roma, 1894, pp. 6-7. Su Bonfigli si veda V. P. Babini, *La questione dei frenastenici*, cit., pp. 67-74.

³ O. Pfister, *Pedagogia e Psicoanalisi*, Napoli, tipografia Giannini, 1927. Secondo Pfister la psicoanalisi applicata alla pedagogia avrebbe dovuto “liberare l'uomo dalle inibizioni interiori, costruirgli una personalità autonoma, fedele ai propri doveri, capace di amare [...]; distruggere le false apparenze; ed annientare i falsi miraggi che tanti acciecati perseguono, ecco i mezzi di cui essa si vale” (p. 3).

⁴ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979, pp. 153-154.

⁵ Sul positivismo e la psichiatria si vedano S. Nicasi, *Il germe della follia. Modelli di malattia mentale nella Psichiatria italiana di fine Ottocento*, in R. Rossi (a cura di), *L'età del positivismo*, Bologna, il Mulino, 1986, pp. 309-332; F. Giacanelli, G. Campoli, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, “Psichiatria e scienze umane”, 1973; G. Genovesi e L. Rossi (a cura di), *Educazione e positivismo tra Ottocento e*

infantile emergono aspetti nuovi della relazione tra psichiatria e psicoanalisi. Si può, infatti, verificare una penetrazione significativa del pensiero di Freud e dei suoi seguaci tra gli psichiatri che si occupavano di infanzia, anche se con opportune distinzioni. I motivi erano diversi: da un lato la certezza che ai bambini non andassero meramente applicate le categorie diagnostiche degli adulti permetteva e richiedeva una visione più ampia dei problemi in cui diverse discipline mediche potessero integrarsi; ma ciò richiedeva anche una maggior curiosità e apertura verso quanto si pensava e si faceva all'estero. Inoltre per quanto riguardava i bambini, era abbastanza diffusa l'idea che la dimensione della cura dovesse prevalere sulla dimensione custodialistica e questo principio autorizzava e spingeva a cercare nuove soluzioni e nuovi approcci. Sicuramente il tema degli errori educativi favorì un avvicinamento tra psichiatria e psicoanalisi.

Nel maggio del 1923 al 3° Congresso Nazionale Femminile tenutosi a Roma e riguardante *L'educazione in famiglia* intervenne Sante De Sanctis a discutere il tema della *Responsabilità dei genitori verso i figli e la Società*. La relazione dello psicologo e psichiatra romano insisteva su termini come “inconscio” e “subcosciente”. De Sanctis aveva detto chiaramente che “i genitori introducono la loro sensibilità, i loro pensieri, le loro opinioni nella coscienza dei figli, anche inconsapevolmente”. E aveva anche aggiunto che “la comunicazione [...] dell'anima dei genitori in quella dei figli” avveniva spesso nella “forma di trasmissione di subcosciente a subcosciente”, e aveva poi aggiunto:

“Si direbbe che i figli si alimentino inconsciamente del patrimonio subcosciente degli avi e dei genitori. [...] E forse, chissà, il ricevitore di questi intimi messaggi è più sensibile alle voci che parlano secondo i suoi brutali istinti che non a quelle che parlano di saggezza e di bontà”⁶.

Novecento in Italia, cit. e P. Guarnieri, *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Milano, Franco Angeli, 1985.

⁶ S. De Sanctis, *Responsabilità dei genitori verso i figli e la Società*, in *Atti del 3° Congresso Nazionale Femminile “L'educazione in famiglia”*, Roma 3-8 maggio 1923, Roma, tipografia del Corriere d'Italia, 1923, pp. 46-47. Il congresso era stato aperto dal Ministro Giovanni Gentile. Durante le giornate del congresso vennero discussi i temi dell'educazione familiare, dell'educazione della personalità, dell'educazione sessuale, dell'educazione alla coscienza nazionale, dell'educazione della coscienza religiosa e della collaborazione tra famiglia e scuola.

Non solo: De Sanctis aveva anche sottolineato il ruolo dell'infanzia e della prima infanzia nella formazione dell'adulto. Ma aveva, ancor di più, messo in luce il ruolo delle “esperienze subcoscienti della infanzia” che non aveva esitato a definire come “destinate a formare il senso morale”⁷.

L'intervento di De Sanctis mostra come esistesse in Italia una circolazione ampia delle idee degli psicoanalisti, quadro che è stato in parte frainteso e sottovalutato da una parte della storiografia⁸. A mostrare la circolazione della psicoanalisi furono opere come quella di Morselli, stimulate dalla discussione intorno alla psicoanalisi che si era sviluppata attraverso alcune riviste⁹. All'opera di Morselli seguì un ampio dibattito¹⁰. Se le posizioni non erano indubbiamente tutte a favore della psicoanalisi, ne risultava comunque una circolazione e un confronto molto schietto che lasciava spazio ai sostenitori della disciplina, che non possono certo essere identificati solo con Edoardo Weiss o con Levi Bianchini, come

⁷ S. De Sanctis, *Responsabilità dei genitori verso i figli e la Società*, cit., p. 48. Scriveva De Sanctis: “Noi medici sappiamo d'altra parte che il bambino imita inconsciamente non solo le grida, gli attacchi nervosi, i ticchi e i gesti, ma anche gli atti che noi chiamiamo immorali o morali della nutrice e della madre. Le esperienze malefiche, dei nostri bimbi, le scopriamo quando son divenuti adulti, cioè quando non c'è più tempo d'impedirle. Li ritroviamo nei sogni, nella ipnosi e purtroppo anche nei conflitti agosciosi dei nostri neuropatici”.

⁸ Sulla psicoanalisi in Italia veda E. Rieti, *La psicoanalisi in Italia. Rassegna critica*, in “Neuropsichiatria. Annali dell'ospedale psichiatrico provinciale di Genova”, vol. 4, 1933, pp. 183-203.

⁹ Ricordo, ad esempio, un articolo di Alberto Vedrani, *Psicoanalisi*, in “La Voce Sanitaria”, a. IV, n. 2, aprile 1924, pp. 1-4. Vedrani analizzava la posizione degli psichiatri tedeschi rispetto alla psicoanalisi e scriveva: “Un qualche beneficio generico son pur disposti a riconoscere alla Psicoanalisi, laceratrice della logica scientifica: non foss'altro, quello di richiamare un poco *alla psiche* quei che andavano cercando fra microscopi e provette, “*come la psichiatria non fosse*” – e ne proclamavano prossimo il dissolvimento nella neurologia” (p. 4). Alberto Vedrani (1872-1963), figura estremamente interessante di psichiatra, di cui manca un profilo biografico, rappresenta un intellettuale originale nel panorama italiano. Lavorò all'Ospedale psichiatrico lucchese di Maggiano, fu sostenitore di Emil Kraepelin, scrisse su “La Voce” di Papini e Prezzolini, fu socialista – tanti i suoi articoli per “Critica sociale” e “L'Avanti!”. Pubblicò tra il 1926 e il 1927 alcuni articoli sulla psicoanalisi sulla rivista “L'Igiene Mentale”. Tra gli altri, *L'istinto e l'inconsciente*, a. VI, n. 5, 1926 e *I “caratteri nervosi” secondo l'Adler*, a. VII, n. 3, 1927. Alcuni riferimenti a Vedrani si trovano in V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, il Mulino, 2009 e in *Pagine dimenticate. Le culture psichiatriche in Italia tra fine '800 e primi decenni del '900*, in A. Giuntini (a cura di), *Povere menti. La cura della malattia mentale nella provincia di Modena fra Ottocento e Novecento*, Modena, 2009, pp. 15-40.

¹⁰ Nel 1926 venne pubblicato E. Morselli, *La psicoanalisi. La dottrina e la pratica*, 2 tomi, Fratelli Bocca, Torino, 1926. Si veda anche la recensione di Leonardo Bianchi a Morselli: L. Bianchi, *La critica della psicoanalisi*, in “Quaderni di psichiatria”, vol. XIII, 1926, pp. 53-57.

dimostra lo stesso intervento di De Sanctis riportato sopra¹¹. Osservare la psichiatria con la lente dell'infanzia permette di verificare come in Italia la penetrazione di idee psicoanalitiche sia stata più ampia di quanto è stato affermato.

Marco Levi Bianchini, direttore dell'Ospedale psichiatrico di Teramo, si era soffermato al Convegno Medico-Pedagogico milanese del 1930 a illustrare il rapporto tra educazione e psicologia individualistica. Levi Bianchini utilizzava un semplice esempio per mostrare le reazioni ipotetiche di tre diverse madri di fronte alla stessa situazione. Di fronte a una bambina di tre anni che si feriva al polpastrello giocando con un coltellino da giardino, una madre troppo sensibile si sarebbe spaventata in maniera eccessiva; un'altra madre troppo severa avrebbe sgridato la figlia oltre misura. Una terza madre avrebbe mostrato un animo più sicuro. Ebbene la prima madre, secondo lo psichiatra, distruggeva inconsapevolmente nella figlia "qualsiasi senso di individualità e di coraggio" perché insegnava a cercare le soluzioni fuori di sé. La seconda madre, enfatizzando la disobbedienza e la responsabilità, avrebbe creato nella bimba un sentimento di inferiorità e di colpa. Solo la terza madre mostrava di agire nel giusto con l'obiettivo di far diventare autonoma la bambina e capace di risolvere da sola le proprie difficoltà¹². Vittime di

¹¹ Sulle riviste, ad esempio sulla "Rassegna di studi psichiatrici", seguì un importante dibattito nel merito della psicoanalisi. Tra gli altri, Paolo Amaldi, *Della Psicoanalisi*, in "Rassegna di studi psichiatrici", vol. XV, 1926, pp. 535-548. Amaldi considerava la psicoanalisi alla luce di due temi fondamentali, come l'attività psichica inconsciente e la sessualità, e di un preciso metodo di indagine e cura. Amaldi riconosceva alcuni aspetti positivi alla teoria psicoanalitica, per esempio "il merito di avere segnalato nettamente alla nostra attenzione la importanza che la oscura tensione nervosa, mantenuta dal conflitto tra istintività e ricordi inconsci da un lato e coscienza dall'altro, può avere nella patogenesi di certe psicopatie, specialmente isteriche" (p. 542). Per quanto riguardava invece la sessualità, lo psichiatra fiorentino riteneva che manifestazioni sessuali precoci avessero luogo nell'infanzia, ma "esse hanno valore di manifestazioni eccezionali prettamente morbide od anomale; e non possono essere invocate a dimostrazione generalizzata d'un orientamento erotico-pansessualistico della psicologia infantile normale" (p. 544). Amaldi augurava alla psicoanalisi di venire "ricondata entro i limiti segnati dalle nostre conoscenze positive strutturali, biochimiche e funzionali del sistema nervoso ed annessi organici, vera condizione fondamentale somatica d'ogni più complesso fenomeno psichico" (p. 548). La posizione di Amaldi è dunque in parte critica, ma dimostra anche che la psichiatria italiana non era chiusa e ripiegata su di sé, viceversa aperta a temi e discussioni.

¹² M. Levi Bianchini, *Educazione e psicologia individualistica in rapporto ad alcuni tipi di bambini difficili* in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 43-52. La relazione di Levi Bianchini oltre che essere letta al Convegno, venne pubblicata sia su "L'Infanzia Anormale", sia sulla rivista di Levi Bianchini "Archivio generale di neurologia, psichiatria e psicoanalisi", XII, 1931, pp. 34-40. Sulle riviste di Levi Bianchini si veda F. Giacanelli, *Le riviste neuropsichiatriche di Marco Levi Bianchini. Appunti di lettura*, in Rosario Conforti (a cura di), *La psicoanalisi*

queste forme di “educazione sbagliata” erano, secondo Levi Bianchini, i bambini: il bambino viziato – ovvero quello che vede “soddisfatti tutti i propri desideri, senza vederli discussi” ed al quale mancano la capacità di decisione e il coraggio; il bambino remissivo – troppo obbediente e docile, vittima di una eccessiva severità familiare che gli faceva perdere di vista il gusto per la libertà e il giusto senso di responsabilità individuale e che inoltre alimentava il suo senso di inferiorità facendo di lui un gregario che tendeva ad accodarsi ai compagni più forti e prepotenti. Infine, anche il bambino aggressivo, cioè asociale e antisociale, divenuto tale per una “educazione senza luce e senza calore”, era una vittima dell’educazione sbagliata: “il bambino che si sente privo di amore, diventa lui stesso privo d’amore, cioè cattivo”¹³. Per questi bambini spesso si poneva la diagnosi di inguaribilità morale e la terapia consisteva nelle punizioni e nella severità, finendo così per aggravare la situazione e commettendo agli occhi dello psichiatra un “errore stolido e fatale”.

La sua proposta di educazione e prevenzione degli errori educativi e degli esiti di questi errori stabiliva in primo luogo di “conoscere tutta la situazione anamnestica” che aveva creati gli errori di condotta, in secondo luogo riteneva fondamentale “analizzare tutte le situazioni pregresse dell’ambiente educativo”; quindi si trattava di “scoprire e coordinare tutte le cause remote e prossime, famigliari e individuali dello scoraggiamento che sta a base di questi errori stessi”¹⁴. Non si trattava certo di una proposta semplice da realizzarsi, soprattutto se messa in atto per ogni bambino difficile, come, secondo Levi Bianchini, si sarebbe dovuto procedere.

tra scienze umane e neuroscienze. Storia, alleanze, conflitti, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2006, pp. 25-56. Su Levi Bianchini psicoanalista si veda il recente R. Corsa, *Marco Levi Bianchini. Lo psichiatra temerario che fondò la Società Psicoanalitica Italiana*, in “Rivista di Psicoanalisi”, anno LXI, n. 3, 2015, pp. 751-765. Sulla sua esperienza come psichiatra a Teramo e sul Dispensario di Igiene Mentale si veda il libro di Annacarla Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Roma, Donzelli, 2014, pp. 222-228. Sulla Biblioteca Psicoanalitica Italiana voluta da Levi Bianchini e sull’Archivio generale di neurologia, psichiatria e psicoanalisi” si veda M. Quarchioni, *Marco Levi-Bianchini e la Biblioteca Psicoanalitica Italiana*, in “Notizie dalla Delfico”, n.1, 1988, pp. 3-21. Il saggio di Quarchioni evidenzia la circolazione delle idee psicoanalitiche, anche se mostra le difficoltà e gli ostacoli incontrati alla penetrazione delle stesse nel contesto culturale italiano.

¹³ M. Levi Bianchini, *Educazione e psicologia individualistica in rapporto ad alcuni tipi di bambini difficili*, cit., p. 49.

¹⁴ Ivi, cit., p. 51. In particolare tra gli errori da evitare in maniera perentoria, Levi Bianchini poneva le punizioni, il biasimo, le minacce, le intimidazioni, le privazioni, le penitenze, le botte e le forme di violenza fisica.

Era chiaro il ribaltamento di prospettiva rispetto a una parte del mondo psichiatrico e pedagogico che aveva sostenuto la priorità di “salvare il bambino”.

“Anziché dirsi “come posso salvare il bambino” l’educatore deve imporsi il compito “come debbo lanciarlo nel mondo” e la risposta che egli si deve dare è una sola; brevissima, vera e necessaria: “Con tutta la mia scienza e con tutto il mio amore, insieme”¹⁵.

La prospettiva era rovesciata e rappresentata da una immagine nuova nel panorama scientifico italiano: non più il bambino da proteggere, da tutelare, da salvare –come aveva proclamato dalle pagine di “Difesa sociale” Luigi Spolverini¹⁶, come aveva scritto Augusto Carelli su “Maternità ed infanzia”¹⁷ e come anche in seguito avrebbe proclamato il ministro della Pubblica Istruzione Guido Gonella nel secondo dopoguerra¹⁸ – ma il bambino da lanciare nel mondo, il bambino come portatore di risorse da valorizzare, il bambino che diventava autonomo. Era il

¹⁵ M. Levi Bianchini, *Educazione e psicologia individualistica in rapporto ad alcuni tipi di bambini difficili*, cit., p. 52.

¹⁶ L. Spolverini, *Salviamo il bambino*, in “Difesa sociale”, anno III, n. 8, agosto 1924, pp. 182-188.

¹⁷ A. Carelli, *Salviamo il fanciullo delinquente*, in “Maternità ed infanzia”, a. IX, n. 7, luglio 1934, p. 8. Secondo Carelli non si doveva fare l’errore di considerare ineducabili e “destinati alla delinquenza” soggetti nei quali “gli atti di condotta anormale” si univano ad anomalie fisiche. Carelli sostituì Ettore Levi alla direzione dell’Istituto di previdenza e assistenza sociale. Su Augusto Carelli e la sua via all’eugenetica ostile a qualsiasi forma di sterilizzazione si veda F. Cassata, *Verso l’uomo nuovo: il fascismo e l’eugenica “latina”*, in *Storia d’Italia. Annali*, vol. 26, *Scienze e cultura dell’Italia unita*, a cura di F. Cassata, C. Pogliano, Torino, Einaudi, 2011, pp. 137-138.

¹⁸ G. Gonella, *Salviamo il fanciullo*, discorso tenuto in Campidoglio per l’inaugurazione del Convegno Nazionale dell’Ente per la Protezione Morale del Fanciullo, Roma, Istituto Poligrafico dello Stato, 1946. Il discorso tenuto il 9 settembre 1946 alla presenza del Capo provvisorio dello Stato dal ministro della pubblica istruzione evocava l’immagine di un “lugubre spettro” levatosi dalle macerie della guerra: lo spettro con il “volto di un bimbo solcato dalle rughe del vizio”. La “strage degli innocenti” “invecchiati dal vizio e incalliti nella corruzione” si era compiuta a causa della guerra, delle difficoltà e della indigenza di cui i bambini erano le prime vittime. Non solo: secondo il ministro Gonella anche la crisi del sistema familiare, educativo e scolastico aveva pesanti responsabilità. Il programma era quello di salvare il fanciullo attraverso l’Ente Nazionale per la Protezione Morale del Fanciullo, educando bambini ma anche famiglie al fine di salvare il fanciullo. La funzione penale non poteva esaurire secondo Gonella il compito di protezione morale dei minori; la prevenzione era altrettanto fondamentale e si sarebbe compiuta attraverso l’istruzione, l’educazione dei minori, ma anche attraverso l’educazione delle famiglie. Su Guido Gonella, antifascista, membro della Federazione Universitaria Cattolica Italiana (FUCI), ministro della Pubblica Istruzione, ma anche segretario della Democrazia Cristiana, si può vedere G. Campanini, *Gonella Guido*, in *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 57, Treccani, 2001.

riconoscimento più pieno dell'individualità del bambino, e a questo riconoscimento non era del tutto estraneo il contributo di Lombroso.

Le posizioni di Levi Bianchini, infatti, risentivano degli studi di Alfred Adler e di Oskar Pfister che lo psichiatra teramano aveva tradotto nel 1925 e nel 1927. In particolare Levi Bianchini era stato colpito dalla "individualpsicologia" di Alfred Adler, che aveva impiegato proprio per scrivere questo contributo sui bambini difficili. Come ha ampiamente messo in luce Patrizia Guarnieri, l'attenzione ai bambini come singoli individui derivava a Levi Bianchini dalla lettura di Adler ma anche dall'influenza di Cesare Lombroso. Scrive Guarnieri che secondo Levi Bianchini

"l'originalità scientifica di Lombroso [...] consisteva invece nel riconoscere la priorità dell'individualità concreta, fosse del delinquente o del malato, che egli aveva visto imprescindibilmente connessa all'ambiente, alla famiglia, alla società. Con un tale cambiamento di prospettiva, il fondatore dell'antropologia criminale aveva aperto la via alla prevenzione del comportamento delinquenziale; anziché insistere sul crimine e la repressione di esso, guardava alle cause e ai rimedi, andava alla ricerca delle cure necessarie per recuperare l'individuo, figlio di certi genitori e di determinati ambienti"¹⁹.

La posizione di Levi Bianchini rispetto alla questione dei bambini difficili e rispetto alla questione della prevenzione da attuarsi attraverso uno stile educativo corretto era maturata gradualmente, coniugando Lombroso con la psicoanalisi, mostrando come lo scenario della psichiatria italiana fosse meno schematico di quanto comunemente si pensi, meno rigido e, al contrario, aperto a influenze provenienti dall'estero²⁰.

¹⁹ P. Guarnieri, *Bambini difficili. Levi Bianchini tra psichiatria, psicoanalisi e pedagogia*, cit., p. 123.

²⁰ Ivi, cit., pp. 119-137. Guarnieri sottolinea come il caso di Levi Bianchini mostri come psichiatria e antropologia lombrosiana venissero intese in maniera molto diversa dalla visione "cui siamo abituati ad alludere in modo abbastanza stereotipato". Aggiunge la storica che "c'era un modo di leggere Lombroso che ha contato ad orientare certi sviluppi, anziché ad ostacolarli soltanto" (p. 121). Guarnieri sottolinea come psichiatria e antropologia criminale lombrosiana non fossero egemoni nella cultura positivista italiana e fossero già in discussione a inizio Novecento.

Ma già un altro esponente della psichiatria interessata ai bambini aveva scritto qualcosa di simile alle affermazioni di Levi Bianchini. De Sanctis, chiedendosi se era o meno giusto “sopprimere ogni originalità nell’anima infantile in nome del principio che il bene debba prevalere sul male”, aveva risposto che non era giusto annullare psicologicamente il bambino.

“Non annullare, dunque, ma comprendere il bambino; e questo è difficile. Poi adattarne e sublimarne la natura. Ogni virtù resta tale anche se è sorta da radici ritenute impure”²¹.

Il filone di studi riguardante gli errori educativi come causa di difficoltà nei minori proseguì anche negli anni seguenti. Nel 1932 è una giovane psichiatra torinese, Luisa Levi, a presentare *La sorveglianza medica sulla educazione dei fanciulli*. La Levi si era laureata in medicina a Torino nel 1920 e aveva avuto come maestro di psichiatria lo zio Marco Treves, figura originale nel panorama nazionale, lombrosiano soprattutto nella prima parte della sua vita, in seguito influenzato da Freud²². In questo scritto la Levi sottolineava come l’errore educativo commesso non solo nell’età giovanile, ma già nei primi anni di vita, potesse determinare il futuro del bambino.

“Durante il periodo fetale e i primi anni di vita si decide, per così dire, il destino dell’uomo: una malattia infettiva, una alimentazione incongrua, un errore educativo in questo periodo possono determinare una deficienza definitiva, una rovina insanabile dell’essere in via di sviluppo. Un errore educativo ho detto: e qualcuno sarà sorpreso, chè di solito non si pensa a

²¹ S. De Sanctis, *Il tormento educativo*, estratto dalla “Rivista Pedagogica”, anno XXV, Milano, Società anonima editrice Dante Alighieri, 1932, p. 11.

²² Marco Treves (Torino, 1867-1942), fratello del socialista Claudio Treves, si laureò in Medicina nel 1892. Nel 1898 fu chiamato da Cesare Lombroso come assistente straordinario presso l’Istituto psichiatrico universitario da lui diretto. Fu direttore per anni dell’Ospedale psichiatrico di Collegno. Contrario all’uso dei mezzi di contenzione violenta in manicomio, nel 1933-34 fu rimosso dall’incarico di direttore per aver introdotto un fotografo nella struttura per documentare gli abusi sui pazienti. Treves, lombrosiano nella prima parte della sua vita, si avvicinò gradualmente al pensiero psicoanalitico, ad esempio in *Il metodo dell’interrogatorio socratico nel trattamento delle varie forme di anormalità del carattere e dell’insufficienza mentale* in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., p. 103.

educare nei primi anni. In realtà [...] l'educazione del bambino comincia nel momento stesso della sua nascita"²³.

L'articolo riecheggiava un volume tradotto in italiano dal tedesco nel 1913 *Il medico educatore dei bambini: libro per i medici, per le madri, per i maestri* del pediatra polacco Adalbert Czerny²⁴. Ma nell'articolo della Levi risuonano ancora di più le parole dello psichiatra francese Gilbert Robin: "Il faut le dire et le répéter: l'enfant n'a pas de défauts: il est mal élevé ou malade"²⁵. Secondo Robin il bambino non ha difetti: o è malato o è vittima di cattiva educazione. La Levi chiariva il concetto con le parole che le aveva riferito una maestra elementare.

"Quando i miei alunni sono indisciplinati o distratti, è segno che io non ho trovato il tono giusto per la mia lezione, e debbo rimproverare me, non loro"²⁶.

Il presunto difetto non andava separato dal bambino, ma andava visto integrato nella personalità del bambino e nella sua storia. Solo in questo modo era possibile capirne le cause e l'origine, e distinguere tra un difetto che in un bimbo poteva essere solo una piccola cosa, e un difetto che in altro bimbo poteva essere segno di una grave malattia. Il richiamo a utilizzare le conoscenze mediche integrandole, a operare distinzioni e differenze, a impiegare il "trattamento caso per caso" proveniva dal già citato Robin²⁷, ma anche dalla tradizione positivista italiana.

²³ L. Levi, *La sorveglianza medica sulla educazione dei fanciulli*, in "L'Igiene Mentale", settembre 1932, numero 3, p. 5.

²⁴ A. Czerny, *Il medico educatore del bambino: libro per i medici, per le madri, per i maestri*, trad. italiana a cura di A. Borrino, Torino, Soc. Tip. Editrice Nazionale, 1913.

²⁵ G. Robin, *L'enfant sans défauts*, Ernest Flammarion, Paris, 1930, p. 15.

²⁶ Le parole vengono riportate dalla Levi. Facilmente si può intravedere dietro queste parole la maestra Flavia Botter, con cui la Levi ebbe un sodalizio professionale nell'Istituto medico-pedagogico di Marocco. L. Levi, *La sorveglianza medica sulla educazione dei fanciulli*, cit., p. 6.

²⁷ G. Robin, *L'enfant sans défauts*, cit., p. 35. Robin sottolineava come lo stesso uso di termini quali "folle", "alienato", "bambino anormale" andasse soppresso. "Asile, fou, aliéné, sont des termes inacceptables. Les supprimer constitue le premier devoir de la psychothérapie. L'expression: enfant anormal est mauvaise pour tout le monde: elle choque les parents dans leur orgueil et leur amour le plus pur. Ils la refusent pour leur enfant".

La Levi riconosceva che la “normalità assoluta” era un’astrazione e che ogni individuo presentava deficienze, eccessi, particolarità, che lo rendevano unico. La psichiatra nel suo scritto considerava le relazioni tra bambini e adulti che potevano dare origine a disturbi: dalla tendenza a viziare i bambini, alle carezze eccessive, ai castighi eccessivi specie se corporali. Ma la Levi metteva anche in guardia da un “grave pericolo”.

“Se il giovane e la sua famiglia dovessero tanto abituarsi all’appoggio del medico, da perdere la propria autonomia di giudizio e la fiducia nella propria salute, sarebbe questa una sventura forse più grave di quelle che potrebbero avvenire per deficienza della assistenza e delle cure. Purtroppo la propaganda igienica che ampiamente si fa nei paesi civili per mezzo di conferenze, riviste, articoli di volgarizzazione scientifica, talvolta raggiunge l’effetto di incutere nell’animo dei genitori una paura irragionevole delle malattie, e insieme una non meno irragionevole presunzione della propria scienza, fondata su poche e male intese nozioni mediche”²⁸.

Il medico più che un guaritore doveva sembrare ai bambini un amico e un consigliere, che avrebbe dovuto insegnare loro a superare le difficoltà da soli, in maniera autonoma.

Nel 1937 era Corrado Tumiati a intervenire sul tema al II Congresso Internazionale di Igiene Mentale di Parigi²⁹. Tumiati utilizzava nella sua relazione gli studi e le ricerche di vari psichiatri italiani e stranieri: tra gli italiani Vincenzo Chiarugi, Enrico Morselli, Leonardo Bianchi, Sante De Sanctis, Angelo Mosso; tra gli stranieri Emil Kraepelin, Henry Maudsley, William James, Eduard Claparede. Tumiati citava vari psicoanalisti come Sigmund Freud, Alfred Adler, Oskar Pfister, Gilbert Robin, Wilhel Stekel. Curiosamente Tumiati non ricordava gli studi della Levi né quelli di Levi Bianchini che certamente conosceva perché entrambi avevano collaborato con la rivista “L’Igiene Mentale”, da lui diretta. L’articolo di Tumiati

²⁸ L. Levi, *La sorveglianza medica sulla educazione dei fanciulli*, cit. p. 8.

²⁹ C. Tumiati, *L’igiene mentale nell’educazione familiare. Relazione al II Congresso Internazionale d’Igiene Mentale (Parigi 19-24 luglio 1937)*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, anno XV, 1937, pp. 37- 44.

pareva fare sfoggio di citazioni e riferimenti alle ricerche scientifiche, in una maniera vistosa e quasi eccessiva. Perché Tumiatì, psichiatra colto e aggiornato, aveva voluto dare così ampio spazio alle citazioni e ai riferimenti alla letteratura scientifica? In realtà il motivo preciso non è noto, ma lui si era rammaricato – lo aveva scritto lui stesso – della scarsa partecipazione italiana al Congresso di Igiene Mentale di Washington nel 1930. Citando autori italiani e stranieri sembrava voler mostrare la levatura internazionale della sua ricerca e della psichiatria italiana, a cui si riferiva.

A Tumiatì non sfuggiva un aspetto: il tema degli errori educativi e ancor di più il tema delle critiche alla maternità e alla modalità educativa di alcune madri era stato oggetto di ampio dibattito negli Stati Uniti tra gli anni Venti e Trenta. Nel I Congresso Internazionale di Igiene Mentale di Washington tenutosi nel 1930, cui Tumiatì aveva partecipato assieme a Giulio Cesare Ferrari, vi erano stati diversi interventi sull'argomento: dalla relazione di S. M. Gruenberg su *La importanza della vita familiare nella formazione del carattere e della personalità dell'adolescente* a quella di V. T. Thayer su *Le relazioni tra la Scuola e la famiglia* all'intervento di Porter R. Lee *La famiglia quale forza costruttiva sociale dal punto di vista dell'Igiene Mentale*³⁰. La scelta di Tumiatì di presentare un tema come quello degli errori educativi al II Congresso Internazionale di Igiene Mentale di Parigi del 1937 non può essere scissa dall'ampia letteratura medica e sociale statunitense sull'argomento. In particolare medici e *social workers* statunitensi, che collaboravano tra loro e con gli psicologi nelle *Child Guidance Clinics*³¹, avevano sottolineato come fossero due le tipologie di madri più

³⁰ I riassunti di queste e altre relazioni si trovano in C. Tumiatì, *Il I Congresso Internazionale di Igiene Mentale (Washington 5-10 maggio 1930) – riassunto delle Relazioni pubblicate; resoconto del Congresso*, in "L'Igiene Mentale", anno X, 1930, n. 2, pp. 3-25.

³¹ Le *Child Guidance Clinics* erano delle cliniche o ambulatori presso i quali si studiavano e si curavano i bambini difficili e anormali negli Stati Uniti. La loro peculiarità consisteva nel fatto che in esse erano presenti specialisti diversi – psichiatri, psicologi, assistenti sociali psichiatriche – che lavoravano in team e che suggerivano al bambino e alla famiglia la terapia da seguire, che non era solitamente il ricovero, ma ad esempio poteva essere la psicoterapia oppure la terapia medico-pedagogica a cui i bambini venivano sottoposti continuando a vivere nelle famiglie. In Italia il primo a parlarne fu sempre C. Tumiatì, *Il I Congresso Internazionale di Igiene Mentale (Washington 5-10 maggio 1930) – riassunto delle Relazioni pubblicate; resoconto del Congresso*, in "L'Igiene Mentale", anno X, 1930, n. 2, pp. 23-24. Tumiatì osservava che il sistema negli Stati Uniti era già ben collaudato e che lì erano stati creati dei dossier molto ricchi per ciascun bambino, scritti dagli psichiatri, ma anche dalle assistenti sociali. Sulle *Child Guidance Clinics* si veda A. Boardman Smuts, *Science in the service of children, 1893-1935*, New Haven and London, Yale University Press, 2006, pp. 191-206. Uno dei primi saggi ad aver utilizzato i dossier dei bambini è M. Horn, *The Moral Message of Child Guidance*

pericolose per gli esiti che potevano provocare sui figli: da un lato le madri *overprotective*, ossia madri superprotettive, e dall'altro lato le madri *rejecting*, ovvero le madri che rifiutavano il loro compito³².

Inoltre, quando Tumati citava gli psicoanalisti mostrando di conoscerli, li utilizzava per chiarire gli errori educativi familiari –ad esempio utilizzava Adler a proposito del complesso di inferiorità³³, oppure Stekel utilizzando il concetto di “patofilia” per esprimere l’idea di perversione come conseguenza alla eccessiva protezione³⁴ –, ma come vedremo questo non era il suo principale obiettivo. Tumati, infatti, operava una svolta interpretativa: non leggeva la questione dell’educazione familiare e degli errori educativi come chiusa in sé, ma la collocava nella prospettiva dell’igiene mentale. Si soffermava nella prima parte sui sistemi educativi “pericolosi”, perché caratterizzati da eccessi di protezione o di correzione, o perché caratterizzati dalla trascuratezza, e poi si chiedeva:

1925-1945, in “Journal of Social History”, vol. 18, 1, 1984, pp. 25-36. Sull’esperienza inglese si vedano J. Stewart, *Child Guidance in Britain, 1918-1955: The Dangerous Age of Childhood*, London, Pickering and Chatto, 2013 e D. Thom, *Wishes, anxieties, play and gestures: child guidance in inter-war England*, in R. Cooter (eds), *In the name of the child. Health and welfare, 1880-1940*, Routledge, London 1992, pp. 200-219; H. Hendrick, *Child Welfare. Historical Dimensions, Contemporary Debate*, Bristol, The Policy Press, 2003, pp. 99-112.

³² Sulle madri superprotettive e sulle madri *rejecting* si veda come fonte David M. Levy, *Maternal Overprotection*, New York, Columbia University Press, 1943. Uno dei primi testi sull’argomento scritti dallo psichiatra americano è D. Levy, *Maternal Overprotection and Rejection*, in “Archives of Neurology and Psychiatry”, 25, 1931, pp. 886-889. Sulle critiche alla maternità nel periodo compreso tra gli anni Venti e Quaranta si veda K. W. Jones, “*Mother Made Me Do It*”: *Mother-Blaming and the Women of Child Guidance*, in M. Ladd-Taylor and L. Umansky, “*Bad*” *Mothers. The Politics of Blame in Twentieth-Century America*, New York and London, New York University Press, 1998. Della stessa autrice si veda anche *Taming the Troublesome Child. American Families, Child Guidance, and the Limits of Psychiatric Authority*, Harvard University Press, 2002, pp. 174-204, in particolare il capitolo *The Critique of Motherhood*. La Jones analizza le critiche alla maternità osservando anche cartelle cliniche che riportano i rapporti tra gli specialisti delle *Child Guidance Clinics* e le famiglie, soprattutto le madri. Inoltre la Jones cerca di comprendere le ragioni più ampie della colpa che viene attribuita alle madri di alcuni minori in maniera neppure tanto velata. Tra queste ragioni individuava la crisi della figura maschile e la necessità di “rimascolinizzare la cultura”, “l’invasione della psicoanalisi freudiana”, il legame di vicinanza tra figli e madri che portava i figli a trasferire sulle madri le difficoltà e la responsabilità dei loro insuccessi, ma anche la maggior presenza delle madri nella vita dei figli e dunque la loro maggior presenza con gli specialisti rispetto ai padri impegnati in attività lavorative. In oltre il 60% dei casi aperti nella clinica di Boston “Judge Baker” nel 1935 la causa del problema veniva attribuita alle relazioni familiari.

³³ A. Adler, *Le temperament nerveux. Elements d’une psychologie individuelle et applications a la psychotherapie*, Payot, Paris, 1926.

³⁴ W. Stekel, *Tormento e felicità della prole: lettere ad una madre*, Milano, Palladis, 1932. Alcuni riferimenti a Stekel e alla sua fortuna e circolazione in Italia si trovano in M. David, *La psicoanalisi nella cultura italiana*, Torino, Boringhieri, 1990 (terza edizione), pp. 156-157. In queste pagine l’autore ricorda le prime recensioni a Stekel sulla “Rivista di Psicologia” di G.C. Ferrari.

“Le influenze morbose e gli errori fin qui denunciati sono sufficienti a creare disturbi neuro-psichici nel fanciullo?”³⁵

Eccezione fatta per la presenza accanto ai minori di parenti neuro-psicopatici come la madre isterica e il padre alcolista – e in questi casi sembrava opportuno predisporre l’allontanamento dei minori dalla famiglia in collegi, presso parenti in campagna e non andava affatto esclusa la possibilità di divorzio –, la risposta di Tumiatì era negativa e lo psichiatra sosteneva che la questione era legata alla “predisposizione che hanno i figli ad ammalarsi di mente”. E su questo punto gli venivano in soccorso sia lo psicoanalista Stekel che lo psichiatra tedesco Kraepelin, che sosteneva che gli errori educativi causavano danni solo in chi non ha una adeguata “organizzazione mentale”.

Il compito dell’igiene mentale – ed ecco la svolta che Tumiatì compiva – non era tanto quello di evitare gli errori educativi formando i genitori, affiancandoli durante la crescita dei figli, ma era quello di “ricercare tempestivamente nei figli queste predisposizioni e prepararvi compensi e difese”³⁶. Egli subito dopo riconosceva che non era cosa facile ricercare le predisposizioni, sia ereditarie che acquisite, “vuoi perché la Medicina non ne ha ancora stabiliti con sufficiente sicurezza i segni, vuoi perché molte predisposizioni si maturano nel più completo silenzio sintomatologico”, tuttavia riconosceva che proprio nella condotta che i minori tenevano in famiglia mostrandosi con un comportamento anormale, “chiusi o espansivi”, “pavidi o violenti”, “instabili o ostinati”, “eccitati o depressi” si sarebbero dovute sospettare predisposizioni da indagare sia a livello organico, sia a livello familiare ed educativo. Successivamente indicava gli strumenti correttivi che

³⁵ C. Tumiatì, *L’igiene mentale nell’educazione familiare. Relazione al II Congresso Internazionale d’Igiene Mentale (Parigi 19-24 luglio 1937)*, cit., p. 42.

³⁶ Ivi, cit., p. 42. Invece nelle *Child Guidance Clinics* statunitensi era previsto anche l’affiancamento ai genitori nonché il loro coinvolgimento nella terapia, con incontri tra il genitore e uno dei membri del *team* delle cliniche o con forme di psicoterapia. Ancora nei primi anni Cinquanta lo psichiatra Giovanni Fattovich avrebbe ripreso Tumiatì scrivendo che “compito dell’igiene mentale nell’educazione familiare deve essere pertanto quello di ricercare nei fanciulli queste predisposizioni per prepararvi compensi e difese”. G. Fattovich, *I problemi medico-sociali della psichiatria*, Istituto di medicina sociale, Roma, 1951, p. 40.

si sarebbero dovuti impiegare e modulare individualmente in base alla sintomatologia mostrata dai minori: i mezzi educativi, l'educazione fisica, l'educazione religiosa e anche il lavoro. La prospettiva di Tumiatì dunque era una prospettiva di profilassi.

Al II Congresso Internazionale di Igiene Mentale la cosa non era sfuggita e in particolare era stata sottolineata da uno psichiatra inglese, Hugh Crichton-Miller, che aveva espresso le sue perplessità verso le conclusioni cui perveniva Tumiatì, dichiarando di trovarsi in contraddizione con il medico italiano.

“On ne peut envisager le placement de tous les enfants dans des formation militaires ou paramilitaires. Il faut, comme en Angleterre, s'attacher au problème dans l'autre sens et tenter d'améliorer l'atmosphère familiale par les moyens moraux portant sur le rôle joué par l'enfant dans sa famille, moyens qui donnent des résultats”³⁷.

La critica a Tumiatì di Crichton-Müller è interessante per diverse ragioni: intanto il testo integrale della relazione di Tumiatì, che venne pubblicato in italiano in seguito, non fa alcun riferimento alle organizzazioni militari e paramilitari. Ma la critica di Crichton-Miller non sembra neppure completamente campata in aria, se pensiamo che in quegli anni trovò ampio seguito il progetto di controllo e bonifica dei minori portato avanti da Benigno Di Tullio insieme a Nicola Pende e a un'ampia parte del mondo scientifico italiano. Inoltre Crichton-Miller – che aveva scritto nel 1922 *The new psychology and the parent* proprio per tentare di coinvolgere le famiglie nella cura dei figli – coglieva nel segno quando notava che nella relazione di Tumiatì mancava l'idea di agire sul contesto familiare attraverso forme di psicoterapia³⁸ ed evidenziava un approccio molto diverso da tra quanto succedeva in Italia e quanto

³⁷ Discussione seguente alla lettura della relazione di Tumiatì al II Congresso Internazionale di Igiene Mentale. Posizione di Hugh Crichton-Miller, in *Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale*, Paris, 19-25 luglio 1937, in “Annales Médico-Psychologiques”, a. 1937, vol. 2, p. 374. Lo psichiatra inglese sottolineava come non si potesse pensare di collocare tutti i bambini in formazioni militari e paramilitari, ma come invece si dovesse agire cercando di migliorare l'atmosfera familiare.

³⁸ H. Crichton-Miller, *The New Psychology and the Parent*, London, Jarrolds publishers, 1922. Su Crichton-Miller si veda H. Hendrick, *Child Welfare. Historical Dimensions, Contemporary Debate*, cit., pp. 106-107.

succedeva in Gran Bretagna³⁹. Insomma la relazione di Tumiatì così ricca di citazioni di studiosi, psichiatri internazionali e psicoanalisti, sembrava interessata a far sfoggio di questi autori più che a impiegarne le idee e mostrava – in maniera più o meno consapevole – l’influenza di un clima socio-politico che guardava ai minori nell’ottica non solo del controllo, ma anche del loro inquadramento militare e paramilitare: questo intendeva dire Crichton-Miller⁴⁰.

2.2. Il “contagio mentale” nei bambini. La presenza di un malato in famiglia

Secondo la psichiatra Luisa Levi più che l’ereditarietà era la presenza di un malato di mente a rappresentare una causa di perturbamento nei suoi familiari:

“[...] i parossismi di agitazione, di violenza, gli accessi convulsivi, gli impulsi di un alienato inducono in chi lo circonda altrettanti traumi psichici, che non saranno senza conseguenze specialmente sui fanciulli”⁴¹.

Chi circondava il malato si trovava a vivere in uno “stato di angoscia cronica” in cui si poteva realizzare una sorta di “contagio mentale” che era tanto più forte tanto più la persona che viveva accanto al malato era giovane e quindi aveva pochi strumenti logici e razionali per opporsi al delirio del malato. Il rischio era maggiore soprattutto per i bambini cresciuti in questo ambiente che potevano diventare vere e proprie “vittime della pazzia”. La proposta che lei avanzava era di accogliere i figli degli alienati in istituti appositi, distinti da quelli per bambini

³⁹ Per il contesto inglese si può vedere N. Rose, *The Psychological Complex. Psychology, Politics and Society in England 1869-1939*, cit., soprattutto il capitolo 7 su *The psychological family*, pp. 176 e sgg..

⁴⁰ Crichton-Miller all’inizio della sua critica a Tumiatì aveva anche reso omaggio ad Alfred Adler, citato dallo stesso Tumiatì, che era morto da un paio di mesi in Inghilterra. Il ruolo degli psichiatri rifugiati in Inghilterra, da Freud ad Adler, fu fondamentale per la psichiatria inglese e per lo stesso Crichton-Miller. Si veda P. J. Weindling, *Alien Psychiatrists. The British Assimilation of Psychiatric Refugees. 1930-1950*, in V. Roelcke, P. J. Weindling and L. Westwood (eds), *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany, & the United States to World War II*, cit.

⁴¹ L. Levi, *Eredità e ambiente come determinanti delle malattie mentali. Assistenza ai figli dei malati di mente*, Torino, Tipografia Editrice minerva, 1928, p. 6.

problematici e anormali, in ambiente sano e “lontani dai traumi psichici e dalle occasioni di abituarsi ai tossici”⁴².

Tumiati aveva ripreso la questione a Parigi al Congresso Internazionale di Igiene Mentale del 1937 e, citando Pfister, aveva affermato che bisognava preservare i primi anni di vita da influenze pericolose, la prima delle quali era costituita dalla “condotta di parenti neuropatici”. Tumiati ricordava come “l’aver sotto gli occhi costantemente l’esempio di una condotta bizzarra o di una certa perversione delle idee sembrerà a taluno condizione sufficiente a disturbare il regolare sviluppo di una mente infantile”⁴³. Lo psichiatra citava le varie situazioni riconosciute dai colleghi come pericolose ed erano in particolare la presenza di “padri irascibili e madri isteriche”, di “genitori eccentrici”. I pericoli maggiori provenivano in particolare dalla madre isterica e dal padre alcolista. La madre isterica era definita come “la rovina dei suoi figli”.

“Il suo egoismo irriducibile, la sua sete di adorazione e di abbandono la fanno partigiana, tiranna e inconsapevolmente corruttrice, la sua suggestibilità la fa volubile e contraddittoria e in perenne contrasto con l’ambiente: oggi mistica sulla scia di qualche religioso tiene in ginocchio tutta la famiglia, domani, nelle braccia del primo cinico, pronta a disonorare la sua casa e ad irridere le virtù “borghesi”: sperperatrice del denaro per impulso del cuore, per capricci estetici o per verità [...]”⁴⁴.

La famiglia di una madre isterica tendeva ad essere disgregata, mentre quella di un padre alcolista tendeva ad essere tragica.

“Violenza e cinismo si alternano nella pedagogia familiare del bevitore e i figli crescono terrorizzati o ribelli sperimentando precocemente la miseria

⁴² L. Levi, *Eredità e ambiente come determinanti delle malattie mentali. Assistenza ai figli dei malati di mente*, cit., p. 9.

⁴³ C. Tumiati, *L’igiene mentale nell’educazione familiare*, cit., p. 37.

⁴⁴ Ivi, cit., p. 38.

dell'uomo, assimilandolo inavvertitamente e predisponendosi a una precoce criminalità⁴⁵.

Il primo compito dell'igiene mentale nell'educazione familiare consisteva nel sottrarre i figli da queste influenze morbose ricorrendo al collegio, inviando i figli in campagna presso coloni o presso istituzioni militari. Non andava esclusa la separazione dei coniugi, per ridare ai figli un clima e un ambiente più sereno.

Il problema rappresentato dalla convivenza con adulti alcolisti, nervosi o alienati era stato sottolineato da altri medici⁴⁶ e anche durante i lavori della Commissione Quarta nel periodo precedente la prima guerra mondiale erano stati enfatizzati i danni che un genitore alcolizzato poteva fare sulla prole⁴⁷.

2.3. La scuola e l'aumento della pazzia

Era stata Maria Montessori a sottolineare come la scuola potesse favorire l'abbandono proprio di quei fanciulli che risultavano più in difficoltà, gli "antisociali", la categoria dei "fanciulli anormali i quali invano ripeteranno più e più volte la classe perturbandone la condotta e la disciplina" finché non abbandoneranno la scuola senza essere stati minimamente toccati dall'opera educativa. La scuola dunque che serviva era una scuola che "ci conduca a proteggere nel loro sviluppo tutti i fanciulli, compresi quelli che si dimostrano refrattari

⁴⁵ Ivi, cit., p. 38.

⁴⁶ L. Levi, *La sorveglianza medica sulla educazione dei fanciulli*, cit. p. 7.

⁴⁷ M. Gibson, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Milano, Bruno Mondadori, 2004, p. 277. A proposito della Commissione Quarta scrive Gibson che "La commissione imputava la cattiva condotta di molti genitori all'ubriachezza perché, come sottolineò Majno Bronzini, "i minorenni, dei quali noi più ci preoccupiamo, sono quasi sempre figli di alcoolizzati". Per controbilanciare il pessimo esempio di tali genitori, il codice prescriveva che le scuole di primo e di secondo grado impartissero svariate lezioni ogni anno sui danni provocati dall'alcool". Sul problema rappresentato dal consumo e abuso di alcool si veda J. Edman, *Temperance and Modernity: Alcohol Consumption as a Collective Problem, 1885-1913*, in "Journal of Social History", vol. 49, n. 1, pp. 20-52. Edman si sofferma sul contributo della scienza nella definizione del problema e sul rapporto, che in quegli anni si rafforza, tra l'uso dell'alcool e le condizioni delle future generazioni. La questione dell'alcool in prospettiva transnazionale viene affrontata sempre da J. Edman, *Transnational Nationalism and Idealistic Science: The Alcohol Question between the Wars*, in "Social History of Medicine", vol. 29, n. 3, 2016, pp. 590-610.

all'ambiente della vita sociale"⁴⁸ e che più degli altri potevano mostrare tendenze antisociali pericolose, soprattutto da adulti.

Corrado Tumiatì nel 1923, l'anno della Riforma Gentile, riprendendo chiaramente lo psicologo Edouard Claparede, insisteva sul fatto che la scuola veniva spesso vista come un "terreno di conquista" da politici e religiosi, favorendo negli alunni l'odio per la scuola e il senso di inutilità. Claparede voleva invece trasformarla in un organismo adatto alla mentalità e al carattere dell'infanzia viva formata da bambini ciascuno diverso dall'altro⁴⁹. A livello organizzativo pratico la scuola avrebbe dovuto ridurre al minimo le conoscenze obbligatorie necessarie e avrebbe dovuto sviluppare e lasciar scegliere a ciascuno le discipline elettive da approfondire in base alle attitudini individuali.

Eugenio Medea negli anni Trenta sottolineava la questione della fatica nel fanciullo: lo psichiatra metteva in luce come un certo affaticamento fosse normale nello scolaro ma era importante che tale affaticamento fosse contenuto entro i limiti segnati dalla legge dello sviluppo⁵⁰.

La questione della fatica in rapporto alla scuola proveniva in realtà da un dibattito di fine Ottocento in cui alcuni medici, soprattutto igienisti, avevano assunto delle posizioni singolari, nonché polemicamente critiche nei confronti della scuola e dei maestri. Tra gli altri Arrigo Tamassia, docente di medicina legale all'Università di Pavia e poi a Padova, aveva descritto una scuola fatta di edifici nuovi e spazi ariosi, ma in realtà nozionistica, "avvinghiata alla pura tradizione filosofica", per nulla toccata dalle recenti ricerche di fisiologia e antropologia, incentrata sulle esercitazioni di memorizzazione, lontana dalla pratica dell'esperienza e dell'osservazione. Tamassia ricordava anche gli studi di area anglosassone sul concetto di "overwork", citando in particolare un saggio di George Savage, *Overwork as a cause of insanity*, pubblicato sulla rivista "The Lancet" del 1875. Negli stessi anni la prestigiosa rivista medica aveva pubblicato sul tema del lavoro eccessivo vari

⁴⁸ M. Montessori, *Antropologia pedagogica*, Milano, Vallardi, 1910, pp. 12-13. Sulla antropologia pedagogica della Montessori si veda F. Pesci, *Antropologia e pedagogia a Roma da Giuseppe Sergi a Maria Montessori*, Roma, Aracne, 2002, pp. 201-240.

⁴⁹ C. Tumiatì, *La scuola "uniforme" e la scuola "su misura"*, in "La Voce Sanitaria", anno 3, 1923, p. 1.

⁵⁰ E. Medea, *Scuola e Igiene Mentale*, in *Atti della II Riunione Europea per l'Igiene Mentale*, in "L'Igiene Mentale", a. XIII, n. 3, 1933, pp. 5-17.

contributi: da George Johnson a Robert Farquharson a Samuel Wilks⁵¹. Le conclusioni di Tamassia non erano molto distanti da quelle di Savage.

“Ma questa precoce e violenta stimolazione dell’attività mentale, non tanto inceppa l’espandersi vigoroso ed originale degli ingegni, quanto contribuisce in non piccola parte a sconvolgerli, a spegnerli. V’ha, o signori, una gran sventura sociale, che d’anno in anno si avvanza sempre più minacciosa, e che comincia ad allarmare non tanto i medici, che la vanno già da tempo additando, quanto ancora la spensieratissima opinione pubblica; io intendo dire dell’aumento fatale, incessante della pazzia”⁵².

Successivamente sul tema della fatica vi erano stati gli studi di Angelo Mosso, che aveva ricordato i sette anni di studio “matto e disperatissimo” che avevano rovinato la salute di Giacomo Leopardi. Mosso aveva sostenuto che il cervello, sottoposto a un lavoro superiore alle sue forze, subiva un maltrattamento che poteva provocare danni significativi⁵³.

Sulla scia degli studi di Mosso – ristampato più volte fino al 1936 – molti avevano espresso la loro opinione nel dibattito, accusando la scuola e il sistema scolastico di danneggiare gli alunni e il loro sviluppo. Sul tema era intervenuto Enrico Morselli con l’autorevolezza che lo contraddistingueva. Aveva precisato che esistevano diversi tipi di fatica: la fatica fisica, in realtà piuttosto rara, la fatica emotiva, generata da emozioni e sentimenti troppo forti, e la fatica intellettuale.

⁵¹ G. Johnson, *On some nervous disorders that result from overwork and mental anxiety*, in “The Lancet”, vol. 106, 1875, pp. 651-654; R. Farquharson, *On overwork*, in “The Lancet”, vol. 107, 1876, pp. 9-10; S. Wilks, *On overwork*, in “The Lancet”, vol. 105, 1875, pp. 886-887. Sul legame tra lavoro eccessivo e scuola qualche anno dopo era stato pubblicato sempre sulla stessa rivista J. M. Willianson, *Overwork among pupil teachers*, in “The Lancet”, vol. 123, 1884, pp. 317-318.

⁵² A. Tamassia, *Le intemperanze del lavoro mentale nelle scuole*, Milano, Edoardo Sonzogno editore, 1881, p. 36. Secondo Tamassia la scuola provocava disturbi che arrivavano alla patologia vera e propria: disordini digestivi, miopia, cefalee, insonnia, irritabilità, tendenza alle meningiti, tendenza alla pazzia.

⁵³ A. Mosso, *La fatica*, Firenze, Giunti, 2001 (conforme all’edizione del 1892). Riflessioni simili a quelle di Mosso erano state sviluppate negli anni Ottanta dell’Ottocento negli Stati Uniti da George Miller Beard che aveva individuato una nuova condizione medica, la neurastenia, i cui sintomi andavano dalla fatica all’ansia, alla depressione, al mal di testa, ai dolori ai nervi. Beard attribuiva tali sintomi alla civilizzazione e allo stress dovuto ad un ambiente competitivo. G. M. Beard, *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment*, New York, William Wood A. Company, 1880. In italiano l’opera venne tradotta con il titolo *Trattato pratico dell’esaurimento nervoso (neurastenia): sintomi, natura, conseguenze, trattamento*, Milano, Vallardi, 1892.

Rispetto a quest'ultima Morselli si mostrava critico verso la “moda” di “infierire contro la scuola, accusandola di produrre veri disastri nella giovanissima generazione”⁵⁴, anche se riconosceva alcune problematiche presenti soprattutto nelle scuole tecniche e classiche: in particolare il formalismo che non suscitava interesse, ma stancava senza portare profitto, che provocava in molti studenti predisposti inappetenza, stipsi, insonnia, dimagrimento che si ripercuotevano anche sul sistema nervoso, e lo evidenziavano i casi di esaurimento mentale durante il periodo degli esami. Morselli insomma si scostava dagli autori troppo critici verso la scuola, salvo poi criticare la scuola stessa con motivazioni simili, solo un po' più lievi.

Negli stessi anni – dal 1870 al 1930 – si era sviluppato negli Stati Uniti un movimento per l'igiene scolastica che aveva enfatizzato i pericoli rappresentati dallo studio eccessivo, dalla scarsa circolazione dell'aria, dai problemi per la vista. Il risultato negli Stati Uniti fu una medicalizzazione dell'educazione che ne portò traccia ad esempio nelle mense scolastiche o nelle visite dentistiche⁵⁵. In Italia non si assistette a qualcosa di analogo, ma i medici e gli psichiatri non mancarono di sottolineare i rischi presenti nella scuola.

2.4. L'andamento “capriccioso ed imprevedibile” delle malattie mentali nei bambini: cause ereditarie o ambientali?

Nel 1938, nel periodo della legislazione razziale e antisemita, la psichiatra Luisa Levi – che all'epoca dirigeva l'ambulatorio neuropsichiatrico dell'Istituto di Pediatria della Regia Università di Torino – aveva pubblicato uno studio *Sull'importanza della eredità nella patogenesi delle anormalità psichiche infantili*. Nell'articolo la psichiatra interveniva rispetto al timore diffuso circa la ereditarietà delle malattie mentali.

⁵⁴ E. Morselli, *La fatica nello scolaro*, in “La Voce Sanitaria”, febbraio 1923, p. 1.

⁵⁵ Si veda R. A. Meckel, *Classrooms and Clinics: Urban Schools and the Protection and Promotion of Child Health, 1870-1930*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 2013.

“Le malattie mentali inducono un tale terrore nell’opinione pubblica, e la dottrina della loro ereditarietà è così diffusa nei paesi civili, che quasi ovunque il costume consiglia l’astensione dal matrimonio ai malati di mente e anche ai loro consanguinei, sospetti di trasmettere il carattere morboso; e in alcuni Paesi si è giunti alla sterilizzazione obbligatoria a scopo eugenico ai portatori di psicopatie ereditarie”⁵⁶.

Malgrado ciò, notava la psichiatra, le malattie mentali andavano aumentando e la loro comparsa non dipendeva sempre da leggi mendeliane, ma l’andamento era spesso “capriccioso ed imprevedibile”. Le cause erano esogene ed endogene: le prime ambientali, le seconde ereditarie.

Che rapporto esisteva tra cause esogene o ambientali e la predisposizione generica a sviluppare delle neuropatie⁵⁷? Questo era il punto che la psichiatra intendeva chiarire, sottolineando come esistesse la possibilità di ereditare un morbo, la possibilità di ereditare una predisposizione generica alle neuropatie, ma anche una tendenza alla rigenerazione e al recupero.

Per chiarire la risposta di Luisa Levi a questa domanda, occorre fare un passo indietro. La teoria della degenerazione aveva in Italia trovato un largo spazio e seguito e, come sostiene lo storico Daniel Pick, aveva assunto la forma dell’“atavismo” formulato da Cesare Lombroso⁵⁸. Secondo l’atavismo dietro ai comportamenti sociali inaccettabili e pericolosi esistevano dei caratteri antropologici e morfologici provenienti da un passato remoto. A partire da questa formulazione generica Lombroso e i suoi allievi cercarono di spiegare attraverso alcuni caratteri fisici tutta una lunga serie di forme di devianza sociale. Lombroso aveva messo in

⁵⁶ L. Levi, *Sull’importanza della eredità nella patogenesi delle anormalità psichiche infantili* in *Scritti degli allievi dedicati al Prof. G.B. Allaria nel XXV anno di cattedra*, Torino, tipografia Vincenzo Bona, 1938, p. 146.

⁵⁷ Tra gli elementi che non compaiono direttamente come causa di anormalità, ma che mostrano un rapporto tra ambiente ed ereditarietà, vi è la guerra intesa come l’essere nati in territorio invaso dopo Caporetto, o l’essere nato durante l’invasione nemica. Questi dati sembravano complicare situazioni già difficili o erano comunque elementi che destavano un certo sospetto soprattutto quando si aveva a che fare con bambini che poi rivelavano caratteri di instabilità o di isteria. ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli Marocco 1930*, Ettore A. e Maria M.

⁵⁸ D. Pick, *Faces of degeneration. A European disorder, 1848-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989. Sulla degenerazione si veda B.A. Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espace humaine*, Paris, Baillière, 1857.

luce come i bambini fossero paragonabili a delinquenti, ma in fondo non era così pessimista sulle possibilità di un loro recupero e aveva ribadito il ruolo fondamentale dell'educazione nello sviluppo dei fanciulli. Alcuni anni dopo alla forza rappresentata dalla degenerazione, De Sanctis contrappose la forza rappresentata dalla rigenerazione, che appariva come massimamente vitale nei minori⁵⁹.

Il mostro della *Degenerazione* progressiva delle stirpi che ci terrorizzava venti o trent'anni fa, fu a suo tempo alquanto addomesticato con le statistiche, con gli studi sull'eredità patologica e anche con un po' di finalismo: gli stessi biologi infatti si affrettavano a ricordare che attraverso le generazioni apparisce la forza rigeneratrice della natura *Vix medicatrix naturae* [...]"⁶⁰.

Nel settembre del 1933 alla II Riunione Europea per l'Igiene Mentale tenutosi a Roma si scontrarono le due visioni dell'eugenetica rispetto alla questione dell'ereditarietà e rispetto alle misure da applicare verso i pazienti: eugenetica positiva ed eugenetica negativa⁶¹. Lo psichiatra tedesco Hans Roemer intervenne con una relazione su *L'importanza della famiglia per l'igiene mentale* e sottolineò l'importanza della sterilizzazione profilattica. Terminata la sua relazione era De Sanctis a ribadire la posizione degli italiani dichiarandosi apertamente "avversario" dell'eugenetica catastrofica tanto da criticare sia il relatore sia lo psichiatra tedesco Ernst Rudin sostenendo che non avevano prove sicure di ereditarietà delle malattie mentali⁶².

⁵⁹ S. De Sanctis, *Introduzione* a J. Cervellati, *Rigenerazione*, Bologna, Cappelli, 1935. Sulla degenerazione e la rigenerazione si veda anche C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, cit., pp. 45-65.

⁶⁰ S. De Sanctis, *Dispensari di Eugenetica e problema demografico*, in "L'Igiene Mentale", anno XIV, giugno 1934, p. 5.

⁶¹ Sull'eugenetica tedesca e sulla questione complessa dell'eutanasia psichiatrica durante il III Reich si veda B. Massin, *L'eutanasia psichiatrica sotto il III Reich. La questione dell'eugenetica*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. CXXXII, n. 1, 2008, pp. 61-86. L'eutanasia psichiatrica, oltre all'operazione T4, comprese anche l'eutanasia infantile con circa 6.000 vittime accertate in Germania.

⁶² Discussione dopo la relazione di Hans Roemer. Intervento di Sante De Sanctis, in *Atti della II Riunione Europea per l'Igiene Mentale*, Roma, 27-28 settembre 1933, parte II, in "L'Igiene Mentale", anno XIV, gennaio 1934, n. 1-2, pp. 42-43.

De Sanctis era tornato sull'argomento anche in alcune lezioni tenute tra il 1933 e il 1934 in cui aveva ricordato da un lato la tenace critica a cui era stata sottoposta la teoria della degenerazione, anche da psichiatri italiani, dichiarando che, dopo una fase in cui

“lo spettro del *fatum* dei latini, della predestinazione ed una certa tendenza romantica diffusa in tutti gli spiriti, ci spingevano a disperare, e il capitolo “Terapia” era divenuto allora trascurabile”⁶³,

grazie a tale serrata critica, le “famose stigmati eredo-degenerative, così gonfiate [...] perdettero quasi tutto il loro valore diagnostico”⁶⁴. Lo psichiatra romano aveva ribadito che nessuno aveva pensato di porre in dubbio l'ereditarietà di alcune malattie. Più che di ereditarietà vera e propria della malattia mentale, ovvero di un quadro complesso, secondo De Sanctis vi era l'ereditarietà di un “carattere psichico elementare eccezionale”⁶⁵. E concludeva provocatoriamente:

“E, dopo questo, c'è da domandarsi se possa esservi ancora un neuropsichiatra che approvi la *sterilizzazione coatta* come mezzo profilattico delle malattie nervose e mentali [...]. In fatto di malattie neuro-psichiatriche ereditarie noi siamo per una eugenica ragionevole e per una igiene rigorosa”⁶⁶.

Quando la Levi nel 1938 si era posta la domanda riguardante il rapporto tra cause ambientali ed ereditarie, aveva alle spalle un ampio dibattito. La psichiatra aveva dunque cercato con dati precisi alla mano di mostrare la vera eredità patologica – quella che oggi verrebbe definita genetica –, che non andava oltre l'1,5 massimo 2% dei bambini anormali. La sua ricerca riguardava i bambini e le

⁶³ S. De Sanctis, *L'eredità in campo Neuro-Psichiatrico*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. LIX, 1935, pp. 1-2 (corsivo nel testo).

⁶⁴ Ivi, cit., p. 2.

⁶⁵ Ivi, cit., p. 29. Lo psichiatra ammetteva anche una sorpresa: raccolta la genealogia per quattro o cinque generazioni di famiglie sane e normali si trovava che la tara ereditaria, presente nei malati fino al 78% dei casi, nei sani arrivava al 67% .

⁶⁶ Ivi, cit., p. 31, corsivi nel testo.

“anomalie infantili” perché per loro le cause esogene avevano avuto minor tempo per agire e quindi il fattore ereditario emergeva con più forza.

La Levi procedeva in maniera molto meticolosa nella sua ricerca. Sottoponeva ad osservazione bambini di età inferiore ai tredici anni, che arrivavano in parte dalla sezione medico-pedagogica dell'Ospedale psichiatrico di Grugliasco, in parte dal suo ambulatorio privato e in parte dall'ambulatorio di neuropsichiatria infantile da lei diretto nella Regia Clinica Pediatrica. I bambini della sezione medica di Grugliasco costituivano i casi più gravi, internati per pericolosità, mentre i casi più disagiati erano costituiti dai bambini dell'ambulatorio di neuropsichiatria. Considerava nel suo studio solo i bambini che avevano anomalie mentali abbastanza gravi (frenastenia, epilessia, psiconevrosi) ed escludeva quelli con lesioni neurologiche gravi e per i quali non si avevano sufficienti notizie riguardanti la famiglia.

I bambini venivano così suddivisi in due gruppi: nel primo gruppo bambini con tare familiari⁶⁷; nel secondo gruppo bambini senza tare ereditarie. I casi complessivi erano 406: nel primo gruppo 170 casi, pari al 41,9%; nel secondo gruppo 236 casi, pari al 58,1%⁶⁸. Nel primo gruppo, quello con tare familiari, le malattie mentali erano presenti in 25 casi, i figli di criminali erano 25, la lue era presente in 18, l'alcool in 30, i genitori vecchi in 16, la tubercolosi in 11. Per i 25 bambini con parenti con malattie mentali solo per 6 c'era eredità “omologa”, cioè la stessa malattia presente in genitori e figli. Da ciò si ricavava che la possibilità di ereditare geneticamente una malattia mentale da un genitore oscillava tra l'1,5% e il 2%.

Le conclusioni della Levi erano chiare.

⁶⁷ Ovvero bambini con parenti in ospedale psichiatrico, parenti fobici, parenti con anomalie del carattere, con anomalie della tiroide, criminali, alcolizzati, con lues, tubercolosi, genitori vecchi oltre i 40 anni, consanguinei.

⁶⁸ Nel secondo gruppo la maggior parte hanno famiglie sane. Ci si potrebbe chiedere: forse che i parenti nascondono delle informazioni? La Levi scriveva che i parenti in realtà a volte nascondono informazioni sull'alcool ma mai sulla presenza di malattie mentali, anzi cercano di dare al medico il maggior numero di informazioni, spesso rinfacciandosi l'un altro la colpa. Questo perché le malattie mentali facevano paura e quindi si cercava di cooperare con il medico.

“Dall’esame della nostra statistica si può rilevare che l’eredità neuro psicopatica non è molto frequente per i bambini anormali. [...] Una prima conseguenza di questo fatto è la scarsa influenza che può avere, sul numero totale delle frenastenie, la proibizione del matrimonio agli individui malati [...].

Si dovrebbe condannare alla castità i $\frac{3}{4}$ dei cittadini. E non saremmo sicuri di quest’ultimo quarto. La limitazione delle nascite a scopo eugenico si dimostra in questo campo assai meno utile che una generica protezione igienica dei procreatori e dei bambini”⁶⁹.

La Levi ricordava le posizioni del De Sanctis quando polemizzava con le esagerazioni delle teorie ereditarie, osservando che le malattie sicuramente ereditarie erano la minoranza tra le psicopatie.

La posizione della Levi appare interessante se contestualizzata al 1938: era l’anno della legislazione razziale e antisemita, in un periodo storico in cui i concetti di razza e stirpe erano all’ordine del giorno anche per molte discipline scientifiche, dall’antropologia alla medicina alla psichiatria.

Tra il 1936 e il 1938 si erano svolte la I e la II Giornata Genealogica, promosse dalla Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale. Durante la I Giornata, svoltasi a Firenze il 31 maggio 1936, era stato trattato con dodici relazioni il tema *Esiste realmente una eredità simile e dominante nella Frenosi maniaco-depressiva?*⁷⁰. In generale tutti gli interventi concordavano nel rilevare come spesso affezioni simili fossero presenti in numerosi casi fra parenti in linea diretta o in linea collaterale, ma ritenevano anche che non si potesse dare per dimostrata una trasmissione della malattia per via mendeliana. Emergeva sicuramente un forte interesse per il tema dell’ereditarietà delle patologie nervose, ma al tempo stesso si evidenziava la difficoltà rispetto alle tecniche impiegate per rilevare l’ereditarietà⁷¹. Il tema della *Metodologia delle ricerche in genetica e in Psichiatria* era stato oggetto dell’unico intervento

⁶⁹ L. Levi, *Sull’importanza della eredità nella patogenesi delle anomalie psichiche infantili* in *Scritti degli allievi dedicati al Prof. G.B. Allaria nel XXV anno di cattedra*, cit., pp. 153-154.

⁷⁰ Le relazioni e la discussione seguente si trovano in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, 1936.

⁷¹ Sulla I e sulla II Giornata Genealogica si veda F. Cassata, *Molti, sani e forti. L’eugenetica in Italia*, cit., pp. 262-274 e, dello stesso autore, *Building the New Man. Eugenics, Racial Science and Genetics in Twentieth-Century Italy*, Budapest-New York, CEU Press, 2011, pp. 272-284.

scientifico tenutosi alla II Giornata Genealogica di Genova nel 1938 durante la quale venne auspicata la creazione di un Centro per lo studio genetico delle malattie mentali a cui i vari istituti avrebbero dovuto inviare il materiale riguardante i malati. Se gli psichiatri sembravano auspicare la creazione di tale centro, qualcuno aveva sollevato anche qualche perplessità sui numeri e le percentuali dei figli affetti da patologie simili a quelle dei genitori. Nel 1932 lo psichiatra tedesco Ernst Rüdin aveva parlato del 9-10% di ereditarietà per gli schizofrenici e del 30-35% per la frenosi maniaco-depressiva. Quattro anni dopo un allievo aveva modificato le cifre alzando gli schizofrenici al 16% e abbassando la frenosi maniaco-depressiva al 24%. A Giuseppe Corberi queste variazioni di cifre pareva un dato rilevante che sottolineava come – anche nella Germania, il paese modello – le conoscenze non fossero per nulla precise e definite in materia di genetica⁷².

Vi era anche un ulteriore ordine di ragioni che imponeva cautela in tema di ereditarietà, malattie nervose ed eugenica. Lo aveva spiegato, ancora nel 1928, Luisa Levi.

“Noi non abbiamo il diritto di imporre la rinuncia alla figliolanza, poiché non sappiamo prevedere se essa sarà, o non, ammalata. E piuttosto che impedire la nascita di un fanciullo che può essere sano e magari di intelligenza superiore – perché nelle famiglie di psicopatici possono pure osservarsi uomini di genio – è meglio, a mio parere, correre l’alea di permettere la nascita di un predisposto alla malattia”⁷³.

Le parole della Levi riecheggiavano quelle di Lombroso che aveva istituito un collegamento tra la patologia mentale e il “genio” in un’opera destinata ad avere una lunga fortuna e influenza in Italia⁷⁴. Claudia Mantovani ha notato che “è Lombroso che gli eugenisti nostrani hanno in mente quando danno voce alle loro

⁷² G. Pintus, *Metodologia delle ricerche di Genetica in Psichiatria* e dibattito seguente – in particolare l’intervento di G. Corberi –, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, 1938, XVI, pp. 51-120.

⁷³ L. Levi, *Eugenica e malattie nervose*, estratto dalla “Rivista di Clinica ed Igiene Infantile”, Torino, Minerva, 1928, p. 3.

⁷⁴ C. Lombroso, *Genio e follia*, Milano, Brigola, 1872.

diffidenze per l'esclusione dei degenerati dalla riproduzione, col timore che si finisca, per eccesso di zelo selezionatore, coll'impedire la nascita di qualche individuo superiore"⁷⁵. Secondo la Levi l'eugenica – che diventava compito essenziale del pedopsichiatra – doveva occuparsi dei bambini portatori di malattie mentali in atto, ma soprattutto dei suoi fratelli “gravati della stessa eredità” e “abbandonati alla miseria più squallida e alle peggiori compagnie”⁷⁶.

Si sentiva l'eco di De Sanctis che aveva affermato di non credere al “destino ereditario” e invece di ritenere che

“l'ambiente – quello fisico come quello sociale – abbia una gran parte nell'avvenire, nella malattia e nel successo sociale dei ragazzi; e che la costituzione per marciare verso la malattia ha bisogno dell'intervento di una con-causa”⁷⁷.

Il destino non appariva ineluttabile ai pedopsichiatri e lo spiegavano con il concetto di potenza e di atto: possedere un germe non significava possedere la sua realizzazione.

⁷⁵ C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, cit., p. 47.

⁷⁶ L. Levi, *Eugenica e malattie nervose*, cit., p. 4.

⁷⁷ S. De Sanctis, *Previsione del successo dell'opera dei medici ed insegnanti nelle varie forme di instabilità e di debolezza mentale*, cit., p. 23.

Capitolo 3.

Tra normalizzazione e cura dei bambini

Medici, famiglie, società mostrarono nei primi decenni del Novecento una grande preoccupazione per i bambini cosiddetti anormali. Le forme e i gradi di anormalità potevano variare molto, ma l'esito, una volta diventati adulti, di queste forme di anormalità non appariva scontato né in un senso né nell'altro: se alcuni gradualmente rientravano nella categoria dei normali, altri ne sarebbero rimasti esclusi per sempre.

Soprattutto questi ultimi – gli esclusi, detti anche i non-ricuperabili¹ – destavano le preoccupazioni e le inquietudini del mondo degli adulti che si chiedeva se e come si potessero scongiurare questi esiti preoccupanti. I bambini anormali divenuti adulti potevano costituire un pericolo e una minaccia per la società, che da loro avrebbe dovuto difendersi. Gli adulti dunque cominciarono a interrogarsi sulla possibilità di intervenire nel processo di crescita e di sviluppo dei bambini cercando di modificare gli esiti di questo processo per condurre i piccoli anormali verso la normalità. Mentre alcuni cercarono di individuare e valorizzare le risorse interne proprie di ciascun bambino – basti pensare alla Montessori ma anche ad altre esperienze presentate in queste pagine –, altri si impegnarono per individuare degli strumenti terapeutici che impiegati in maniera capillare e intensiva avrebbero costruito un bambino normale o quasi-normale.

La spinta progressiva offerta dal positivismo di fine Ottocento attraverso la ricerca e lo studio del singolo individuo e delle risorse individuali che si potevano mettere in campo si era prolungata fino a questi anni, anche se era destinata a lasciare progressivamente il campo a metodi e terapie basate sull'idea di controllo sociale e di tutela dell'ordine pubblico, che pure erano stati presenti nel positivismo e nella medicina sociale. Emerse in questi anni con forza sempre maggiore un "sistema disciplinare" che si basava su un'aspirazione al "controllo costante".

¹ S. De Sanctis, *I problemi di rieducazione*, in "Gerarchia", n. 12, dicembre 1928, pp. 960-971.

“Il potere disciplinare infatti non è discontinuo, ma implica al contrario una procedura di controllo costante. Nel sistema disciplinare non si è, secondo le circostanze, a disposizione di qualcuno, ma si è perpetuamente esposti allo sguardo di qualcuno o, in ogni caso, nella condizione di poter essere costantemente osservati”².

Tra le maglie di questo sistema disciplinare, che negli anni del fascismo divenne sempre più ramificato e capillare, gli attori in scena riuscirono, in alcuni casi di più, in altri casi meno, a giocare una propria strategia³. Di fronte agli enti assistenziali che si occupavano di bambini, gli individui non ebbero un ruolo meramente passivo⁴. Diviene quindi possibile mettere in relazione le forme disciplinari presenti in questi istituti, e in particolare nell’Istituto medico-pedagogico veneziano di Marocco, con pratiche sociali diffuse tra i ceti popolari. Le vicende dei singoli – che spesso anche in questo capitolo compariranno – servono come spia in grado di gettare luce su un contesto sociale e culturale più ampio. Osservare dunque come veniva gestita l’anormalità dei bambini permette di ricostruire in parte il contesto sociale e i rapporti di forza presenti in quel contesto, rapporti che coinvolgevano i bambini e gli adulti che si prendevano cura di loro. Emergono così adulti che scelgono un ruolo attivo e giocano precise strategie, non sempre

² M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli, 2004, p. 55.

³ Quella che qui definisco come strategia è quella che Michel De Certeau chiama “tattica” che non è caratterizzata da un progetto complessivo, ma “si sviluppa di mossa in mossa”. “Approfitta delle “occasioni” dalle quali dipende [...]. Deve approfittare, grazie a una continua vigilanza, delle falle che le contingenze particolari aprono nel sistema di sorveglianza del potere sovrano, attraverso incursioni e azioni e azioni di sorpresa, che le consentono di agire là dove uno meno se lo aspetta”. La strategia, secondo De Certeau, è invece sviluppata dal potere, mentre la tattica si fonda sull’assenza di potere. M. De Certeau, *L’invenzione del quotidiano*, Roma, Edizioni Lavoro, 2010, pp. 71-74.

⁴ Si veda D. Tabor, *L’autonomia negata. Famiglie, manicomi e identità di genere nella città industriale tra Ottocento e Novecento*, in “Diacronie. Studi di Storia Contemporanea”, numero monografico *Le città di Babele*, numero 21, marzo 2015, www.studistorici.com/2015/3/29/tabor_numero_21 (ultima consultazione 2 settembre 2016). Tabor considera superato il tradizionale paradigma interpretativo del controllo sociale e cerca di mostrare per il caso torinese come gli individui non avessero un ruolo meramente passivo.

univoche, in un ambiente medico e istituzionale che tendeva a disciplinare i bambini⁵.

3.1. Governare l'anormalità dei bambini: famiglie, medici, società

I bambini che venivano ammessi negli istituti medico-pedagogici erano spesso bambini in difficili condizioni sociali e familiari: a volte erano orfani, a volte erano figli di famiglie così numerose che il collocamento in istituto era percepito come un aiuto e una risorsa. Erano le famiglie le prime ad osservare i bambini, le prime ad avere –utilizzando un'espressione foucaultiana – “uno sguardo psichiatrico o comunque uno sguardo psico-patologico”.

“La sorveglianza del bambino si è trasformata in sorveglianza esercitata nella forma di decisione sul normale e l'anormale; si è cominciato a sorvegliare il suo comportamento, il suo carattere, la sua sessualità; e mi sembra che proprio in questo si veda affiorare, per l'appunto, la tendenza alla più generale psicologizzazione del bambino all'interno della famiglia”⁶.

Altre famiglie chiedevano il ricovero perché impossibilitate a occuparsi del bambino. Lo spiega bene Erminia P. di Padova che scrive di essere sola, di doversi occupare di una madre anziana di 85 anni e di essere impossibilitata ad occuparsi dell'anziana madre e del figlio⁷. Anche Rosa P. da Jesolo scriveva sottolineando le difficili condizioni familiari.

“Vi sarei grata anch'io se mi poteste agevolare. Sono una povera sposa e madre di due bambine, una delle quali è deficiente e paralitica e perciò ha bisogno di

⁵ Il richiamo è a C. Geertz, *Interpretazione di culture*, Bologna, il Mulino, 1998. Geertz utilizza l'immagine dell'uomo come animale “impigliato in reti di significati” e precisa che “la cultura consiste in queste reti” e “perciò la loro analisi è non una scienza sperimentale in cerca di leggi, ma una scienza interpretativa in cerca di significato” (p. 11). È evidente dunque che le scelte operate dagli adulti che si occuparono dei bambini anormali rispondevano a reti non omogenee di significati, esprimevano un sistema unico, ma incoerente e complesso di cultura nel quale erano presenti punti di vista diversi.

⁶ M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, cit., p. 119.

⁷ AIMP Marocco, b. Corrispondenza varia, lettera di Erminia P. in data 26 settembre 1945.

tutte le cure possibili. Io sono povera. Dobbiamo vivere con la paga di mio marito il quale fa il bracciante. Vi sarei molto riconoscente qualora anche la mia povera infelice bambina potesse far parte ai vostri disgraziati”⁸.

Vi erano spesso reti intorno ai bambini – anche intorno ai bambini in maggior difficoltà – che continuavano a scegliere le strategie, anche se talvolta erano strategie complesse in cui tanti attori si muovevano cercando di raggiungere ciascuno i propri obiettivi. Si stabilivano così gerarchie nelle sfere di azione, in cui le famiglie anche se disagiate e in grande difficoltà riuscivano ad avere un potere decisionale, anche se limitato.

Questo è il caso di Aldo A., che aveva il padre Antonio ricoverato nell’Ospedale psichiatrico di San Servolo (e lì morto nel 1924) e la madre ricoverata al San Clemente con diagnosi di “frenosi maniaco-depressiva”. Ad occuparsi di Aldo non c’era nessun genitore: di lui si interessavano l’anziana nonna, la zia, ma anche il medico che lo aveva visitato nel dispensario di Venezia nel 1930 e che riteneva “necessario il suo ricovero in un istituto medico-pedagogico”, vista la pesante “tara ereditaria”, aggravata anche da due zie materne ricoverate in manicomio. Aldo venne così ammesso nell’istituto medico-pedagogico con diagnosi di “frenastenia in soggetto biopatico”: si presentava come “tranquillo, ubbidiente, volenteroso”. Nel 1933 con i reattivi di De Sanctis ottenne il riconoscimento di una intelligenza di livello normale. Nel 1936 il preside della provincia Garioni ne chiese le dimissioni. Con l’intervento del preside della provincia, le dimissioni di Aldo apparivano certe. Ed è a questo punto che intervenne il parroco, chiedendo di rimandare le dimissioni. Garioni effettivamente cambiò idea e scrisse di trattenerlo ancora un anno per permettergli di imparare meglio il mestiere del falegname. Per quali ragioni Garioni avesse cambiato idea in tre giorni non è dato saperlo, ma si può immaginare che qualcuno si sia recato personalmente da lui, forse la nonna anziana, forse qualche altro lontano parente, oltre naturalmente al parroco. Il ragazzo venne dimesso solo nell’ottobre del 1937, con la promessa da parte del medico di un sussidio di 60 lire e una branda, anche se il 29 ottobre successivo era la

⁸ AIMP Marocco, b. Corrispondenza varia, lettera di Rosa P. in data 26 aprile 1942.

zia a scrivere lamentando che il sussidio per il nipote non fosse ancora arrivato⁹. Il caso di Aldo evidenzia in modo quasi esemplare come esistessero reti anche intorno ai bambini apparentemente soli. Queste reti erano formate da attori – nonna, zie, preside della provincia, medico – che si muovevano in un sistema di relazioni. Il destino del bambino in questo caso era dato non tanto dalla scelta dell'attore più forte – che sarebbe stato il preside – quanto dall'interazione tra gli attori.

Albina D. era stata ammessa nell'istituto nel 1928. La madre di Albina D. scrisse più volte per avere notizie della figlia ricoverata nell'Istituto medico-pedagogico veneziano. Albina venne dimessa nel giugno del 1929. Sulla prima pagina della cartella è scritto che venne dimessa in via definitiva, ma tutto fa invece pensare che venga mandata a casa in licenza per l'estate. La licenza estiva si trasformò in dimissione definitiva per scelta della madre che non riportò la figlia nell'istituto terminata l'estate. Infatti, nel diario della cura non viene scritto che era stata dimessa e il percorso terapeutico della bambina appariva non concluso, ma in corso. La madre per un po' non tenne più i rapporti con l'istituto, ma alla metà di ottobre scrisse alla Levi chiedendo perdono se non si era più fatta viva. La Levi infatti era solita scrivere alle famiglie che non inviavano più qui i figli dopo le licenze per sollecitare a riportarli. La madre dunque si scusava sostenendo di aver trascurato il proprio dovere. E aggiungeva che sapeva “che Lei è tanto buona e perdona a tutte le madri di famiglia” ragion per cui avrebbe sicuramente perdonato anche lei. Poi la madre, quasi come *captatio benevolentiae*, scrive che la figlia è “buona e obbediente quanto mai” e che tutto ciò va a “onore e gloria a Lei”. I meriti sono tutti dunque dell'istituto che è descritto come un luogo dove si imparano le regole, “si ubbidisci”, dove si imparano alcune nozioni e un po' di istruzione e dove “si diventa veramente donne di famiglia”¹⁰.

Il caso della mamma di Albina mostra in maniera evidente come le famiglie ricorressero attivamente all'istituto e al ricovero per far fronte ai momenti di

⁹ AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Aldo A. Nella cartella si trova tutta la corrispondenza, in particolare il certificato del Servizio di Profilassi Mentale del 30 gennaio 1930; la lettera del preside Garioni del 26 agosto 1936; la lettera del parroco in data 3 settembre 1936; la lettera del preside Garioni dell'8 settembre 1930; la lettera della zia Giovanna A. in data 29 ottobre 1937.

¹⁰ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella di Albina D., lettera della madre alla dottoressa Levi, 15 ottobre 1929.

difficoltà. La mamma vedova, infatti, non si era fatta scrupoli di non rispondere alle sollecitazioni dell'istituto quando le era stato chiesto di far rientrare la figlia dopo la licenza estiva. Ma appena la situazione familiare ed economica si era rivelata più critica aveva scritto per far ammettere nuovamente la figlia nell'istituto. Il caso di Albina ci mostra come potessero essere presenti contemporaneamente logiche diverse e strategie diverse: se è innegabile infatti che il potere disciplinante andasse assumendo una forza sempre maggiore, è pure evidente che non era sufficiente a spiegare tutte le strategie, tutte le azioni, tutte le scelte¹¹.

La madre vedova di Fernando C., affetto da epilessia, dopo un periodo di licenza estiva non lo fece tornare in istituto. Sollecitata dalla dottoressa Levi, rispose

“[...] sono dispiacentissima di doverle comunicare, essendo che mio figlio va sempre più migliorando ed è assolutamente contrario di ritornare in questa colonia, la prego quindi di considerarlo come dimesso [...] non mancherò di venire di persona assieme a mio figlio a ringraziarla sentitamente, e mai dimenticherò quanto anno fatto”¹².

Ci sono famiglie in evidente difficoltà, che chiedevano il ricovero, ma che talvolta dopo alcuni mesi cercavano di ottenere una licenza per avere il figlio a casa, con la speranza di trovarlo guarito.

Per alcune famiglie la scelta di far ricoverare i bambini era una precisa strategia messa in atto nel momento di particolare difficoltà: la madre di Elsa B. di sei anni e di Bruna B. di cinque anni, trovatasi vedova, fece ricoverare le due

¹¹ G. Levi, *I tempi della storia*, in “The Historical Review/ La Revue Historique”, vol. 6, 2009, p. 45. Scrive Levi: “Un avvertimento forte al nostro mestiere: la storia si fa coi documenti ma non sta nei documenti, la cui conservazione è sempre distorta e incompleta anche se illusoriamente ricca e sufficiente. L'uso del cervello e della fantasia dello storico è di fatto proporzionalmente inverso alla quantità di tracce disponibili, meno ne abbiamo più dobbiamo sforzarci di capire, di interpretare i frammenti, di ricostruire. La documentazione scarsa ci avverte: i documenti servono ma la storia deve guardarli con diffidenza sempre attenta a quello che non ha lasciato traccia e che pure ha avuto rilevanza”. Mi pare che il caso di Albina, ma in realtà anche molti altri casi presenti in questo lavoro, costringano lo storico a guardare anche a quello che non ha lasciato traccia, ovvero “i frammenti, gli indizi, le tracce, le assenze, le indecisioni” (p. 47).

¹² AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella di Fernando C. Il bambino definito “buono” dalla maestra e “intelligente” dallo psichiatra Tumiaty, ma anche “vittima del suo male”. Venne ricoverato in seguito all'Ospedale psichiatrico di San Servolo dal 1936 al 1948, quando morì.

bambine per affrontare il primo periodo di ritorno al mondo del lavoro usufruendo del fatto che la retta veniva pagata dal Comitato Provinciale per la Protezione e l'Assistenza degli Orfani di guerra¹³. Anche la madre di Mario C., rimasta sola perché il marito era emigrato, fece ricoverare il figlio prima nell'Istituto Infanzia Abbandonata e poi nell'Istituto medico-pedagogico di Marocco¹⁴. Del resto questo atteggiamento era ancora più accentuato essendo in questo caso i bambini i destinatari dell'assistenza. Tra le famiglie in difficoltà alcune erano emigrate all'estero e avevano lasciato il figlio a dei parenti¹⁵; altre avevano difficoltà economiche e chiedevano che il figlio venisse dimesso quando fosse stato in grado di mantenersi¹⁶; in altre i genitori erano divisi. Ci furono anche famiglie che non si presentarono a ritirare il figlio dimesso¹⁷.

Qualche famiglia, dopo le dimissioni, ritornò a ringraziare o a comunicare i progressi compiuti, il superamento degli esami o magari l'iscrizione alle scuole commerciali¹⁸.

Attraverso le cartelle dei bambini e il materiale in esse contenuto, si può osservare la percezione che le famiglie avevano dell'istituto medico-pedagogico. È ancora la madre di Albina a scriverlo chiaramente: un luogo dove imparare a obbedire, dove istruirsi e dove diventare “donne di famiglia”¹⁹. L'istituto – che in questi anni era definito ancora colonia medico-pedagogica – era lontano dall'ospedale psichiatrico circa una ventina di chilometri: dell'ospedale psichiatrico aveva mantenuto alcuni tratti, ma perso molti altri. La distanza spaziale permetteva

¹³ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1928, cartelle di Elsa B. e Bruna B. Le sorelle vennero dimesse insieme il 20 settembre 1928.

¹⁴ AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Mario C.. Il bambino, che non sapeva all'inizio adattarsi all'ambiente e che si rivelava nostalgico, fece ben presto molti progressi.

¹⁵ AIMP Marocco, b. 1931-32, fasc. 1932, Romeo T.

¹⁶ AIMP Marocco, b. 1940 a-l, Federico B.

¹⁷ AIMP Marocco, b. 1940 a-l, Jolanda B.: la bimba rimase sette anni ricoverata. Orfana di madre, aveva un padre definito “vizioso”. Il suo ricovero lungo era servito anche a supplire a una famiglia assente ed era stata una scelta della provincia.

¹⁸ AIMP Marocco, b. 1938, Vittorio F. Era stato ricoverato su desiderio della famiglia, che aveva sempre pagato la retta e periodicamente aveva chiesto notizie sul figlio. Durante una licenza estiva, vistolo migliorato, la famiglia decise di non farlo più rientrare nell'istituto. Per alcuni anni però continuarono a scrivere per ringraziare le suore e il dottor Fattovich e per informarli dei successi del figlio.

¹⁹ Lettera della madre di Albina D. alla dottoressa Levi in data 15 ottobre 1929. AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella di Albina D.

di considerarlo in maniera diversa dall'ospedale psichiatrico, ovvero come un luogo non di ricovero cronico, ma come un luogo di educazione e recupero, un'istituzione in grado di affiancare temporaneamente bambini e famiglie in difficoltà. Alcune famiglie, sicuramente in condizioni critiche e difficili, lo avevano utilizzato come una risorsa, da poter impiegare e da poter quasi gestire. L'Istituto medico pedagogico veneziano prevedeva fin dalla sua fondazione l'ammissione libera, senza intervento e senza sentenza del tribunale: questo aspetto lo differenziava radicalmente dall'ospedale psichiatrico e influiva in modo importante sulla percezione che famiglie e società avevano di questa istituzione.

Maria G. venne ammessa nell'agosto del 1928 e uscì nell'aprile del 1929. La sua diagnosi era "corea cronica con frenastenia". La famiglia scelse di farla ricoverare perché la bambina aveva un evidente problema nel camminare e non le erano mai stati somministrati medicinali per "l'incompetenza dei medici consultati"²⁰. La bambina venne ricoverata a soli sei anni e la famiglia, che contava sull'aiuto economico dell'Associazione Nazionale Combattenti per pagare la retta, dopo otto mesi di ricovero – non vedendo i miglioramenti sperati – scelse di ritirarla, informando l'amministrazione che la bambina non sarebbe rientrata "in seguito a referto medico" e che sarebbe stata sottoposta a "trattamento speciale di rieducazione e di cura"²¹. La famiglia in questo caso mostrava di voler partecipare e decidere in merito alle scelte terapeutiche che riguardavano la figlia. Il padre evidentemente non delegava e non si affidava solo alla carità di chi gli offriva la possibilità di un ricovero, ma si riservava la possibilità di valutare l'efficacia del ricovero e di decidere di ritirare la figlia.

Furono, dunque, diversi i genitori che scelsero di ritirare i figli e di non riportarli in istituto, a volte anche figli con disabilità grave come nel caso di Ettore B. diagnosticato "idiota con instabilità mentale"²². Vi erano anche le mamme vedove che andavano in visita tutte le domeniche per tutto il periodo di ricovero,

²⁰ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella di Maria G., lettera del padre Ermenegildo alla direzione in data 7 agosto 1928.

²¹ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella di Maria G., lettera del padre Ermenegildo alla direzione in data aprile 1929.

²² AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella di Ettore B.; nel fasc. 1929, Maria G.; nella b. 1931-32, fasc. 1931, Antonietta C.; b. 1938, Tarcisio L.; b. 1940 a-l, Ferruccio C. e altri.

come venne registrato²³ meticolosamente nelle cartelle, o genitori che scrivevano periodicamente per essere informati dei progressi dei figli²⁴.

Alcune famiglie si riservano, come si è visto, un ruolo decisionale: chiedevano spiegazioni, chiarimenti, valutavano le terapie, interrompevano ricoveri. La mamma di Giovanni A. affetto da “deficienza mentale postencefalitica” al rientro del figlio in istituto dopo le vacanze natalizie scrisse due lettere, una alla superiora e una alla dottoressa Levi. Si lamentava che il figlio era peggiorato e che il bambino sosteneva di non essere sottoposto ad alcuna terapia. Si lamentava anche che un infermiere lo picchiasse continuamente. Mentre con la superiora faceva soprattutto osservazioni sull’ambiente e sulle persone, raccomandando che il figlio non fosse lasciato solo, alla dottoressa Levi chiedeva “qualche spiegazione riguardo le condizioni generali” del bambino. Il tono nel rivolgersi al medico era un tono fermo, che ribadiva la posizione di difficoltà ma anche la speranza che il figlio potesse migliorare.

“E se proprio al caso nulla le si potesse fare, non essendo alcuna speranza di miglioramento, vorrei pregarla, che lei francamente fosse sincera, con una povera madre, poiché tanto io, che i suoi fratelli, si avrebbe deciso di tenerlo a casa, piuttosto di saperlo lontano da noi, senza alcuna speranza. [...] Scusandomi dell’ardire avuto ma cosa vuole sono una madre”²⁵.

La Levi le aveva risposto il giorno successivo, chiarendo la sintomatologia e il “pervertimento del carattere”, che si manifestava per esempio nelle bugie che aveva raccontato su violenze che avrebbe subito, e che in realtà – a quanto scriveva la Levi – non sarebbero avvenute. La psichiatra era stata molto chiara sulle possibilità di miglioramento e affermava che probabilmente il bambino non sarebbe mai giunto a guarigione. Aveva scritto alla madre che poteva chiedere le dimissioni

²³ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1928, Edda L.

²⁴ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, Albina D.

²⁵ AIMP Marocco, b. 1930 A-M, cartella di Giovanni A., lettere della madre alla superiora e alla dottoressa Levi in data 8.01.1930.

in qualsiasi momento²⁶. Infatti, pochi mesi dopo la madre scelse di ritirare il figlio. In questo carteggio emerge in modo chiaro sia la figura della madre, che pur appartenendo a un ceto popolare scelse di agire secondo una logica di affetto e cura nei confronti del figlio, sia la figura della psichiatra, che con le famiglia assunse un atteggiamento chiaro e rispettoso della libertà di scelta.

La famiglia di Celeste A. N. scriveva e chiedeva notizie ripetutamente, circa una volta al mese. Talvolta, quando non ottennero risposta, ricorsero al podestà. Il bambino entrò il 20 febbraio del 1928 e quattro giorni dopo la famiglia cercò di avere notizie. Non avendo avuto risposta, fecero inviare una lettera dal podestà che precisò che la famiglia non aveva ancora avuto notizie²⁷. Anche in questo caso la famiglia si muove secondo logiche di cura e affetto, e cerca attraverso i contatti con il podestà di far valere questa prospettiva presso l'istituzione nella quale si trovava il figlio.

Vi erano anche casi di bambini percepiti come un “impiccio”, come qualcosa di sgradevole, di doloroso, di cui ci si poteva liberare allontanandoli dalla famiglia: si trattava di casi gravi, per i quali l'educabilità era posta in discussione, o magari non aveva le forme della scolarizzazione. Erano i bambini con danni non sempre chiari, di tipo neurologico. A volte questi bambini finivano negli ospedali psichiatrici, come successe a Paolina. Il caso di Paolina è interessante perché oltre alla cartella clinica possediamo il racconto letterario di Tumiati. La bimba aveva due anni e mezzo quando venne visitata nell'estate del 1927 da Corrado Tumiati. Era figlia di un padre “nervoso” che riferiva che in guerra aveva subito “avvelenamento da gas”. Egli, professore di Lettere, era evidentemente imbarazzato per quella figlia vissuta come un “impiccio”²⁸.

“Si avanzano, impacciati, padre e madre, e sembra non osino parlare.

²⁶ AIMP Marocco, b. 1930 A-M, cartella di Giovanni A., lettera della Levi in data 9 gennaio 1930.

²⁷ AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Celeste A.N., lettera del podestà in data 21 marzo 1928.

²⁸ AIMP Marocco, b. 1930 A-M, cartella di Paolina G. La Levi nella relazione medica che accompagnerà la bimba – dimessa dall'Istituto medico-pedagogico veneziano – nel trasferimento all'ospedale di Mirano scriveva: “E' una piccola idiota priva di linguaggio, incapace di comprendere quanto le avviene e di attendere ai propri bisogni, sudicia, inoffensiva”.

Il lungo pianto ha scavate le gote della giovane che son pallide e già vizzate. Il padre è irrequieto, ha fretta di decidere, di concludere. Precipita le notizie, ecco, d'un tratto.

Visite, tentativi, cure, presunzioni sull'origine del male e una speranza affacciata, così, a mezza voce perché non si creda ch'egli voglia soltanto liberarsene"²⁹.

Tumiati, che pure accoglie una bimba così piccola, riesce a rendere il dolore intimo di questa visita e del colloquio con i genitori. La bimba piccolissima sembra non avere quasi caratteri umani: "Un grosso cranio senza pensieri, un volto deforme senza sorriso, una svogliata malsicura animalità". Sono i genitori che attirano la sua attenzione. Il padre è preoccupato di far ricoverare la bimba. "Il padre è irrequieto, ha fretta di decidere, di concludere". Alla fine della visita, quando si decide che la bimba può restare, "il padre sembra liberato da un incubo". Alla figura del padre si contrappone la figura della madre che "tace, dritta in disparte con un grumetto di panni stretti tra le braccia". La madre

"Con lo sguardo fisso ripercorre il solco rovente del pensiero. Se parlasse, udrei certo la sua voce di bambina ripetere monotona l'innocente, disperato "perché"³⁰.

Alla fine della visita, la madre piange in silenzio. Tanto il padre è loquace, quanto la madre è silenziosa e sembra subire la volontà del marito. Lo psichiatra stesso e l'istituzione sembrarono molto incerti se accogliere una bimba così piccola. Alla fine Tumiati decise per il sì, sapendo che sarebbe stata accolta nell'Istituto medico-pedagogico con retta a carico della famiglia e non nell'ospedale psichiatrico. La bimba con gravi danni neurologici sembrava quasi un oggetto trasferito dalle mani dei genitori a quelle dell'istituzione.

²⁹ C. Tumiati, *I tetti rossi. Ricordi di manicomio*, Venezia, Marsilio, 1987 (prima edizione Milano, Treves, 1931), p. 18.

³⁰ Ivi, p. 19.

L'impressione generale che si ha rispetto alle famiglie è che siano più presenti nei primi anni di vita dell'istituto e che progressivamente la loro partecipazione alla vita dei figli vada calando: diminuiscono, infatti, negli anni le lettere inviate dai famigliari e soprattutto le richieste di dimissioni³¹. Negli anni Quaranta, sicuramente anche complice la guerra, furono pochissimi i genitori che ritirarono i figli contro il parere medico e anzi alcuni chiesero di poter rinviare la data di dimissione, perché erano in partenza per il fronte³². In una situazione sociale, economica e politica sempre più difficile le famiglie ricorsero all'istituto medico-pedagogico come ad un ammortizzatore sociale, da utilizzare temporaneamente. Ma intrecciato a questo emerge anche un altro aspetto: con ogni probabilità abbiamo meno notizie di genitori che ritirarono i figli contro il parere medico da un lato perché meno genitori fecero questa scelta, dall'altro perché medici ed amministrazione furono meno interessati a registrarla. E' un dato quantitativo su cui riflettere: nei primi anni di vita alcuni genitori scelsero di ritirare i figli, contro il parere medico e nonostante le sollecitazioni del medico a riportare il figlio in istituto, e questo anche se la retta era quasi sempre a carico della provincia e dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Le famiglie sembrarono ribadire un ruolo decisionale nella vita dei figli. Il fatto che negli anni la loro presenza sia diminuita, stando alle registrazioni presenti negli archivi, può essere letto in maniera diametralmente opposta. Forse che l'istituzione ha scelto di non conservare alcune lettere? Credo che anche in questo caso le cose siano meno semplici di come appaiono, e che probabilmente l'istituto abbia esercitato una forma di controllo e censura rispetto a lettere che potevano sembrare scomode perché avevano toni accusatori o richieste di dimissioni. Inoltre è evidente che a partire dal momento in cui il primario dell'Istituto medico-pedagogico fu Giovanni Fattovich, i rapporti con le famiglie si sfilacciarono. Non credo che si possa attribuire la responsabilità solo alle famiglie, ma anche al primario e probabilmente a un diverso modo di concepire

³¹ Le religiose erano dell'ordine della Beata Capitanio, provenienti da una loro casa a Venezia. Ho tentato di recuperare materiale presso l'ordine, sia a Venezia, che nella casa generale di Milano, ma non è stato rinvenuto nulla, a quanto mi è stato riferito.

³² AIMP Marocco, b. 1940 a-I, cartella di Elisa F.

il proprio ruolo e il proprio compito, a una disponibilità limitata da parte del medico a riconoscere alle famiglie uno spazio.

Accanto alle famiglie, ai medici e alle maestre c'erano anche figure che si muovevano facendo talvolta le veci delle famiglie, in alcuni casi chiamate dalle famiglie stesse. Potevano essere i parroci, come don Antonio, a scrivere per la famiglia sostenendo che questa aveva bisogno del ricovero del figlio di sedici anni "soggetto psicotico con fenomeni epilettici" e "figlio di un bevitore", ma prima di procedere con il ricovero la famiglia "che non è ricca", "desidera sapere quali condizioni vengono fatte per l'accettazione e il ricovero"³³.

In altri casi erano figure più istituzionali – come presidi di province o presidenti di Onmi provinciali – a svolgere, anche nei primi anni Quaranta, il ruolo di intermediari per facilitare il ricovero di un bambino³⁴. Talvolta erano anche le fiduciarie dei Fasci Femminili, come succede per Lamberto, per il quale scrissero sia la fiduciaria dei fasci femminili di Treviso sia il commissario prefettizio del comune di Villorba. Il bambino, di soli sette anni, era "affetto da frenastenia biocerebropatica ereditaria con linguaggio articolato rudimentalissimo e ha bisogno di essere ricoverato in Istituto con trattamento Medico-Pedagogico". La fiduciaria dei Fasci Femminili raccomandava all'Istituto di far sapere a quanto ammontasse la retta e chiedeva che questa fosse minima³⁵. Con ogni probabilità il bambino doveva essere orfano o almeno senza un genitore perché le istituzioni pubbliche si muovessero con così tanta solerzia a perorare la sua causa.

Se i bambini erano orfani, a occuparsi di loro erano istituti e orfanotrofi. Alcuni dei bambini ricoverati a Marocco provenivano dallo Spedale degli Innocenti di Firenze³⁶. L'istituto aveva inviato alla colonia di Marocco diversi bambini, in generale tutti casi abbastanza gravi e non accettati dall'Istituto per tardivi Umberto I

³³ AIMP Marocco, b. Corrispondenza varia, lettera di don Antonio Vezzaro al direttore in data 27 agosto 1931.

³⁴ Si vedano, tra le altre, la lettera del presidente dell'Onmi di Vicenza Giacomo Pellizzari in data 15 aprile 1941 e la lettera del preside della provincia di Udine in data 31 luglio 1940. In AIMP Marocco, b. Corrispondenza varia.

³⁵ AIMP Marocco, b. Corrispondenza varia, lettera della fiduciaria dei Fasci Femminili di Treviso, Maria Trevisiol Tommasini, in data 7 giugno 1942. La lettera commissario prefettizio è del 22 aprile 1942.

³⁶ Sullo Spedale o Istituto degli Innocenti si veda P. Guarnieri, *Guardare avanti: Firenze per la cura dei bambini*, cit., pp. 174-179.

di Firenze. Ad esempio Isabella R. era stata visitata dall'istituto Umberto I ma, ritenuta non idonea a miglioramento, non venne accolta lì e venne inviata nell'istituto veneto³⁷. Anche Lucia O. P. ebbe la stessa sorte: aveva “tendenza a percuotere sé stessa e gli altri”, non parlava, s’interessava pochissimo dell’ambiente esterno. Anche lei fu rifiutata dall’Umberto I³⁸. La politica dell’Umberto I era molto chiara: venivano accettati solo bambini ritenuti in grado di migliorare. Ugo B. e Francesco O. – per i quali l’amministrazione dell’Istituto degli Innocenti aveva chiesto notizie all’Umberto I, forse meditando di inviarli all’Istituto medico-pedagogico di Marocco per via delle rette più basse – avevano mostrato qualche “piccolo miglioramento” e si riteneva opportuno mantenerli all’Umberto I³⁹. In realtà poi entrambi i bambini finirono nell’istituto veneziano⁴⁰. Ugo B. vi rimase dal 1928 al 1936⁴¹.

Prima di essere ammessi a Marocco, dall’amministrazione dei Manicomi Centrali Veneti vennero richiesti i certificati di salute e i certificati di nascita, perché non potevano essere ammessi bambini con più di dodici anni, anche se l’amministratore scriveva che erano disposti a fare uno strappo⁴². Nella risposta dell’Istituto degli Innocenti venne proposto il ricovero di otto bambini, ma in realtà due non furono accolti a Marocco. Non vennero accolti Romolo P. e Matilde E.: il primo definito idiota e incapace di muoversi, la seconda diagnosticata come affetta da “isterismo” nel certificato medico: “Dato il carattere impulsivo ed irrequieto e la tendenza di scappare sempre per luoghi solitari e pericolosi, ritengo necessario che venga ricoverata in istituto di cura”⁴³. Colpisce la diagnosi di “isteria”, che si trova

³⁷ AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Isabella R.

³⁸ ASIF, Affari per creature, 2906, fasc. 143.

³⁹ ASIF, Affari per creature, 2906, fasc. 143, lettere tra l’Istituto degli Innocenti e l’Istituto Umberto I in data 4 maggio 1928 e 9 maggio 1928.

⁴⁰ ASIF, Affari per creature, 2906, fasc. 143, lettera dell’amministrazione dei Manicomi centrali Veneti in data 11 giugno 1928 in cui scrivono di aver accolto Ugo B., Isabella R., Francesco O. Si veda anche ASIF, Balie e bambini, 928, Francesco O.

⁴¹ ASIF, Balie e bambini, 1171, Ugo B. Tornato dal Veneto sarà collocato presso diverse famiglie di Borgo San Lorenzo.

⁴² ASIF, Affari per creature, 2906, fasc. 143, lettera della del 24 febbraio 1928 dell’Amministrazione dei Manicomi Centrali Veneti.

⁴³ ASIF, Affari per creature, 2906, fasc. 143, lettera dell’amministrazione dell’istituto fiorentino del 28 febbraio 1928. I certificati medici sullo stato di salute dei bambini furono redatti dal medico Giuseppe Paciulli in data 16 marzo 1928. La risposta da Venezia è del 24 marzo.

qui come unico esemplare in tutte le diagnosi fatte su bambine e bambini. L'isteria era stata diagnostica di frequente alle donne soprattutto alla fine Ottocento, ma da un po' era divenuta una diagnosi per la quale nessun medico negli anni Trenta del Novecento avrebbe accettato il ricovero in ospedale psichiatrico. Tuttavia con ogni probabilità la sintomatologia dell'isteria sopravvive nei medici che la osservano, anche se solitamente la etichettano con un'altra categoria nosografica⁴⁴. Matilde E. però venne inviata all'Ospedale psichiatrico di San Salvi di Firenze e lì la troviamo nel 1943, anche se nel 1931 era al San Niccolò di Siena, dove peraltro esisteva una sezione per bambini diretta dal D'Ormea e all'interno della quale si può supporre fosse stata ricoverata⁴⁵.

Nelle dinamiche di internamento di questi bambini, ma anche nella gestione dell'anormalità di questi bambini, emergono relazioni sociali che riproducono i rapporti di forza esistenti tra adulti e bambini, relazioni fondate principalmente sull'idea di controllo. I bambini erano visti dagli adulti come proprietà da controllare e ogni volta che sfuggivano al controllo, uscendo da una definizione sociale di norma, venivano definiti anormali e venivano in alcuni casi destinati a istituti che si sarebbero occupati di riportarli alla normalità. In alcuni casi emergono però rapporti di affetto e cura tra adulti e bambini, come nel caso già citato di Celeste A.N. per il quale la famiglia allargata si strutturò come una rete che tentò di attenuare i suoi problemi.

I casi presentati, le lettere, le cartelle dei bambini mostrano in generale come esistesse un potere disciplinante, ma al tempo stesso come non possa essere definito estraneo al ruolo svolto dalle famiglie.

I medici stessi presenti nell'Istituto medico-pedagogico veneziano di Marocco contribuirono a definire i rapporti tra adulti e bambini: qualcuno spinse più su logiche di controllo, altri su forme di cura. Il primo medico presente a Marocco fu Corrado Tumati, che fu anche colui che aveva ideato e voluto la

⁴⁴ Si veda V. Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, cit. e M. S. Micale, *Approaching Hysteria. Disease and its Interpretations*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

⁴⁵ ASIF, Affari per creature, 2906, fasc. 143, lettera dall'Ospedale psichiatrico di San Salvi all'istituto degli'Innocenti in data 26 luglio 1943 e riguardante Matilde E.

colonia medico-pedagogica. La sua presenza tuttavia fu breve, fino al giugno del 1928. A Marocco nel febbraio del 1929 arrivò la dottoressa Luisa Levi, laureata a Torino, sorella dello scrittore antifascista Carlo Levi. Al concorso per un posto di medico di sezione nella Colonia di Marocco si erano presentate solo due donne, entrambe trentunenni: la dottoressa Alba Coen-Boninfante di Ancona e la dottoressa Luisa Levi di Torino. Venne scelta la Levi: il suo curriculum appariva nettamente superiore. Laureata nel 1920 a Torino a pieni voti e con la lode, era stata assistente volontaria dal 1920 al 1927 presso la clinica neurologica di Torino diretta dal prof. Camillo Negro. Dal 1923 prestò servizio psichiatrico prima come assistente volontaria poi come medico praticante nei manicomi di Torino. Delle nove pubblicazioni che presentò, le ultime tre erano di patologia e igiene sociale, dalle quali si poteva, secondo la commissione che la scelse, “inferire un avviamento meditato a studi di pedopsichiatria”⁴⁶. Durante la presenza della Levi a Marocco, l’istituto assunse una evidente connotazione sperimentale – basta scorrere il numero di pubblicazioni del periodo riguardanti l’istituto – e affiancò alla logica di controllo anche una logica molto marcata di cura dei minori.

⁴⁶ AAMCV, Sezione amministrativa, Appendici al quadriennio 1926-29, b. 66, Relazione della seduta del 5 febbraio 1929. Luisa Levi aveva partecipato a diversi concorsi per medico in ospedali psichiatrici e si classificò prima, ma veniva sempre assunto il classificato ex aequo maschio o addirittura il secondo classificato, cosa che successe nel concorso per medico dell’Ospedale psichiatrico a Castiglione delle Stiviere. In questa busta si trova anche il curriculum della Coen Boninfante, ebrea, laureata da poco, con un minor numero di pubblicazioni della Levi.



Foto 1. Alcuni bambini della Colonia medico-pedagogica di Marocco di Mogliano Veneto. La dottoressa Levi è al centro, seduta e trattiene Tita, una bambina ricoverata. La foto è del giugno 1930 (fonte: ALL, b. rossa da riordinare).

La foto ci mostra alcuni dei bambini presenti a Marocco nell'estate del 1930. Questi nella foto sono una parte degli educabili: il 1930 è infatti l'anno in cui molti non educabili vennero allontanati. La dottoressa Levi è seduta tra i bambini. Sorregge, assieme ad un'altra bambina, Tita. Un'altra bimba dietro la Levi, appoggia le mani sulla sue spalle. La foto ci mostra chiaramente come la Levi rappresentasse un punto di riferimento soprattutto per le bambine⁴⁷.

La dottoressa Levi nel febbraio del 1931 rassegnò le dimissioni⁴⁸. Il terzo psichiatra che si alternò a Marocco fu il dottor Giovanni Fattovich, ma non fu più presente uno psichiatra con obbligo di residenza. Fattovich quindi si recava periodicamente nella Colonia, circa tre volte a settimana. Il medico che risiedeva lì

⁴⁷ Rimando anche al capitolo 8 di questa tesi.

⁴⁸ AAMCV, Sezione amministrativa, Amministrazione 1930-32, b. 68, Relazione della seduta del 10 febbraio 1931, oggetto n. 8, Accettazione delle dimissioni rassegnate dalla dott. Luisa Levi. La Levi aveva comunicato all'amministrazione in data 29 dicembre 1930 di essere stata nominata medico di reparto presso i Regi Ospedali Psichiatrici di Torino e per questo motivo aveva rassegnato le dimissioni. In realtà, nelle sue carte private emerge come fosse infastidita dalla corte pressante dell'economista, che, visti i suoi rifiuti, aveva anche cercato di metterla in cattiva luce nell'Istituto. ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. 2, dattiloscritto inedito *La carriera di una donna*.

era invece il dottor Pastorella, internista. Fattovich era stato assunto nel 1930. Nato nel 1901, si era laureato all'Università di Bologna a pieni voti e con la lode. Era stato sottotenente medico a Verona e poi all'ospedale militare di Ancona. Nel 1927 era stato assunto tramite concorso come medico praticante nel manicomio di Ancona. Dal 1929 aveva iniziato a collaborare con l'ospedale psichiatrico veneziano e il direttore Cappelletti ne aveva attestato le ottime doti. Aveva pubblicato degli studi sul rapporto tra costituzione e malattia mentale, per i quali venne molto elogiato durante il concorso⁴⁹. Dopo le dimissioni della Levi, il direttore degli ospedali psichiatrici veneziani, chiedendo al più presto un concorso per uno psichiatra a Marocco, affidò al dottor Fattovich il compito di effettuare visite periodiche alla Colonia⁵⁰. Dal 1933 fu anche membro del consiglio direttivo della Federazione Onmi di Venezia fino al luglio del 1943⁵¹.

A Marocco dunque furono quattro i medici che si alternarono: nei primi anni furono presenti stabilmente prima Tumiatì e poi Levi. Successivamente lo psichiatra di riferimento non fu più presente stabilmente, ma solo ogni due-tre giorni. Il medico presente in modo stabile era invece un internista, ed era però il medico del paese. Se ne deduce che la figura dello psichiatra perse progressivamente importanza, e che in fondo l'osservazione e sperimentazione medico-pedagogica che nei primi tempi venne tenuta in grande considerazione, successivamente non lo fu più. Evidentemente a governare l'istituto non era più, dopo il 1931, la scienza medico-psichiatrica, ma le maestre con le loro competenze pedagogiche insieme alla direzione amministrativa. Dalla metà degli anni Trenta le maestre non furono più laiche, ma vennero scelte tra le religiose dell'ordine della Beata Capitanio, e questo segna un ulteriore passaggio.

⁴⁹ AAMCV, Sezione amministrativa, Amministrazione 1930-32, b. 68, Relazione della seduta del 5 giugno 1930.

⁵⁰ AAMCV, Sezione amministrativa, Amministrazione 1930-32, b. 68, Relazione della seduta del 10 febbraio 1931, oggetto n. 9, Apertura del pubblico concorso per il posto vacante di medico di sezione. Nel 1935, dopo il pensionamento del professor Cappelletti, venne nominato con incarico provvisorio direttore dell'Ospedale psichiatrico di San Clemente, della Colonia agricola e dell'IMP di Marocco. In AOP San Clemente, Sezione amministrativa, Atti 1935, b. 101, Comunicazione della provincia di Venezia sulla direzione interinale degli Ospedali Psichiatrici.

⁵¹ F. Cosmai, *La Federazione provinciale dell'Onmi a Venezia durante il fascismo 1926-1943*, in M. Minesso (a cura di), *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea. Origini, sviluppo e fine dell'ONMI 1925-1975*, cit., pp. 281-284.

3.2. Strumenti di osservazione: dalla cartella clinica alla cartella biografica

Negli istituti medico-pedagogici la cartella clinica e in seguito biografica rappresentò uno strumento fondamentale per osservare i bambini. Il potere disciplinare per poter essere “globale e continuo” impiegava le forme di scrittura per registrare, codificare e ricordare “i corpi, i comportamenti, i discorsi delle persone”⁵². Fondamentale a questo proposito fu il passaggio dalla cartella clinica – strumento che proveniva dagli ospedali psichiatrici e che mostrava una continuità tra questi e gli istituti medico-pedagogici – e la cartella biografica, uno strumento di osservazione non solo medica, impiegato ad esempio per osservare i giovani delinquenti, ma anche per osservare i Balilla.

La cartella biografica era uno strumento che era stato ideato da medici positivisti convinti che fosse fondamentale osservare i bambini e la singola individualità di ciascuno. Solo successivamente divenne uno strumento di gestione politica dei bambini, utilizzato dal fascismo, anche se mai nella maniera capillare che lo stesso fascismo aveva auspicato.

La cartella biografica era stata pensata originariamente per i minorenni delinquenti. Il modello proposto nel 1911 dall’antropologo Giuseppe Sergi, dall’antropologo criminale Salvatore Ottolenghi e dallo psichiatra Giuseppe Montesano prevedeva la compilazione di due parti: la prima era costituita dall’esame diretto e riguardava in maniera molto analitica i caratteri somatici, l’esame psichico, gli esperimenti, l’esame funzionale medico. La seconda parte era dedicata all’esame anamnestico e raccoglieva dati sulla famiglia, sull’infanzia, sulle compagnie e sul contegno⁵³. Un altro modello di cartella biografica era stato elaborato dal Laboratorio di Psicologia sperimentale della Regia Università di Roma e sarebbe servito a individuare gli anormali nelle scuole della città. Questo modello prevedeva la compilazione di quattro sezioni: la prima conteneva i dati generali; la seconda riguardava gli antecedenti familiari e personali dell’alunno; la terza fotografava lo stato presente, che comprendeva dati sul fisico, sulla vista, sulle condizioni dei sensi,

⁵² M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, cit., p.57.

⁵³ G. Sergi, S. Ottolenghi, G. Montesano, *Cartella Biografica per minorenni corrigendi*, estratto dagli “Atti della Società Romana di Antropologia”, vol. XVI, fasc. I, Roma, 1911, pp. 10-17.

dati psichici e dati riguardanti l'attenzione, l'intelligenza, l'umore; l'ultima sezione comprendeva le proposte (mantenere l'alunno nella sua classe, allontanarlo, ospedalizzarlo, assegnarlo a scuole all'aperto e così via). Il documento veniva firmato dal medico scolastico e visto dal direttore didattico⁵⁴.

L'adozione di carte biografiche venne proposta anche per i bambini delle scuole elementari⁵⁵.

Nei primi anni all'Istituto medico-pedagogico veneziano venne utilizzata la cartella clinica che era sostanzialmente identica a quella utilizzata negli ospedali psichiatrici veneziani. Essa prevedeva nella prima pagina i dati generali del bambino, la foto del bimbo, le informazioni sui genitori, le informazioni sull'ammissione (diretta o per sentenza del tribunale), le informazioni sulle dimissioni, la diagnosi. All'interno vi era una pagina dedicata all'anamnesi che il medico poteva compilare a suo piacere. Seguivano i dati dell'"esame obiettivo" che si divideva in esame antropologico e comprendeva la compilazione di voci riguardanti la costituzione fisica, lo sviluppo scheletrico, la statura, l'apertura delle braccia, lo stato della nutrizione, lo sviluppo muscolare, il peso del corpo, il tessuto cutaneo. Oltre a questi erano previsti i dati sulle misurazioni del cranio. Venivano inoltre osservati i caratteri antropologici degenerativi patologici. Vi era poi l'esame delle funzioni della vita vegetativa che veniva compilato liberamente dal medico. Seguiva poi l'esame delle funzioni della vita di relazione che si articolava in esame del sistema nerveo-muscolare – che riguardava la sensibilità tattile, barica, termica, dolorifica, elettrica, muscolare, gustativa, olfattiva, visiva, uditiva, cenestesica; i riflessi cutanei, mucosi; la motilità – ed esame psichico: espressione (fisionomia, mimica, voce e loquela, scrittura e disegno), note psicologiche (umore abituale, contegno, attenzione, memoria, immaginazione, emozionabilità, sentimenti, volontà e carattere, grado di coltura, disturbi psichici e psico sensoriali), intelligenza valutata con la scala metrica di Binet-Simon e grado di insufficienza valutato con i reattivi del De Sanctis. Le ultime pagine erano dedicate all'andamento della malattia e cura.

⁵⁴ S. De Sanctis, *Educazione dei deficienti*, cit., pp. 167-171.

⁵⁵ G. Montesano, *Sui criteri per la compilazione di carte biografiche nelle scuole elementari*, in "Assistenza ai minorenni anormali", 1913, pp. 21-22.

Di tutte queste voci veniva compilata sempre la prima pagina contenente i dati generali, l'anamnesi, la parte riguardante l'andamento della malattia e cura, l'esame psichico. Il resto veniva compilato solo a volte. I dati riguardanti la misurazione del cranio non erano mai presenti.

Nei primi anni Trenta, Fattovich introdusse all'Istituto medico-pedagogico veneziano la cartella biografica⁵⁶. La cartella biografica variava in pochi significativi elementi, rispetto alla cartella clinica già esistente.

Nella prima pagina venivano riportati i dati del bambino, i nomi dei genitori, la diagnosi, e a chi spettava il pagamento della retta. Venivano precisati meglio i motivi e l'esito al momento della dimissione, ovvero il bambino poteva essere normalizzato, migliorato, ritirato dai famigliari contro parere medico, non suscettibile di educazione, trasferito.

L'anamnesi nella cartella biografica chiedeva di compilare voci ben precise: dagli antecedenti personali che comprendevano lo sviluppo, gli incidenti della prima infanzia, l'educazione familiare e scolastica, lo status all'ingresso, ovvero pericolosità, lesioni, febbre, malattie cutanee, agitazione, convulsioni, paralisi.

Era presente l'esame antropologico-morfologico con i dati sul corpo, una tabella per inserire le misure del cranio (che non venivano però mai inserite) e la presenza di caratteri antropologici degenerativi patologici. Seguiva l'esame fisiologico e clinico-obiettivo con la visita vera e propria che veniva registrata nella cartella. Veniva introdotta un'inchiesta familiare che indagava la presenza di malattie, condanne, longevità, mestiere, che distingueva tra ramo paterno e materno e arrivava fino ai trisavoli. Vi era l'esame delle funzioni della vita di relazione distinte in esame del sistema nerveo-muscolare (sensibilità, riflessi, motilità) ed esame psichico (espressione, note psicologiche e intelligenza...). Il resto veniva mantenuto identico e invariato.

L'idea della cartella biografica era un'idea non recente e proveniva dal dibattito positivista di fine Ottocento secondo il quale era fondamentale osservare i bambini e osservare le caratteristiche individuali di ciascuno. La carta biografica avrebbe dovuto servire a ciò. Giuseppe Montesano aveva, prima della Prima guerra

mondiale, spiegato e raccomandato l'uso della "carta biografica" sia per i bambini anormali sia per i bambini normali proprio perché l'uso della carta biografica sarebbe servito "a scoprire l'anomalia latente per correggerla in tempo, e prevenirne, o almeno attenuarne gli effetti"⁵⁷. Anche Maria Montessori ne aveva sottolineato l'importanza facendo riferimento a un primo modello utilizzato dal De Sanctis negli Asili-scuola di Roma e aveva ricordato anche la prima proposta da Giuseppe Sergi nel 1889 per tutti gli alunni delle scuole di Roma, che in realtà non fu mai utilizzata.

Negli anni Trenta l'idea di sottoporre a controllo i bambini tramite cartella biografica o anche tramite cartella biotipologica si fece strada tra i medici. Al I Convegno Nazionale dei Medici dell'Opera Nazionale Balilla tenutosi nel febbraio del 1930 a Roma il dottor Gastone Santucci di Genova presentò una relazione dal titolo *L'esame della crescita psichica dei Balilla come fattore di prevenzione della pazzia e delle anomalie morali*. Il relatore riferì della possibilità di controllare e realizzare un'opera di ortogenesi sugli adolescenti attraverso l'Istituto biotipologico ortogenetico di Genova. La cartella utilizzata lì comprendeva lo studio del temperamento, del carattere e del tipo di intelligenza. Ma soprattutto dalle parole del medico genovese emergeva come dalle osservazioni praticate su migliaia di Balilla risultasse la grande frequenza di anomalie del carattere, che individuate precocemente si sarebbero potute precocemente curare. Uno dei primi medici a raccomandare l'uso della cartella biotipologica era stato l'endocrinologo Nicola Pende che aveva invitato il regime a utilizzarla largamente⁵⁸. Una circolare del 1934 dell'Opera Nazionale Balilla istituì una carta biografica semplificata per tutti i suoi membri⁵⁹.

⁵⁷ G. F. Montesano, *Sui criteri per la compilazione di carte biografiche nelle scuole elementari*, cit., pp. 21-22.

⁵⁸ Nicola Pende (1880 – 1970), endocrinologo, allievo di Giacinto Viola, costituzionalista, fu docente di patologia speciale medica nelle Università di Cagliari e poi di Roma. Fu senatore dal 1933 per meriti scientifici. Diresse la sezione medica dell'Enciclopedia Italiana dal 1929 al 1939. Fu responsabile della sezione eugenetica del Consiglio Nazionale delle Ricerche. Fu tra i firmatari del Manifesto della razza e candidato tre volte al Nobel per la medicina. Sulla sua posizione ambigua all'interno del fascismo si vedano A. Capristo, *Scienze e razzismo*, in *Storia d'Italia. Annali*, vol. 26, *Scienze e cultura dell'Italia unita*, a cura di F. Cassata, C. Pogliano, Torino, Einaudi, 2011, pp. 241-263 e anche F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, cit., pp. 188-211, che si sofferma sul totalitarismo biologico dell'endocrinologo.

⁵⁹ F. Cassata, *Building the New Man. Eugenics, Racial Science and Genetics in Twentieth-Century Italy*, cit., pp. 196-197.

In questi aspetti emergeva chiaramente la natura del “potere disciplinare” che tendeva a “intervenire quasi in via preliminare, se è possibile ancor prima dell’atto stesso, e questo grazie a una serie di meccanismi di sorveglianza, di ricompense, di punizioni, di pressioni”⁶⁰.

3.3. Le terapie

Maria Montessori aveva spiegato a inizio Novecento cosa si intendesse per terapia per i bambini difficili e anormali e aveva mostrato l’importanza della cura morale. Si trattava

“[...] di normalizzare prima il bambino e poi di domarlo, di possederlo in forza di un potere suggestivo del maestro; pel quale, se il bimbo è apatico, viene tratto all’attività; se iperattivo, è ridotto a una giusta immobilità; se moralmente anomalo, impulsivo, viene prostrato in una obbedienza assoluta e passiva, a un solo volger di ciglia del maestro”⁶¹.

La Montessori in queste righe mostrava chiaramente l’influenza della cura morale che era stata in voga nell’Ottocento. Si soffermava subito dopo a descrivere il caso di una bambina di otto anni iperattiva e incapace di fissare l’attenzione anche solo per qualche frazione di secondo. La Montessori scriveva di averla “domata” con esercizi ripetuti due volte al giorno per un mese durante i quali la teneva ferma e la bendava. Riuscì in tal modo a mantenerla immobile per sei secondi. In seguito la bambina migliorò finché fu del tutto “domata” e solo allora se ne rimase tranquilla a scuola, arrivando anche ad imparare a leggere e a scrivere⁶².

Le terapie che in questi anni vennero poste in atto per educare e in alcuni casi scolarizzare i bambini furono tante e differenziate. Nel periodo tra le due guerre alcuni medici tentarono anche di sperimentare metodi e modalità nuove, che

⁶⁰ M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, cit., p. 60.

⁶¹ M. Montessori, *Norme per una classificazione dei deficienti in rapporto ai metodi speciali di educazione*, in *Atti del comitato ordinatore del II Congresso pedagogico italiano*, Napoli 1899-1901, Tip. Trani, 1902, p. 147.

⁶² Ivi, cit., p. 155.

tenessero in debito conto le difficoltà e le caratteristiche individuali degli allievi. Alla base della cura educativa a cui venivano sottoposti i bambini, stava un particolare requisito.

Il requisito dell'educabilità

Già Maria Montessori al II Congresso Pedagogico Italiano si era interrogata su quali fossero i bambini anormali educabili e quali no. La distinzione non risultava così semplice perché tra gli “ineducabili” esistevano anche i “parzialmente educabili (epilettici, paralitici, sordi), che tuttavia non potevano mescolarsi agli altri bambini deficienti” perché necessitavano di un ambiente calmo o perché avevano bisogno di cure particolari di tipo fisioterapico. Secondo la Montessori erano ineducabili i “pazzi” con “follia motoria” di tipo “epilettiforme, coreica”, con “follia sensoriale” ovvero con allucinazioni, con “follia intellettuale” nelle forme della melanconia, stupore, confusione mentale. Educabili secondo la dottoressa romana erano coloro che potevano essere completamente sottoposti all'educazione “per deficienti”. Lei stabiliva poi il programma educativo che consisteva in maniera preliminare nell'arrivare ad una “posizione di partenza” e poi condurre il bambino dall'educazione dei muscoli a quella dei sensi, poi a quella delle idee e infine allo sviluppo della moralità⁶³.

Sante De Sanctis nel II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale svoltosi a Milano nel novembre del 1930 si era trovato a presentare la questione nodosa, problematica e complicata della previsione del successo dell'opera dei medici ed insegnanti nei casi di minori diagnosticati come instabili o deboli mentali. La questione appariva intricata perché non era affatto semplice fare previsioni in questi casi e per questi ragazzi, per i quali valeva – secondo De Sanctis – la caratteristica

⁶³ Ivi, cit., pp. 156-158. Su Maria Montessori si veda V.P. Babini, L. Lama, *Una donna nuova. Il femminismo scientifico di Maria Montessori*, Franco Angeli, Milano, 2000. Sulla Montessori educatrice un utile riferimento è *Donne educatrici, Maria Montessori e Ada Gobetti*, a cura di L. Comba, Torino, Rosenberg & Sellier, 1996, in particolare il saggio di Maria Grazia Corda, *Montessori e l'eredità di un percorso femminile*, pp. 23-77.

della “variazione individuale” che oscurava con “tanti se” e “tanti ma” la possibilità di previsione, fino a renderla quasi impossibile⁶⁴.

Dunque che fare, abbandonare ogni tentativo di previsione? De Sanctis non aveva intenzione di prospettare una simile soluzione, ma voleva mostrare chiaramente le difficoltà del fare previsioni. Egli voleva mostrare come, pur tra mille difficoltà, fosse possibile fare qualche previsione seria basandosi su osservazioni scientifiche nate sul campo: tutto questo gli serviva indubbiamente anche per ribattere ai detrattori dell’educazione degli anormali. Per arrivare alla previsione si trattava di “aggirarsi sulle frontiere” di diverse discipline, quali neuropatologia, medicina mentale e psicopedagogia “come contrabbandieri di merci intellettuali non proibite”⁶⁵. Per poter fare previsioni servivano conoscenze medico-neurologiche generali, conoscenze medico-psicologiche dei singoli casi e dei risultati delle applicazioni delle cure mediche e pedagogiche ai casi medesimi. Solo integrando queste competenze – compresa l’osservazione delle risposte alle prime cure mediche e pedagogiche – si poteva tentare una previsione. In particolare erano due le domande che medici e insegnanti insieme si sarebbero dovuti porre:

“1) Il tale ragazzo che porta una tale etichetta diagnostica o una tale valutazione biopsicologica, migliora, resta uguale o regredisce? 2) e quest’altra: in casi simili a quello che ho sott’occhio riuscirono bene le cure mediche e i mezzi educativi?”⁶⁶

De Sanctis insisteva anche sui “segni del successo” che indicavano e in qualche misura prevedevano la guaribilità, la recuperabilità e l’educabilità. Per i deboli erano segni di successo la capacità di attenzione e memoria e la capacità di esercizio che però non prevedevano tanto l’apprendimento, ma l’adattamento, perché questi ragazzi difficilmente avrebbero raggiunto un vero apprendimento. L’obiettivo che si poteva ragionevolmente raggiungere con i deboli non era tanto

⁶⁴ S. De Sanctis, *Previsione del successo dell’opera dei medici ed insegnanti nelle varie forme di instabilità e di debolezza mentale*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., p. 14.

⁶⁵ Ivi, cit., p. 15.

⁶⁶ Ivi, cit., p. 16.

dare “uomini liberi e saggi” alla società, ma darli “innocui e produttivi”, comunque protetti dalla famiglia e dalle misure assistenziali⁶⁷. Per gli instabili, “frutti malefici specificatamente dovuti al cattivo ambiente domestico o alle disgraziate condizioni economiche”⁶⁸, la prognosi era in generale fausta. Segni di educabilità si ricavano dall’osservazione del comportamento spontaneo: giochi, occupazioni libere; ma De Sanctis pensava anche a dei veri e propri reattivi come la “prova del pericolo sperimentale” che sarebbe consistita – lo psichiatra romano lo spiegava in maniera sommaria – nel preparare dei film da proiettare in modo rallentato per vedere le reazioni psicofisiologiche⁶⁹. Solo nell’ultima parte De Sanctis scriveva chiaramente la percentuale di bambini anormali che aspirava a recuperare: il venticinque, massimo trenta per cento dei sottoposti a cura.

Nel 1930, una volta che l’educabilità venne assunta come requisito per l’ammissione, furono ben 91 i bambini allontanati dalla Colonia medico-pedagogica di Marocco, dei quali 77 erano diagnosticati come frenastenici ineducabili⁷⁰. Le diagnosi erano di vario tipo, ma soprattutto si trattava di casi di “idiozia” e “imbecillità”. I bambini vennero trasferiti in strutture come l’ospedale di Mirano che probabilmente aveva un reparto per questi bambini⁷¹. Qualcuno venne anche ricoverato al San Servolo⁷². Erano tutti bambini che erano stati ritenuti dalla Levi non educabili.

Nel 1930, in occasione del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale tenutosi a Milano, la giovane dottoressa era intervenuta con una relazione su *Come si può interpretare il concetto di educabilità nei fanciulli frenastenici*⁷³, ovvero si era chiesta “Quanti e quali devono essere educati? Quali sarebbero i deficienti ineducabili, che

⁶⁷ Ivi, cit., p. 26.

⁶⁸ Ivi, cit., p. 26.

⁶⁹ Ivi, cit., p. 29.

⁷⁰ L’educabilità venne assunta come requisito fondamentale per l’ammissione e doveva essere certificata da un medico. Anche altri istituti si stavano caratterizzando nello stesso modo. Si veda, ad esempio, F. Paoletta, *Un esperimento di profilassi sociale. La colonia-scuola “Antonio Marro” di Reggio Emilia*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. CXXXIV, n. 3, 2010, pp. 17-34.

⁷¹ AIMP Marocco, b. 1930 A-L, ad esempio le cartelle di Gino B., Norma C., Attilio C., Giovanni D. R. e altri.

⁷² AIMP Marocco, b. 1930 A-L, ad esempio le cartelle di Nunzio B., Giuseppe B., Elda B., Teresina C., Aldo C., Udillo C., Gennaro D. R., Edoardo F.

⁷³ L. Levi, *Come si può interpretare il concetto di educabilità nei fanciulli frenastenici*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 novembre 1930, cit., pp. 96-102.

debbono essere esclusi dalle scuole speciali?” e precisava che nella Colonia di Marocco si era deciso di allontanare gli ineducabili adottando un criterio “larghissimo”, cioè erano stati allontanati solo quelli che dopo mesi o anni risultavano incapaci di provvedere alla pulizia personale, o di interessarsi agli stimoli ambientali, o eseguire ordini semplicissimi⁷⁴. Tuttavia lei stessa specificava che l’educazione di quelli rimasti andava distinta in educazione vera e propria e in “dressage”. Se l’educazione infatti doveva mirare ad innalzare il livello intellettuale dell’allievo, e ad allenarlo ad affrontare degli imprevisti, il “dressage” mirava invece ad “ammaestrare” il bambino, “avviandolo a un lavoro manuale che lo occupi e lo renda non inutile”, insegnandogli quello che era necessario per la sua vita pratica⁷⁵.

A questo proposito la Levi ribadiva che spesso i test avevano un valore non solo diagnostico, ma prognostico: rivelavano cioè non solo le patologie e le insufficienze mentali, ma segnalavano anche, per chi riusciva a mostrare qualche abilità, le possibilità di miglioramento.

La Levi riteneva che i bambini potessero essere distinti in tre grandi gruppi: gli “ineducabili” – sostanzialmente “idioti” in cui la deficienza mentale era unita a gravi lesioni neurologiche – erano destinati a ricoveri per cronici. Il secondo gruppo era costituito da anormali di medio grado con “anomalie gravi della condotta”, “deviazioni e squilibri dello sviluppo intellettuale” che li rendevano tali da non essere compatibili con la vita sociale, ma che potevano essere in parte recuperati. Per questi bambini erano fondamentali gli istituti medico-pedagogici o eventualmente gli ospedali psichiatrici. Vi era poi un terzo gruppo di anormali lievi o falsi anormali che non avrebbero dovuto essere ricoverati in ospedale psichiatrico perché non pericolosi. Per loro c’erano asili scuola o scuole-autonome e classi

⁷⁴ AIMP Marocco, b. 1930 A-M e b. 1930 N-Z: il numero dei dimessi nel 1930 è altissimo, sono infatti ben 75, la gran parte dimessi come ineducabili.

⁷⁵ L. Levi, *Come si può interpretare il concetto di educabilità nei fanciulli frenastenici*, cit., 1930, p. 97. Scriveva la Levi: “ben pochi dei nostri pazienti saranno capaci in futuro di una vita completamente libera e autonoma; molti però potranno, in adatto ambiente, guadagnarsi in tutto o in parte il pane col loro lavoro e provvedere ai loro modesti affari. Gli altri riusciranno a mantenere una condotta che non ripugni alle esigenze sociali, e a compensare, sia pure in grado minimo, le spese del proprio mantenimento. Gli infimi fra questi, destinati a non riuscire in alcun lavoro utile, sono almeno educabili nel contegno, nel senso di essere ammaestrati in modo da riuscire il meno possibile sgradevoli nella vita sociale” (p. 102).

differenziali⁷⁶. La Levi dunque aveva chiarito bene chi poteva essere ricoverato in istituto medico-pedagogico e chi no.

La cura pedagogica

A caratterizzare gli istituti medico-pedagogici era l'utilizzo della cura pedagogica, che si articolava in maniera ampia e che comprendeva attività scolastiche, attività nei laboratori per imparare un mestiere e altro. Nell'Istituto medico-pedagogico veneziano uno dei requisiti fondamentali che regolava l'ammissione era il fatto di essere ritenuti educabili documentato da un certificato di educabilità. Si utilizzavano anche dei farmaci come il luminal, la belladonna, il bromuro.

La cura pedagogica era ritenuta importante per i bambini e per i minori anormali. Il numero di bambini che frequentavano la scuola interna agli istituti o reparti medico-pedagogici non era sempre alto. A Mombello dal 1920 al 1930 erano presenti 803 minori, dei quali 313 accolti nel Reparto Fanciulli, mentre gli altri 490 erano distribuiti nei vari reparti mescolati con gli adulti. Dei 313 che facevano parte del Reparto Fanciulli, solo 114 frequentavano la scuola⁷⁷.

Talvolta, soprattutto con gli “anormali del carattere” la scuola e il lavoro svolsero un ruolo insostituibile, al punto che bambini disastrosi, “perversi”, “indisciplinati”, violenti, “anormali” nel sentimento etico e molesti, trovarono a scuola un ambiente completamente diverso e la scuola diventava così “un vero elemento curativo” perché da un lato forniva stimoli per la loro intelligenza e dall'altro dava “applicazione alla loro eccessiva attività”⁷⁸. L'insegnante annotava che il bambino sapeva “pensare colla propria testa”, “trattato da uomo lavora bene”, addirittura era “uno dei pochi che non dicono parole triviali” al punto da definirlo “lodevole in classe”. La cosa ovviamente sorprende noi, come sorprende loro. Che era successo? La maestra lo spiegava bene: aveva adottato per lui “un metodo

⁷⁶ L. Levi, *L'educazione degli anormali psichici dal punto di vista sociale*, cit., pp. 9-10.

⁷⁷ G. Antonini, *Considerazioni sulla statistica dei minorenni accolti in Mombello nell'undicennio 1920-1930*, cit.

⁷⁸ L. Levi, *Come si può interpretare il concetto di educabilità nei fanciulli frenastenici*, cit., p. 101.

di educazione morale tutto speciale”; aveva abbandonato completamente “i castighi e i rimproveri” e aveva largheggiato “di consigli e incoraggiamenti”⁷⁹.

La scuola sembrava avere un effetto positivo su molti. Antonio B., ad esempio, con diagnosi di anormalità del carattere e gracilità intellettuale, era apparso subito come un bambino “mancante di volontà” e “instabile”. A lungo era rimasto indifferente alla scuola, anche perché a Marocco si adottava un metodo molto diverso dal metodo fonico che lui aveva sperimentato a scuola. Dopo un po’ di tempo era avvenuta la svolta e lui si era appassionato soprattutto all’aritmetica. Le sue condizioni erano mutate notevolmente: da quel momento si era applicato con grande volontà, ma si erano anche evidenziati i limiti delle sue capacità, che prima venivano nascosti dal suo comportamento anormale⁸⁰.

Nella scuola dell’istituto alcuni bambini, che nell’ambiente di provenienza erano stati molto trascurati, avevano scoperto nuove risorse. Antonia G. diceva che “par scivar giusto, quando che scrivo, dentro de mi penso”, mostrando spirito d’osservazione e capacità introspettive che erano state risvegliate dalla scuola⁸¹. Anche Gina N. a scuola aveva avuto un vero e proprio “risveglio intellettuale”: per cui copiava le figure dei giornalini, ma al tempo ne leggeva anche le storie. “La scuola in complesso l’ha molto svegliata e migliorata”, annotava la maestra⁸².

Aldo D’E. pure aveva avuto rispetto alla scuola una vicenda emblematica: era arrivato che pareva quasi ineducabile e poco per volta era migliorato. Il bimbo in poco tempo aveva mostrato “gioia di apprendere”, ma soprattutto – scriveva la maestra – “cerca di apprendere”⁸³. Ma è con Attilio che la maestra aveva avuto dei risultati davvero sorprendenti. Il bambino era sordomuto, e forse proprio per questo era stata trascurata la sua scolarizzazione nell’ambiente di provenienza, anche se da subito nell’Istituto medico-pedagogico aveva mostrato di essere intelligente e di apprendere con facilità. Ma soprattutto, scriveva Flavia Botter,

⁷⁹ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1930, Alfredo C.

⁸⁰ AIMP Marocco, b. 1933, Antonio B.

⁸¹ ALL b. 6 verde, Luisa Levi prima del ’43, *Quaderno della maestra Flavia Botter*, pagina su Antonia G.

⁸² ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del ’43, *Quaderno della maestra Flavia Botter*, pagina su Gina N.

⁸³ ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del ’43, *Quaderno della maestra Flavia Botter*, pagine su Aldo D’E.

“Nell’entusiasmo e nella gioia di capire, di contare, di parlare qualche cosa, spesso mi ha abbracciato. È affezionato moltissimo a me, cerca le mie carezze e piange quando lo guardo un po’ severamente e vuole rimanere in classe tutta la mattina. Per lui l’imparare a contare e a scrivere non è stata cosa passata inosservata: è stata come una grande luce che l’ha illuminato e gli ha aperto una strada nuova”.

I risultati del bambino servivano anche a migliorare il suo comportamento: se prima era “diffidente e dispettoso”, poi era diventato più sereno e più aperto anche con i compagni che da parte loro gli si erano affezionati, erano “fieri di proteggerlo” e di aiutarlo. La maestra così riconosceva che la scuola era servita “a riabilitarlo di fronte ai compagni”⁸⁴.

Test mentali e reattivi talvolta venivano smentiti clamorosamente dai primi risultati scolastici; bambini che sembravano gravi secondo i reattivi, dopo alcuni mesi di frequenza scolastica mostravano capacità di apprendere e di pensare, tanto che le stesse insegnanti ipotizzavano un errore di giudizio con i reattivi. In altri casi succedeva il contrario: bambini che sembravano, in base ai reattivi mentali, insufficienti di lieve grado, si mostravano nella realtà scolastica come insufficienti di alto grado⁸⁵.

A Marocco erano stati condotti dei veri e propri esperimenti pedagogici, nati e sviluppati grazie alla collaborazione tra la psichiatra Levi e la maestra Flavia Botter⁸⁶. Alcuni esperimenti avevano riguardato l’apprendimento della scrittura ed erano stati in seguito presentati al VII Convegno di Psicologia Sperimentale a Torino nel 1929⁸⁷. La Levi sottolineava come fosse fondamentale una didattica personale e “esclusivamente individuale” in modo da ricercare per ciascun allievo

⁸⁴ ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del ’43, *Quaderno della maestra Flavia Botter*, pagine su Attilio G.

⁸⁵ ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del ’43, *Quaderno della maestra Flavia Botter*, pagine su Antonia G. e Regina M.

⁸⁶ Della maestra Flavia Botter si sa poco, anche se appare come una figura indubbiamente interessante. Nei primi anni Trenta, conclusa l’esperienza di Marocco, lavorò a Venezia nelle classi differenziali appena istituite. F. Botter, *Considerazioni sull’insegnamento in una Colonia per anormali psichici gravi*, in “L’igiene mentale”, anno VIII, 28 agosto 1928, n. 2, pp. 12-18.

⁸⁷ L. Levi, *Esperimenti pedagogici sui ragazzi anormali della colonia medico-pedagogica di Marocco*, relazione al VII Convegno di Psicologia sperimentale, Torino 1929, poi pubblicato in “L’Infanzia Anormale”, vol. II, 1929, pp. 82-91, e nella “Rivista di Psicologia”, 1931. Qui faccio riferimento all’estratto ricavato da quest’ultima rivista.

quali fossero “le funzioni mentali definitivamente perdute”, quali quelle di cui si poteva “sperare uno sviluppo”, quali quelle “relativamente conservate”. In tal modo veniva creato un metodo individuale –che doveva avvalersi della collaborazione stretta tra medico e insegnante. Levi e Botter avevano così sperimentato un metodo di insegnamento della scrittura che rovesciava i presupposti del metodo di insegnamento classico: non si procedeva dai segni grafici per arrivare al significato della parola, ma accadeva il contrario. La Botter nell’anno precedente aveva utilizzato il metodo della dottoressa Gina Mangili della scuola magistrale ortofrenica e ne aveva riscontrato diversi limiti⁸⁸. Il metodo sperimentato l’anno successivo si basava sul presupposto di aver qualcosa da comunicare e da tale presupposto si insegnava al bimbo a scrivere ciò che gli importava comunicare. Il “metodo delle parole intere” o delle parole normali – come veniva chiamato anche nelle cartelle cliniche dei bambini – cercava di far leva sull’interesse dei bambini a esprimere qualcosa⁸⁹.

⁸⁸ F. Botter, *Considerazioni sull’insegnamento in una Colonia per anormali psichici gravi*, cit., pp. 12-18.

⁸⁹ La Levi scriveva che per la costruzione del metodo delle parole intere si erano ispirate al pedagogista e neurologo belga Ovide Decroly e ai tentativi fatti in Italia da Giulio Cesare Ferrari e Gabriella Francia. Si veda anche la lettera di C. Tumiatì a L. Levi del 2 dicembre 1929 in cui lo psichiatra le suggeriva la lettura di alcuni testi di Decroly in particolare su tale metodo. In ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del ’43. Sulla pedagogia di Decroly si possono vedere C. Angelone, *Il messaggio educativo di Ovidio Decroly*, Napoli, Guida editori, 1971, O. Decroly, *Una scuola per la vita attraverso la vita*, a cura di Francesco de Bartolomeis, Torino, Loescher editore, 1971 e anche O. Decroly e E. Monchamp, *L’initiation a l’activité intellectuelle et motrice par les jeux éducatifs. Contribution à la pédagogie des jeunes enfants et des irréguliers*, Neuchâtel-Paris, 1914 poi *Avviamento all’attività intellettuale e motrice mediante i giochi educativi. Contributi alla pedagogia dei bambini e degli anormali*, Firenze, La Nuova Italia, 1951 .

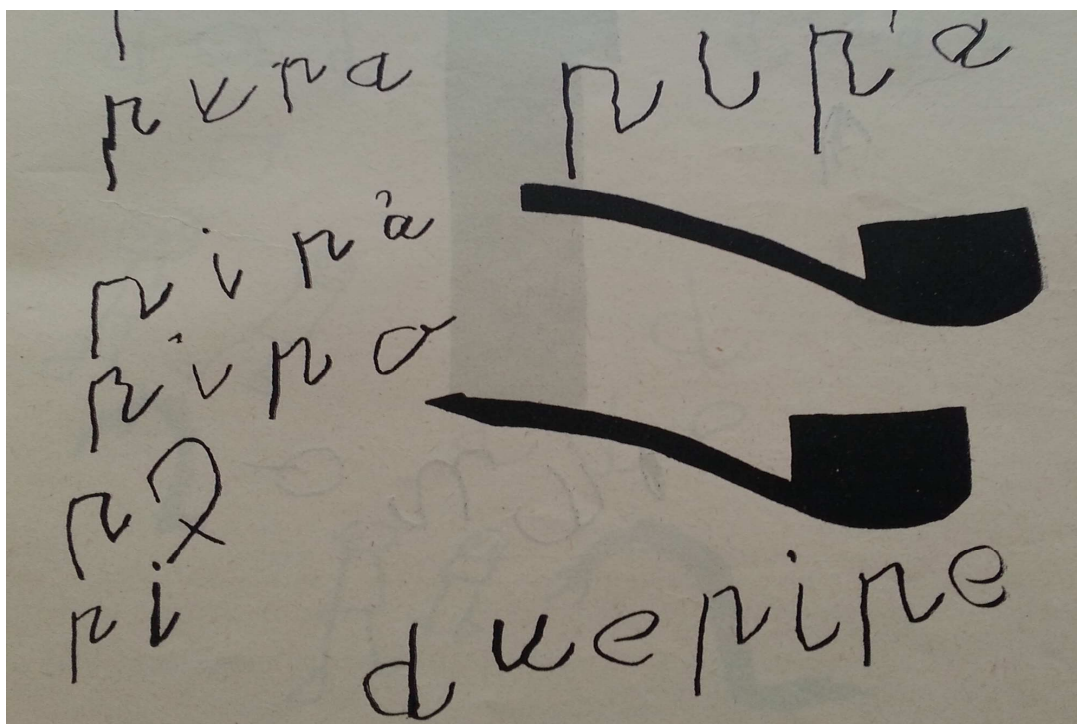


Foto 2. Esercizio di scrittura con il metodo delle parole normali (fonte: L. Levi, *Esperimenti pedagogici sui ragazzi anormali della Colonia Medico Pedagogica di Marocco*, in "L'Infanzia Anormale", vol. II, 1929, pp. 90 e 91).

Era il bisogno di comunicare una parola o un concetto che faceva sì che i bambini si esprimessero. Emilio, attraverso il metodo delle parole normali, sperimentato a Marocco, imparò a scrivere. "D'intelligenza più pronta ed elastica degli altri ha fatto maggiori progressi e ha trovato forse maggior interesse dei compagni avendo potuto quasi subito scrivere non soltanto parole a lui note, ma anche qualche frase", annotava la maestra⁹⁰. Chiaramente si poneva in secondo piano, e talvolta si tralasciava, la calligrafia, ritenendo prioritario il fatto che i bambini mantenessero l'interesse per la comunicazione scritta.

"Il bimbo gode del suo acquisto, e spontaneamente cerca di scrivere sempre nuove parole ed anche semplici frasi, sempre riferendosi a oggetti ben noti: cioè viene ad usare, fin dal suo inizio, la scrittura nel suo significato sociale: mezzo, non fine"⁹¹.

⁹⁰ Relazione della maestra Botter, ottobre 1929. In AIMP Marocco, b. 1931-32, fasc. 1931, cartella clinica Emilio B.

⁹¹ L. Levi, *Esperimenti pedagogici sui ragazzi anormali della colonia medico-pedagogica di Marocco*, cit., p. 5.

In un altro esercizio veniva chiesto al bambino di disegnare se stesso e poi di scrivere il proprio nome.

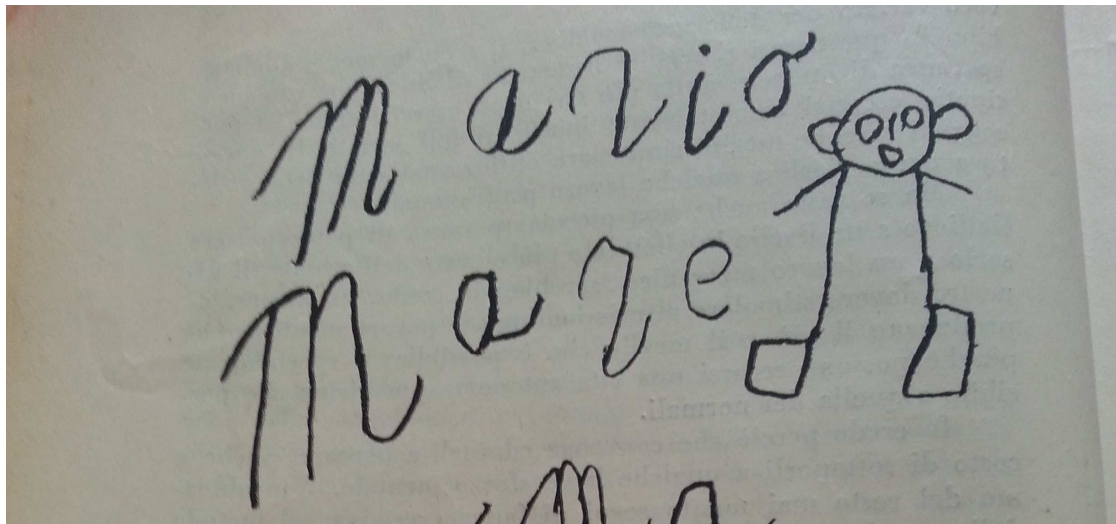


Foto 3. Esercizio di scrittura con il metodo delle parole normali: un bambino scrive il suo nome (fonte: L. Levi, *Esperimenti pedagogici sui ragazzi anormali della Colonia Medico Pedagogica di Marocco*, cit., pp. 90 e 91).

Era stato il pedagogista e neurologo belga Ovide Decroly a ispirare la Levi⁹². Lo psichiatra e pedagogista belga aveva sperimentato l'uso del gioco per avviare l'interesse alla lettura nel bambino, utilizzando parole che indicavano cose che erano particolarmente gradite ai bambini. Chiaramente il metodo adottava una prospettiva globale, cioè si imparava a scrivere la parola intera per indicare l'oggetto voluto⁹³.

Gli anni in cui fu presente nella Colonia medico-pedagogica veneziana la dottoressa Levi furono anni caratterizzati dall'enfasi sul metodo individuale, dall'entusiasmo per la sperimentazione, e anche dall'attenzione alla fatica che l'acquisizione di un metodo richiedeva. Se da un lato secondo Luisa Levi era fondamentale che per educare un bambino a pensare lo si dovesse sottoporre a qualche lieve sforzo mentale, tuttavia maestra e psichiatra ribadivano che non avevano mai notato “segni di fatica eccessiva”⁹⁴. Nelle parole della Levi

⁹² Su Decroly si veda A. Goussot, *La scuola nella vita. Il pensiero pedagogico di Ovide Decroly*, Trento, Erikson, 2005.

⁹³ O. Decroly e E. Monchamp, *L'initiation a l'activité intellectuelle et motrice par les jeux éducatifs. Contribution à la pédagogie des jeunes enfants et des irréguliers*, cit., pp. 127-140.

⁹⁴ L. Levi, *Esperimenti pedagogici sui ragazzi anormali della colonia medico-pedagogica di Marocco*, cit., p. 6.

riecheggiano chiaramente le pagine di Angelo Mosso dedicate a *La fatica*, ad esempio quando scriveva che “il cervello è come un campo che si coltiva per non lasciarlo inselvaticare. Però al momento che lo studio ci stanca, cessa di essere profittevole. Il cervello dobbiamo affaticarlo sempre, ma non stancarlo mai”. Mosso aveva precisato come riconoscere il limite: “Per regolarci nella fatica intellettuale, non dobbiamo guardare cosa fanno gli altri, ma cosa possiamo fare noi”⁹⁵.

Fin dall’inizio le maestre alternarono metodi svariati, mostrando un’attenzione significativa verso la pedagogia: venne istituita la classe Montessori, vennero fatti arrivare materiali didattici dalla Scuola magistrale ortofrenica di Roma, utilizzato il metodo freobeliano, gli esercizi sensoriali e muscolari suggeriti da De Sanctis e dalla Montessori nella sua *Pedagogia scientifica*, messi in campo vari metodi sperimentali nell’insegnamento della lettura e scrittura – dal metodo della dottoressa Mangili della scrittura e lettura rapida al metodo montessoriano⁹⁶. Medico e insegnanti lavoravano strettamente, per stabilire per ciascun soggetto quali erano “le funzioni mentali utilizzabili e quali quelle da supplire o da aiutare nel loro difficile sviluppo”, talvolta arrivando a una didattica pressoché individualizzata, improvvisando “un metodo nuovo e adatto a ciascun caso particolare”⁹⁷. Si profilava una prima forma di lavoro di *equipe* che nel secondo dopoguerra sarebbe stato assunto a paradigma nell’educazione dell’infanzia difficile.

“Il grado di educabilità e il livello mentale dei nostri ricoverati è estremamente vario; onde la necessità di adeguare l’insegnamento a ciascun caso particolare, studiando il soggetto e calcolando il suo possibile rendimento. Ciò si ottiene con una costante collaborazione del medico con le maestre, i capi operai e il personale di assistenza. L’azione educativa viene così continuata anche all’infuori delle ore di scuola, sia durante il lavoro manuale che durante la ricreazione, il refettorio e nello stesso dormitorio; i ragazzi devono cioè sentire

⁹⁵ A. Mosso, *La fatica*, cit., p. 276. Mosso metteva anche in guardia dagli effetti dello “strapazzo cerebrale”, tra i quali il più funesto era la pazzia.

⁹⁶ F. Botter, *Considerazioni sull’insegnamento in una Colonia per anormali psichici gravi*, cit., pp. 12-18.

⁹⁷ AAMCV, Sezione amministrativa, Affari generali e personale, 1930-32, b. 69, Relazione di Luisa Levi e Flavia Botter dell’anno scolastico 1928-29 nella Colonia Pancrazio di Marocco.

costantemente l'occhio vigile che controlla e dirige ogni atto della loro vita, armonicamente"⁹⁸.

La scuola interna alla colonia proponeva varie attività scolastiche ed educative. Oltre all'apprendimento della scrittura, lettura e calcolo, si utilizzavano giochi per l'educazione dei sensi, soprattutto nella classe preparatoria. Tali giochi venivano svolti anche all'aperto, oppure potevano essere giochi mirati all'educazione di specifiche abilità di percezione sensoriale, come l'educazione del senso del colore. Venivano proposte attività ed esercizi manuali che miravano a perfezionare i movimenti delle dita, delle mani e del polso. Tra queste attività venivano proposti a scuola lavori manuali con la creta, con il ritaglio, o di cucito. In generale, occupazioni gradite agli scolari erano il canto e il disegno. La maestra Botter aveva chiarito quali erano gli obiettivi che la scuola si proponeva di raggiungere, ovvero non tanto il rendimento scolastico, ma piuttosto la "rieducazione del carattere e della volontà" e "l'ingentilirsi del contegno" e perciò sottolineava come avessero cercato "con tutti i mezzi più calmi, affettuosi e ragionevoli di sviluppare quel po' di buono che si può ancora trovare nell'animo intorpidito e spesso guasto dei nostri alunni"⁹⁹.

Nei primi anni di funzionamento della colonia, le maestre, in origine solo due, collaboravano con lo psichiatra e i dati scolastici dei bambini, ovvero sia le pagelle¹⁰⁰ sia le osservazioni delle maestre, venivano inserite nelle cartelle. In seguito non fu più così e già dalla metà degli anni Trenta diventa più difficile recuperare informazioni scolastiche sui bambini. Ciò nonostante l'impressione è che le maestre avessero non solo un ruolo fondamentale, ma spesso una funzione di guida negli

⁹⁸ AAMCV, Sezione amministrativa, Affari generali e personale, 1930-32, b.69. Luisa Levi, Relazione sull'andamento della Colonia Medico-Pedagogica di Marocco nell'anno 1929-1930, p.5.

⁹⁹ F. Botter, *Considerazioni sull'insegnamento in una Colonia per anormali psichici gravi*, cit., p. 14.

¹⁰⁰ La pagella dei bambini che frequentavano l'Istituto medico-pedagogico veneziano mostra la presenza delle materie di insegnamento più classiche come scrittura sotto dettatura, calligrafia, lettura, spiegazione del passo letto, componimento italiano, aritmetica pratica, risoluzione di problemi, grammatica, educazione fisica, insieme ad altre considerate materie d'"insegnamento speciale": educazione dei sensi e movimenti, disegno, lavoro manuale educativo, avviamento al lavoro professionale, morale pratica, ortofonia, interesse. Si veda, ad esempio, la pagella di Antonio B. presente nella sua cartella. AIMP Marocco, b. 1933, Antonio B.

orientamenti pedagogici che l'Istituto venne ad assumere soprattutto quando lo psichiatra non fu più presente in maniera stabile.

Gli esiti scolastici dei bambini di Marocco erano sostanzialmente buoni: tutti gli ammessi agli esami di fine anno nelle scuole pubbliche superarono le prove. Dalla metà degli anni Trenta, con una convenzione rinnovata con il Provveditorato di Treviso, gli esami furono interni alla scuola.

Nel corso degli anni Trenta il numero delle maestre era progressivamente aumentato, fino ad arrivare a sei, prima laiche poi tutte religiose dell'ordine della Beata Capitanio. Il numero delle insegnanti era aumentato parallelamente al numero dei bambini che frequentavano la scuola, come mostra anche la tabella sottostante¹⁰¹.

Anno scolastico	927- 28	28- '29	29- '30	30- '31	31- '32	32- '33	933- 34	34- '35	35- '36	36- '37
Elementari	20	28	33	47	64	70	87	96	118	121
Preparatorie	-	18	34	38	34	40	46	50	59	54
Percentuali dei frequentanti rispetto al totale dei presenti	30,7 %	37,3 %	42,1 %	39,4 %	70,0 %	74,1 %	77,7 %	73,0 %	86,3 %	79,6 %

Tabella 1. Frequenza scolastica nel primo decennio di vita dell'IMP (fonte: elaborazione nostra da dati ricavati da G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, in "Atti della Lega italiana di igiene e profilassi mentale", 1938, XVI, p. 36).

Le relazioni delle maestre, che negli anni Trenta sono l'unico documento che ci restituisce la loro voce, sono interessanti perché permettono di verificare diversi aspetti e i cambiamenti che erano accaduti rispetto ai primi anni di vita dell'istituto. Emerge innanzitutto un lessico caratterizzato in modo religioso, in cui era "il sigillo

¹⁰¹ Si veda Appendice 2, Alunni frequentanti la scuola annessa all'Istituto medico-pedagogico veneziano.

della benedizione divina” che rendeva efficace “ogni nostro sforzo”, nonché “proficue e attraenti le nostre lezioni”¹⁰².

Nei loro scritti si manifestava anche il ruolo e il peso delle vicende politiche e storiche con chiari riferimenti al fascismo e alla “gratitudine verso il Regime Fascista” che si diffondeva anche all’amministrazione provinciale¹⁰³. Il fascismo entrava nelle relazioni scolastiche attraverso le vicende militari e la conquista dell’Impero a cui veniva riconosciuto il merito di risvegliare il patriottismo, anche se al prezzo di una certa distrazione dai programmi scolastici.

“Non poca distrazione apportarono quest’anno gli avvenimenti del conflitto italo-etiopico. Era impossibile che l’eco del mondo non penetrasse nelle mie classi e ch’io non ne soddisfacessi la curiosità. È sempre con entusiasmo che i ragazzi ascoltano racconti di lotte, di inimicizie, di guerre. E se gli avvenimenti bellici contribuivano ad allargare la cerchia delle loro cognizioni geografiche, ed etniche, mettevano in essi una certa agitazione, un’impazienza di notizie, una pretesa di apprezzamenti e discussioni. Ma bisogna guardare al buon fine raggiunto: un risveglio d’amor patrio, un sentimento d’orgoglio di essere italiani e d’aver partecipato, nella loro piccola vita, al comune giubilo per la leggendaria conquista dell’Impero Etiopico, sublime fondazione del Fascismo”¹⁰⁴.

Va però chiarito che queste parole sono di una maestra laica. Nel parlare e descrivere il “clima storico dell’Italia imperiale” il lessico utilizzato dalle maestre religiose venne ad assumere una connotazione quasi mistica.

“I nostri alunni [...] ammirarono tutte quelle glorie che sono nostre e hanno dato al mondo un tesoro immenso di eroismo, di verità e di bellezza. Essi furono come circonfusi dalla luce inestinguibile che spandono i nostri artisti, i

¹⁰² Relazione dell’anno scolastico 1938-39 in AIMP Marocco, b. 21, Varie.

¹⁰³ Relazione di Antonietta Bon, anno scolastico 1934-35 in AIMP Marocco, b. 21, Varie.

¹⁰⁴ AIMP Marocco, b. 21, Varie, Relazione scolastica dell’anno 1935-36 dell’insegnante Antonietta Bon.

nostri poeti, i nostri santi, i nostri eroi e da ciò furono stimolati ad una continua elevazione della mente e del cuore”¹⁰⁵.

A beneficiare dell’istituzione appositamente creata erano i bambini “già ladri, già corrotti, già sfrontati”¹⁰⁶ che l’istituto riusciva a redimere, che altrimenti avrebbero riempito “gli ospedali” o “i reclusori”¹⁰⁷. La relazione riprendeva una poesia di Ada Negri, intitolata *Birichino di strada*¹⁰⁸. La poetessa osservava questo bambino “sucido e bello” che passava per la “via fangosa”, con la giacca a brandelli, con “le scarpe rotte” ma con “l’aria capricciosa”. Osservandolo giocare a tirare i sassi ai cani, lo vedeva “già ladro, già corrotto e già sfrontato”, figlio di una madre che era a lavorare e di un padre in carcere. La scrittrice sentiva l’angoscia per il futuro del bambino e si chiedeva “Che farai,/ Tu che stracciato ed ignorante vai/ Senz’appoggio né guida sulla terra?...”¹⁰⁹, riconoscendo come le possibilità per il bambino fossero ancora aperte: “Vile e perverso spacciator d’inganni,/ Operaio solerte, o borsaiuolo?”. Ada Negri concludeva identificandosi con il bambino e rivedendo in lui la sua infanzia difficile, l’essere entrambi “fior di spina”. Le maestre religiose che a Marocco si occupavano dei bambini a scuola sentivano probabilmente un’affinità verso la poetessa che era stata in gioventù maestra e che era pure vicina al fascismo.

Nel 1942 era stata emanata una circolare dalla Direzione Generale delle scuole elementari del Ministero dell’Educazione Nazionale: si raccomandava che i maestri frequentassero scuole magistrali ortofreniche per acquisire metodi di insegnamento speciale per bambini difficili¹⁰⁹. Probabilmente legato anche a questi suggerimenti, due insegnanti di Marocco nell’anno scolastico 1942-43 frequentarono la Scuola magistrale ortofrenica di Firenze, la seconda fondata in Italia dopo quella

¹⁰⁵ AIMP Marocco, b. 21, Varie, Relazione scolastica dell’anno 1936-37 delle insegnanti suor Elvira Dovigo, suor Cherubina Berno, suor Gioconda Vettorato, Dolores A. Tonina, suor Raffaella Basso, suor Giacomina Chinello.

¹⁰⁶ L’espressione compare nella relazione scolastica dell’anno 1936-37 ma è una citazione da una poesia di Ada Negri, *Birichino di strada*.

¹⁰⁷ Relazione scolastica dell’anno 1936-37, in AIMP Marocco, b. 21, Varie.

¹⁰⁸ A. Negri, *Birichino di strada* in Id., *Fatalità*, Milano, Treves, 1914, pp. 15-16.

¹⁰⁹ È la circolare ministeriale n. 1294 del 1° dicembre 1942 della Direzione Generale delle scuole elementari.

di Roma. A Firenze tra gli insegnanti c'erano Enzo Bonaventura, fino al 1938, per la psicologia, Giovanni Calò per la pedagogia e Paolo Amaldi per l'antropologia e neuropsicopatologia¹¹⁰. La scuola magistrale ortofrenica prevedeva oltre ai corsi teorici, anche un tirocinio pratico da svolgersi presso l'Istituto Umberto I per fanciulli tardivi e nervosi fondato a Firenze nel 1899¹¹¹. Le maestre venete che si specializzarono alla scuola erano religiose, come tutte le insegnanti di Marocco negli anni Quaranta. Le due maestre erano Angela Dovigo, a Marocco già dal 1930-31, e Dolores Tonina, a Marocco da 1935 per sostituire Antonietta Bon, prima ammalata e poi in congedo per età.

A Firenze, nella biblioteca di psicologia, sono presenti entrambe le due tesi con cui le maestre concludono la loro formazione speciale. La tesi di Angela Dovigo *Il lavoro come mezzo di educazione* fu anche oggetto di pubblicazione, in quanto, discussa davanti alla commissione giudicatrice composta dai professori Paolo Amaldi, Alberto Marzi, Mario Favilli e Gino Verità, ottenne la dignità di stampa¹¹². Nella prefazione il direttore degli istituti psichiatrici provinciali, prof. Tancredi Cortesi, sottolineava che era stata l'Amministrazione provinciale di Venezia a inviare la maestra a frequentare il corso¹¹³. Tutta la tesi era permeata da un forte spirito cristiano, come se l'insegnamento evangelico fosse il sottofondo sul quale si innestava la pratica educativa. La volontà era un punto essenziale, che tornava a più riprese: era lo strumento che veniva sollecitato per guidare questi bambini. Subito

¹¹⁰ Tre erano i testi utilizzati alla Scuola magistrale ortofrenica di Firenze: E. Bonaventura, *Psicologia dell'età evolutiva (infanzia e adolescenza)*, Lanciano, Giuseppe Carabba editore, 1930; Giovanni Calò, *Pedagogia degli anormali*, Firenze, Editrice Universitaria, 1946 (il libro doveva esistere anche nel 1930, perché così scrive Bonaventura); P. Amaldi, *Elementi di antropologia dell'accrescimento e di patologia nervosa e mentale dell'infanzia e dell'adolescenza*, Lanciano, G. Carabba editore, 1933.

¹¹¹ Sulla Scuola magistrale ortofrenica di Firenze si veda P. Guarnieri, *Senza cattedra. L'Istituto di Psicologia dell'Università di Firenze tra idealismo e fascismo*, Firenze University Press, Firenze, 2012, pp. 130-131. Sull'organizzazione della scuola magistrale ortofrenica, M. L. Falorni, *Lo studio psicologico del carattere e delle attitudini*, Firenze, Editrice Universitaria, 1961, p. 380. Su Bonaventura si veda Gori-Savellini Simonetta, *Enzo Bonaventura*, in Cimino N., Dazzi G. P. (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 403-425. Sulla vicenda di Enzo Bonaventura, ebreo allontanatosi dall'Italia, dopo la promulgazione della legislazione razziale si veda P. Guarnieri, *Italian Psychology and Jewish Emigration under Fascism. From Florence to Jerusalem and New York*, New York, Palgrave Macmillan, 2016.

¹¹² Suor Maria Elvira Dovigo, *Il lavoro come mezzo di educazione nell'Istituto Medico-Pedagogico della Provincia di Venezia in Marocco di Mogliano Veneto*, Venezia, tipografia San Servolo, 1944.

¹¹³ Presso l'Archivio della Provincia di Venezia, pur essendo presenti tutte le delibere (ad eccezione di quelle relative al 1938 e 1939 che risultano mancanti), non ho trovato delibere sulla frequenza della scuola magistrale ortofrenica da parte delle due insegnanti.

però l'insegnante entrava nel merito del suo tema, quello del lavoro al quale veniva attribuito "un potere di educazione" che mai né scuola, né scienza gli avevano riconosciuto fino a poco tempo prima.

Mezzi terapeutici: il lavoro

Il ruolo e l'importanza del lavoro nella scuola e nell'istruzione furono temi ampiamente dibattuti soprattutto durante gli anni Trenta¹¹⁴, ma già da qualche decennio si erano intensificate le ricerche e gli studi di vari scienziati e medici. L'antropologo romano Giuseppe Sergi nel 1913 aveva riconosciuto l'importanza del lavoro manuale nella scuola, vissuto dai bambini quasi come un gioco che li distraeva dalla "passiva attitudine nei banchi" e rappresentava "un giuoco attivo" che soddisfaceva il bisogno di attività¹¹⁵.

La terapia del lavoro assunse per i minori un aspetto peculiare e una notevole importanza. Attraverso l'apprendimento di un lavoro i bambini avrebbero sviluppato la loro moralità, oltre che le loro funzioni logico-cognitive e di relazione.

Negli ospedali psichiatrici la terapia del lavoro era una vera e propria risorsa per gli ospedali stessi: a Bologna, per fare un esempio, su 665 ricoverati complessivi – 315 uomini e 350 donne – lavoravano il 56% di uomini e donne. I lavori svolti erano tutti quelli che servivano all'ospedale psichiatrico: dai facchini in guardaroba, in cucina, fabbri, macchinisti, operai agricoli, sarte, tessitrici, materassaie¹¹⁶. Negli anni tra le due guerre mondiali il lavoro negli ospedali psichiatrici costituiva una vera e propria risorsa economica, in nome della quale a molti potevano essere rifiutate le dimissioni¹¹⁷. Ma il lavoro era percepito dai medici come un elemento in grado di

¹¹⁴ Ricordo, tra i vari studi, quelli di padre Agostino Gemelli e della sua scuola sulla selezione degli aviatori e dei conducenti di autobus.

¹¹⁵ G. Sergi, *Come fondare la scuola popolare*, in "Nuova antologia di scienze, lettere e arti", Roma, 1913, p. 77.

¹¹⁶ G. Pellacani, *La terapia educativa dei malati di mente*, in "L'Igiene Mentale", anno XIII, 1933, n. 2, pp. 6-9.

¹¹⁷ Sulle ricadute economiche del lavoro come tecnica manicomiale si veda P. Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, in "Studi Storici", a. 48, n. 2, 2007, pp. 477-521 e V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa, ETS, 2011, pp. 80-87. Sul legame tra ergoterapia e guarigione dei malati si veda M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, cit., p. 123.

ristabilire l'ordine nella mente dei malati e dunque nella vita reale, aveva cioè una vera e propria funzione terapeutica. Il lavoro però, anche per i malati adulti, aveva un'ulteriore funzione: innalzava moralmente i malati mostrando come anch'essi fossero in grado di dare un contributo alla società. La dimensione morale del lavoro dei malati si intrecciava con la dimensione economica e con quella terapeutica.

Già considerato come una vera e propria terapia – denominata ergoterapia – per i malati degli ospedali psichiatrici, il lavoro venne ad assumere un ruolo preminente anche nelle scuole e negli istituti medico-pedagogici. De Sanctis ricordava che l'appello al lavoro nella scuola era vecchio, risaliva a Johann Einrich Pestalozzi, a Johann Friedrich Herbart, a Friedrich Fröbel, e sosteneva che varie applicazioni del lavoro nella scuola erano state fatte nelle scuole per anormali – ad esempio a Villa Amalia che lui dirigeva – e che era giunto il momento di estenderle alle scuole per normali¹¹⁸.

Il lavoro era considerato una cura e l'istituto di Marocco aveva svariati laboratori al proprio interno – dal laboratorio di cucito al laboratorio di falegnameria al laboratorio di calzoleria – che assolvevano ad un duplice compito: da un lato insegnare un mestiere a bambini in difficoltà per renderli progressivamente autonomi e in grado di prendersi cura di sé stessi; dall'altro guidare la volontà di questi bambini, aiutandoli a diventare più costanti e meno svogliati. In modo simile, tutti gli istituti medico-pedagogici del periodo comprendevano diverse officine e laboratori. A Reggio Emilia, nella Colonia Scuola “Marro”, venne sperimentata, su ispirazione della dottoressa Maria Bertolani Del Rio che li lavorava, la cosiddetta Ars Canusina che proponeva modelli decorativi come quelli scolpiti presso i ruderi del Castello di Canossa, ma anche presso oratori e chiese dell'Appennino Reggiano su ceramiche, su tessuti e su cuoio¹¹⁹.

¹¹⁸ S. De Sanctis, *Riformare la scuola!*, Roma, stabilimento tip. Leonardo da Vinci, 1922. De Sanctis sosteneva che grazie al lavoro introdotto nella scuola il bambino avrebbe compreso le sue attitudini e non avrebbe scelto le scuole tecniche o le classiche “per mere considerazioni economiche” (p. 24).

¹¹⁹ Maria Del Rio nasce a Casina, in provincia di Reggio Emilia, nel 1892, si laurea in medicina nel 1915 a Genova. Lavora nell'Ospedale psichiatrico di Reggio Emilia e dal 1921 è lei che si occupa della Colonia scuola Antonio Marro. Sposa il dottor Bertolani, suo collega. Sull'attività della Bertolani Del Rio durante la prima guerra mondiale si veda M. Azzolini, *Donne tra guerra e follia. L'esperienza di Maria Del Rio a Reggio Emilia*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio*.

Il lavoro serviva a creare senso di disciplina – e anche per questo venne così ampiamente enfatizzato durante la dittatura fascista. I bambini più refrattari alla scuola venivano avviati ai laboratori e qualcuno tra di loro si mostrava come particolarmente volenteroso¹²⁰.

In questi anni si sviluppò un dibattito interessante intorno al lavoro degli anormali e al significato che poteva assumere. Da un lato vi era chi sosteneva che il lavoro potesse aiutare i bambini – una volta cresciuti – a crearsi una posizione e che potesse sviluppare le loro capacità e la loro autonomia; dall'altro lato vi era chi riteneva che il lavoro – o almeno certi lavori, quelli ripetitivi – potesse essere svolto da chi non era normale, liberando in tal modo i normali da compiti gravosi, noiosi e ripetitivi, “lavori ai quali l'uomo intelligente non resiste più di due ore senza divagarsi, a danno della produzione; mentre l'imbecille continua invariabilmente finché vengono meno le sue forze fisiche”¹²¹. Questa posizione era stata enfatizzata anche da chi si batteva per l'educazione degli anormali, come Corrado Tumiati, che aveva riportato l'esperienza e le dichiarazioni del noto costruttore di automobili Henry Ford.

“Enrico Ford, il noto costruttore americano di automobili, nella sua autobiografia, afferma che i minorati fisici e psichici, se impiegati nel lavoro per loro adatto, corrispondono talora meglio di quello che non potrebbero individui dotati di qualità superiore.

Questa affermazione si legge nella Relazione apposta dai proff. Marchiafava e Gabbi alla ottima legge recente sulla protezione della maternità e dell'infanzia. E la riportiamo volentieri in quanto non deriva da speculazioni teoriche ma dalla viva esperienza d'un uomo pratico. Della sua importanza vorremmo fossero persuasi tutti i facili denigratori dell'opera nostra che cianciano di Taigete e di Rupe Tarpea in pieno secolo ventesimo e ci trattano da sognatori “fuori della vita” perché vogliamo educare gli anormali psichici, sottraendoli

Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella grande guerra, Torino, Marco Valerio Editore, 2008, pp. 331-361.

¹²⁰ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Armando C.: il bambino era definito tardivo ma cercava di compensare le sue difficoltà con la volontà.

¹²¹ M. Montessori, *Miserie sociali e nuovi ritrovati della scienza*, cit., p. 606.

alle misere famiglie, alle scuole pubbliche, alla società, che mal li tollera e li trasforma troppo spesso in criminali. Un uomo pratico, un industriale ci conforta e ci assicura che non solo è bello ciò che vogliamo fare, ma può essere sommamente utile¹²²”.

Le parole di Tumiatì sul lavoro degli anormali mostravano chiaramente l’ambivalenza dei significati che vennero attribuiti al lavoro degli anormali. È interessante notare come le sue parole riecheggiassero quelle di De Sanctis, che aveva stabilito un collegamento da un lato tra gli studi sulla fatica – quella scolastica in particolare – e sullo sforzo che potevano portare all’esaurimento del lavoratore e dall’altro lato il taylorismo¹²³.

“E non si pensava invece che colui che *lavora per vocazione in perfette condizioni igieniche non va soggetto alla grande fatica*. Taylorismo, Tylorismo ... [...] Si accertino alla scuola elementare, specialmente alla popolare, le attitudini, le tendenze dei ragazzi, s’indirizzino per la via verso la quale essi mostrano una *disposizione*. Questo è il punto. Allora non si avrebbero più né “mancati”, né “spostati”, né “affaticati” e diminuirebbero gli “incapaci””¹²⁴.

Il taylorismo quindi per alcuni psichiatri, come De Sanctis, avrebbe rappresentato una forma di organizzazione scientifica del lavoro in grado di evitare la “grande fatica”, che ad alcuni avrebbe potuto causare danni o accentuarli, soprattutto nel caso di minori anormali. Al contrario, organizzare il lavoro in base alle disposizioni individuali avrebbe reso possibile a ciascuno di contribuire secondo le proprie capacità. Questa lettura del lavoro degli anormali mostra come per alcuni psichiatri far svolgere agli anormali mansioni più semplici, per quanto meccaniche, non andasse letto come una forma di sfruttamento, ma al contrario come una forma di valorizzazione delle loro capacità.

¹²² C. Tumiatì, *Problemi di igiene mentale (Psiche e lavoro macchinale – Le professioni pericolose – L’assistenza agli anormali)* in “L’igiene mentale”, anno VI, 1 luglio 1926, numero 4, p. 13.

¹²³ Sul tema della fatica si veda il capitolo 2 di questa tesi.

¹²⁴ S. De Sanctis, *Riformare la scuola!*, cit., pp. 27-28, corsivo nel testo.

Va però aggiunto che altri psichiatri – basti pensare a Giulio Cesare Ferrari – non mancarono di sottolineare le criticità di queste posizioni.

“In America l’istruzione dei deficienti ha trovato finalmente pochi anni fa una giustificazione nuova nel fatto strombazzatissimo che il Ford appoggiasse l’idea dell’utilizzazione dei deficienti, in quanto dimostrava che la grande industria moderna non metteva sul lastrico alcuno [...] perché anzi semplificava e sminuzzava i movimenti, con la lavorazione in serie e con altri accorgimenti, tanto che avrebbero potuto essere utilizzati *ad hoc anche* dei deficienti, come dei mutilati, dei ciechi e così via. Ben evidentemente, però, si trattava di una frase ad effetto, se non di un *bluff*, d’una *boutade* felice per rendere impressivo un concetto generale, un principio. Perché, naturalmente, se par vero che il Ford accetti nelle sue officine anche i galeotti che capitavano a Detroit da Sing Sing, è ben evidente che non li trattiene più che non convenga a lui per dimostrare la *humanitas* della grandissima industria”¹²⁵.

All’interno di questo dibattito sull’organizzazione scientifica del lavoro, emersero posizioni critiche che non mancarono di sottolineare “il brutale impiego dell’operaio a servizio della macchina”. È quanto emerge da uno scritto di Cesare Agostini, direttore della Clinica delle malattie nervose e mentali dell’Università di Perugia. Secondo Agostini il taylorismo e l’organizzazione scientifica del lavoro permettevano di aumentare la produttività, ma consideravano l’uomo semplicemente come uno degli elementi della produzione, il cui valore era in rapporto solo al rendimento.

“Il sistema di Taylor e dei suoi seguaci Gilbrett, Ford e Bedeaux, che ha avuto larga applicazione in tutti i paesi civili, e in quasi tutti i campi dell’attività economica, con il risultato di triplicare la produttività del lavoro, ed in eguale

¹²⁵ G. C. Ferrari, *Finalità e limiti dell’assistenza agli anormali* in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 31-32.

misura aumentare i profitti, presenta la gravissima lacuna di porre in sottordine le esigenze umanitarie della tutela psicofisica del lavoratore”¹²⁶.

La soluzione che Agostini additava, consisteva nella valorizzazione del lavoro artigianale, per il quale il fascismo – lo scriveva lui stesso – aveva stabilito delle misure assistenziali, considerando “la tendenza ad iniziative artistiche” degli italiani, che si ribellavano “a quelle forme automatiche di lavoro nelle quali l’anima si appiattisce e si assonna”¹²⁷.

Posizioni simili a quelle di Agostini espresse anche Sante De Sanctis che riteneva fondamentale il lavoro per recuperare gli anormali.

“Insomma: “ruralizzare” e “industrializzare” i deficienti “recuperabili”. Daisy di Robilant, G. Montemurri proponevano recentemente al posto dei ricoveri, case e colonie campestri, cioè l’“assistenza sociale agricola” per i minorenni in abbandono e anche per i deficienti. Questo sarebbe un vero successo – se io non m’inganno – dell’indirizzo assistenziale del regime; beninteso però che l’organizzazione dell’assistenza rurale e industriale esige preparazione e accorgimento”¹²⁸.

De Sanctis riproponeva un modello di uomo al quale tendere nell’educazione degli anormali: non l’“*homo sapiens*”, ma l’“*homo faber*”.

Nel dibattito sul lavoro degli anormali – lavoro che poteva essere industriale o artigianale – emerse una posizione originale: lo psichiatra Alberto Ziveri si era interrogato se il lavoro fosse sempre un bene e aveva riconosciuto che il lavoro materiale monotono era spesso un castigo.

“Perché un lavoro riesca di gradimento e di vantaggio psicologico, occorre che si avvicini il più possibile al giuoco compreso nella sua accezione più ampia [...]. Il lavoro è una dura necessità e l’uomo che lavora è uno schiavo [...].

¹²⁶ C. Agostini, *I nuovi orizzonti della medicina nella legislazione assistenziale fascista del lavoro*, in “Archivio fascista di medicina politica”, volume IV, fascicolo I, 1930, p. 38.

¹²⁷ Ivi, cit., p. 38.

¹²⁸ S. De Sanctis, *I problemi di rieducazione*, cit., p. 969.

Perché il lavoro riesca di gradimento dev'essere un giuoco; e giuoco sono appunto le creazioni e le ricerche artistiche e scientifiche¹²⁹.

Sicuramente l'enfatizzazione che venne posta sulla questione del lavoro non può essere disgiunta dalla dittatura fascista e dall'enfasi che questa pose sulla necessità di costruire l'uomo nuovo¹³⁰. Un regime totalitario come il fascismo, promuovendo politiche demografiche volte alla "bonifica" e alla rigenerazione di alcuni di questi bambini – per i quali il lavoro veniva ad essere al tempo stesso terapia e segno di guarigione –, riusciva a mettere in primo piano la produttività. Francesco Cassata ha scritto qualche anno fa che "l'obiettivo che sancisce il felice connubio fra l'universo assistenziale fascista, da un lato, e dall'altro, una "cintura di sicurezza" eugenetica" è "fare degli uomini inutili, elementi produttivi"¹³¹. La convergenza evidenziata da Cassata tra eugenetica e fascismo fu indubbiamente importante e valse anche a guidare l'azione di molti psichiatri¹³². Tuttavia, è altrettanto fondamentale cercare di capire come si arrivò a questa convergenza, attraverso quali lasciti la psichiatria di inizio Novecento si avvicinò al fascismo e come quest'ultimo si presentò come modernizzatore alla psichiatria.

Il significato che la terapia del lavoro assunse nell'Istituto medico-pedagogico veneziano è spiegata nella tesi della maestra Dovigo: coniugava insieme le riflessioni dei pedagogisti e degli psichiatri con la retorica fascista.

¹²⁹ A. Ziveri, *Ginnastica e malattie mentali*, in "L'Igiene Mentale", anno XI, luglio 1931, n. 2, pp. 13-14.

¹³⁰ Sulla posizione del regime rispetto alla cultura americana si veda M. Nacci, *L'antiamericanismo in Italia negli anni Trenta*, Torino, Bollati Boringhieri, 1989.

¹³¹ F. Cassata, *Il lavoro degli "inutili": fascismo e igiene mentale*, in F. Cassata e M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, cit., p. 34 e pp. 447-481.

¹³² Su come le questioni che chiamano in causa la scienza nel corso del Novecento abbiano un composito carattere politico si veda M. Turda and A. Gillette, *Latin Eugenics in Comparative Perspective*, London, New York, Bloomsbury Academic, 2014. Il volume ricostruisce in chiave comparata la storia dell'eugenetica latina, fenomeno intrinsecamente politico a carattere transnazionale. La definizione di "latina" viene data in due accezioni: in accezione geografica, per definire una serie di paesi dell'Europa centrale e meridionale e del Sud America; in accezione politica, per definire un'eugenetica molto diversa da quella nordica.

“Il lavoro vero, costruttivo, tecnico, produttivo è entrato nella pedagogia nel suo concetto più completo per dare all’educando un più ampio respiro e rafforzarne la potenzialità”¹³³.

Il lavoro era, secondo la maestra dell’Istituto, strumento che permetteva al fanciullo di accrescere la sua dignità, sentendo di poter “dominare la natura”; gli permetteva di comprendere l’importanza della tecnica, perché grazie ad essa si riduceva il tempo dedicato a creare oggetti; gli insegnava il ruolo dell’immaginazione – perché attraverso l’immagine dell’oggetto da realizzare, il lavoro diventava “cosciente costruzione e non cieca fatica” –, perché permetteva di sperimentare l’organizzazione moderna, essenzialmente scientifica, ma talvolta, nell’attività artigiana, faceva provare la “gioia della costruzione completa di un oggetto”. Tutto questo richiedeva un’opera paziente da parte dell’educatore che doveva saggiare le risorse dell’alunno. Successivamente la Dovigo trattava l’orientamento professionale, l’avvio al lavoro degli alunni dell’Istituto medico-pedagogico di Marocco e le modalità di ricerca delle attitudini dei bambini. Ad accompagnare la parte teorica, la maestra descriveva alcune storie di bambini. Il lavoro veniva analizzato come mezzo di moralità – che si esplicava attraverso la volontà – ma anche come mezzo di educazione nazionale – qui non mancavano i toni nazionalistico-patriottici legati alla guerra stessa – e veniva considerato al tempo stesso un “fattore di educazione religiosa”¹³⁴.

La ginnastica

Tra le terapie utilizzate – e che poi il regime avrebbe apertamente incentivato sia per i bambini normali sia per gli anormali – vi era l’educazione fisica. All’Istituto medico-pedagogico di Marocco era presente un insegnante di ginnastica che propose di aumentare l’orario a cinque ore settimanali. La richiesta era stata avallata e sottoscritta dal direttore Giovanni Fattovich con la motivazione che “la

¹³³ Suor Maria Elvira Dovigo, *Il lavoro come mezzo di educazione nell’Istituto Medico-Pedagogico della Provincia di Venezia in Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 18.

¹³⁴ Ivi, cit., p. 35.

ginnastica ha per i nostri ragazzi oltre che uno scopo educativo anche quello correttivo per i disturbi della coordinazione dei movimenti”¹³⁵.

Già Angelo Mosso aveva sottolineato il legame tra corpo e mente. Secondo il medico l’obiettivo di “prolungare la giovinezza” e “ritardare la vecchiaia” si sarebbe raggiunto studiando l’infanzia e la giovinezza e tenendo presenti che giovani fisicamente meglio sviluppati dei coetanei tendevano ad essere più intelligenti¹³⁶.

Anche gli psichiatri negli anni Trenta – ad esempio Eugenio Medea – continuarono a sottolineare il compito educativo che l’educazione fisica poteva svolgere nello sviluppo fisico ed emotivo dei giovani “favorendo il controllo e il dominio delle emozioni”, in modo da influire sulla vita sentimentale, da favorire lo sviluppo della volontà e da risolvere il problema sessuale¹³⁷. Non solo l’educazione fisica appariva in grado di creare nuovi interessi e di allontanare e ostacolare la tendenza alla “fantasticheria” che “nell’adolescenza è costituita prevalentemente da immagini erotiche” e che disturbava la formazione del pensiero e di un carattere saldo¹³⁸. Attraverso l’educazione fisica si costruiva l’educazione morale e veniva riconosciuta, per esempio da Carlo De Sanctis, come un problema che lo Stato avrebbe risolto nell’interesse della stirpe e della nazione.

Francesco Bruno, intervenuto al II Convegno Medico-Pedagogico di Milano del 1930, aveva sottolineato il ruolo della ginnastica nella cura medico-pedagogica dei bambini anormali. Attraverso riferimenti ad autori stranieri come William James¹³⁹, ma soprattutto Emilio Baumann – considerato il fondatore della ginnastica italiana e il principale sostenitore della sua introduzione nella scuola elementare –

¹³⁵ AIMP Marocco, b. 21, Varie, fasc. *Ginnastica*, lettera del direttore Fattovich all’Amministrazione provinciale in data 7 novembre 1937. L’insegnante di ginnastica era il prof. Enrico Landi.

¹³⁶ A. Mosso, *Mens sana in corpore sano*, Milano, Treves, 1903, pp. 177-181. Mosso precisava, rispetto alle ultime affermazioni, che il metro e la bilancia non erano misure della capacità intellettuale, ma vi era una correlazione tra sviluppo mentale e sviluppo psichico.

¹³⁷ E. Medea, *L’igiene mentale e la scuola*, cit., p. 8. Negli stessi anni nei paesi anglofoni, come Gran Bretagna, U.S.A. e Australia, si sviluppò un Movimento di Igiene Sociale che mirava a normalizzare la sessualità infantile in forme socialmente accettate – come monogamia ed eterosessualità. R. D. Egan and G. Hawkes, *Childhood Sexuality, Normalisation and the Sociale Hygiene Movement in the Anglophone West, 1900-1935*, in “Social History of Medicine”, 23, n. 1, 2010, pp. 56-78.

¹³⁸ Ivi, cit., p. 12.

¹³⁹ Su James si veda P. Guarnieri, *Introduzione a James*, Bari, Laterza, 1985.

Bruno aveva ribadito il legame tra esercizi ginnici, volontà e stato morale¹⁴⁰. La ginnastica italiana non mirava solo a migliorare le qualità fisiche dell'individuo, ma anche le qualità morali, temprando la volontà. Bruno aveva condotto un esperimento di insegnamento della ginnastica ai ragazzi anormali e ai malati tranquilli dell'Ospedale psichiatrico di Mombello, ottenendo risultati molto positivi nel campo dell'attenzione e della volontà, risultati che erano stati riconosciuti anche da Giuseppe Antonini e Giuseppe Corberi, rispettivamente direttore dell'ospedale psichiatrico e direttore del Reparto Fanciulli. Secondo Bruno la ginnastica raggiungeva la maggior utilità con gli anormali del carattere, perché ne migliorava attenzione, concentrazione, guidava la volontà, esercitava la capacità di relazione. Bruno però invitava anche ad evitare gli eccessi: "acrobatismo", "atletismo", "agonismo" che, soprattutto per gli anormali, venivano ad essere forme di degenerazione e non più forme di ginnastica educativa¹⁴¹.

Nel 1931 alcuni psichiatri avevano preso posizione rispetto al ruolo degli esercizi fisici in rapporto all'igiene mentale. Era stata la redazione della rivista "Igiene Mentale" a chiedere agli psichiatri le loro posizioni in merito, che si erano articolate su un ampio ventaglio. Forse ancor più delle risposte, sono interessanti le motivazioni date. Giulio Cesare Ferrari valutava positivamente la diffusione dello sport e dello stesso agonismo, che diventava una valvola di sfogo per gli istinti sessuali eccessivi¹⁴². Francesco Del Greco si mostrava sempre favorevole all'educazione fisica nell'adolescenza, perché a suo dire avrebbe contribuito a evitare eccessi e a sviluppare l'uomo medio, che lontano dagli estremi del genio e del folle, coincideva con l'uomo sano. Del Greco sottolineava come l'attività ginnica collaborasse all'educazione di virtù quali la disciplina, il coraggio, la lealtà¹⁴³. Anche Alberto Ziveri, intervenuto sul tema, riconosceva la validità dell'educazione fisica,

¹⁴⁰ Emilio Baumann (Canonica d'Adda 1843 – Roma, 1917), maestro elementare, in seguito medico, si era battuto per l'introduzione della ginnastica nella scuola elementare. Riteneva che la ginnastica non fosse solo una forma di preparazione pre-militare, ma andasse vista come forma di educazione dello spirito, della volontà e del carattere. Si veda E. Baumann, *Psicocinesia ovvero l'educazione dello spirito mediante quella del corpo*, Roma, 1913.

¹⁴¹ F. Bruno, *La ginnastica italiana nella cura medico-pedagogica dei fanciulli anormali*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 217-224.

¹⁴² G.C. Ferrari, *Effetti degli sports*, in "L'Igiene Mentale", anno XI, luglio 1931, n. 2, p. 11.

¹⁴³ F. Del Greco, *Sull'antica sentenza "Mens sana in corpore sano"*, in "L'Igiene Mentale", anno XI, luglio 1931, n. 2, pp. 10-11.

ma era scettico sulle “esagerazioni atletiche e campionistiche infanto-giovanili-balilla-avanguardiste”¹⁴⁴. L’unica voce contraria o comunque molto critica era quella di Ernesto Lugaro. Secondo lo psichiatra torinese gli esercizi fisici irrobustivano indubbiamente il corpo, ma non vedeva una relazione con le malattie mentali: “Anche a passare in rassegna tutto ciò che si sa intorno alle cause ed alla patogenesi delle malattie mentali, non si trova esempio d’un processo morboso che certamente sia prevenibile o curabile con esercizi fisici”¹⁴⁵. Secondo Lugaro gli sport atletici erano “psichicamente perniciosi” perché atrofizzavano “le tendenze alla contemplazione ed alla meditazione, che sono le più elevate tendenze della mente umana”, tanto che allo psichiatra i giovani bene allenati in questi sports gli sembravano “belle bestie” e non tanto “uomini superiori”.

Il dibattito sviluppatosi su “L’Igiene Mentale” mostra come gli psichiatri fossero complessivamente favorevoli all’educazione fisica, ma lontani dalle estremizzazioni rappresentate dall’agonismo che poteva diventare pericoloso.

L’educazione religiosa

La questione dell’educazione religiosa appariva importante e particolarmente sentita, ma non tanto e non solo riguardo la possibilità di insegnare religione nelle scuole, quanto piuttosto per la possibilità di utilizzare l’educazione religiosa per l’educazione dei bambini normali e anormali.

Sante De Sanctis in una conferenza dal titolo *Responsabilità dei genitori verso i figli e la Società* tenuta nel 1923 al III Congresso Nazionale delle Donne Italiane insisteva sul concetto di educazione etico-religiosa e sul fatto che la religione avesse un’utilità protettiva per la salute nervosa. Citava in particolare due celebri neurologi tedeschi, Hermann Oppenheim e Paul Julius Möbius, che affermavano questo. De Sanctis in particolare sottolineava come la religione sviluppasse una forma di sanzione interna, che creava una forma di moralità.

¹⁴⁴ A. Ziveri, *Ginnastica e malattie mentali*, in “L’Igiene Mentale”, cit., p. 15.

¹⁴⁵ E. Lugaro, *Esercizi fisici e Igiene Mentale*, in “L’Igiene Mentale”, anno XI, luglio 1931, n. 2, p. 9.

“Tutti, quasi senza eccezione, ritengono la religione un eccellente strumento di difesa individuale e sociale, un mezzo sommamente utile per l’educazione, in quanto sviluppa nei ragazzi il concetto di moralità e di sanzione interna”¹⁴⁶.

Rilevava anche come nella religione cristiana fossero implicati tutti i concetti fondamentali di morale sociale, di dovere, di responsabilità, di verità. La mancata educazione etico-religiosa dei figli per De Sanctis arrivava ad essere una forma di “abbandono morale”.

Pochi anni dopo intervenne sul tema lo psichiatra romano Giuseppe Montesano con un saggio riguardante *Le attività spirituali come valore biologico e come fine educativo*¹⁴⁷. Montesano individuava le attività spirituali – quelle artistiche, quelle religiose e quelle filosofiche – e mostrava come esse rispondessero a bisogni materiali e morali. In particolare evidenziava come la società e l’ambiente sottoponessero il fisico a “un lavoro molto irregolare” – oggi diremmo a uno stress psico-fisico – e le attività spirituali rappresentavano una delle “attività ristoratrici” in grado di impedire il logorio. Le attività spirituali mostravano per Montesano anche un indubbio valore morale. Secondo lo psichiatra spesso gli uomini “schiavi de la contingenza”, finiscono per turbarsi eccessivamente per quello che succede con pericolo di perdere la calma; le attività spirituali riescono ad attenuare le passioni e portando gli uomini a soffermarsi non tanto sui valori fugaci e passeggeri, ma sui valori eterni. Le attività spirituali avevano una particolare importanza per gli anormali del carattere, come spiegava Montesano.

“Le attività spirituali costituiscono il miglior mezzo non solo per tollerare ogni contrarietà, distrarsi senza nocimento fisico o morale o intellettuale, ma anche per dar de la vita una visione sempre meno egoistica, far sentire sempre più ardente il desiderio d’un bene universale. Esse di conseguenza riescono preziose sopra tutto in soggetti anormali del carattere, i quali a una più grande sensibilità per dati stimoli uniscono una grande intolleranza per certe

¹⁴⁶ S. De Sanctis, *Responsabilità dei genitori verso i figli e la Società*, cit., p. 50.

¹⁴⁷ G. Montesano, *Le attività spirituali come valore biologico e come fine educativo*, estratto da “L’assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell’Opera Scuola Magistrale Ortofrenica”, Società Tipografica Manuzio, Roma, 1926.

insoddisfazioni, intolleranza che di solito si risolve in atti dannosi contro se medesimi od altri. Tanto più son esse preziose in detti individui in quanto per lo stato abnorme si rende in loro più facile che non in altri la liberazione de l'energie straordinarie indispensabili a compensare lo sviluppo, ancora incompleto in essi come ne la generalità, de l'organo più specialmente deputato a tale funzione, renderlo idoneo a dare i prodotti desiderati”¹⁴⁸.

Eugenio Medea dichiarava di essere favorevole all'insegnamento della religione nelle scuole. Però precisava:

“Ci sia lecito solamente esprimere da questa sede una raccomandazione a tutti gli educatori religiosi e cioè di voler considerare sempre il temperamento, il carattere e la mentalità dei fanciulli – specialmente quando si tratti di soggetti neuropatici – nella esposizione e trattazione degli argomenti religiosi [...] onde evitare lo stabilirsi di stati affettivi o di atteggiamenti pericolosi per la salute psichica del fanciullo”¹⁴⁹.

Ancora Tumiati tornava a precisare quale fosse l'utilità dell'educazione religiosa nella pedagogia. Ricordava che al medico non toccava “difenderla né combatterla”, piuttosto doveva “vigilarne l'applicazione in rapporto alla personalità del fanciullo”. Talvolta riteneva che applicata senza discernimento a fanciulli anormali potesse essere pericolosa, soprattutto per i “nervosi”. Per un gruppo di anormali però poteva essere necessaria: “instabili, estrovertiti, ipomorali”, per i quali poteva essere un sostegno allo sviluppo della moralità¹⁵⁰.

¹⁴⁸ Ivi, cit., pp. 25-26. Montesano avvertiva che l'attività religiosa doveva avvenire non troppo presto, a giovinezza inoltrata.

¹⁴⁹ E. Medea, *Scuola e Igiene Mentale*, cit., p. 14.

¹⁵⁰ C. Tumiati, *L'igiene mentale nell'educazione familiare*, cit., p. 43.

Capitolo 4.

Uscire dall'istituto medico-pedagogico. I ragazzi anormali alla prova dei “fatti”

4.1. L'indagine sui ragazzi dimessi

Il primario Fattovich aveva inviato delle lettere ai genitori di Mario L. e Giorgetta S., dimessi dall'Istituto medico-pedagogico di Marocco come normalizzati tra giugno e luglio del 1937. Fattovich aveva chiesto notizie di “come si comporta, che cosa fa e quant'altro può farmi comprendere se ha approfittato della sua permanenza in questo istituto”¹. La madre di Giorgetta, dimessa il 13 giugno, aveva aspettato il 24 giugno prima di rispondere.

“Avrà la bontà di scusare se non li ho scritto prima, dato che ho voluto vedere l'esito di Giorgetta, fin'ora e sempre in casa sua, va fuori quando vado a fare le spese, però se devo dire il vero qualche ora a un po' di nervoso, speriamo ...”²

Lettere come quelle inviate a Mario e Giorgetta erano servite a Fattovich ad avviare un'indagine sui dimessi realizzata tra 1937 e 1938. Il primario dell'Istituto medico-pedagogico di Marocco aveva verificato come tra il 1° gennaio del 1927 e il 31 dicembre del 1937 fossero stati assistiti 524 anormali psichici. Di tutti questi bambini, i dimessi per miglioramento o normalizzazione erano stati 155, mentre 137 erano i dimessi in condizioni invariate, ritirati dalla famiglia o allontanati perché ineducabili³.

¹ La lettera di Fattovich si trova nella cartella clinica di un bambino Mario L. in quanto non venne recapita per destinatario sconosciuto al portalettere e rispedita quindi al mittente. AIMP Marocco, b. 1937, lettera del dottor Fattovich in data 16 agosto 1937. Il bambino, con diagnosi di anomalità psichica dell'intelligenza e del carattere, era stato dimesso il 14 luglio dello stesso anno.

² AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Giorgetta S., lettera della madre Climene P. al direttore di Marocco in data 26 giugno 1937. Giorgetta aveva una diagnosi di instabilità mentale.

³ G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., pp. 33-39.

	1927	'28	'29	'30	'31	'32	'33	'34	'35	'36	1937	totali
Ammessi	65	64	53	77	23	22	43	53	42	46	36	524
Migliorati o normalizzati	1	8	3	8	6	11	15	25	27	28	23	155
Invariati – ritirati dalla famiglia contro il parere sanitario - ineducabili	3	4	16	77	4	7	5	9	2	5	5	137
Trasferiti	2	3	4	6	4	1	4	3	4	6	-	37
Morti	-	2	-	5	1	-	-	-	1	-	1	10
Numero totale degli assistiti	65	123	159	213	140	147	171	200	205	217	214	-

Tabella 1. Minori dimessi dall'Istituto medico-pedagogico in base al motivo di dimissione (fonte: elaborazione nostra da dati ricavati da G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., pp. 33-39).

L'inchiesta si era concentrata in particolare sui dimessi per normalizzazione o miglioramento, ovvero il gruppo dei 155. Di questi solo 79 avevano risposto all'indagine: due erano stati dimessi da due anni; venti minori erano stati dimessi dopo un periodo di ricovero compreso tra i due e i tre anni; sei erano stati dimessi da nove anni o più. Tutti gli altri erano stati dimessi dopo un periodo di ricovero compreso tra i quattro e gli otto anni. Il primario Fattovich aveva analizzato con i reattivi di De Sanctis il livello di intelligenza al momento dell'ingresso e al momento delle dimissioni di questi settantanove.

	All'ingresso	Alle dimissioni
Insufficienza Mentale (IM) di alto grado	8	1 alto grado 1 medio 3 intermedio 3 lieve
IM di medio grado	21	4 intermedio 4 lieve 13 normali
IM intermedio	18	3 lieve 15 normali
IM lieve	23	23 normali

normali | 9 | 9 normali

Tabella 2. Livello di insufficienza mentale (IM) all'ingresso e alle dimissioni in base ai reattivi del De Sanctis (fonte: elaborazione nostra da dati ricavati da G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., pp. 33-39).

I risultati misurati con i reattivi del De Sanctis mostravano che per 78 su 79 vi era stato un miglioramento del grado di intelligenza: per 52 addirittura si era raggiunta la normalità. Anche i risultati scolastici raggiunti dai 79 normalizzati o migliorati erano secondo Fattovich molto apprezzabili e lusinghieri.

Classe preparatoria	6
I elementare	5
II elementare	8
III elementare	25
IV elementare	13
V elementare	22
Totale	79

Tabella 3. Livello massimo di scolarizzazione dei 79 normalizzati o migliorati che risposero all'indagine (fonte: elaborazione nostra da dati ricavati da G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., pp. 33-39).

L'indagine di Fattovich, tuttavia, oltre ai risultati riguardanti i livelli di intelligenza e i risultati scolastici, si proponeva un obiettivo più ambizioso: intendeva misurare l'”adattamento sociale di questi ragazzi” che veniva definito come la capacità di adattarsi ed essere idonei alla vita familiare e sociale, ma al tempo stesso come la capacità di apprendere un mestiere o come la capacità di esercitarlo, mostrando di aver già raggiunto o di essere prossimi a raggiungere l'indipendenza lavorativa ed economica. Tra i 79 dimessi per miglioramento o normalizzazione, 46 minori, corrispondenti al 58,3% del totale, avevano raggiunto un completo adattamento sociale sia rispetto alla vita familiare, sia rispetto all'apprendimento di un mestiere. 25, cioè il 32,4% dei dimessi per miglioramento o

normalizzazione, avevano raggiunto un parziale adattamento sociale, mostrando di adattarsi alla vita familiare ma non ancora a quella sociale. Infine, otto minori, corrispondenti al 10,1% dei dimessi, avevano mostrato di non sapersi adattare né all'una né all'altra: quindi, pur essendo suscettibili di cura medico-pedagogica, si erano mostrati "incapaci di adattamento sociale"⁴. I minori di questo gruppo erano affetti da frenostenia biopatica, uno da mongoloidismo, due da epilessia e due erano affetti da "pervertimento etico", in un caso conseguente ad encefalite letargica e in un caso dovuto a instabilità pura di alto grado. Tutti questi, a parte i due affetti da frenostenia biopatica, vennero ricoverati in ospedale psichiatrico. Fattovich, cercando di mettere in luce la funzione di recupero e riabilitazione per i minori, osservava che tra quelli che risultavano socialmente "bene riadattati", sette provenivano dall'ospedale psichiatrico.

Lo psichiatra veneziano si era anche interrogato sul legame tra rendimento scolastico e rendimento sociale.

	Classe preparatoria	I el.	II	III	IV	V	totale
Minori a completo adattamento sociale	1	2	6	13	8	16	46
Minori a parziale adattamento sociale	3	2	3	10	5	2	25
Minori a nullo adattamento sociale	2	1	1	2	1	1	8

Tabella 4. Rapporto tra adattamento sociale e livello di istruzione (fonte: elaborazione nostra da dati ricavati da G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., pp. 33-39).

Fattovich rilevava dunque che

⁴ G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., pp. 36-37.

“Nel complesso da ciò sembrerebbe che tra rendimento scolastico e rendimento sociale non vi fosse uno stretto rapporto, poiché anche parecchi di quelli a scarso o nullo adattamento sociale ottennero un buon profitto scolastico, mentre invece non si può negare la reale efficacia della educazione scolastica nel facilitare l’adattamento e il rendimento sociale di questi ragazzi”⁵.

L’insegnamento era stato integrato per cinquantotto di questi settantanove con l’insegnamento professionale in una delle officine di fabbro-meccanico, di calzolaio, sarto, falegname, di lavorazioni dei vimini, di cucito e ricamo, di maglieria, di cucina, lavanderia, giardinaggio. Notava sempre il primario che

“È però da rilevare che dalla nostra inchiesta è risultato che soltanto pochi continuano nell’ambiente esterno ad esercitare il mestiere al quale vennero iniziati nell’istituto”⁶.

Fattovich notava che molti, una volta usciti dall’istituto, smettevano di esercitare il mestiere che avevano appreso e iniziavano a svolgere altri mestieri adattandosi alle condizioni economiche familiari, ma anche alle condizioni del mercato del lavoro che in molti casi non aveva permesso ai ragazzi dimessi di continuare ad esercitare il mestiere che avevano imparato. Un’ultima ragione, secondo Fattovich, contribuiva a spiegare il cambio di mestiere, ovvero il fatto che le attitudini professionali si rivelassero in questi soggetti con un certo ritardo e presentassero un lungo periodo di incertezza.

Il primario dell’istituto si rese ben presto conto delle difficoltà per i minori di esercitare un mestiere e si trovò a riflettere su come avveniva l’orientamento degli anormali. Se da un lato si cercava, infatti, di lasciarli liberi nella scelta, dall’altro si cercava anche di guidarli nel correggere difetti di attenzione e di concentrazione che

⁵ G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall’Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 37.

⁶ Ivi, cit., p. 37.

li portavano a mostrare talvolta scarsa attitudine al lavoro scelto. In alcuni casi si consigliava di cambiare mestiere⁷.

Le osservazioni empiriche di Fattovich riecheggiavano osservazioni e studi come quello di Enzo Bonaventura presentato al VII Convegno di Psicologia sperimentale e psicotecnica tenutosi a Torino nel 1929. Bonaventura era intervenuto sui *Problemi dell'orientamento professionale degli anormali psichici* sottolineando le difficoltà che gli anormali incontravano nell'ambiente di lavoro: ad esempio insisteva sulla mancanza di “spirito d'iniziativa” inteso come l'attitudine di “applicare le cognizioni acquisite a situazioni nuove” che a suo dire spiegava perché i lavori classici di artigianato a cui si indirizzavano i minori anormali – fabbro, calzolaio, falegname – non fossero in realtà adatti a loro.

“Si vedono talvolta ragazzi che frequentano per tre o quattro anni un laboratorio di calzoleria e non riescono – si suol dire – ad “imparare” il mestiere. In realtà non posseggono quella plasticità mentale che si esige per fare un lavoro così vario e multiforme come quello di fabbricare un paio di scarpe: prender misure, tagliare, forare, cucire, ribadire, il tutto servendosi di utensili diversi tra cui s'impone una scelta (p. es. chiodi di varia grossezza) con previsione dei risultati ottenibili”⁸.

Bonaventura riconosceva così che per molti anormali i lavori che avrebbero potuto svolgere erano “lavori sempre uguali, monotoni, uniformi, che non richiedono iniziativa”: lavori come fare nodi a frange di tappeti, tende, lavori in fabbriche di funi o di intrecci di vimini.

Nell'ultima parte della propria indagine, Fattovich si soffermava a svolgere delle considerazioni più generali sull'efficacia e sui vantaggi dell'educazione medico-pedagogica. Riprendeva dunque le fila di un discorso di lunga data che aveva visto i grandi della psichiatria italiana prendere posizione circa l'utilità dell'istruzione e dell'educazione degli anormali.

⁷ G. Fattovich, *Istituto Medico-Pedagogico della provincia di Venezia. Relazione sul primo venticinquennio di attività*, Venezia, 1953, pp. 25-26.

⁸ E. Bonaventura, *Problemi dell'orientamento professionale degli anormali psichici*, estratto dalla “Rivista di Psicologia”, a. XXVII, Stabilimenti Poligrafici Riuniti, Bologna, 1931, pp. 2-3.

La questione si era aperta negli ultimi decenni dell'Ottocento e aveva visto confrontarsi diversi e importanti medici e psichiatri, ma anche esperti di diritto e pedagogisti. Tanti si erano schierati per l'educazione degli anormali, forti del clima positivistico che alimentava speranze e fiducia negli strumenti della scienza, della medicina e della pedagogia. Era proprio alla fine dell'Ottocento che era nata la medicina pedagogica con l'intento di educare e risanare i bambini anormali a mezzo di strumenti terapeutici medici ed educativi⁹. Nonostante i nomi importanti schierati sul fronte dei favorevoli all'educazione, la questione non sembrò mai definitivamente risolta. Periodicamente e in modo costante emergevano posizioni contrarie e anche alcuni di quelli che in una prima fase si erano schierati tra i favorevoli all'educazione degli anormali, si mostrarono successivamente nelle schiere dei detrattori¹⁰.

In nome dei "fatti", Sante De Sanctis, al II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale tenutosi nel novembre del 1930 a Milano, aveva definito il 25% come una percentuale di successo nell'"adattamento sociale" e nell'"utilizzazione pratica" degli anormali. Lo psichiatra Fattovich, ricordando queste cifre, si era dichiarato persuaso

"circa i vantaggi che una adeguata educazione medico-pedagogica può recare in questo campo dell'assistenza sociale, così da non giustificare affatto quelle preoccupazioni di ordine economico che hanno spesso ostacolato il diffondersi e l'approfondirsi di questo genere di assistenza, poiché questi esseri lasciati a sé stessi o inadeguatamente assistiti rappresenterebbero certamente per la società un carico materiale e morale assai più greve"¹¹.

⁹ F. Bocci, *I Medici Pedagogisti. Itinerari storici di una vocazione educativa*, cit., pp. 25-46. Tra i medici-pedagogisti italiani, praticamente tutti psichiatri, vengono da Fabio Bocci inclusi Andrea Verga, Clodomiro Bonfigli, Augusto Tamburini, Enrico Morselli, Sante De Sanctis, Giulio Cesare Ferrari, Giuseppe Montesano, Maria Montessori. A me pare che la definizione di medici pedagogisti andrebbe maggiormente storicizzata considerando sia gli scritti teorici dei medici, che le esperienze cliniche sperimentate. Questo permetterebbe di distinguere tra alcuni che sostennero la medicina pedagogica con dichiarazioni di principio – in alcuni casi oltretutto in seguito riviste – da coloro che si impegnarono nella pratica degli istituti per anormali e che in alcuni casi si definirono essi stessi medici-pedagogisti, penso in particolare a De Sanctis e Montesano, ma anche alcuni psichiatri come Luisa Levi, Corrado Tumiatei e altri.

¹⁰ Per approfondire questo aspetto, rimando al capitolo 5 di questa tesi.

¹¹ G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., pp. 38-39.

Fattovich non mancava di mettere in luce alcune criticità, che in parte pregiudicavano il risultato. In alcuni casi la durata del periodo trascorso in istituto si era rivelata troppo breve. Il medico dimostrava, dati alla mano, che i ragazzi a completo rendimento sociale avevano trascorso nell'istituto un periodo più lungo dei ragazzi a parziale rendimento sociale.

Secondo lui la famiglia in molti casi si era dimostrata materialmente e moralmente inadatta ad assisterli e a completare la preparazione alla vita sociale iniziata nell'istituto. Riteneva fondamentale che l'assistenza di questi ragazzi continuasse anche dopo le dimissioni attraverso i servizi provinciali di profilassi mentale, che avrebbero dovuto occuparsi dell'assistenza morale e materiale di tutti i dimessi perché

“pretendere che questi minorati si adattino subito a quella società che esige dai suoi membri non solo la non nocività, ma anche la indipendenza economica, che si può raggiungere solo attraverso molte difficoltà e non poche insidie di fronte alle quali anche i soggetti normali meglio preparati spesso vacillano, sarebbe chiedere troppo”¹².

4.2. Dall'istituto alla famiglia: percorsi di inserimento sociale

L'indagine di Fattovich del 1938 intendeva mostrare e dimostrare che l'istruzione e l'educazione degli anormali erano auspicabili e che le province, investendo in questo ambito, avrebbero ottenuto buoni risultati nei termini di adattamento sociale o almeno nei termini di una “innocuità” dei minori.

“Questi risultati sembravano meritevoli di ogni attenzione, specialmente se si tien conto delle difficoltà che l'educazione medico-pedagogica incontra per trasformare questi esseri negletti in soggetti capaci di spiegare nella vita una attività utile. Ma anche nei casi nei quali ogni tentativo per renderli adatti alla

¹² G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 39.

vita sociale sarà riuscito vano, avremo, come giustamente la Levi ha scritto nel suo interessante e recente studio sull'educazione degli anormali psichici dal punto di vista sociale la coscienza di avere “con animo fidente e con cuore umano” cercato di fare per questi poveri esseri quanto ci è stato possibile ed i nostri sforzi non saranno stati del tutto inutili, poiché avranno servito almeno a migliorare il loro contegno e a renderli innocui”¹³.

Le cifre che Fattovich aveva raccolto servivano allo psichiatra a dimostrare la sua tesi, ovvero che l'educazione degli anormali fosse una risorsa. Ma le sue cifre lo dimostravano davvero in maniera inconfutabile? Su 524 ammessi, 155 risultavano migliorati o normalizzati: esattamente il 29,58%, esclusi naturalmente quelli che erano ancora in istituto con terapia in atto. E gli altri? Quasi altrettanti erano gli invariati o ritirati dalla famiglia contro il parere dei medici. Davvero queste percentuali potevano giustificare un dispendio di energie e risorse economiche tali?

Una nuova indagine venne realizzata da Fattovich nel 1952. Nei primi venticinque anni di vita dell'istituto dal 1927 al 1952, vennero dimessi 1235 minori su 1468 accolti: di questi 319 esercitavano un'attività e ben 1134, ovvero il 90%, avevano frequentato le scuole. 142 (83 maschi e 59 femmine) vennero ricoverati nell'ospedale psichiatrico, anche se 54 furono in seguito dimessi¹⁴. Di questi dimessi 319 avevano trovato lavoro, ovvero circa il 25 %. Fattovich aveva seguito in particolare un gruppo di 192 minori che nell'istituto avevano imparato un mestiere. Aveva così verificato che una parte minima continuava a svolgere all'esterno il lavoro appreso nell'istituto: su 25 che avevano frequentato la falegnameria, solo 3 continuavano a svolgere il mestiere del falegname; su 14 che avevano frequentato l'officina del fabbro e meccanico, solo uno svolgeva questo mestiere; su 14 che avevano frequentato il panificio, solo uno continuava a fare il fornaio.

¹³ G. Fattovich, *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 39. Lo studio della Levi citato è *L'educazione degli anormali psichici dal punto di vista sociale*, estratto da “La pediatria del medico pratico”, tipografia Bona, Torino, 1936.

¹⁴ G. Fattovich, *Istituto Medico-Pedagogico della provincia di Venezia. Relazione sul primo venticinquennio di attività*, cit., pp. 28-29.

	Mestiere appreso nell'istituto	Mestiere esercitato dopo le dimissioni
Falegnami	25	3
Fabbro-meccanico	14	1
Calzolai	27	6
Sarti	34	9
Fornai	14	0
Manovali	1	1
Lavori agricoli	3	2
Lavorazioni vimini	11	0
Lavorazioni in paglia	11	0
Cucito	18	4
Ricamo e lavori a maglia	12	1
Lavandaia	1	0
Lavori di pulizia	3	3

Tabella 5. Numero dei ragazzi che avevano appreso un mestiere nell'istituto medico-pedagogico che continuarono a svolgere lo stesso mestiere dopo le dimissioni (fonte: elaborazione nostra da dati ricavati da G. Fattovich, *Istituto Medico-Pedagogico della provincia di Venezia, Relazione sul primo venticinquennio di attività*, cit., pp. 21-23).

La tabella 5 evidenzia come solo un piccolo numero dei ragazzi che avevano appreso un mestiere nell'istituto continuarono a svolgere lo stesso mestiere fuori dall'istituto. Però alcuni continuarono a lavorare: furono 35 quelli che lavorarono come contadini, 13 i fattorini, 16 i commessi, 9 i calzolai, 7 i falegnami, 11 gli inservienti, 8 i marittimi, 6 i pescatori, 6 i militari in carriera, 25 le casalinghe, 6 le domestiche. Era evidente che molti riuscirono a lavorare affiancando i familiari. Inoltre era altrettanto evidente che il livello di occupazione maschile superava di gran lunga quello femminile (e le 25 casalinghe lo mostrano in maniera chiara).

Il problema dell'utilità sociale dell'educazione degli anormali era tutt'altro che risolto. Al Convegno Medico-Pedagogico del 1930 a Milano era intervenuto, subito dopo Sante De Sanctis – che aveva letto la relazione ufficiale – Giulio Cesare Ferrari, considerato come uno dei principali punti di riferimento per la psichiatria infantile. Il tono e i contenuti del suo intervento avevano lasciato l'uditorio di

stucco, tanto più che le sue affermazioni provenivano non da uno dei tanti detrattori dell'educazione degli anormali, ma da uno che tra i primi si era occupato della cura di anormali del carattere e di giovani criminali, diagnosi che spesso coincidevano. A Milano aveva dichiarato:

“Il 90% della istruzione che viene imposta ai deficienti è un semplice sport di lusso, inadeguato per qualunque Nazione conscia dei propri doveri: [...] è un peccato contro la nazione e contro la razza non provvedere che ad un *minimum* dei deficienti che potrebbero essere assistiti, e lasciare tutti gli altri liberi atti a procrearne un numero sempre maggiore”¹⁵.

Ferrari lo esprimeva chiaramente: non serviva la beneficenza, ma “un’assistenza illuminata”. Ebbene, secondo Ferrari, – visto che dei 616 deficienti osservati tra il 1903 e il 1907 nell’Istituto di Bertalia che lui aveva diretto, 410 erano stati dimessi, ma di questi solo dieci lavoravano liberamente – era lecito pensare che quasi tutti sarebbero riusciti a lavorare in un ambiente protetto, come era quello dell’istituto. Questo aspetto era per Ferrari fondamentale: inutili erano spesso le dimissioni, mentre si sarebbero dovute creare istituzioni adatte a far lavorare all’interno questi ragazzi in difficoltà.

La soluzione che Ferrari riteneva più praticabile – e sicuramente più vicina al clima politico propagandistico incentrato sulla ruralità – era quella di dividere gli anormali in due gruppi: da un lato coloro che erano affetti da problemi cronici che sarebbero stati inviati in istituti per cronici; dall’altro lato coloro che andavano isolati dalla società, i quali

“nella libertà dei campi da dirozzare troverebbero da sé –senza tante scuole ma solo con guide intelligenti – un insegnamento oggettivo meno costoso ma più utile e più pratico delle famose “tessiture” degli istituti attuali [...] che nessuno

¹⁵ G. C. Ferrari, *Finalità e limiti dell’assistenza agli anormali* in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., p. 36.

di questi riesce dopo un anno di insegnamento a tradurre neppure nel disegno di una aiuola”¹⁶.

La proposta di Ferrari in sintesi auspicava che gli istituti medico-pedagogici servissero come luoghi di selezione. I malati e i ragazzi anormali avrebbero in seguito dovuto essere raccolti “in colonie sperdute nelle campagne da bonificare”. Ferrari pensava che in questo modo le scuole per anormali e ritardatari avrebbero potuto essere molto più efficaci. E concludeva il suo intervento dichiarando che servivano presidi di provincia con “tempra da dittatore” – come era Antonio Garioni per la provincia di Venezia – in grado di far sì che le diverse amministrazioni pubbliche non si intralciassero tra di loro¹⁷.

L’uditorio di Milano era stato letteralmente sbalordito, come ebbe a dire Giuseppe Corberi, dalla proposta di Ferrari.

La maggior parte dei minori dimessi dall’Istituto medico-pedagogico veneziano se ne tornò in famiglia. La via del ritorno in società passava talvolta anche attraverso l’interessamento delle autorità come il podestà del paese di provenienza e il Preside dell’amministrazione provinciale. Erano situazioni in cui le amministrazioni intervenivano per motivazioni economiche e per ridurre le spese. È quello che successe a due bambini, figli di padre ignoto e con la mamma morta. I due fratellini, Ermida L. e Giuseppe L., entrarono nell’istituto quando la mamma morì ed entrambi con diagnosi di “gracilità mentale”. Dopo qualche anno nell’istituto, il podestà del paese di origine scrisse all’Amministrazione dei Manicomi Centrali Veneti chiedendo che venissero dimessi per diminuire le spese del comune. Il 31 dicembre del 1932 intervenne il preside della provincia Garioni a chiedere che venissero dimessi ed effettivamente il 2 gennaio i due bambini vennero accompagnati nel loro paese in provincia di Udine. Ermida forse sarebbe andata a

¹⁶ Ivi, cit., p. 37.

¹⁷ Antonio Garioni era un medico, ostetrico, impegnatosi nel campo dell’assistenza all’infanzia e all’adolescenza con l’istituzione delle colonie montane e marine per orfani di guerra. Fu assessore all’igiene nella Giunta del sindaco Grimani del 1914. Dal 1924 al 1926 gli venne affidata la gestione commissariale della Provincia di Venezia. Fu preside della provincia di Venezia fino al 1937. Si veda R. Camurri, *La classe politica nazionalfascista*, in E. Franzina (a cura di), *Storia di Venezia. L’Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 1986, p. 1402.

fare servizio, Giuseppe sarebbe stato accolto da parenti che l'avrebbero mandato subito a lavorare in cambio – probabilmente – di un sussidio da parte del comune¹⁸. Anche Regina M. venne dimessa per interessamento del preside Garioni che chiese ai medici di dimetterla e di farla riaccompagnare nel paese di provenienza visto che il padre si era rifiutato di venirla a prendere¹⁹.

Nelle inchieste di Fattovich sono molti i bambini che vengono dimessi in quanto “normalizzati”: spesso con certificati che attestavano il superamento degli esami della scuola elementare, talvolta considerati in grado di svolgere un lavoro. Alcuni di questi bambini si erano presentati nell'istituto come “tardivi” e con “insufficienza mentale”, come nel caso di Antonio B., che però, sottoposto ai reattivi di De Sanctis si dimostrava normale e ai test di Binet Simon appariva con un'età mentale corrispondente all'età cronologica. Non a caso il bambino era stato un mese in osservazione al San Servolo, dove era stato dimesso “per non riconosciuta pazzia”²⁰. Nel caso di Antonio c'era poco da stupirsi: diagnosticato tardivo, ma con livelli di intelligenza nella norma, la sua normalizzazione appariva come un risultato abbastanza scontato, raggiunto grazie a un disciplinamento del comportamento “disordinato”.

In alcuni casi venne proposta, per bambini orfani come Ugo B., il collocamento in famiglia al termine del ricovero nell'Istituto medico-pedagogico. Ugo proveniva dallo Spedale degli Innocenti di Firenze, che aveva una lunga esperienza di collocamento in famiglia dei bambini. Quando da Marocco il medico propose la dimissione di Ugo, il presidente dell'Ospedale, il generale Benedetto Pini, scrisse il 19 giugno del 1936:

“[...] Siccome detto giovane non ha familiare alcuno che possa prenderlo in consegna occorre avviarlo a tenuta sussidiata.

Ritengo pertanto opportuno prospettare alla S. V. Ill.ma la possibilità di una temporanea sistemazione del B. in cotesti paraggi, anche a titolo di

¹⁸ AIMP Marocco, b. 1933, cartelle di Erminia L. e Giuseppe L.

¹⁹ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Regina M. La lettera di Garioni è del 14 settembre 1933. La ragazza verrà dimessa nove giorni dopo.

²⁰ AIMP Marocco, b. 1936, cartella di Antonio B. Tecnicamente, utilizzando le diagnosi dell'epoca, Antonio sembrava più un “falso anormale”.

osservazione e di esperimento con l'impegno (ben s'intende) di questo Istituto di provvedere direttamente al pagamento di un equo sussidio da stabilire, secondo gli usi locali.

In tal modo, in caso di esperimento negativo, il B. potrebbe facilmente far ritorno in cotesto Istituto.

Alla proposta che sopra addivengo conoscendo che diversi Ospedali per dementi hanno un particolare servizio di custodia domestica sussidiata per gli innocui ed i fatui. [...]”

Da Marocco la risposta era stata decisamente negativa “poiché fra i contadini di questa zona non esiste la costumanza di prendere in custodia dei ragazzi”²¹. Soluzioni di questo genere per i ragazzi anormali – definite come “trapianto familiare” – erano state auspiccate da uno psichiatra come Giuseppe Vidoni e realizzate nel genovese. La soluzione che Vidoni, stretto collaboratore a Genova di Nicola Pende, aveva caldeggiato, non era una novità: tornava l'idea di mandare i giovani anormali in campagna come già il Ferrari aveva auspicato, anche se nella proposta e realizzazione genovese del Vidoni i giovani venivano affidati a famiglie di contadini.

“Quello che importa è di riaffermare anche qui come l'anormale debba (il più presto possibile e quando è possibile) venire iniziato alla vita sociale ed essere messo direttamente in rapporto con quanto necessita alla soddisfazione dei bisogni fondamentali della vita (dalla nutrizione al vestito, dalla casa all'azienda, etc.) facendolo anche partecipe delle esigenze della vita collettiva. L'orto la casa gli animali le intemperie le stagioni gli attrezzi il lavoro collettivo, con lo spirito di solidarietà che ne deriva, etc. quanti argomenti per insegnamenti pratici ben superiori ai migliori temi di lezioni teoriche”²².

²¹ AIMP Marocco, b. 1936, cartella di Ugo B. Lettera del presidente dello Spedale degli Innocenti di Firenze e risposta dal direttore dell'Istituto di Marocco.

²² G. Vidoni, *Un decennio di attività dei “Servizi di Igiene Mentale e di Assistenza e Medicina Sociale” della Provincia di Genova*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, anno XVI, 1938, p. 11.

L'assistenza etero-famigliare era una pratica sconosciuta nel veneziano e tutto sommato poco incoraggiata. Quando nel 1935 Giuseppe Corberi aveva scritto a Venezia chiedendo la compilazione di un questionario sull'assistenza eterofamigliare per poi presentare i dati riguardanti l'Italia alla III Riunione Europea di Igiene Mentale a Bruxelles nel 1935, gli era stato risposto che l'assistenza famigliare al San Clemente “non era ancora in uso” per “difficoltà derivanti dalla incomprendimento di questa popolazione rispetto il malato di mente” che veniva visto come “un essere da guardarsi con il patema della pericolosità”²³. Nel 1935 in Italia l'assistenza eterofamigliare risultava praticata da pochi ospedali psichiatrici – Reggio Emilia, Arezzo, Lucca, Firenze, Treviso, Trieste – e soprattutto risultava in calo rispetto agli anni precedenti. In alcuni centri era stata abbandonata per motivazioni economiche perché sottraeva all'ospedale psichiatrico malati che “potevano essere utilmente usati nelle lavorazioni interne”, in altri casi perché le famiglie chiedevano solo malati molto abili a lavorare e, infine, in alcuni casi i malati preferivano la vita nell'istituto²⁴.

In alcuni casi, la via del ritorno a casa poteva passare per un ricovero temporaneo in ospedale psichiatrico, e si evidenzia come la dimissione dall'istituto medico-pedagogico verso l'ospedale psichiatrico non fosse necessariamente e automaticamente l'inizio dell'istituzionalizzazione. Antonietta G. era stata ammessa al San Clemente e poi indirizzata a Marocco. Dimessa dall'istituto medico-pedagogico nell'estate del 1931 con una diagnosi di “stato di eccitamento ipomaniacale in gracile mentale”, alternava periodi di tranquillità e operosità a periodi

²³ AOP San Clemente, Sezione amministrativa, Atti 1935, b. 101. Corrispondenza tra Giuseppe Corberi e la direzione del San Clemente.

²⁴ G. Corberi, *L'assistenza etero-famigliare ai malati di mente in Italia. Relazione presentata alla III Riunione Europea per l'Igiene Mentale*, in “L'Igiene Mentale”, XV, n.3, 1935, pp. 7-8. L'assistenza eterofamigliare era autorizzata dall'articolo 62 della legge del 1904 secondo cui il direttore poteva affidare dei malati idonei anche a una famiglia diversa dalla propria. Tale tipo di assistenza si era diffuso lentamente dal 1905 al 1927. Successivamente diversi ospedali psichiatrici avevano smesso di impiegarla. A Imola, dove l'eterofamigliare era stata abbandonata, l'ospedale psichiatrico aveva incentivato le colonie: ovvero l'ospedale prendeva in affitto un terreno con una casa colonica, vi insediava una famiglia contadina di buona moralità e affidava alla famiglia alcuni malati. In questa situazione si trovava il 10% dei malati dell'Ospedale psichiatrico di Imola. La soluzione pareva positiva al Corberi che la sosteneva, auspicando che venisse attuata anche da altri ospedali psichiatrici.

di grande agitazione. Al San Clemente, date le sue condizioni migliorate, venne proposta la dimissione in via di esperimento nel 1932 dal dottor Montagnin²⁵.

L'Onmi veneziana talvolta interveniva per facilitare l'ingresso, ma anche le dimissioni di alcuni minori. Sono diversi i casi per i quali la delegata straordinaria Maria Pezzè Pascolato scrisse al medico psichiatra di Marocco²⁶. Nel caso di Egidio D. R. la delegata aveva scritto che il padre era disposto a riprenderselo, ma il dottor Fattovich tentò di spiegare che il minore avrebbe potuto arrivare a completa normalizzazione, per cui non erano auspicabili le sue dimissioni. Dopo due mesi da questo scambio epistolare, il bambino venne ritirato dal padre²⁷.

La storia di Sergio è ancora più significativa e mostra una vera gestione “polifonica” del bambino²⁸: nato nel 1919, a otto anni era stato visitato da Tumiatì nel dispensario di Venezia e diagnosticato come bambino con carattere anormale. Tumiatì scrisse nel 1927 all'Onmi per farlo ricoverare in istituto medico-pedagogico in quanto lo riteneva “trattabile”. Venne così ammesso a Marocco e la sua retta venne pagata dall'Onmi. Le sue condizioni migliorarono: ai reattivi di De Sanctis del 1927 mostrò un'insufficienza mentale di grado intermedio, mentre nel 1930 era di grado normale. Il 5 giugno del 1931 la Pezzè Pascolato chiedeva se potesse essere dimesso. Lo chiese nuovamente il 18 novembre 1932. Il medico Fattovich rispose negativamente. La delegata scrisse ancora il 4 dicembre 1932 spiegando le ragioni della sua insistenza.

“Questa Federazione ha la necessità di provvedere all'avvicendamento dei propri ricoverati, poiché altrimenti non potendo disporre di nuovi ricoveri, tanti altri giovanetti rimarrebbero senza assistenza. Con riferimento pertanto

²⁵ AOP San Clemente, Tabelle nosologiche alienate uscite, b. 591, cartella di Antonietta G. ma anche AIMP Marocco, b. 1931-32, fasc. 1931, cartella di Antonietta G.

²⁶ N. M. Filippini ricostruisce la figura di *Maria Pezzè Pascolato*, Verona, Cierre, 2004. La Pezzè Pascolato, veneziana, nata nel 1869 in una famiglia dell'alta borghesia, si impegnò nelle attività educative rivolte ai bambini. Inoltre fu segretaria del fascio femminile veneziano e presidente della federazione veneziana dell'Onmi dal 1928 al 1933, quando morì. Sulla morte di Maria Pezzè Pascolato si veda L. Mangano, *Maria Pezzè Pascolato*, in “Maternità ed infanzia”, a. VIII, n. 4, aprile 1933, pp. 14-15.

²⁷ AIMP Marocco, b. 1933, Egidio D.R. La lettera della Pezzè Pascolato era del 3 giugno del 1933, la risposta di Fattovich del 6 giugno.

²⁸ Di gestione “polifonica” dei malati di mente scrive V. Fiorino in *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., pp. 27-76.

alla nota del 20 novembre prego precisare per quanto tempo ancora dovrebbe durare il ricovero del minore D. M. Sergio, che trovasi costì dal 4/XI/1927 [...]”²⁹.

Fattovich nella sua risposta del 7 dicembre consigliava di protrarre il ricovero “essendovi la possibilità di completa normalizzazione del suo sviluppo mentale e di una stabilizzazione del contegno”. In realtà il minore venne dimesso il 28 febbraio del 1933³⁰.

La storia di Sergio non è unica, si presenta invece come un copione che si ripete simile in molti altri casi. Anche Olga V. ha una vicenda molto simile a quella di Sergio: visitata da Tumiatì che propose il ricovero all’Onmi, affinché ne pagasse le spese, la bimba venne ricoverata nel 1928 a carico dell’Onmi. A partire dal 1931 l’ente chiese più volte le dimissioni attraverso le lettere della Pezzè Pascolato.

“Mi necessita specialmente conoscere se la stessa sia dimissibile, perché questa Federazione ha giacente un gran numero di domande che non può accogliere per mancanza di mezzi”³¹.

Tumiatì nei primi mesi del 1932 aveva sottolineato pubblicamente come l’impegno della federazione Onmi fosse stato ostacolato più volte da ragioni finanziarie e da mancanza di risorse. Scrisse infatti che l’Opera “ci impose successivamente di non avanzare più proposte perché mancavano ad essa i fondi e tali erano le superiori disposizioni ricevute”³². Come abbiamo visto, questo parere venne confermato dal medico Fattovich, che diresse l’istituto di Marocco negli anni

²⁹ Lettera della delegata dell’Onmi M. Pezzè Pascolato alla direzione medica dell’Istituto medico-pedagogico di Marocco in data 4 dicembre 1932. AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Sergio D.M. Nella cartella di Sergio è presente tutta la corrispondenza tra Fattovich e la Pezzè Pascolato.

³⁰ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Sergio D. M.

³¹ Lettera di Maria Pezzè Pascolato in data 5 giugno 1931 alla direzione medica dell’istituto. E’ presente anche la lettera di C. Tumiatì all’Onmi in data 5 gennaio 1928 in cui chiedeva il ricovero della bambina a carico dell’ente. Un’altra lettera della Pezzè Pascolato per richiedere le dimissioni è del dicembre 1932, con la quale finalmente l’Onmi raggiunse lo scopo. AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Olga V.

³² C. Tumiatì, *Il I quinquennio di attività del Servizio di Profilassi Mentale della Provincia di Venezia*, cit., p. 16.

Trenta, ma anche dal preside della provincia Garioni che ancora nel 1929 aveva scritto una lunga lettera all'Onmi per difendere l'importanza dell'assistenza e della cura ai minori anormali psichici, che l'Onmi veneziana aveva messo in discussione.

“La S.V. è venuta ripetutamente manifestando l'intenzione di limitare l'assistenza dei fanciulli anormali psichici, richiamandosi al concetto che l'attività di cotesta Opera mira al miglioramento della razza rivolgendosi particolarmente agli individui recuperabili e che possono essere utili alla società. [...]

A questo riguardo mi consenta che io Le ricordi come nello speciale reparto medico pedagogico della Colonia di Marocco non vengano accolti che fanciulli preventivamente riconosciuti idonei, cioè educabili e suscettibili di miglioramento. [...]

Lasciati senza istruzione e assistenza, questi frenastenici, oltre riescire pericolosi a sé e agli altri, diverrebbero vittime del vizio e della delinquenza, mentre viceversa mercè un congruo periodo di educazione possono redimersi ed essere così recuperati alla Società, alla quale non saranno di peso una volta appreso un mestiere che consenta loro di lavorare.

La S.V. vede adunque quanto sia umanitaria e socialmente utile tale assistenza che questa Amministrazione –pur non essendo tenuta che alla cura degli alienati dei quali sia stato ordinato il ricovero dall'autorità – ha inteso dia attuare [...]”³³.

Attraverso i carteggi e le cartelle dei bambini si può dunque verificare anche l'azione e il *modus operandi* dell'Onmi veneziana. Risaltano i limiti di una forma di assistenza che non aveva il carattere di un sistema di assistenza sociale e che agiva con forme quasi di elargizione³⁴. Come ha scritto Domenica La Banca “l'Onmi non era riuscita a trasmettere le sue finalità assistenziali, profilattiche ed educative: la

³³ APVe, b. 1938, 1925-1929, fasc. *Deficienti e frenastenici*, lettera di Garioni alla Pezzè Pascolato in data 5 novembre 1929.

³⁴ Per una valutazione complessiva dell'Onmi si veda M. Minesso (a cura di), *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea. Origini, sviluppo e fine dell'Onmi (1925-1975)*, Bologna, il Mulino, 2007.

confusione tra diritto e dono e tra assistenza e carità rimanevano evidenti”³⁵. Le osservazioni ripetute dei medici veneziani – da Tumati a Fattovich – ci dicono proprio questo³⁶. Negli anni successivi dal 1933 in poi lettere di questo tipo tra l’Onmi e la direzione dell’istituto non si trovano più nelle cartelle. Ad un primo sguardo quella che sembrava una questione di documenti conservati nelle cartelle, si è rivelata essere qualcos’altro. Nel 1933 l’Opera viene riformata. A Venezia venne costituito un nuovo Consiglio direttivo e Giovanni Fattovich entrò a far parte del Consiglio direttivo. Gli venne affidato dal presidente Garioni il compito di rivedere i ricoveri che assorbivano il 50% delle assegnazioni fatte alla Federazione, con l’obiettivo di ridurre il numero e di riservarle a orfani di guerra e a minori in stato di abbandono morale e materiale. Nel frattempo era anche diventato – nominato sempre da Garioni – vicedirettore della Colonia medico-pedagogica di Marocco³⁷.

L’esperienza dell’Onmi dimostra la logica più legata a concessioni che a conquiste di diritti. Tutta una serie di studi sull’Opera Nazionale Maternità e Infanzia mostra un notevole arricchimento del quadro interpretativo avvenuto negli ultimi anni: accanto a interpretazioni che hanno sostenuto la funzione modernizzatrice delle politiche destinate alla maternità e all’infanzia svolta dall’Onmi³⁸, si sono sviluppate interpretazioni, come quelle di Michela Minesso, che hanno registrato la strumentalità dell’Onmi rispetto alle politiche demografiche del regime volte alla grandezza della nazione. In realtà, l’Onmi, così come emerge dalle

³⁵ D. La Banca, *Assistenza o beneficenza? La Federazione napoletana dell’Onmi (1926-1939)*, in “Contemporanea”, anno XI, n. 1, 2008, pp. 47-72. Sul periodo successivo si veda D. La Banca, *Welfare in transizione. L’esperienza dell’ONMI (1943-1950)*, Napoli, ESI, 2013.

³⁶ Sull’Onmi veneziana si veda F. Cosmai, *La Federazione provinciale dell’Onmi a Venezia durante il fascismo. 1926-1943*, in M. Minesso (a cura di), *Stato e infanzia nell’Italia contemporanea. Origini, sviluppo e fine dell’Onmi 1925-1975*, cit., pp. 231-284. La Cosmai, riferendosi al caso veneziano, scrive che “i dirigenti e i collaboratori locali non riuscivano a cogliere la natura e lo spirito dell’Opera, dispensavano sussidi, più che vera assistenza sociale” (p. 266).

³⁷ APVe, verbali delle delibere del Preside A. Garioni, 1933, delibera 2085 del 9 giugno 1933.

³⁸ La tesi della modernizzazione è sostenuta da V. De Grazia, *Le donne nel regime fascista*, Venezia, Marsilio, 2000 e anche da M. Bettini, *Stato e assistenza sociale in Italia. L’Opera nazionale Maternità e Infanzia, 1925-1975*, Pisa, Edizioni Erasmò, 2008. Una rassegna critica sulle ultime tendenze della storiografia riguardante le politiche sociali si trova in C. Giorgi, *Le politiche sociali del fascismo*, in “Studi Storici”, n. 1, 2014, pp. 93-107.

pagine di questa ricerca, sembra interessata più che alla modernizzazione del Paese al controllo delle strutture sociali attraverso politiche fondate sull'elargizione³⁹.

4.3. Dall'istituto all'ospedale psichiatrico: la via dell'esclusione

Da Marocco nei primi venticinque anni di vita dal 1927 al 1952 vennero dimessi 1235 minori, tra questi 142 (83 maschi e 59 femmine) vennero ricoverati nell'ospedale psichiatrico, anche se 54 furono in seguito dimessi, mentre 35 morirono e 53 erano ancora ricoverati al momento dell'indagine⁴⁰. Il numero di minori che fu ricoverato nell'ospedale psichiatrico era dunque superiore al 10%.

Per alcuni di questi bambini il periodo nell'istituto medico-pedagogico si rivelò come una tappa nel lungo processo di istituzionalizzazione. Giuseppe C. era nato nel 1915: a dieci anni venne ricoverato per due anni all'Istituto medico-pedagogico di Thiene, a dodici anni fu trasferito a Marocco fino ai diciotto. Nel 1939 entrò nell'Ospedale psichiatrico di San Clemente dove morì nel 1941. La sua famiglia, che alla fine cede all'istituzionalizzazione, si era in origine rivelata molto scettica sul ricovero di Giuseppe nell'ospedale psichiatrico. La madre, infatti, nel novembre del 1931 si era recata dal Prefetto di Venezia per chiedere che il figlio “una volta uscito dall'Istituto medico-pedagogico non vada in Manicomio, ma le sia restituito”⁴¹. Il termine “restituire” rende in maniera forte quello che la madre stava esprimendo: le decisioni sulle sorti del figlio spettavano in primo luogo alla famiglia. Lei rivendicava il diritto che le fosse riconosciuta la tutela sullo stesso. Il ragazzo in

³⁹ Per una critica alla tesi storiografica dell'Onmi come modernizzatrice si veda P. Guarnieri, *Dagli aiuti materni all'ONMI: l'assistenza alla maternità e all'infanzia del fascismo*, in L. Pozzi e M. Breschi (a cura di), *Salute, malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, Udine, Forum-SIDeS, 2009, pp. 59-83.

⁴⁰ G. Fattovich, *Istituto Medico-Pedagogico della provincia di Venezia, Relazione sul primo venticinquennio di attività*, cit., pp. 28. Lo psichiatra veneziano scriveva che i 142 ricoverati in ospedale psichiatrico erano “frenastenici con insufficienza mentale di alto grado, per lo più cerebropatici ed epilettici”, oppure “gravi anormali del carattere, nei quali sono poi insorte delle forme schizofreniche o si sono rilevate delle gravi turbe etiche incompatibili con la vita libera”.

⁴¹ Lettera del Prefetto alla Direzione dell'Istituto medico-pedagogico di Marocco in data 21 novembre 1931. In AIMP Marocco, b. 1933, cartella Giuseppe C.

realità non venne mai ufficialmente dimesso dall'istituto, ma uscì in licenza e non fece più ritorno⁴².

Anche Armida R., con diagnosi di frenastenia, uscì dall'Istituto medico-pedagogico di Marocco nel 1933 per peggioramento. La direzione medica dell'istituto contattò la famiglia per capire che fare. Rispose il Commissario prefettizio scrivendo che i genitori erano favorevoli a farla ricoverare in ospedale psichiatrico, dove venne inviata dal 1933 al 1935⁴³. La famiglia fino a quel momento si era mostrata interessata alla figlia e ci sono varie lettere dei genitori che lo documentano. Teresa, frenastenica ed epilettica, era entrata in ospedale psichiatrico nel 1925 a sei anni in ospedale psichiatrico, venne poi trasferita all'istituto medico-pedagogico e dopo le dimissioni ritornò in ospedale psichiatrico dove morirà nel 1943⁴⁴.

Cesarina V. ha una storia di istituzionalizzazione precoce. Arrivò all'istituto medico-pedagogico nel 1927 dopo essere già stata ricoverata a Thiene⁴⁵. Quando dopo pochi anni uscì dall'istituto, venne ammessa all'Ospedale psichiatrico di San Clemente. La sua diagnosi era idiozia con epilessia. Cesarina morì al San Clemente nel 1975.

Un dato che merita comunque una riflessione è il numero alto dei bambini che passarono nell'ospedale psichiatrico. Soprattutto nei primi anni, molti provenivano dall'ospedale psichiatrico e molti vi tornarono. Negli anni successivi, adottato il criterio dell'educabilità per l'ammissione all'istituto medico-pedagogico, il numero dei bambini inviati all'ospedale psichiatrico calò notevolmente. I bambini non educabili vennero spesso riconsegnati alle famiglie, salvo poi magari trovarli in ospedale psichiatrico dopo qualche anno.

Sostanzialmente tra istituto medico pedagogico e ospedale psichiatrico era visibile una continuità pur nella differenza di compiti, per cui se un bambino

⁴² AIMP Marocco, b. 1933, cartella Giuseppe C. Il minore, con diagnosi di epilessia, arriva a Marocco comprendendo “di dover essere ricoverato e piange per dover lasciare la madre”. Sarà spesso descritto come un bambino affettuoso.

⁴³ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Armida R. La lettera del Commissario prefettizio alla direzione medica era del 26 luglio 1933.

⁴⁴ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Teresa V.

⁴⁵ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Cesarina V.

risultava non gestibile – perché troppo violento su di sé⁴⁶ o sugli altri⁴⁷, perché tentava il suicidio⁴⁸, perché risultava di scandalo⁴⁹ – il ricovero in ospedale psichiatrico era abbastanza scontato, soprattutto fino ai primi anni Trenta. Ettore A. venne dimesso dall'istituto medico-pedagogico perché la sua condotta riusciva “di scandalo agli altri bambini” e avrebbe richiesto “una sorveglianza personale continua”⁵⁰. Ma anche Sante M. venne inviato all'ospedale psichiatrico perché tentava di fuggire, si nascondeva “dietro le siepi, sotto i letti, dietro qualsiasi riparo”. Inoltre Sante, che era violento verso gli altri bambini, commetteva “atti immorali”⁵¹.

Tanti bambini inviati in ospedale psichiatrico avevano diagnosi che ne escludevano l'educabilità: come Pietro A. frenastenico ed epilettico⁵². Molti di loro conclusero la loro vita in ospedali psichiatrici, come Giovanni P., orfano, affetto da “idiozia” e, secondo il medico condotto di Cavarzere, “pericoloso a sé e agli altri”⁵³. Solitamente l'istituzionalizzazione dei bambini avveniva in assenza della famiglia: o perché i bambini erano orfani o perché la famiglia non riusciva ad occuparsi di loro per motivi che potevano essere economici, o legati a dei lutti.

⁴⁶ AIMP Marocco, b. 1931-32, fasc. 1931, Tita G. o come Romeo T. nel fasc. 1932.

⁴⁷ AIMP Marocco, b. 1931-32, Pietro A.

⁴⁸ AIMP Marocco, b. 1930 a-l, Teresina C.

⁴⁹ Chi risultava di scandalo veniva allontanato dall'istituto: inviato alla famiglia se questa era disposta ad accogliere il bambino, oppure inviato in ospedale psichiatrico. A titolo di esempio, AIMP Marocco, b. 1930 A-M, Ettore A.

⁵⁰ Lettera della psichiatra Luisa Levi alla famiglia del 24 agosto 1930 in AIMP Marocco, b. 1930 A-M, cartella di Ettore A. Il padre preoccupato rispose che non sapeva come occuparsene, avendo anche altri due figli e chiese se era possibile inviarlo in un altro istituto. Il bambino venne dimesso da Marocco e consegnato al padre e non si sa se effettivamente entrò in altri istituti. Vi è però, in data 15 giugno 1949, una lettera del Tribunale civile e penale di Milano che chiedeva copia della cartella di Ettore che era imputato in un processo. Su Ettore si veda anche ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli Marocco 1930*, Ettore A.: la psichiatra annotava che il bambino “conosce perfettamente il codice”, quindi sapeva distinguere il bene dal male.

⁵¹ AOP San Servolo, Posizioni amministrative alienati morti, b. 48, cartella di Sante M.

⁵² AOP San Servolo, Schedario dimessi, maggio 1933.

⁵³ Giovanni nacque nel 1916 figlio di padre ignoto. Rimasto orfano della mamma, viene inviato all'Ospedale psichiatrico di San Servolo nel 1924 per un mese, e ricoverato lì dal 1926. Fu all'istituto medico-pedagogico di Marocco per circa tre anni, dal 1927 al 1930. In seguito venne inviato all'Ospedale Gris di Mogliano Veneto e poi all'Ospedale civile di Mirano. Nel 1931 tornò nell'Ospedale psichiatrico di San Servolo e lì morì il 3 settembre 1938. Sulla sua cartella clinica colpisce il diario di febbraio del 1935: “Idiota del più infimo grado. Sudicio alla ennesima potenza con tendenze coprofaghe. Emette frequentemente grida clamorose... che farebbero invidia alle oche romane dei tempi di Brenno”.

Parte seconda.

Il contesto scientifico e politico

Capitolo 5.

Gli psichiatri dei bambini tra aspirazioni tecnocratiche e convergenze sul fascismo

Tracciare il rapporto tra psichiatri dei bambini e fascismo induce a riflettere sui modi in cui si declinò questo legame. Induce a riflettere sulle aspirazioni, aspettative e richieste che gli psichiatri come professionisti avevano avanzato rispetto allo Stato fin dall'età liberale. Nella seconda metà dell'Ottocento il positivismo penetrò profondamente nella cultura psichiatrica, attraverso l'organicismo – che rimase a lungo una linea di indagine prioritaria per la psichiatria –, attraverso la fiducia nella scienza e nelle possibilità terapeutiche, attraverso il lombrosismo e le sue molteplici eredità e attraverso la convinzione di poter assumere un ruolo anche politico che rendesse migliore lo Stato nato da poco. L'eredità del positivismo perdurò a lungo, per alcuni aspetti fino agli anni Trenta¹.

Non è certo un caso che a inizio Novecento il Ministro della pubblica istruzione fosse uno psichiatra come Leonardo Bianchi. In quegli anni venne varata la legge del 1904 sugli alienati², legge che peraltro mostrò ben presto dei limiti. Gli psichiatri notarono presto che per certi aspetti era la stessa legge a ostacolare la loro valorizzazione come professionisti della malattia mentale e della cura delle malattie mentali. Gli psichiatri cioè venivano visti dalla legge stessa come alleati delle forze dell'ordine, impegnati ad accogliere nei manicomi persone pericolose a sé o agli altri

¹ A proposito della “sopravalutata crisi del positivismo – il cui tramonto fu assai meno inarrestabile di quel comunemente creduto” –, si veda A. Scartabellati, *Culture psichiatriche & cultura nazionale. Per una storia sociale della cultura psichiatrica italiana (1909-1929)*, in “Frenis zero. Scienze della mente, Filosofia, Psicoterapia e Creatività”, numero 5, anno III, gennaio 2006 in web.tiscali.it/bibliopsi/frenis.htm (ultima consultazione 20 settembre 2014). Scartabellati insiste anche sulla “banalizzazione dell'enciclopedica opera lombrosiana. Un'opera dallo spessore e dalla fortuna indiscutibilmente internazionale, ridotta spesso ad esclusivo morfologismo fisico da un'equivoca tendenza storiografica volta a rimuoverne le influenze e le eredità ancora vigorose in larghi settori delle scienze mediche nazionali fino ai primi anni '50 del XX secolo”. Si veda anche C. Pogliano, *Prefazione* a P. Guarnieri, *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Milano, Franco Angeli, 1985, pp. 7-14.

² *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, legge 14 febbraio 1904, n. 36, in “Gazzetta Ufficiale”, n. 43, 22 febbraio 1904.

o di pubblico scandalo. La dimensione della malattia e della cura passavano decisamente in secondo piano rispetto alle funzioni di tutela dell'ordine sociale e molti psichiatri lamentarono questo, chiedendo a gran voce la revisione della legge.

Il nuovo schema di legge elaborato dalla Commissione Ministeriale per lo studio della riforma della legge sui manicomi e sugli alienati presentato al Governo nel marzo del 1923 enfatizzava il compito di cura dei malati mentali, visti non più solo come persone pericolose da segregare ma come malati da curare. Lo schema di legge prevedeva la possibilità che un ammalato richiedesse il ricovero volontario³. La commissione rivendicava un maggior spazio da dare alle competenze mediche, un maggior riconoscimento per la professione psichiatrica che dalla legge del 1904 veniva invece gravata di compiti e funzioni di sicurezza e ordine pubblico⁴.

Nello stesso periodo molti psichiatri chiesero il riconoscimento dei compiti preventivi e profilattici della psichiatria. La vicenda del movimento per l'igiene mentale che portò alla nascita nell'ottobre del 1924 della Lega Italiana di Profilassi e Igiene Mentale mostra esattamente questo. Nell'aprile del 1924 Corrado Tumiatì, sottolineando l'importanza del movimento per l'igiene mentale, auspicava che presto si costituisse una Lega come quella già costituita in Francia ma scriveva che

“tutto minaccia di risolversi in discorsi, banchetti e decorazioni. Il patriottismo non ci acceca, ma non ci entusiasma nemmeno l'idea che la scienza italiana vada a fare ufficialmente magre figure nei congressi internazionali. Che si vuole andare a raccontare ai colleghi americani che di profilassi mentale sono maestri? I nostri progetti? Ma essi amano i fatti! E quali fatti vorrete decantare? [...] la nuova legislazione sui manicomi intorno alla quale tanti galantuomini si affannano e che nessun Governo approva?”

³ *Il nuovo schema di legge sui Manicomi e sugli alienati*, in “La Voce Sanitaria”, a. III, n. 6-7, giugno 1923, p. 3. La Commissione Ministeriale era formata da Adolfo Berio, Giulio Basile, Gaetano Basile, Michele Pietravalle, Pietro Baccelli, Luigi Baroncini, Ruggero Tambroni, Emanuele Da Molin, Augusto Fanfani, Livio Socini, Lorenzo La Via. Il ricovero volontario previsto in questo schema di legge non prevedeva però la possibilità di abbandonare l'ospedale psichiatrico volontariamente. Ricovero volontario e possibilità di abbandonare l'ospedale psichiatrico vennero introdotti solo nel 1968 con la legge 431, detta anche legge Mariotti. Si veda *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*, legge n. 431, 18 marzo 1968, in “Gazzetta Ufficiale”, n. 101, 20 aprile 1968. Sulla legge Mariotti si veda anche D. Forgacs David, *Margini d'Italia. L'esclusione sociale dall'Unità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2015, pp. 216-217.

⁴ *Relazione della Commissione Ministeriale*, in “La Voce Sanitaria”, a. III, n. 6-7, giugno 1923, pp. 4-6.

Quando non si hanno fatti nuovi ed interessanti da portare ad un Congresso, si sta a casa e si lavora [...]. Fare, bisogna e sul serio”⁵.

In questo clima di aspettative e richieste, il ruolo giocato dallo Stato fascista fu fondamentale. Le parole di Tumiati, ma non solo le sue, mettono in luce la verbosità di un sistema che sembrava inconcludente: il suo richiamo ai fatti appariva segno di insoddisfazione verso il sistema parlamentare che si caratterizzava, o almeno così appariva ad alcuni, per la mancata capacità decisionale. In questo scenario il fascismo si presentò come il Governo dei fatti e delle decisioni e si presentò nelle vesti di modernizzatore, in grado di dare finalmente ai tecnici lo spazio che cercavano. Il fascismo intendeva mostrare come compiuta la saldatura tra politica e tecnica ed è in nome di questa saldatura che molti medici, tra cui alcuni psichiatri dei bambini, risposero “con entusiasmo alla chiamata alle armi del regime”, come ha scritto Claudia Mantovani⁶.

Ecco allora che indagare le cause e le modalità di incontro tra psichiatri dei bambini e fascismo permette – come ha notato Gabriele Turi per le professioni liberali e intellettuali – “di verificare la crescita di ceti sociali che premono per

⁵ C. Tumiati, *Per una “Lega Italiana di profilassi e igiene mentale”*, in “La Voce Sanitaria”, a. IV, n. 2, aprile 1924, p. 11. Interessante è il dibattito che precedette la costituzione della Lega. Si veda la lettera di Giulio Cesare Ferrari e la risposta di Tumiati in *La Lega Italiana di Profilassi e Igiene mentale*, in “La Voce Sanitaria”, a. IV, n. 3, 15 maggio 1924, pp. 5-7. Si vedano anche le lettere di Mario Zalla, Eugenio Medea, Paolo Amaldi e le risposte di Tumiati in *Per una “Lega Italiana di Igiene Mentale”* in “La Voce Sanitaria”, a. IV, n. 4, luglio 1924, pp. 14-17 e la lettera di Gustavo Modena in “*Lega Italiana di Profilassi e Igiene Mentale*”, in “La Voce Sanitaria”, a. IV, n. 5, settembre 1924, pp. 13-15. La Lega e il suo periodico ebbero rapporti talvolta accesi. Si veda il carteggio tra Tumiati e Ferrari, in Fondo Ferrari, ASPI, Carteggio, Lettere a Ferrari, fasc. *Tumiati*, lettera del 1 giugno 1925. Nella lettera Tumiati non mancava di fare le proprie rimostranze a Ferrari: “Nell’offrire, disinteressatamente, il nostro periodico alla Lega noi sottintendevamo una condizione che ella non può non trovare legittima: quella di essere regolarmente ed ampiamente informati. Vediamo al contrario e con dispiacere, che se si è prontissimi nel criticare i nostri scritti in quanto si considera il periodico “organo ufficiale della Lega”, non lo si è altrettanto nel fargli pervenire tutte le notizie riguardanti il movimento”. Tumiati lamentava che molte sezioni, ad esempio quella laziale e quella sarda, non inviavano notizie, nonostante le sollecitazioni.

⁶ C. Mantovani, *Rigenerare la società. L’engenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, cit., p. 271. Si vedano anche A. Morelli, *La missione del medico negli anni ’30* e F. Orlandi, *L’associazionismo dei medici dall’età liberale al fascismo*, entrambi in G. Turi (a cura di), *Libere professioni e fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1994, pp. 87 e sgg.

organizzare i propri interessi e, insieme, il tentativo dello Stato di controllare un processo che [...] si era fatto impetuoso nel dopoguerra”⁷.

Attraverso la ricostruzione di alcuni passaggi del rapporto tra psichiatri dei bambini e Stato fascista si intende contribuire alla questione di più ampia rilevanza storiografica del rapporto tra libere professioni e fascismo⁸, evidenziando come da un lato le politiche sociali e assistenziali messe in atto dal fascismo per i bambini anormali abbiano contribuito ad alimentare il consenso di alcuni psichiatri intorno al regime almeno nel primo periodo⁹. Nello spazio d’azione che il regime lasciò ai medici, questi cercarono di enfatizzare il loro ruolo di tecnici e alcuni tra di loro tentarono – anche se non sempre con successo – di traghettare il fascismo verso la modernità¹⁰. Ma, d’altro canto, la lettura che il fascismo fece della questione dei bambini anormali e soprattutto lo slittamento dell’attenzione da parte del fascismo dal piano dei bambini anormali a quello dei bambini travati e delinquenti alimentarono spinte centrifughe tra gli psichiatri dei bambini che non sempre si adeguarono a un disegno che si definì poco per volta dalla collaborazione tra alcuni medici e politici fascisti.

Per valutare i rapporti tra gli psichiatri dei bambini e il fascismo si considerano le misure di politica sociale varate dal regime che riguardarono i bambini anormali, misure che si collocano tra l’autoritarismo e la ricerca del consenso¹¹. Se da un lato le misure varate per l’infanzia anormale andavano collocate in un contesto caratterizzato dalla battaglia demografica del “molti, sani e

⁷ G. Turi, *Lo Stato educatore. Politica e intellettuali nell’Italia fascista*, Roma-Bari, Laterza, 2002, p. 77. Turi evidenzia come riflettere sul fatto che la professionalizzazione di diverse attività intellettuali sia avvenuta durante il fascismo serve a valutare non solo la politica che questo ha messo in atto e il consenso che ha ricavato, ma permette anche di verificare se i rapporti tra professionisti e regime abbiano travalicato la vicenda del regime.

⁸ In particolare si veda G. Turi (a cura di), *Libere professioni e fascismo*, cit.. I saggi del libro si soffermano in particolare su medici, avvocati e ingegneri. Si veda anche F. Tacchi, *Binari paralleli. Storia delle professioni e storia del fascismo*, in “Studi Storici”, n. 1, 2014, pp. 109-122.

⁹ Sul rapporto tra consenso, programmi di assistenza e meccanismi di controllo sociale si veda P. Corner, *Fascismo e controllo sociale*, in “Italia contemporanea”, n. 228, settembre 2002, on line www.insmli.it/pubblicazioni/1/corner_228.pdf (ultima consultazione 15 ottobre 2016). Più in generale sulla questione del consenso e della coercizione si veda J. Chapoutot, *Controllare e distruggere. Fascismo, nazismo e regimi autoritari in Europa (1918-1945)*, Torino, Einaudi, 2015, pp. 143-150.

¹⁰ Sul rapporto tra tecnocrazie scientifiche ed élite politiche si veda F. Cassata, *Verso l’”uomo nuovo”: il fascismo e l’eugenica “latina”*, cit., p. 156.

¹¹ L. Gaeta e A. Viscomi, *L’Italia e lo Stato sociale*, in G. A. Ritter, *Storia dello Stato sociale*, Roma-Bari, Laterza, 2011, pp. 227-276.

forti” – come recitava uno slogan del tempo che suggeriva l’immagine di una gioventù di futuri lavoratori e soldati –, dall’altro le misure e gli enti che avrebbero dovuto raggiungere tali scopi si mostravano spesso inadeguati e insufficienti.

5.1. Eugenia a rovescio?¹²

Nel gennaio del 1924, subito dopo l’approvazione della legge del 1923 sull’obbligo di istruzione, era stato pubblicato un breve articolo di Gherardo Ferreri, docente alla Regia Università di Roma. Il docente prendeva chiaramente posizione contro l’”idolo” della

“fanciullezza degenerare, tanto più adorata quanto maggiori stimate essa porta del vizio, della delinquenza e della deficienza intellettuale: grottesco e ripugnante fiore di serra, che si vuol conservare, a ogni costo, a una vita grama e funesta”¹³.

La sua *verve* polemica non si fermava qui. Deplorando che la propaganda per la protezione dei bimbi malati fosse divenuta “un’idea fissa così prepotente” da dominare su ogni altra istituzione di igiene – tanto da far dimenticare “problemi ben più gravi e importanti” come la lotta alla tubercolosi, alla malaria, alla pellagra – egli sosteneva senza mezzi termini che

¹² Questo paragrafo prende il titolo da un articolo di Gherardo Ferreri del 1924. Tuttavia di “eugenica a rovescio” aveva già scritto Francesco Aveta, *Eugenica a rovescio*, Napoli, 1915, riferendosi alla Grande Guerra. Sull’eugenetica e la prima guerra mondiale si vedano F. Cassata, *Molti, sani e forti, L’eugenetica in Italia*, cit., pp. 52-61 e L. Tedesco, *Giuseppe Sergi e “la morale fondata sulla scienza”. Degenerazione e perfezionamento razziale nel fondatore del Comitato Italiano per gli Studi di Eugenia*, Milano, Unicopli, 2012, pp. 87-90.

¹³ Gherardo Ferreri, *Eugenica a rovescio*, in “Minerva. Rivista delle riviste”, vol. XLIV, gennaio 1924, p. 2. Sul medico Gherardo Ferreri si veda Guglielmo Bilancioni, voce *Gherardo Ferreri*, in *Enciclopedia Italiana*, di Scienze, Lettere e Arti, volume XV, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 1932, pp. 61-62, on line [http://www.treccani.it/enciclopedia/gherardo-ferreri_\(Enciclopedia-Italiana\)/\(ultima consultazione 5 ottobre 2016\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/gherardo-ferreri_(Enciclopedia-Italiana)/(ultima consultazione 5 ottobre 2016)). Gherardo Ferreri fu anche autore di *L’Italia da redimere*, Milano, Bocca, 1916 in cui individuava i mali dell’Italia, che andavano dalla malaria alla piccola borghesia, all’analfabetismo, alla lotta alla criminalità.

“[...] la pietà dei filantropi condanna agli stenti e spesso alla fame i buoni prodotti, e si dedica tutta alla incubazione di una progenie deforme nel corpo e nello spirito, frutto di delinquenti e di male femmine, ereditiera delle tabe più schifose”¹⁴.

Questa situazione appariva al medico romano come una vera e propria “ingiustizia sociale”: si trattava a suo dire di una “eugenica a rovescio” che invece di migliorare l’uomo aiutando i giovani sani a diventare lavoratori abili e forti da adulti, si preoccupava in maniera eccessiva dei bambini anormali. Anche se il medico non arriva mai nell’articolo a proporre la soppressione degli anormali, è significativo che in due parti facesse riferimento al Taigeto e all’usanza degli spartani di esporre lì i nati deformati, pur precisando che non intendeva rinnovare una tale usanza, in quanto “metodo fuori tempo e fuori luogo”, ma “logico dal punto di vista dell’igiene sociale”.

La disputa sull’educazione e cura dei bambini anormali, che Gherardo Ferreri aveva alimentato, non era cosa nuova. Già tra il 1914 e il 1915 in un clima contraddistinto da grandi speranze, ma anche da grandi critiche e perplessità, non mancarono gli attacchi anche polemici a chi si impegnava per l’educazione e la cura degli anormali.

Nel 1914 era stato l’antropologo Giuseppe Sergi a esprimere apertamente perplessità e critiche sulla questione¹⁵.

“Noi domandiamo se sia utile socialmente e che cosa può dare l’educazione dei deficienti; se questi possono diventare normali, e se in apparenza sembrano tali, non sia un pericolo continuo la loro discendenza. Perché biologicamente costesti deficienti sono destituiti di quel che si richiede allo sviluppo normale o completo, e la discendenza loro non può che essere inferiore e degenerare, come è stato facilmente dimostrato. Ed io potrei qui con esempi dimostrare che

¹⁴ G. Ferreri, *Eugenica a rovescio*, cit., p. 2.

¹⁵ Su G. Sergi si veda L. Tedesco, *Giuseppe Sergi e “la morale fondata sulla scienza”. Degenerazione e perfezionamento razziale nel fondatore del Comitato Italiano per gli Studi di Eugenica*, cit., F. Cassata, *Molti, sani e forti. L’eugenetica e in Italia*, cit., pp. 28-35 e C. Mantovani, *Rigenerare la società. L’eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, cit.

veramente il pericolo non è immaginario; perché i deficienti sono la semenza da cui nascono i criminali, le prostitute, gli squilibrati, i pazzi e i pazzeschi, i vagabondi e i mendicanti”¹⁶.

La critica del Sergi si iscriveva nel problema della “degenerazione” che lui aveva a lungo trattato tra fine Ottocento e inizio Novecento. Secondo Sergi la “rigenerazione” della stirpe sarebbe stata possibile solo affiancando alla selezione naturale quella “artificiale” volta a impedire l’aumento dei degenerati e a far diminuire quelli esistenti. L’educazione andava riservata esclusivamente a coloro che lo scienziato valutava come recuperabili, per gli altri invece Sergi invocava “una repressione violenta dei degenerati” costringendoli al lavoro, possibilmente deportandoli in isole deserte per obbligarli al lavoro e con l’imposizione di non fare figli in patria¹⁷.

La posizione critica di Sergi aveva alimentato le perplessità dello psichiatra Enrico Morselli, che pure si era impegnato per l’educazione degli anormali tra fine Ottocento e inizio Novecento attraverso Istituti di Pedagogia medica, che aveva contribuito a far costruire, come quelli di Chiavari e di Nervi. Ma nel 1915 la posizione di Morselli era divenuta molto più dubbiosa e aveva riconosciuto che gli anormali potevano essere particolarmente “pericolosi” per “la propagazione della razza” perché, attraverso l’istruzione e l’apprendimento seppur minimo di un mestiere, ne poteva derivare la possibilità per loro di sposarsi e di avere “una prole sempre più intaccata da vizii costituzionali, sempre più degenerata”¹⁸. Per sottolineare la sua posizione Morselli aveva utilizzato anche le parole di Eugenio Tanzi che, da quanto riferiva Morselli stesso, si era mostrato scettico verso le possibilità di educazione degli anormali perché questa avrebbe dato solo risultati “meschini”, cosa dalla quale derivava che “la adattabilità sociale dei frenastenici”

¹⁶ G. Sergi, *L'eugenica. Dalla biologia alla sociologia*, in “Rivista Italiana di Sociologia”, XVIII, numeri 5-6, sett.-dic. 1914, p. 635.

¹⁷ G. Sergi, *Le degenerazioni umane*, Milano, Fratelli Dumolard, 1889, pp. 227-228.

¹⁸ E. Morselli, *E' socialmente utile l'educazione dei frenastenici?*, in “Quaderni di psichiatria. Rivista mensile teorica e pratica”, vol. II, numero 5, maggio 1915, pp. 229-230. Sullo psichiatra Enrico Morselli si veda P. Guarnieri, *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Milano, Franco Angeli, 1985.

rimaneva a suo dire “per lo meno dubbia”¹⁹. Morselli chiedeva “fatti precisi” per poter chiarire questi dubbi riguardanti la “salute della razza”, e dunque “una buona “casistica” di frenastenici che istruiti ed educati siano divenuti davvero dei valori sociali utilizzati, e abbian data la vita a figli e nepoti sani, equilibrati, completi”²⁰.

A Morselli aveva risposto Sante De Sanctis dalle pagine della rivista “L’infanzia anormale”.

“Il professor E. Morselli rinfresca ancora una volta il rancido problema se sia “socialmente utile l’educazione dei frenastenici”. La sua risposta non è esplicita, ma trasparentissima ed è negativa. È giusta però?”²¹.

De Sanctis polemizzava con Morselli in modo acceso, in ragione anche del suo lungo impegno per l’educazione degli anormali e in ragione del “dovere sociale della protezione dei deboli”, dell’“ideale democratico” o “cristiano”. Ma non solo.

“I medici-pedagogisti, quelli seri, non hanno alcuna pretesa di infondere coi loro sforzi la sapienza nelle menti degli imbecilli; si prefiggono soltanto lo scopo del loro *adattamento* sociale e della loro *utilizzazione* pratica. Tra i mezzi per raggiungere questo fine vi è certamente quello della istruzione (del *dressage* per gli idioti gravi), ma vi è pure quello e principalissimo dell’avviamento al lavoro (per gl’imbecilli e gli anormali psichici)”²².

La questione dunque era quella dell’“utilizzazione pratica” degli anormali, che secondo lo psichiatra romano era un obiettivo ragionevole almeno per una parte degli anormali. Ma a De Sanctis pareva doveroso replicare a Morselli anche in nome proprio dei “fatti”.

¹⁹ Le parole di Tanzi vengono riportate da Morselli in *E' socialmente utile l'educazione dei frenastenici?*, cit., p. 230. La posizione di Tanzi esprimeva un timore diffuso. Si veda anche M. Montessori, *Norme per una classificazione dei deficienti in rapporto ai metodi speciali di educazione*, cit., pp. 160-167.

²⁰ E. Morselli, *E' socialmente utile l'educazione dei frenastenici?*, cit., p. 230.

²¹ S. De Sanctis, *L'utilità sociale dell'educazione dei deficienti*, in “L’Infanzia Anormale”, anno VIII, n. 6, 1915, p. 85.

²² Ivi, cit., pp. 86-87, corsivo nel testo.

“Riguardo poi a quanto deplora il Morselli che i pedagogisti-medici non seguono i loro allievi tardivi, deficienti ecc. al di là della scuola e che perciò s’ingannano sull’efficacia dei loro espedienti e sulla efficienza dei risultati ottenuti, non ho altro da dire dopo tante relazioni e statistiche *sincerissime* che abbiamo pubblicato in questi ultimi sedici anni. Noi potremmo esibire storie decennali e quindicennali di parecchi e parecchi alunni dei nostri Asili-Scuola. Ma chi si cura di noi miseri italiani?”²³.

Sulla questione intervenne anche Giuseppe Ferruccio Montesano dalle pagine de “L’assistenza dei minorenni anormali”, il bollettino della Scuola magistrale ortofrenica di Roma. Montesano muoveva nelle prime righe delle accuse forti: secondo lui le “gravi discordie” tra i principali propagandisti della questione trovavano ragione non in motivazioni scientifiche e umanitarie, ma in “fini personali”. Lo psichiatra romano lamentava che l’eredità di quest’inutile diatriba fosse

“lo scetticismo dei presunti competenti in materia, alienisti, pedagogisti, giuristi che fossero, i quali, con un apriorismo tutt’altro che scientifico, proclamavano vani gli sforzi educativi, impossibile un qualsiasi risultato positivo, sia pure immediato e transitorio, e incoraggiarono così le amministrazioni pubbliche a perseverare in un comodo quietismo, a negare i mezzi necessari per l’invocata fondazione di istituti, se non pur a sopprimere, sotto pretesto d’economia, qualcuno dei già esistenti”²⁴.

Montesano in particolare ricordava i due principali sostenitori di “questa crociata contro l’educazione dei frenastenici”, ovvero “due illustri scienziati” come Sergi e Morselli, che avanzavano più che altro dei dubbi, ma “l’autorità loro” era “troppo grande perché il dubbio non produca effetti depressivi sopra l’esperimento ancora a l’inizio”²⁵.

²³ S. De Sanctis, *L’utilità sociale dell’educazione dei deficienti*, cit., p. 87, corsivo nel testo.

²⁴ G. F. Montesano, *Ortofrenia ed Eugenia*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino trimestrale delle Scuola magistrale ortofrenica”, a. III, n. 1-2, 1915, p. 1.

²⁵ Ivi, cit., p. 2.

Secondo Montesano non erano tanto i frenastenici gravi a poter essere recuperati, ma quelli di grado lieve. Verso costoro la sfiducia nel ruolo dell'educazione che Morselli e Sergi avevano avanzato gli sembrava scientificamente non dimostrata. Per non educare gli anormali si

“dovrebbe infine dimostrare assolutamente erronea l'ipotesi avanzata da scienziati autorevolissimi [...] che cioè un fenomeno patologico, quale fra l'altro può venir favorito da un'eredità morbosa, rappresenti a volte uno stimolo efficace, indispensabile anzi, per la produzione di variazioni utili ne la discendenza”²⁶.

Dunque secondo Montesano anche gli anormali potevano, forse a maggior ragione di individui normali, rappresentare una risorsa in grado di produrre quelle che oggi chiameremo le varianti genetiche che, questo era il pensiero del medico, potevano anche essere in grado di migliorare la popolazione. Secondo Montesano inoltre non era provato che l'educazione non potesse modificare caratteri dominanti e recessivi. Qui la spiegazione di Montesano può apparire più azzardata, ma le conoscenze dell'epoca non lo potevano escludere: secondo lo psichiatra romano nessuno poteva respingere completamente l'idea che l'educazione avrebbe potuto trasformare i caratteri dominanti in recessivi e viceversa. Sappiamo oggi che questo non è possibile, ma in fondo quella di Montesano era l'intuizione che l'ambiente potesse ampiamente influire sulle manifestazioni dei caratteri genetici, al punto da farli restare solo in potenza e da non farli mai divenire atto. A dimostrazione della estrema variabilità dei caratteri e delle possibilità continue di rigenerazione, Montesano portava gli esempi di Spencer e Vico che erano stati nei primi anni scolastici dei tardivi.

Montesano riteneva che fosse pericoloso l'egoismo sociale di coloro che sostenevano l'inutilità dell'educazione degli anormali. Il rischio dell'egoismo sociale non era pericoloso solo per i singoli che affermavano la posizione dell'inutilità dell'educazione degli anormali, ma per tutta la società.

²⁶ G. F. Montesano, *Ortofrenia ed Eugenia*, cit., p. 3.

“Fin qui le cose considerate da uno stretto punto di vista d’egoismo sociale: sarebbe interessante ricercare quanto il culto di tale sentimento giovi alla società, quali pericoli ne derivino, specie per il fatto che questo egoismo, a differenza de l’individuale, non trova freni e può degenerare facilmente in parassitismo, sfruttamento, prepotenza e peggio verso alcuni dei consociati”²⁷.

L’articolo di Montesano del 1915 pose chiaramente anche un’altra questione: ovvero la questione dell’eugenica rispetto all’infanzia anormale. Lo psichiatra romano prendeva nettamente le distanze da quegli eugenisti i quali “con la stessa facilità con cui si oppongono all’educazione dei frenastenici, propugnano la proibizione dei matrimoni, o la resezione del canale deferente o addirittura la castrazione per ogni individuo portatore di caratteri morbosi gravi, facilmente trasmissibili”²⁸. Secondo Montesano, prima di invocare misure lesive della personalità morale e fisica, si sarebbero dovuti “ricercare altri mezzi, da cui venga assolutamente bandita ogni violenza”²⁹. A suo dire, la questione delle misure eugenetiche che la società avrebbe posto in atto non poteva essere disgiunto in nessun modo dal concetto di violenza: la violazione dei diritti individuali da parte della società era tanto meno giustificata quanto “meno certo, meno grave, meno immediato” era il pericolo che la società correva a causa di questi individui. Soprattutto la società poteva usare altri mezzi per difendersi, e lui indicava chiaramente l’educazione.

Le sue parole non potevano essere disgiunte da un concetto di stato che – lui lo esprimeva chiaramente – non poteva impiegare violenza senza perdere legittimità. Quali altri mezzi la società poteva impiegare per difendersi? L’unico campo fecondo aperto all’eugenica era quello educativo; attraverso l’educazione degli anormali, ma soprattutto dei normali, si sarebbe contribuito “ad elevare la personalità umana, a farle acquistare un grado di libertà sempre maggiore”³⁰.

²⁷ G. F. Montesano, *Ortofrenia ed Eugenica*, cit., p. 3.

²⁸ Ivi, cit., p. 6.

²⁹ Ivi, cit., p. 6.

³⁰ Ivi, cit., p. 7.

Sulla questione aveva preso posizione nel 1916 anche Giulio Ferreri, direttore della rivista “L’Infanzia Anormale”, già collaboratore di De Sanctis a Roma nell’organizzazione degli asili scuola. Egli aveva ribadito l’utilità dell’assistenza ed educazione degli anormali sia da un punto di vista sociale oltre che economico. Si era appellato anche a motivazioni di tipo etico: i sentimenti sociali, che spingevano ad azioni altruistiche, dovevano avere la meglio sui sentimenti egoistici.

“Si deve in ogni caso tener conto della possibilità di un freno dei sentimenti egoistici per mezzo della forza dei sentimenti sociali, che agiscono come compressori e antagonistici e quindi come compulsori di azioni altruistiche. Ciò è compito della civiltà che rende miti gli uomini, diminuendo gl’impulsi feroci e belluini dell’umanità primitiva”³¹.

Questi dunque erano i termini della polemica sull’eugenica e i bambini anormali nel 1915. Da un lato Sergi e Morselli, dall’altro De Sanctis, Montesano, Giulio Ferreri. Difficile dire chi avesse vinto la partita, di certo quando uscì nel 1924 l’articolo di Gherardo Ferreri, le sue parole non suonarono come nuove. Il terreno era già fertile.

Nel 1924 a contrapporsi a Gherardo Ferreri fu Ernesto Scuri, docente di Pedagogia nella Regia Università di Napoli, il quale nel 1924, dispiaciuto e addolorato che medici ed eugenisti come Sergi, Morselli, Giulio Cesare Ferrari fossero divenuti “avversari decisi” della scuola per anormali e della “ortofrenopedia” che mirava ad avviare al lavoro e all’istruzione gli anormali. Il pedagogista criticava in particolare la proposta di Giulio Cesare Ferrari.

³¹ Giulio Ferreri, *L’utilità sociale dell’assistenza degli anormali*, in “L’Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro Anormali”, a. IX, n. 6, 1916, p. 80. Si veda anche Giulio Ferreri, *La questione utilitaria dell’educazione degli anormali*, in “L’Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro Anormali”, a. IX, n. 8, 1916, pp. 115-122. La prima rivista diretta da Ferreri fu “L’educazione dei frenastenici (Rassegna Medico-Pedagogica)” pubblicata a Roma nel 1901. Dal 1907 al 1911 Ferreri diresse a Roma il “Bollettino dell’Associazione Romana per la cura medico-pedagogica dei fanciulli anormali e deficienti” che dal 1911 divenne “L’Infanzia Anormale” e trasferì la propria redazione a Milano.

“C'è chi pensa, ora, di proporre che tutti i fanciulli minorati siano raccolti e mantenuti in Colonie agricole provinciali. E' una tipica ed aberrante proposta che bisogna combattere in nome della difesa sociale e della umana solidarietà, perché questo ammassamento di miserie organiche e psichiche trascende le stesse vedute dell'eugenica e sposta le basi di una razionale e civile assistenza dei deboli”³².

La questione tuttavia non era semplice: da un lato c'erano Sergi, Morselli, Ferrari a proporre soluzioni poco dispendiose incentrate soprattutto sull'idea di difesa sociale, di separazione dei bambini anormali dai normali, fino ad arrivare all'idea di spedirli in qualche sperduta colonia. La questione si sviluppò nello stesso periodo in cui venne approvato il Regio Decreto n. 3126 che prevedeva l'adozione di alcune misure per l'istruzione dei minori in generale, dei ciechi e sordomuti, e alcune misure erano previste anche per l'infanzia anormale. Difficile pensare che la nuova polemica sull'educazione degli anormali in rapporto all'eugenetica che si sviluppò nei primi mesi del 1924 possa essere separata dalla legislazione che venne approvata negli stessi giorni.

La proposta di istituire una colonia per i bambini anormali fu di Giulio Cesare Ferrari che da un lato si era da lungo tempo impegnato per la cura degli anormali ed era il Presidente della Società Italiana Pro Anormali. A rilevare l'incongruenza tra una proposta di tal specie e gli incarichi istituzionali di Ferrari fu proprio Sante De Sanctis che aveva sottolineato la

“incompatibilità di un ufficio di presidenza di una “Società” sorta per sostenere, di fronte all'opinione pubblica e al Governo, la giustizia dei provvedimenti relativi all'assistenza dei fanciulli anormali e le proposte del prof. G. C. Ferrari”³³.

³² E. Scuri, *Eugenica e Scuola*, in “L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali”, a. XVII, n. 3, 1924, P. 55.

³³ S. De Sanctis, *Per l'assistenza dei fanciulli anormali educabili*, in “L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali”, a. XVII, n.1, 1924, p. 2.

In questa osservazione di De Sanctis attira l'attenzione la frase per cui un presidente di una Società che si occupava di anormali avrebbe dovuto perorare questa causa davanti al Governo, che in quei giorni era in mano a Mussolini. L'annotazione colpisce a maggior ragione in virtù del fatto che Giulio Cesare Ferrari non aveva mai nascosto le sue simpatie verso il governo fascista³⁴. E dunque la posizione di Ferrari spiccava perché proprio nel momento in cui il governo approvava un decreto che apriva la strada all'educazione degli anormali, lo psichiatra Ferrari se ne usciva scrivendo che la capacità dei minorati psichici a essere educati era un "mito ch'ebbe voga prima della guerra".

De Sanctis gli aveva obiettato che il programma che si stava portando avanti si fondava fin dal 1899 su due principi: il principio della profilassi sociale e della separazione degli anormali psichici da quelli con forme gravi che non si pensava di educare. Secondo lo psichiatra romano il fine che li aveva mossi e spinti all'azione era "la valorizzazione dei deboli di mente e degli instabili leggeri e non pericolosi"³⁵.

La nuova polemica fu molto estesa nel 1924: intervenne il medico Alfredo Albertini direttore della Scuola Autonoma "Zaccaria Treves" di Milano sostenendo che i falsi anormali dovevano continuare a stare nelle classi differenziali, ma che non si potevano certo accomunare gli instabili o gli anormali psichici veri con gli epilettici e gli idioti da manicomio³⁶.

De Sanctis arrivò a rivolgere un appello apertamente al Direttore Generale dell'Istruzione Primaria.

"Ma se la nostra voce può arrivare in alto, noi preghiamo la Commissione e il Governo – in nome della difesa sociale, in nome della solidarietà umana e della Carità Cristiana – che venga concesso un po' di sole ai fanciulli che, per non

³⁴ *Gli psichiatri e il regime. Ipotesi per una ricerca. Intervista con Ferruccio Giacanelli*, in "Rivista Sperimentale di freniatria", vol. CXXXIII, n. 1, 2009, pp. 73-85.

³⁵ S. De Sanctis, *Per l'assistenza dei fanciulli anormali educabili*, cit., p. 3.

³⁶ A. Albertini, *L'assistenza medico-pedagogica dei fanciulli anormali nella Scuola "Z. Treves"*, "L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali", anno XVII, febbraio e giugno 1924.

essere ancora pericolosi, ed essere, invece educabili, hanno diritto a un po' di scuola e a molto lavoro e non al tozzo di pane dell'ospizio"³⁷.

Dalla rivista "L'Infanzia Anormale" Tullio Mannelli dichiarava che a non rispondere e commentare l'articolo del professor Ferrari, si sarebbe recata "offesa al sentimento nazionale e alla vigorosa volontà del governo fascista" che aveva da poco iniziato a varare alcune misure per l'assistenza scolastica rivolta a tutti i bambini, compresi gli anormali. Mannelli sottolineava con tono polemico un altro, ulteriore aspetto che accomunava sia Giulio Cesare Ferrari che Gherardo Ferreri.

"Evidentemente questo schieramento professorale contro la classe dei minorati psichici deve essere di moda; però si potrebbe anche interpretare come un tentativo di ostacolare l'azione riparatrice che, con nobile e coraggioso intendimento, il Governo nazionale svolge a favore degli anormali educabili"³⁸.

A Mannelli pareva ancor più grave che le resistenze di alcuni medici riguardassero i compiti stessi che spettavano alla Nazione, che dovevano comprendere la profilassi della delinquenza minorile, che si sarebbe incentivata non educando gli anormali, i quali, "abbandonati ai propri istinti" avrebbero costituito una "minaccia per gli ordinamenti economici e morali della Nazione, la quale non può distruggerli"³⁹. E questa azione era quella intorno alla quale ci si accaniva, ed era verso questa azione, la distruzione, che alcuni medici propendevano, mostrando di preferire all'educazione degli anormali soluzioni più radicali, come l'allontanamento degli anormali in colonie di lavoro. Questi suggerimenti e proposte più o meno velate a Mannelli non piacevano e lo urtava il fatto che queste resistenze venissero non tanto, o almeno non solo, da amministratori, giuristi, ma da medici in un

³⁷ S. De Sanctis, *Per l'assistenza dei fanciulli anormali educabili*, cit., p. 4.

³⁸ T. Mannelli, *L'Eugenetica e gli anormali educabili*, in "L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali", a. XVII, n.1, 1924, p. 11.

³⁹ Ivi, cit. p. 12.

momento in cui per la prima volta venivano approvate alcune norme per l'infanzia anormale⁴⁰.

La posizione degli psichiatri che si interessavano all'infanzia fu dunque complessivamente favorevole all'educazione dei bambini anormali e indubbiamente la posizione di Sante De Sanctis ebbe un peso determinante in questi anni e in quelli a venire. Ma la cosa che in realtà sorprende è come non esistesse un fronte compatto a sostenere questa posizione: critiche e perplessità provenivano non solo dall'opinione pubblica e dagli amministratori, ma anche da medici e da psichiatri dediti ai bambini. La causa dell'educazione e cura dell'infanzia anormale la spuntava contro i detrattori, ma mostrava anche come il fronte degli psichiatri non fosse compatto.

5.2. Verso il fascismo

Quando il fascismo prese il potere con la marcia su Roma nel 1922, la situazione della psichiatria interessata ai bambini era eterogenea e poco chiara. La specializzazione in psichiatria infantile non esisteva e non esistette per lungo tempo, sostanzialmente fino alla fine degli anni Cinquanta. Sante De Sanctis però già nel 1923 al XVI Congresso della Società Freniatrica Italiana aveva ribadito l'importanza della disciplina della psichiatria infantile, auspicando che

“la neuropsichiatria infantile assuma aspetto autonomo e venga coltivata da giovani medici previa integrazione della loro cultura in neurologia, psichiatria, pediatria e psicologia”⁴¹.

Secondo De Sanctis questo aveva particolare importanza in ragion del fatto che

⁴⁰ T. Mannelli, *L'Eugenetica e gli anormali educabili*, cit. pp. 11-12. Concludendo il suo articolo, Mannelli ricordava l'ordine del giorno presentato da Umberto Saffiotti al III Convegno della Società Italiana pro Anormali tenutosi a Napoli nel novembre del 1920. L'ordine del giorno, che venne approvato, prevedeva di chiedere allo Stato di istituire il casellario sanitario; di introdurre il controllo sanitario dei matrimoni; di estendere il principio della segregazione oltre che ai pericolosi per la società, anche ai “pericolosi della specie”; di intensificare l'azione profilattica.

⁴¹ S. De Sanctis, *La neuro psichiatria infantile*, in “Rassegna di Studi Psichiatrici”, vol. XII, fasc. 2-3, marzo-giugno 1923, p. 120.

“le malattie mentali dell’adulto affondano, quasi tutte, le loro radici nell’età infantile; da ciò deriva che di quelle malattie non si potrà mai avere una conoscenza profonda ed intiera, se i psichiatri non avranno a portata un materiale accumulato dagli specialisti di neuropsichiatria infantile”⁴².

Le sue parole avevano un peso particolare soprattutto perché le due discipline di neurologia e psichiatria – separate dal 1907 – erano state nuovamente accorpate nel 1923 e la cosa sembrava preoccupare gli psichiatri in particolare, timorosi di finire schiacciati dalla neurologia. De Sanctis era ben consapevole del problema ed appunto per ovviare a questa situazione propose l’autonomia della neuropsichiatria infantile.

Nel frattempo, il 31 dicembre 1923, venne emanato il Regio Decreto n. 3126 riguardante le disposizioni sull’obbligo di istruzione⁴³. Con tale decreto si fissava l’obbligo di istruzione dai sei ai quattordici anni. Il decreto stabiliva che l’obbligo venisse esteso anche ai ciechi e ai sordomuti. Tale novità parve molto importante agli psichiatri, rappresentando per loro un primo passo verso il riconoscimento dell’obbligo scolastico esteso a tutti i bambini.

Con l’articolo 28 del decreto voluto dal Ministro della pubblica istruzione Giovanni Gentile si stabiliva di affidare a una delle facoltà di medicina il compito di “promuovere gli studi relativi alla morfologia, fisiologia e psicologia delle varie costituzioni in rapporto alle anomalie della crescita infantile”. Questa facoltà si sarebbe occupata di fissare le norme per l’assistenza ai fanciulli anormali e per organizzare le classi differenziali. Chiaramente il compito sarebbe stato assunto dalla scienza delle costituzioni umane dell’endocrinologo Nicola Pende che già nel 1923-

⁴² S. De Sanctis, *La neuro psichiatria infantile*, cit., p. 109. Val la pena sottolineare che sempre nel 1923 Ovide Decroly, psichiatra belga, auspicò la creazione di una disciplina psichiatrica specificamente dedicata all’infanzia, con motivazioni molto simili a quelle espresse da De Sanctis. O. Decroly, *Parallèle entre les troubles mentaux de l’adulte et de l’enfant*, in “Journal de neurologie et de psychiatrie”, a. 23, 1923, pp. 41-45.

⁴³ Regio Decreto n. 3126 del 31 dicembre 1923 *Disposizioni sull’obbligo dell’istruzione*, in “Gazzetta Ufficiale del Regno d’Italia”, n. 28, 2 febbraio 1924, pp. 549-551.

24 acquisì una posizione preminente rispetto alle altre facoltà mediche e agli altri specialisti di medicina, tanto che questo ruolo venne sancito appunto nel decreto.

Era proprio alla Clinica Medica di Genova – dove lavorava Nicola Pende, che aveva tra i suoi collaboratori lo psichiatra Giuseppe Vidoni – che venne affidato il compito di promuovere gli studi relativi alla morfologia, fisiologia e psicologia in rapporto alle anomalie della crescita infantile. Era stato così aperto dal Pende con la collaborazione di Vidoni a Genova un dispensario che avrebbe avuto per scopo riconoscere le imperfezioni fisiche e psichiche.

“Fino ad ora la Clinica ha diagnosticato e curato i malati; è tempo che essa si occupi dei presunti sani, oggi che per merito della gloriosa scuola costituzionalistica italiana più che di quelle straniere, si è in grado di analizzare, con indirizzo scientifico esatto, la costituzione individuale e correggerne in tempo utile le immancabili anomalie”⁴⁴.

Sempre l'articolo 28 stabiliva che il ministero della pubblica istruzione stanziasse annualmente la cifra di cinquecentomila lire annue “per le spese di assistenza educativa agli anormali”. Questa cifra sarebbe stata incrementata dai versamenti di cento lire annue che ogni comune avrebbe stanziato per ogni alunno che presentasse “anormalità di sviluppo suscettibile di correzione e miglioramento mediante speciale assistenza educativa”.

Questo era un primo passo – e dagli psichiatri dell'epoca era visto come estremamente importante. Come ha scritto Claudio Pogliano, “il dialogo con il fascismo al potere era iniziato, ed impegnava una parte consistente della comunità scientifica”⁴⁵. La realizzazione di queste prime misure parve, infatti, agli psichiatri come un terreno sul quale mettere in campo le loro competenze tecniche.

⁴⁴ G. Vidoni, *Per l'assistenza dei giovani anormali*, in “L'igiene mentale”, a. VI, n. 1, genn. 1926, p. 10.

⁴⁵ C. Pogliano, *Scienza e stirpe: eugenica in Italia (1912-1939)*, in “Passato e presente”, n. 5, 1984, p. 71. Pogliano fa riferimento ad alcuni giudizi dati da alcuni scienziati al fascismo nei primi anni Venti. In particolare Pogliano riporta alcune righe di Sante De Sanctis pubblicate su “Difesa Sociale” del 1923 con il titolo *Plauso ai provvedimenti del governo nazionale contro l'alcoolismo* che dichiarava un “gran sollievo” di fronte alla pubblicazione di qualche decreto mussoliniano, come le misure varate per limitare l'alcoolismo.

Pochi giorni dopo, il 4 febbraio 1924, la Direzione Generale dell'Amministrazione Civile diramò ai Prefetti una circolare nella quale si riportava l'articolo 28 del regio decreto 3126. Inoltre, si chiedeva ai prefetti che

“occorrendo dar pronta esecuzione alle disposizioni della suddetta legge, si reputa opportuno che le SS. LL. predispongano le ricerche occorrenti per la pratica attuazione delle surricordate previdenze accertando a mezzo dei Sindaci il numero dei ragazzi anormali, esistenti nei diversi Comuni delle rispettive Provincie, e di quelli suscettibili di correzione e di miglioramento mediante speciale assistenza educativa”.

La circolare chiedeva di verificare, tramite i sindaci, il numero dei ragazzi anormali nei diversi comuni. I dati avrebbero dovuto essere raccolti dalle prefetture e inviati al Ministero dell'istruzione. Si trattava dunque di realizzare un vero e proprio censimento.

Alcuni psichiatri non mancarono di rilevare i problemi che il decreto e la circolare ponevano: da un lato si doveva pensare a organizzare un censimento e dall'altro si doveva pensare ai criteri da adottare per porre in atto una selezione tra i bambini per riconoscere da un lato gli anormali dai normali e dall'altro gli anormali educabili e gli ineducabili, per i quali valeva l'assistenza manicomiale in base alla legge del 1904, o eventualmente l'assistenza in famiglia tramite alcuni sussidi concessi dalle province⁴⁶. Proprio per risolvere questi problemi, alcuni psichiatri non esitarono a offrire suggerimenti tecnici.

Giuseppe Vidoni era intervenuto, infatti, negli stessi giorni per chiarire come si dovesse effettuare il censimento. Egli aveva sottolineato che l'articolo 28 si rivolgeva ai minori anormali educabili. Dunque si trattava di distinguere tra bambini anormali educabili e non educabili, ben sapendo che la distinzione non era sempre netta, non aveva un significato assoluto “in quanto anche nei gradi estremi di

⁴⁶ G. Vidoni, *A proposito delle recenti disposizioni ministeriali per l'educazione dei giovani deficienti*, in “Quaderni di Psichiatria”, vol. XII, a. 1925, p. 126. Vidoni ricordava che una prima stima dei bambini anormali era stata realizzata quattro anni prima dall'on. Prof. Capasso che aveva stabilito in ventimila il numero degli scolari anormali educabili.

frenastenia si può rintracciare capacità di adattamenti”⁴⁷. Vidoni ricordava anche come per i più gravi valesse la legge del 1904 sui manicomi e sugli alienati. Le varie province provvedevano in maniere diverse: alcune con sussidi per l’assistenza familiare, altre li inviavano nei manicomi dove poi talvolta venivano raccolti in sezioni separate dai comuni degenti, in altri casi erano invece mescolati ai ricoverati in manicomio. Esistevano – ricordava Vidoni – anche istituti specializzati e istituti medico-pedagogici che funzionavano a volte bene, mentre altre volte erano “circondati da cattiva fama”. Vidoni si chiedeva apertamente se l’internamento in manicomio per i “deficienti” fosse giusto.

“Ma l’internamento in manicomio per i deficienti è giusto? Molti alienisti (posso assicurarlo) protesterebbero se venisse generalizzato, perché non troverebbero per tutti gli estremi di quella forma di pericolosità che richiede la legge attuale. E a prescindere da ciò, è proprio indispensabile tale internamento e non esiste provvedimento migliore?”⁴⁸.

Vidoni metteva in luce anche le problematiche che l’internamento in manicomio per i minori portava con sé: tra le altre lo stesso “bollo manicomiale”, così lo definiva. Tuttavia, egli sosteneva che usualmente i più gravi venivano ricoverati in ospedale psichiatrico, i falsi anormali sarebbero dovuti essere accolti in classi differenziali per un periodo perché la loro anormalità era temporanea e destinata a scomparire. Per i veri anormali – del carattere e dell’intelligenza – si sarebbero dovute creare delle scuole autonome, che avrebbero potuto avere la forma della scuola a tipo internato, nella quale gli alunni si sarebbero fermati per tutta la settimana.

A Vidoni appariva necessario che tutte queste distinzioni fossero chiare affinché il censimento potesse dare risultati attendibili e affinché non fosse guidato da valutazioni grossolane e generiche ma da criteri tecnici uniformi.

Bambini difficili e anormali dovevano essere individuati, selezionati e separati dai bambini normali. Questo aspetto era condiviso da tutti gli psichiatri.

⁴⁷ G. Vidoni, *A proposito delle recenti disposizioni ministeriali per l’educazione dei giovani deficienti*, cit., p. 126.

⁴⁸ Ivi, cit., p. 127.

Tanzi e Lugaro avevano scritto nel loro trattato che la separazione dei bambini permetteva sia di curare ed educare questi bambini, ma permetteva anche alle famiglie “il sollievo di rientrare nella normalità delle abitudini domestiche”, tanto più se in casa vi erano anche altri fratelli. “Lo spettacolo d’un idiota deforme non è un elemento favorevole all’educazione di fratelli sani”⁴⁹.

Quanti erano i minori “anormali”? Il censimento previsto – che apparve agli psichiatri come molto importante e come ambito dove esercitare l’azione preventiva e profilattica – non venne mai realizzato in maniera capillare ed omogenea per tutto il Paese, per cui non fu mai possibile rispondere in modo definitivo a questo interrogativo.

I bambini sfuggivano non solo ai censimenti comunali, ma anche alle statistiche riguardanti le malattie mentali. I dati raccolti dallo psichiatra Gustavo Modena per conto dell’Istituto Centrale di Statistica del regno d’Italia alla fine degli anni Venti fotografano in maniera precisa la situazione degli adulti, lasciando i minori in una sorta di limbo indefinito, nel quale non erano chiare neppure le patologie, tantomeno i numeri. Nel 1926 risultavano essere 1135 i minori di diciannove anni ricoverati in “Istituti per deficienti”, mentre la cifra complessiva dei malati di mente minori ricoverati in varie tipologie d’istituto risultava essere di 1975, con una prevalenza dei maschi sulle femmine. Sottraendo dal totale dei minori ricoverati quello dei minori in istituti per deficienti, risulterebbe che i minori in ospedale psichiatrico avrebbero dovuto essere 840.

La tavola XI dell’inchiesta di Modena è dedicata alle “Notizie generali riguardanti gli ospedali psichiatrici, le succursali staccate e gli Istituti per deficienti esistenti in ciascuna Provincia e che risposero al questionario”. Sotto la categoria di “Istituti per deficienti” si trovano una serie di istituti dedicati ai minori: il ricovero provinciale per fanciulli frenastenici di Torino che accoglieva 63 minori di entrambi i sessi; l’istituto per frenasteniche di Ponteviso (Brescia) che ospitava 330 bambine e ragazze; l’istituto succursale di Asolo (Treviso) per frenasteniche minorenni che ne accoglieva 35; la Colonia medico-pedagogica di Mogliano che ammetteva 70 maschi e 20 femmine (e che però nel 1926 non accoglieva ancora minorenni, pur risultando

⁴⁹ E. Tanzi, E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, cit., secondo volume, p. 302.

nella categoria riguardante i minori); l'Istituto medico-pedagogico di Thiene che ospitava 500 minori; l'Istituto medico-pedagogico "S. Viola" di Bologna che accoglieva 200 minori; l'Istituto per deficienti orfani di guerra di Barga (Lucca) che ammetteva 52 maschi e l'Istituto Gaetano Giardino di Roma che ne accoglieva 280 tra maschi e femmine; l'asilo Tropeano di Napoli che curava 40 maschi. Sommando tutti questi numeri – che però non comprendono i minori ricoverati in padiglioni e reparti medico-pedagogici presenti nei comuni ospedali psichiatrici e di cui si sa per certa l'esistenza (ad esempio al S.Niccolò di Siena, Mombello, ecc.)⁵⁰ – si raggiunge la cifra di 1570 minori presenti negli istituti per deficienti, cifra che non corrisponde ai 1135 indicati dallo stesso Modena nelle prime pagine, dove dava conto dei minori presenti negli istituti per deficienti⁵¹. I minori riuscivano a scomparire e a smarrirsi anche tra i numeri di un'indagine statistica svolta per conto dell'Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia.

Le incongruenze presenti nella statistica di Gustavo Modena – considerata come estremamente attendibile per gli adulti – mostrano in maniera evidente la difficoltà di fotografare una situazione magmatica, indefinita e in evoluzione come quella dei bambini anormali ricoverati in strutture e ospedali psichiatrici. Quanti si trovavano in istituti adatti al loro recupero? Quanti erano stati istituzionalizzati precocemente in ricoveri per cronici? Quanti erano nascosti tra le famiglie? Quanti vagabondavano per le strade come minaccia all'ordine pubblico e al loro stesso futuro?

Il censimento che avrebbe dovuto precisare il numero di minori anormali in Italia non era riuscito a fotografare precisamente la situazione: nel 1935 Giovanni Calò scriveva che non se ne conoscevano né i criteri, né i risultati – se non per poche regioni quali Piemonte, Lombardia, Veneto, Venezia Tridentina, Liguria,

⁵⁰ Con ogni probabilità i minori erano presenti in molti ospedali psichiatrici italiani: a volte mescolati con gli adulti, altre volte in piccoli reparti solo per minori. Vinzia Fiorino scrive che nel frenocomio di Volterra dal 1920 era allestito un reparto per i bambini di cui non si hanno ulteriori notizie fino al 1949. V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra*, cit., p. 232.

⁵¹ G. Modena (a cura di), *Le malattie mentali in Italia*, Roma, Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia, Tipografia Operaia Romana, 1928, pp. 20 e 21 e pp. 92 e sgg. Si veda anche G. Modena, *La morbosità per malattie mentali in Italia nel triennio 1926-1927-1928*, Istituto Centrale di statistica del Regno d'Italia, Roma, Tipografia Pailli, 1933. Le patologie principali diffuse tra i minori presenti negli istituti per deficienti erano la frenastenia, la psicosi epilettica, la psicosi affettiva e poi la demenza precoce o schizofrenia.

Emilia, Umbria, Toscana, Puglia. Calò però si stupiva dei risultati: 65 fanciulli anormali a Firenze e nessuno a Lecce. Ebbene secondo Calò tali cifre andavano riviste. “Se si prescindere dalle forme molto leggere e dai falsi anormali, si ottiene, come percentuale la più probabile, l'1% o 2% di deficienti sulla popolazione scolastica”⁵². La cifra si sarebbe aggirata sui 60.000 minori anormali secondo i calcoli del pedagogista fiorentino.

A Venezia il censimento era stato compiuto nel 1932, dopo le lunghe battaglie di Tumiatì sulla stampa locale⁵³. Su 15.308 bambini che frequentavano le prime tre classi delle scuole elementari ne furono denunciati come anormali 216, che rappresentavano il 2%⁵⁴. Corrado Tumiatì, presentando la relazione al Podestà su questi dati, ne sottolineava le criticità: il censimento era stato compiuto nel mese di aprile, quando molti bambini si erano già allontanati dalla scuola; non tutte le scuole avevano inviato i risultati; non tutti gli insegnanti erano stati preparati per svolgere il censimento. Complessivamente secondo lo psichiatra il numero era esiguo. Dei 216 riconosciuti come anormali dagli insegnanti e in seguito sottoposti a valutazione con i reattivi del De Sanctis da Flavia Botter, un'insegnante in grado di somministrare questo tipo di test, 71 erano risultati anormali dell'intelligenza, 34 anormali del carattere e 78 forme miste. Erano stati proposti tre tipi di provvedimento: collocamento in classi differenziali per 54 bambini, invio in scuole autonome per 128 casi, allontanamento dalla scuola per 13 casi. Tumiatì insisteva sulla necessità di

⁵² G. Calò, *L'educazione degli anormali. Un dovere sociale: vittorie di oggi e compiti per l'avvenire* in *Problemi vivi e orizzonti nuovi dell'educazione nazionale*, Firenze, Barbèra editore, 1935, pp. 434-435.

⁵³ Nel 1929 Tumiatì pubblicò *La selezione degli anormali nelle scuole comunali*, in “La Gazzetta di Venezia”, 20 settembre 1929, p. 4. In questo articolo egli sottolineava l'importanza della salute mentale delle giovani generazioni. “Se un tracomatoso viene segnalato in una scuola, tutte le autorità civili e sanitarie sono in moto, ma che una diecina di deficienti o di anormali del carattere disturbino o infettino col loro contegno una scolaresca e peggiorino se stessi nell'ambiente scolastico è cosa che non interessa”. Tumiatì insisteva su due problemi che derivavano dal mancato riconoscimento del problema della salute mentale: da un lato i bambini sani venivano danneggiati, dall'altro gli stessi bambini difficili, non trovando cura, rischiavano di peggiorare. La prospettiva che interessava a Tumiatì era sicuramente l'individuazione e selezione dei bambini problematici, ma al tempo stesso anche la possibilità di “rendere il più possibile individuale l'istruzione degli alunni e razionale la loro educazione” attraverso per esempio la precedenza dell'educazione sull'istruzione e attraverso laboratori di avviamento al lavoro. Il problema però, a suo dire, continuava ad essere ignorato dal comune di Venezia, nonostante i suoi ostinati richiami, anche se da questa “invocata riforma” avrebbero potuto trarre “inestimabili vantaggi” le famiglie, gli insegnanti, i fanciulli anormali e quelli sani, oltre all'“utile sociale” che ne sarebbe derivato.

⁵⁴ C. Tumiatì, *Primi dati per un censimento dei fanciulli anormali psichici nelle Scuole Elementari del Comune di Venezia*, in “L'Igiene Mentale”, anno XII, n. 3, settembre 1932, pp. 10-36.

creare una scuola autonoma, perché i bambini inviati nelle classi differenziali avrebbero dovuto raggiungere il livello di normalità oppure essere inviati alla scuola autonoma. Nella sua relazione spiegava anche le caratteristiche di una scuola autonoma: si trattava di una scuola distinta per sede, direzione e amministrazione rispetto alle scuole comuni, sarebbe stata caratterizzata da orario prolungato e calendario pieno senza vacanze estive, aperta per tutto il giorno. In questo tipo di scuole il medico collaborava attivamente con il direttore e gli insegnanti, e l'istruzione andava fatta a piccoli gruppi di 12, massimo 15 alunni⁵⁵.

Negli anni seguenti, il Ministero di Educazione Nazionale emanò diverse circolari volte a diffondere i metodi impiegati alla Scuola magistrale ortofrenica di Roma, che si occupava di formare gli insegnanti dei bambini anormali. Il Ministero con una circolare del 16 dicembre 1930 invitava a utilizzare il materiale prodotto dalla Scuola⁵⁶ e con la circolare numero 58 del 5 novembre 1934 il Ministero raccomandava che nelle classi differenziali fossero impiegati insegnanti preparati nelle Scuole magistrali ortofreniche di Roma e Firenze, che erano riconosciute dal Ministero⁵⁷. In data 30 maggio del 1935 veniva emanata un'ordinanza ministeriale sui concorsi per titoli. Nella tabella dei titoli valutabili venivano attribuiti 10 punti per i titoli di cultura, tra cui i corsi di didattica per classi differenziali⁵⁸. Il ministro Giuseppe Bottai nel 1937 in una circolare del 2 dicembre in realtà notava che la circolare del dicembre del 1930 non aveva avuto un grande seguito tanto che

⁵⁵ C. Tumati, *Primi dati per un censimento dei fanciulli anormali psichici nelle Scuole Elementari del Comune di Venezia*, cit., p. 15. Tumati individuava anche le due persone che a suo avviso erano le più indicate nella direzione della scuola autonoma: l'insegnante Flavia Botter, che aveva già lavorato nell'Istituto medico-pedagogico di Marocco, e lo psichiatra Giovanni Fattovich, medico psichiatra nello stesso istituto.

⁵⁶ Circolare del Ministero dell'Educazione Nazionale ai RR. Provveditori agli studi del Regno in data 16 dicembre 1930, in "L'assistenza ai Minorenni Anormali. Bollettino dell'Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma", vol. III, 1932, p. 117.

⁵⁷ Circolare n. 58 del Ministero dell'Educazione Nazionale ai RR. Provveditori agli studi del Regno in data 5 novembre 1934, in "L'assistenza dei Minorenni Anormali. Rivista edita dell'opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma", vol. IV e V, 1933 e 1934, p. 204.

⁵⁸ Ordinanza ministeriale sui concorsi per titoli del 30 maggio 1935 in "L'assistenza dei Minorenni Anormali. Rivista edita dell'opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma", vol. IV e V, 1933 e 1934, pp. 205 e 206.

appunto nel 1937 richiamava le autorità comunali a servirsi dei materiali della Scuola magistrale ortofrenica di Roma⁵⁹.

5.3. Le aspirazioni tecnocratiche degli psichiatri dei bambini

Nel 1926 un articolo di Sante De Sanctis riassumeva il tenore del dibattito che si era svolto in Italia nel ventennio precedente e la percezione che lo psichiatra romano aveva avuto dello stesso.

“Dire e non fare; fare e disfare; cominciare e non finire; far poco e far male; promettere e non mantenere; sollecitare Relazioni e non leggerle; preparare progetti di legge e non presentarli; indire statistiche e non pubblicarle; eleggere Commissioni e non farle funzionare; accogliere con garbo voti di associazioni e congressi e cestinarli; molto discutere e niente concludere. In questa serie d'*infiniti* si concentra il distillato della storia dell'Assistenza dei fanciulli anormali-psichici in Italia, negli ultimi venticinque anni”⁶⁰.

Le parole di De Sanctis facevano riferimento ai primi venticinque anni del secolo. In queste parole riecheggiano le vicende di psichiatri e bambini ed emergeva il punto di vista di uno dei maestri della psichiatria infantile in Italia.

A partire dal 1899 si erano intensificate in Italia iniziative e proposte per la cura dei bambini anormali. Il 1899 era l'anno in cui a Roma era stata fondata la Lega nazionale per la protezione dei bambini deficienti, l'anno in cui erano stati aperti il primo asilo-scuola – sotto la direzione di Sante De Sanctis – e la scuola magistrale ortofrenica, che si occupava di formare gli insegnanti dei bambini anormali. Nel 1899 venne anche aperto a Firenze l'Istituto Umberto I per la cura dei bambini

⁵⁹ Circolare del Ministero dell'Educazione Nazionale del 2 dicembre 1937 *Materiale della Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma*, in “L'assistenza dei Minorenni Anormali. Rivista edita dall'opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. VI a X, 1939, pp. 421-422.

⁶⁰ S. De Sanctis, *Per l'assistenza degli anormali psichici*, in “Maternità ed infanzia”, a. I, novembre 1926, n. 1, p. 8. Corsivo nel testo originale. Tra le commissioni a cui probabilmente De Sanctis si riferisce va ricordata la commissione Ferri incaricata nel 1921 di stilare un nuovo codice penale che rifletteva i dettami dell'antropologia criminale e che prevedeva il recupero e l'istruzione dei minori più che la pena. Si veda M. Gibson, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Milano, Bruno Mondadori, 2002, p. 284.

tardivi. Sempre in quel periodo a Roma Maria Montessori e Giuseppe Montesano prelevarono una sessantina di bambini dall'Ospedale psichiatrico di Santa Maria della Pietà per creare uno dei primi istituti medico-pedagogici annesso alla Scuola magistrale ortofrenica di Roma⁶¹.

Gli anni seguenti furono anni ricchi di sperimentazioni, di ricerca, di tensione verso il riconoscimento dei diritti dell'infanzia anormale. Tra il 1909 e il 1912 anche la politica nazionale si interessò alle condizioni dell'infanzia e venne istituita la Commissione reale Quarta per la delinquenza dei minorenni⁶². I lavori della commissione fecero ben sperare chi da anni si occupava di bambini e guardava con interesse a quanto stava accadendo oltre i confini nazionali, ad esempio al *Children Act* inglese⁶³. Tra i membri della stessa anche Sante De Sanctis, che intervenendo nel corso della seduta del 23 maggio 1911 aveva precisato chi veniva incluso tra i minorenni anormali:

“non i pazzi né gli idioti, né gli imbecilli, ma quei fanciulli che sono affetti da forme leggere di idiozia, di imbecillità, di neuropatia, di psicopatia e che sono perciò educabili”.

Questi anormali non ricadevano secondo De Sanctis tra le competenze della legge sugli alienati, e al tempo stesso di loro non si occupava il progetto di istruzione elementare. E tuttavia costoro

⁶¹ Sul ruolo della Montessori nella scuola magistrale ortofrenica, impegno che durò due anni perché già nel 1901 la Montessori si spostò a Magistero a Roma, si veda S. Stewart-Steinberg, *L'effetto Pinocchio. Italia 1861-1922. La costruzione di una complessa modernità*, Roma, Elliot, 2011, pp. 390-395.

⁶² Sulla Commissione reale per lo studio dei provvedimenti contro la delinquenza dei minorenni, detta anche Commissione Quarta, dal nome del suo presidente, si veda M. Gibson, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, cit., pp. 268-281.

⁶³ Sul *Children Act* del 1908 si veda H. Hendrick, *Child Welfare. Historical Dimensions, Contemporary Debate*, cit., pp. 82-86. La legge si occupava di protezione dell'infanzia, di prevenzione della crudeltà verso bambini e ragazzi, di riformatori e *industrial schools*, di delinquenti giovanili.

“se non si possono dire senz’altro “delinquiri”, sono però coloro che danno il maggior contingente alle categorie dei discoli e dei delinquenti, perché hanno predisposizioni speciali per divenire tali”⁶⁴.

Durante la seduta, De Sanctis sottolineò il ruolo e l’importanza delle scuole per gli anormali e il ruolo del magistrato dei minorenni, che avrebbe dovuto collaborare con lo psichiatra.

Del codice elaborato dalla Commissione Quarta per i minorenni, all’articolo 119, De Sanctis sottolineava che si intendeva rendere obbligatoria l’istruzione e l’educazione degli anormali. La commissione si era soffermata a discutere sul tipo di scuole adatte. Venne proposto di istituire una scuola speciale in ogni città sede del magistrato per minorenni e di insegnamenti sussidiari nei comuni più piccoli. Si parlò anche di scuole con internato o meno. La Commissione Quarta si era chiaramente ispirata, come sottolinea Mary Gibson, all’antropologia criminale e alla scuola positiva e ai principi di prevenzione più che di punizione, di educazione più che di repressione⁶⁵. Di fatto però, a causa anche della guerra e del clima mutato le misure proposte dalla Commissione Quarta non ottennero mai l’approvazione del Parlamento e non divennero mai legge dello Stato. La mancanza di una legislazione specifica era un aspetto evidenziato da più parti.

Pochi anni dopo, nel 1915, si era costituita a Milano la Società Italiana Pro Anormali (S.I.P.A.) che aveva come scopo “promuovere e tutelare l’educazione, l’istruzione e l’assistenza di fanciulli anormali”. Per raggiungere questo scopo la Società mirava ad agevolare studi e ricerche nel campo medico, in quello della psicologia applicata e in quello della pedagogia emendativa; intendeva organizzare lezioni, esercitazioni e conferenze per i medici, gli insegnanti e le famiglie; si proponeva anche di interessare le autorità alla questione della selezione degli alunni

⁶⁴ A. Fantini, *L’Assistenza degli Anormali e la Commissione Reale per i minorenni*, in “L’Infanzia Anormale. Bollettino dell’associazione romana per la cura medico-pedagogica dei fanciulli anormali e deficienti poveri”, anno V, n. 23-24, 1911, p. 118.

⁶⁵ Tra i membri della commissione, oltre a De Sanctis, Scipio Sighele, Luigi Credaro, Enrico Ferri.

nelle scuole elementari. La S.I.P.A. intendeva, infine, assistere e seguire i bambini una volta cresciuti, dopo il periodo scolastico⁶⁶.

Durante la discussione che precedette l'approvazione dello statuto il professor Mario Ponzo di Torino dichiarò che avrebbe voluto che la S.I.P.A. tra i suoi scopi fissasse la razionale selezione degli alunni anormali delle scuole elementari. In realtà il presidente De Sanctis dichiarò che non credeva che la S.I.P.A. potesse svolgere funzioni di selezione, ma riteneva invece che fosse compito della appena costituita società far pressioni affinché le commissioni fossero costituite da tecnici.

La questione della tecnica e delle competenze tecniche erano aspetti richiamati costantemente sia da Sante De Sanctis sia da chi condivise con lui la battaglia per la cura e l'educazione degli anormali. Non si trattava più di far beneficenza, ma si trattava di creare un sistema di assistenza fondato su competenze tecniche e affidato a personale preparato. Ed era sulla base di queste motivazioni che alcune istituzioni, come le scuole autonome e gli asili scuola⁶⁷, apparivano decisamente preferibili ad altre contraddistinte dallo spirito di beneficenza e di assistenza caritatevole, come gli istituti medico-pedagogici, destinati ad accogliere casi più gravi di anormalità al confine con i comportamenti pre-delinquenziali.

Nel 1919 fu Giovanni Calò che –relazionando sull'Istituto Umberto I di Firenze per fanciulli tardivi e nervosi – chiese allo stato di provvedere con leggi

⁶⁶ *Società Italiana Pro Anormali. Lo Statuto*, in "L'Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana Pro Anormali", a. VIII, n. 5, 1915, p. 77. Il presidente della S.I.P.A. era Sante De Sanctis, vicepresidenti erano Giulio Ferreri di Milano e Mario Ponzo di Torino e segretario era il dottor Alfredo Albertini di Milano. Il cassiere era Tullio Mannelli di Milano. Tra i consiglieri, il prof. Agostino Gemelli di Milano, il professor Giulio Cesare Ferrari di Bologna, il professor Giuseppe Ferruccio Montesano di Roma, il professor Cesare Colucci di Napoli. Tra i consiglieri vi erano anche avvocati e maestre.

⁶⁷ Scuole autonome e asili scuola erano stati creati a Roma e a Milano. A Milano la prima scuola autonoma fu la "Zaccaria Treves": si trattava di una scuola diurna che funzionava in estate dalle 8.30 alle 18 e in inverno dalle 9 alle 17. Accoglieva bambini dai sei ai dodici anni con anomalie dell'intelligenza e del carattere; erano esclusi gli ineducabili e gli anormali. I bambini da accogliere venivano scelti da una commissione composta dal direttore dell'ambulatorio di psicologia sperimentale, dal medico direttore della scuola speciale autonoma, dal medico scolastico e dal direttore didattico della scuola da cui provenivano i bambini. Per ciascun bambino veniva compilata una cartella biografica. Si veda R. Lupo Renaudo, E. Peraldo, *Relazione sulla visita fatta alla scuola autonoma "Zaccaria Treves" a Milano il 28-29 aprile 1915*, in "L'Infanzia Anormale", a. VII, n. 9-10, 1915, pp. 134-148.

speciali all'assistenza dell'infanzia anormale “non bastando sancire l'istruzione obbligatoria se non si dà il modo di usufruire al numero non piccolo di individui che di cure intellettuali hanno più bisogno e sono i reietti delle scuole comuni”. Secondo Calò nel prossimo avvenire si sarebbe posto all'Italia “il problema dell'infanzia”, problema che avrebbe compreso e coinvolto la riforma della scuola popolare, la diffusione e la riforma di istituzioni parascolastiche, le istituzioni sussidiarie della scuola, quelle che si occupavano di protezione dell'infanzia abbandonata. A suo dire, “l'infanzia anormale ne sarà certo uno degli aspetti più gravi”⁶⁸.

Calò espresse chiaramente le speranze di molti medici, psichiatri e pedagogisti che da tempo auspicavano una legge che ponesse l'Italia in linea con la legislazione europea. Le leggi arrivarono di lì a poco: il contesto politico non sarebbe stato quello dello stato liberale ma quello del nuovo stato fascista.

Attraverso le vicende della legislazione per l'infanzia anormale e per la delinquenza dei minorenni, si può verificare la crisi del sistema liberale e giolittiano che aveva mostrato limiti e difficoltà, in ambito economico, politico, e rispetto alle esigenze di modernizzazione. Lo Stato liberale si era modernizzato, nel senso che aveva accresciuto le funzioni e gli ambiti di intervento, ma non era riuscito a compiere pienamente questo passaggio. Il “riformismo senza riforme” di Giolitti, di cui ha scritto Emilio Gentile, “favorì il decadimento dell'autorità dello Stato anche nella borghesia e soprattutto fra i nuovi ceti medi”⁶⁹. Ed era attraverso questa via che si manifestava la crisi del sistema giolittiano e viceversa si affermava il mito dello *Stato nuovo*⁷⁰, che trovava spazio anche tra gli psichiatri.

De Sanctis aveva sottolineato come le mancanze non fossero solo dovute “alla pigrizia, alla malvolenza o alla incomprendimento di Ministri o di Sindaci”. Secondo lui le incomprendimenti erano tanto in alto che in basso, dove spesso tra i medici dominava l'interesse personale.

⁶⁸ Istituto Umberto I per fanciulli tardivi e nervosi, in “L'Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro Anormali”, n. 1-2, 1919, pp. 14-16. L'articolo era un resoconto dell'attività svolta e conteneva anche le osservazioni di Giovanni Calò.

⁶⁹ E. Gentile, *L'Italia giolittiana*, Bologna, il Mulino, 1990, pp. 231-232.

⁷⁰ E. Gentile, *Il mito dello Stato nuovo. Dal radicalismo nazionale al fascismo*, Roma-Bari, Laterza, 2002.

In questa situazione, ben descritta dalle parole di Sante De Sanctis, gli psichiatri interessati ai bambini vissero con frustrazione le attese deluse, i rimandi, le perdite di tempo. Il nuovo governo fascista per alcuni di loro rappresentò la possibilità di ottenere uno spazio maggiore di azione ed ebbero quindi la speranza che finalmente il governo si interessasse alla questione con la volontà di risolverla. Tra il 1923 e il 1926 furono due le misure varate dal Governo che interessarono e coinvolsero in parte l'infanzia anormale: il regio decreto del dicembre del 1923 sull'obbligo di istruzione, che è già stato presentato nel precedente paragrafo, e la legge del 1925 che istituiva l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

Con la legge n. 2277 del 10 dicembre 1925⁷¹ e con il regolamento attuativo del 1926⁷² venne istituita l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia destinata a promuovere la difesa e il miglioramento delle qualità fisiche, morali e culturali della razza⁷³. La categoria dei fanciulli e degli adolescenti ammessi all'assistenza era molto ampia. Il regolamento del 1926 all'articolo 122 prevedeva fossero ammessi anche, tra gli altri, i minorenni fisicamente e psichicamente anormali e in ultimo i discoli, oziosi, vagabondi o dediti alla mendicizia o alla prostituzione, e quelli inquisiti, condannati o liberati dal carcere.

All'Onmi veniva riservata la possibilità di svolgere la propria azione verso gli anormali fisici e psichici e verso i traviati attraverso alcune istituzioni. Per gli anormali si prevedevano degli ambulatori condotti da un medico neuropsichiatra infantile a cui dovevano affiancarsi e asili-scuola o scuole autonome, con convitto o semiconvitto, per "adattare, in quanto sia possibile, alla vita, e rendere così socialmente utilizzabili gli anormali psichici, e per attuare la profilassi contro la delinquenza minorile e contro la prostituzione, con un'assistenza integrale, estesa"⁷⁴. Inoltre i comitati di patronato dovevano interessarsi affinché nelle scuole elementari

⁷¹ Legge 10 dicembre 1925 n. 2277, *Protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia*, in "Gazzetta Ufficiale" n. 4 del 7 gennaio 1926.

⁷² Regio Decreto 15 aprile 1926 n. 718, *Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 10 dicembre 1925 n. 2277*, in "Gazzetta Ufficiale" n. 104 del 5 maggio 1926.

⁷³ Sull'Onmi da un punto di vista legislativo si veda M. Morello, *Donna, moglie e madre prolifica. L'Onmi in cinquant'anni di storia italiana*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2010, pp. 20-29.

⁷⁴ Articoli 163 e 164, Regio Decreto 718/1926. Sull'assistenza ad anormali e traviati si veda M. Morello, *Donna, moglie e madre prolifica. L'Onmi in cinquant'anni di storia italiana*, cit., in particolare per l'assistenza agli anormali pp. 50-52.

fossero istituite classi differenziali in cui inserire una lunga serie di bambini recuperabili – tra cui i “falsi anormali psichici”, i deboli fisici, gli “instabili”, gli “scolari subnormali per ragioni estrinseche”, i difettosi dell’udito e della vista, i “distratti”.

Il regolamento stabiliva che i minori abbandonati, traviati, inquisiti o liberati dal carcere venissero posti sotto la protezione dei Comitati di patronato che avrebbero istituito reparti o Centri di osservazione per accertare la rieducabilità e per monitorare le condizioni fisiche, intellettuali e morali di questi minori, eventualmente stabilendo il tipo di terapia adatta e il loro collocamento in famiglia o in istituti. La direzione di questi Centri veniva naturalmente affidata a un medico.

Lo Stato stabiliva di prendersi carico di questa infanzia infelice, raccogliendo molte riflessioni maturate nell’ambiente psichiatrico nei primi vent’anni del Novecento, basti pensare a Sante De Sanctis, Giuseppe Montesano o a Giulio Cesare Ferrari.

Nel 1927 dalle pagine dell’”Archivio fascista di medicina politica” sarebbe stato Luigi Roncoroni, direttore della Clinica Neuropsichiatrica della Regia Università di Parma, a sottolineare il ruolo della psichiatria nell’affrontare e risolvere il problema della delinquenza minorile, stabilendo un legame tra minori psichicamente anormali e minori delinquenti. Roncoroni sottolineava l’importanza degli Istituti di osservazione temporanea istituiti dallo Stato, nei quali una commissione medica doveva analizzare ogni caso con metodo clinico e psico-antropologico cercando di individuare per ciascuno dei provvedimenti individualizzati. Roncoroni nel suo articolo richiamava più volte il maestro Cesare Lombroso e al tempo stesso sottolineava il ruolo svolto dal regime fascista nel guidare l’Italia che “non più segue umilmente le orme degli altri popoli, ma si traccia ormai fieramente la sua via”⁷⁵.

⁷⁵ L. Roncoroni, *L’assistenza dell’infanzia fattore essenziale della lotta contro la delinquenza*, in “Archivio fascista di medicina politica”, volume I, 1927, pp. 124-126. Sulla rivista, pubblicata dal 1927 al 1932, si veda F. Paolella, *Archivio fascista di medicina politica*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. CXXXIII, n. 1, 2009, pp. 37-51. La rivista rappresentava una forma di medicina politica come qualcosa di nuovo che coniugava in parte la medicina sociale con la novità storica rappresentata dal fascismo, che assumeva salute, quantità e qualità della stirpe come proprio compito. Si veda anche R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, Firenze, La Nuova Italia, 1999, pp. 33-40.

A parere di De Sanctis la legge che istituiva l'Onmi aveva il merito di fissare una nomenclatura ufficiale distinguendo gli anormali psichici in deboli di mente e in instabili o anormali del carattere. Inoltre la legge chiariva la distinzione tra classi differenziali e scuole autonome o asili scuola. In particolare la legge poneva distinzione tra il fanciullo “differenziato” – sostanzialmente un tardivo o un falso-anormale – da inserire nella classe differenziale e che, dopo un tempo abbastanza breve, sarebbe tornato nella classe comune e il fanciullo “anormale” o instabile o anormale-affettivo per il quale erano fondamentali le scuole autonome o gli asili scuola. Infine, vi era anche il fanciullo “frenastenico” per il quale esistevano gli istituti chiusi o i reparti manicomiali⁷⁶.

Alla legge istitutiva dell'Onmi la psichiatria italiana dedita ai bambini arrivava – attraverso la voce del suo maggior esponente – con attese notevoli, provenienti da un lungo dibattito, e con speranze e aspettative importanti. Il metodo per realizzare queste aspettative – De Sanctis non ne faceva mistero – era l'impiego della tecnica e dei tecnici. Lo psichiatra romano tornò sull'argomento nel secondo numero della rivista “Maternità ed infanzia”. Secondo lui la tecnica era realmente fondamentale e poteva essere valutata solo in relazione al fine da raggiungere. Per quanto riguardava i “minus-valori sociali” il fine era uno solo: aumentarne il valore, che significava “dare ai ragazzi che non ne hanno, o ne sono scarsamente dotati, un valore morale ed economico”⁷⁷. E per fare ciò

“Il lavoro, dunque, è il mezzo tecnico per aumentare il valore dei minorati e quindi per effettuare la difesa sociale”⁷⁸.

A questo proposito egli sottolineava come nelle scuole autonome i bambini avessero inizialmente un valore lavorativo corrispondente al 20% e anche meno dei bambini coetanei. Attraverso la frequenza di queste scuole arrivavano in seguito al 60% e anche al 75%.

⁷⁶ S. De Sanctis, *Per l'assistenza degli anormali psichici*, cit., p. 9-10.

⁷⁷ Id., *Il fattore morale nell'assistenza dell'infanzia*, in “Maternità ed infanzia”, a. I, n. 2, dic. 1926, p. 20.

⁷⁸ Ivi, cit., p. 21.

L'articolo più interessante dei tre che De Sanctis pubblicò su "Maternità ed infanzia" è però l'ultimo. Poi la collaborazione con la rivista si interruppe, anche se lo psichiatra continuò ad avere un ruolo importante nella federazione laziale dell'Opera. Ebbene, in questo terzo articolo del 1927, intitolato *Tecnica e carità*, De Sanctis tentava un primo bilancio della sua esperienza svolta collaborando con l'Onmi e sosteneva che azione ed esperienza influivano sulle "vecchie convinzioni", agitando "il mobile specchio d'acqua del pensiero ordinario"⁷⁹.

La svolta di De Sanctis appare davvero significativa: se nei primi due articoli pubblicati sulla rivista aveva inneggiato al ruolo della tecnica, ora la prospettiva sembrava parzialmente cambiare.

"Prima delle nuove esperienze assistenziali chi scrive seguiva l'idea che non fossero da approvarsi certi grandi Istituti, veri magazzini per fanciulli e adolescenti, orfani, moralmente abbandonati, minorati fisici e psichici, delinquiri, ecc. perché organizzati con tecnica insufficiente e per il loro funzionare alla buona"⁸⁰.

Se dunque a lungo lui stesso aveva preso le distanze dall'assistenza che non fosse esclusivamente basata sulla tecnica, in seguito, precisamente nell'ultimo anno, e lo aveva scritto chiaramente dopo la creazione dell'Opera nazionale,

"l'esperienza assistenziale [...] ha rivalutato anche presso gli uomini di scienza le istituzioni non corrispondenti ai "modelli", cioè quelle che sono più improntate a carità che a rigorosa tecnica"⁸¹.

Secondo lo psichiatra le masse comprendevano parole come "beneficienza", come "carità", ma faticavano a comprendere la parola "scienza". Ecco che allora gli uomini di scienza dovevano scendere dalle loro cattedre per operare da un lato "nella atmosfera del sentimento illuminato", ma dall'altro nell'atmosfera "degli

⁷⁹ S. De Sanctis, *Tecnica e carità*, in "Maternità ed infanzia", a. II, n. 6, giugno 1927, p. 22.

⁸⁰ Ivi, cit., p. 22.

⁸¹ Ivi, cit., p. 23.

immediati interessi nazionali”. Difficile comprendere le ragioni di questa svolta, che rappresenta un parziale ripensamento di De Sanctis: forse aveva compreso che per gli anormali psichici in realtà c’era ben poco spazio nell’Onmi? Forse si era reso conto che l’Opera aveva tanti obiettivi rispetto ai mezzi economici limitati? E dunque aveva forse pensato che era meglio adattarsi al minimo che si poteva sperare di ottenere? Gli scienziati, lo scriveva lui stesso, non potevano avanzare “esigenze rigide”, dovevano piuttosto individuare un “programma sufficiente”. E in che cosa consisteva questo programma? “Aria, pulizia, alimentazione, moralità, lavoro”⁸².

Nel 1927 De Sanctis aveva rivisto le sue aspettative rispetto al governo fascista e agli obiettivi dell’Onmi rispetto agli anormali psichici. Questo fu l’ultimo articolo che scrisse per la rivista, che, dopo tre articoli dedicati alla questione nei primi otto numeri, mise da parte la questione degli anormali psichici, instabili e anormali affettivi. Gli articoli riguardanti l’assistenza degli anormali quasi scomparvero. Però nella rivista venne rivolta un’attenzione crescente ad altre categorie di minori in difficoltà: i minori travati e i minori delinquenti⁸³.

L’anno successivo De Sanctis pubblicò un lungo intervento su “Gerarchia” riguardante *I problemi di rieducazione*. Lo psichiatra tornava sul rapporto tra le opere caritative e quelle assistenziali, la cui differenza consisteva a suo dire nella tecnica. La divisione tra i due tipi di intervento andava superata grazie alla tecnica che avrebbe dovuto essere presente tanto nelle une quanto nelle altre. Fondamentale espressione della tecnica era l’azione di selezione che permetteva di distinguere tra “ricuperabili” e i “rifiuti” ed era compito proprio degli specialisti in neuropsichiatria infantile svolgere tale selezione. Per distinguere tra i due gruppi era indispensabile

⁸² S. De Sanctis, *Tecnica e carità*, cit., p. 25.

⁸³ Si vedano, tra gli altri, gli articoli di Benigno Di Tullio: *Sulla profilassi e terapia della criminalità minorile*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 5, maggio 1928, pp. 415-421; *Sulla tendenza istintiva al delitto nei fanciulli*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 7, luglio 1928, pp. 545-548; *Verso la bonifica morale della nazione*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 8, agosto 1928, pp. 642-645; *L’igiene mentale e la pedagogia scientifica dell’Opera Nazionale Maternità e Infanzia*, in “Maternità ed infanzia”, a. IV, n. 8, agosto 1929, pp. 863-866. Sempre a titolo di esempio si veda G. Gregoracci, *Delinquenza minorile ed assistenza sociale*, in “Maternità ed infanzia”, a. VII, n. 7, luglio 1932, pp. 726-736; A. Carelli, *Salviamo il fanciullo delinquente*, in “Maternità ed infanzia”, a. XII, n. 7, luglio 1934, p. 5; A. Laurinsich, *Profilassi della delinquenza minorile*, in “Maternità ed infanzia”, a. XII, n. 6, giugno 1937, pp. 7-9. Vari sono, inoltre, gli articoli sul tribunale dei minorenni.

stabilire dei “criteri “tangibili” di educabilità”, che dovevano essere coordinati con il criterio economico.

“L’assistenza tecnica dei “ricuperabili” si fa, perché (dicendolo in termini bancari, quindi brutali) ciò che si spende rappresenta una specie di anticipo o di prestito da parte della comunità, che il futuro rendimento dell’assistito compenserà a suo tempo”⁸⁴.

Stabilito il fine dell’azione di recupero, che doveva rispondere a un criterio e a un fine economico che trovava espressione nel lavoro degli anormali, si doveva maggiormente precisare il criterio della educabilità. Secondo De Sanctis per i fanciulli “differenziati”, ovvero quelli inseriti nelle classi differenziali, tale criterio implicava il dover periodicamente verificare attraverso quindici giorni di prova se l’alunno aveva raggiunto il livello della classe comune. Invece per i veri anormali il criterio di educabilità andava periodicamente verificato osservando la curva del rendimento di lavoro e confrontandola con quella degli scolari medi della stessa età. Proprio l’uso degli strumenti tecnici e della tecnica avrebbe risparmiato lo “sperpero di denaro agli enti e di energia agli educatori”⁸⁵. Non a caso l’Onmi con una circolare del 1929, citando espressamente De Sanctis, sottolineava che entravano nelle competenze dell’ente solo i minori completamente recuperabili nel giro di qualche anno, mentre non era consigliabile che la competenza dell’Opera fosse estesa ai casi “di recuperabilità parziale” perché era “assai difficile precisarla e perciò il medico – spinto più dal sentimento che dalla ragione scientifica – sarebbe all’atto pratico proclive ad ammetterla per qualunque malattia o imperfezione”⁸⁶. Dunque l’Onmi faceva proprie le ragioni della tecnica tanto enfatizzate da De Sanctis mostrando però una diffidenza nei confronti dei medici che tendevano a voler recuperare tutti i minori.

⁸⁴ S. De Sanctis, *I problemi di rieducazione*, cit., p. 965.

⁸⁵ Ivi, cit., p. 966.

⁸⁶ Circolare n. 26 del 1° febbraio 1929, in *Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell’Infanzia, Raccolta coordinata ed aggiornata delle circolari 1925-1935. Primo decennale*, Roma, Ditta Carlo Colombo, 1935, p. 102-103.

Alfredo Albertini al Convegno Medico-Pedagogico di Milano del 1930 sottolineò che quanto prevedeva la legge riguardante l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia era stato istituito in ciascuna provincia: gli ambulatori diretti da medici specializzati per l'accertamento diagnostico dei fanciulli e adolescenti anormali; gli asili-scuola o scuole autonome per occuparsi dei minori anche tramite il convitto e che prevedeva che l'assistenza venisse estesa anche alle famiglie. Infine, per i falsi anormali, era prevista l'istituzione di classi differenziali. Tuttavia le classi differenziali erano ben organizzate solo nella città di Roma; qualche tentativo era stato fatto a Napoli e Milano, ma sostanzialmente erano poco diffuse, mentre all'estero Albertini ricordava i casi di Colonia e Bruxelles: 70.000 gli alunni di Colonia, dei quali 2800 assistiti in classi speciali⁸⁷. Nonostante dunque la legge sull'Onmi, ad Albertini appariva evidente il ritardo italiano soprattutto nell'organizzazione delle classi differenziali: ritardo che si era manifestato in modo lampante a Colonia nell'ottobre 1930 durante il Congresso Medico-Pedagogico⁸⁸.

Nel 1930 vi fu un altro importante congresso internazionale: quello di Igiene Mentale a Washington dal 5 al 10 maggio. La delegazione italiana era guidata da Giulio Cesare Ferrari che era stato incaricato dal Governo italiano dal quale aveva ricevuto una serie di documenti riguardanti l'Opera Nazionale Balilla⁸⁹.

La composizione della delegazione italiana fu un primo importante problema da risolvere: nonostante inviti e pressioni della Lipim e della rivista "L'Igiene Mentale", molti psichiatri preferirono declinare l'invito⁹⁰. Alla fine la delegazione

⁸⁷ A. Albertini, G. Corberi, *Stato attuale ed indirizzo dell'assistenza medico-pedagogica dei fanciulli anormali psichici*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 129-147.

⁸⁸ Sul Congresso medico-pedagogico tedesco di Colonia si veda A. Albertini, *Il 5 Congresso Medico-Pedagogico tedesco di Colonia (1930) e le istituzioni medico-scolastiche di Colonia e Bruxelles*, estratto da "Giornale della Reale Società Italiana d'igiene", Milano, 1931.

⁸⁹ Si veda ASPI, Fondo G. C. Ferrari, Carteggio, Lettere di Ferrari ad altri, Lettera a "Eccellenza" 1930 (1). Ferrari ringraziava l'Eccellenza non precisata per i materiali riguardanti l'O.N.B. e di cui si sarebbe servito per parlare al Congresso di Washington ma si doleva "di non avere una documentazione altrettanto completa relativamente alle altre Opere analoghe del Governo Nazionale". Anche se il destinatario della lettera è sconosciuto, era sicuramente qualcuno del Ministero degli Affari Esteri, forse lo stesso ministro Dino Grandi. Per un resoconto del Congresso si veda C. Tumati, *Il I Congresso Internazionale di Igiene Mentale (Washington 5-10 maggio 1930) – riassunto delle Relazioni pubblicate; resoconto del Congresso*, in "L'Igiene Mentale", cit., pp. 3-25.

⁹⁰ Al congresso americano avrebbero dovuto partecipare anche Eugenio Medea, Ettore Levi, Giuseppe Pellacani, che in seguito per problemi logistici ed economici non parteciparono, anche se

risultò composta da soli sei membri – oltre a Ferrari, anche Corrado Tumiati, Marco Levi Bianchini⁹¹, e altri due medici, Mondini di Imola e Morpurgo di Gorizia, e la moglie di uno di loro⁹². Tumiati descrisse la questione della composizione della delegazione.

“Il gruppo italiano avrebbe potuto essere più numeroso, ma tutti gli sforzi della Segreteria della Lega perché l’Italia fosse più ampiamente rappresentata trovarono sordo l’ambiente psichiatrico italiano. Basti dire che le richieste di informazioni, di chiarimenti relativi alla partecipazione al Congresso le pervennero in massima parte da medici condotti, da stomatologi e da farmacisti... Da alienisti, due sole”⁹³.

Al ritorno, Ferrari scrisse per il Ministro degli esteri Dino Grandi una lunga relazione⁹⁴, in cui da un lato insisteva sul suo ruolo nel movimento internazionale per l’igiene mentale –aveva infatti lui letto tra i primi il testo di Clifford Beers *A mind that found itself* che, una volta pubblicato negli Stati Uniti con un’introduzione di William James, aveva dato origine al movimento. Al Congresso Ferrari era intervenuto con due relazioni. Presentò la situazione dell’igiene mentale in Italia, sottolineando al Ministro come la prima idea di creare una “Commissione internazionale per lo studio delle cause delle malattie mentali e della loro profilassi” fosse nata in Italia nel 1906, ovvero due anni prima che in America, in occasione del Quarto Congresso Internazionale dell’Assistenza. Aveva anche sottolineato – così scriveva al Ministro –

la Lipim aveva più volte fatto capire che ai problemi economici si sarebbe potuto ovviare. ASPI, Fondo Ferrari, Carteggio, Lettere di Ferrari, fasc. *Corrado Tumiati*, lettera del 14 gennaio 1930. Levi Bianchini chiese espressamente di poter partecipare. Si veda ASPI, Fondo Ferrari, carteggio, Lettere a Ferrari, fasc. *Levi Bianchini*, Lettera dell’8 marzo 1930 a Ferrari.

⁹¹ Levi Bianchini chiese espressamente di poter partecipare. Si veda ASPI, Fondo Ferrari, carteggio, Lettere a Ferrari, fasc. *Levi Bianchini*, Lettera dell’8 marzo 1930 a Ferrari.

⁹² Anche lo psichiatra Giuseppe Vidoni non partecipò scrivendo a Ferrari che non era possibile “perché l’Amministrazione Provinciale non può incontrare questa spesa che non è piccola e anche per il lungo periodo di assenza”. ASPI, Fondo Ferrari, Carteggio, Lettere a Ferrari, fasc. *Vidoni*, lettera del 29.03.1930.

⁹³ C. Tumiati, *Il Congresso*, in “L’Igiene Mentale”, anno X, luglio 1930, pp. 21-25.

⁹⁴ Relazione di Giulio Cesare Ferrari al Ministro degli esteri Dino Grandi del Congresso di Igiene Mentale di Washington, 5-10 maggio 1930 in ASPI, Fondo Ferrari, b. Congressi e Commissioni, fasc. *Congresso per l’Igiene Mentale di Washington, 1930*.

“le ragioni per cui l’I. M. stenta a trovare un assetto uniforme nei diversi centri italiani, per l’esiguità dei mezzi a disposizione, per le condizioni determinate dalla guerra e dal dopoguerra, ma soprattutto per la cecità generale degli amministratori delle nostre istituzioni manicomiali, che non sanno ancora persuadersi del fatto che prevenire valga meglio che curare”⁹⁵.

A queste osservazioni, aggiungeva un’altra considerazione.

“La seconda osservazione è stata quella che il Governo Nazionale ha dato vita a tre grandiose organizzazioni: l’Opera per la Maternità e per l’Infanzia, l’Opera Nazionale Balilla e l’Opera Dopolavoro – delle quali ho singolarmente illustrato le finalità e i mezzi e le benemeritenze, accennando anche all’ottima nostra legge contro l’alcoolismo (che ha destato molto interesse e numerose richieste di informazioni)”.

Era poi intervenuto con una seconda relazione *Mental Hygiene Problems of the High School*. In questa relazione sottolineava la condizione di instabilità presente in ogni adolescente e la necessità di sorvegliare l’evoluzione. Tre gli aspetti fondamentali da tenere sotto controllo e da considerare: l’eredità biologica, lo sviluppo psicofisico e l’ambiente sociale. Sottolineava anche come in America il rischio di sottoporre gli adolescenti a troppi test avessero relegato in secondo piano l’osservazione e lo studio delle tendenze, dei sentimenti e degli interessi⁹⁶.

Nella relazione al Ministro Grandi, Giulio Cesare Ferrari sottolineò aspetti negativi e positivi di quanto aveva visto: gli pareva un “enorme dispendio finanziario ed intellettuale” dedicare tante risorse ai “deficienti gravi poveri”. Gli pareva ridondante sperare che potessero trovare impiego tutti nell’industria. Gli sembrava più sensato – ed era questo il suo progetto di sistemazione dei “deficienti gravi” – impiegarli nelle colonie agricole, in campagna.

⁹⁵ Relazione di Giulio Cesare Ferrari al Ministro degli esteri Dino Grandi, cit.

⁹⁶ G. C. Ferrari, *L’Hygiène Mentale et l’High School*, in ASPI, Fondo Ferrari, b. Congressi e Commissioni, fasc. *Congresso per l’Igiene Mentale di Washington, 1930*.

La relazione di Ferrari al Ministro Grandi si concludeva con non poche note critiche. In primo luogo a suo dire sarebbe dovuto passare molto tempo prima che l'Italia potesse presentare “una organizzazione sanitaria degna”. Le province, infatti, non si interessavano affatto a organizzare forma di assistenza che fossero qualcosa di diverso rispetto ai manicomi, che erano solo “pesanti fucine di cronici”, mentre avrebbero dovuto essere “semplici e leggere Ambulanze nella lotta di ogni giorno per la vita e soprattutto per la civiltà”. In secondo luogo l'Italia era vista dai paesi esteri come uno stato “assillato dal desiderio della natalità numerosa, anziché ricca per qualità, quale la desiderano invece i popoli o i paesi di civiltà moderna”. Chiaramente Ferrari prendeva le distanze da questa posizione natalista, mostrando un'affinità verso i paesi che lui definiva di “civiltà moderna”. La questione era che impedire certe nascite –epilettici, criminali, idioti, affetti da forme degenerative – costituiva “un dovere sociale o, quanto meno, economico”, essendo questi “un peso morto grave in un paese quale è l'Italia a popolazione elevata e povero di materie prime”. Il problema tuttavia appariva una questione di mentalità presente nella classe dirigente e secondo lo psichiatra emiliano era cosa non semplice vedere dei cambiamenti. Qualcosa degli Stati Uniti gli pareva importabile in Italia. Se le *Child Guidance Clinics* come erano là organizzate gli sembravano fastose e ridondanti in alcuni aspetti di organizzazione del personale, tuttavia riteneva che fosse utile

- “istituire sia pure in scala minima ed economicissima qualcosa di simile. All'ombra della complessa attività dell'“Opera Nazionale Maternità e Infanzia”, si potrebbero con ogni facilità organizzare cliniche di questo genere; le quali, a mio avviso, dovrebbero avere specialmente tre compiti:
- selezione dei deficienti per escludere da ogni insegnamento quelli che se ne dimostrino incapaci;
 - assistenza morale ai giovani criminali o nelle condizioni di divenirlo;
 - esame dei ragazzi normali che presentino qualunque deviazione, o rallentamento, o arresto della loro vita scolastica o sociale, onde indagare le cause del fatto e indicare ai parenti le vie della salvezza;

per dar consigli sulle più facili vie di successo dei ragazzi studiandone le vocazioni, e così via”⁹⁷.

Qualcosa di simile si sarebbe a suo dire potuto istituire nelle federazioni provinciali dell’Onmi.

Sulla questione dell’Onmi e dell’assistenza ai minori anormali si espresse anche De Sanctis nel 1933 dalle pagine di “Scuola positiva. Rivista di diritto e procedura penale”. Nel pubblicare la relazione al Regio Commissario dell’Onmi, lo psichiatra romano scriveva che

“Questa relazione potrebbe avere anche il fine di esporre una critica della legge 1925 per sostenere un determinato ideale di assistenza per i minorenni anormali fisici e psichici, in uno Stato moderno. Reputerei, però, questo fine inopportuno e pretenzioso, quantunque non difficile ad essere raggiunto”⁹⁸.

La sua relazione avrebbe potuto avere una funzione di critica, ma De Sanctis preferiva pensare che potesse servire a raggiungere “un assetto lodevole, dell’assistenza per minorenni anormali, senza troppi ulteriori gravami finanziari”. In particolare lo psichiatra tornava sul concetto di assistenza aperta per gli anormali psichici veri, fatta di cure mediche, di scuola a orario ridotto e di lavoro. Si era mostrato che nel giro di due tre anni questo tipo di minori arrivava nel 75% dei casi a un rendimento pari al 60% di quello dei ragazzi di pari età. L’assistenza aperta, che aveva tanto sostenuto nel passato, e che poi aveva parzialmente abbandonato, tornava ad essere ritenuta fondamentale per assistere sia gli instabili sia i travati, gruppi di minori che parevano molto vicini. Lui poi torna a insistere su una vecchia proposta.

⁹⁷ Relazione di Giulio Cesare Ferrari al Ministro degli esteri Dino Grandi del Congresso di Igiene Mentale di Washington, 5-10 maggio 1930 in ASPI, Fondo Ferrari, b. Congressi e Commissioni, fasc. *Congresso per l’Igiene Mentale di Washington*.

⁹⁸ S. De Sanctis, *L’Opera nazionale per la maternità e l’infanzia e gli anormali fisici e psichici*, in “Scuola positiva. Rivista di diritto e procedura penale”, a. 13, 1933, p. 292.

“Tutti i ragazzi del popolo che abbiano dimostrato “sintomi di traviamiento” dovrebbero essere sottoposti a speciale vigilanza (Servizio sociale) pur restando in famiglia, o dovrebbero essere inviati in luoghi o istituzioni più adatti, qualora venissero depistés negli Istituti chiusi o negli Asili scuola o nelle Scuole elementari pubbliche e private. Questa mia particolare vecchia proposta, può essere accettata, qualunque sia il deliberato generale circa i minorenni traviati con o senza accertate tendenze criminali”⁹⁹.

Egli ribadiva che era impossibile “che la gestione degli anormali-instabili in condizioni di traviamiento, si possa risolvere con gli Istituti chiusi”. Oltre all’assistenza aperta, tramite la vigilanza esercitata dalle famiglie, serviva anche un’attenta opera di coordinamento delle opere assistenziali.

Lui poi sottolineava il ruolo importante svolto dai centri di osservazione. Proprio coordinando quelli già esistenti a Roma, annessi agli Ambulatori di neuropsichiatria infantile dell’Associazione romana Pro-Anormali e annessi alla Regia Clinica Neuropsichiatrica di Roma ed esistenti già da lunga data, si evitava lo spreco di risorse, che potevano così essere impiegate per l’assistenza aperta di instabili e traviati.

Osservando le misure dedicate dal fascismo ai bambini anormali si evidenzia come sia problematico parlare dello Stato fascista come del primo stato sociale italiano¹⁰⁰. I provvedimenti per i bambini anormali furono frutto di scelte politiche mai strutturali, mai coordinate in modo organico ed efficiente, improntate – quando

⁹⁹ Ivi, cit., p. 300.

¹⁰⁰ M. Minesso, (a cura di), *Stato e infanzia nell’Italia contemporanea. Origini, sviluppo e fine dell’Onmi 1925-1975*, cit. La storica scrive: “E in effetti la quantità dei provvedimenti e delle istituzioni allora avviati appare notevole. Ma nella concreta realtà dei fatti tutto ciò ha significato l’invenzione ex novo di un sistema di salvaguardia sociale?” (p. 14). Secondo la Minesso con la riforma del 1933-34 e quella del 1938-39 “il potere politico si poneva l’obiettivo di un controllo totale sull’ente con la riduzione e la semplificazione della struttura e il coordinamento dell’attività dell’Onmi con quella degli enti locali fascistizzati e del Pnf, nonché sulla base della diretta ingerenza del Ministero dell’Interno” (p.17). La Minesso si sofferma poi a ragionare sul piano della filosofia politica che ispirava i provvedimenti sociali negli anni del regime e vi individua delle logiche che perseguivano apertamente lo scopo della “grandezza della nazione, quando non quello della superiorità della razza” (p. 17), e cita a dimostrazione di ciò le affermazioni di personaggi di primo piano quali Sileno Fabbri e Attilio Lo Monaco Aprile. La studiosa afferma: “E dunque che non fossero le logiche proprie di un’estensione della cittadinanza in senso sociale a determinare i fondamenti di questa fase di costruzione dello Stato sociale in Italia non poteva essere in dubbio, considerato, del resto, il contesto ideologico e culturale nel quale la “cittadinanza totalitaria” si collocava anche nel resto d’Europa” (p. 17).

poste in atto – a logiche propagandistiche che soprattutto nella seconda metà degli anni Trenta raggiunsero la massima visibilità. La scelta di spostare progressivamente l'attenzione – lo si è già visto – dagli anormali ai traviati e delinquenti non era certo casuale: questi ultimi molto più dei primi si prestavano a mostrare l'efficacia delle politiche della rigenerazione e dunque a dimostrare la grandezza della nazione. Inoltre su questi minori traviati era possibile esercitare una forma di controllo sociale che coinvolgeva anche le loro famiglie¹⁰¹. Alla Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia, tenutasi a Roma nell'estate del 1937, era presente un padiglione riguardante la rieducazione dei minorenni traviati: le parole d'ordine erano prevenzione, rieducazione, ricupero, redenzione. All'ingresso del padiglione era affisso il programma:

“I ragazzi d'Italia devono essere tutti buoni, agli ordini del Duce, per la grandezza della Patria. Il Fascismo rialza il fanciullo caduto e lo conduce con la scuola e il lavoro dai disordini morali e materiali alla gioia operosa del Campo Dux”¹⁰².

¹⁰¹ Dal 1927 al 1939 il numero dei minori in istituti di rieducazione e correzione crebbe in maniera notevole: da 975 a 8966. Paul Corner, che riporta il dato, scrive che “l'esatta interpretazione di questo dato non è certa, ma l'aumento dimostra sicuramente un maggior controllo sulla condizione dei giovani all'interno delle famiglie”. P. Corner, *Fascismo e controllo sociale*, cit. Si tenga presente che nello stesso periodo la delinquenza minorile mostrò una netta diminuzione (Giuseppe Pellacani, nell'articolo *Il congresso per la rieducazione dei minorenni alla mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia*, in “Rassegna di studi psichiatrici”, XXVI, 1937, p. 978, ricorda che le condanne per delinquenza minorile nel 1932 furono 7130, nel 1936 furono 2419).

¹⁰² Questo programma, presente nel padiglione della Mostra nazionale delle colonie estive, viene ricordato da G. Pellacani, *Il congresso per la rieducazione dei minorenni alla mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia*, cit., p. 977. L'articolo di Pellacani, non privo di una certa retorica fascista, riporta le parole presenti all'uscita dal padiglione: “Fascista! Prima di lasciare questo Padiglione ferma nel tuo cuore il ricordo che il Duce si avvicina generoso alle tristezze umane e dona a tutti la gioia del lavoro onesto e fecondo”. Lo psichiatra bolognese sottolineò nell'articolo il ruolo che psicologia e pedagogia si erano assunte nell'opera di rieducazione.

Capitolo 6.

Alla vigilia delle leggi razziali e oltre

6.1. Tra psichiatria e antropologia criminale. Gli italiani al *premier congrès de Psychiatrie infantile* a Parigi (1937).

La delegazione italiana che prese parte nell'estate del 1937 al primo Congresso internazionale di Psichiatria infantile era numerosa. Alcuni vi parteciparono come uditori¹, altri ebbero un ruolo più attivo durante il Congresso in qualità di relatori. Altri ancora ebbero il ruolo di delegati ufficiali². Ogni delegazione nazionale scelse un presidente onorario: per l'Italia era Ugo Cerletti³, mentre vari psichiatri facevano parte del comitato d'onore⁴.

A vario titolo – come delegati, relatori e partecipanti – erano stati mobilitati per il Congresso parigino alcuni psichiatri interessati già da tempo alla questione infantile, altri erano stati invece coinvolti in quanto figure di spicco della psichiatria e di discipline limitrofe come la psicologia e l'antropologia criminale. Il Congresso rappresentò per i partecipanti italiani l'occasione per confrontarsi con le delegazioni di altri stati, per coltivare delle relazioni internazionali, per mostrare la vitalità della disciplina così come era praticata in Italia ai medici degli altri paesi⁵.

¹ Tra coloro che aderirono al Congresso troviamo Aldo Cacchione, Giuseppe Corberi, Arturo Donaggio, padre Agostino Gemelli, Luisa Levi, Domenico Pisani, Ettore Rieti, Benigno Di Tullio.

² I delegati ufficiali per l'Italia furono Benigno Di Tullio, Aldo Cacchione, Giuseppe Corberi.

³ Ugo Cerletti (1877-1963), psichiatra, ideò il metodo dell'elettroshock nel 1938. Sulla sua figura controversa si veda R. Passione, *Ugo Cerletti e il romanzo dell'elettroshock*, Aliberti, Reggio Emilia, 2007.

⁴ I membri del comitato d'onore erano Paolo Amaldi, Gaetano Boschi, Ferruccio Banissoni, Vittorio Challiol, Giuseppe Corberi, Arturo Donaggio, Agostino Gemelli, Eugenio Medea, Carlo De Sanctis, Corrado Tumiatì, Benigno Di Tullio, che fu pure incaricato di presiedere una sezione. Marco Levi Bianchini faceva parte del comitato di propaganda.

⁵ Per una presentazione del Congresso in generale si veda S. Boussion, *Le premier congrès international de Psychiatrie infantile (Paris, 1937), ou le baptême d'une spécialité ambitieuse*, in "Rhei. Revue d'histoire de l'enfance "irrégulière"", n. 18, 2016, pp. 57-80. Per la delegazione tedesca si veda V. Roelcke, *The twofold politics of psychiatry: Ernst Rüdin and the German delegation at the International Congress of Child Psychiatry in Paris, 1937*, in "Rhei. Revue d'histoire de l'enfance "irrégulière"", n. 18, 2016, pp. 117-129. Sulla delegazione inglese J. Stewart, *British Child Guidance Practitioners at the Paris Conference: Their Ideas and Therapeutic Methods*, in "Rhei. Revue d'histoire de l'enfance "irrégulière"", n. 18, 2016, pp. 133-148.

Il congresso era organizzato in tre sezioni – psichiatria generale, psichiatria scolastica e psichiatria giuridica – e in ogni sezione era stato scelto un tema che i relatori avrebbero dovuto affrontare: per la psichiatria generale il tema era quello dei riflessi condizionati, per la psichiatria scolastica il tema era quello dei metodi di educazione secondo i problemi dell'intelligenza e del carattere, per la psichiatria giuridica il tema era quello della debolezza mentale come causa di delinquenza infantile.

Al primo Congresso internazionale di Psichiatria infantile di Parigi del 1937 gli italiani si presentarono a discutere due argomenti: da un lato il tema dei riflessi condizionati e dall'altro il tema della delinquenza minorile. Sul primo tema intervennero Carlo De Sanctis⁶ e Padre Agostino Gemelli⁷. Sul tema della delinquenza minorile, presente sia nella sessione di psichiatria scolastica sia nella sessione di psichiatria giuridica, intervennero Giuseppe Corberi⁸ e Benigno Di Tullio⁹.

I relatori al Congresso di Psichiatria infantile erano quattro figure in vista della medicina, ma non erano a rigore tutti psichiatri e tanto meno lo erano nell'ambito infantile. Giuseppe Corberi e Carlo De Sanctis erano psichiatri, ma solo il primo si occupava di bambini. De Sanctis tuttavia anche in seguito mantenne un forte interesse per l'infanzia. Gemelli e Di Tullio non erano psichiatri, ma medici: il primo era docente di psicologia sperimentale e fondatore e rettore dell'Università Cattolica di Milano; il secondo era un antropologo criminale, e tra i due in quegli anni non scorreva buon sangue. Gemelli aveva in più occasioni attaccato l'antropologia criminale e la stessa persona di Di Tullio¹⁰. Geograficamente

⁶ C. De Sanctis, *I riflessi condizionali in neuropsichiatria infantile*, in *Premier congrès international de Psychiatrie infantile*, I. *Rapport introductif et rapports de psychiatrie générale*, Lille, S.I.L.L.C., 1937, pp. 175-187, poi anche in "Rivista Sperimentale di Freniatria", a. 1938, vol. LXII, pp. 723-737.

⁷ P. A. Gemelli, *Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile*, in *Premier congrès international de Psychiatrie infantile*, I. *Rapport introductif et rapports de psychiatrie générale*, cit., pp. 129-147.

⁸ G. Corberi, *La debolezza intellettuale come causa di criminalità infantile*, in *Premier congrès international de Psychiatrie infantile*, III. *Rapports de psychiatrie juridique*, cit., pp. 155-159.

⁹ B. Di Tullio, *Sui metodi di educazione del fanciullo anormale dell'intelligenza e del carattere*, in *Premier congrès international de Psychiatrie infantile*, II. *Rapports de psychiatrie scolaire*, cit., pp. 185-194.

¹⁰ Sull'attacco di Gemelli a Di Tullio si veda P. Marcucci, *Un'eredità senza eredi. L'Antropologia criminale in Italia dopo la morte di Cesare Lombroso*, in S. Montaldo, P. Tappero (a cura di), *Cesare Lombroso cento anni dopo*, Torino, UTET, 2009, pp. 291-300.

rappresentavano due città: Roma, dove si trovavano Di Tullio e De Sanctis, e Milano, dove lavoravano Gemelli e Corberi. Due dei quattro provenivano da una lunga esperienza in istituti per minori: Corberi lavorava in un reparto per bambini anormali e vantava esperienza nel Tribunale dei minori. Il criminologo Di Tullio proveniva dal mondo accademico ma era anche consulente nel Consultorio di medicina pedagogica emendativa, che faceva parte del Centro di rieducazione dei minorenni creato dalla legge del 1934 che istituiva i Tribunali dei minori.

Nelle pagine seguenti viene analizzato il contributo degli psichiatri italiani rispetto al tema dei riflessi condizionati e rispetto al tema della delinquenza minorile. A questo secondo argomento venne dato dai medici uno spazio maggiore: tanti furono gli studi, le ricerche e le discussioni che in Italia si diffusero dall'inizio del Novecento sia tra gli psichiatri sia tra gli antropologi criminali. Gli psichiatri che si occupavano di infanzia avevano sostenuto la nascita dei tribunali per i minori. La psichiatria aveva a lungo camminato a fianco di discipline quali la psicologia, la pedagogia e l'antropologia criminale e aveva da queste discipline accolto suggestioni e stimoli. Si potrebbe dunque presumere che la presenza a Parigi di psichiatri, psicologi e antropologi criminali andasse posta in relazione allo statuto interdisciplinare della psichiatria infantile. In realtà, come cercherò di mostrare, le cose non stavano esattamente così: esaurita la fase di inizio Novecento, la psichiatria che si occupava di infanzia – pur avendo maturato esperienze significative da parte di psichiatri – divenne un terreno di conquista per discipline limitrofe che intendevano ampliare la loro sfera di potere e di influenza. Tutto questo nel contesto politico e culturale dominato dal fascismo. L'analisi di quanto i medici italiani affermarono al Congresso di Parigi, spinge a guardare dentro i confini incerti della disciplina ma anche al di fuori, per cercare di cogliere le relazioni con le discipline che le erano prossime, con le reti internazionali degli psichiatri e con la situazione politica.

I riflessi condizionati per lo studio dell'infanzia

Nel 1937 il tema dei riflessi condizionati in Italia era quasi sconosciuto¹¹: i pochi studi sull'argomento erano di fisiologia¹². Mario Canella nel 1928 aveva recensito la traduzione francese dell'opera di Pavlov *I riflessi condizionati* e ne aveva colto la straordinaria importanza scientifica, anche se gli psicologi italiani non la compresero e non approfondirono il tema, almeno fino al secondo dopoguerra¹³. Il Congresso di Parigi – su sollecitazione dell'organizzatore dello stesso, lo psichiatra Georges Heuyer – diede l'opportunità di studiare l'applicabilità dei riflessi condizionati alla psichiatria infantile¹⁴. Le relazioni degli italiani a Parigi sull'argomento vennero pubblicate in seguito sulla "Rivista di Psicologia", ma sull'argomento non vi furono per anni altri studi significativi.

I due relatori italiani sul tema dei riflessi condizionati furono Carlo De Sanctis¹⁵ e Padre Agostino Gemelli¹⁶, che tuttavia all'ultimo momento non partecipò

¹¹ I medici italiani usarono sia il termine riflessi condizionali che condizionati. Li utilizzo entrambi come sinonimi.

¹² Ad esempio C. Artom, *La vita e l'opera di P. Pavlov*, in "Rassegna Medica", 1936, n. 3; S. I. D'Antona, *Le influenze psichiche sulle funzioni vegetative in alcuni loro riflessi pratici*, in "Rassegna Clinico-Scientifica", anno III, n. 10 ottobre 1935; R. Giorgini, *Considerazioni sulla teoria dei riflessi condizionati*, in "Rivista Neurologica", anno VIII, n. 1, febbraio 1935; F. Baldi, *Il canto negli afasici, i riflessi condizionati e la rieducazione del linguaggio*, in "Rivista Neurologica", anno IX, 1936; G. Viale, *I riflessi condizionati*, "Rassegna clinico-scientifica", anno XIII, 3, marzo 1934.

¹³ La recensione di Mario Canella all'opera di Pavlov si trova nella "Rivista di Psicologia", 1928, pp. 186-187. Per un inquadramento della psicologia nel periodo tra le due guerre mondiali e per il rapporto tra psicologia e fascismo si può vedere S. Marhaba, *Lineamenti della psicologia italiana, 1870-1945*, Firenze, Giunti, 2003.

¹⁴ Le lettere tra G. Heuyer e A. Gemelli sono andate perdute, tuttavia dai protocolli presenti nell'Archivio Storico dell'Università Cattolica di Milano si sa con certezza che vi furono tre lettere tra Heuyer e Gemelli e cinque tra M. Badonnel, collaboratrice di Heuyer, e Gemelli, tutte nel periodo compreso tra aprile e agosto 1937 e tutte riguardanti questo Congresso.

¹⁵ A. Zanobio, *De Sanctis, Carlo*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, volume 39, Torino, Treccani, 1991.

¹⁶ Padre Agostino Gemelli (1878-1959), medico, psicologo, religioso cattolico, fu il fondatore dell'Università Cattolica di Milano. Fu figura molto discussa da un lato per la sua ampia influenza culturale e dall'altro per i suoi legami con il fascismo. Si veda M. Bocci, *Agostino Gemelli rettore e francescano. Chiesa, regime, democrazia*, Brescia, Morcelliana, 2003; L. Venini, "Agostino Gemelli", G. Cimino, N. Dazzi (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, Led, 1998, pp. 561-579. Sul ruolo di Gemelli rispetto al rapporto tra psicologia e psicoanalisi si veda M. David, *La psicoanalisi nella cultura italiana*, Torino, Bollati Boringhieri, 1990, pp. 100-105. Su Gemelli psicologo si veda G. P. Lombardo, R. Foschi, *La psicologia italiana e il Novecento. Le prospettive emergenti nella prima metà del secolo*, Milano, Franco Angeli, 2003. M. Bocci (a cura di), *Storia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore*, vol. VI, *Agostino Gemelli e il suo tempo*, Milano, Vita & Pensiero, 2009, in particolare i saggi di Anna Foa su *Gemelli e l'antisemitismo*, pp. 211-220, di Nino Dazzi su *Gemelli e la psicoanalisi*, pp. 227-235 e di Lucetta Scaraffia, *La qualità del generare. Gemelli di fronte all'eugenetica*, pp. 513-526.

al Congresso, pur inviandovi la propria relazione ¹⁷. Anche altri psicologi rinunciarono a prendervi parte per motivi personali e di salute¹⁸.

Agostino Gemelli presentò una lunga relazione, che esponeva gli esperimenti condotti sul tema dei riflessi condizionati nel suo laboratorio dai suoi collaboratori¹⁹. Si soffermava prima a descrivere gli esperimenti condotti sugli animali, tra cui i pesci, e poi sui bambini. Le conclusioni di Gemelli erano molto chiare: egli salvava la validità dei riflessi condizionati relativamente alla fisiologia, ma, per quanto riguardava la psicologia, sosteneva che “non soddisfa gli psicologi, ai quali appare evidente che la enorme semplicità di tale tecnica è inadeguata alla complessità dei fatti”²⁰, che a suo dire non si piegavano a schemi fissi. Secondo Gemelli in psicologia e psichiatria infantile troppe erano le variabili individuali, le differenze, le forme originali di adattamento agli stimoli, le manifestazioni mutevoli e individuali di interesse, perché i riflessi condizionati potessero essere impiegati proficuamente per lo studio dei bambini. Le sue conclusioni erano lapidarie: “Questo semplicismo è inadeguato a rappresentare la vita del sistema nervoso e tanto più l’attività psichica”²¹.

Sullo stesso tema intervenne anche Carlo De Sanctis²². Sulla applicazione dei riflessi condizionati allo studio dell’infanzia, indicava come unico riferimento Sante De Sanctis, il quale aveva riconosciuto una certa importanza al tema nello studio dello sviluppo psichico. Carlo De Sanctis, figlio di Sante, a Parigi riconosceva – in linea con il pensiero del padre – una certa importanza ai riflessi condizionati, che gli

¹⁷ AUC, Corrispondenza, b. 77, fasc. 118, sottofascicolo 1112, lettera di Gemelli a Corberi del 19 luglio 1937. Gemelli scriveva: “Caro Corberi, io sono troppo stanco e quindi non mi recherò a Parigi. Mi duole di perdere l’occasione di trovarmi un poco con Lei, ma è necessario che mi risparmi un poco”. Al ritorno Corberi scrisse a Gemelli sottolineando che la sua assenza era stata notata sia al Congresso di psicologia sia a quello di psichiatria infantile. AUC, Corrispondenza, b. 77, f. 119, sf. 1115, lettera di Corberi in data 28.8. 1937.

¹⁸ Lo psicologo romano Ferruccio Banissoni motiva la sua mancata partecipazione con questioni di salute. AUC, Corrispondenza, b. 77, f. 119, sf. 1116, lettera ad A. Gemelli in data 1.9.1937.

¹⁹ La relazione di A. Gemelli venne poi tradotta in italiano e pubblicata sulla “Rivista di Psicologia normale e patologica” con il titolo *I riflessi condizionati in psichiatria infantile*, a. XXXIII, 1937, pp. 133-148.

²⁰ A. Gemelli, *I riflessi condizionati in psichiatria infantile*, cit., p. 133.

²¹ Ivi, cit., p. 147. Sulla posizione di Gemelli rispetto ai riflessi condizionati si può vedere anche G. P. Lombardo, R. Foschi, *La psicologia italiana e il Novecento. Le prospettive emergenti nella prima metà del secolo*, Milano, Franco Angeli, 2003, pp. 58-59.

²² Ivi, cit., pp. 176-177.

sembravano utili sia per comprendere lo sviluppo psichico del bambino, sia per essere impiegati per facilitare l'apprendimento, ma non riteneva che potessero bastare a spiegare lo sviluppo dell'individuo. De Sanctis scriveva anche che i riflessi condizionati erano in generale più evidenti nei bambini più che negli adulti, nei neuropatici più che nei normali.

Negli anni successivi il tema dei riflessi condizionati non ebbe nella psichiatria italiana alcuna diffusione, nonostante Carlo De Sanctis ne avesse sottolineato parzialmente la validità. Probabilmente il giudizio più netto e categorico di Gemelli era stato condiviso dagli altri medici ed era sicuramente servito a mantenere gli psichiatri italiani lontani dalla questione.

Pochi anni dopo fu lo stesso Carlo De Sanctis a farsi portavoce delle perplessità degli psichiatri e psicologi italiani sul tema. Pur sottolineandone ancora la parziale validità, De Sanctis riteneva che enfatizzando i riflessi condizionati si corresse il rischio di meccanicismo, di « enorme semplicità, per non dire semplicismo ». De Sanctis riteneva che nell'apprendimento e nello sviluppo psichico il fattore individuale e la volontà di apprendere – che permetteva di distinguere nettamente tra *dressage* ed educazione – avessero un ruolo fondamentale e non potessero esseri compresi dalla riflessologia. Scriveva lo psichiatra:

“Sarebbe tornare ad un ingenuo per quanto inaccettabile meccanicismo considerare la personalità umana e tutta la nostra vita psichica, niente altro che un più o meno passivo accumulo di esperienze, una formazione automatica di abitudini, una attività di reazione prevedibile per mezzo di leggi fisiologiche per quanto siano esse intricate e complesse.

L'educazione, la vera educazione, soprattutto la formazione della personalità nello sviluppo morale e nella intelligenza critica sono ben altra cosa e ne è fattore indispensabile la libera, spontanea, cosciente attività dell'individuo”²³.

²³ C. De Sanctis, *Educazione e riflessi condizionati*, in “L'educazione dei minorati”, I, n. 3, marzo 1942, pp. 155-161.

De Sanctis faceva proprie le motivazioni che erano state di Padre Agostino Gemelli, il quale aveva mostrato di saper influenzare e guidare il dibattito scientifico. Solo nel secondo dopoguerra il tema dei riflessi condizionati verrà ripreso e approfondito dagli psicologi italiani attraverso il comportamentismo.

Minori delinquenti

Il dibattito intorno al secondo tema, la delinquenza minorile, fu molto ampio e articolato, ed era Giuseppe Corberi a presentarlo a Parigi nel 1937. Corberi, medico psichiatra, aveva organizzato nel 1922 il Reparto medico-pedagogico per i fanciulli ricoverati nell'Ospedale psichiatrico di Mombello, vicino a Milano. Sempre a Milano, a partire dal 1928, era divenuto consulente della Associazione nazionale "Cesare Beccaria" per lo studio delle questioni criminali e promosse la fondazione del Tribunale dei minori²⁴.

La questione sulla quale Corberi si soffermava in particolare a Parigi era il rapporto tra delinquenza minorile e insufficienza mentale. Corberi sintetizzò le posizioni degli psichiatri italiani su questo argomento, mostrando come la riflessione negli anni fosse stata molto ampia. Da un lato c'era stata la posizione di Giulio Cesare Ferrari che criticava tanto l'espressione « criminalità minorile » quanto l'idea stessa di criminalità minorile: secondo Ferrari era sbagliato utilizzare la categoria di delinquenza minorile, nel senso che non si sarebbe dovuta avere imputabilità prima della maggiore età in quanto erano le leggi e le istituzioni che causavano la criminalità minorile, punendo i bambini al posto di occuparsi della loro educazione, rinchiudendoli in carcere con delinquenti adulti che diventavano dei punti di riferimento. Inoltre secondo Ferrari il deficit mentale negli anormali era quasi sempre segno di scarsa istruzione, spesso dovuta alla povertà. La posizione di Ferrari era ritenuta molto autorevole, ma allo stesso tempo era stata molto discussa²⁵. Dall'altro lato vi era chi, come lo psichiatra Giuseppe Vidoni, sosteneva

²⁴ Un breve profilo di Giuseppe Corberi si trova in P. Zocchi, *Giuseppe Corberi*, <http://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/64/> (ultima consultazione 10/02/2016).

²⁵ G. C. Ferrari, *L'O.N.M.I. e i fanciulli cosiddetti criminali*, in "Rivista di Psicologia", a. XXVIII, 1932, pp. 239-242.

che la delinquenza minorile fosse costituita al 75% da insufficienti mentali²⁶. Gli psichiatri italiani ebbero ben manifesta la necessità di chiarire meglio questi numeri, e furono i primi a mostrare perplessità verso dati così contrastanti.

Corberi al Congresso cercò di chiarire la questione esponendo i risultati di una sua ricerca condotta con Ottavio Vergani su 100 soggetti fra i 13 e i 17 anni: i ragazzi erano inquisiti presso il Tribunale minorile di Milano o ricoverati nel Riformatorio giudiziario del Centro di rieducazione annesso. I risultati mostravano insufficienza intellettuale vera per il 35% dei minori, ma generalmente si trattava di insufficienza lieve, non elevata. I due psichiatri riportavano anche un 10% circa di «casi di confine» e un 12% di casi in cui non si poteva escludere l'instabilità.

Più interessanti ancora le osservazioni che riguardavano il significato dell'insufficienza mentale che, secondo Corberi, determinava una incapacità di prevedere le «conseguenze delle proprie azioni»²⁷. Corberi metteva in relazione l'insufficienza mentale con stati d'animo e sentimenti. In altri termini il minore con insufficienza mentale non sarebbe riuscito a immaginare lo stato d'animo che avrebbe provato dopo aver compiuto un'azione delittuosa e ancor di più non sarebbe riuscito a immaginare gli stati d'animo che avrebbero provato le persone a lui vicine, dai genitori ai fratelli, a causa del reato da lui compiuto.

In particolare Corberi sottolineava il fenomeno della «personalizzazione» e «depersonalizzazione» delle norme sociali. Lo psichiatra spiegava questo fatto psichico rilevando come nell'infanzia le norme sociali venissero accettate per autorità, identificando le proibizioni con le persone che ponevano queste proibizioni. Affinché i minori acquisissero in forma autonoma questi concetti generali era indispensabile che avvenisse la «depersonalizzazione», ovvero che le norme venissero accettate in sé e non più come espressione di una determinata persona che le rappresentava. Il deficit intellettuale secondo Corberi tendeva a ritardare questo processo o a compierlo solo in parte.

Egli ribadiva il ruolo fondamentale del senso sociale che, sviluppandosi poco a poco nell'età evolutiva, era ciò che allontanava dalle azioni criminali. Famiglia e

²⁶ G. Corberi, *La debolezza intellettuale come causa di criminalità infantile*, cit., p. 156.

²⁷ Ivi, cit., p. 157.

ambiente erano ritenuti fondamentali in questo compito. Ne conseguiva ovviamente che l'educazione acquisiva un ruolo chiave nel favorire lo sviluppo del senso sociale e del senso delle regole. Corberi concordava con Sante De Sanctis, il padre della psichiatria infantile italiana, quando questi aveva sottolineato che se mancava l'educazione, perché mancava la famiglia o perché l'ambiente non era adatto al compito educativo, di conseguenza «il fattore organico, anche per sé non determinante, diventa tale nei fanciulli»²⁸.

Nelle conclusioni Corberi affermava che il nesso tra delinquenza e insufficienza mentale nei minori era dato per acquisito, ma la questione del numero, che mostrava molti scostamenti nelle ricerche, poteva rimanere anche irrisolta. Egli notava come il numero più o meno alto di insufficienti dipendesse dai metodi adottati per individuarli (i test mentali tendevano a dare numeri molto più alti rispetto all'osservazione clinica)²⁹, ma anche dalle condizioni di assistenza familiare e pubblica, che, dove erano più sviluppate, portavano a una diminuzione del numero complessivo dei reati compiuti dai minori. I risultati esposti da Corberi mostravano la serietà scientifica di una gran parte della psichiatria infantile italiana, che però non poteva essere alla pari, agli occhi del regime, di proposte molto più roboanti e ad effetto, come quelle di Benigno Di Tullio.

Minori traviati e predisposti: rieducazione e bonifica della personalità

Oltre ai minori delinquenti, a Parigi gli italiani discussero della questione dei minori traviati e predisposti alla delinquenza. La categoria era ampia e sfumata, dai confini non sempre definiti; comprendeva bambini con comportamenti e condotte anormali, ma non illegali. La categoria permetteva di intercettare l'interesse del fascismo per le politiche demografiche volte a tutelare e rafforzare la razza attraverso la segregazione e il recupero dei minori che avrebbero potuto diventare delinquenti. A muoversi in questo ambito erano, più degli psichiatri, gli antropologi

²⁸ S. De Sanctis, *Neuropsichiatria infantile*, cit., p. 933.

²⁹ Gli psichiatri avevano sottolineato da tempo varie critiche all'uso dei test mentali, come i reattivi di De Sanctis. Per il contesto italiano ricordo C. Tumiatei, *Sulla diagnosi di insufficienza mentale nei fanciulli*, cit.

criminali. Fra di loro spiccava Benigno Di Tullio, che per motivi personali, intellettuali e accademici si trovava nel 1937 in una fase critica della sua carriera.

Di Tullio era un antropologo criminale, allievo di terza generazione di Cesare Lombroso³⁰, segretario dal 1934 della neo costituita «Società Italiana di Antropologia e Psicologia criminale per la lotta contro il delitto»³¹, attivo fino agli anni Settanta del Novecento³². L'antropologo criminale si richiamava a Lombroso, ma era anche molto vicino all'endocrinologo costituzionalista Nicola Pende³³, che fu uno dei firmatari del manifesto degli scienziati sulla razza³⁴. Nel 1934, alla morte del suo maestro Salvatore Ottolenghi, aveva ottenuto l'incarico di antropologia criminale alla facoltà di Medicina dell'Università di Roma. Nel frattempo era diventato anche segretario generale della Società Internazionale di Criminologia, fondata a Parigi nello stesso anno. Due anni dopo, nel 1936, era stato soppresso l'incarico di Antropologia criminale da tutte le università³⁵. E dunque a Parigi nel

³⁰ M. Gibson, *La criminologia prima e dopo Lombroso*, in S. Montaldo (a cura di), *Cesare Lombroso. Gli scienziati e la nuova Italia*, Bologna, il Mulino, 2010, p. 19. In questa terza generazione di allievi di Lombroso, la Gibson pone anche Nicola Pende e Alfredo Niceforo.

³¹ La notizia viene data nella *Rivista di psicologia*, volume XXX, 1934, pp. 38-40, «Costituzione della Società Italiana di Antropologia e Psicologia criminale per la lotta contro il delitto».

³² Benigno Di Tullio (1896-1979), fu allievo di Salvatore Ottolenghi e si laureò in Medicina nel 1920. Nel 1925 si abilitò alla libera docenza in Antropologia criminale, confermata nel 1931. Dal 1934 al 1936 e poi dal 1938 al 1964 fu incaricato di Antropologia criminale nella facoltà di Medicina dell'Università di Roma. Insegnò Antropologia criminale anche presso la facoltà di giurisprudenza. Nel 1958 diviene direttore dell'Istituto di Antropologia criminale nella facoltà di Medicina. Dal 1936 al 1938 non gli venne confermato l'incarico di docente di Antropologia criminale, e solo dopo il Congresso Internazionale di Criminologia ottenne nuovamente l'incarico. Fu segretario negli anni Trenta della Società Internazionale di criminologia e segretario dal 1934 della Società Italiana di antropologia e psicologia criminale. Nel novembre del 1945 creò l'Ente Nazionale per la Protezione Morale del Fanciullo, articolato in tutte le province italiane. Nel 1957 fu fondatore e primo presidente della Società Italiana di Criminologia. Interessante, soprattutto perché ricostruisce le vicende dell'antropologia criminale legate a Di Tullio, è P. Martucci, *Un'eredità senza eredi. L'Antropologia criminale in Italia*, cit., pp. 291-300.

³³ La dottrina medica costituzionalista si era sviluppata ampiamente in Italia dalla fine dell'Ottocento. Sugeriva di individuare la causa delle malattie non negli agenti patogeni o nei batteri, ma nella costituzione individuale, ovvero nel rapporto tra struttura corporea e manifestazioni biologiche e psichiche. Nicola Pende si inseriva in questo filone, individuando i biotipi in base alle relazioni tra il sistema endocrino e aspetti morfologici, umorali, affettivi-volitivi, intellettivi. Si veda F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, cit., pp. 189-193. Si veda anche R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, Firenze, La Nuova Italia, 1999, pp. 41-57.

³⁴ D. Frigessi, *Cesare Lombroso*, Torino, Einaudi, 2003, pp. 388-389.

³⁵ P. Martucci, *Un'eredità senza eredi. L'Antropologia criminale in Italia*, cit., p. 295. Nei primi anni Venti erano tre gli insegnamenti di Antropologia criminale nelle università italiane: uno a Torino tenuto da Mario Carrara, uno a Medicina a Roma tenuto da Salvatore Ottolenghi e uno tenuto da Enrico Ferri nella Scuola Giuridico-Criminale di Roma.

1937 aveva l'obiettivo di sottolineare e ribadire l'importanza dell'antropologia criminale, in modo da mostrare al governo fascista il prestigio internazionale della disciplina nonché il ruolo fondamentale che la stessa aveva nel controllare i bambini anormali e potenzialmente pericolosi.

Coniugare Lombroso con Pende

Era in un'opera del 1929 che Di Tullio aveva cercato di coniugare Lombroso con Pende. *La costituzione delinquenziale nella etiologia e terapia del delitto*, con prefazione di Salvatore Ottolenghi, era destinata ad ottenere ampia fama in Italia e all'estero. Di Tullio si richiamava espressamente a Cesare Lombroso, che era stato maestro di Ottolenghi, e a tutta la Scuola Positiva. Tanti i meriti che venivano attribuiti a Lombroso, a partire dall'importanza data alla conoscenza del delinquente, aspetto che – secondo Di Tullio – lo poneva sullo stesso piano per importanza di Cesare Beccaria. Secondo Di Tullio si trattava dunque da un lato di studiare la personalità del delinquente secondo il criterio costituzionalistico unitario e dall'altro di porre in atto misure preventive e repressive che tenessero conto dello studio del delinquente. Insomma si trattava di mettere insieme Lombroso e Pende.

“Ed ormai in tutto il mondo civile, sia nel campo della polizia, che in quello della giustizia penale, si va definitivamente affermando il criterio che i provvedimenti preventivi e repressivi contro il delitto debbano essere sempre orientati allo studio scientifico della personalità del delinquente, secondo il moderno criterio costituzionalistico unitario, che vuol dire studio morfologico, funzionale e psichico del delinquente, completato da quello biografico e sociologico”³⁶.

Di Tullio si soffermava a discutere lo sdoppiamento tra costituzione, intesa come dato morfologico e statico, e temperamento, inteso come un dato dinamico e funzionale. A suo parere, dovevano essere tuttavia ricomposti entrambi nel concetto di costituzione, che avrebbe abbracciato così il concetto di individualità. Veniva in

³⁶ B. Di Tullio, *La costituzione delinquenziale nella etiologia e terapia del delitto*, Roma, Anonima Romana Editrice, 1929, p. 14.

tal modo a definire, al pari di tante altre costituzioni (come le linfatiche, le pletoriche, tubercolari, asteniche, psicopatiche, ecc.), anche una “costituzione anormale”, che influenzata da fattori esogeni o endogeni e dall’ambiente stesso, poteva svilupparsi in forme di criminalità.

“Di qui la cosiddetta *costituzione delinquenziale*, con cui noi intendiamo riferirci a quell’individualità che presenta particolari caratteri morfo-fisio-psichici originari di natura anomala, e generalmente regressiva o peggiorativa, sulla cui base si sviluppano tendenze ed attitudini abnormi, a contenuto antisociale che, sotto l’influenza di speciali fattori causali ed ambientali, si realizzano, più o meno frequentemente ed intensamente, nelle comuni azioni criminose”³⁷.

Di Tullio riteneva che l’analisi morfologica della testa fosse fondamentale, condotta secondo il metodo della scuola lombrosiana, in particolare grazie agli studi di Mario Carrara, Luigi Roncoroni e Salvatore Ottolenghi. Altrettanto interessante per Di Tullio era l’esame dei tatuaggi per la valutazione della costituzione delinquenziale: i tatuaggi infatti erano manifestazione di scarsa sensibilità dolorifica, di imprevidenza, di “atavismo psichico e morale” e soprattutto quando erano voluti dal delinquente stesso erano di grande importanza per comprendere le “disposizioni affettive originarie”³⁸. Nella costituzione delinquenziale, Di Tullio individuava i vari orientamenti: ipo-evolutivo, psicopatico, neuro-psicopatico, ad orientamento misto. Segnale a suo dire fondamentale era la presenza del “sintomo di Lombroso”, che prenderà anche il nome di sintomo di Lombroso-Di Tullio³⁹, ed era dato

³⁷ Ivi, cit., p. 18.

³⁸ Ivi, cit., p. 25.

³⁹ B. Di Tullio, *La emozionabilità nei fanciulli delinquenti*, in “Zacchia”, a. II, n. 6, 1923, pp. 174-187 e a. III, fasc. 3-4, 1924, pp. 77-94. Di Tullio aveva ricercato “l’indice emozionale” in un gruppo di delinquenti minorenni per rilevarne la frequenza, l’intensità e l’eventuale importanza nel determinismo delle attitudini e tendenze criminose” (p. 174, a. II). Aveva concluso: “ I – La freddezza emozionale e la ipo-emozionabilità prevalgono fortemente nei delinquenti minorenni. II – L’anemotività si accompagna rispettivamente ad amorosità e ad insensibilità tegumentaria al dolore, quindi il sintomo di Lombroso si completa con l’anemotività”. III – L’esame dell’indice emozionale è utile ed indispensabile tutte le volte che si voglia esaminare l’affettività e la moralità di un criminale. IV – L’esame dell’indice emozionale è indispensabile per un esatto giudizio sulla temibilità e correggibilità individuale” (p. 94, a. III). L’indice emozionale veniva ricercato sottoponendo ciascun ragazzo a domande riferentesi sia alla vita affettiva, sia sessuale, sia alle tendenze estetiche, ai sentimenti politici e religiosi. Ma Di Tullio riconosceva che questo metodo, basato

dall'insieme di "ottusità dolorifica", insensibilità affettiva e morale e anche da "freddezza emozionale" che era di particolare importanza nel determinare l'amoralità⁴⁰.

Di Tullio si soffermava poi a trattare la profilassi della delinquenza costituzionale che doveva iniziare dai fanciulli all'interno del loro ambiente familiare, assistendo le famiglie che vivevano nella miseria, nell'ozio e nei vizi. In questi ambienti andavano ricercati i fanciulli predisposti alla criminalità per sottoporli ai provvedimenti medico-pedagogici necessari. Di Tullio si mostrava particolarmente preoccupato dalla diffusione dei reati sessuali come incesti, omosessualità e stupro, che erano favoriti "oltre che dalla bassezza morale e dalla prepotenza abituale od episodica dell'istinto sessuale, dalla miseria che obbliga alla più ibrida convivenza, dall'ignoranza spinta fino al fatalismo, e dai più pericolosi pregiudizi oltre che dall'uso smodato delle sostanze alcoliche"⁴¹. La lotta alle forme di delinquenza minorile collegate alle manifestazioni sessuali gli appariva particolarmente urgente, legata com'era all'assenza di sensibilità morale e di ogni senso del pudore, ma anche legata all'ambiente familiare che li spingeva a comportamenti di tal tipo.

"L'opera quindi di prevenzione del delitto, che si può svolgere nelle famiglie stesse, è veramente enorme, anche per il fatto che i futuri delinquenti sono sempre fanciulli così detti irregolari, indisciplinati, discoli, traviati in genere, che si possono quindi facilmente e sempre differenziare dalla massa"⁴².

A suo dire attraverso la sorveglianza esercitata nelle famiglie, nelle scuole, nelle strade e nell'esercito, si poteva selezionare la gioventù delinquibile e porre in

sull'introspezione, era a volte non facile da applicarsi con soggetti così giovani. L'emozionabilità veniva esaminata anche indirettamente attraverso le notizie riferite dal personale di custodia e da insegnanti. Veniva ricercata anche la sensibilità generale e dolorifica con l'elettrodo Erb-Ottolenghi. Il valore vicino allo zero indicava la freddezza emozionale mentre il tre era il valore che indicava reazioni emozionali esagerate. L'uno e il due erano valori intermedi.

⁴⁰ B. Di Tullio, *La costituzione delinquenziale*, cit., p. 65. Prima di Di Tullio anche Sante De Sanctis aveva sottolineato l'importanza della "semeiotica" per vedere se i minori instabili avevano tendenze criminali.

⁴¹ Ivi, cit., p. 152.

⁴² Ivi, cit., p. 153.

atto un'opera di rieducazione e di bonifica. Ma per mettere in atto le misure più adatte si doveva partire dal presupposto che il delinquente non era “un incorreggibile” e che invece era fondamentale la sua utilizzazione nella vita sociale, come aveva teorizzato Lombroso. Scriveva Di Tullio

“Bisogna infatti tener presente ciò che più volte abbiamo riferito, che la costituzione delinquenziale per se stessa non costituisce in generale che una predisposizione più o meno grave al delitto, e quindi non rappresenta che una pericolosità potenziale, che si realizza per lo più solamente quando l'individuo venga ad essere colpito da quegli elementi causali che hanno il potere di accentuarla, e di trasformarla quindi in attuale; allo stesso modo di quanto avviene di tutti gli individui con costituzione psicopatica, tubercolare, uricemica, diabetica ecc., i quali infatti conservano il loro equilibrio ed il loro stato di salute sufficiente, fino a quando fattori causali endogeni o esogeni, o inadatte condizioni igieniche, fisiche ed alimentari, non vengano a provocare la rottura dell'equilibrio, ed a determinare particolari reazioni biochimiche, per le quali la resistenza individuale viene a diminuire, favorendo quindi lo sviluppo della pazzia, della tubercolosi, dell'uricemia, del diabete, ecc.”⁴³.

E' su queste basi che era possibile modificare o eliminare le cause e le anomalie che formavano la costituzione delinquenziale, affermando il principio di correggibilità del delinquente. Se in base al sintomo di Lombroso-Di Tullio uno degli aspetti della costituzione delinquenziale era l'anestesia morale, dunque la scarsa moralità, era evidente che la terapia doveva mirare a correggere tali anomalie. Uno dei problemi che l'antropologo criminale riscontrava stava nella credenza dell'incorreggibilità del delinquente che aveva fatto sì che l'esperienza di terapia della criminalità fosse ancora molto limitata. Varie erano le terapie che Di Tullio suggeriva, che andavano dall'opoterapia alla psicoterapia – che avrebbe dovuto sviluppare nuovi stati affettivi e sentimentali che avrebbero bloccato le tendenze egoistiche e antisociali – all'educazione fisica, all'avviamento al lavoro. Categorica era l'esclusione della “terapia violenta” e della sterilizzazione che miravano a rendere

⁴³ Ivi, cit., p. 158.

inoffensivo il delinquente come se si trattasse di “un individuo preistorico avente affinità a volte coi roscicchianti, a volte coi carnivori”, mentre al contrario si trattava di una personalità incompleta⁴⁴.

In un ampio capitolo intitolato *Il Fascismo nella difesa sociale contro la criminalità* Di Tullio aveva sottolineato le più importanti opere e misure messe in atto dal Regime, tra cui l'attività di difesa dell'infanzia realizzate dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, che avrebbe dovuto coordinare tutte le attività e le istituzioni per i minori. Tra queste istituzioni, l'Onmi avrebbe dovuto gestire i Centri di osservazione e gli Istituti medico pedagogici che secondo lo psichiatra avrebbero dovuto raccogliere tutti i minorenni traviati e delinquenti e i consultori per le famiglie, a cui le famiglie stesse in caso di minori difficili avrebbero potuto rivolgersi⁴⁵. In un articolo dell'anno precedente, ossia del 1928, Di Tullio nel prevedere il funzionamento di questi centri di raccolta per minorenni abbandonati, traviati e delinquenti, aveva enfatizzato la possibilità che l'Onmi creasse

“un corpo speciale di agenti, incaricato della protezione e della difesa dell'infanzia, i quali avranno pertanto il compito di raccogliere dalle strade [...]tutti quei fanciulli che appaiono, o che realmente sono dei vagabondi, dei discoli, degli abbandonati, dei delinquibili e dei delinquenti, per accompagnarli quindi a tali centri di raccolta e di osservazione”⁴⁶.

⁴⁴ B. Di Tullio, *La costituzione delinquenziale*, cit., p. 159.

⁴⁵ Ivi, cit., p. 190.

⁴⁶ B. Di Tullio, *Sulla profilassi e terapia della criminalità minorile*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 5, maggio 1928, p. 416. Secondo Di Tullio l'opera di recupero di questi minori avrebbe dovuto essere completata dall'Opera Balilla che avrebbe dovuto raccogliere in propri istituti i ragazzi che, dimessi da questi Centri di osservazione si dimostrassero ancora bisognosi di una continua assistenza materiale e morale. Su questo corpo di agenti di Pubblica Sicurezza specializzati unicamente della protezione dell'infanzia si veda anche B. Di Tullio, *La delinquenza minorile*, in “Archivio fascista di medicina politica”, volume II, 1928, pp. 58-60. Su tali Centri si veda anche B. Di Tullio, *Sulla tendenza istintiva al delitto nei fanciulli*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 7, luglio 1928, pp. 545-548 e B. Di Tullio, *I centri di osservazione dell'O.N.M.I. nella profilassi della delinquenza dei minorenni*, in “Maternità ed infanzia”, a. IX, n. 10, ottobre 1934, pp. 3-5. Una proposta alternativa ai Centri di osservazione, venne avanzata dallo psichiatra Antonio D'Ormea che riteneva preferibile e meno costoso creare delle “sezioni di raccolta, studio, smistamento e cura dei minori traviati, cioè dei deficienti ed anormali etici” (p. 594), usufruendo così di strutture già esistenti, quelle manicomiali, ed i professionisti già formati, gli psichiatri, senza moltiplicare nuovi istituti. A. D'Ormea, *Un problema sociale. L'assistenza ai fanciulli deficienti*, in “Maternità ed infanzia”, a. V, n. 6, giugno 1930, pp. 582-595.

Alla fine degli anni Venti Di Tullio attribuiva all'Italia fascista la possibilità di mettere in atto i principi cardine della scuola lombrosiana ovvero la lotta contro la criminalità attraverso la prevenzione, la difesa sociale e la rieducazione del delinquente, in modo da renderlo sempre meno pericoloso attraverso la sua utilizzazione sociale⁴⁷.

“L’opera quindi di bonifica morale, che potrà essere compiuta in tali istituti, o “Centri di osservazione”, da parte del medico criminalista, verrà a risolvere il problema della profilassi e della terapia della criminalità minorile, in quella forma che, invocata dai nostri grandi criminalisti, da Cesare Lombroso, ad Enrico Ferri, a Salvatore Ottolenghi, segnerà l’inizio di un nuovo primato nel Mondo, e di un sempre maggior benessere materiale nella nostra Nazione, per il raggiungimento del rafforzamento della Stirpe, meta suprema del Governo Nazionale Fascista”⁴⁸.

Un antropologo criminale al Congresso di Psichiatria infantile di Parigi

Benigno Di Tullio a Parigi aveva spiegato come doveva avvenire la cura e l’educazione dei giovani delinquenti e dei predisposti. Di Tullio presentò i risultati ottenuti studiando 400 minori al Consultorio di medicina pedagogica emendativa di Roma che faceva parte del Centro di rieducazione dei minorenni, creato con la legge del 1934 che istituiva i Tribunali per i minorenni⁴⁹. Tale Consultorio accoglieva non

⁴⁷ B. Di Tullio, *La costituzione delinquenziale*, cit., p. 200. L’antropologo criminale aggiungeva: “L’Italia Fascista potrà sicuramente trionfare anche sulla criminalità, per camminare quindi più speditamente verso la meta suprema della sua grandezza materiale e morale”.

⁴⁸ B. Di Tullio, *Verso la bonifica morale della nazione*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 8, agosto 1928, p. 645.

⁴⁹ La legge del 1934, che aveva istituito i Tribunali per i minori, aveva anche creato varie istituzioni destinate ad accogliere minori: dalle case di rieducazione ai riformatori giudiziari, ai centri di osservazione. Nei Centri di osservazione venivano accolti minori fermati per misure di Pubblica Sicurezza, minorenni denunciati in attesa di processo che non avessero un ambiente familiare adatto e minorenni giudicati in attesa del provvedimento adottato dal Tribunale minorile. Si veda A. Ponzini, *I centri di osservazione per minorenni in Italia*, in “Maternità ed infanzia”, a. IX, n. 9, settembre 1934, pp. 14-15. Per una valutazione del Tribunale per i minori si può vedere P. Guarnieri, *Pericolosi e in pericolo. Alle origini del Tribunale dei minori in Italia*, cit., e M. Gibson, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Milano, Mondadori, 2004, pp. 289-290. Gibson si sofferma sulle diverse strutture proposte per i minori, non solo per i minori detenuti, ma anche per i predelinquenti.

minori delinquenti, ma minori predisposti a comportamenti antisociali e quindi anche ad atti criminosi⁵⁰.

L'antropologo criminale aveva fiducia nelle possibilità di educazione e cura per molti anormali e delinquenti, anche se avvertiva che non si doveva essere né troppo ottimisti, né troppo pessimisti. “Bisogna infatti riconoscere che ogni minore anormale può e deve essere educato se non sempre nel senso strettamente clinico, in quello almeno che riguarda l'utilizzazione sociale, purchè sia rigorosamente sottoposto a tutte le risorse della moderna neuropsichiatria infantile e della modernissima medicina pedagogica”⁵¹. Egli riteneva fondamentale – lo aveva scritto già nel 1927 – creare delle “sezioni di osservazione” dove esaminare i minori e dove porli sotto controllo tramite le cartelle biografiche⁵².

In queste sezioni, create negli anni Trenta, Di Tullio aveva avuto modo di osservare i minori e sulla base dei dati raccolti li aveva distinti in vari gruppi⁵³. Aveva utilizzato la distinzione tra minorenni delinquenti occasionali e minorenni delinquenti costituzionali: i primi portati al delitto dalle situazioni e dall'ambiente, i secondi invece caratterizzati da un comportamento criminoso che a volte era favorito dall'ambiente stesso⁵⁴. Il ruolo dell'ambiente venne enfatizzato sempre da Di Tullio, che cercò di mostrare l'importanza dei fattori sociali accanto a quelli biologici. Nella costituzione delinquenziale dei minori andavano a influire una serie di fattori biologici e sociali, che avrebbero creato così un complesso di caratteri morfo-fisio-psichici che avrebbe dato origine a una predisposizione al delitto che si traduceva – secondo Di Tullio –

⁵⁰ B. Di Tullio, *Il consultorio di Medicina Pedagogica emendativa dell'O.N.M.I. in rapporto all'igiene sociale e alla profilassi criminale precocissima*, in “Difesa sociale”, 1935, pp. 117-124.

⁵¹ B. Di Tullio, *Sui metodi di educazione del fanciullo*, cit.

⁵² B. Di Tullio, *La delinquenza minorile*, in “Archivio fascista di medicina politica”, II, 1928, pp. 58-60. Sulla necessità di creare “istituti di osservazione temporanea” per i minori concordavano anche vari psichiatri come Luigi Roncoroni, allievo di Lombroso, in *L'assistenza dell'infanzia fattore essenziale della lotta contro la delinquenza*, “Archivio fascista di medicina politica”, I, 1927, pp. 124-126.

⁵³ B. Di Tullio, *Sui metodi di educazione del fanciullo*, cit., pp. 186-187.

⁵⁴ Era stato proprio Di Tullio a teorizzare la “costituzione delinquenziale” sia negli adulti che nei minori, richiamandosi a Lombroso, Enrico Ferri, Salvatore Ottolenghi, Mario Carrara e al concetto di immoralità costituzionale di Eugenio Tanzi. B. Di Tullio, *La costituzione delinquenziale nella etiologia e nella terapia del delitto*, cit.

“nella precocità con cui si giunge al delitto, nella frequenza con cui si delinque, e nella gravità che presentano i vari delitti. Vi sono, infatti, fanciulli che ben presto, e sotto l’influenza di stimoli anche lievi, rivelano persistenti caratteri di malvagità, di perversità, di insofferenza ad ogni disciplina, di proclività al furto, alle perversioni sessuali, alla violenza che non si riscontrano certamente nella grandissima maggioranza dei fanciulli sani e normali”⁵⁵.

Oltre a questa prima grande distinzione, il criminologo aveva presentato a Parigi quattro categorie: la prima era costituita da minori che si trovavano in condizione di abbandono morale, che erano portati a commettere piccoli reati per rispondere ai bisogni fondamentali; la seconda categoria era quella dei minori travciati, definiti anche pseudo-anormali: erano il gruppo più numeroso e la loro condizione era sostanzialmente dovuta a cause ambientali. Il bambino tendeva però a peggiorare progressivamente fino ad assumere in maniera costante abitudini antisociali che lo portavano a diventare un delinquente. Vi erano poi i minori anormali psichici: erano coloro che presentavano delle anormalità psichiche che li

⁵⁵ B. Di Tullio, *Medicina pedagogica emendativa. Guida per la rieducazione dei minorenni anormali della condotta, travciati e delinquenti*, O.E.T., Roma, 1946, p. 276. Di Tullio riprendendo i suoi lavori precedenti distingueva tra costituzione delinquenziale semplice e costituzione delinquenziale caratterizzata da vari orientamenti clinici (come il neuro-psicopatico, lo psicopatico e il misto). Tra le caratteristiche del minorenne con costituzione delinquenziale vi erano “incompletezza intellettuale”, ovvero scarsa capacità di astrazione; senso esagerato della propria personalità; “tendenza all’egoismo, all’egocentrismo e alla vanità”; “tendenza a crisi di irritabilità”; tendenza a turbe affettive e a “freddezza emozionale”; “anomalie della sfera sessuale”. Di Tullio continuava: “Egli pertanto si rivela scarsamente adattabile ad ogni forma di disciplina, a cominciare da quella familiare, anche quando l’ambiente sia materialmente buono e moralmente sano; si dedica frequentemente ad attività che hanno un contenuto fraudolento o predatorio; è precocemente erotico, divenendo facile preda di perversioni sessuali; e, per l’intensità dei suoi impulsi istintivi, si rivela ben presto proclive ad ogni forma di ribellione e di violenza” (p. 278). Inoltre questo minore non rivelerebbe mai vero rimorso o comunque pentimento per le sue azioni, che lui anzi vivrebbe come espressione del suo istinto, e dunque il cui raggiungimento gli procurerebbe piacere. Ecco che così Di Tullio definisce in maniera chiara la distinzione tra minorenne delinquente occasionale e minorenne delinquente costituzionale che inizierebbe precocemente la sua attività delittuosa, che persiste nel suo comportamento anche quando si trova in ambienti non corrotti, e si rende colpevole di attività delittuose che si rivelano particolarmente gravi. Ma ciò che lo distingue in maniera peculiare è lo stato “amorale-delinquenziale”, cioè la presenza di una predisposizione costituzionale al delitto (pp. 278-279). Tra i caratteri morfologici e funzionali, Di Tullio ne indicava alcuni che secondo lui si riscontrerebbero con maggior frequenza nei minori delinquenti costituzionali: fronte bassa e sfuggente; orecchie ad ansa; sviluppo esagerato della mandibola e degli zigomi; ma anche il mancinesimo; i tic; la balbuzie. Ancor più interessante è il fatto che Di Tullio riconosca in questi minori la presenza del “sintomo di Lombroso-Di Tullio” che consisteva in scarsa sensibilità al dolore fisico, scarsa affettività, mancanza di moralità.

potavano portare, in condizioni ambientali sfavorevoli, a diventare criminali. Infine vi erano i minori predisposti costituzionalmente ad atti antisociali, detti anche perversi: erano i delinquenti costituzionali, che rivelano la loro natura a prescindere dall'ambiente.

E' evidente dalle categorie esposte come l'ambiente familiare e sociale fosse secondo Di Tullio fondamentale, ad eccezione che per i minori delinquenti costituzionali.

Il gruppo che più attirava l'attenzione di Benigno Di Tullio a Parigi era quello formato dai "traviati", che generalmente erano coloro che non avevano ancora compiuto un reato⁵⁶. A Parigi li aveva definiti anche pseudo-anormali, utilizzando una categoria che in Italia aveva un largo uso⁵⁷. Eppure la loro pericolosità, secondo Di Tullio, poteva essere maggiore di quella di coloro che avevano già commesso un delitto. Il criminologo si soffermava in maniera precisa a descrivere i sintomi del traviamiento, che andavano dalla "condotta orientata all'indisciplina persistente e forte in famiglia e nella scuola", alla "attività antisociale per piccoli furti", alla "attività sessuale abnorme dal punto di vista quantitativo e qualitativo"⁵⁸. Pochi anni dopo, nel 1940, Di Tullio avrebbe dato di questi fanciulli traviati una descrizione ancor più precisa.

"Si tratta di fanciulli i quali in famiglia mancano di rispetto ai genitori, sono testardi e prepotenti, litigano facilmente e spesso compiono atti di violenza in genere, sono fortemente bugiardi ed insinceri, si dimostrano poco affettuosi verso la famiglia, si allontanano frequentemente e spesso fuggono di casa, rubano facilmente denaro e oggetti di valore, e non di rado rivelano deviazioni qualitative e quantitative della stessa personalità"⁵⁹.

⁵⁶ B. Di Tullio, *La personalità del minore in relazione all'ambiente*, Roma, tipografia f.lli Pallotta, 1938, p. 6.

⁵⁷ La definizione di "pseudo-anormali" era stata introdotta da Sante De Sanctis. Si veda, ad esempio, *Neuropsichiatria infantile*, cit., p. 961.

⁵⁸ B. Di Tullio, *La personalità del minore in relazione all'ambiente*, cit., pp. 6-7.

⁵⁹ B. Di Tullio, *La profilassi della delinquenza minorile in Italia*, Roma, Pallotta, 1940, p. 14.

La pericolosità dei bambini traviati non era certo nuova tra chi si occupava di assistenza. L'attenzione verso questo gruppo di minori era stata sollecitata più volte dalle pagine di "Maternità ed infanzia". Nel 1933 era stato Sileno Fabbri a occuparsi di minori da sottoporre a tutela morale. Nel suo scritto aveva ripercorso le categorie già impiegate dal criminologo Di Tullio, che aveva spesso divulgato le sue posizioni dalle pagine della rivista dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Sileno Fabbri definiva i minorenni traviati come "l'esercito dei discoli, oziosi, vagabondi, dei fanciulli diffamati e dediti alla mendicizia, delle fanciulle dedite alla prostituzione"⁶⁰.

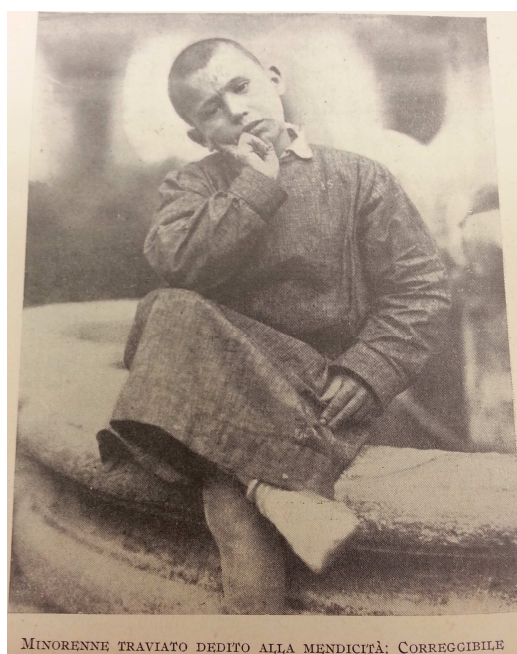


Foto 1. Figura di bambino considerato traviato. (Fonte: foto tratta dall'articolo S. Fabbri, *La tutela morale dei minorenni*, cit.. Foto fornita da F. Banisconi e proveniente dalla collezione dell'asilo scuola n. 1 di Roma per fanciulli anormali fondato da Sante De Sanctis).

Nell'articolo Sileno Fabbri sottolineava il ruolo giocato dall'ambiente di provenienza del minore traviato, che andava sottoposto a conoscenza, analizzato, controllato perché il quell'ambiente il minore sarebbe prima o poi tornato.

Di fronte a questa sintomatologia così vasta, Di Tullio era tuttavia ottimista; sosteneva che nel 99% dei casi dei minori traviati arrivando per tempo, grazie alla

⁶⁰ S. Fabbri, *La tutela morale dei minorenni*, in "Maternità e infanzia", a. VIII, giugno 1933, pp. 5-8.

collaborazione con le famiglie e con le scuole, si poteva ricondurre il minore sulla buona strada.

Che tipo di educazione e cura si doveva proporre per i giovani delinquenti e soprattutto per i traviati, definiti anche pseudo-anormali? Innanzitutto andavano allontanati dalla scuola comune, sia che fossero delinquenti sia che fossero anormali. Andavano sottoposti a sistemi pedagogici speciali. La cura cui si doveva tendere, secondo Di Tullio, era quella di una “bonifica della loro personalità individuale”⁶¹ – soprattutto se si trattava di minori delinquenti costituzionali – utilizzando sia le cure mediche che psico-terapiche⁶², correggendo le eventuali deviazioni di sviluppo sia fisico che psichico nei minori allo scopo di “distruggere ed eliminare tutte quelle alterazioni fisio-psichiche”, che erano generalmente “l’espressione di debolezze costituzionali”, di predisposizione a malattie varie, di stati endocrinopatici, di processi tossici, di infezioni⁶³. Si trattava di andare a sanare il “terreno organico”, per renderlo quindi “suscettibile all’influenza benefica delle norme educative”⁶⁴. Il metodo fondamentale era quello biologico-clinico, che doveva completarsi con quello psico-pedagogico, a cui spettava di orientare le inclinazioni individuali. Questi metodi psico-pedagogici, che comprendevano anche psicoanalisi e psicoterapia, secondo Di Tullio rivestivano una particolare importanza soprattutto nell’educazione dei minori traviati o anormali della condotta, perché sostanzialmente avrebbero dovuto “rimuovere i complessi affettivi a contenuto antisociale” e creare così legami di affetto, di identificazione, di emulazione tra i minori e gli educatori, « favorendo i processi di sublimazione del senso sociale »⁶⁵.

Altro strumento fondamentale era costituito dall’ergoterapia, cioè la terapia del lavoro, che per i minori avrebbe dovuto essere posta in atto seguendo le loro inclinazioni, in modo da renderla “gradevole alla stregua di un gioco”. Altro strumento di rieducazione pedagogica – lo avrebbe teorizzato due anni dopo, nel

⁶¹ B. Di Tullio, *Sui metodi di educazione del fanciullo*, cit., p. 191.

⁶² B. Di Tullio, *La delinquenza minorile*, in “Archivio fascista di medicina politica”, cit., pp. 58-60.

⁶³ B. Di Tullio, *Sui metodi di educazione del fanciullo*, cit., p. 192.

⁶⁴ Ivi, cit., p. 193.

⁶⁵ Ivi, cit., p. 194.

1940 – era quello costituito “dall’intimidazione fortemente benefica” che si esercitava paventando ai minori la possibilità di un ricovero obbligatorio⁶⁶.

Dopo Parigi

La psichiatria infantile italiana a Parigi non appariva certo come una disciplina con uno statuto chiaro: del resto lo stesso termine psichiatria infantile in Italia non era mai stato utilizzato prima del 1937 e sarebbe stato usato poco anche in seguito⁶⁷. Inoltre nella delegazione italiana la parte principale la fece un antropologo criminale e questo sembra un altro dato peculiare che si può spiegare considerando diversi fattori: in primo luogo la psichiatria interessata all’infanzia appariva in difficoltà dopo la morte, a metà degli anni Trenta, di alcuni tra i suoi principali esponenti come Sante De Sanctis e Giulio Cesare Ferrari. La fase innovativa e vivace di inizio Novecento si mostrava in esaurimento. In secondo luogo i convegni nazionali di medicina pedagogica, in cui gli psichiatri interessati all’infanzia avevano avuto un ruolo fondamentale, dopo il 1933 non si erano più tenuti e le occasioni di confronto per i medici si erano ridotte.

Che in tutto questo pesasse la politica fascista è innegabile e non tanto perché il fascismo fosse direttamente interessato a guidare e condizionare le posizioni teoriche della psichiatria infantile⁶⁸. Il condizionamento – che pure vi fu – fu più velato e indiretto, fatto di promesse e mancate realizzazioni, di finanziamenti ridotti, sporadici e in forma di elargizione. Alcuni psichiatri avevano avuto ruoli chiave nelle istituzioni fasciste, ma poco alla volta era emersa una progressiva distanza tra alcuni di loro e il fascismo⁶⁹. E d’altra parte si erano resi evidenti in

⁶⁶ B. Di Tullio, *La profilassi della delinquenza minorile in Italia*, cit., p. 14.

⁶⁷ Fino agli anni Trenta veniva preferita l’espressione pedopsichiatria. Il termine neuropsichiatria infantile compare nell’opera di De Sanctis (*Neuropsichiatria infantile*, cit.) e verrà poi impiegato a partire dagli anni Cinquanta.

⁶⁸ Per un quadro generale sulla cultura italiana durante il fascismo si vedano A. Tarquini, *Storia della cultura fascista*, Bologna, il Mulino, 2011; R. Ben Ghiat, *La cultura fascista*, Bologna, il Mulino, 2004; L. Mangoni, *L’interventismo della cultura. Intellettuali e riviste del fascismo*, Roma-Bari, Laterza, 1974.

⁶⁹ Ricordo tra questi psichiatri Sante De Sanctis, che aveva avuto ruoli importanti nell’Opera Nazionale Maternità e Infanzia. Un suo articolo del 1935 mostra però una presa di distanza e un atteggiamento critico verso la legge del 1934 che istituiva i Tribunali dei minorenni. Pur approvando nel complesso questa legge, De Sanctis in più punti sottolineava gli aspetti critici: in particolare il

maniera sempre più consistente i condizionamenti che il fascismo aveva alimentato nella psichiatria, ma anche nella psicologia. Questa situazione ebbe ricadute anche nel clima intellettuale in cui operarono gli psichiatri. Negli anni Trenta la psicologia – come ha scritto lo storico della disciplina Sadi Marhaba – nei Congressi Internazionali non registrò interventi di rilievo da parte dei rappresentanti italiani, che sembrarono invece sempre più interessati a prendervi parte più per questioni di prestigio nazionale che di curiosità scientifica⁷⁰. Anche la psichiatria condivise in parte una situazione simile: lo psichiatra Tumiatì nel 1930 lamentò la scarsa partecipazione degli specialisti italiani al I Congresso Internazionale di Igiene Mentale di Washington⁷¹.

Fondamentale fu il ruolo che gli antropologi criminali italiani assunsero. Come ha scritto Delia Frigessi, gli allievi di Lombroso – tra cui Benigno Di Tullio – avevano sostenuto, anche attraverso dei riferimenti al loro maestro, di rappresentare l'apice della criminologia scientifica, mentre in realtà erano più preoccupati di mostrarne l'importanza per il regime fascista allo scopo «di confermare o di mantenere come potevano il loro potere agganciandosi al passato», che tuttavia risultava in gran parte snaturato, privato della vocazione riformista della riflessione lombrosiana sulla società, i privato del suo socialismo, dell'opposizione a militarismo e colonialismo⁷².

fatto che la legge non trattasse la parte tecnica, ma si soffermasse solo a fissare dei concetti generali. Secondo De Sanctis una legge che non si occupava della parte tecnica era una legge incompleta, che si affidava alla buona volontà dei singoli e rischiava di veder falliti i principi generali, ovvero quelli di rieducazione, di prevenzione e dell'emenda dei giovani delinquenti. Scriveva lo psichiatra a p. 7: “Nessun ipercritico potrebbe non approvare nel suo insieme il Decreto-legge del 20 luglio 1934. Intanto esso rappresenta tutto il movimento giuridico e biologico di questo ultimo cinquantennio e non soltanto dell'Italia, che ne fu la promotrice ma di tutto il mondo moderno. Era naturale che la legge, preoccupata di fissare i principii delle nuove disposizioni, non trattasse della parte tecnica; tuttavia fa d'uopo di avvertire senza indugio, che le difficoltà dell'applicazione della legge, del buon esito della rieducazione e del successo della prevenzione e dell'emenda, consistono *tutte* nella tecnica e non già nella critica della difesa sociale, dell'istituzione del Tribunale, della lotta individualizzata [...]” (corsivo nel testo). Continua subito dopo scrivendo che per valutare le istituzioni nuove bisognava verificare il successo delle stesse, per verificare il quale servivano “cifre statistiche sincere”, “metodi di rilievo esatti, [...] univoci e quindi comparabili”, ovvero “tutte condizioni tecniche imprescindibili”. S. De Sanctis, *Date memorabili nell'assistenza ai minorenni travati e delinquenti, in Italia*, in “L'Igiene Mentale”, anno XV, n. 1, febbraio 1935, pp. 2-7.

⁷⁰ È quanto sostiene S. Marhaba, *Lineamenti della psicologia italiana, 1870-1945*, cit.

⁷¹ C. Tumiatì, *Il Congresso*, in “L'Igiene Mentale”, anno X, luglio 1930, pp. 21-25.

⁷² D. Frigessi, *Cesare Lombroso*, cit., pp. 388-389.

Nel 1940 Guido Landra – uno dei principali teorici del razzismo biologico – pubblicò insieme a Gemelli e Banissoni un volume intitolato *Antropologia e psicologia*. Landra tracciava sinteticamente la storia dell'antropologia criminale notando come «purtroppo in questo campo è stata quasi assoluta l'influenza giudaica della scuola di Cesare Lombroso». Landra ricordava anche la figura e gli studi di Benigno Di Tullio «che si è cercato in gran parte di staccare dalla scuola lombrosiana»⁷³. In realtà, leggendo Di Tullio, non si ha tanto l'impressione che si fosse staccato dalla scuola lombrosiana, quanto che avesse cercato di camuffarne alcuni aspetti, mettendo in luce al tempo stesso il ruolo dell'ambiente, accogliendo stimoli che provenivano dalla criminologia internazionale.

Di fatto, Di Tullio era stato abile a intercettare i temi che interessavano al fascismo: dalla «rigenerazione» alla «bonifica umana» applicata ai bambini – delinquenti, traviati, anormali –, alla supremazia della funzione di tutela dell'ordine e della sicurezza rispetto alla funzione di assistenza all'infanzia in condizioni di svantaggio⁷⁴. Il lessico usato da Di Tullio a Parigi era caratterizzato da termini come «bonifica», «battaglia», «terreno»: il rimando alle politiche del fascismo era immediato. La capacità del fascismo di essere pervasivo risultava anche in questo. Quello dei bambini svantaggiati e dei giovani delinquenti era diventato un campo di battaglia, dove applicare i nuovi prodigiosi ritrovati della scienza ortogenetica e dell'antropologia criminale, grazie a medici che si erano posti al servizio di queste logiche.

Nel 1941 Dino Grandi, ministro di Grazia e Giustizia, pubblicò *Bonifica umana*. Nei due volumi diede ampio spazio alle posizioni dei seguaci di Lombroso, cercando di mostrare come la legislazione fascista fosse debitrice verso i loro studi. Rispetto alla questione e alla legislazione minorile le pagine di Grandi sottolineavano i compiti di prevenzione, il trattamento per i minori e le funzioni rieducative, «lo spostamento del problema dal campo penale al campo sociale»⁷⁵. Ad osservare con attenzione, tuttavia, come si è cercato di mostrare, l'intreccio era più complesso. Le

⁷³ G. Landra, P. A. Gemelli, F. Banissoni, *Antropologia e psicologia*, Milano, Bompiani, 1940, p. 221.

⁷⁴ Un'interessante valutazione delle politiche assistenziali fasciste si trova in M. S. Quine, *Italy's Social Revolution: Charity and Welfare from Liberalism to Fascism*, New York, Palgrave, 2002, pp. 289-302.

⁷⁵ D. Grandi, *Bonifica umana*, Roma, Tipografia delle mantellate, Roma, 1941, volume I, p. 281.

pagine dedicate agli stabilimenti per i minori – case di rieducazione, riformatori giudiziari, case speciali di pena⁷⁶ – evidenziano come, nella complessa distinzione e ramificazione delle categorie di bambini che vi potevano essere ammessi, la funzione di controllo sociale fosse prevalente. Ancor di più questo aspetto emerge rispetto ai minori travati e in pericolo morale: per loro si sarebbero dovute realizzare misure di tutela in modo da prevenire la delinquenza. In nome di un nesso di causa-effetto tra i bambini in pericolo morale e i futuri delinquenti, si stabiliva la priorità della funzione di protezione della società rispetto alla funzione di protezione del bambino, anche se si dichiarava di agire per la loro difesa e per il loro bene. I bambini erano percepiti come un pericolo e da questo pericolo la società doveva difendersi. Significativa era la via intrapresa per garantire la sicurezza: si trattava di sottoporli a controllo costante, di fare diagnosi precoce, di isolarli in istituti⁷⁷.

Minori anormali e giovani delinquenti erano una delle priorità ricorrenti nel dibattito scientifico e politico: a loro venne dedicata una intera sezione del I Congresso Internazionale di Criminologia, tenutosi a Roma dal 3 al 5 ottobre 1938⁷⁸. Al Congresso, organizzato da Di Tullio in stretta collaborazione con vari esponenti del fascismo – ad esempio Giovanni Novelli, direttore generale degli istituti di prevenzione e di pena e presidente di sezione della corte di cassazione, e Arrigo Solmi, ministro della Giustizia – vennero invitati diversi psichiatri presenti in Francia nel 1937: Georges Heuyer – che intervenne sull’eziologia e origini della delinquenza infantile⁷⁹ –, Victor Fontes – che presentò le cause di delinquenza minorile attingendo in maniera significativa dagli autori italiani⁸⁰ – e naturalmente

⁷⁶ D. Grandi, *Bonifica umana*, cit., pp. 293-297.

⁷⁷ Ivi, cit., pp. 298-300.

⁷⁸ *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939. Il Congresso cercò di comprendere le cause della delinquenza minorile e vi furono varie relazioni sul rapporto tra ambiente ed ereditarietà. Si cercò anche di individuare una classificazione internazionale comune per i minori delinquenti. Dopo varie discussioni venne approvata la seguente classificazione dei minori delinquenti: 1. minori in pericolo morale; 2. minori travati; 3. minori bio-psichicamente normali e 4. minori bio-psichicamente anormali.

⁷⁹ G. Heuyer, M. Badonnel, *Etiologie de la délinquance infantile*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, vol. II, cit., pp. 159-187.

⁸⁰ V. Fontes, *Relação*, *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, vol. II, cit., pp. 135-144. Sulle relazioni tra V. Fontes e gli psichiatri e i criminologi italiani si veda A. Marques Filipe, *The Rise of Child Psychiatry in Portugal: An Intimate Social and Political History, 1915-1959*, in “Social History of Medicine”, vol. 27, n. 2, 2014, pp. 326-348.

molti psichiatri italiani, come Carlo De Sanctis, Giuseppe Pellacani, Arturo Donaggio, Ottavio Vergani, Ettore Rieti. La via scelta, che si era manifestata a Parigi nel 1937, e che negli anni successivi si rafforzò, fu quella di enfatizzare i concetti di ordine e di tutela della sicurezza rispetto ai compiti di assistenza all'infanzia⁸¹.

Secondo Di Tullio, le finalità da perseguire erano chiare, ovvero si trattava di « guadagnare e riacquistare prezioso materiale umano », cosa che aveva « grande importanza dal punto di vista igienico, sociale, demografico, politico »⁸². Anche nel campo della delinquenza minorile – costituita da predisposti, anormali, traviati, perversi – il fascismo avrebbe raggiunto la più profonda e completa vittoria, « nell'interesse della bonifica umana della Nazione e della difesa della Razza grazie alla collaborazione fra Ministero della Giustizia, Ministero dell'Educazione Nazionale e Partito »⁸³. La battaglia di Di Tullio condotta attraverso i Congressi internazionali portò nel 1938 ad un primo risultato: gli venne riassegnata la docenza di Antropologia criminale dal ministro dell'Educazione nazionale Giuseppe Bottai.

Caduto il fascismo, nel dopoguerra repubblicano Di Tullio proseguì la sua attività, preoccupato ancora della questione della delinquenza minorile, che gli appariva come un problema più ampio di quanto si credesse perché comprendeva non solo le condotte delittuose, ma anche le

« forme aberranti di comportamento che, pur non raggiungendo gli estremi giuridici del reato, costituiscono un complesso di attività e di azioni più o meno fortemente dannosa per l'individuo e per la società, e rappresentano in molti casi dei veri e propri equivalenti delittuosi »⁸⁴.

Secondo Di Tullio nella questione della delinquenza minorile – come già sappiamo – andavano compresi non solo i minori autori di reato, ma anche i minori in stato di

⁸¹ P. Guarnieri, *Pericolosi e in pericolo. Alle origini del Tribunale dei minori in Italia*, cit., p. 219. La storica ricostruisce la nascita del Tribunale dei minori, istituito nel 1934, e mostra come la legge fascista fosse più interessata a proteggere gli adulti dai minori piuttosto che a tutelare i minori stessi, in contrasto con il dibattito culturale e politico dell'età liberale.

⁸² B. Di Tullio, *La personalità del minore in relazione all'ambiente*, cit., p. 8.

⁸³ B. Di Tullio, *La profilassi della delinquenza minorile in Italia*, cit., p. 19.

⁸⁴ B. Di Tullio, *Il problema della delinquenza minorile in Italia*, in "Ragazzi d'oggi", anno II, 1, gennaio 1951, pp. 3-6.

traviamento e i minori in pericolo morale. Questi ultimi due gruppi attiravano in particolare la sua attenzione ed era per loro si dovevano porre in atto misure adeguate per prevenire la delinquenza.

“Si contano purtroppo a decine e decine di migliaia i fanciulli che, ancora oggi in Italia, come del resto in tutti i paesi più ricchi e più grandi, vivono comportandosi come oziosi, indisciplinati, litigiosi, ribelli, violenti, ladruncoli, vagabondi, manutengoli, sessuali precoci, ecc., senza che per essi la famiglia, la scuola, la società siano in grado di prendere i provvedimenti necessari per evitare il loro progressivo decadimento morale”⁸⁵.

Tutte parole già lette e già sentite. Mutato il contesto politico, mutava anche lo scopo: non si trattava più di sottolineare i compiti di « bonifica umana » e di difesa della razza che il fascismo avrebbe realizzato; piuttosto si trattava « di poter assicurare alla società un sempre maggior numero di uomini veramente buoni [...] e creare quindi la premessa essenziale per lo sviluppo di un migliore avvenire per l'umanità intera »⁸⁶. Quello che non mutava era una buona parte delle riflessioni dell'antropologo e dei mezzi utilizzati per raggiungere lo scopo: controllo dei bambini, difesa della società, creazione di istituzioni per la rieducazione dei bambini.

Per queste ragioni, notando come il fenomeno della delinquenza minorile in Italia avesse assunto aspetti tragici, Di Tullio dichiarò di aver deciso di correre ai ripari fondando l'Ente Nazionale per la Protezione Morale del Fanciullo ramificato in tutte le province italiane⁸⁷.

⁸⁵ B. Di Tullio, *Il problema della delinquenza minorile in Italia*, cit., p. 4.

⁸⁶ Ivi, cit., p. 6.

⁸⁷ L'Ente Nazionale per la Protezione Morale del Fanciullo (ENPMF) venne fondato nel 1946 come istituzione privata e venne riconosciuto dallo stato come ente morale nel 1949. Rimase attivo fino agli anni settanta. Questo ente venne fondato nel 1946 come istituzione privata e venne riconosciuto dallo stato come ente morale nel 1949. Rimase attivo fino agli anni settanta. L'ente provvedeva all'assistenza dei minori in stato di pericolo morale; contribuiva a prevenire la prostituzione e la delinquenza minorile; promuoveva studi e iniziative per il perfezionamento dei metodi di prevenzione e per il miglioramento dei sistemi di assistenza psichica, pedagogica e morale dei minori; sensibilizzava l'opinione pubblica ai problemi della protezione e assistenza dei minori in pericolo morale. Qualche riferimento all'ENPMF si trova in S. Patriarca, *Fear of Small Numbers: "Brown Babies" in Postwar Italy*, in "Contemporanea", a. XVIII, 4, 2015, pp. 557-558. Si veda anche M.

6.2. Rigenerare: bonifica umana e ortogenesi

Nel 1938, dal 23 maggio al 15 luglio, il giornalista Francesco Argenta pubblicò su “La Stampa” una serie di articoli all’interno di una rubrica intitolata “In difesa della razza”⁸⁸. Due le tematiche principali intorno alle quali Argenta scriveva come inviato da Roma: da un lato i fanciulli anormali e le loro possibilità di rigenerazione, dall’altro lato la situazione dei figli dei reclusi in carcere, verso i quali il Regime aveva introdotto delle disposizioni speciali per evitare esiti pericolosi⁸⁹.

Ad inaugurare la rubrica era un articolo accompagnato da una intervista a Nicola Pende⁹⁰. Il giornalista presentava l’Istituto per la bonifica umana e l’ortogenesi della razza, la cui creazione a Roma era stata da pochi giorni decisa da Mussolini e dal Consiglio dei ministri⁹¹. Accanto alla costruzione di questo Istituto, veniva decisa l’organizzazione di una “Mostra dell’ortogenesi fascista della razza”⁹². L’Istituto e la Mostra stessa, progettate e decise nel 1938, avevano ottenuto l’approvazione di Mussolini ed era Vittorio Cini a scriverlo al senatore Pende il 1°

Minesso (a cura di), *Welfare e minori. L’Italia nel contesto europeo del Novecento*, Milano, Franco Angeli, 2011, pp. 192-193.

⁸⁸ Francesco Argenta (Asti, 1900 – Torino, 1965) si laureò in giurisprudenza a Torino. Come giornalista si occupò di vari processi, di diritto penale, di criminologia, di medicina legale. Dal 1943 al 1945 collaborò con il Comitato di Liberazione Nazionale piemontese. Si veda F. Argenta, *Vita di giornalista*, a cura di Ernesto Caballo, Torino, Aiace, 1966.

⁸⁹ F. Argenta, *I figli dei reclusi. Oltre il sentimento e la pietà: un dovere sociale. Quel che si fa a Pompei per la valorizzazione sociale dei piccoli derelitti*, in “La Stampa”, 9 luglio 1938, p. 3; F. Argenta, *Trionfo dello spirito. La trasformazione morale dei figli dei reclusi. Tappe e risultati del processo educativo. Più di mille fanciulli rigenerati, salvati*, in “La Stampa”, 15 luglio 1938, p. 5.

⁹⁰ F. Argenta, *Perché i nati vivano e gli uomini siano sani e utili. Le funzioni e i compiti dell’Istituto per la bonifica umana in una nostra intervista col prof. Nicola Pende*, in “La Stampa”, 25 maggio 1938, p.3.

⁹¹ Il Regio Decreto che autorizzava la costruzione in Roma della sede dell’Istituto di bonifica umana ed ortogenesi della razza era stato approvato il 12 maggio 1938, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 2 agosto 1938. Il disegno di legge era divenuto legge il 30 ottobre 1938. ASCD, Disegni e proposte di legge e incarti delle commissioni (1848-1943), legislatura XXIX 1934-1939, sessione unica 1934-1939, esaminati 1933-39, volume 2531. Nella relazione con cui veniva presentato il disegno di legge alla Camera, si dichiaravano, tra gli scopi dell’Istituto, “ricercare i mezzi per la preparazione armonica del corpo e dello spirito, per il prolungamento della vita produttiva e per la correzione di eventuali imperfezioni o anomalie, di agevolare l’orientamento professionale e, infine, di studiare i problemi della razza e il problema biologico della natalità, nonché di preparare personale specializzato in materia di tutela e correzione dello sviluppo fisico e psichico delle nuove generazioni”.

⁹² ACS, E42, b. 1018, fasc. 9770, s.f. 7, inserto 1/B, Promemoria per sua eccellenza il commissario straordinario.

luglio 1938⁹³: “[...] il Duce ha approvato la tua proposta relativa all’Istituto di Ortogenesi e alla Mostra”⁹⁴. Tuttavia, c’era un appunto che il Duce faceva e questo appunto riguardava il termine “stirpe” da sostituire con la parola “razza”⁹⁵. Dunque l’Istituto doveva essere di ortogenesi della razza e non della stirpe.

Non si trattava – evidentemente – di una mera questione terminologica, era invece una questione strettamente connessa al razzismo fascista. Era in atto uno scontro tra le diverse versioni del razzismo fascista: la versione di Pende – centrata sui concetti di stirpe, sull’ortogenesi, su un razzismo spirituale e sulla bonifica umana⁹⁶ – si scontrava con la versione biologica di Interlandi e Landra⁹⁷, che nel

⁹³ Era stato a sua volta il sottosegretario di Stato a scrivere al senatore Vittorio Cini, Commissario generale dell’Ente Autonomo Esposizione Universale di Roma, in data 30 giugno 1938, riportando la decisione di Mussolini sulla sostituzione del termine “stirpe” con il termine “razza”. ACS, E42, B. 1018, fasc. 9770, s.f. 7, ins. 2.

⁹⁴ ASCD, Disegni e proposte di legge e incarti delle commissioni (1848-1943), legislatura XXIX 1934-1939, sessione unica 1934-1939, esaminati 1933-39, volume 2531, conversione in legge del R.D.L. 12 maggio 1938 per la costruzione in Roma della sede dell’istituto di Bonifica umana ed ortogenesi della razza.

⁹⁵ ACS, E42, b. 1018, fasc. 9770, s.f. 7, ins. 2, lettera del senatore Cini a Nicola Pende del 1° luglio 1938. La lettera di Pende a Cini era del 24 giugno 1934.

⁹⁶ Per un’analisi del razzismo di Pende si possono vedere R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, Firenze, La Nuova Italia, 1999, pp. 41-57 e pp. 225-241; F. Cassata, *Building the New Man. Eugenics, Racial science and Genetics in Twentieth-Century Italy*, cit., pp. 192-213. Pende – soprattutto in *Bonifica umana razionale e biologia politica* del 1933 – aveva dato notevole forza alla biotipologia come scienza in grado di classificare gli individui in base a caratteristiche morfologiche-funzionali-psicologiche e aveva teorizzato la “biologia politica”, ovvero “la scienza che, fondata sullo studio [...] degli uomini, considerati come cellule del grande organismo sociale, deve, in un’epoca realistica e naturalistica come la nostra, guidare gli uomini di governo” (p. 7). Pende applica allo studio delle società alcuni principi della biologia, che secondo lui si fonda sul principio di unità del vivente. Secondo Pende, le cellule aggregandosi rinunciano alla loro indipendenza per il benessere proprio ma anche per quello dell’insieme delle cellule. Allo stesso modo “Ecco radicato profondamente nella biologia il grande principio del regime fascista, quello della libertà individuale condizionata dalla libertà e dall’interesse collettivo” (p. 12). Di conseguenza nessun cittadino può risultare di danno a sé e allo Stato.

⁹⁷ A proposito della polemica tra Interlandi e Pende si veda T. Interlandi, *Canovaccio per commedia*, in “Il Tevere”, 17-18 ottobre 1938, p. 1. Nel suo articolo Interlandi attaccava pesantemente Nicola Pende, accusandolo di essere “polemico-lirico-scientifico-speculativo-abusivo-tendenzioso”. Inoltre Interlandi riteneva che Pende avesse tentato già nel 1933 di dimostrare la nullità del razzismo italiano, preferendo il concetto di “bonifica umana razionale”. Non solo: Interlandi accusava Pende di essere interessato unicamente alle cattedre e agli incarichi. “Ma, preso possesso del razzismo, il nostro professore non poteva dichiararsi pago. Bisognava vuotare di contenuto il razzismo degli “altri” e, nel guscio così preparato, immettervi il proprio, vale a dire l’antirazzismo, o meglio la bonifica ortogenetica individuale, vale a dire gli istituti, le cattedre, gli incarichi, le commissioni, il controllo di tutto il nuovo movimento. Se c’erano dei disinteressati che s’erano battuti per una idea e per una politica, in perfetta purità d’intenti, bene, che si tolgano di mezzo; è maturo il tempo per l’organizzazione pratica del razzismo in Italia; ecco il professor Pende”. Interlandi auspicava che “la politica razziale del Fascismo fosse tempestivamente liberata dalle vegetazioni parassitarie che già la

1938 risultò quella dominante e quella scelta dallo stesso Mussolini nel Manifesto degli scienziati razzisti. Lo scontro sui termini stirpe e razza rimandava dunque a tutta questa polemica.

Nicola Pende, che fu firmatario del Manifesto della razza, rappresentò un caso significativo di congiunzione e convergenza tra il razzismo espresso dai medici e dall'ambiente scientifico italiano prima del 1938 e le esigenze del fascismo⁹⁸. Roberto Maiocchi ha scritto:

“Con Pende si evidenzia la continuità con la quale le teorizzazioni collegate con le scienze bio-mediche [...] presenti nella cultura italiana prima del 1938 permasero pressoché inalterate anche dopo quella data all'interno della cultura del razzismo. Si trattò di un travaso d'idee in parte naturale, spontaneo, ma in parte con chiarezza voluto dal fascismo. Vari documenti ufficiali, infatti, si affrettarono a precisare che il nuovo razzismo tanto nuovo non era e andava inteso come la prosecuzione di una linea d'azione che il fascismo aveva intrapreso già da vari anni, quella, per l'appunto, della difesa della razza tramite l'igiene, la medicina preventiva, la profilassi, ecc.”⁹⁹.

Se vogliamo, la versione razzista dei medici italiani fu più improntata al programma di “bonifica della razza” che al razzismo biologico tedesco. Inoltre questa forma di razzismo accolse anche gli appoggi di una parte della Chiesa cattolica, ad esempio dei Gesuiti.

Secondo Maiocchi, Pende risultò “perdente” nella prima fase dello scontro con Interlandi. Sempre secondo Maiocchi, Pende “non volle (o non seppe) costituire un gruppo politico attorno al proprio programma di “bonifica della razza””¹⁰⁰, anche se Maiocchi riconosce come Pende negli anni successivi continuò ad essere presente nella discussione con i suoi vari lavori, “venendo citato nei lavori

minacciano”. Tra i testi principali di Pende che offrono ad Interlandi materiale polemico vi è *Bonifica umana razionale e biologia politica*.

⁹⁸ Questa posizione viene espressa anche da A. Capristo, *Scienze e razzismo*, cit., pp. 241-263.

⁹⁹ R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, cit., p. 238.

¹⁰⁰ Ivi, cit., p. 236.

dedicati a temi razziali come nessun altro”¹⁰¹. Invece, mi sembra che Pende abbia costituito un suo gruppo di scienziati e medici che condividevano le idee di “difesa della stirpe” e di “bonifica”, anche se non erano tutti completamente allineati con il regime. Fu, non a caso, proprio lui a proporre i membri della commissione ordinatrice della mostra sull’ortogenesi e bonifica della razza, scelti nel 1940. Vi erano Nicola Pende stesso, direttore dell’Istituto Biotipologico Ortogenetico, Ferruccio Banissoni¹⁰², psicologo e capo del servizio psicologico dell’Istituto Biotipologico, Benigno Di Tullio, docente di Antropologia criminale all’Università di Roma, Luigi Gedda, dirigente della Gioventù di Azione Cattolica, Giuseppe Montesano – consulente dell’Istituto medico-pedagogico “Gaetano Giardino”, direttore della Scuola magistrale ortofrenica e firmatario del Manifesto degli intellettuali antifascisti di Benedetto Croce – oltre a Antonio La Pera, direttore generale della Demografia e Razza, Giovanni Petraghani, direttore generale della Sanità Pubblica, e Carlo Solmi, presidente del Pio istituto di Santo Spirito¹⁰³. Mi pare anche interessante osservare come più di uno risultasse ben visto dagli ambienti cattolici: Gedda, Pende stesso, Di Tullio, Banissoni, intimo amico di padre Agostino Gemelli. La mostra si sarebbe articolata in cinque sezioni: dottrina dell’ortogenesi delle nuove generazioni; strumentario e metodi d’indagine; documentario dei risultati; mezzi e cure di ortogenesi; film sonoro: dalla nascita all’età lavorativa della vita: controllo della crescita fisica, intellettuale, morale¹⁰⁴.

Tornando dunque agli articoli de “La Stampa”, è evidente che questi erano parte di un’azione tesa a mostrare la superiorità, la vitalità e l’efficacia di un razzismo

¹⁰¹ Ivi, cit., p. 236.

¹⁰² Ferruccio Banissoni (Trieste 1888 – Roma 1952) fu assistente di Sante De Sanctis – con cui si era laureato nel 1921- all’Istituto di psicologia di Roma. Nel 1926 ottenne la libera docenza in Psicologia sperimentale. Nel 1939 ottenne la libera docenza in Medicina preventiva dei lavoratori e Psicotecnica. Dal 1940 fu direttore del Centro Sperimentale di psicologia applicata del Centro Nazionale delle Ricerche. Era amico di Agostino Gemelli, con il quale intratteneva una fitta corrispondenza epistolare conservata in ASUC. Con Agostino Gemelli e Guido Landra fu autore *Antropologia e psicologia*, Milano, Bompiani, 1940. Si veda P. Guarnieri, *Italian Psychology and Jewish Emigration under Fascism. From Florence to Jerusalem and New York*, New York, Palgrave Mcmillan, 2016, pp. 106-108.

¹⁰³ ACS, E42, b. 1018, fasc. 9770, s.f. 7, ins. 1/A, Estratto dal registro dalle deliberazioni del presidente, n. 2732. Commissione ordinatrice della Mostra della Ortogenesi, 13 luglio 1940. Carlo Solmi avrebbe dovuto occuparsi della costruzione vera e propria dell’Istituto.

¹⁰⁴ ACS, E42, b. 1018, fasc. 9770, s.f. 7, ins. 2. Programma della Mostra dell’ortogenesi, 31 gennaio 1940.

medico improntato alla bonifica umana, alla rigenerazione, ai miracoli della scienza ortogenetica e a una svalutazione del razzismo biologico tedesco. Argenta sottolineava come una scelta di tal tipo superasse l'apparente contraddizione tra indirizzo quantitativo e indirizzo qualitativo delle politiche demografiche. Non era importante solo il numero, ma anche la qualità del numero. Argenta evidenziava come oltre frontiera vi fossero alcuni che sostenevano che fra le due politiche vi fosse antitesi e che mostravano di conseguenza di non comprendere le politiche demografiche fasciste.

Argenta, dunque, polemizzava con l'oltre frontiera, ma le sue frecciate erano dirette chiaramente anche al dibattito italiano, verso coloro che – negli stessi giorni – stavano rivendicando politiche ispirate al razzismo biologico, in particolare Telesio Interlandi e le posizioni della rivista “La difesa della razza”. Dunque lo scontro tra le diverse anime del razzismo si consumò anche attraverso le pagine della stampa e gli articoli di Argenta, che – non a caso – intervistò Nicola Pende.

Istituti per la bonifica umana

Argenta dunque sottolineava come il fascismo non si fosse limitato “ad incoraggiare la prolificità, perché non basta procreare la vita, ma bisogna impedire la morte, bisogna irrobustire l'individuo, migliorarlo fisicamente, renderlo adatto a tutte le fatiche che la dinamica vita moderna comporta”¹⁰⁵. L'Istituto per la bonifica umana e l'ortogenesi della stirpe, fondato da Pende nel 1927 a Genova, era in procinto di aprire a Roma. Obiettivo di questo istituto era svelare in tempo “le potenzialità morbose, ereditarie o congenite” e correggerle per tempo, realizzando così una vera bonifica umana, riguardante i fanciulli, ma non solo. Per fare questo erano fondamentali le indagini fisiche e psichiche e l'uso della cartella con i dati antropometrici. Inoltre, tra i compiti dell'Istituto vi era quello di preparare il personale specializzato per la correzione dello sviluppo delle future generazioni.

Nei giorni seguenti Argenta tornava sull'Istituto per la bonifica umana e l'ortogenesi della razza, che sarebbe sorto a Roma partendo dall'esperienza

¹⁰⁵ F. Argenta, *Perché i nati vivano e gli uomini siano sani e utili*, cit., p. 3.

dell'Istituto Biotipologico Ortogenetico di Genova, definito anche “clinica per i sani”, perché, secondo uno dei principi di Pende

“non è possibile comprendere e curare razionalmente un malattia se non si è prima in grado di valutare la individualità del soggetto colpito dal male, si da legittimare l'augurio che, accanto alle cliniche per i malati, abbiano a sorgere cliniche per i sani, ove sia possibile affondare lo scandaglio della indagine scientifica nel mistero delle multiformi costituzioni individuali, soprattutto durante il periodo in cui la costituzione stessa si plasma e cioè nei fanciulli ed adolescenti”¹⁰⁶.

Continuava Argenta:

“Contro la tirannia delle eredità morbose che ognuno di noi ha con sè [...] la lotta è possibile, a patto, però, che si conoscano precocemente le nostre deficienze e tendenze morbose ereditarie prima che queste tendenze abbiano tempo di esteriorizzarsi e di trasformarsi da potenziali in attuali”¹⁰⁷.

Successivamente venivano descritti gli strumenti utilizzati per indagare: dalle sale per l'antropometria clinica, agli strumenti usati per l'indagine psicologica e

¹⁰⁶ Sull'esperienza dell'Istituto biotipologico ortogenetico di Genova si veda E. Maura, P. F. Peloso, *Allevatori di uomini. Il caso dell'Istituto biotipologico ortogenetico di Genova*, in “Rivista Sperimentale di freniatria”, vol. CXXXIII, n. 1, 2009, pp. 19-35. Uno dei principali collaboratori di Pende fu Giuseppe Vidoni che viene ritenuto da Maura e Peloso come un antifascista, utilizzando un termine del rettore dell'Università di Genova Emanuele Sella che si riferisce al periodo 1939-40. Articoli dello stesso Vidoni che riportano in apertura frasi di Mussolini, ad esempio in *Un decennio di attività del “Servizio di Igiene Mentale e di Assistenza e Medicina Sociale”*, in “Atti della Lega italiana di igiene e profilassi mentale, 1938, dove a p. 5 Vidoni riporta una frase di Mussolini: “La cura di una malattia nazionale può essere funzione di Governo”, rendono difficile pensare a Vidoni come a un antifascista. Inoltre mi pare che un ostacolo sia la stessa sua vicinanza a Pende. Sembra più plausibile che eventualmente la sua scelta antifascista sia da collocarsi dopo la legislazione razziale. Su Vidoni si veda anche ACS, Consiglio superiore della Pubblica Istruzione, Atti (1904-1940), b. 220, fascicolo 705, Consiglio Nazionale dell'istruzione. Nel resoconto del verbale dell'adunata del 13 gennaio 1940 Nicola Pende con una relazione propone venga riconosciuta al Vidoni la libera docenza in psicologia sperimentale per Chiara fama. Assente il Pende, gli altri membri decidono di rinviare la decisione perché dalla relazione del Pende non si dimostra la chiara fama, piuttosto la competenza. Su Vidoni, l'eredità positivista e il costituzionalismo si veda M. Gibson, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, cit., pp. 310-311.

¹⁰⁷ F. Argenta, *Meraviglie e miracoli della clinica per i sani*, in “La Stampa”, 28 maggio 1938, p. 5.

psicotecnica, per verificare abilità motorie, forza, resistenza e così via. Naturalmente queste indagini, utilizzate per cercare il biotipo individuale, potevano essere impiegate nella selezione degli autisti, ma anche nella ricerca delle debolezze psichiche dei fanciulli.

Argenta nel suo successivo articolo nella stessa rubrica si occupava dei “fanciulli frenastenici”¹⁰⁸. Il primo concetto sul quale il giornalista si soffermava era quello del recupero di questi minori. Per lungo tempo molti si erano prodigati – secondo Argenta – a sostenere l’inutilità del recupero di questi “disvalori”: un po’ perché la loro vita era breve, un po’ perché ritenuti dall’eugenetica “esseri inferiori”, la cui discendenza sarebbe stata anche peggiore di loro. Inoltre educandoli, sarebbero stati in grado di formarsi una posizione economica e sociale che avrebbe potuto aumentare la loro possibilità di matrimonio. Secondo Argenta invece il tempo, gli esperimenti, l’evoluzione delle teorie

“han sbaragliato queste obiezioni, ne han dimostrato l’infondatezza, han posto in risalto la possibilità e la legittimità, non solo, ma l’utilità e la necessità sociale dell’assistenza e del recupero de gli anormali”¹⁰⁹.

La natura, secondo il giornalista, “elimina e perfeziona”, ma questo processo è lungo ed è in questo processo che la società deve intervenire per “migliorarli”; il giornalista sottolinea come questa sia una possibilità e una necessità legittima e utile.

“Di qui appunto la necessità di operare per arginare il deterioramento della razza che può venire dagli anormali, per rallentare il ritmo delle morti, per accrescere la vitalità degli esseri minorati”¹¹⁰.

Argenta sottolineava come non vi sia proporzionalità tra le cure prodigate e il rendimento che si otteneva, ma chiariva anche che vi erano diversi obiettivi:

¹⁰⁸ F. Argenta, *Fanciulli frenastenici. Assistenza agli anormali psichici. Vecchie teorie smentite. Anche fra questi infelici la bonifica è possibile*, in “La Stampa”, 2 giugno 1938, p. 3.

¹⁰⁹ Ivi, cit., p. 3.

¹¹⁰ Ivi, cit., p. 3.

mentre per i frenastenici gravi la possibilità era quella di attenuarne la pericolosità, per i lievi le possibilità di recupero erano assolute. Inoltre ricordava come tutta la categoria dei delinquenti minorili avesse mostrato grandi possibilità di recupero grazie ad un sistema di istituti creato dal Regime dove i minorenni delinquenti o “inclinati alla delinquenza” erano curati, assistiti ed educati.

Il giornalista rilevava anche come la legge prevedesse che i medici denunciassero all'autorità ogni persona ricoverata in ospedale psichiatrico; a sfuggire a questa esigenza di controllo e di internamento erano proprio i minorenni anormali. Ebbene lo Stato attraverso l'Istituto per la bonifica umana avrebbe colmato questa carenza di controllo.

Oltre a questo istituto, ve ne erano anche altri presi come modello: in particolare l'Istituto medico-pedagogico “Gaetano Giardino” di Roma diretto dallo psichiatra Achille Romagna-Manoia e che aveva come consulente il prof. Giuseppe Montesano. Il giornalista lo presentava come un istituto esemplare che accoglieva circa 280 minori anormali. Per mostrarne i risultati raggiunti veniva presentato il caso di una ragazza orfana di guerra, nata nel 1916 a San Bonifacio, vicino a Verona. La ragazza era entrata nell'istituto a 8 anni, con evidenti problemi: pesava 8 kg, era alta 90 centimetri, “il corpo tozzo, massiccio”, lo sguardo smorto, “tutto contribuiva a fare di lei la triste e paurosa personificazione della più crudele anormalità”¹¹¹. Passati tredici anni in questo istituto, la ragazza appariva “rigenerata”, cresciuta fino ai 166 centimetri, ma anche trasfigurata dal lato psichico, appariva come una donna, “socievole, vivace, dotata di un certo spirito critico, reattiva talvolta, ma piena in ogni istante di buona volontà”¹¹². Aveva anche superato gli esami nelle scuole pubbliche e si apprestava ad inserirsi quindi nel mondo lavorativo.

L'Istituto Giardino veniva descritto da Argenta in più articoli. Era stato creato nel primo dopoguerra per accogliere minori anormali psichici orfani di guerra ed era stato diretto da generale Gaetano Giardino. In seguito la direzione era stata affidata al Romagna-Manoia. Il medico più prestigioso che vi lavorava come

¹¹¹ F. Argenta, *Rigenerata! Un dovere sociale: tempestività nella diagnosi e nella cura. Il clamoroso caso di una fanciulla: idiota o nana, riacquista le facoltà mentali e cresce oltre il normale*, in “La Stampa”, 7 giugno 1938, p.5.

¹¹² Ivi, cit., p. 5

consulente era Giuseppe Ferruccio Montesano. Lo psichiatra romano aveva lavorato anche all'Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma e li aveva conosciuto sia Sante De Sanctis sia Maria Montessori. Tutti e tre, anche se in vie e modi diversi, si erano occupati di bambini anormali e di metodi di insegnamento. Erano stati espressione del fermento positivista e dell'interesse della borghesia romana per la causa degli anormali. Per vie diverse ciascuno di loro tre diede un contributo fondamentale – riconosciuto universalmente – alla questione degli anormali. Montesano in particolare aveva teorizzato le classi differenziali e aveva creato a Roma la Scuola magistrale ortofrenica, la prima in Italia, che si occupava sia di formare gli insegnanti per i bambini anormali sia di seguire l'organizzazione e gestione delle classi differenziali a Roma.

Negli anni 1937 e 1938 – gli anni del Congresso di Parigi, della legislazione razziale e antisemita – le questioni della delinquenza minorile e degli anormali psichici apparivano intersecarsi spesso. Lo provano gli articoli di Argenta, ma anche gli articoli dei criminologi come Di Tullio, degli psichiatri come Corberi e Montesano stesso. Nel 1937 lo psichiatra Montesano aveva redatto un dattiloscritto per il Ministero della Giustizia, in cui la situazione dei minorenni delinquenti e quella degli anormali psichici venivano avvicinate, perché molti delinquenti erano anche anormali¹¹³. Nello scritto venivano sottolineate e ribadite le possibilità di recupero per molti anormali, che comunque dipendevano dal grado e dalla qualità dell'anomalia. Molti arrivavano così a esercitare un mestiere in grado di provvedere a sé e alla famiglia. Ma

“nemmeno quelli che per lo stato anomalo o morboso non possono aspirare a tanto, rimangono definitivamente passivi: essi vengono resi sempre meno bisognosi dell'aiuto e dell'assistenza altrui, e completamente adattabili alla vita familiare e sociale in genere, tali da non riuscire di peso e tanto meno di pericolo”¹¹⁴.

¹¹³ ASMO, b. 156, fasc. 2, *Istituto Gaetano Giardino*, “Il trattamento razionale dei fanciulli delinquenti”, dattiloscritto per il Ministero della Giustizia, datato 1937. L'Archivio della Scuola magistrale ortofrenica si trova, dopo varie vicissitudini, presso l'Archivio dell'Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma.

¹¹⁴ ASMO, b. 156, fasc. 2, *Istituto Gaetano Giardino*, *Il trattamento razionale dei fanciulli delinquenti*, p. 2.

Nel dattiloscritto si sottolineavano le caratteristiche individuali che assumevano sia la cura medica, sia il regime dietetico, sia le metodologie educative. Questo aspetto emergeva con forza e in maniera costante nella riflessione degli psichiatri e dei pedagogisti che si occupavano di infanzia e di infanzia anormale.

Il dattiloscritto di Montesano al Ministero terminava indicando come l'Istituto Giardino fosse uno dei più adatti per l'assistenza e la cura in Italia degli anormali psichici, e quindi anche dei delinquenti o "candidati alla delinquenza" e per tal motivo auspicava che il Ministero lo tenesse in adeguata considerazione nell'elargire i finanziamenti.

I prodigi dell'ortofrenia

Al centro degli articoli successivi è sempre l'Istituto medico-pedagogico Giardino: Argenta ne documenta l'attività quotidiana, le tipologie di bambini anormali ricoverati – indugiando soprattutto sui "mongoloidi" – e mettendo in luce come praticamente tutti mostrino insufficienza mentale di grado "medio-alto"¹¹⁵. Il giornalista de "La Stampa" sottolinea l'importanza e il ruolo svolto dal lavoro, in tutte le varie tipologie da quello nei campi a quello artigianale come falegname, calzolaio, e così via, come strumento di recupero. Argenta presenta un paio di casi di "mongoloidi", mostrando come – nonostante per entrambi fossero state poste in atto le migliori misure disponibili a livello sia medico che pedagogico – la situazione fosse rimasta grave. Cercando di capire le cause dell'"idiozia" o "frenastenia mongoloide", Argenta aveva messo in luce come tra le ultime cause verosimili vi stava la "decadenza fisica e morale della madre", "l'impiego di mezzi chimici anticoncezionali, tant'è che il suo progredire è parallelo al progredire della limitazione volontaria del numero delle nascite"¹¹⁶. Ma un'altra possibile causa si profilava e Argenta riportava così l'opinione della dottoressa Giordano che lavorava

¹¹⁵ F. Argenta, *Tristezze attuali e colpe remote. Tra i piccoli frenastenici. Ciò che insegna lo studio clinico dei mongoloidi. Le leggi di Mendel e gli egoismi individuali. Un monito ed una lezione di eugenica*, in "La Stampa", 9 giugno 1938, p. 3.

¹¹⁶ Ivi, cit., p. 3.

nello stesso istituto Giardino: il “mongoloidismo” poteva essere causato da un tentativo d’interruzione volontaria di gravidanza che pregiudicava lo sviluppo del nascituro. E quindi Argenta chiariva il concetto di cause degenerative: “Tutti sanno che le affezioni nervose cerebrali e psichiche stanno fra di loro in rapporto di mutua trasmissibilità: un pazzo può generare un figlio epilettico ed il nipote essere di nuovo colpito da pazzia”. Argenta aggiungeva che le cause degenerative erano la pazzia, l’alcool, la sifilide, ma non solo: anche gli “egoismi individuali” erano cause degenerative. Chiariva subito dopo cosa intendeva per egoismi individuali: “contatti generativi con sangue di colore”, “vecchiezza dei genitori”, “immoralità della madre”. Il fascismo aveva varato una legislazione che impediva i rapporti con persone di colore e l’importanza di tale misura appariva ad Argenta scientificamente provata da quanto lui aveva visto nell’Istituto Giardino. A prova ulteriore di quanto stava affermando, ovvero dei rischi di degenerazione, veniva mostrata la foto di un bambino “soggetto frenastenico mongoloide nato da un’italiana e da un abissino”.

L’ortofrenia rappresentava in questo quadro di degenerazione la risposta data da alcuni medici e la risposta del Regime: il tentativo era quello di risolvere e “raddrizzare” le manifestazioni di anormalità. Tra i “prodigi dell’ortofrenia” si annoveravano anche i bambini portatori di anomalie del carattere e del temperamento che apparivano “più larvate e blande”¹¹⁷. Anche per questi bambini si potevano porre in atto misure adeguate, in grado di limitare i danni non di un vero e proprio “deficit”, ma di questo “intoppo” nello sviluppo. Questi “anomali secondari” – come Argenta definiva i fanciulli portatori di “anomalie più larvate e blande” ovvero forme di epilettoidismo, isteroidismo, schizoidismo – andavano sottratti alle classi comuni, perché li tendevano a non riuscire, e sottoposti a metodi adeguati a loro, con materiale didattico appositamente studiato, per portarli gradualmente al punto di reggere lo stesso lavoro degli alunni delle classi comuni, sottoposti anche a cure mediche. Argenta sottolineava l’originalità di questo

¹¹⁷ F. Argenta, *Prodigi dell’ortofrenia. Insufficienza mentale e anomalie del temperamento. Come si educano i tardivi. L’equilibrio intellettuale attraverso la pedagogia emendativa*, in “La Stampa”, 14 giugno 1938, p. 3.

materiale didattico, costruito appositamente e in maniera originale dagli insegnanti¹¹⁸.

Un ulteriore elemento che stupiva il giornalista è come gli alunni venissero seguiti anche al di fuori della scuola, una volta che questa fosse terminata. Ebbene gli ex-alunni, che durante la scuola apparivano in netta difficoltà per svariati problemi, una volta terminati gli studi risultavano in grado di lavorare e solo il 3% risultava inabile al lavoro o ricoverato in istituti di cura per malattie fisiche o psichiche. I risultati erano chiaramente, secondo Argenta, prodigiosi¹¹⁹.

Tutte queste azioni si inserivano nell'ortogenesi pendiana intesa come “formazione regolare, sana ed armonica degli uomini”, che non doveva – a detta di Pende – esser confusa “colla famigerata eugenica di certi eugenisti che credono migliorare o purificare la razza innestando su tronchi di popoli decadenti sangue d'individui di razze lontane e primitive, ovvero rendendo chirurgicamente infecondi gl'individui d'ambo i sessi malati di malattie trasmissibili ereditariamente”¹²⁰. Pende aveva ribadito come l'ortogenesi fosse individualizzata – perché si fondava sui biotipi e sulle costituzioni individuali – ma anche unitaria e totalitaria, perché si rivolgeva al corpo, al carattere e all'intelligenza. Diventava “l'arte di fare gli uomini totali ed armonici” e assumeva un compito fondamentale nella civiltà fascista¹²¹.

Il giornalista de “La Stampa” aveva dunque, alla vigilia dell'emanazione delle leggi razziali, tracciato un disegno: quello di escludere i bambini anormali da forme negative di selezione. Argenta aveva dato voce a una rete di medici – in particolare Pende e Montesano – che aveva cercato di condizionare l'opinione pubblica.

¹¹⁸ F. Argenta, *Dalla penombra alla luce. I soggetti più facilmente emendabili: i figli del popolo. Il bilancio della scuola ortofrenica: altissime percentuali di promossi; pochissimi, fra gli ex alunni, i negativi alla vita*, in “La Stampa”, 16 giugno 1938, p. 5.

¹¹⁹ Ivi, cit., p. 5.

¹²⁰ N. Pende, *Scienza dell'ortogenesi*, Bergamo, Istituto Italiano d'Arti Grafiche, 1939, p. 8.

¹²¹ Ivi, cit., p. 10.

6.3. La *pedagogia di avanguardia*: “L’educazione dei minorati” e la proposta di Bottai

Nel 1938 Nazareno Padellaro, funzionario del Ministero di Educazione Nazionale e collaboratore di Bottai, aveva pubblicato *Fascismo educatore* e aveva chiaramente scritto che l’opera fascista era imperniata nella costruzione dell’uomo nuovo attraverso l’umanesimo fascista che mostrava dichiarate convergenze con la religione¹²². Nell’umanesimo fascista

“può essere più vicino alla propria essenza di uomo il contadino che zappa la terra e non si sente per nulla asservito alla sua condizione, perché ha coscienza che il suo lavoro serve alla sua famiglia, alla sua patria”¹²³.

In questo progetto di umanesimo fascista in cui ogni uomo riconosceva di servire un ideale più alto – la famiglia e la patria – rientravano anche i bambini anormali. Anche loro avrebbero, se opportunamente educati, potuto servire un ideale più alto, trascendente le loro stesse esistenze.

La rivista “L’educazione dei minorati” venne pubblicata a Roma tra la fine del 1941 e il 1942 per soli cinque numeri. Il sottotitolo era “Rivista di pedagogia emendatrice” e veniva pubblicata a cura del Ministero dell’Educazione Nazionale. I direttori erano Camillo Quercia¹²⁴ e Luigi Volpicelli¹²⁵. Tra i consulenti della rivista vi erano Nicola Pende, Agostino Gemelli, Arturo Donaggio¹²⁶ e Nazareno

¹²² N. Padellaro, *Fascismo educatore*, Roma, Cremonese libraio, 1938. Padellaro scriveva: “Il Fascismo non è appunto questa grande idea, questo ideale? Fondamento di quest’idea è Dio. Non è la religione cattolica base e coronamento nella scuola fascista? Se l’uomo non piega le ginocchia, piegherà il dorso; se l’uomo non cerca Dio, perderà se stesso. Ecco perché ogni educazione dev’essere essenzialmente religiosa” (p. 226). Nazareno Padellaro (1892-1980) fu funzionario del Ministero di Educazione Nazionale negli anni Trenta. Nel dopoguerra fu dirigente del Ministero della Pubblica Istruzione.

¹²³ N. Padellaro, *Fascismo educatore*, cit., p. 12. Per arrivare a questo “raddrizzamento sociale” era essenziale la restaurazione dei valori della civiltà romana: “Senza tradizione romana, divenuta miracolosamente viva in uno spirito latino, noi non avremmo avuto il fascismo” (p. 18).

¹²⁴ Camillo Quercia fu funzionario del Ministero di Educazione Nazionale negli anni Trenta.

¹²⁵ Luigi Volpicelli (1900 – 1985) fu allievo di Giovanni Gentile. È stato docente di pedagogia nella facoltà di Magistero dell’Università di Roma. Tra gli anni Trenta e Quaranta fu collaboratore di Bottai al ministero di Educazione Nazionale.

¹²⁶ Arturo Donaggio (1868-1942), medico, psichiatra, docente di psichiatria a Torino, fu direttore della clinica neuropsichiatrica all’Università di Modena e all’università di Bologna. Candidato al Nobel per la medicina, fu presidente della Società Italiana di Psichiatria. Interessato al tema del

Padellaro. Tra i collaboratori si trovavano varie figure di spicco della psichiatria come Carlo De Sanctis e Aldo Cacchione, della psicologia come Ferruccio Banisconi e Mario Ponso, della pedagogia e delle scuole magistrali ortofreniche come Gina Mangili e Maria Teresa Rovigatti.

Il contesto culturale in cui si situava questa nuova rivista era costituito dalla Carta della Scuola, dalle linee guida manifestate dal Ministero dell'Educazione Nazionale, dal "nuovo umanesimo" che veniva teorizzato da vari pedagogisti e funzionari del Ministero e dal ruolo nuovo attribuito al lavoro. Il "nuovo umanesimo" si fondava sul lavoro, su un'etica del sacrificio e dell'ascesi¹²⁷.

Ispiratore della rivista fu Giuseppe Bottai e un gruppo di intellettuali medici e pedagogisti che collaboravano con il Ministero e che affrontarono la questione dell'infanzia anormale, appropriandosi delle riflessioni maturate in ambito psichiatrico dall'inizio del novecento fino ai primi anni Trenta. Non a caso alcune delle proposte portate avanti dalla rivista valorizzavano vecchie idee maturate nei convegni di medicina pedagogica tra la fine degli anni Venti e i primi anni Trenta: dalla necessità di selezionare e separare i bambini anormali dai normali alla proposta

lavoro, fu assertore dell'importanza di quello artigianale e invece fu ostile al lavoro industriale, che gli pareva problematico per lo sviluppo mentale della persona. Fu uno dei firmatari del Manifesto della razza e scrisse su "La difesa della razza" *Caratteri della romanità*, anno 1, 5, 1938. Un suo profilo si trova in L. Fiasconaro, *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 41, Treccani, 1992.

¹²⁷ "La tecnica, insomma, e con essa il lavoro, non escludono, ma presuppongono, anzi, un'etica che può arrivare ed arriva fino al sacrificio e all'ascesi. Ebbene il lavoro, il lavoro *produttivo* che entra nella scuola è codesto lavoro, nei suoi valori psicologici, intellettuali, morali, e quindi, perché morali, nel suo significato storico-politico. Ma questo lavoro è, allora, espressione ed esigenza della cultura, di una nuova e umana cultura, che esso o presuppone, o deve attingere, così come, o presuppone o deve realizzare una società nuova, i cui valori sono il lavoro e la cultura così intesi". L. Volpicelli, *Commento alla Carta della Scuola*, Roma, Istituto Nazionale di Cultura Fascista, 1940, p. 51. Corsivo nel testo. Secondo Volpicelli il lavoro, che è tecnica, non è solo tecnica e dunque diviene un aspetto fondamentale anche negli studi classici. Scriveva, infatti: "Il lavoro introdotto nella scuola, prima di essere un'opera manuale, deve essere un concetto del lavoro, cioè un fatto essenzialmente umanistico. La nostra cultura e la nostra scuola debbono uscir fuori da codeste angustie e antitesi, definite da una tradizione restia e troppo diversa dalla nostra modernità, e ricostruire i principi di un umanesimo, in cui si ordini l'unità spirituale della vita" (p. 46). Mi pare siano anche molto interessanti le pagine che Volpicelli dedica al taylorismo e al fordismo, che vengono definiti non solo come "sistemi di organizzazione del lavoro" ma dei "concetti di vita" (p. 45). Secondo Volpicelli le accuse mosse al sistema industriale perché tenderebbe ad abbassare il livello intellettuale e a distruggere ogni tradizione sono fatti sostanzialmente sentimentali, "rimpianti, insomma, di chi vorrebbe incatenare la storia" (p. 45). Mi pare che quest'ultimo aspetto sia molto interessante e contrasti in maniera evidente con altri progetti di "uomo nuovo", a partire da quello dello psichiatra Arturo Donaggio, che tendeva a sottolineare gli aspetti pericolosi del sistema industriale e viceversa ribadiva gli aspetti positivi del sistema artigianale.

delle specifiche istituzioni adatte al loro recupero, alla metodologia individualizzata da utilizzarsi con loro, alle esperienze maturate nelle Scuole Magistrali Ortofreniche di Roma e Firenze dedicate alla formazione degli insegnanti specializzati per l'insegnamento agli anormali recuperabili.

Dal tempo dei convegni medico-pedagogici alle proposte di Bottai e del suo gruppo – principalmente Volpicelli e Padellaro – vi era stata una profonda trasformazione ed un cambiamento netto: la gestione del problema degli anormali e minorati passava dai medici e pedagogisti allo Stato fascista che si arrogava questo compito, ritenendolo prioritario per la nazione. Dunque analizzare la rivista e i contributi su di essa di psichiatri e pedagogisti permette di verificare questo cambiamento e di valutare il ruolo di Giuseppe Bottai e del Ministero di Educazione Nazionale rispetto alla questione degli anormali.

Il primo numero della rivista vide comparire firme prestigiose: Bottai, Volpicelli, Pende, Padellaro, Gemelli. È in questo numero che si prospettarono i temi di riflessione e analisi propri della rivista, a partire dal ruolo assegnato alla pedagogia emendatrice, che con la finalità di “recuperare” gli anormali intendeva coniugare medicina e pedagogia¹²⁸, realizzando i compiti e le finalità proprie della Carta della Scuola. Bottai lo auspicava apertamente: si trattava di “superare i particolarismi delle scuole e dei metodi in un più tranquillo spirito di collaborazione”, favorito dall'esistenza di un centro unico di raccolta e studio della questione¹²⁹.

La rivista si proponeva di conoscere il numero degli anormali fisici, psichici ma anche dei delinquenti minorili, e di proporre delle misure utili al loro recupero e inserimento sociale. Nicola Pende nel suo articolo aveva chiaramente stabilito una associazione tra anormalità psichica e anormalità corporea: studiando queste associazioni si poteva sviluppare il concetto “biotipologico unitario”. Individuati i minori, anche Pende si soffermava sulla nuova pedagogia che aveva bisogno della “collaborazione intelligente del medico ortogenista, del maestro, dell'educatore fisico, del precettore morale e della famiglia”. La nuova pedagogia, secondo Pende,

¹²⁸ G. Bottai, Introduzione al primo numero (senza titolo), in “L'educazione dei minorati”, anno I, n. 1, pp. 1-3.

¹²⁹ Ivi, cit., p. 2.

aveva per motto “*Libro, Vanga, Moschetto e Vangelo*” e si sarebbe occupata dell’ortogenesi individualizzata e della cura degli scolari normali e sub-normali¹³⁰. Pende aveva già da anni creato l’Istituto Biotipologico Unitario, ed ora si apprestava a occuparsi del nuovo Istituto di Bonifica Umana e Ortogenesi nel quartiere EUR di Roma, che avrebbe curato migliaia di ragazzi ogni anno, rispetto ad un numero complessivo di anormali fisici e psichici che ne comprendeva centinaia di migliaia, secondo dati riportati da Ferruccio Banissoni. Pende inoltre distingueva le diverse categorie che andavano dai “mediocri scolastici e falsi anormali intellettuali” agli “indisciplinati cronici e ribelli”, ovvero oziosi, vagabondi, sessuali precoci, ai “sordastri, blesi, minorati del sistema scheletrico e muscolare” ai “minorati e squilibrati dell’intelligenza”, agli “squilibrati del carattere”¹³¹. Secondo Pende con opportuni trattamenti ortogenetici e preventivi si sarebbero potuti recuperare

“[...] questi infelici germi della razza, dei quali forse il 50 per cento sono recuperabili, emendabili e restituibili al diritto umano della salute e del benessere economico e spirituale, ed alla grandezza e longevità della nazione”¹³².

Sulla questione della classificazione, sempre sul primo numero della rivista, Nazareno Padellaro riteneva, al contrario di Pende, che ogni classificazione fosse troppo angusta. Secondo Padellaro la distinzione andava fatta tra “normali” e “anormali”, senza indugiare troppo sui tipi di anormalità, che rischiavano di dare una visione eccessivamente statica della anormalità. E infatti Padellaro riprendeva il medico e pedagogista belga Ovide Decroly.

“Ecco perché, e ritorniamo a Decroly, ci sembra più saggio della sua classificazione questo apprezzamento: “Tutti i fanciulli, che, per una ragione qualsiasi, si trovano in stato d’inferiorità e non possono adattarsi all’ambiente sociale, ove sono destinati a vivere, possono considerarsi anormali”. Se è così l’anormalità perde quel suo carattere statico. Occorre cominciare a considerare

¹³⁰ N. Pende, *Il problema medico-pedagogico degli anormali*, in “L’educazione dei minorati”, anno I, n. 1, pp. 9-14.

¹³¹ Ivi, cit., p. 13

¹³² Ivi, cit., p. 14.

non l'episodio dell'anormalità, ma la anormalità episodica, ossia quell'anormalità creata dalle circostanze"¹³³.

Nelle pagine di Padellaro emergeva anche un altro aspetto interessante: il rapporto tra pedagogia e pedagogia emendatrice, tra alunni normali e alunni anormali. A Padellaro la pedagogia emendatrice apparve come la "pedagogia di avanguardia", tanto quanto le classi di anormali erano "classi d'avanguardia". Gli alunni anormali avrebbero stimolato la ricerca di metodi nuovi, basati sul pensiero, sulle prove e sulle ricerche. Di tutto questo i principali a beneficiarne sarebbero stati i "normali", seguendo una legge non della fisica ma dello spirito, che sale dal basso verso l'alto¹³⁴.

Nello stesso numero interveniva anche Gemelli sulla diagnosi di "instabilità", che competeva più alla sfera delle anormalità del carattere e del comportamento che a quelle dell'intelligenza. Gemelli sottolineava come gli studi sugli "instabili" si fossero concentrati soprattutto sulle anomalie dell'intelligenza, rilevando come al contrario fossero le anormalità del carattere ad essere più pericolose perché il pronostico era "reso oscuro dal pericolo di deviazioni della condotta e dell'insorgenza di conflitti con l'ambiente sociale"¹³⁵. Al tempo stesso, secondo Gemelli, scarso era l'accordo tra psicologi, neurologi, pediatri intorno alla definizione da dare a questo termine. Citando lo stesso Sante De Sanctis, egli riteneva che lo psicologo e psichiatra romano non avesse dato affatto o forse non avesse voluto dare un quadro chiaro ed esaustivo dell'instabilità, e avesse cercato piuttosto di conciliare le opinioni contrastanti¹³⁶.

Gemelli cercava nel suo articolo di dare un quadro dell'instabilità evidenziandone alcune caratteristiche come l'essere un aspetto del comportamento, che però non era costante in tutti gli instabili: alcuni erano iperattivi, impulsivi, altri erano lenti, apatici. Inoltre l'instabilità si rivelava nelle manifestazioni del carattere, come irritabilità, irrequietezza ed era tipica dell'età evolutiva, anche se Gemelli

¹³³ N. Padellaro, *Normali e anormali*, in "L'educazione dei minorati", anno I, 1, pp. 17-18.

¹³⁴ Ivi, cit., p. 20.

¹³⁵ A. Gemelli, *Il problema degli "instabili"*, in "L'educazione dei minorati", I, n. 1, pp. 21 e sgg.

¹³⁶ S. De Sanctis, *La instabilità. Problemi e discussioni*, in *Atti del III Convegno nazionale medico-pedagogico*, in "Rivista di psicologia", anno XXIX, n.3, 1933.

rilevava che non era sempre chiaro che cosa il ragazzo potesse diventare in seguito, quando avesse raggiunto l'età adulta.

“Non tutti gli instabili del carattere diventando adulti diventano dei delinquenti; non tutti diventano dei tossicomani, degli antisociali, degli immorali. Per impedire che questo esito tardivo si realizzi, è necessaria la diagnosi precoce della loro instabilità; eventualmente è necessario un opportuno trattamento medico da precisarsi in rapporto con le cause biologiche che hanno determinato l'instabilità; ma soprattutto è necessario un trattamento pedagogico, che serva a sviluppare latenti possibilità buone e a inibire, nei limiti del possibile, tendenze cattive o aspetti meno felici del carattere”¹³⁷.

Inoltre secondo Gemelli l'instabilità poteva essere associata a deficit intellettuale ed essere così una forma mista. Inoltre spesso era associata a modificazioni della vita affettiva sia nel senso di ipereccitabilità, sia nel senso di mancanza di sentimenti affettivi. Ma ancor più interessante era che secondo Gemelli non esisteva correlazione stretta tra il tipo psicologico e la sintomatologia somatico-neurologica che il ragazzo presentava, cioè l'instabilità poteva presentarsi tanto nei soggetti biopatici che in quelli cerebropatici.

Luigi Volpicelli, uno dei due direttori della rivista, scrisse un articolo battagliero sulla questione della delinquenza minorile e sulla natura della pena per i minori, se quindi la pena andasse considerata come una vendetta o una difesa o se al contrario fosse da considerare come uno “stimolo alla redenzione”.

“La disputa non verte tanto sulla legittimità della condanna, quanto sull'atteggiamento che dobbiamo avere di fronte al minore che delinque, su quello che dobbiamo pensare di lui e, quindi, dell'opera nostra. Dobbiamo condannare il minore, in altri termini, o dobbiamo condannare la sua educazione? Dobbiamo vendicare la società dell'offesa, che egli le ha recato, dobbiamo

¹³⁷ A. Gemelli, *Il problema degli instabili*, cit., pp. 29-30.

difenderla da codesta offesa, o dobbiamo vendicare e difendere il minore dalla società che l'ha offeso?"¹³⁸

Egli riteneva fondamentale distinguere il processo all'adulto e il processo al minore, in quanto a quest'ultimo andava sempre riconosciuta la possibilità di essere recuperato. Lo Stato, a suo dire, avrebbe dovuto assumersi il compito della rieducazione morale e sociale del minore. Nel ribadire l'esigenza di separare la delinquenza degli adulti da quella dei minori, invitava gli "uomini di buona volontà" a intervenire sulle pagine della rivista. A Volpicelli la legislazione in vigore doveva apparire come non sufficientemente adeguata nelle funzioni di tutela del minore. Del resto sulle contraddizioni proprie della legge del 1934 ha scritto Patrizia Guarnieri, sottolineando come la legge fosse più interessata a proteggere gli adulti dai minori piuttosto che a tutelare i minori stessi, in contrasto con il dibattito culturale e politico dell'età liberale. "Risulta dunque abbastanza strano alla nostra odierna sensibilità che, quando finalmente si è definita una giustizia minorile, lo stato si sia interposto fra i minori e gli adulti anzitutto a difendere questi ultimi dai primi". In ciò, ovvero nella scelta di insistere sulla pericolosità dei minori, separandola dalla necessità di proteggerli, la storica riconosce la chiara impronta fascista¹³⁹. In questo intervento Volpicelli sottolineava proprio come la legge non fosse sempre e del tutto chiara, e come alcuni aspetti della legge andassero cambiati.

Quanto scriveva Volpicelli sui delinquenti minorenni, veniva ribadito anche da Tullio Mango che sottolineava a sua volta l'esigenza di "guardare ai ragazzi delinquenti diversamente che ai delinquenti adulti"¹⁴⁰. Mango faceva risalire l'attenzione ai minori e ai delinquenti minorenni a Cesare Lombroso. Anche Volpicelli aveva in vari scritti riconosciuto i meriti di Lombroso e della scuola positiva di diritto penale.

¹³⁸ L. Volpicelli, *Invito*, in "L'educazione dei minorati", anno I, numero 2, 1942, pp. 77-82.

¹³⁹ P. Guarnieri, *Pericolosi e in pericolo. Alle origini del Tribunale dei minori*, cit., pp. 195-219. Guarnieri inoltre aggiunge: "La pretesa modernizzazione che il fascismo vantava di aver attuato in materia di infanzia e di maternità non pare sostenibile alla luce di quanto progettato e sperimentato in epoca liberale e delle inversioni di tendenza che sarebbero state necessarie" (p. 219).

¹⁴⁰ T. Mango, *Il problema della delinquenza minorile*, in "L'educazione dei minorati", anno I, n. 2, pp. 96-108.

“Non si parli più di riformatori, né di case di correzione, non si alimenti, cioè, codesto più giustiziero che correttivo spirito in coloro che a codeste cose presiedono. Si dia al fanciullo, accolto in codeste case, quello che gli è mancato e per cui tralignò. Le cure del corpo e le cure dell’anima. Qui veramente è il regno della pedagogia. E si dia il lavoro: ancora una volta non mezzo di redenzione, ma esso stesso, perché realizzato, redenzione vera e piena”¹⁴¹.

A Napoli tra il 20 e il 21 gennaio del 1940 si era tenuto un Convegno riguardante “Il problema dell’educazione per i minorati fisici e psichici”. Su “L’educazione dei minorati” fu Carmelo Cottone a sintetizzare due anni dopo, le principali posizioni emerse¹⁴². Al convegno trovarono spazio le principali scuole italiane che si occupavano di bambini “anormali”, come la scuola “De Sanctis” di Milano, e le principali istituzioni finalizzate a formare gli insegnanti, ovvero le Scuole Magistrali Ortofreniche di Roma e Firenze. Giovanni Calò – pedagogista e docente alla Scuola magistrale ortofrenica di Firenze – proponeva anche che si conferisse un riconoscimento ufficiale al diploma rilasciato da tali scuole¹⁴³. Era una battaglia che Calò stava portando avanti da anni sostenendo che l’obbligo scolastico dovesse essere esteso oltre che per i ciechi e i sordomuti – come stabiliva il decreto del 3 dicembre 1923 – anche ai minorati dell’intelligenza¹⁴⁴. L’obbligo scolastico esteso agli anormali dell’intelligenza, del carattere e ai falsi anormali avrebbe nel caso soprattutto dei deficienti mentali limitato i danni che avrebbero potuto compiere

¹⁴¹ L. Volpicelli, *Scuola e lavoro*, Roma, Angelo Signorelli, 1941, p. 372.

¹⁴² C. Cottone, *Il convegno di Napoli e il problema educativo dei minorati psichici e fisici*, in “L’educazione dei minorati”, a. I, n.2, 1941, pp. 114-121.

¹⁴³ G. Calò, *La preparazione degli insegnanti speciali e l’obbligo dell’educazione dei minorati psichici*, relazione al I Congresso Nazionale delle Istituzioni per i minorati psichici e fisici, Napoli 20-21 gennaio 1940, Brescia, La Scuola, 1940. Per una biografia su Giovanni Calò (1882 – 1970) si veda la voce scritta da Luigi Ambrosoli in *Dizionario Biografico degli Italiani*, volume 16, Treccani, 1973. Calò, docente di Pedagogia all’Università di Firenze, prese le distanze dall’attualismo gentiliano e dalla “pedagogia scientifica” a suo parere troppo influenzata dal positivismo. Si impegnò a lungo per la formazione degli insegnanti. Durante il Ventennio assunse posizioni apertamente antifasciste. Nel dopoguerra si avvicinò alla Democrazia Cristiana.

¹⁴⁴ G. Calò, *Scuole magistrali ortofreniche ed educazione degli anormali*, pubblicato in “Diritti della Scuola”, n. 31, 1926, poi in G. Calò, *Problemi vivi e orizzonti nuovi dell’educazione nazionale*, Firenze, Barbèra, 1935, pp. 409-415.

alla società come delinquenti¹⁴⁵. Ma ancor di più si trattava di una questione etica, perché l'educazione dei frenastenici – così aveva detto Calò all'inaugurazione dei corsi della Scuola magistrale ortofrenica di Firenze nei primi anni Trenta – era un “problema d'interesse nazionale”.

“Ove non si risolve adeguatamente, essi o guasteranno la scuola comune o, rimanendone fuori, rimarranno ugualmente una minaccia sociale e, in ogni caso, una partita in pura perdita nel bilancio della vita della nazione”¹⁴⁶.

Calò spiegava perché a suo parere la morale evoluzionista e spenceriana che “considera immorale, o quasi, l'assistenza agli incapaci e ai deboli” non sia adatta. Innanzitutto “ai deboli, ai diseredati della natura, ai miseri, la società umana è debitrice d'una gratitudine immensa”, perché proprio nel campo dell'educazione secondo Calò l'opera di educazione degli anormali è tornata di grande utilità nell'educazione dei normali. Però secondo Calò questa motivazione non era l'unica. La vera motivazione era etica, e trovava la sua origine nella concezione cristiana della vita.

“Sì, veramente è il bambino, se viviamo per lui, che ci fa compiutamente uomini; è il debole che ci fa forti, se ci pieghiamo a combattere la sua miseria; è l'ignaro che ci fa sapienti; è la tenebra, che è sempre intorno e avanti a noi, che ci fa infaticabili scopritori e portatori di luce. Non è qui la più veramente cristiana concezione della vita? [...] Ma aggiungiamo che lì, nella scuola dei deficienti, nella scuola dei più deboli e più infelici, la nazione educa sé stessa come e, sotto un certo aspetto, più che altrove. Si educa alla solidarietà nel dolore, si educa alla lotta contro il male, si educa alle più rudi vittorie.

Non è l'ultima ragione perché l'educazione degli anormali psichici sia considerata come un problema di educazione nazionale”¹⁴⁷.

¹⁴⁵ G. Calò, *Scuole magistrali ortofreniche ed educazione degli anormali*, cit., p. 414 e 415.

¹⁴⁶ G. Calò, *L'educazione degli anormali. Un dovere sociale: vittorie di oggi e compiti per l'avvenire*, discorso pronunciato all'inaugurazione dei corsi della Scuola magistrale ortofrenica di Firenze, poi in *Problemi vivi e orizzonti nuovi dell'educazione nazionale*, Firenze, Barbèra, 1935, pp. 437-439.

Maria Teresa Rovigatti della Scuola magistrale ortofrenica di Roma aveva sottolineato l'importanza di tali scuole sia nella preparazione dei futuri insegnanti, sia nella gestione delle classi differenziali utili per seguire i bambini in difficoltà. Al convegno erano presenti anche Nicola Pende, Arturo Donaggio – che intervenne sulla questione del lavoro – Carlo De Sanctis – che pure ribadì il ruolo fondamentale svolto dal lavoro – lo psichiatra fiorentino Paolo Amaldi e Giuseppe Montesano¹⁴⁸.

Il Convegno di Napoli offrì anche a Volpicelli l'occasione di riflettere sull'educazione dei minorati in un capitolo intitolato *Pedagogia e terapeutica*¹⁴⁹. A Napoli in particolare lo colpì l'uso del termine “recupero” che gli aveva suscitato un'intensa pietà.

“La metafora è sinistra. La fantasia corre ad immagini dolorose di naufragi e di calamità terrestri da cui è abbattuto e travolto il mondo delle cose e della natura, mentre il pensiero rievoca l'oscuro e imperscrutabile destino che schianta e disperde”¹⁵⁰.

Volpicelli ribadiva come fosse fondamentale la pedagogia emendatrice, però riteneva anche che l'espressione fosse fuorviante: perché l'aggettivo “emendatrice” si riferiva più alla scienza medica che alla pedagogia e dunque nella pedagogia emendatrice si riunivano le competenze del pedagogista e quelle del medico.

“Accanto al maestro ci deve essere il medico, non per somministrare purganti, ma per fare sul serio il medico, per esaminare il fanciullo, non come si farebbe nel chiuso di una clinica, dove il fanciullo è ascoltato più o meno per quello che è in quel momento, corpo disteso in un lettuccio, ma per esaminarlo in quanto scolaro; per vedere, cioè, se piuttosto di una particolare didattica, o, se si

¹⁴⁷ G. Calò, *L'educazione degli anormali. Un dovere sociale: vittorie di oggi e compiti per l'avvenire*, cit., pp. 438-439.

¹⁴⁸ Per l'intervento di Montesano si veda *Il Convegno per i minorati fisici e psichici a Napoli*, in “La Scuola Positiva. Rivista di Diritto e Procedura Penale”, 1940, vol. xx, pp. 190-191.

¹⁴⁹ L. Volpicelli, *Scuola e lavoro*, cit.

¹⁵⁰ Ivi, cit., p. 358.

preferisce, insieme con una particolare didattica, non ci sia bisogno dell'opera della medicina, per quanto, è ovvio, la medicina può"¹⁵¹.

C'erano due questioni che a Volpicelli sembravano prioritarie. In primo luogo si trattava di andare a istituire una vera e propria disciplina, ovvero la neuropsichiatria dell'età evolutiva, e ricordava due importanti medici come padri della disciplina: Sante De Sanctis e Nicola Pende e tutto il movimento che faceva riferimento a quest'ultimo. La riscrittura da parte di Volpicelli dei padri fondatori della psichiatria infantile appare quantomeno curiosa: se sul nome di De Sanctis tutti avrebbero trovato accordo, il nome di Pende appariva discutibile. Tuttavia è evidente che Volpicelli – e Bottai – volevano che Pende fosse riconosciuto come uno dei padri, riconoscendogli una supremazia sui medici e sugli psichiatri. In secondo luogo, secondo Volpicelli, il compito fondamentale spettava allo Stato, che doveva sviluppare un'adeguata organizzazione. La Carta della Scuola – non distinguendo tra minorati e non minorati riguardo all'obbligo scolastico – sanciva di fatto l'obbligo scolastico per tutti. Non solo: lo Stato aveva previsto che agli anormali insegnassero di preferenza maestri specializzati in queste scuole: però secondo Volpicelli il limite era che queste erano indicazioni di massima e non obblighi assoluti.

Volpicelli si riferiva ad alcune circolari inviate dal Ministero di Educazione Nazionale ai Provveditori. La prima era stata inviata il 16 dicembre 1930 e pregava di portare a conoscenza le autorità scolastiche, le istituzioni che accoglievano minori anormali psichici e i podestà dei comuni dell'esistenza di materiale didattico appositamente pensato e utilizzato per gli anormali psichici dalla Scuola magistrale ortofrenica di Roma nelle classi differenziali¹⁵². Il 2 dicembre 1937 il Ministro Bottai richiamava la precedente circolare con un'altra. Egli scriveva che il materiale didattico della scuola magistrale ortofrenica “non ha avuto nelle Scuole quella diffusione che senza dubbio esso meritava di avere per le accennate caratteristiche di convenienza didattica”. Egli invitava scuole e amministrazioni comunali a servirsi

¹⁵¹ L. Volpicelli, *Scuola e lavoro*, cit., p. 364.

¹⁵² Circolare n. 6746 del 16 dicembre 1930 dal Ministero di Educazione Nazionale, Direzione Generale Istruzione Elementare- Divisione II, ai RR. Provveditori agli studi del Regno.

di questo materiale appositamente costruito¹⁵³. Anche nel 1934 era stata emanata una circolare che richiamava l'attenzione delle autorità scolastiche sulla necessità di assegnare alle classi differenziali insegnanti forniti del diploma di abilitazione all'insegnamento dei fanciulli anormali. Tuttavia – nonostante le varie circolari, e nonostante l'articolo 404 del *Regolamento generale sull'istruzione elementare* che sanciva che diplomi conseguiti presso le scuole magistrali ortofreniche fossero titoli preferenziali per insegnare nelle classi differenziali – accadeva che spesso i possessori di questi titoli non li vedessero adeguatamente valorizzati nei concorsi o nell'assegnazione alle classi¹⁵⁴. Il pedagogo Giovanni Calò affermò che per uscire da questa situazione si doveva da un lato riconoscere l'obbligo dell'istruzione per i minorati psichici e dall'altro stabilire un ruolo apposito per i maestri delle classi speciali.

“Tali inconvenienti non si eliminano se non riserbando a concorsi speciali le classi differenziali e le scuole per fanciulli deficienti e anormali. Solo così, d'altra parte, si creerà un vero interesse intorno a questa parte importantissima dell'educazione pubblica e si promuoverà una selezione progressiva, tale da assicurare a classi e scuole speciali un personale scelto e un servizio sempre più organicamente e adeguatamente rispondente al bisogno”¹⁵⁵.

Calò rafforzava la sua tesi della necessità di sancire il principio dell'obbligo dell'istruzione ed educazione per i fanciulli anormali mostrando come fosse questione di doversi adeguare al “progresso ormai generale della coscienza pedagogica e giuridica europea”. Il pedagogo mostrava come nei paesi europei questo principio si stesse realizzando e sottolineava il concetto che la scuola dovesse “piegarsi a tutti i bisogni della popolazione scolastica, differenziarsi secondo le condizioni e le attitudini dei singoli”. Dovere ma anche diritto dello Stato era dare

¹⁵³ Circolare n. 9253 del 2 dicembre 1937 dal Ministero dell'Educazione Nazionale, Direzione Generale Istruzione Elementare –Divisione II, ai RR. Provveditori agli Studi del Regno con oggetto “Materiale della Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”.

¹⁵⁴ Regio Decreto del 26 aprile 1928, n. 1297, *Regolamento generale sull'istruzione elementare*.

¹⁵⁵ G. Calò, *L'obbligo dell'istruzione per i fanciulli anormali*, in *Cultura e vita. Maestri e discepoli nella scuola della nuova Italia*, Brescia, La Scuola, 1939, p. 645.

un'educazione a ogni essere umano e “salvare tutte le energie che possono essere salvate, per la dignità dello spirito che vive in ciascuno e per il bene e la dignità dell'organismo sociale”¹⁵⁶.

Il tema del lavoro e dell'orientamento professionale per i minorati fu un tema discusso e affrontato, tra gli altri, da Leone Cimatti che sottolineava come per l'orientamento dei minorati si fosse fatto poco¹⁵⁷. Secondo Cimatti occuparsi di minorati fisici e psichici avrebbe permesso di recuperare al lavoro un notevole numero di persone che apparentemente avrebbero potuto sembrare non adatte al lavoro stesso. Egli peraltro sottolineava anche l'importanza della scelta soggettiva e della volontà individuale, anche se sottolineava che solitamente la scelta veniva fatta tenendo in considerazione l'imitazione di quello che fanno gli altri, le richieste del mercato e le possibilità di guadagno, le indicazioni dei genitori, mentre le preferenze e gli impulsi interiori entravano in pochi casi. Cimatti avanzò la proposta di elencare le professioni adatte ad ogni gruppo di minorati, indicando anche i requisiti richiesti per ciascuna professione, in modo da colmare le lacune con l'educazione¹⁵⁸.

L'analisi della rivista “L'educazione dei minorati” permette di osservare il ruolo di Bottai e di medici e pedagogisti che si riunirono intorno a lui. L'analisi della rivista permette di osservare il ruolo che Bottai voleva per lo Stato rispetto alla questione dei bambini anormali: uno stato che si occupasse di questi bambini, che radunasse i maggiori esperti e pedagogisti, ma che al tempo stesso arrivasse quasi a definire i postulati teorici lasciando ai medici uno spazio ristretto di discussione. Renzo De Felice ha mostrato come lo spirito critico di Bottai “abbia talvolta tratto in inganno contemporanei e storici facendo vedere in lui una sorta di tendenziale liberalizzatore e di critico del fascismo, mentre in realtà il suo criticismo e il suo liberalismo erano tutti interni al fascismo e in funzione di un suo radicamento e

¹⁵⁶ G. Calò, *L'obbligo dell'istruzione per i fanciulli normali*, cit., p. 650.

¹⁵⁷ L. Cimatti, *L'orientamento professionale dei minorati, parte prima*, in “L'educazione dei minorati”, a. I, n. 3, pp. 186-191. Leone Cimatti (Faenza 1899 - Roma 1960), fu maestro elementare e si laureò nel 1925. Si occupò di psicotecnica e diresse a Firenze l'Istituto nazionale dei ciechi dal 1937. Si veda P. Guarnieri, *Senza Cattedra. L'Istituto di Psicologia dell'Università di Firenze tra Idealismo e Fascismo*, Firenze University Press, Firenze, 2012, p. 134.

¹⁵⁸ L. Cimatti, *L'orientamento professionale dei minorati, parte seconda*, in “L'educazione dei minorati”, a. I, n. 4, pp. 241-247.

sviluppo più profondi e completi, più effettivamente totalitari”¹⁵⁹. Mi pare che le pagine della rivista mostrino questa vocazione totalitaria del fascismo ed evidenziano anche come, occupandosi di bambini anormali, il fascismo si mantenesse nella condizione di “rivoluzione permanente” di cui ha scritto Emilio Gentile¹⁶⁰. Per utilizzare le parole di Luisa Mangoni, “il problema di Bottai è ancora una volta quello della costruzione di una classe dirigente, ma da una posizione di potere interna al fascismo stesso”¹⁶¹. Anche sulla questione dell’infanzia problematica e anormale, si trattava dunque di costruire una classe dirigente fascista, organizzando la cultura pedagogica che era maturata nei primi decenni del Novecento, interpretando, prevenendo e guidando gli eventi che riguardavano i bambini difficili. Fondamentale è l’idea di “uomo nuovo” che il regime, attraverso figure come Padellaro e Volpicelli, mirò a costruire. Si trattava dichiaratamente di porre fine alla società e alla scuola borghese, e viceversa di mettere in atto una vera “rivoluzione”¹⁶². In questo senso va letta tutta la polemica tra Calò e Volpicelli sul ruolo del lavoro, che anche negli istituti per bambini anormali veniva ad assumere un ruolo chiave nelle forme della cosiddetta ergoterapia.¹⁶³

¹⁵⁹ R. De Felice, *Mussolini il duce. Lo Stato totalitario (1936-1940)*, Torino, Einaudi, 1996, p. 116. Su Bottai De Felice dedica un’ampia analisi. Si vedano anche G. B. Guerri, *Giuseppe Bottai un fascista critico*, Milano 1976, che tende a vedere in Bottai la figura di un fascista intelligente.

¹⁶⁰ E. Gentile, *Il mito dello Stato nuovo*, Roma-Bari, Laterza, 2002, pp. 211-236. Molto interessanti sono alcune osservazioni di Gentile che sottolinea come la critica fascista che Bottai alimentò avesse “il compito e la funzione di contribuire alla vitalità del regime, di impedire l’irrigidimento burocratico e il conservatorismo delle istituzioni, di mantenere al fascismo il carattere di una *rivoluzione permanente*” (p. 219). E aggiunge Gentile: “C’era in lui la passione e l’entusiasmo del fare, comuni a molti fascisti, specialmente ai giovani; la convinzione di lavorare ad una grande impresa che avrebbe suscitato stupore nel mondo e sarebbe divenuta modello per altri popoli” (p. 234).

¹⁶¹ Luisa Mangoni invece mette in luce come Bottai fosse interessato a costruire e organizzare la politica dello Stato totalitario, anche utilizzando ideologie diverse. L. Mangoni, *L’interventismo della cultura*, cit., p. 66 e Id. (a cura di), *“Primato” 1940-43*, Bari, 1977. La storica mette anche in luce il fatto che Bottai divenne un punto di riferimento essenziale per i cattolici degli anni Trenta, grazie alla sua disponibilità a recepire ideologie diverse, che comunque gli consentissero l’organizzazione dello stato totalitario (*L’interventismo della cultura*, p. 329).

¹⁶² R. De Felice, *Mussolini il duce. Lo Stato totalitario (1936-1940)*, Torino, Einaudi, 1996, pp. 120-121. Scrive De Felice che affinché “la fascistizzazione fosse reale, diventasse *educazione*, norma di comportamento in grado di incidere davvero sugli atteggiamenti verso la vita, il lavoro, la politica e dai giovani si trasfondesse in tutta la società, occorre che la scuola – a tutti i livelli – esprimesse una cultura non fascistizzata, ma realmente e totalmente fascista e facesse vivere i giovani da fascisti sin dal loro primo contatto con la realtà extrafamiliare”.

¹⁶³ Tra le pagine della rivista “L’educazione dei minorati” emerse anche una discussione tra Calò e Volpicelli sul ruolo da attribuire al lavoro. Il contesto era quello offerto dall’approvazione della Carta della Scuola. La polemica tra i due era lunga ed articolata e riguardava diverse questioni. Calò

appariva scettico sulla possibilità e sulla sensatezza di realizzare a scuola un lavoro realmente produttivo, secondo l'autore infatti la scuola non doveva lavorare "per rendere". Secondo Calò dunque a scuola si poteva realizzare lavoro produttivo, ma non di scambio (G. Calò, *Educazione e scuola. Idee vecchie e nuove*, Marzocco, Firenze, 1942). Volpicelli appariva dubbioso intorno a questa questione e scriveva: "Ci si potrebbe domandare il perché di tale divieto, tanto più che certe scuole, già oggi, fanno commercio dei loro prodotti (penso, per tutti, ai vini dell'istituto agrario di Parenzo!) ed anche ci si potrebbe chiedere se lo scolasticismo non sia sempre in agguato in queste *potenzialità* varie, che non vogliono mai rendersi attuose" (L. Volpicelli, Lavoro manuale, lavoro produttivo, scuola, in "L'educazione dei minorati", anno I, n. 4, 1942, pp. 209-210).

Parte terza.

I bambini protagonisti

Capitolo 7.

I bambini costruiti come anormali

Scrivere di bambini dentro gli istituti e di come i bambini venivano costruiti come anormali implica necessariamente dover fare i conti con diverse prospettive: in primo luogo la prospettiva dei medici che osservavano questi bambini, annotando sulle cartelle cliniche i dati principali, la storia pregressa, i sintomi che portavano a definire un quadro come patologico¹; in secondo luogo la prospettiva di tutti coloro che “gestivano” i bambini: le famiglie e i genitori, i medici condotti, le maestre, gli infermieri, ossia in maniera più ampia il contesto sociale. In terzo luogo vi era anche la prospettiva dei bambini.

Il quadro dunque si presenta come complesso e in questo scenario non è sempre semplice per lo storico distinguere ruoli e posizioni. Questa terza parte della ricerca mette i bambini in primo piano: i bambini osservati, visitati, selezionati, classificati, ma anche i bambini soggetto e non solo oggetto dello sguardo di altri. Bambini che si muovono, che agiscono, che pensano, che sentono, che si emozionano, che sognano, che giocano, che vanno a scuola.

Lo strumento utilizzato per osservare il dialogo tra medici e bambini è principalmente la cartella clinica. Ci si può chiedere se questo materiale permetta di “ascoltare la loro voce”. Alcuni storici di area anglosassone, in particolare Jonathan Andrews, pur evidenziando come le cartelle costituiscano un materiale ricco e utile, hanno anche messo in luce le principali problematiche nell’uso delle cartelle, sottolineando come queste releghino sullo sfondo l’esperienza della malattia vissuta dal paziente². In realtà, mi pare di poter sostenere che le cartelle sono

¹ Sulle cartelle cliniche in relazione alla scrittura dei medici e in relazione all’uso scientifico delle stesse per fini di ricerca e insegnamento si veda per il contesto tedesco V. Hess and S. Ledebur, *Taking and Keeping: A Note on the Emergence and function of Hospital Patient Records*, in “Journal of the Society of Archivists”, vol. 32, n. 1, 2011, pp. 21-33.

² J. Andrews, *Case Notes, Case Histories, and the Patient’s Experience of Insanity at Gartnavel Royal Asylum, Glasgow, in the Nineteenth Century*, in “Social History of Medicine”, vol. 11, n. 2, 1998, pp. 255-281. Andrews evidenzia la ricchezza e l’utilità dello studio delle cartelle cliniche, ma ne mette in luce anche le problematiche connesse alle mancanze e lacune presenti nelle cartelle, ma legate anche alle funzioni per le quali erano state create e impiegate dai medici in determinate epoche storiche. Si

indubbiamente uno strumento medico, pensato, costruito e utilizzato da medici, in base agli orientamenti scientifici e culturali, eppure l'uso della cartella clinica e le registrazioni, a volte precise, a volte no, fatte dagli psichiatri permettono di cogliere anche altri dati ed osservazioni riguardanti il contesto, i sintomi, le famiglie e il vissuto dei pazienti.

Vale una osservazione preliminare: le cartelle dei bambini non sono stereotipate e ripetitive come talvolta si verifica per le cartelle degli adulti nello stesso periodo storico, anche se questo è un aspetto che andrebbe verificato: da un lato, infatti, la scienza psichiatrica si stava costituendo come disciplina, non aveva ancora un codice definito e neppure delle “etichette mediche” da assegnare in maniera fissa ai bambini. Questo probabilmente ha alimentato un modo analitico e ricco di compilare le cartelle dei bambini rispetto a quelle degli adulti. I medici cioè erano alla ricerca di elementi che li potessero aiutare a costruire le categorie diagnostiche. Non solo: i bambini degli istituti medico-pedagogici erano bambini che la scienza medica stava tentando di recuperare e questo faceva di loro degli “oggetti di sperimentazione” che avrebbe dovuto portare a risultati positivi, pena la non validità della psichiatria infantile. Le annotazioni dunque sulle cartelle dei bambini sono, in conseguenza a tutto ciò, abbastanza ricche. In alcune si trovano anche le annotazioni delle maestre, le pagelle, alcuni disegni, biglietti e lettere dei bambini. Talvolta vengono riportate le parole stesse dei bambini.

Gli psichiatri insomma – almeno alcuni – sembrano, per riprendere un'immagine famosa, degli antropologi³ o almeno, come intuì lo stesso Freud, degli inquisitori⁴: gli psichiatri che compilano le cartelle rappresentano per lo storico l'intermediario che li pone in contatto con i bambini, anche se le fonti da loro

vedano anche E. Jones and S. Rahman, *Framing Mental Illness, 1923-1939: The Maudsley Hospital and its Patients*, in “Social History of Medicine”, 21, n. 1, 2008, pp. 107-125 e E. Jones, *Psychiatric Case Notes: Symptoms of Mental Illness and their Attribution at Maudsley Hospital, 1923-1935*, in “History of Psychiatry”, 23, n. 2, 2013, pp. 156-168.

³ C. Ginzburg, *L'inquisitore come antropologo*, in *Il filo e le tracce. Vero falso finto*, Milano, Feltrinelli, 2015, pp. 325-338. Ginzburg ha sottolineato come i personaggi che si scontrano nei testi dei processi per stregoneria non si trovino sullo stesso piano, ma vi sia una disuguaglianza sul piano del potere. Tuttavia talvolta da questi testi emergono chiaramente le due voci contrastanti. Mi pare che osservazioni analoghe si possano fare per le cartelle cliniche psichiatriche.

⁴ L'immagine è riportata in C. Ginzburg, *Freud, l'uomo dei lupi e i lupi mannari* in Id., *Miti emblematici. Morfologia e storia*, Torino, Einaudi, 2000, pp. 242-251.

prodotte sono necessariamente asimmetriche, perché psichiatri e bambini non sono mai sullo stesso piano. Se dei bambini lo storico non può ascoltare la voce, è anche vero che tramite la scrittura dello psichiatra in alcuni casi può ascoltare l'eco o un riverbero della voce dei bambini.

In questo capitolo considero in maniera più precisa come si è sviluppata e articolata la categoria di anormalità relativamente ai bambini partendo proprio dalle cartelle cliniche. Preciso fin d'ora che la validità di queste categorie e l'uso delle classificazioni non era, per il periodo di cui mi occupo, valido in maniera universalmente riconosciuta. Lo stesso Sante De Sanctis aveva sottolineato che essendo la disciplina in costruzione le categorie diagnostiche non potevano essere rigide, ma invece aperte ad apporti nuovi e a nuovi studi. Di conseguenza potevano esistere nomi diversi dati alla stessa patologia, ma anche nuovi nomi che talvolta appaiono nelle cartelle, in base anche al dibattito scientifico presente nelle riviste e nei congressi. La cartella clinica dei bambini riproduce questa situazione: spesso il riferimento è ai modelli teorici e scientifici più recenti, ad esempio la categoria di instabili viene utilizzata soprattutto negli anni Trenta, dopo i due interventi di De Sanctis sul tema degli instabili ai Convegni medico-pedagogici nazionali⁵.

La cartella è anche il luogo dei dubbi, delle incertezze, delle contaminazioni: è per definizione un documento non neutro ed è anzi spesso un documento disomogeneo, essendo compilata anche da più medici, che rimandano ad orizzonti culturali diversi l'uno dall'altro, alle domande che questi si ponevano o non si ponevano nell'avvicinarsi al bambino.

Alcuni esempi possono servire a chiarire gli aspetti appena descritti. La cartella di Mario L. riporta l'andamento della malattia e della cura.

⁵ S. De Sanctis, *Previsione del successo dell'opera dei medici ed insegnanti nelle varie forme di instabilità e di debolezza mentale*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 14-30 e S. De Sanctis, *La instabilità. Problemi e discussioni*, in *Atti del III Convegno Nazionale Medico-Pedagogico organizzato dalla Società Italiana "Pro infanzia anormale"*, Roma, 29 settembre 1933, cit., pp. 186-222.

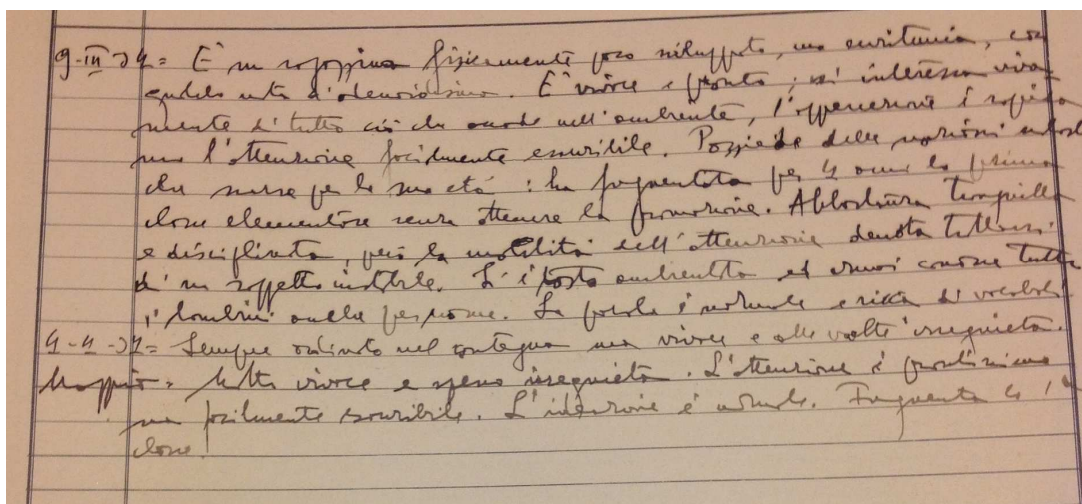


Foto 1. Cartella di Mario L., andamento della malattia e della cura (fonte: AIMP Marocco, b. 1937, cartella di Mario L., andamento della malattia e della cura).

Come chiaramente si vede le annotazioni dello psichiatra nei due anni di ricovero del bambino si limitano a poche righe compilate in tre sole date. Mario era nato nel 1923, ricoverato nel 1935 e dimesso nel 1937 come normalizzato. La sua diagnosi durante il ricovero era stata di “anormale psichico dell’intelligenza e del carattere”. Oltre a queste annotazioni, nella sua cartella sono presenti alcuni test mentali e alcune lettere con la famiglia. Le annotazioni dello psichiatra meritano qualche considerazione in più: in questo caso le poche righe che leggiamo rivelano poco del bambino che fu Mario. Non ci dicono nulla di quanto lui faceva, pensava, sentiva. Sono una serie di aggettivi e di brevi espressioni che tendono a etichettare il bambino rispetto alla diagnosi. In casi di cartelle come questa è molto problematico pensare di far emergere il mondo di Mario. Risulta evidente come invece lo psichiatra – in questo caso Giovanni Fattovich – fosse interessato unicamente a inserire nella cartella elementi che potessero avvalorare la diagnosi.

Altre cartelle dello stesso istituto mostrano invece un’attenzione maggiore al mondo del bambino.

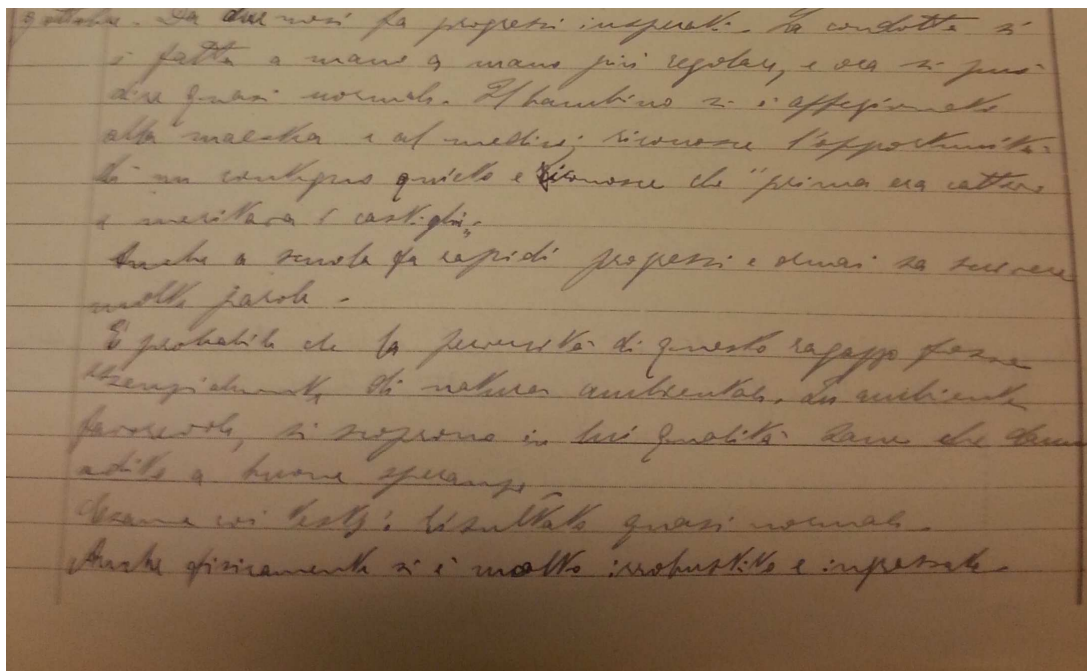


Foto 2. Cartella di Emilio B., andamento della malattia e della cura (fonte: AIMP Marocco, b. 1931-32, cartella di Emilio B.).

Come si vede nella foto, le righe scritte sono dedicate a una giornata. L'andamento della malattia e della cura occupa circa quattro pagine intere e copre un arco temporale di circa due anni. Emilio, con diagnosi di anormalità del carattere, venne ricoverato nel 1929 e dimesso nel 1931. Ma ancor di più, tra le righe emerge, tra virgolette, una frase del bambino stesso: “prima era cattivo e meritava i castighi”. La frase in realtà è in terza persona, segno probabilmente che la dottoressa l’aveva trasformata dalla prima alla terza persona per adeguarla al discorso. La frase tra virgolette indica l’attenzione che veniva riservata al bambino e alle sue parole da parte di una psichiatra. E peraltro questa frase rimanda a una circolarità di sguardi: il medico guardava il bambino e il bambino osservato finiva per riconoscere in sé stesso quanto l’adulto – il medico in questo caso – gli aveva detto essere presente in lui. Quella frase, “era cattivo e meritava i castighi”, è una frase che rimanda a un bambino che ha introiettato le regole del mondo degli adulti, anche se forse le ha fatte proprie per mezzo dei castighi.

Dunque confrontare le due cartelle, limitatamente alla parte riguardante l’andamento della malattia e della cura, rivela delle informazioni preziose non tanto

o non solo sui bambini, ma anche sul doppio sguardo tra bambino e medico, una sorta di sguardo circolare per cui il bambino si vede visto e assume su di sé quanto il medico gli riferisce.

Emerge anche in maniera evidente una connotazione di genere: le cartelle più precise erano compilate dalla dottoressa presente nell'istituto, mentre quelle compilate dai colleghi maschi tendevano ad essere più stereotipate. Anche se non è possibile generalizzare questa affermazione, pare comunque interessante rilevarla: diverse dottoresse in questi anni si occupavano di bambini – provenendo talvolta dalla pediatria – o anche dalla psichiatria, mosse in ogni caso da un forte interesse verso i minori e verso la sperimentazione clinica ed educativa⁶.

In questo terzo stralcio di cartella, nella parte riguardante la malattia e la cura, la bambina interrogata racconta alla dottoressa l'origine della sua malattia.

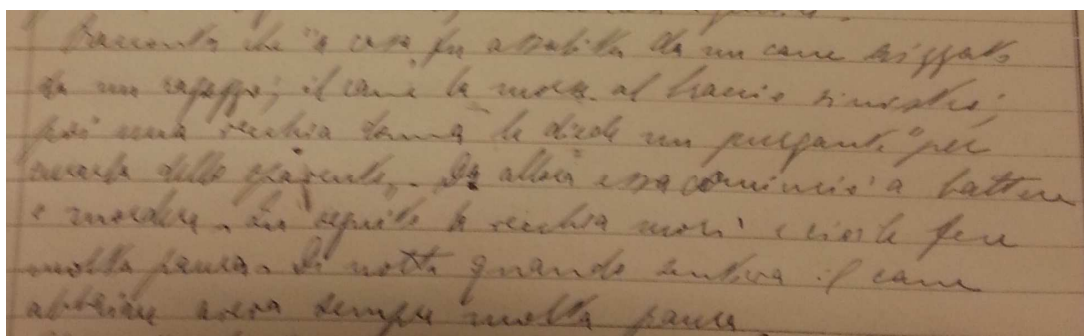


Foto 3. Cartella di Tita G., andamento della malattia e della cura (fonte: AIMP Marocco, b. 1931-32, cartella di Tita G., andamento della malattia e della cura in data 30 ottobre 1930).

La psichiatra riportava il racconto virgolettando le parole della bambina. Si vede come emerga la visione del mondo della bambina: nel suo racconto è evidente la lettura che lei insieme alla sua famiglia avevano fatto dell'origine della sua malattia insistendo su alcune figure: il ragazzo, il cane, la vecchia.

⁶ Tra queste dottoresse ricordo Evelina Raviz, che aveva una formazione da pediatra, a Trieste; Vittorina Petri a Bologna; Maria Bertolani Del Rio a Reggio Emilia; Luisa Levi Venezia e Torino, che pur avendo una formazione psichiatrica collaborava con l'ambulatorio di pediatria della Regia Università insieme alla pediatra Gabriella Gavarino. Tante le donne che si occupavano di bambini anormali da un punto di vista educativo e didattico e che collaboravano con i medici e gli psichiatri: Maria Montessori, medico lei stessa; Maria Montesano Levi della Vida a Roma; Maria Luisa Falorni a Firenze.

Si tratta, dunque, di capire non solo e non tanto come è stato costruito il quadro nosografico, quanto poteva essere comune con la psichiatria degli adulti, quanto invece era differente; non si tratta di seguire solo l'evoluzione e i cambiamenti delle etichette diagnostiche, mobili per definizione, essendo appunto la disciplina in costruzione. Si tratta piuttosto di porre in relazione le diagnosi con il contesto culturale e sociale per ricercare se esistessero legami tra questi due ambiti, per vedere dunque se e come le diagnosi si modellassero in relazione alla società e al contesto culturale. Si vorrebbe tentare di capire come la categoria di anormali si collochi nel contesto e nella tradizione, quali modelli culturali precedenti vengono modificati, come le nuove categorie operano trasformazioni profonde negli stessi bambini su cui tali categorie vengono applicate.

Una questione ulteriore per la psichiatria che si occupava di minori tra gli anni Venti e gli anni Quaranta era capire quanto e come fosse interessata al caso singolo in un periodo in cui l'orizzonte culturale dominante era quello del biologismo e dell'organicismo. I casi singoli dunque, stando a una lettura di questo tipo, sarebbero stati poco significativi e poco utilizzati. La stessa modalità di compilazione delle cartelle su cui ci si è già fermati dimostra questo. Dopo la fase ottocentesca in cui la scrittura di casi clinici raggiunse grandi risultati, nel Novecento “con l'ascesa di una medicina più tecnologica e quantitativa, era una prassi quasi estinta”, scrive il neurologo Oliver Sacks nella prefazione a *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*⁷. Evidentemente a una parte della psichiatria l'analisi del singolo caso clinico – per utilizzare un'immagine famosa – poteva sembrare “quasi un ritorno al telaio a mano in un'età di telai automatici”⁸. A prova ulteriore stanno i titoli degli articoli che riguardano l'infanzia nelle riviste specialistiche del periodo: tanti titoli si concentrano sulle patologie e sul modo per diagnosticarle e per definirle. Altri articoli, in numero inferiore, riguardano l'organizzazione delle strutture dedicate ai minori, istituti, asili scuole eccetera. Altri articoli, in numero consistente, riguardano invece il rapporto tra anormalità e criminalità. Tuttavia, alcuni esempi di scrittura di casi clinici si ebbero anche in questo periodo e anche

⁷ O. Sacks, *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Milano, Adelphi, 1986, p. 14.

⁸ L'immagine è in C. Ginzburg, *Il formaggio e i vermi. Il cosmo di un mugnaio del '500*, Torino, Einaudi, 2009, p. XIX.

relativamente a bambini: si tratta di capire quale significato ebbero nel panorama psichiatrico e cosa raccontano della cultura, medica e non solo, del loro tempo.

Per questo capitolo, sono state utilizzate prevalentemente le categorie diagnostiche che sono annotate sulle cartelle, cercando di collocarle nel coevo dibattito scientifico, dando maggior rilievo alle categorie maggiormente ricorrenti⁹. Si vede così come alla definizione dei comportamenti anormali non concorresse solo la scienza psichiatrica, ma anche il contesto sociale e culturale.

7.1. Gli instabili: anormali del carattere e del comportamento

Una delle categorie più frequenti, ed al tempo stesso una delle più ampie, è quella costituita dagli anormali del carattere o del comportamento, etichette che includono la maggior parte dei minori presenti negli istituti e che intorno agli anni Trenta furono sostituite o sovrapposte a quella di instabili. È evidente che dentro l'etichetta di anormali del carattere e anormali del comportamento venivano comprese una serie molto ampia di manifestazioni. L'anormalità, intesa come essere fuori dalla norma, appariva uno dei dati più preoccupanti e la scienza medica intendeva incaricarsi di ricondurre a normalità la schiera ampia di anormali. Intorno a queste preoccupazioni ancora ottocentesche il bisogno di controllo espresso dal fascismo e dalla società trovò largo spazio di azione.

⁹ G. F. Montesano, *Norme per una classificazione dei deficienti in rapporto ai metodi speciali di educazione*, in Atti del comitato ordinatore del II Congresso Pedagogico Italiano, Napoli, 1899-1901, Tip. Angelo Trani, 1902. Giuseppe Montesano al II Congresso Pedagogico Italiano aveva proposto di classificare i frenastenici in tre categorie: gli "incompleti" tali per arresto di sviluppo o per lesioni i quali difficilmente potevano essere sottoposti ad educazione; la seconda categoria era costituita da "irregolari" con anomalie della condotta e della sfera sentimentale; infine vi erano i "tardivi" con difficoltà di apprendimento. La categoria di irregolari proveniva dalla letteratura scientifica francese e a parte il periodo di inizio Novecento, in Italia non troverà una larga diffusione. Luisa Levi, che tra la fine degli anni Venti e i primi anni Trenta inizia ad occuparsi di bambini, costruisce uno schema partendo dagli studi scientifici ed integrandolo con i casi osservati nella colonia di Marocco. In questo schema la psichiatra distingue tra frenastenici, pazzi e falsi anormali. I frenastenistici venivano distinti in frenastenici dell'intelligenza e del carattere ed erano quelli che avevano spesso problemi dovuti a meningiti, epilessia, eredità, o alle ghiandole tiroidee o ipofisarie. Nel gruppo dei pazzi vi erano i pazzi morali, gli isterici, gli ossessivi, gli impulsivi. L'ultimo gruppo era quello dei falsi anormali. In ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Appunti sulle malattie mentali dell'età evolutiva*. Le categorie come mostrano questi due esempi erano soggette a cambiamenti e mutamenti e ad interpretazioni personali.

I bambini anormali del carattere e del comportamento uscivano dalla logica della normalità, con una lunga serie di comportamenti che trasgredivano le regole sociali e del buon comportamento. Le diagnosi di anormalità del carattere, del comportamento e di instabilità si ponevano al confine con il comportamento delinquenziale dei minorenni, che poteva essere espressione di traviamiento – in cui dunque l'ambiente veniva ad avere un grande peso nella delinquenza manifesta o anche solo possibile – o di delinquenza minorile costituzionale. La linea di confine tra anormali del comportamento, traviati e delinquenti era spesso molto sottile e non sempre netta e proprio l'impossibilità di prevedere gli esiti futuri impensieriva i medici. Sante de Sanctis aveva scritto quali caratteristiche permettevano di riconoscere i “fanciulli delinquibili”; ovvero

“insuccesso scolastico o oscillazioni del successo, refrattarietà educativa, precocità o irregolarità sessuale, oziosità, suggestibilità, insensibilità somatica e morale, audacia, violenza, indisciplina, irreligione”¹⁰.

Come si vede, si trattava di caratteristiche che accomunavano “fanciulli delinquibili”, instabili e anormali del carattere.

Società e scienza psichiatrica tendevano a leggere l'anormalità dei bambini come espressione di una criminalità manifesta o latente. Ne derivava il tentativo di controllare i bambini con strumenti prevalentemente repressivi.

Per i bambini che apparivano già piccoli delinquenti, la punizione veniva considerata un importante strumento di recupero. Aldo C. proveniva dall'Istituto medico-pedagogico di Thiene. Era arrivato all'Istituto veneziano di Mogliano Veneto accompagnato dalla relazione del dottor Domenico Majolo di Thiene che lo aveva definito di “umore instabile”, con “comportamento inordinato con tendenza all'impulsività, all'ozio, al turpiloquio”, con “profondo pervertimento del carattere”. Majolo aveva sottolineato la scarsa educabilità del minore e aveva posto

¹⁰ S. De Sanctis, *Delinquenza infantile*, in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, volume XIX, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, pp. 189-190. De Sanctis sosteneva anche che “le cause della delinquenza minorile vanno ricercate nell'abbandono morale e in genere nell'ambiente familiare e sociale”.

la diagnosi di frenastenia¹¹. Nel nuovo istituto medico-pedagogico, dove arrivò il 19 luglio del 1927, Aldo si presentò da subito come problematico: “ruba tabacco”, “batte i compagni”, “è sempre il capo di ogni monellata”, costringe i bimbi piccoli a consegnare a lui la frutta, “sobillatore”, “rende indisciplinati anche i compagni istigandoli a ribellarsi o spaventandoli”. Venne quindi sottoposto a ripetute misure punitive, ossia venne isolato in camera più volte. Una volta “liberato”, tendeva a fare molte promesse, salvo tornare sempre a comportarsi male. Nel febbraio 1931 venne allontanato dall’istituto dal medico. Sulla prima pagina della cartella il medico scriveva che venne dimesso in quanto migliorato, ma all’interno della cartella le motivazioni appaiono completamente diverse. “Ieri è stato dimesso e consegnato alla famiglia. Da qualche tempo teneva un contegno scorretto, sobillava gli altri bambini, nascondendosi poi dietro le quinte” e agiva sui più deboli “da vero despota”. Non solo: “al cospetto del medico e delle suore apparentemente appariva mansueto e simulava una certa moralità senza possederla affatto” e inoltre faceva lega con alcuni ragazzi che diventavano “i suoi segugi”. Abbastanza chiaro che Aldo, allontanato anche da questo secondo istituto, portava chiaramente su di sé il bollo del “piccolo delinquente”, “capo-banda, sobillatore, violento, bugiardo”.

In un intervento nel corso del II Convegno Medico-Pedagogico, tenutosi a Milano nel 1930, De Sanctis aveva posto una questione importante: era possibile prevedere le tendenze criminali nei bambini instabili? La sua risposta era chiaramente positiva, infatti sosteneva che esistesse una semeiotica posta già da Lombroso per vedere se gli instabili avessero tendenze criminali. Il primo sintomo importante era l’insensibilità.

“Quando un bambino è insensibile sia nel fisico che nel morale e quando la insensibilità è accoppiata alla impulsività, e sia esclusa l’epilessia, si tratta di un individuo che ha disposizione a delinquere: se egli dovrà operare in certi paesi retti da certe leggi che proibiscono certe cose, diventerà un criminale. Lo stesso Lombroso diceva che nelle Colonie si ha questa curiosa impressione: i

¹¹ La relazione medica del dottor Majolo si trova in AIMP Marocco, b. 1931-32, fasc. 1931, cartella Aldo C.

buoni che facevano bene in paesi civili, all'improvviso diventano delinquenti e viceversa"¹².

Dunque l'ambiente veniva ad avere un grande peso, perché poteva favorire o meno il manifestarsi di condotte regolari, ma anche di comportamenti criminali. Allo stesso Convegno l'aveva precisato ancora meglio quando aveva affermato:

“Io vi dichiaro – e lo dichiarai qui a Milano in altri due discorsi – non credo al destino ereditario così come ci credono molti medici. Né credo all'evoluzione fatale delle costituzioni morbose. [...] Credo invece che l'ambiente – quello fisico come quello sociale – abbia una gran parte nell'avvenire, nella malattia e nel successo sociale dei ragazzi; e che la costituzione per marciare verso la malattia ha bisogno dell'intervento di una concausa. Imperocché credo che possedere il germe non voglia dire proprio possedere la sua realizzazione. La terra non è piena di germi. La vita non fermenta dappertutto? Eppure le forme visibili sono limitate. [...] Spero che su per giù voi siate del mio parere contro i melanconici assertori di un destino ineluttabile"¹³.

Nel dibattito molto ampio che seguì, intervenne tra gli altri Giuseppe Corberi a chiedere se esistesse un rapporto dell'instabilità con l'anormalità del carattere. In particolare lo psichiatra milanese chiese se l'anormale del carattere vero – che era sostanzialmente indentificato dalla presenza del sintomo di Lombroso – fosse un instabile. De Sanctis gli rispose che le categorie già usate andavano bene, che in fondo la sua definizione complicava il quadro senza togliere nulla. Interessantissime le parole seguenti che De Sanctis aveva rivolto a Di Tullio, che aveva chiesto di chiarire meglio il rapporto tra criminalità e instabilità.

“Certo i rapporti tra instabilità e criminalità minorile sono alquanto stretti, ma non lo sono quanto ordinariamente si crede. L'im maturità psicomotoria non

¹² S. De Sanctis, Intervento in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., p. 148.

¹³ S. De Sanctis, *Previsione del successo dell'opera dei medici ed insegnanti nelle varie forme di instabilità e di debolezza mentale*, cit., p. 23.

dà per definizione l'antisocialità, mentre che può dare la instabilità. Io tengo ad una sola cosa: che nei Centri e negli Istituti non si vogliano *bollare* i ragazzi con delle storie cliniche, nelle quali vengono loro attribuite tendenze criminali specifiche e costituzioni schiettamente morbose od anomale. Ricordiamo che i giudizi di questa specie dati in fanciullezza impediranno un collocamento redditizio qualsiasi ai ragazzi quando saranno diventati adulti”¹⁴.

De Sanctis, pur ammettendo lo stretto rapporto tra instabilità e criminalità, metteva in guardia dall'usare dei “bolli manicomiali”, che avrebbero impedito un inserimento sociale redditizio per i minori una volta che fossero cresciuti.

Al termine dell'ampio dibattito vennero votati due ordini del giorno. Il primo ordine del giorno stabiliva che il termine instabilità fosse utilizzato solo per i minorenni. Con il secondo ordine del giorno si raccomandavano ricerche sulla costituzione, sulle caratteristiche psichiche normali e patologiche anche per le conseguenze e le applicazioni assistenziali ed educative che potevano derivare da tali studi. Il convegno tuttavia non riteneva opportuno cancellare o sostituire i termini anormali del carattere, sottolineando come tale terminologia facesse parte di un filone di ricerche che avevano avuto ampio sviluppo soprattutto in Germania, costituendo la caratteriologia.

Non tutti gli instabili o anormali del carattere erano destinati ad essere e diventare delinquenti, ma qualcuno era ritenuto già un delinquente. Alfredo C. era stato ammesso nell'Istituto medico-pedagogico veneziano nel febbraio del 1927 con diagnosi di carattere anormale nella forma della “perversità encefalitica”¹⁵ e con

¹⁴ S. De Sanctis, *La instabilità. Problemi e discussioni*, cit., p. 221, corsivo nel testo.

¹⁵ L'encefalite letargica o epidemica era una patologia infiammatoria dell'encefalo dovuta a un virus non identificato. Si diffuse sotto forma di pandemia dal 1915 al 1920. In Italia si diffuse dal 1918 al 1920. Era caratterizzata da due fasi: una fase iniziale di sonno continuo, febbre, confusione; seguiva una fase cronica caratterizzata da parkinsonismo e tremori. A distanza di tempo poteva comparire un perversimento del carattere. Si veda P. Amaldi, *La posizione delle forme infantili e adolescenziali della paralisi progressiva, della demenza precoce, della encefalite letargica nel quadro delle frenastenie*, in *Atti del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria* (Siena 1-4 Ottobre 1933), in “*Rivista Sperimentale di Freniatria*”, anno LVIII, Reggio Emilia, 1935, pp. 181-184; L. De Lisi, *Encefalite epidemica*, in E. Florian, A. Niceforo e N. Pende (a cura di), *Dizionario di criminologia*, 2 volumi, Milano, Vallardi, 1943, pp. 283-284; M. Emma, *Postumi della encefalite epidemica ed eboidofrenia nella etiologia della criminalità minorile*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. II, pp. 115-133; F. Rietti, *Encefalite letargica acuta e cronica*, Milano, Vallardi, 1935; L. Levi, *Sulla decadenza etica dei fanciulli da encefalite epidemica*, estratto dai

retta a carico della famiglia. Il bambino aveva sofferto di encefalite e la famiglia sembrava attribuire a questa malattia il pervertimento del carattere e le sue “tendenze oscene”. Il ragazzo, che aveva tredici anni, era di Napoli, e proveniva dall’Istituto medico-pedagogico di Thiene, da dove era stato allontanato per il suo comportamento. I genitori erano separati, il padre conviveva con una ballerina e la madre non avrebbe saputo – a quanto scriveva – dove era finito il figlio e per questo motivo non si era fatta viva a lungo. L’origine di tutta la sua condizione veniva stabilita nell’encefalite letargica di cui avrebbe sofferto da piccolo, che aveva modificato il suo comportamento in maniera radicale e perversa. A scuola – scriveva la maestra Flavia Botter – “trattato da uomo lavora bene e molto” ed era uno dei pochi che non dicevano “parole triviali”. Insomma il bambino, che continuava a mantenere al di fuori della classe un comportamento poco encomiabile, in classe era “lodevole”. La maestra era molto consapevole di quello che succedeva in classe.

“Mi fu indicato come una canaglietta poco scolarizzabile, ma ho trovato che è un bambino semplice e in fondo sensibile. Ho condotto per lui un metodo di educazione morale tutto speciale: abbandonando completamente i castighi e i rimproveri e largheggiando invece di consigli e incoraggiamenti constatando come dal differente trattamento tra reparto e scuola è derivata la differente condotta del soggetto poco encomiabile in reparto, lodevole in classe”.

Tuttavia, nonostante i notevoli miglioramenti a scuola, il comportamento si manteneva altalenante. La psichiatra Levi annotava in marzo che era violento con i compagni, mostrava atteggiamenti autoerotici, tanto che veniva messo in isolamento. Il bambino si pentiva, ma tornava presto sui suoi errori. E anche se mostrava di affezionarsi a chi si prendeva cura di lui, tuttavia il comportamento non migliorava in maniera stabile. Alfredo era violento, rubava, scappava, faceva “il male

“Quaderni di Psichiatria”, anno XV, 1928, numeri 5-6 e della stessa autrice *Sul decorso e la prognosi della encefalite epidemica nei ragazzi*, estratto da “Quaderni di psichiatria”, anno XVII, 1930, n. 5-6, Genova, 1930. Alcuni casi clinici di “risveglio” dall’encefalite vengono raccontati da O. Sacks, *Risvegli*, Milano, Adelphi, 1987.

per il piacere di fare il male”. A fine maggio nel 1929 la goccia che fa traboccare il vaso. Alfredo assalì due bambine, le imbavagliò e sembrò che avesse “tentato di far violenza a una”. Alfredo viene così espulso dall’istituto, inviato in famiglia e viene spedita una lettera al questore di Treviso e una al Presidente del Tribunale di Napoli. La Levi che scriveva queste lettere invitava a far ricoverare il bambino in una casa di correzione in quanto il bambino “mostra di fare il male per il piacere di farlo, di vedere altrui soffrire, non tanto per soddisfare i propri bisogni. Manca di pietà, di rimorso e di pudore. Nessuna emozionabilità”. Ma non solo. “Comprende esattamente l’amoralità delle sue azioni e lo dichiara: ed invero, se anormale è il sentimento etico, sufficiente è la facoltà di comprendere”¹⁶.

L’encefalite letargica era considerata una delle cause principali di pervertimento del carattere: anche il caso di Antonio M. lo rivelava, secondo i medici. Antonio arrivava dall’Istituto medico-pedagogico di Thiene con una relazione medica scritta dal dottor Majolo che attribuiva il “pervertimento del carattere”, che ricordava “il quadro della frenastenia morale” a “postumi di encefalite letargica”. Antonio è descritto dal medico vicentino come “indisciplinato”, “masturbatore”, “calunniatore”, “facilmente eccitato”, “ribelle”. Era lui che scriveva l’8 agosto 1927 alla nonna con una lettera che non verrà mai spedita perché ritenuta espressione della sua perversità e falsità.

“Cara nonna,

Ti prego di dire alla mamma che io sono stufo di far questa vita in mezzo ai maltrattamenti, dunque ti prego di liberarmi da questo patibolo, al più presto possibile, perché, non ne posso più ...”¹⁷.

¹⁶ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella clinica di Alfredo C. In ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del 1943, si trova una lettera di Marco Treves alla nipote Luisa Levi in data 5 maggio 1929. Treves non fa il nome del bambino a cui si riferisce, ma allude a un encefalitico con perversità del carattere figlio di un irregolare con tendenze criminali. A proposito di questo caso, scriveva: “È evidente che se uno ha già nel gobbo la eredità criminale l’encefalite troverà già seminato il terreno”.

¹⁷ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fascicolo 1928, cartella Antonio M. La lettera è senza data. Il ricovero a San Servolo si può ricostruire con AOP San Servolo, Tabelle nosologiche uomini usciti, b. 385 e b. 390 cartelle di Antonio M. e schedario S7.1. Antonio M. finisce in ospedale psichiatrico a dieci anni e fino ai ventidue anni di vita colleziona cinque ricoveri. Poi si perdono le tracce e se ne sa più nulla. A dieci anni nel 1923 finisce al San Servolo, ma viene dimesso in poco più di venti giorni. Tre mesi dopo viene ricoverato nuovamente e rimane lì fino a quando ottiene il trasferimento all’Istituto medico-pedagogico di Thiene nel 1924. Quando apre la colonia di Marocco nel 1927

Anche Ettore A. viene diagnosticato come “anormale del carattere”, anche se la sua diagnosi è in bilico con quella di “pazzia morale”, che viene cancellata dalla sua cartella¹⁸. Venne ricoverato a 13 anni a Marocco di Mogliano Veneto e lì rimase un mese dal 9 agosto al 2 settembre. Era già stato visto nel dispensario provinciale veneziano in Fondamenta della Prefettura dal dottor Tumiatì nel 1929 che lo aveva definito di “intelligenza vivace”, con “amoralità con tendenza al furto e alla violenza”. A casa era indisciplinato, rubava, fuggiva da scuola, perdeva i libri e picchiava le sorelle¹⁹. Ma la sua permanenza in istituto si rivela ben presto insostenibile in quanto istigava “i compagni all’indisciplina”, faceva “discorsi osceni”, capeggiava i peggiori. La famiglia venne così invitata a ritirarlo, e infatti lui verrà allontanato il 2 settembre perché – come scrive la dottoressa Levi al padre – “la sua condotta riesce di scandalo agli altri bambini e richiederebbe una sorveglianza continua”.

Questi bambini confermavano i timori dei medici che vedevano in loro dei delinquenti manifesti o potenziali. Ma la diagnosi di instabilità poteva evolvere anche in senso positivo ed alcuni bambini potevano recuperare e rientrare nella norma. La stessa definizione di instabilità indicava che il loro sviluppo poteva dare gli esiti più diversi e imprevedibili: potevano diventare delinquenti, come potevano diventare bambini e adulti normali e tranquilli. I medici erano perfettamente coscienti di questa ambivalenza che, come precisava De Sanctis, era un aspetto tipico della minore età: infatti la nozione di instabili era rifiutata per gli adulti.

Un caso di evoluzione in senso positivo della anormalità era quello di Zoele L., una bimba di dieci anni al momento dell’ingresso nella Colonia scuola Marro dell’Ospedale psichiatrico di Reggio Emilia nel 1927²⁰. Venne definita “deficiente intellettuale”, di “carattere instabile, irrequieta e caparbia” dal medico che la ricovera

viene trasferito a Marocco da Thiene con una relazione medica scritta dal dottor Domenico Majolo. Fu dimesso dal San Servolo nel 1935.

¹⁸ AIMP Marocco, b. 1930 A-M, cartella clinica Ettore A.

¹⁹ ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli, Marocco, giugno 1930*, Ettore A.

²⁰ AOP San Lazzaro, AS, SM, donne, b. 19, cartella di Zoele L.

e venne così posta la diagnosi di “instabile del carattere”. Nei primi giorni la bimba aveva “umore depresso”, alternava periodi di irrequietezza durante i quali insegnava alle altre bimbe una canzone “sconcia”. Già dopo un anno la bimba si presentava come “buona, remissiva ed attiva”, negli anni seguenti migliora ulteriormente, partecipa regolarmente agli spettacoli per la Festa della Befana e cantando ottiene vari riconoscimenti e apprezzamenti. Esce nel 1936, ma in realtà il suo ricovero dura così a lungo non per problemi della bambina, ma perché non si trova una famiglia adeguata ad accoglierla. La storia di Zoele è la storia di un successo educativo, di un caso di instabilità diagnosticata che si risolve velocemente in maniera positiva. Ma dietro la diagnosi di “instabilità” di Zoele che cosa si trova realmente? La bambina aveva tre sorelle e un fratellino piccolo. La madre muore nel 1926, un anno prima del suo ricovero, per broncopolmonite. Il padre è in seria difficoltà economica e non ha nessun familiare che lo possa aiutare. Dunque sceglie di far ricoverare le tre figlie più grandi nella Colonia scuola Marro e tiene con sé il bimbo piccolo maschio di tre anni. D'altra parte la rabbia e la tristezza di Zoele forse più che segni di instabilità erano conseguenti all'aver perso la madre e all'essere stata allontanata dalla famiglia. Il padre di fronte a una emergenza, anche in presenza di scarse risorse, sceglie la via che gli sembra migliore. La storia di Zoele dunque rivela come il paradigma interpretativo del controllo sociale si coniughi con le possibilità di scelta degli individui di fronte alle istituzioni assistenziali²¹. Le persone usavano strumentalmente i manicomi per fini repressivi, per controllare e disciplinare alcuni bambini ritenuti devianti, ma anche come forme di sostegno in momenti di difficoltà.

In quegli anni, la questione degli instabili era emersa con forza. Alle etichette di anormali del carattere o del comportamento si sostituì sempre più spesso l'etichetta di instabili²². In Francia lo psichiatra Gilbert Robin nel 1930 aveva descritto gli instabili in un capitolo del suo libro riguardante l'agitazione. Secondo

²¹ Questa interpretazione storiografica critica verso l'impianto foucaultiano trova spazio, ad esempio, in P. Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, cit., e anche in D. Tabor, *L'autonomia negata. Famiglie, manicomi e identità di genere nella città industriale tra Ottocento e Novecento*, cit.

²² Tra i primi a utilizzare la definizione di instabilità vi fu lo psichiatra tedesco Emil Kräepelin. La definizione venne poi precisata da Alfred Binet.

Robin l'instabile aveva un'attenzione mobile per cui non era in grado di concentrarsi. In alcuni casi l'instabile poteva essere un perverso. L'instabile poteva essere tale per problemi organici – e si caratterizzava per problemi cerebrali o per problemi di comprensione del linguaggio – o per problemi del carattere – ovvero agitazione psicomotoria, instabilità epilettica. Robin avvertiva che in certi casi l'instabile poteva essere un perverso²³.

Sante De Sanctis si era più volte soffermato sugli instabili, ponendosi la questione della possibilità di previsione del successo dell'opera dei medici e insegnanti nelle varie forme di instabilità²⁴. In generale riteneva che tra gli instabili veri vi fosse un 70% di normali intellettuali. Il successo in tutti questi casi sarebbe stato buono se fosse arrivato a recuperare il 25% o 30% dei bambini.

Durante il terzo Convegno Medico-Pedagogico Nazionale – tenutosi a Roma il 29 settembre 1933 – era stato Sante De Sanctis a definire l'instabilità in una lunga relazione, muovendo dal presupposto che la denominazione risultava talvolta equivoca, senza un significato esclusivo²⁵. Infatti spesso si adoperavano come sinonimi i termini “anormali-affettivi o del carattere, *difficiles, turbulents, irréguliers*, differenziati del carattere, discoli, psicopatici, “cattivi””²⁶, termini che secondo De Sanctis tendevano ad essere talvolta equivoci. Forse l'equivoco maggiore si era creato con la degenerazione: troppe volte secondo lo psichiatra gli instabili erano stati dichiarati “psicodegenerati”, dando troppo peso, a suo dire, al meccanismo della degenerazione, mentre “assistiamo ogni giorno alla rigenerazione di famiglie biologicamente decadute; e non c'è alcuna statistica – che io sappia – la quale dimostri il prevalere della degenerazione sulla rigenerazione in una data categoria di famiglie”²⁷. Secondo De Sanctis il concetto di instabilità andava applicato solo ai minori. Con l'età adulta l'instabilità tendeva a risolversi o trasformarsi in qualcosa di diverso.

²³ G. Robin, *L'enfant sans défauts*, Paris, Ernest Flammarion, 1930, pp. 73 e 74.

²⁴ S. De Sanctis, *Previsione del successo dell'opera dei medici ed insegnanti nelle varie forme di instabilità e di debolezza mentale*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, cit., pp. 14-30.

²⁵ S. De Sanctis, *La instabilità. Problemi e discussioni*, in *Atti del III Convegno Nazionale Medico-Pedagogico organizzato dalla Società Italiana “Pro infanzia anormale”*, Roma, 29 settembre 1933, cit., 186-222.

²⁶ Ivi, cit., p. 187.

²⁷ Ivi, cit., p. 189.

Dal punto di vista psicologico secondo De Sanctis era fondamentale individuare la “costante” della instabilità e le “variabili”. Mentre quest’ultime potevano andare dalla criminalità, alle fughe, alle perversioni sessuali, alla bugia patologica,

“la caratteristica costante differenziale degli instabili riguarda essenzialmente il comportamento, quindi la psicomotricità. Ci sono instabili, rispetto a questa caratteristica, iperattivi o eccitabili e impulsivi; ce ne sono passivi o apatici e ipersuggestivi, ce ne sono alternanti o periodici, devianti o incoerenti. Non c’è dubbio, tuttavia, che il problema psicologico della instabilità debba estendersi al psichismo sia intellettuale sia affettivo. La caratteristica motoria ha valore soprattutto in quanto rappresenta la proiezione del psichismo affettivo dell’instabile”²⁸.

De Sanctis arrivava così a definire una “costituzione motoria” nel caso della instabilità. Riteneva anche che vi fossero alcuni sintomi associati ad alcuni instabili: la debolezza mentale lieve, la balbuzie, l’enuresi notturna nella seconda infanzia.

Incrociando i dati psicologici con quelli psichiatrici, la instabilità poteva distinguersi in falsa-instabilità, in instabilità primaria (costituzionale oppure caratteriologica – per abbandono familiare, materiale e morale, ad esempio – e mista – ovvero costituzionale e caratteriologica insieme –), e in instabilità sintomatica conseguenza di malattie neuropsichiatriche varie come epilessia, malattie encefaliche, psiconevrosi.

Nell’ultima parte della sua ricerca, De Sanctis si interrogava sulle possibilità di assistenza agli instabili. In una sua ricerca in cui aveva seguito gli instabili fino alla pubertà, questi danno diversi esiti: alcuni diventavano malati comuni, alcuni si mostravano come epilettici, ciclotimici e schizofrenici. Un ulteriore gruppo era costituito dagli antisociali, che durante la prima giovinezza apparivano come irregolari della condotta, tossicomani, oziosi.

²⁸ S. De Sanctis, *La instabilità. Problemi e discussioni*, cit., p. 195.

“Veramente una gran parte dei qualificati instabili alla scuola o in famiglia o anche in ambedue gli ambienti, si *aggiusta* spontaneamente cioè sotto la sferza della realtà e la sollecitazione del proprio interesse. Gente per lo più “subnormalizzata” (non normalizzata), ma capace tuttavia di una vita sociale lodevole”²⁹.

Nel 1934 è Ferruccio Banissoni che si incarica di studiare la relazione tra fanciulli instabili psichici e le condizioni sociali³⁰. I minori considerati nella sua ricerca erano 428 passati dai Centri di Osservazione dell’Opera Nazionale per la Maternità e l’Infanzia con età che variava dai 6 anni ai 18, anche se la maggior parte avevano un’età compresa tra gli 8 e i 17 anni. Di questi, 301 erano maschi e 127 erano femmine.

I motivi dell’ingresso nel Centro di osservazione erano l’aver compiuto reati contro il patrimonio – in particolare furto, ma anche associazione a delinquere e vagabondaggio – per 114 bambini e per 16 bambine; reati contro le persone (tredici compiuti solo da maschi); reati contro la moralità pubblica e il buon costume (dieci per i maschi – di cui sette erano offese al pudore – e nove per le femmine, tutte per offese al pudore); reati politici erano cinque (tre per i maschi e due per le femmine ovvero una offesa al Duce, un oltraggio alla Milizia Volontaria per la Sicurezza Nazionale e tre violenza alla forza pubblica). Vi era poi un numero consistente di bambini che non avevano nessuna imputazione – 152 maschi e 83 femmine – di cui 39 maschi e 62 femmine fermati e inviati in questo Centro come misura di pubblica sicurezza. 39 bambini venivano inviati perché “abbandonati”, 65 per vagabondaggio, 7 per vagabondaggio e accattonaggio.

Banissoni notava come molti fossero stati fermati con accuse ma anche come molti fossero stati fermati senza accuse. I bambini venivano quindi sottoposti ad indagine familiare, a valutazione del grado di scolarità, alla valutazione e diagnosi di malattie fisiche e psichiche. Emergeva così come ben 85 maschi e 27 femmine si rivelassero anormali del carattere o (instabili), e ulteriori 29 maschi e 10 femmine si

²⁹ Ivi, cit., p. 215. Corsivo nel testo.

³⁰ F. Banissoni, *Instabilità psichica e fattori sociali in un gruppo di minori assistiti*, in “Rivista di Psicologia normale e patologica”, anno XXX, 1934, pp. 13-25.

fossero rivelati anormali del carattere e dell'intelligenza. Su 301 maschi, 114 (37,87%) erano anormali del carattere, 29 casi (9,63%) erano anormali del carattere e dell'intelligenza. Su 127 femmine, 37 (29,13%) erano anormali del carattere, 10 (8,07%) erano anormali del carattere e dell'intelligenza. Complessivamente erano più di un terzo gli anormali del carattere, mentre numeri molto più bassi valevano per gli anormali dell'intelligenza.

Banissoni presentava anche le indagini sulla morale di questi bambini, distinguendola tra teorica e pratica. La morale risultava ottima per pochi, normale per 167 maschi e per 63 femmine dal punto di vista teorico, ma dal punto di vista pratico era normale per 86 maschi e 56 femmine. Per 60 maschi e 32 femmine la morale teorica appariva ridotta, mentre quella pratica appariva ridotta per 161 maschi e 63 femmine. Molti bambini dunque sapevano teoricamente distinguere il bene dal male, ma poi, all'atto pratico, erano incapaci di operare tale distinzione.

L'indagine di Banissoni non si fermava qui. Egli –dopo aver studiato individualmente i soggetti –procedeva a studiarli in relazione alle loro condizioni ambientali e sociali, utilizzando un formulario o interrogatorio in cui si raccoglievano dati sulle scuole frequentate, sui genitori (età e mestiere), sulla storia del minore. L'ultima parte di questo interrogatorio riguardava le “condizioni sociali e abitudini”. Banissoni riportava le domande poste ai minori.

“Quante volte al giorno mangiavi e quanti pasti caldi facevi? Sempre all'istessa ora? Quante volte mangiavi carne? Che vino bevevi? Quando bevevi acquavite o liquori? Quanti “espressi” bevevi? Fumavi sigarette o raccattavi cicche? Nell'ultima abitazione con quante persone dividevi la stanza? Con quante il letto? Quanti padroni e mestieri hai cambiato? Quante volte andavi al cinematografo?”³¹

I risultati della sua inchiesta sono molto interessanti e fotografano un popolo di bambini che viveva in condizioni davvero precarie. Su 55 bambini sottoposti a questa indagine, 38 facevano tre o quattro pasti al giorno, ma sei bambini facevano

³¹ F. Banissoni, *Instabilità psichica e fattori sociali in un gruppo di minori assistiti*, cit., p.22.

solo un pasto e meno della metà mangiavano carne una o due volte a settimana. 39 minori su 55 bevevano vino e sette bevevano acquavite e liquori. Più della metà di questi minori, quasi il 60%, fumava sigarette o cicche raccolte.

Sconcertanti i dati riguardanti le 59 bambine. Alcune avevano cominciato a lavorare già a sei, a otto, a dieci anni. Quello che colpisce è la “vita sessuale” di queste bambine, di cui cinque avevano avuto già la “prima coabitazione” a dieci anni, cinque a dodici anni, quattro bambine a tredici anni. Tra queste minori, 24 confessavano di avere un amante, 15 di averne avuti due, 6 di averne avuti tre, 16 confessavano di averne avuto un numero imprecisato ma superiore a tre, 27 sostenevano di non aver avuto amanti, ma si riscontravano “segni di deflorazione”. Solo dieci bambine presentavano integrità fisica³².

Banissoni mostrava, grazie agli strumenti della scienza psicologica che si poneva al servizio di altre discipline, i “gradi di emendabilità morale”: tale recuperabilità si rivelava piena per 228 maschi e 80 femmine; “quasi normale” per 26 maschi e 20 femmine; “parziale” per 46 maschi e 27 femmine e infine “mancante” solo per una.

La ricerca di Banissoni – lo dichiarava lui stesso nelle conclusioni – dimostrava come fosse essenziale in tema di assistenza sociale avvalersi degli studi della psichiatria, della pediatria e della psicologia, che tuttavia erano “indispensabili”, ma non “esclusivi”. Insomma, secondo Banissoni, l’assistenza sociale – ma anche criminologia, sociologia, politica ed economia – avrebbero dovuto avvalersi della psicologia.

Lo studio di Banissoni, che aveva evidentemente lo scopo dichiarato di mostrare l’importanza della psicologia, al contempo fotografava la realtà importante dei bambini che passavano nei Centri di osservazione dell’Onmi. Colpisce che iniziassero a lavorare così presto, che molti facessero pasti irregolari, che molti fumassero e bevessero, che molte bambine avessero rapporti sessuali precoci. La fotografia che Banissoni faceva – anche se lui apertamente non lo scrive – individuava chiaramente uno dei principali responsabili di questa situazione: l’ambiente familiare e sociale di questi bambini, ambiente che sembrava spesso

³² F. Banissoni, *Instabilità psichica e fattori sociali in un gruppo di minori assistiti*, cit., p. 24.

trascurarli, che spesso tendeva a sfruttarli e a considerarli dei piccoli adulti. Banissoni non lo aggiungeva, ed è difficile ipotizzare il motivo, ma certo che i dati riguardanti le bambine, la violenza e lo sfruttamento sessuale a cui erano sottoposte e per il quale venivano colpevolizzate appare evidente e doloroso.

Tra gli studi sull'instabilità, diversi medici indagarono il rapporto tra questa e le tendenze criminali. Una ricerca dello psichiatra romano Aldo Cacchione – assistente e libero docente nella Clinica delle malattie nervose e mentali della Regia Università di Roma – presentata durante il I Congresso Internazionale di Criminologia di Roma nel 1938, mostrava i risultati di una ricerca condotta su 690 instabili veri e falsi³³. Ebbene dalla ricerca emergeva che il 44% mostrava tendenze criminali sia negli instabili puri, veri e falsi, sia in quei soggetti che mostravano un'insufficienza volitivo-affettiva. Le cause secondo la ricerca erano prevalentemente di tipo ambientale (l'abbandono morale, le suggestioni dovute all'ambiente, l'influenza della costellazione familiare, come l'essere figli unici, orfani, illegittimi), mentre ereditarietà, costituzioni, malattia e debolezza mentale o instabilità avevano solo un valore di predisposizione. Interessanti anche le osservazioni sulle possibilità di recupero: a grande fatica, scriveva lo psichiatra romano, aveva seguito 112 soggetti con varie tendenze criminali che erano passati dagli asili scuola romani. Erano stati dimessi tutti come socialmente adattabili. Il 60% di questi ragazzi aveva trovato lavoro e risultavano lavoratori. Il 40%, cioè 44 soggetti, non trovarono lavoro e 11 si mostrarono “recalcitranti nell'adattamento al lavoro”. Di questi molti subirono condanne, alcuni si trovavano in istituti di pena e di rieducazione, altri ancora conducevano una vita “disordinata e antisociale”. Cacchione quindi ribadiva quanto fosse importante la “profilassi precoce della criminalità minorile”³⁴.

Sull'instabilità tornava pochi anni dopo, nel 1941, padre Agostino Gemelli, che sosteneva che le ricerche sulle anomalie del carattere erano ancora molto

³³ A. Cacchione, *Le tendenze criminali negli instabili*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. II, pp. 43-49.

³⁴ Ivi, cit., pp. 48 e 49.

scarse, pur avendo un grande interesse medico, pedagogico e sociale³⁵. Tuttavia tanto il problema era interessante, tanto era oscuro. Se tutti utilizzavano le definizioni di instabilità relativa al carattere, il disaccordo c'era nel momento in cui si trattava di fare diagnosi e capirne i limiti. L'intervento di De Sanctis al III Convegno nazionale medico-pedagogico del 1933, secondo Gemelli, non forniva al lettore "un'idea precisa e direttiva che permetta di inquadrare la natura della instabilità"³⁶. Anche riferendosi agli studi internazionali – ad esempio ad Abramson – secondo Gemelli il termine "instabile" era usato per indicare diverse sindromi e gli autori non andavano d'accordo nello stabilire quali erano le caratteristiche dei fanciulli instabili³⁷. Le sue conclusioni dunque non potevano essere definitive, ma erano appunto delle conclusioni aperte che auspicavano ulteriori studi. In particolare Gemelli sosteneva che l'instabilità era un modo di manifestarsi del comportamento, che però non aveva sempre una fisionomia costante, quindi alcuni erano iperattivi, impulsivi mentre altri erano tardi e apatici. Però tale modo di manifestarsi del comportamento non significava secondo Gemelli che esistesse una costituzione motoria, come aveva invece ritenuto De Sanctis. Concordava invece con De Sanctis nel sostenere che l'instabilità era una caratteristica dell'età evolutiva e che spesso si presentava con varie manifestazioni del carattere che andavano dalla irrequietezza alla irritabilità, alla deviazione morale della condotta. Gemelli poi sottolineava come "non tutti gli instabili del carattere, diventando adulti diventano dei delinquenti; non tutti diventano dei tossicomani, degli antisociali, degli immorali"³⁸. Per evitare questi esiti era fondamentale la diagnosi precoce e il trattamento medico "da precisarsi in rapporto con le cause biologiche che hanno determinato l'instabilità" e pedagogico "che serva a sviluppare latenti possibilità buone e a inibire, nei limiti del possibile, tendenze cattive o aspetti meno felici del carattere"³⁹.

L'ambiente era spesso responsabile di forme di "anormalità del carattere" e di instabilità: ciò appariva chiaro a livello teorico, e ad alcuni medici appariva chiaro

³⁵ Padre A. Gemelli, *Il problema degli "instabili"*, in "L'educazione dei minorati", anno I, numero I, novembre 1941, pp. 21-30.

³⁶ Padre A. Gemelli, *Il problema degli "instabili"*, cit., p. 23.

³⁷ Ivi, cit., p. 24.

³⁸ Ivi, cit., p. 29.

³⁹ Ivi, cit., p. 29.

anche nella pratica quotidiana. Emilio B. venne ricoverato a 14 anni nell'Istituto medico-pedagogico veneziano di Marocco presso Mogliano Veneto il 30 maggio del 1929⁴⁰. La diagnosi era di carattere anormale e gracilità intellettuale. Nei primi tempi piangeva continuamente, “pare che si masturbi”, si presentava denudato ai compagni, e venne così isolato di notte. Progressivamente migliorò. Era la maestra Flavia Botter a notare per prima questi miglioramenti in un bambino che era arrivato che nell'Istituto dopo aver ripetuto la prima elementare più volte nella scuola pubblica senza alcun risultato, eccetto la capacità di scrivere il nome proprio. Nell'andamento della malattia e della cura Luisa Levi annota, in data 9 ottobre, che il bambino fa “progressi insperati” e che “la condotta si è fatta mano a mano più regolare, e ora si può dire quasi normale”. La Levi così osservava che la anormalità di questo ragazzo era “essenzialmente di natura ambientale” tanto che in “ambiente favorevole si scoprono in lui qualità rare”.

Per alcuni bambini che sembravano risolvere l'anormalità del carattere, altri manifestavano esiti meno felici, che alimentavano le teorie dei medici sulla prognosi non sempre favorevole per l'instabilità e l'anormalità del carattere. Eridano viene ricoverato al Marro con diagnosi di gracilità “intellettuale e grave instabilità del carattere”⁴¹. Il bimbo nel 1931 ha 7 anni. Nell'anamnesi, firmata dalla Bertolani Del Rio, nel 1931 veniva scritto che frequentava la scuola pubblica “dove per la sua disattenzione, irrequietezza e aggressività verso i compagni si rivelava elemento troppo perturbatore della disciplina”. Inoltre il bambino si mostrava “indifferente ai rimproveri, facile al mendacio [...], incoscienze dei pericoli”. Nell'esame psichico veniva riportato che era in grado di vestirsi e di spogliarsi da solo. Nel 1932, nel suo diario clinico, veniva scritto che era spesso ribelle alla disciplina, “instabile nell'umore e nella condotta”. Nel gennaio 1934 viene definito come “dispettoso, prepotente, vivace, incoscienze del pericolo”. Lavora prima nel laboratorio della sarta, poi in quello del calzolaio. Nel 1937 la condotta migliora e diventa quasi regolare. Dimesso nell'aprile 1938, con lavoro già assicurato, rientrò pochi mesi

⁴⁰ AIMP Marocco, b. 1931-32, fasc. 1931, cartella clinica Emilio B.

⁴¹ AOP San Lazzaro, AS, SM, uomini, b. 5, cartella di Eridano B.

dopo, nel luglio 1938, perché commette furti ripetuti presso la sua collocataria. Nel 1941 viene trasferito a Cremona al Ricovero di Sospiro con diagnosi di frenastenia⁴².

7.2. I falsi-anormali: tra normalità e anormalità

L'ossessione della norma, che era indubbiamente di ascendenza positivista, ma che esprimeva anche il bisogno sociale di controllare lo sviluppo dei bambini, si manifestò attraverso un'altra etichetta: quella dei falsi-anormali.

Pietro D. C. aveva una storia emblematica. Era stato visitato da Tumiatì nel servizio di profilassi mentale di Venezia con diagnosi di "frenastenia" con "grave tara ereditaria". Tumiatì aveva consigliato l'ammissione in un istituto medico pedagogico. Nel 1930 venne ammesso a Mogliano e la Levi lo definiva "instabile, ma intelligente", "educabile in alto grado". La diagnosi posta era di "carattere anormale e gracilità intellettuale". Tumiatì aveva sottolineato la presenza di una tara ereditaria, che la Levi aveva precisato meglio: il padre era alcolista, una zia era morta in manicomio. Però durante l'esame psichico il bambino era risultato tranquillo e allegro, quieto, con buona attenzione, con memoria discreta, ma con scarsa immaginazione e con scarsi sentimenti familiari. Alla scala metrica di Binet Simon e ai reattivi di De Sanctis era risultato normale. La Levi lo aveva osservato con molta attenzione, lo aveva studiato quasi, ne aveva riportato i dialoghi. Pietro era "quieto, laborioso, disciplinato, malinconico". E così dopo alcuni mesi nell'istituto la diagnosi di Pietro, annotata solo fra parentesi in quanto la diagnosi ufficiale non era mutata, era di "falso anormale per ambiente familiare non

⁴² Altro caso è quello di Arnaldo, che viene ammesso nella Colonia scuola di Reggio Emilia il 20 giugno del 1921 con autorizzazione del pretore. Il ricovero definitivo viene chiesto il 5 luglio 1921 per anormalità del carattere. Orfano di padre, è stato tre anni in orfanotrofio e quando rientra a casa si mostra "irascibile, collerico, minaccioso". "Da un anno è diventato ribelle o impulsivo coi famigliari", annota la Bertolani Del Rio nella anamnesi. Esce nel 1923, consegnato alla madre ed appariva molto migliorato. Il 28 febbraio 1930 alla sua cartella viene aggiunta una breve nota : vi si scrive che lo Iori ha frequentato le scuole serali, ha trovato impiego nell'ufficio delle officine meccaniche reggiane. Con lui lavorava una signorina della quale si era innamorato. "Avendo la signorina, assai più anziana di lui, respinta la sua profferta d'amore una sera l'ha inseguita con la rivoltella in pugno, ferendola abbastanza gravemente, poi ha rivolto l'arma contro di sé uccidendosi". AOP San Lazzaro, AS, SM, uomini, b. 34, cartella di Arnaldo I.

adatto”⁴³. Già De Sanctis aveva chiarito che i falsi-anormali – bambini difficili o turbolenti o discoli – andavano distinti da categorie più gravi come gli instabili veri o anormali del carattere perché i falsi-anormali erano perlopiù

“frutti malefici specificatamente dovuti al cattivo ambiente domestico o alle disgraziate condizioni economiche. È beninteso, che la massa di costoro – che per lo più son dei falsi-anormali del carattere o differenziati-affettivi – la prognosi, in generale, è fausta. Cambiate l’ambiente, passateli al collegio, collocateli in campagna, nutriteli, vigilateli e l’adattamento sociale arriverà [...]”⁴⁴.

Dalle parole di De Sanctis si coglie dunque come l’ambiente avesse un peso essenziale nel determinare patologie più o meno gravi, più o meno modificabili, e *in primis* la falsa-anormalità.

La storia di Pietro introduce l’etichetta dei falsi-anormali. Bambini con comportamenti gravi, che tuttavia erano il risultato di condizioni ambientali non adatte. I bambini falsi-anormali non erano destinati agli istituti medico pedagogici. Per loro infatti si prevedeva che la cura avvenisse nelle classi differenziali⁴⁵. Per i falsi anormali, ma anche “ritardatari”, “ripetenti” o “retardés”, come li definivano alcuni autori francesi, si prevedevano le classi differenziali nelle scuole comuni che avrebbero trattenuto lì gli scolari per un periodo necessario a superare le difficoltà transitorie per poi tornare nelle parallele classi normali⁴⁶.

Tuttavia alcuni di loro erano presenti anche in questi istituti. Giuseppe per esempio finisce nel 1929 nell’Istituto medico-pedagogico di Marocco dopo che il padre era morto, ucciso per motivi politici che non venivano precisati meglio. La famiglia era in condizioni difficili, il bambino appariva lento, inquieto e privo di

⁴³ AIMP Marocco, b. 1930-31, fasc. 1931, cartella Pietro D.C.

⁴⁴ S. De Sanctis, *Previsione del successo dell’opera dei medici ed insegnanti nelle varie forme di instabilità e di debolezza mentale*, cit., p. 26.

⁴⁵ Sulle classi differenziali si veda G. F. Montesano, *Differenziali, classi* in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, cit.

⁴⁶ G. Vidoni, *Medicina scolastica*, in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, volume XXII, Istituto della Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, Roma, 1936, pp. 727-728 e anche G. Vidoni, *Anormale* in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, vol. III, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, pp. 421-422.

memoria. Una volta nella colonia i test mentali risultarono normali, un po' alla volta il bimbo diventò "quieto" e "docile", mostrava buona volontà, anche se lento. Progressivamente il bambino si trasforma ancora: "vivace", "sveglio", "disciplinato"; appariva evidente che per lui la diagnosi era di falso-anormale⁴⁷.

Uno dei casi più significativi di bambino falso-anormale è il caso di Ennio P., presente a nell'Istituto veneziano come racconta la maestra Anita Dolores Tonina, che lo aveva utilizzato come caso di studio per diplomarsi nella Scuola magistrale ortofrenica di Firenze nel 1943⁴⁸. La tesi della maestra di Marocco segue il percorso del bambino diagnosticato come falso-anormale. Il 3 novembre 1942 Ennio P. entrava nell'istituto, sguardo sfuggente, un po' triste di lasciare la famiglia, che lo accompagnava, il nonno in particolare⁴⁹. "Nell'accomiatarsi dai familiari non piangeva e non sorrideva, sembrava indifferente, ma poi si volgeva a guardare il nonno con un misto di tenerezza e di dispetto (seppi più tardi che nutriva pel nonno una vivissima affezione"⁵⁰. All'esame mentale secondo i reattivi di De Sanctis risultava insufficiente di grado intermedio.

La tesi è interessante perché mostra l'ampia serie di esami a cui venne sottoposto. Per quanto riguarda l'anamnesi familiare si rilevava subito che la madre era Olga P., mentre il padre era ignoto e che il bambino viveva in un ambiente domestico povero. Il bambino fin dai primi anni mostrava tendenza al "vagabondaggio", all'"irrequietezza" e "insofferenza di disciplina"⁵¹.

⁴⁷ ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli Marocco 1930*, Giuseppe G.

⁴⁸ La maestra Anita Dolores era più conosciuta come suor Giovanna. Nata nel 1917, ho avuto modo di incontrarla e intervistarla a Bassano del Grappa nell'inverno del 2014. Si veda Anita Dolores Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico "Villa Pancrazio" Marocco di Mogliano Veneto*, 1943, fondo delle tesi storiche della Scuola magistrale ortofrenica presso la Biblioteca di Psicologia dell'Università di Firenze. Un'altra maestra e religiosa dello stesso ordine delle Suore di Maria Bambina frequentò la Scuola magistrale ortofrenica di Firenze nello stesso periodo e pubblicò in seguito la sua tesi. M. E. Dovigo, *Il lavoro come mezzo di educazione nell'Istituto Medico-Pedagogico della Provincia di Venezia "Villa Pancrazio" in Marocco di Mogliano Veneto*, Venezia, 1944. Entrambe lavoravano nell'Istituto veneziano.

⁴⁹ Ennio P., da quanto sosteneva a voce la maestra, sarebbe stato ebreo. Si sarebbe convertito con il nome di Luigi e sarebbe rimasto a Marocco per tutta la guerra. Non ho potuto consultare la sua cartella perché il bambino venne dimesso nel periodo successivo al 1946 e la legge non permette di consultare le cartelle successive al 1946 per il limite imposto dei settant'anni.

⁵⁰ A. D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico "Villa Pancrazio" Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 3.

⁵¹ Ivi, cit., p. 5.

La foto, che viene inserita nella tesi per presentare il bambino nell'atto di leggere i suoi giornali, come scrive la maestra, ci mostra un bambino benvestito e curato, molto diverso dai bambini fotografati negli anni Trenta assieme alla psichiatra Levi.



Foto 4 e 5. Ennio P. mentre legge un giornalino. La seconda foto mostra l'anomalia del padiglione auricolare, come viene riportato dalla maestra (fonte: A.D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico "Villa Pancrazio" Marocco di Mogliano Veneto*, cit.).

Ennio viene sottoposto ad una serie lunghissima di esami: prima l'esame morfologico secondo cui “non presenta asimmetrie all'infuori di quella del padiglione auricolare” e la sua costituzione viene definita “di tipo longilineo-astenico”⁵². Vengono raccolti i dati antropometrici e vengono riportate tutte le misurazioni⁵³. Quindi vengono raccolti i dati funzionali, ovvero organi e funzioni vegetative.

Viene poi valutata l'estesiologia, cioè viene svolta analisi delle attività dei sensi⁵⁴. Viene sottoposto ad esame psicologico nel luglio del 1943, dopo che aveva

⁵² Gli studi sulle anomalie del padiglione auricolare proprie di degenerati e delinquenti si collocavano nel filone di studi lombrosiano. Si può ricordare G. Aiutolo, *Alcune rare e nuove forme di anomalie congenite del padiglione auricolare*, in “Archivio di Antropologia Criminale”, vol. 36, 1915.

⁵³ Tra cui: statura, apertura delle braccia peso, massima circonferenza cranica, curva biauricolare.

⁵⁴ Viene valutata la sensazione visiva, grazie al senso cromatico per cui si serve delle tavolette Montessori, poi viene valutata la memoria dei colori, vengono svolti esercizi di presentazione e associazione del nome del colore presentato. Ennio però non sa distinguere bene il colore dei fiori, probabilmente perché, nota la maestra, non possiede la terminologia corretta. Vengono valutate le sensazioni uditive: l'intensità (sente il battito dell'orologio a 1,5 metri), la capacità di localizzazione (commette errori laterali), l'altezza (distingue le note basse dalle alte, ma non ha passione per il

frequentato la preparatoria e stava per iniziare in prima elementare. La valutazione viene effettuata secondo la scala metrica del Terman e serviva a conoscere il grado medio delle funzioni mentali rispetto alle sue possibilità. Viene sottoposto alle prove per i nove anni che risultano non superate, anche se ad alcune domande il bambino risponde⁵⁵. Viene sottoposto ai test mentali per gli otto anni, sempre secondo Terman. Tra queste gli viene chiesto di contare alla rovescia da venti allo zero, ma il bimbo non riesce. Riusciva meglio in attività più legate alla sua esperienza, come, ad esempio, dare la definizione di una serie di termini che spiegava in dialetto. Ennio quindi sapeva che il cane era “una bestia”, che con il martello “se bate”, che il temperino era un “cortelo che taglia”. Il bambino quando non riusciva a dare la definizione, ne spiegava la funzione. Il turacciolo era “el ciondolo che se cava dale gazose”. Interessante che per spiegare alcuni termini usasse la sua esperienza quotidiana. Il lucchetto così era ciò con cui “se sera i balconi” (la maestra precisava che nell’Istituto durante la notte le imposte venivano chiuse con i lucchetti) e l’ingordo era colui che “magna in furia”⁵⁶. Di altri termini, più difficili, non conosce la definizione: ad esempio trampoli, trave, fannullone. Ennio ne supera 26 su 65, sostenendo che erano troppo difficili per lui.

Veniva quindi sottoposto alle domande per i sette anni. Tra queste doveva descrivere alcune immagini.

canto), l’acuità uditiva (si è servita della lezione del silenzio e il bimbo sente il fruscio delle foglie, il frinire delle cicale, il passo di un contadino, il ronzio di una mosca...). Si passa poi a valutare le sensazioni gustative: il bambino confonde sale e acido citrico ma secondo la maestra è perché non sa le parole. Si valutano quindi le sensazioni olfattive, le sensazioni tattili e le illusioni.

⁵⁵ I test mentali di Terman per i nove anni comprendono tra le altre le seguenti domande: 1. che giorno è oggi? In che mese? Quanti ne abbiamo? In che anno? 2. Confrontare cinque pesi; 3. dare il resto a una somma; 4. ripetere quattro cifre all’inverso; 5. collocare tre parole in una frase; 6. trovare tre rime a una parola data.

⁵⁶ A.D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell’Istituto Medico-Pedagogico “Villa Pancrazio” Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 30 e sgg.



Foto 6. Una delle pagine della tesi contenente alcuni test svolti da Ennio (fonte: A.D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico "Villa Pancrazio" Marocco di Mogliano Veneto*, cit.).

La terza vignetta secondo il bambino rappresentava: "El gato che dorme, la lampadina, la finestra, le stele, la putela che dorme, la mama che cuse el vestito par la putela"⁵⁷. Secondo la maestra l'esito della prova era negativo, perché il bambino tendeva alla enumerazione, si perdeva in particolari di poco rilievo, mentre coglieva

⁵⁷ A.D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico "Villa Pancrazio" Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 35.

a stento il motivo essenziale. Secondo lei, il bimbo mostrava poco raziocinio e uno spirito di osservazione molto limitato.

Un'ulteriore attività consisteva nell' "indicare la differenza tra due oggetti non presenti"⁵⁸. Poi l'insegnante sottoponeva il bimbo ai reattivi del De Sanctis che servivano per valutare il grado di insufficienza mentale indipendentemente dall'età. Risultava insufficiente mentale di grado intermedio. Lo sottopose anche all'interrogatorio di Ferrari e Francia.

In seguito venne svolto l'esame analitico delle funzioni mentali per valutare intelligenza e attitudini. Al bambino vennero proposti esercizi e attività di associazione. Lei annotò che "Ennio risponde alle parole inducenti con reazioni molto lente e talora non risponde affatto, perché ignora il significato di certe parole, pur tanto comuni"⁵⁹. Quindi vennero proposte attività per valutarne la memoria e l'immaginazione. Per valutare l'attività immaginativa venivano impiegate le macchie d'inchiostro del Rorschach⁶⁰.

In opposizione a quanto rilevava negli esami precedenti, Ennio si palesava ora come abbastanza immaginoso e mostrava dunque delle capacità nuove che si stavano sviluppando. Lo sottopone in seguito ad un esame di ricerca del grado di sviluppo della moralità teorico-pratica. Per cercare il grado di moralità di Ennio gli sottopone i dieci casi di coscienza di De Sanctis, con piccole modifiche per renderli intellegibili alla sua mentalità. E anche se le prove sulla modalità danno risultati

⁵⁸ La maestra gli aveva posto domande volte ad accertare la capacità di notare le differenze. Alla domanda sulla differenza tra una mosca e una farfalla, lui rispose che "La mosca xe piccola e la farfala xe grande". "Che differenza trovi tra una pietra e un uovo? L'ovo se spaca e el sasso no. Quale differenza c'è tra il legno e il vetro? El vetro se rompe e el legno xe duro". La maestra non era del tutto soddisfatta e annotava: "Ha colto dei caratteri accidentali giusti, ma si palesa incapace di rilevare la nota specifica degli oggetti". A.D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico "Villa Pancrazio" Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 37. La maestra gli sottopone la prova per i 6 anni e il bimbo non mostra difficoltà. Nel prospetto finale lei osserva che l'età cronologica è tra 8 e 9 anni, mentre l'età mentale è di 7 anni e mesi 4. Lo definisce dunque un "arretrato leggero". "Studiandolo bene mi sono convinta che a certi reattivi risponde in senso negativo per mancanza di acquisizione o perché, nella sua vita di piccolo vagabondo, non ebbe modo di sviluppare certe attività pratiche e qualche lato delle sue funzioni psichiche" (p. 42).

⁵⁹ A.D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico "Villa Pancrazio" Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 55.

⁶⁰ Ivi, cit., pp. 64 e 65. Lei scriveva "Con le macchie d'inchiostro del Rorschach ho voluto condurre un'indagine piuttosto sottile circa il grado e il tipo d'intelligenza e d'immaginazione del mio soggetto. Ho condotto l'esame secondo le forme suggerite dal Brambilla nel suo libro del *Metodo Psicodiagnostico di Rorschach*".

altalenanti e non sempre chiari e univoci, la maestra sottolinea che le sembra possibile la completa rieducazione intellettuale e morale del bambino⁶¹.

Così la maestra si chiedeva se iniziava per lui una fase nuova o se era il nuovo esame che metteva in luce aspetti inesplorati della sua personalità. Con i successivi esami cercò di chiarire questo dubbio, valutando anche il pensiero applicato. La maestra si trovò di fronte a esami talvolta ambigui, con esiti che lei stessa definì contrastanti. La diagnosi apparve tuttavia chiara.

“A conclusione dell’esame analitico delle funzioni mentali, in rapporto agli altri esami psicologici, sono lieta di poter definire il mio piccolo alunno come un falso anormale”⁶².

Le motivazioni di questa falsa anormalità e dello sviluppo “tardo” andavano ricercate nella “mancanza di esercizio e di acquisizione” e al tempo stesso al “tenore di vita” da lui tenuto prima di entrare nell’Istituto. La maestra sottolineava anche che, oltre ai vari test a cui l’aveva sottoposto, l’aveva osservato in maniera continua.

Era evidente e dichiarata la finalità a cui tendeva la maestra, ovvero “riparare i gravi torti della vita, allo scopo di fare di lui un uomo equilibrato e cosciente” attraverso l’educazione⁶³.

Non si sa per certo se la diagnosi fosse posta dalla maestra –ma è pur vero che lei ce lo fa pensare. Si può immaginare che vi fosse stato un confronto con lo psichiatra Fattovich prima di stabilire la diagnosi, anche se lo psichiatra era stato richiamato alle armi. Tuttavia – questo è un dato certo – era la maestra stessa a sottoporre al bambino tutti questi esami mentali, con compiti che in parte andavano oltre la sua funzione di insegnante. Anita Dolores Tonina seguiva sicuramente le indicazioni della Scuola magistrale ortofrenica di Firenze dove si era formata e dove stava concludendo il suo percorso di specializzazione per l’insegnamento agli anormali. Lì tra i maestri a cui far riferimento aveva Giovanni Calò, che era docente

⁶¹ A.D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell’Istituto Medico-Pedagogico “Villa Pancrazio” Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p.94.

⁶² Ivi, cit., p. 87.

⁶³ Ivi, cit., p. 87.

di Pedagogia all'Università di Firenze e alla Scuola magistrale ortofrenica⁶⁴. Riguardo all'argomento delle tesi, Calò aveva scritto pochi anni prima che “di regola, il lavoro delle tesi è appunto costituito dall'esame analitico e sintetico della personalità fisica e psichica, colle conseguenti valutazioni di educabilità, d'un fanciullo ricoverato nell'Istituto Umberto I, e affidato allo studio del candidato verso la metà dell'anno scolastico” con l'obiettivo di “avvezzare alla metodica e accurata osservazione e comprensione della psiche infantile anormale e di tutta la personalità psicofisica del fanciullo deficiente, studiata in concreto, come problema fondamentale e base immancabile di ogni opera educativa”⁶⁵. Naturalmente per la maestra di Mogliano era difficile seguire un bambino dell'Umberto I e aveva così scelto un bambino dell'Istituto veneziano.

In tutto questo studio così ampio colpisce che sia una maestra ad esaminare il bambino e che non sia invece uno psichiatra. La cultura e la preparazione specifica delle maestre diplomatesi alla Scuola magistrale ortofrenica di Firenze prevedeva la padronanza di tante tipologie di test mentali, di reattivi, di interrogatori. Del resto negli stessi anni la presenza dello psichiatra nell'Istituto medico-pedagogico veneziano aveva subito una drastica riduzione; nei primi anni lo psichiatra era presente sempre, successivamente si recava nell'istituto solo due volte a settimana. Durante gli anni della guerra lo psichiatra Giovanni Fattovich venne richiamato alle armi e la sua presenza divenne sporadica.

La maestra veneta, soprattutto nelle pagine introduttive, sembra fare da eco alle parole di Calò, che si era battuto per l'obbligo dell'educazione dei minorati psichici. Pochi anni prima, nel 1940, Calò aveva detto al Congresso Nazionale delle Istituzioni per i minorati psichici e fisici, tenutosi a Napoli che

“l'educazione dei cittadini è funzione, diritto, interesse e dovere dello Stato, e che perciò è la stessa scuola pubblica che, chiamando a sé tutti i figli del

⁶⁴ Su Calò si veda L. Ambrosoli, *Calò, Giovanni*, in *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 16, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, pp. 782-785. M. Fiorani, *Calò, Giovanni*, in *Archivio Storico della Psicologia Italiana*, www.aspi.it, 2015 (ultima consultazione: 30 aprile 2016).

⁶⁵ G. Calò, *La preparazione degli insegnanti speciali e l'obbligo dell'educazione dei minorati psichici. Relazione al Congresso Nazionale delle Istituzioni per i minorati psichici e fisici* (Napoli, 20-21 Gennaio 1940), Brescia, La Scuola, 1940, pp. 5 e 6.

popolo, deve differenziarsi secondo i bisogni e piegarsi a tutte le condizioni e finalità diverse dei singoli, sicchè nessuno ne resti fuori”⁶⁶.

La maestra l’aveva detto con parole diverse, ma molto simili, e con un richiamo ai pedagogisti Comenio e Rousseau⁶⁷. Naturalmente, vista anche la sede, le parole di Calò avevano un peso e un significato politico. Il pedagogista fiorentino non mancò infatti di sottolineare la “grande opera” che spettava al Governo fascista: diffondere e potenziare le scuole magistrali ortofreniche, ruoli e concorsi speciali per gli insegnanti specializzati nelle scuole magistrali ortofreniche, obbligo di educazione per i minorati psichici⁶⁸.

Alcune parole della maestra descrivono l’obiettivo politico dell’educazione: formare “l’italiano nuovo” attraverso un ideale di educazione enunciato dai più alti pedagogisti e che finalmente trovava spazio nella scuola nuova italiana, che avrebbe unito scienza e religione.

“Dedicare a questa classe opaca e inespressiva di fanciulli e vita e pensiero, con eroica abnegazione, non è deprimere le nostre energie, ma accendere più fulgida la lampada che ci fu trasmessa dagli uomini del passato, ma affermare

⁶⁶ G. Calò, *La preparazione degli insegnanti speciali e l’obbligo dell’educazione dei minorati psichici. Relazione al Congresso Nazionale delle Istituzioni per i minorati psichici e fisici*, cit., p. 12.

⁶⁷ A.D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell’Istituto Medico-Pedagogico “Villa Pancrazio” Marocco di Mogliano Veneto*, cit., pp. 2-3. “Già da oltre tre secoli questo ideale fu contemplato dal Comenius nella “Didattica Magna” dove con singolare energia e ardore di apostolo grida al mondo il suo motto: – Tutto a tutti –, perché mediante l’educazione si insegni – a tutti a vivere – o come disse il Rousseau: “A saper fare il mestiere di uomini”.

⁶⁸ G. Calò, *La preparazione degli insegnanti speciali e l’obbligo dell’educazione dei minorati psichici. Relazione al Congresso Nazionale delle Istituzioni per i minorati psichici e fisici* (Napoli, 20-21 Gennaio 1940), Brescia, La Scuola, 1940, p. 12. Calò inoltre ricorda i due ordini del giorno presentati a Napoli da Paolo Amaldi, che insegnava alla Scuola magistrale ortofrenica di Firenze, e firmati anche da Calò. Il primo voto chiedeva al Governo di chiarire e ribadire l’obbligo di istruzione dei minorati psichici sancito dalla Carta della Scuola; di moltiplicare e finanziare le Scuole Magistrali Ortofreniche; di fare in modo che negli istituti per bambini anormali fosse esercitata una vigilanza medica, didattica e morale dalle autorità governative. Inoltre si chiedeva che questi istituti fossero diretti da un medico, che oltre a questo medico fosse presente un altro dottore ogni 150 alunni e uno ulteriore per frazioni da 75 a 150. Si chiedeva inoltre di avere un numero di insegnanti affinché gli alunni fossero in numero di 10-12 per classe e di assumere solo insegnanti in possesso del diploma di scuola magistrale ortofrenica riconosciuta dal Ministero della Educazione Nazionale. Inoltre si chiedeva che in questi istituti venissero create delle piccole officine per le lavorazioni e per i bisogni dell’istituto stesso. Con il secondo ordine del giorno si chiedeva che alle classi differenziali annesse nelle scuole elementari venissero chiamati solo insegnanti in possesso, oltre che del diploma magistrale, del diploma rilasciato da una scuola magistrale ortofrenica.

altamente la nostra personalità, nell'atto stesso in cui, collaboratori della potenza creatrice di Dio, comunichiamo a questi poveri esseri il soffio della vita"⁶⁹.

7.3. La sessualità precoce e il pervertimento

Tra le prime diagnosi della psichiatra Luisa Levi troviamo nel giugno del 1930 dei casi di “esuberanza sentimentale” o “romanticismo” o “erotismo”. Un esempio è Valentina R. che entrò in colonia nel settembre del 1927 a nove anni con diagnosi di gracilità mentale⁷⁰. Figlia di padre ignoto, Valentina venne presto abbandonata dalla madre e allevata da dei contadini. La bambina entrò in colonia dopo una violenza sessuale; nei primi tempi era “amorale”, pronunciava “parole oscene”, soffriva la costrizione fisica, era incapace di star ferma. Il suo comportamento gradualmente migliorò molto, e ai reattivi mentali risultò ben presto normale. Anche a scuola il suo rendimento mostrò notevoli progressi: nella sua cartella la maestra annotava che la bambina si interessava quasi sempre alle spiegazioni, che amava le favole, che in disegno rivelava “un che di originale”, e precisava che aveva “però bisogno di essere lasciata libera di manifestarsi”⁷¹. Tuttavia la psichiatra notava in lei un bisogno smodato di affetto, “un’adorazione che ha dell’erotico”, un bisogno continuo di carezze. Tra parentesi la dottoressa scriveva che si trattava di un “tipo di prostituta predestinata”⁷², probabilmente insospettata dal bisogno continuo di essere accarezzata che la bambina manifestava e dalla simpatia che dimostrava per l’elemento maschile. Valentina cercava l’affetto di chi le stava intorno, la maestra stessa osservava che aveva lavorato molto a scuola per ottenere le simpatie della dottoressa. Si occupava anche dei bambini in difficoltà, ad esempio di Tita, dalla quale riceveva anche qualche pedata o tirata di capelli senza

⁶⁹ A.D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico “Villa Pancrazio” Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 3.

⁷⁰ Gli altri casi sono quelli di Gina N e di Lilia: ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli Marocco 1930*, Lilia R..

⁷¹ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Valentina R.

⁷² ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli Marocco 1930*, Valentina R.

protestare perché “non lo fa mica apposta”⁷³. Valentina aveva forsenotato che Tita era una bambina in grande difficoltà, ma molto seguita dalla psichiatra, e dunque occuparsi di Tita era il modo per avere la gratitudine della dottoressa. Nell’agosto del 1930, dopo che la maestra Botter aveva lasciato la scuola dell’istituto, insieme alla Levi si recarono a Treviso dall’insegnante. Al ritorno venne annotato nella sua cartella che la bimba vedendo la maestra “ebbe una crisi di forte emozione”, “si attaccò alla sua mano e stette immobile, in adorazione, per più di dieci minuti” tanto da essere definita “sentimentale, emotiva, erotica”⁷⁴. Naturalmente casi simili a questo erano abbastanza frequenti anche in altri istituti. Si poteva trattare di minori con diagnosi di instabilità, che poteva comprendere le anomalie della sfera sessuale⁷⁵, o di “immoralità costituzionale”⁷⁶, o anche di bambini vittime di abusi sessuali⁷⁷.

La sessualità dei bambini era osservata e letta come categoria del patologico, segnale della devianza dei bambini stessi⁷⁸. I medici italiani notarono che molti bambini manifestavano delle tendenze sessuali, ma non ritenevano questo dato comune a tutti i bambini, lo consideravano invece segno di malattia proprio solo di

⁷³ ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del '43, quaderno della maestra Flavia Botter, pagine su Valentina R.

⁷⁴ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Valentina R., andamento della malattia e della cura.

⁷⁵ Questo è il caso di Antonio L., in AOP San Lazzaro, AS, SM, archivio sanitario, uomini b. 36. Ammesso nel 1931 a sette anni, il medico, dottoressa Bertolani Del Rio, scriveva che “Compie gesti osceni autoerotici” (gennaio 1932). Il 15 maggio 1932 viene allontanato “permanendo uno stato di quasi continuo di autoerotismo sessuale ed avendo il L. cercato di corrompere alcuni suoi compagni, nonostante egli fosse sottoposto a speciale sorveglianza, viene deciso di allontanarlo definitivamente dalla colonia”. Anche la madre era considerata di “costumi equivoci, già condannata per reati contro la maternità”, ovvero per procurato aborto.

⁷⁶ Jolanda P., “dominata da un precoce e prepotente istinto sessuale, commetteva atti immorali”. Nel foglio di ricovero era stato scritto “ipererotico”, “istinto sessuale precocemente sviluppato”. In AOP San Lazzaro, AS, SM, donne b. 23.

⁷⁷ Cesarina D., figlia di padre ignoto, mentre la madre aveva avuto altri figli illegittimi per cui si può presumere che fosse una prostituta. La bambina sosteneva di aver subito ripetutamente a Basilea violenze carnali. Venne sottoposta ad un esame fisico molto dettagliato (anche delle parti intime) dalla Bertolani Del Rio. In AOP San Lazzaro, AS, SM, donne, b. 12.

⁷⁸ La questione sessuale e la questione dell’educazione sessuale furono ampiamente dibattute nei primi decenni del Novecento. Si vedano gli articoli sulla “Rivista di Psicologia”, ad esempio G. C. Ferrari, *I traumi sessuali nei fanciulli*, in “Rivista di Psicologia”, a. I, n. 1, 1905, pp. 90-98. Nel 1910 la “Voce” aveva promosso un Convegno per la questione sessuale a Firenze. Sulla questione dell’educazione sessuale anche autorevoli psichiatri, come De Sanctis, ritenevano dovesse essere compito della famiglia. Sulla questione tornava Tumati nel 1937, *L’igiene mentale nell’educazione familiare. Relazione al II Congresso Internazionale d’Igiene Mentale (Parigi 19-24 luglio 1937)*, cit., pp. 37-44. Si veda anche M. David, *La psicoanalisi nella cultura italiana*, cit., pp. 148-150 e 257-259.

una minoranza dei bambini. I comportamenti sessuali dei bambini venivano considerati patologici e posti sotto il controllo del medico soprattutto se erano comportamenti eccessivi, esibiti, o se coinvolgevano anche altri bambini⁷⁹.

Rispetto alle interpretazioni ottocentesche che avevano sottolineato come non fosse possibile la pazzia nei bambini⁸⁰, Lombroso a fine '800 aveva individuato le tendenze oscene nei bambini e in particolare la sessualità precoce come segnali di pazzia morale. Non tutti i bambini erano però dediti a queste “pratiche oscene” già nella prima età, ovvero a tre o quattro anni. In ogni asilo che aveva visitato aveva trovato uno o due fanciulli dediti all'onanismo. L'autore aveva così annotato che tutti gli “amori anomali e mostruosi” avevano avuto origine nella prima età come “quasi tutte le tendenze criminose”⁸¹. Lombroso aveva introdotto una distinzione. Da un lato in tutti i bambini erano presenti i segni dell'atavismo – e dunque i bambini erano paragonabili ai primitivi e ai selvaggi – per esempio fanciulli, selvaggi e criminali condividevano la “nessuna previdenza”, ovvero l'incapacità di immaginare il futuro e fare delle scelte conseguenti perché per loro era vero solo il presente; dall'altro lato, alcuni più di altri mostravano la presenza di comportamenti patologici, come le tendenze oscene, che non erano presenti in tutti i bambini, ma in uno o due per asilo. Le tendenze oscene si sarebbero palesate presto. Lombroso riportava il caso di una bambina che cominciò a masturbarsi a otto anni e continuò anche dopo il matrimonio, soprattutto da gravida, danneggiando i figli, tanto che di dodici, cinque morirono presto, quattro erano mal conformati nella testa, due si masturbavano già a sette anni. Le deviazioni sessuali secondo Lombroso erano chiari segni della degenerazione. Lombroso le osservò con uno sguardo medico

⁷⁹ Sulla patologizzazione della sessualità si veda A. Petrizzo, *Pelli criminali? La scuola lombrosiana e il corpo tatuato a fine Ottocento*, in “Contemporanea”, 1, 2016, pp. 3-41, in particolare p. 23.

⁸⁰ J. E. D. Esquirol in *Delle passioni considerate come causa, sintomo e cura dell'alienazione mentale*, trad. it. Venezia, Marsilio, 1982 (prima edizione 1838), aveva scritto che “nell'infanzia niente passioni, niente alienati; nell'età puberale compaiono le passioni, e l'alienazione si manifesta” (p. 68) avvalorando la linea interpretativa che riteneva non possibile nei bambini la pazzia. A partire dagli anni Sessanta dell'Ottocento comincia a svilupparsi l'idea che la pazzia sia possibile anche nei bambini e tale idea trova forza nella teoria della degenerazione di Morel. Da questo momento la sessualità precoce viene osservata e studiata perché ritenuta causa di pazzia. Si veda C. Bonomi, *Infanzia, peccato, pazzia. Alle origini della rappresentazione psicologica del bambino*, in “Rassegna di Psicologia”, n. 2, 2009, pp. 129-153.

⁸¹ C. Lombroso, *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*, cit., p. 146.

impiegando le teorie del tempo per tentare di spiegare il comportamento dei bambini perversi. Chiara Beccalossi, in un recente articolo, si sofferma sui legami tra deviazioni sessuali, malattia e crimine in Lombroso e mostra come il pensiero di Lombroso nel 1906 avesse subito una svolta rispetto all'*Uomo delinquente*.

“Lombroso argued that transitory same-sex desires were normal in childhood, the implication being that a kind of universal latent homosexuality could be found in each and every “normal” individual, at least during childhood. This belief was shared by a number of Italian psychiatrists at the turn-of-the-century who had moved away from studying homosexuality in asylums and prisons to focus on “normal” environment, such as schools”⁸².

Insomma nel 1906 secondo Lombroso le tendenze omosessuali latenti erano presenti in tutti o quasi tutti i bambini normali. Di qui la necessità di osservare i bambini normali e di uscire da manicomi e prigioni. Con un passaggio ulteriore Lombroso aveva anche stabilito un parallelo tra l'omosessualità intesa come malattia mentale e la criminalità.

In questo panorama, ancora nei primi decenni del Novecento, ma anche tra anni Trenta e Quaranta, molti psichiatri osservavano con estrema attenzione le tendenze sessuali presenti nei bambini che venivano analizzate con uno sguardo medico, nel tentativo di cogliere la relazione precoce tra tendenza sessuale e

⁸² C. Beccalossi, *Sexual Deviances, Disease, and Crime in Cesare Lombroso and the “Italian School” of Criminal Anthropology*, in R. Peckam (eds), *Disease and Crime. A History of Social Pathologies and the New Politics of Health*, Routledge, New York, 2014, pp. 44. Beccalossi fa riferimento a un saggio di Lombroso del 1906, *Du parallélisme entre l'homosexualité et la criminalité innée* presentato a Torino al Sesto Congresso internazionale di Antropologia Criminale. Sulla questione dell'“inversione dell'istinto sessuale” nel 1906 Arrigo Tamassia aveva pubblicato *L'inversione dell'istinto sessuale come causa di impulsività criminosa*, Padova, Tipografia Gio. Batt. Randi, in cui aveva presentato il caso di una giovane ragazza N. innamorata di una conoscente. La N. ferì il fratello dell'amica di cui era innamorata, la madre e il padre. Se ne è occupata C. Beccalossi, *Arrigo Tamassia, sexual inversion and Italian sexology at the end of the nineteenth century*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, n. 2, 2014, pp. 27-41. È evidente che tra fine '800 e inizio '900 si assiste a una patologizzazione dell'omosessualità. C. Beccalossi si è occupata degli psichiatri che escono dai manicomi per interessarsi dell'ambiente “normale” in *Female Sexual Inversion: Same-Sex Desires in Italian and British Sexology, c. 1870-1929*, London, Palgrave Macmillan, 2012, pp. 73-78.

pericolosità presente e futura. Al tempo stesso gli psichiatri cercavano ogni volta che era possibile di sottoporle a controllo o a repressione.

Se il bambino nasceva perverso – e non veniva solo corrotto e pervertito dalla società – la responsabilità degli adulti e la cautela per come venivano allevati e curati i bambini certamente aumentava. Se il bambino nasceva con istinti perversi e con una minaccia di pazzia che incombeva su di lui, il mondo degli adulti aveva una responsabilità notevole nell'arginare queste condizioni. Se una delle vie scelte più frequentemente fu la repressione degli istinti dei bambini attraverso le punizioni, l'isolamento e l'enfaticizzazione del senso di colpa, non mancarono anche voci diverse – come quelle della psichiatra Levi – che muovendo da considerazioni simili, ovvero la perversità dei bambini, ritenevano che la responsabilità andasse manifestata in altra maniera che nello sviluppare il senso di colpa, che poteva generare pericolose psicosi.

Nel 1934, infatti, la Levi raccontò il caso di un bambino di quattro anni non compiuti che da circa due mesi presentava manifestazioni erotiche con erezione specialmente nei rapporti con la sorellina di due anni e mezzo. Entrambi i bambini mostravano un “eccitamento psicomotorio cronico determinato dalla tossina tubercolare”, che il padre avrebbe trasmesso loro. Il bambino durante la prima visita era “spudoratamente sereno e sincero” nelle sue manifestazioni affettive, ma nei giorni seguenti il suo contegno si era progressivamente modificato. Il bambino si era dimostrato restio all'esame durante la seconda visita e anche a casa si era abbandonato più raramente ai giochi erotici. La psichiatra notava due aspetti: in primo luogo la sessualità in questo bambino aveva avuto uno sviluppo eccessivo e in secondo luogo aveva “carattere libero e innocente”, perché nel bambino non si era ancora sviluppata “l'azione repressiva della moralità ambientale”⁸³.

“Il bambino normale non ha coscienza della propria sessualità e non sente il pudore, perché non è ancora entrato in conflitto con i freni sociali che inducono un sentimento di colpeabilità a ciò che è primitivamente spontanea e

⁸³ L. Levi, *Eretismo psichico infantile e sviluppo precoce della vita sessuale*, estratto da “La pediatria del medico pratico”, Torino, Tipografia Vincenzo Bona, 1934, p. 4.

fisiologica funzione riflessa. Quando si osserva in un fanciullo una pudicizia precoce ed acuta, si deve perciò sempre sospettare l'esistenza di anomalie sessuali male frenate dall'ambiente"⁸⁴.

Solo in un secondo momento interveniva l'educazione: la Levi invitava a prestarvi molta attenzione perché l'educazione, se interessata solo all'aspetto repressivo, poteva portare a un senso di colpa e a un pudore eccessivi che potevano essere all'origine di nevrosi e psicosi molti difficili da curare in età successiva.

“Certo una educazione troppo severa, che inducesse un eccessivo senso di colpeabilità, potrebbe sinistramente influire sulla vita a venire del fanciullo. Il caso che ho citato, del bambino di nove anni, masturbatore ed estremamente pudibondo, ci deve mettere in guardia sui pericoli dei metodi educativi violenti o umilianti, che nascondono il male senza correggerlo, e creano complessi patogeni assai pericolosi per il futuro”⁸⁵.

Il bambino di nove anni a cui fa riferimento la Levi era un bambino dell'Istituto medico-pedagogico veneziano in cui l'azione repressiva molto forte esercitata dall'ambiente sulla sua sessualità aveva provocato un forte senso di colpa, che secondo la Levi poteva essere ancor più difficile da curare della sessualità eccessiva. Il bambino, infatti, attraverso una blanda psicoterapia era molto migliorato nei comportamenti sessuali fino a tenere un contegno normale però il senso di colpa era rimasto visibile nel senso del pudore eccessivamente sviluppato e, secondo la psichiatra, nell'enuresi notturna. Era stata lei stessa a occuparsi del bambino di nove anni ed aveva verificato i limiti dell'educazione repressiva.

Dunque, secondo la Levi non era tanto, o almeno non era solo la sessualità precoce ed eccessiva del bambino a favorire psicosi nell'età adulta, quanto l'educazione repressiva. La Levi, citando espressamente Freud, dichiarava che la

⁸⁴ L. Levi, *Eretismo psichico infantile e sviluppo precoce della vita sessuale*, cit., p. 4.

⁸⁵ Ivi, cit., p. 8.

libido e i conflitti relativi nell'infanzia avevano un ruolo cardine nella moralità dell'adulto, nelle sue nevrosi e psicosi⁸⁶.

Nel considerare la sessualità precoce e la percezione che ne ebbero i medici sono due le letture che, apparentemente confliggenti, si confrontano nel periodo compreso tra le due guerre mondiali: da un lato la lettura secondo cui le manifestazioni erotiche precoci potevano essere segno di pazzia e criminalità, secondo una linea lombrosiana che enfatizzava l'importanza della educazione dei minori per attenuare tali manifestazioni, e dall'altro lato la lettura secondo cui la sessualità e i conflitti relativi avevano un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'adulto, seguendo un filo di pensiero più psicoanalitico. In realtà le due letture avevano significativi punti di contatto: entrambe sottolineavano come il bambino non fosse l'essere innocente a lungo descritto e come l'educazione venisse ad assumere un ruolo fondamentale. Innegabile che l'educazione venisse ad assumere valenze diverse: poteva essere repressiva e autoritaria o essere di stampo psicoterapeutico. In Italia, come si è già visto, fu la prima ad avere una diffusione maggiore, incontrando le aspirazioni politiche e culturali di una società irregimentata dal fascismo.

7.4. I non classificabili

I casi clinici riguardanti i minori nel periodo tra le due guerre mondiali ebbero un peso limitato nella letteratura scientifica italiana in maniera corrispondente a quanto avvenne per la psichiatria degli adulti. Per quest'ultima solitamente viene dalla storiografia riportato l'articolo sul caso Elena di Giovanni Enrico Morselli, articolo che mostra da parte del medico non solo l'uso del materiale clinico riguardante la paziente, ma una chiara volontà di ascoltarne la voce⁸⁷. Tuttavia anche nella letteratura scientifica riguardante gli adulti sono emersi

⁸⁶ Luisa Levi scrisse nel dopoguerra il primo manuale di educazione sessuale per i genitori. L. Levi, *L'educazione sessuale: orientamento per i genitori*, Roma, Editori Riuniti, 1962.

⁸⁷ Tra i pochi a occuparsi di casi nella psichiatria degli adulti viene ricordato G. E. Morselli, *Sulla dissociazione mentale*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", 1930, vol. LIII, pp. 209-322. Nel testo viene proposto il "caso Elena", una giovane donna italiana che viene diagnosticata come schizofrenica. Elena nel corso della sua malattia si esprimeva talvolta in italiano talvolta in francese.

altri psichiatri, oltre a Giovanni Enrico Morselli, che riservarono attenzione allo studio del caso singolo dando voce al paziente, come, ad esempio, Luisa Levi. In un lavoro del 1935⁸⁸, la Levi, nel presentare il caso di una giovane contadina piemontese che mostrava aspetti misti tra la demenza e la frenastenia, utilizzava la categoria lombrosiana di equivalente epilettico protratto ovvero una sorta di accesso epilettico che tendeva a durare a lungo soprattutto come forma di incoscienza e con uno stato di depressione e idee fisse che precedevano e seguivano il periodo di incoscienza⁸⁹. Ancor più interessante per leggere questo caso è lo scambio epistolare con il fratello, lo scrittore Carlo Levi, che le scriveva da Aliano dove si trovava al confino in data 27 dicembre 1935. Scriveva Carlo alla sorella:

“[...]Ho ricevuto stasera il tuo lavoro e l’ho subito letto: è, come tutte le cose tue, un bell’esempio di ordine mentale e di chiarezza espositiva. Il caso è interessante, e il tuo esame e la tua diagnosi mi sembrano giusti e persuasivi. Tuttavia ho l’impressione (che può essere sbagliatissima, perché giudico dal tuo racconto e non dalla malata) che varrebbe la pena di approfondire, dato che la ragazza è sempre sotto la tua osservazione, gli elementi strettamente psicologici e sentimentali, quelli insomma che tu chiami “isteroidei”, sia che tu voglia o meno applicare un metodo psicanalitico. Si ha l’impressione, leggendo il tuo scritto, che in questo raro esempio di equivalente epilettico protratto

Morselli descriveva il caso di Elena alternando la “registrazione pura dei fenomeni” all’interpretazione degli stessi. Interessanti gli autori che cita in bibliografia: Adler, Binet, Claude, Jung, Freud. Morselli, dopo aver trattato il tema delle dissociazioni nella letteratura scientifica europea, scrive: “[...] d’altra parte, i risultati della mia ricerca dimostrano, a coloro che vorrebbero svalutare sistematicamente il punto di vista clinico in psichiatria, come questo, adoperato entro i limiti delle sue possibilità e con intendimento adeguato ai dinamismi biologici, sia ben lungi dall’aver esaurito il suo compito nello studio dei quadri schizofrenici, nei quali la complessità delle concatenazioni deterministiche impone un’aggregazione di mezzi di ricerca più che mai coordinata e integrale” (p. 319). Su questo articolo di Morselli si vedano anche E. Borgna, *Un pensiero che non muore*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. CXXXV, n. 3, 2011, pp. 129-136 e F. M. Ferro, *Dr. Morselli...*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. CXXXV, n. 3, 2011, pp. 137-144.

⁸⁸ Ricordo L. Levi, *Un caso di equivalente epilettico protratto*, estratto dal “Giornale della Regia Accademia di Medicina di Torino”, volume XCVIII, anno 1935, pp. 252-259. Per un caso sulla psichiatria coloniale, il cui autore era lo psichiatra Angelo Bravi si veda M. Scarfone, *Genere, razza e psichiatria coloniale*, in “DEP Deportate, Esuli e Profughe”, n. 27, gennaio 2015, on line http://www.unive.it/nqcontent.cfm?a_id=185925 (ultimo accesso: 11. 11. 2016).

⁸⁹ Sulla categoria di equivalente epilettico, usata spesso da Lombroso e dai lombrosiani, si veda I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*, Milano, Carocci, 2004 [1998], p. 46. In sostanza non si trattava più del classico attacco epilettico, ma di forme di epilessia latente che in alcuni individui prendevano la forma di “equivalenti epilettici”, ovvero stati confusionali.

abbia avuto una grande importanza un fattore, in senso lato, sessuale. Anche se non si voglia dare alcun peso al fatto della amenorrea, che ha coinciso in modo così netto col periodo dell'incoscienza, nasce dal tuo racconto il sospetto di quello che si potrebbe dire un "complesso paterno". La madre morta in giovane età, i primi accessi epilettici comparsi con la pubertà (e sarebbe interessante sapere se in quel periodo, quando la malata andava in fabbrica, non vi sia stata una prima separazione dal padre), fanno pensare che nella malattia che hai descritto abbia avuto una grande importanza una effettiva "volontà di morte", o, quanto meno, una reale "impossibilità di vita" senza il padre (e nel primo caso si potrebbe parlare di isteroidismo, nel secondo di epilettoidismo – ma, di fatto, le due cose coincidono, volontà di morte è impossibilità di vita, incoscienza assoluta, perdizione). Vedi un po' tu se queste mie impressioni hanno senso, o se sono solo fantasia. (Sarebbe anche interessante, da un tutt'altro punto di vista, sapere se avete provato, nella malata, una sua ... [non del tutto leggibile: forse fantasia] di rovina?)⁹⁰.

Luisa, nella risposta del 31 dicembre scriveva "appena possibile interrogherò ancora la mia malata nel senso che tu mi dici. Veramente anche io ho pensato a un "complesso paterno" ma non ho insistito per motivi di opportunità, dovendo presentare il caso all'Accademia dove sono vecchi i saggi professori [...]"⁹¹. Il caso appare interessante per la discussione tra due giovani medici di categorie psicoanalitiche applicate a casi clinici.

Per quanto riguarda i minori, molto frequenti erano gli articoli riguardanti aspetti neurologici e articoli riguardanti il rapporto tra anormalità e criminalità. Tuttavia, in questo panorama vi furono alcuni articoli sui minori che mostrano interesse per i casi clinici e che mostrarono un graduale impiego di categorie psicoanalitiche. Due casi in particolare riguardanti i minori si prestano ad essere considerati e sono i due casi utilizzati da Luisa Levi come materiale per l'articolo *Impulso a mordere e psiconeurosi nell'infanzia*⁹². Sono due casi accomunati dall'impulso a

⁹⁰ In ACL, b. 22, fasc. 762, lettera di Carlo a Luisa, 27 dicembre 1935.

⁹¹ In ACL, b. 22, fasc. 762, lettera di Luisa a Carlo, 31 dicembre 1935.

⁹² L. Levi, *Impulso a mordere e psiconeurosi nell'infanzia*, estratto da "Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale", fasc. IV, luglio-agosto 1930, Torino, Bocca, 1930.

mordere che si configura per molti aspetti come una “malattia mentale transitoria”, come scriverebbe Ian Hacking, ovvero una malattia che “compare in un dato momento, in un dato luogo, per poi sparire”⁹³. Oggi, infatti, nessuno parlerebbe più dell’impulso a mordere come di una malattia mentale e questa constatazione porta con sé inevitabilmente delle domande: la malattia mentale è reale? Quanto è frutto di una costruzione sociale?

Amanda R. aveva dieci anni quando era entrata nell’Istituto medico-pedagogico veneziano nell’ottobre del 1930, proveniente dall’ Ospedale psichiatrico di Sondrio. Arrivava con una lettera che il medico condotto del suo paese aveva scritto per raccontare la sua storia e spiegare la sua malattia, che in realtà appare da subito come non del tutto definibile: Amanda a un anno “pare abbia avuto una malattia mentale a decorso cronico” che si manifestava come “inquietudine” e “ritardo nello sviluppo dell’intelligenza”. A scuola di fatto la bambina non imparava nulla. Però – lo notava il medico nella relazione dell’8 gennaio 1930 – la bambina voleva bene ai suoi familiari. Solo nella parte finale della relazione il medico faceva riferimento a un cane che l’avrebbe morsa, ma riferiva che era solo la bambina a dirlo e che non vi era mai stato riscontro di morsi sul suo corpo.

“Non è certo che sia stata morsa da un cane: l’ebbe a dire la piccola una volta sui primordi della malattia attuale, ma sul corpo non le si riscontrò traccia alcuna di morsicatura”⁹⁴.

Infine, il medico rilevava la sintomatologia più grave e caratteristica: “cominciò improvvisamente a mordere circa un anno fa”. Conseguentemente venne ricoverata subito al manicomio di Sondrio. Nella colonia medico-pedagogica veneziana la bambina restò dall’ottobre del 1929 all’aprile del 1931. La sintomatologia si presentò subito a Marocco: la bambina aveva delle crisi durante le

⁹³ I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*, cit., p. 11. La riflessione di Hacking parte dall’osservazione di malattie mentali che hanno avuto grande diffusione in determinate epoche storiche, per poi sparire o che viceversa sono oggi largamente presenti, senza avere un eguale diffusione nel passato, ad esempio l’anoressia o disturbi dello spettro autistico.

⁹⁴ Relazione del medico Renzo Crosta sullo stato di salute di Amanda in data 8 gennaio 1930, in AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Amanda R.

quali mordeva le compagne, ma non sé stessa. La spiegazione, secondo Amanda, era che “le viene una rabbia” o in alternativa “le viene il nervoso”. Amanda racconta anche l’origine della sua rabbia: lei sarebbe stata normale fino ai sei-sette anni quando “fu assalita da un cane” e morsa lievemente a un dito. La bimba poi racconta i suoi episodi di rabbia ma “tali crisi – ella riconosce – sono immotivate”. La Levi la ascolta, probabilmente è molto incuriosita per un caso che non rientra completamente in nessuna etichetta. In fondo Amanda “parla molto e con esattezza”, “in italiano inquinato di lombardo” e “con pronuncia ottima”. Raccontava la sua storia “con molti particolari” e “con evidente compiacimento”. Durante una delle attività proposte, durante l’esecuzione di una cornicetta, la bimba ebbe una crisi.

“Improvvisamente, senza causa apparente, tenta di mordere una compagna; fermata, prende il medico per i capelli cercando in ogni modo di mordere; la bambina è in questo momento pericolosissima. La crisi dura circa 3-5 minuti con grande spavento delle altre bambine che assistono. Poi la bimba chiede di essere riaccompagnata al suo cortile dove è sempre isolata. Piange e chiede perdono a tutti, dicendo che “le è venuta la rabbia, ma che non voleva fare male””.

La Levi annota che ad Amanda “rabbia” e “nervoso” comparivano quando veniva contraddetta e alla psichiatra sembravano “la “difesa” contro ogni tentativo altrui di farle dispiacere”: le crisi accadevano sempre dopo una contrarietà anche minima o dopo una fatica. Nel tempo la bambina migliorò e riuscì a inibire il suo “nervoso”. A settembre del 1930 la Levi la sottopose a dei test. A una domanda – che cosa faresti se avessi perduto il treno? –, la bambina rispose: “morderei”. La psichiatra non aggiunge altro, ma comincia a farsi spazio l’idea della costruzione dell’isteria di questa bambina⁹⁵, tanto che la psichiatra in data 11 gennaio 1930 scrive che “tutto ciò conferma la diagnosi di isteria”⁹⁶.

⁹⁵ Sulla diagnosi di isteria è interessante una lettera dello psichiatra Marco Treves alla nipote Luisa Levi. Treves scrive, riferendosi a una bambina non nominata della colonia medico-pedagogica veneziana, “ti avverte di star lontana per timore di morderti, che chiede di essere legata, che accenna

La Levi annota ancora in data 9 gennaio 1930:

“Non ebbe più crisi ma ogni tanto dice che “le viene il nervoso”, vuole essere trattenuta [...]. Il “nervoso” le viene [...] quando è rimproverata o contraddetta. Rappresenta quasi la “difesa” contro ogni tentativo altrui di farle dispiacere. Estremamente suscettibile, desidera di essere carezzata, vuole essere trattata in modo speciale, avere doni, libri, ecc. Se le si risponde di no, piange, dice che ha il nervoso, ma [...] la si distrae parlandole d’altro”.

Ed è proprio la bambina a ripetere, con parole riportate dalla psichiatra, “Quando mi sgridano morsico”. La situazione poco per volta migliora, la psichiatra stessa cercava di non dare troppo peso alle crisi, ma di dare più peso ai miglioramenti, al fatto che stesse diventando più ordinata e che stesse imparando a controllare il nervoso. Se le crisi erano diventate rarissime, tuttavia la bambina faceva capricci: “piange, grida, ma non tenta di mordere né di fare del male”.

Dopo che la Levi nel febbraio del 1931 lasciò l’istituto, le condizioni di Amanda peggiorarono velocemente. Nel marzo venne consegnata al padre.

Tita, il secondo caso presentato nell’articolo, era nata in provincia di Forlì nel 1920. Dopo otto giorni venne abbandonata dalla mamma. Venne data a balia, e in seguito affidata ai due tenutari Rosa e Giovanni. Nel gennaio 1928 era stata richiamata a Firenze in seguito al rapporto dell’ufficiale sanitario Puccio Puccini del comune dove era collocata. La bambina era già stata riconsegnata dai tenutari all’istituto, ma era stata poi rimandata ai tenutari. Il medico in data 10 gennaio 1928 scriveva:

ad un possibile morso di cane [...], è caso poco bello per dimostrare la evoluzione tipica della isteria?”. In ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del ’43, lettera di Marco Treves a Luisa, 5 maggio 1929. Aggiungeva Treves: “E che vuoi di più a riprova che la “pratica” anche lontano, anche a Mogliano Veneto viene in piena conferma della “teoria” nata e cresciuta a Torino?”.

⁹⁶ AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Amanda R. che però non viene dimessa nel 1930 ma nell’aprile del 1931. Perché la sua cartella sia nella busta del 1930 non è chiaro. Nei test d’intelligenza aveva mostrato sempre un normale sviluppo. La bambina verrà dimessa nel 1931, due mesi dopo che la Levi aveva lasciato la Colonia, e riconsegnata al padre in quanto peggiorata e tenuta costantemente isolata.

“La bambina G. Tita non può continuare ad essere affidata alla custodia di privati, perché il suo stato mentale richiede una sorveglianza continua, che non ha, e cure speciali che non possono essere fatte in una casa privata, ma in apposito Istituto per bambini deficienti. Infatti essa, oltre a tare somatiche, presenta alterazioni gravi del carattere: è inquieta, irascibile, graffia, percuote e morde altri bambini e adulti tanto che dovette essere allontanata già alcuni anni fa dall’Asilo infantile, ribelle a qualsiasi ammonimento, rompe tutto ciò che le capita tra le mani e presenta gravi istinti di pervertimento fino a giungere frequentemente alla coprofagia. I tenutari stessi mi riferiscono che sono costretti a sorvegliarla quando defeca, perché altrimenti mangia il proprio sterco e il sottoscritto l’altro ieri incontrò la bambina sola per una strada solitaria che mangiava dello sterco poco innanzi raccattato. Essendo la bambina poco sorvegliata, e non lo potendo essere di più, per le molteplici occupazioni dei tenutari, per questo suo carattere aggressivo verso altri bambini è causa di frequenti litigi fra i tenutari e gli altri inquilini ed il pubblico si lamenta aspramente di lei. Giorni or sono, dopo averla appostata per vario tempo, si avventava mordendola fortemente ad una natica, ad una vecchia distinta signora che trovavasi sulla porta della propria abitazione”⁹⁷.

E continuava subito dopo scrivendo che la bambina doveva essere ritirata dagli attuali tenutari “abbisognando di sorveglianza e di apposita cura” che sarebbe dovuta avvenire in un reparto psichiatrico.

La cartella clinica della bambina a Marocco è una cartella ricca. La diagnosi è una diagnosi particolare e abbastanza inconsueta: “impulsività grave a tipo ossessivo”. La bambina entrò nell’Istituto medico-pedagogico di Marocco nel maggio 1928. Già dall’anamnesi, costituita in sostanza con le osservazioni dei medici fiorentini, emergevano due dati contrastanti: da un lato la bambina morde, graffia ed è coprofaga. Dall’altro lato si presenta come una bambina con uno stato di intelligenza abbastanza buono e con memoria conservata. I test mentali risultano normali, sia la scala metrica di Binet Simon sia i reattivi del De Sanctis. I primi giorni a Marocco sono abbastanza agitati: la bambina tenta di mordere il medico,

⁹⁷ Rapporto dell’ufficiale sanitario Puccio Puccini in data 10 gennaio 1928 in ASIF, Affari per creature, 1928, fasc. 8.

“ha preso lo sterco e se lo è cacciato in bocca”. La dottoressa che segue la bambina è colpita dai morsi che produce su di sé:

“Si morde le mani, le labbra e la lingua. Una morsicatura al dito indice alla mano sinistra produce stato gangrenoso. È ricoverata all’ospedale di Mestre”.

Pochi giorni dopo annota:

“Si asporta un tratto del labbro inferiore con un morso. La ferita da morso all’lingua è infetta”.

Due mesi dopo nel marzo del 1929 scrive:

“Le ferite alla lingua e al labbro inferiore sono guarite ma con ampia perdita di sostanza. Il labbro è quasi del tutto perduto. La parola ne risulta difettosa e meno chiara. Si è ferita con un morso il dito mignolo di destra asportando completamente l’unghia”.

La bambina “chiede spontaneamente che le siano fissate le braccia per evitare di ferirsi di nuovo”. Dall’altro lato la bambina appare subito come molto intelligente, “forse superiore alla sua età”. Dopo aver morso è pentita e chiede scusa. Poco per volta riesce ad avere momenti tranquilli sempre più lunghi. In questi periodi viene descritta come serena e lavoratrice. Il 1° dicembre del 1929 viene anche descritta nella cartella biografica dell’istituto veneziano come una bimba con un istinto materno notevole:

“É notevole il suo istinto quasi materno, per cui protegge le bambine più piccole, le difende, insegna loro il poco che sa. É molto buona e affettuosa, coscientissima del proprio male”.

Poco alla volta si fa strada un cambiamento: dalla tendenza a mordere gli altri, negli ultimi tempi manifesta la tendenza a mordere sé stessa o oggetti morbidi

(la palla di gomma). Sempre più spesso avvertiva quando aveva la tendenza di mordere e chiedeva “di essere protetta contro i suoi impulsi”.

La dottoressa descrive una crisi il 10 aprile del 1929:

“In piena calma, senza cambiare atteggiamento né colorito del viso, senza alcun stimolo occasionale, batte chi si avvicina, getta a terra oggetti scegliendo i più fragili, tira i capelli e dà schiaffi a chi si avvicina. Come unica spiegazione, dice di avere il nervoso. Dopo la crisi [...] è dolente di quanto ha fatto e soffre visibilmente”.

Nel gennaio del 1930 la bambina chiede che le siano continuate le iniezioni di Luminal “che la fanno dormire, così non si morde”, che però non produrranno l’effetto sperato, e saranno poi sospese.

Le sue crisi nel frattempo continuano, alternate a periodi di relativa calma. Nei periodi più agitati, viene anche isolata a letto. Alla fine del 1931, dopo essere stata visitata dal dottor Fattovich, venne trovata affetta da una grave “forma ossessiva” per cui si rendeva “pericolosa a sé e agli altri”⁹⁸. Venne ricoverata in manicomio, dove venne ammessa con decreto del 11 gennaio 1932. Morì il 18 giugno 1932 a dodici anni per paralisi cardiaca in stato epilettico⁹⁹.

La Levi nell’articolo pubblicato sulla rivista fondata da Lombroso mette in luce le analogie tra i due casi: entrambi manifestazioni di impulsi a mordere, entrambi forme di psiconeurosi, come misto di isteria e psicasteria.

“È insomma una mentalità a tipo quasi esclusivamente percettivo, in cui l’immagine senz’altro in idea e questa in movimento. La reazione agli stimoli è

⁹⁸ AIMP Marocco, b. 1931-32, fasc. 1931, cartella di Tita G., andamento della malattia e della cura.

⁹⁹ AOP San Clemente, Posizioni amministrative alienate morte, b. 459, Tita G.: a San Clemente esiste la posizione amministrativa, ma non la cartella clinica che è scomparsa. Si veda anche ASIF, Affari per creature, Tita G., 1690. In data 27.11. 31 il medico di San Clemente, dottor Montagnin, scriveva: “La bambina, che è molto intelligente, per quanto gravemente malata di nervi, ed è molto affettiva e ricorda con riconoscenza i suoi genitori secondi (sottolineato nel testo dal medico stesso), come ella dice, desidererebbe avere dei Ch.. Gianni e Rosa notizie. Per questo, ritenendo cosa anche giovevole alla piccola e ...(parola che non leggo) paziente, coltivare questo buon sentimento, preghiamo codesta On. Direzione dell’Istituto dove Tita Gatti è stata ricevuta [...] a voler cortesemente rimettere l’indirizzo, affinché la piccola possa entrare in corrispondenza con questa famiglia, unico legame morale che la povera tiene a questo mondo”.

qui ridotta alla più semplice espressione, diventa direi quasi automatica, come un riflesso; non intervengono nuove associazioni ad arricchire, vagliare, variare tali reazioni. La coscienza presenta una serie di stati quasi indipendenti fra loro, in ciascuno dei quali una idea-percezione regna solitaria e indisturbata, provocando la corrispondente reazione ideomotrice, fino a che un nuovo stimolo sensoriale non intervenga a cancellare lo stato di coscienza precedente per crearne uno nuovo”¹⁰⁰.

Il caso di Amanda viene precisamente definito come “spunti ossessivi in un soggetto a costituzione eminentemente isterica”, in cui la deficienza non era tanto intellettiva ma colpiva la sfera del sentimento, i poteri di critica e inibizione. Per Tita, bambina in cui “il senso morale e altruistico raggiunge squisitezze non comuni” si sarebbe trattato di una “psicosi ossessiva”, con prognosi più difficile.

Alcuni aspetti risultavano di particolare interesse. In primo luogo l’origine della malattia, così come viene raccontata dalle due bambine. Entrambe raccontano di un cane che le avrebbe morso. Sembra curioso che due bambine provenienti da due luoghi così lontani, una da Sondrio e una da Firenze, raccontino le origini della loro malattia in maniera molto simile, facendole risalire al morso di un cane. Esclusa l’ipotesi più semplice – ovvero che il racconto fosse stato costruito dopo il ricovero a Marocco, in quanto le bambine vennero ammesse già con un’anamnesi compilata dai medici che le avevano inviate nell’istituto e che già presentava in entrambi i casi l’immagine evocativa del cane – sembra più probabile pensare a una espressione culturale che trova ragion d’essere nel contesto nel quale vivevano le due bambine, in miti che rivivono attraverso la storia delle due bimbe, in figure e personaggi mitologici che sembrano nei loro racconti diventare vivi.

Tita racconta l’inizio della sua malattia:

“Dice che da piccina mentre era a casa dei genitori adottivi, fu assalita da un grosso cane e morsa alla spalla. Le ferite sarebbero guarite rapidamente; ma essa fin dal giorno successivo avrebbe avuto il bisogno ossessivo di mordere

¹⁰⁰ L. Levi, *Impulso a mordere e psiconevrosi nell’infanzia*, cit., p. 13.

(la cosa non ha però conferma e potrebbe essere frutto di una fantasticheria)”¹⁰¹.

Il 20 ottobre del 1929, raccontando l’episodio che avrebbe dato origine a tutta la sua tendenza a mordere, la bambina aggiunge al cane un nuovo personaggio: “una vecchia dama” che le avrebbe dato un purgante. Da allora la bambina avrebbe cominciato a mordere. “In seguito la vecchia morì e ciò le fece molta paura. Di notte quando sentiva il cane abbaiare aveva sempre molta paura”. La psichiatra annota che la bambina aveva il padre che lavorava come becchino e lei andava spesso al cimitero con lui, ma non aveva paura quando vi si recava di giorno, viceversa di notte aveva paura dei morti e dei fantasmi. Dunque nella storia di Tita il cane, la vecchia, i morti e i fantasmi acquisiscono un ruolo importante, soprattutto di notte.

Nell’articolo della Levi, la versione del morso del cane è ulteriormente diversa. La bambina, amata dai genitori tenutari, aveva dei fratelli che le facevano spesso dispetti e una volta uno dei fratelli le aizzò contro un grosso cane che la assalì. La Levi continua:

“Non pare sia stata ferita, ma riportò un grande spavento; fuggì in casa, e subito morse il padre che là si trovava. Poi gettò a terra la scodella mentre mangiava, e prese a calci una cagnetta che le era molto cara, ma che in quel momento le faceva paura. Da quel momento si sarebbe iniziata la malattia”¹⁰².

Pure Amanda raccontava l’origine per la sua rabbia: lei sarebbe stata normale fino ai sei-sette anni quando “fu assalita da un cane” e morsa lievemente a un dito¹⁰³.

Evidentemente nei racconti delle bambine entrano elementi del racconto popolare, della fiaba e del mito¹⁰⁴: soprattutto nella figura di un animale temibile –

¹⁰¹ AIMP Marocco, b. 1931-32, fasc. 1931, cartella di Tita G., andamento della malattia e della cura.

¹⁰² L. Levi, *Impulso a mordere e psiconevrosi nell’infanzia*, cit., p. 9.

¹⁰³ AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Amanda R., andamento della malattia e della cura.

¹⁰⁴ Sul caso ruolo del mito in un caso di bambino borderline si veda C. Ginzburg, *Freud, l’uomo dei lupi e i lupi mannari* in Id., *Miti emblematici. Morfologia e storia*, cit., pp. 242-251. In questo saggio

personificazione del male –, che si sarebbe impossessato delle bambine. La Levi approfondisce anche i loro sogni. Amanda, che era molto impressionabile, aveva detto di aver paura dei cani, ma li sognava e sognava anche le illustrazioni paurose e i fatti che vedeva nei libri o che leggeva. Una volta la bimba raccontò di aver sognato il diavolo come lo aveva visto in una illustrazione e di aver avuto molta paura¹⁰⁵. Il richiamo è ai racconti popolari, alle storie popolate di creature fantastiche ed inquietanti che potevano stregare i bambini. Tita invece non sognava l'episodio del cane, ma altri fatti che la spaventavano: morti, fantasmi, “vespe che le pungono gli occhi”¹⁰⁶.

Le bambine, tuttavia, cercavano con il loro comportamento di allontanare il male: con la loro richiesta di farsi legale, o con la loro scelta di stare lontane dalle compagne, rimandano a un'immagine di “santità” di cui ha scritto lo stesso Foucault. La loro immagine corrisponde all'immagine del “piccolo maniaco”, “mite, docile, ansioso, gentile”, di cui parla Michel Foucault. Anche loro, come il piccolo maniaco, sanno di essere pericolose e chiedono dunque “molto educatamente” alla propria famiglia, all'amministrazione, allo psichiatra, di rinchiuderle per ottenere così il dono di non essere più pericolose¹⁰⁷.

Ginzburg analizza criticamente l'interpretazione freudiana dell'uomo dei lupi, affermando che “nel sogno dell'uomo dei lupi irrompe un contenuto mitico molto più antico, rintracciabile anche nei sogni (nelle estasi, nei deliqui, nelle visioni) dei benandanti, dei *tállos*, dei lupi mannari, delle streghe” (p. 248). Mi pare che i casi delle due bambine possano rientrare in questo tipo di interpretazione.

¹⁰⁵ AIMP Marocco, b. 1930 N-Z, cartella di Amanda R., andamento della malattia e della cura.

¹⁰⁶ L. Levi, *Impulso a mordere e psiconevrosi nell'infanzia*, cit., p. 9.

¹⁰⁷ M. Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-75)*, cit., pp. 130-133. Foucault parla proprio di “santità psichiatrica”, in cui compare l'istinto portatore di morte che viene però riconosciuto e che fa intervenire famiglia, medici, amministrazione.



Foto 7. Luisa Levi e Tita nella Colonia medico-pedagogica di Mogliano nel giugno 1930 (fonte: ALL, b. 5 verde, 1898-1943).

Capitolo 8.

Le voci dei bambini

È possibile ascoltare la voce dei bambini? Si può pensare di farli uscire dalla dimensione dell'oggettività nella quale sono stati spesso posti dai medici che avevano l'esigenza di osservarli e di individuare i sintomi e i segni dell'anormalità? La domanda porta con sé questioni che non sono semplici. Soprattutto perché la fonte che parla dei bambini è una fonte mediata dalla scrittura degli psichiatri¹. Anche se la maggior parte delle cartelle dei bambini mettono in evidenza l'oggettivizzazione degli stessi, in alcuni casi, per alcuni medici – lo si è già visto nel paragrafo precedente – i bambini acquisirono un ruolo diverso. Le cartelle di questi bambini non mostrano solo elementi stereotipati e la ricerca di sintomi che potevano confermare l'etichetta nosografica: viceversa alcune di queste cartelle rappresentano il terreno di un incontro tra medico e paziente e attraverso il loro incontro prendono vita dubbi, interrogativi, questioni e domande in grado di sovvertire le categorie diagnostiche.

Lo scarso interesse degli storici per queste fonti è da ricondurre a diversi elementi: in primo luogo al fatto che si tratta di bambini, i cui racconti sono stati lungamente ritenuti come non attendibili. In secondo luogo gli storici hanno a lungo considerato le cartelle cliniche come materiale di interesse prevalentemente medico².

Invece, le cartelle dei bambini, in alcuni casi – soprattutto nei casi in cui tra medico e bimbo avvenne un incontro – appaiono in grado di farci sentire a tratti la loro voce: i loro racconti, le loro paure, le loro emozioni. Talvolta le cartelle contengono lettere, pagine di diario, scritture infantili che rappresentano – almeno in alcune parti – sono veri e propri “egodocumenti”³.

¹ Sulla cartella clinica come veicolo del punto di vista dei pazienti si veda R. Porter, *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, cit., pp. 175-198. Sempre di R. Porter, *A Social History of madness: Stories of the Insane*, London, Weidenfeld & Nicholson, 1987.

² Per una lettura dei materiali autobiografici contenuti nelle cartelle si veda A. Molinari, *Autobiografie della vita e della mente. Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo Novecento*, cit.

³ Sul ruolo del “soggetto” nelle cartelle e nelle pratiche psichiatriche si veda V. Fiorino, *Spazi del sé. Riflessioni sul “soggetto” attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Otto e Novecento*, in *Spazi*

L'ascolto del bambino è una pratica relativamente recente: è la Convenzione sui diritti del fanciullo approvata dall'Organizzazione delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 che definisce l'ascolto come un diritto del minore. L'ascolto del bambino si è fatto progressivamente strada prima nei procedimenti di affidamento e adozione a partire dai primi anni del XXI secolo e poi come regola per gli interventi socio-curativi⁴. Tuttavia, come ha mostrato l'antropologa Allison James, la volontà di dare voce ai bambini rischia di diventare retorica che nasconde questioni che, una volta svelate, possono arricchire il nostro punto di vista sul mondo.

“Dare voce ai bambini non è infatti semplicemente, o non solo, una questione di “lasciarli parlare”, ma significa esplorare l'unicità del contributo che la loro prospettiva può offrire alla nostra comprensione e teorizzazione del mondo sociale”⁵.

L'antropologa mette in guardia dalla facile pretesa di dare voce ai bambini da un lato: il rischio è quello di nascondere le differenze di vita e di esperienze esistenti tra i bambini che vengono quasi vincolati a parlare come un'unica voce indifferenziata; dall'altro vi è la questione delle diseguaglianze di potere nella relazione tra ricercatore e bambino, che fanno sì che talvolta il punto di vista presentato non sia quello del bambino, ma quello dell'adulto-ricercatore, che va oltre le parole dei bambini. Scrive ancora James che “come scrittori dei testi, sono gli adulti che mantengono il controllo su quali voci debbano avere preminenza e su quali parole, tra quelle riferite, debbano ricevere visibilità”⁶.

manicomiali nel Novecento, numero monografico di “Memoria e Ricerca”, 47, settembre-dicembre 2014, pp. 11-28.

⁴ P. Pazè, *Le novità nell'ascolto del bambino*, in “Cittadini in crescita”, nuova serie n. 2-3, 2011, pp. 14-23. Il magistrato definisce l'ascolto come “un atto rivolto a raccogliere le opinioni del minore, i suoi desideri e le sue emozioni e, solo incidentalmente e marginalmente, a ricostruirne le vicende” (p. 19).

⁵ A. James, *Giving Voice to Children's Voices. Practices and Problems, Pitfalls and Potentials*, in “American anthropologist”, 109, n. 2, 2007, pp. 261-272, in italiano con il titolo *Dare voce alle voci dei bambini. Pratiche e dilemmi, trappole e potenzialità nella ricerca sociale con i bambini*, in “Cittadini in crescita”, nuova serie, n. 2, 2010, p. 11.

⁶ A. James, *Dare voce alle voci dei bambini. Pratiche e dilemmi, trappole e potenzialità nella ricerca sociale con i bambini*, cit., p. 16.

Senza entrare ulteriormente nel merito dell'articolo di James, pare tuttavia che esso offra anche allo storico delle precise indicazioni di metodo: intanto le voci dei bambini devono tener conto delle differenze che distinguono un bambino da un altro e che sono tanto importanti quanto gli eventuali aspetti comuni; inoltre, le voci dei bambini devono essere controbilanciate da un'accurata conoscenza del contesto culturale in cui sono prodotte, proprio perché sono "artefatti" e la "loro autenticità deve essere messa in discussione"⁷. Naturalmente tutto questo è ancora più vero per lo storico che non procede interrogando i bambini, ma che utilizza interrogatori compiuti da altri, psichiatri o maestri. Vale per le fonti psichiatriche gran parte di quello che Carlo Ginzburg ha scritto a proposito dei processi inquisitoriali. Basta semplicemente sostituire al termine "processi" il termine "cartelle", al termine "imputati" il termine "bambino" e al termine "inquisitori" il termine "psichiatri".

"Questi processi ci appaiono oltre che ripetitivi, monologici (per usare uno dei termini favoriti di Bachtin), nel senso che generalmente le risposte degli imputati non fanno altro che riecheggiare le domande degli inquisitori. In qualche caso eccezionale, ci troviamo di fronte a un vero e proprio dialogo: percepiamo voci distinte, diverse, addirittura contrastanti".

"Naturalmente questi documenti non sono neutrali; l'informazione che ci forniscono è tutt'altro che "obiettiva". Essi devono essere letti come il prodotto di un rapporto specifico, profondamente diseguale. Per decifrarli, dobbiamo imparare a cogliere dietro la superficie liscia del testo un sottile gioco di minacce e di paure, di assalti e di ritirate. Dobbiamo imparare a districare i fili variopinti che costituiscono l'intreccio di questi dialoghi"⁸.

Premesso questo – consci della difficoltà e dei limiti intrinseci all'attendibilità –, la voce dei bambini che emerge dalle cartelle permette, almeno a tratti, di ridare ai bambini un ruolo da protagonisti. Nel fare questo, tuttavia, si è manifestato un aspetto che è indissolubilmente legato all'ascolto della voce dei bambini: ovvero la

⁷ Ivi, cit., p. 17.

⁸ C. Ginzburg, *L'inquisitore come antropologo*, in *Il filo e le tracce. Vero falso finto*, cit., pp. 330-332.

loro voce emerge sempre attraverso il discorso che su di loro fanno medici, amministratori, società e quindi emerge sempre all'interno di un dialogo e di una relazione.

8.1. Le logiche invertite della moralità infantile

La moralità dei bambini era un aspetto fondamentale nell'analisi a cui venivano sottoposti i bambini unita all'importante questione correlata degli affetti. La presenza di manifestazioni di affetto veniva interpretata come segnale di bontà e di buona disposizione d'animo, ed era posta in relazione ad una prognosi tendenzialmente positiva⁹. Al contrario l'assenza di sentimenti verso gli altri e verso la famiglia – ad esempio, il non domandare mai della mamma¹⁰ – erano visti come segnali prognostici negativi, sintomi stessi di un male morale o di corruzione morale. Erminio veniva definito “ottuso nei sentimenti affettivi” e si aggiungeva che non mostrava “alcuna affettività verso i parenti”, dai quali peraltro non riceveva mai visite, ma questi due elementi non venivano messi in relazione come potrebbe parere logico. Il bambino, anche se poco amato, doveva mostrare affetto, gratitudine e riconoscenza verso la sfera familiare, a prescindere da come questa si comportasse nei suoi confronti¹¹.

I sentimenti erano anche qualcosa di tendenzialmente pericoloso, da tenere sotto controllo, a volte segno di eccessiva sensibilità o di tendenze morbose¹². Veniva notato che qualche bimba esagerava i propri disturbi “allo scopo di essere amata”, e temendo che le “manifestazioni di affetto” per le compagne assumessero “carattere anormale”, di notte veniva allontanata dalle stesse¹³. Insomma, i bambini dovevano mostrare affetto, ma in modi contenuti, senza eccedere nella forma, senza troppi entusiasmi. L'affetto che i bambini dovevano mostrare doveva esprimersi

⁹ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1928, Niccolò B.

¹⁰ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1927, Lidia D.L.

¹¹ AIMP Marocco, b. 1940 a-I, Erminio B.

¹² AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1928, Elsa B.

¹³ AIMP Marocco, b. 1930 a-I, Teresina C. La bimba oltretutto aveva dichiarato di aver paura a dormire sola, temendo i fantasmi.

verso la famiglia e verso la madre nelle forme della riconoscenza e gratitudine, a prescindere dall'affetto che i minori avevano ricevuto.

Era stato Lombroso, come già abbiamo visto, a sottolineare come nei bambini gli affetti fossero scarsi. I bambini provavano simpatie per coloro che procuravano piacere, ma “non sentono affetto”. E avvertiva che anche dopo i sette anni “si vedono fanciulli dimenticare la propria madre di cui parevano amorosissimi”¹⁴. La Montessori pochi anni dopo aveva precisato che nella grande varietà dei bambini “degenerati” vi era una comune mancanza, ovvero la mancanza del senso morale, che assumeva le forme del senso della giustizia e dell'altruismo, unito a una certa insensibilità al dolore fisico. Riconosceva la validità del sintomo di Lombroso, che così spiegava:

“Dal così detto pazzo-morale a quella serie di deboli, che vanno col nome di imbecilli, vi è in fondo questo carattere: la mancanza d'affetto e pietà per i simili; l'esagerazione dell'egoismo e della vanità”¹⁵.

L'obiettivo della scuola e delle istituzioni era mettere in atto un'educazione intellettuale ma soprattutto morale per “sottrarre all'azione dell'ambiente i piccoli degenerati”¹⁶. Alla Montessori la mancanza di senso morale appariva come uno degli aspetti più gravi e importanti e su questa base stabiliva anche la classificazione e la distinzione tra i quattro tipi fondamentali caratterizzati un gruppo da “perversione sistematica degli affetti o pazzia morale”, un altro gruppo da “prevalenza di un istinto pervertito”, il terzo gruppo era costituito dagli imbecilli e l'ultimo dagli idioti. Soprattutto il primo tipo – in cui si trovavano individui che utilizzavano il raggirò, la menzogna, l'assenza di pietà – non andava educato né intellettualmente né moralmente per “non offrire i mezzi per perfezionare la perversità”. L'obiettivo era esplicito: non si dovevano educare per far sì che le intenzioni potessero rendersi palesi quanto prima. L'educazione per questi minori

¹⁴ C. Lombroso, *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*, cit., p. 142.

¹⁵ M. Montessori, *Norme per una classificazione dei deficienti in rapporto ai metodi speciali di educazione*, cit., p. 162.

¹⁶ Ivi, cit., p. 163.

avrebbe rappresentato un'arma che avrebbero impiegato per raggiungere i loro scopi. Il secondo gruppo poteva essere parzialmente curato a livello morale per far sì che rinforzassero i poteri inibitori¹⁷.

Appare difficile scostare il velo di interpretazioni mediche che si sono sovrapposte alle manifestazioni di moralità e affetto infantili e giovanili. Tuttavia qualche dato emerge. Una maestra dell'Istituto medico-pedagogico veneziano sottopose ad Ennio i dieci casi di coscienza di De Sanctis per ricercare il grado di sviluppo della moralità teorico-pratica ed è proprio Ennio a rispondere alla maestra e a spiegare le motivazioni delle sue scelte.

Maestra – Ad esempio: tu sai che qua non si può fumare. Se trovi una sigaretta o qualcuno tela regala che fai, fumi?

Ennio – No la fumo, perché no ghe xe un posto sconto e anca parchè dopo me resta l'odor de fumo¹⁸.

Il bambino mostrava di essere consapevole delle regole ed evidentemente dichiarava di comportarsi in una certa maniera solo per rispetto formale verso le regole stesse, e non tanto per intima e convinta adesione. La cosa non soddisfaceva appieno l'insegnante che sottolineava come mancasse nel bambino un vero senso morale.

Maestra – Fingi di aver rubata una scatola di colori. Un tuo compagno è incolpato e sta per essere castigato severamente. Che cosa fai?

Ennio – Ghe digo alla suora che son sta mi.

Maestra – Nel giorno del tuo onomastico, la nonna ti regala una lira. La suora ti raccomanda un bambino sfollato da Milano molto bisognoso. Che cosa fai?

Ennio – Ghe dago mezzo franco anca a lu (la disposizione a privarsi di una mezza lira, indica in lui il sorgere di un sentimento nuovo e gentile, che spero avrà un più largo sviluppo durante il corso della sua educazione)¹⁹.

¹⁷ Ivi, cit., pp. 164-166. Gli ultimi due gruppi – imbecilli e idioti – dovevano essere sottoposti a educazione igienica.

¹⁸ A. D. Tonina, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico "Villa Pancrazio" Marocco di Mogliano Veneto*, cit., p. 88.

La maestra si interrogava anche su come mai nel bimbo, in modo così improvviso, si fosse sviluppato il senso etico e scriveva: “Non vorrei che si trattasse di generosità solo a parole”²⁰, anche se sottolineava come nel bambino si palesasse poco per volta e gradualmente una certa moralità. In realtà il bambino sembrava avere una moralità coerente da sempre, mostrando una trasparenza di fondo che la maestra pareva non sottolineare: ogni qualvolta fosse possibile, il bambino manifestava la sua preferenza e la logica che lo portava ad agire in modo molto chiaro – anche se non sempre apprezzato dagli adulti (basta ricordare l’esempio della sigaretta). Ogni volta che nell’azione e nella scelta morale veniva coinvolto qualcun altro la sua scelta era non-danneggiare gli altri: dunque una moralità estremamente solida, anche in base a delle regole convenzionali.

8.2. Rabbia e paure

“Avere il nervoso” è un’espressione che ricorreva spesso e che alcuni bambini utilizzavano per spiegare i loro comportamenti. Ada C., ad esempio, interrogata dopo la crisi che la portava a compiere movimenti nervosi e gesti di rabbia, motivava la crisi dicendo di aver avuto “il nervoso”. Da sempre arrabbiata verso la famiglia e verso le compagne dell’istituto, cercava lentamente di sottoporre a freno i suoi comportamenti. La bambina lamentava che le compagne la insultavano e le mancavano di rispetto. Se nei primi tempi questo le causava ira, nell’istituto imparò progressivamente a dominare i sentimenti o almeno a trovare delle vie di fuga. E infatti quando il “nervoso” prendeva il sopravvento, Ada fuggiva da sola a camminare per i campi. Arrivava a chiedere di essere chiusa nella stanza di

¹⁹ Ivi, cit., pp. 88-89.

²⁰ Ivi, cit., p. 90. A p. 95 la maestra concludeva: “Così, dopo l’esame analitico e l’interrogatorio per la ricerca del tuo grado di moralità, ho modificato di molto il mio giudizio a tuo riguardo e credo possibile la tua completa rieducazione intellettuale e morale, mediante quelle norme che amore e scienza mi suggeriranno ad ogni istante, per riparare ai danni dell’abbandono in cui vivesti e cancellare dal tuo ricordo ogni traccia residuante di male e di perversione”.

isolamento per non stare con le compagne²¹. In questo caso assistiamo all'interiorizzazione delle regole da parte di una bambina che assumeva completamente il punto di vista degli adulti che la circondavano, che vi si adeguava pur forzando i propri stati d'animo.

Antonia, "rabbiosa" al punto da dare pedate al muro fino a romperlo, non riusciva ad adeguare i propri comportamenti ai desideri degli adulti che la circondavano. Chiedeva la carità per le strade per comprarsi i dolci ed era il suo modo per realizzare i suoi desideri. Ma gli adulti intorno sanzionano questi comportamenti, senza ascoltare il suo punto di vista. Viene così inviata all'Istituto medico-pedagogico di Thiene e poi a quello di Marocco. Il dottor Domenico Majolo di Thiene la definiva "disordinata, molesta, impulsiva" con diagnosi di postumi di encefalite. Nel tempo, trasferita a Marocco, divenne più tranquilla e il suo livello mentale venne valutato come normale²².

Regina M. aveva una diagnosi grave di frenastenia e fu ricoverata alla morte della mamma a dieci anni. La accompagna all'Ospedale psichiatrico di San Clemente una parente non precisata che dice che la bambina è "nervosa come la madre", che non può star ferma e che "se le viene fatta qualche correzione, lancia delle pietre, scappa via di casa"²³. Il mondo degli adulti che stava intorno a Regina sembrava completamente refrattario ai suoi sentimenti, incapace di immaginare la sofferenza che la bambina doveva aver provato a sentir dire, a pochi giorni di distanza dalla madre, che lei era nervosa proprio come quella madre e che dunque si meritava l'ospedale psichiatrico.

Quasi tutta la sintomatologia legata alla rabbia è presente in bambine: la connotazione di genere non è sicuramente casuale²⁴. La presenza della rabbia nelle bambine richiama la categoria dell'isteria medica che veniva diagnosticata nelle donne soprattutto a fine Ottocento e che negli anni Venti-Trenta era già considerata

²¹ AIMP Marocco, b. 1933, cartella Ada C.

²² AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Antonia L.

²³ AIMP Marocco, b. 1933, cartella di Regina M. Trascorsi i primi due anni al San Clemente, dal 1925 al 1927, viene ammessa nell'Istituto medico-pedagogico di Marocco nel 1927.

²⁴ Il riferimento è J. W. Scott, *Il "genere": un'utile categoria di analisi storica*, in I. Fazio (a cura di), *Genere, politica, storia*, Roma, Viella, 2013, pp. 31-64.

come una forma non patologica²⁵. Quello dunque che colpisce è la presenza di diagnosi di rabbia-isteria in bambine in un momento in cui questa sintomatologia era considerata più come patologica e certamente non da ricovero manicomiale. A spiegazione di ciò, sta il fatto che la diagnosi qui non era indicata dai medici, ma spesso dalle bambine stesse e quindi era l'espressione di letture culturali che provenivano dalla famiglia e dal contesto sociale: come se vi fosse stata una lenta penetrazione di una categoria medica – quella appunto dell'isteria – tra le famiglie, che poi l'avevano continuata ad impiegare a prescindere dalla validità scientifica riconosciuta a tale categoria. La lettura dell'isteria nelle bambine rimandava anche a un concetto di colpa di cui esse erano ritenute responsabili in forma attiva ma talvolta anche solo per il fatto di essere figlie. La colpa poteva essere completamente indipendente dalla loro responsabilità: ad esempio l'aver la madre matta, che tentava il suicidio, richiamava chiaramente un'immagine di “madre cattiva”, che da un lato era espressione dell'isteria e dall'altro poteva diventare causa e colpa della malattia nelle figlie bambine²⁶. Che una colpa fosse presente era cosa ritenuta innegabile, al punto che veniva rinfacciato, ad esempio a Regina, di essere nervosa come la madre.

Rabbia e paure a volte potevano mescolarsi. Come per Teresina C., che era una ragazzina nell'autunno del 1929, quando entrò nella colonia medico-pedagogica veneziana. Aveva una diagnosi di epilessia con accessi convulsivi iniziati in primavera, dopo una pleurite. Aveva padre e fratello morti per tubercolosi. La madre aveva tentato il suicidio per defenestrazione ed era finita così al San

²⁵ Ad essere precisi la diagnosi di “isteria di guerra” durante la prima guerra mondiale era stata applicata dagli psichiatri ad alcuni soldati con l'intenzione chiaramente di svilire la loro virilità, impiegando appunto una diagnosi tipicamente femminile per sminuire la loro patologia e per femminilizzarla. Rimando a V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra*, cit., pp. 152-160; P. Lerner, *Hysterical Man. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany (1890-1930)*, Ithaca-London, Cornell University Press, 2003; J. Goldstein, *The Uses of Male Hysteria: Medical and Literary Discourse in Nineteenth-Century France*, in “Representations”, XXXIV (1991), pp. 134-165. Si vedano anche gli studi fondamentali di B. Bianchi, *L'isteria come fuga*, in L. Fabi (a cura di), *Scampare la guerra. Renitenza, autolesionismo, comportamenti individuali e collettivi di fuga e la giustizia militare nella Grande Guerra*, Ronchi dei legionari, Centro culturale polivalente, 1994, pp. 35-43 e A. Gibelli, *L'officina della guerra: la Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1991.

²⁶ Sull'“isterizzazione” del corpo della donna e sul ruolo della sessualità si veda M. Foucault, *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, Milano, 1985, pp. 92-93. Un'interessante caso di isteria in una giovane, anche se degli anni Venti dell'Ottocento, si trova in J. Goldstein, *Isteria complicata da estasi. Lo strano caso di Nanette Leroux*, Pisa, ETS, 2013.

Clemente. La bambina, affidata agli zii, venne ricoverata nell'istituto. Non aveva problemi di intelligenza e infatti frequentava la quarta elementare. Eppure era una bambina spaventata e impaurita. Nella cartella la psichiatra annotava che “ha paura di dormire sola (ha paura dei fantasmi)”. In gennaio la bambina manifesta altre paure, “teme di diventare matta”. Ma la psichiatra scrive che la bambina forse esagerava i suoi disturbi “allo scopo di essere amata”. Di che cosa aveva paura Teresina? Lo dice lei stessa: ha paura di diventare matta e paura di stare sola. Aveva perso il papà, la mamma era diventata matta, lei finita sola e abbandonata presso degli zii che l'avevano portata in istituto.

“Gli accessi vengono a periodi irregolari, specialmente se è agitata e preoccupata; in rapporto con le emozioni. Non si accorge dell'insorgenza della crisi”, aveva annotato la psichiatra. Al tempo stesso era una bambina dolce, affettuosa – “cerca le carezze” –, parlava con dolore delle vicende della sua famiglia. Il bisogno di affetto che lei manifestava e cercava veniva scambiato e travisato: si temeva che assumesse carattere anormale. Di conseguenza di notte veniva allontanata dalle compagne, e messa in isolamento. E lì le sue paure – dei fantasmi, della follia – si ingigantiscono e si mescolano alla rabbia.

Il 6 marzo tenta il suicidio per defenestrazione, esattamente nello stesso modo in cui lo aveva tentato la madre. E dice delle parole – “Piuttosto di vivere così male, è meglio morire” –, che forse sono sue, e forse riecheggiano quelle della madre. La dottoressa che le riporta ce le traduce in italiano, perché Teresina le aveva pronunciate in dialetto. La bimba piange, è depressa. Nei giorni seguenti – probabilmente resasi conto della gravità del suo gesto – nega di essersi voluta buttare dalla finestra. Sostiene che tutto avvenne “durante una crisi e che non sapeva quel che faceva”. Ma il suo umore peggiora, oltre che triste e depressa, comincia ad essere vendicativa e irascibile. Teresina è arrabbiata ma anche lucida. Pochi giorni dopo litiga con una ricoverata e la ferisce al viso perché si credeva insultata²⁷. Definita pericolosa e ritenuta bisognosa di sorveglianza continua, venne

²⁷ ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli Marocco 1930*, Teresina C.

ricoverata definitivamente all'Ospedale psichiatrico San Clemente, da dove non uscì più²⁸.

8.3. Gli adulti visti dai bambini

Guerrina era una bimba orfana di mamma, definita come normale di intelligenza: a scuola riusciva abbastanza bene, ma aveva problemi legati al carattere anormale. Rubava, mentiva, tentava di fuggire dall'istituto veneziano dove era ricoverata. Ogni volta veniva rimproverata e punita, rinchiusa nel camerino di isolamento. E ogni volta scriveva alla psichiatra Levi. I suoi biglietti sono rimasti nella sua cartella e portano su di loro i segni di una bambina che sapeva scrivere ma che mescolava italiano e dialetto, che li sporcava con le macchie d'inchiostro, con le ripetizioni tipiche del linguaggio orale. Guerrina prometteva ogni volta di comportarsi meglio e lo prometteva alla psichiatra, evidentemente percepita come una figura autorevole di riferimento.

“Le prometto che non darò più scandalo alle mie compagne e lavorerò sempre con lena. Sa il perché rubo perché ho fame e allora dico tra di me se domando non mi danno da mangiare e così io rubavo. Ma le prometto di non farne mai più di queste cose che ho fatto. Le giuro di essere sempre buona e studiosa e di non perdere mai la comunione Pasquale”²⁹.

In un altro biglietto aggiungeva con fiducia: “Io lo so che è tanto buona e mi perdonerà di cuore”. La cartella della bambina è piena di biglietti di buone intenzioni, che però dovevano suonare come alquanto vane, visto che la bambina ricadeva sempre nei soliti comportamenti, che lei stessa ammetteva: diceva bugie, era di scandalo per le compagne. Cercava anche di spiegare le motivazioni che la portano a comportarsi male: scriveva che rubava perché aveva fame ed era convinta

²⁸ AIMP Marocco, b. 1930 A-M, cartella di Teresina C. Per il suo ricovero a San Clemente si veda AOP San Clemente, Tabelle nosologiche alienate morte, b. 711. Teresina morì a San Clemente il 9 aprile del 1944.

²⁹ Lettera di Guerrina Stella D. G. alla dottoressa Levi in data 26 marzo 1929. In AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella di Guerrina Stella.

che non le avrebbero dato da mangiare. La bambina aggiungeva riflessioni di non poco conto: lei stessa sosteneva che talvolta usava le bugie per tentare di cavarsela, invece “mi danno da sola”. L’analisi di Guerrina ci appare davvero precisa e nelle sue parole risuonano le raccomandazioni degli adulti che la circondano.

Il dare “scandalo” e il “dannarsi da sola” anche in istituto medico-pedagogico erano visti come segni allarmanti che rischiavano di inficiare non solo il percorso del bambino protagonista di questi comportamenti, ma anche il percorso degli altri bambini. Il dare “scandalo” e il “dannarsi da sola” – di cui scrive Guerrina nei suoi biglietti – rimandano chiaramente a raccomandazioni e a frasi dette dagli adulti, che ora la bambina sembrava riproporre. Ne emerge l’immagine di una bambina a cui veniva attribuita la completa responsabilità delle proprie azioni: il “dannarsi da sola” indicava la piena responsabilità individuale nel fare scelte sbagliate, pur dopo essere stati avvertiti.

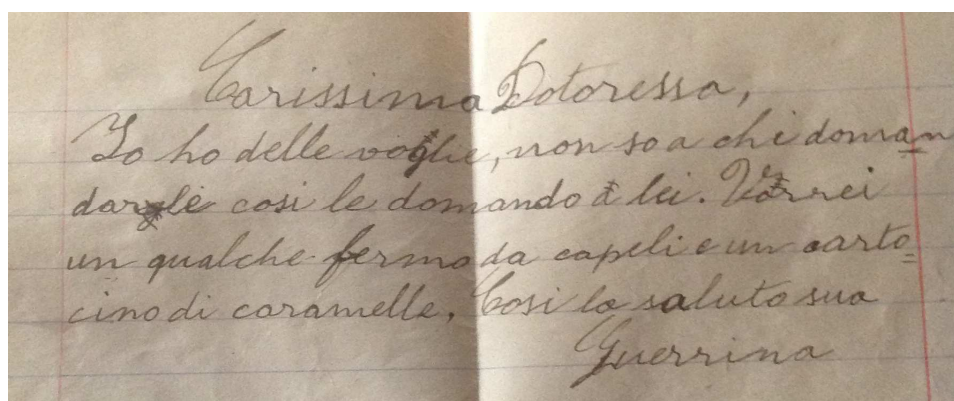


Foto 1. Biglietto di Guerrina alla dott.ssa Levi (fonte: ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del 1943, fasc. *Scritti di ammalati*).

Il ritrovamento degli scritti dei bambini – prevalentemente lettere, temi e biglietti – nell’archivio di Luisa Levi permette anche di ricostruire e di vedere gli adulti dal punto di vista dei bambini. La dottoressa era sicuramente una delle figure più importanti per i bambini a Marocco, non solo perché era colei che dirigeva la colonia medico-pedagogica, ma perché aveva il ruolo di una figura autorevole, che a volte sapeva avere con i bambini atteggiamenti di affetto. Dunque è a lei che Guerrina chiede di esaudire le sue voglie: “Io ho delle voglie, non so a chi

domandarle così le domando a lei³⁰. Antonietta invece racconta di essere stata a Treviso con la dottoressa: scrive di essersi tanto divertita, che la dottoressa le aveva comprato un gelato. Insieme avevano visitato Treviso, il palazzo dei Signori e una chiesa e poi erano andate a trovare i familiari di Antonietta³¹.

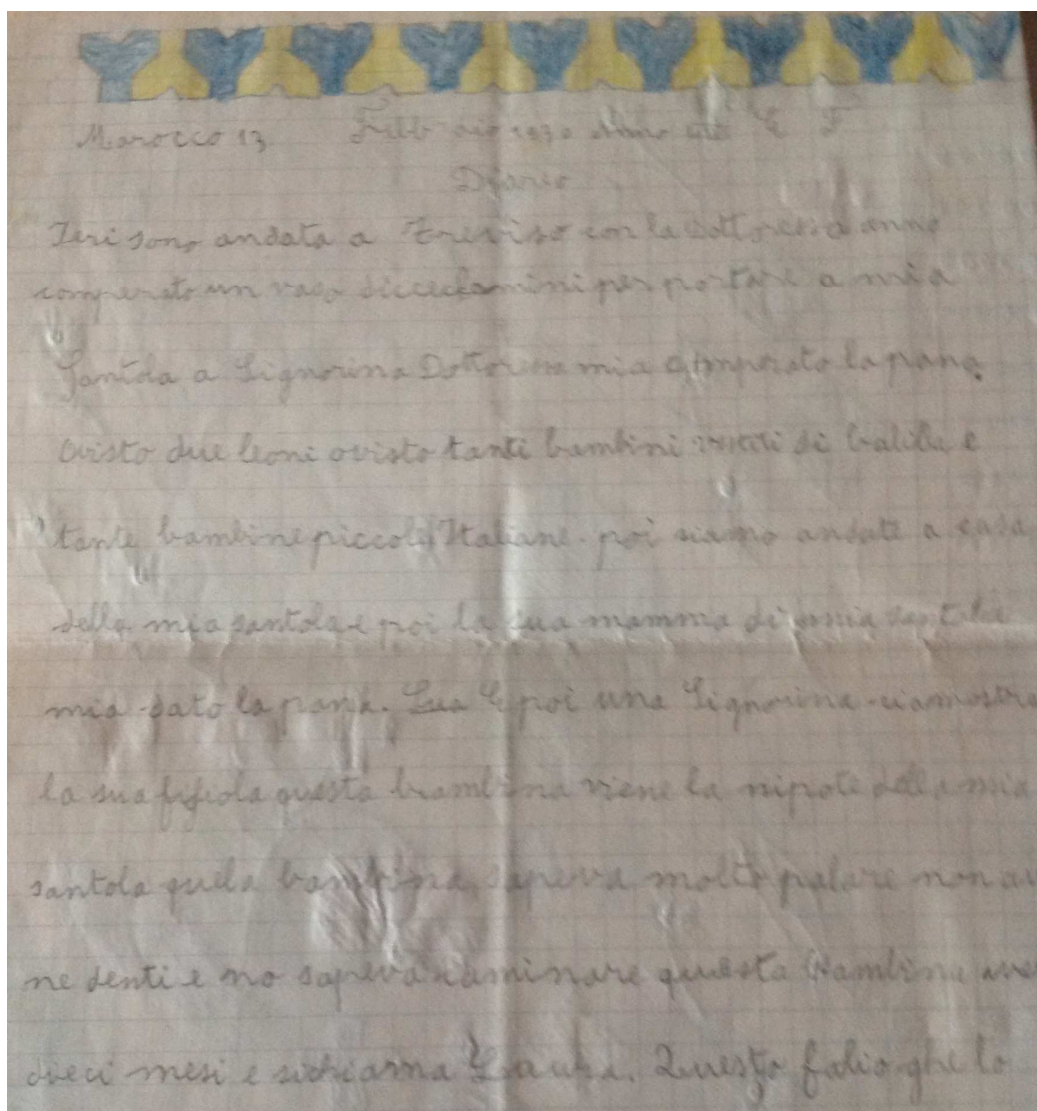


Foto 2. Biglietto di Antonietta G. (fonte: ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del 1943, fasc. *Scritti di ammalati*).

Ci sono anche i biglietti di Valentina R.: nel primo, lei che è stata abbandonata dalla mamma, chiama mamma la dottoressa.

³⁰ ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del '43, fasc. *Scritti di ammalati*, biglietto di Guerrina.

³¹ ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del '43, fasc. *Scritti di ammalati*, tema di Antonietta G.

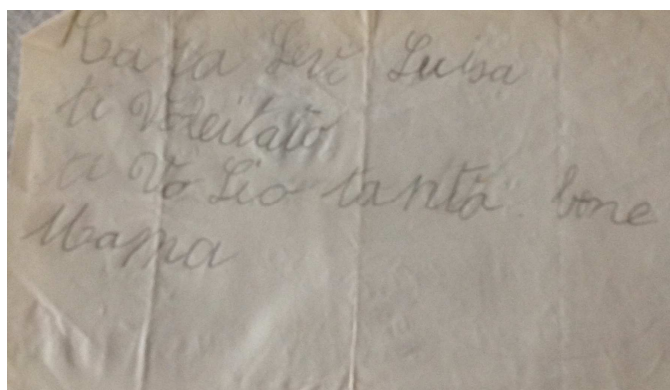


Foto 3. Biglietto di Valentina (fonte: ALL, busta 6 verde, Luisa Levi prima del '43, fasc. *Scritti di ammalati*).

Nel biglietto successivo Valentina aggiunge il suo nuovo cognome, evidentemente frutto di assoluta fantasia, ma significativo di quanto importante fosse per lei la relazione con la dottoressa.

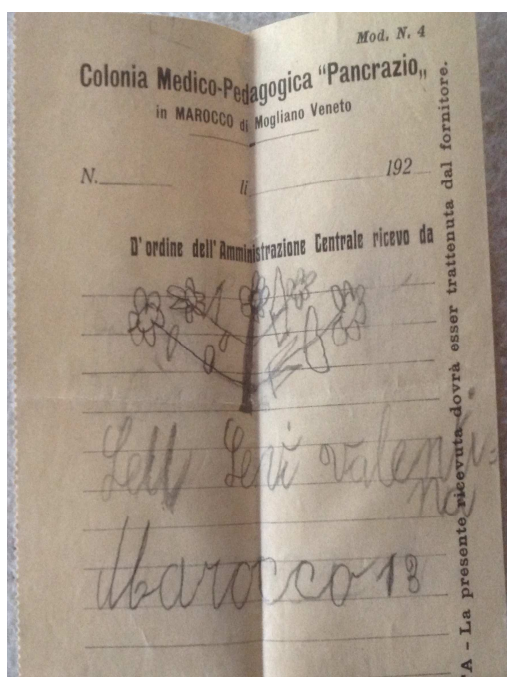


Foto 4. Biglietto di Valentina (fonte: ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del '43, fasc. *Scritti di ammalati*, biglietto di Valentina).

Anche altre figure potevano essere viste come punti di riferimento, ad esempio la maestra.

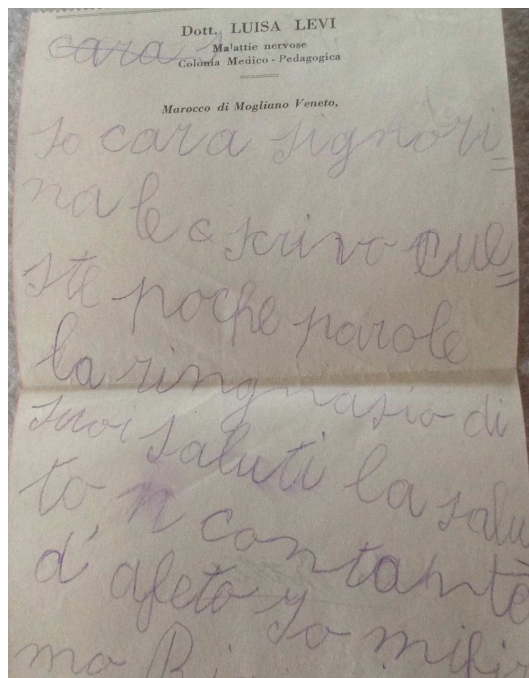


Foto 5. Biglietto di Valentina R. dell'Imp di Marocco in data 20 aprile 1929 per l'insegnante Botter che non era più in servizio (fonte: ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del 1943, fasc. *Scritti di ammalati*).

Anche qualche maestra poteva essere considerata un punto di riferimento. Per Valentina lo era la maestra Flavia Botter. Dopo che la maestra aveva lasciato la colonia, Valentina le aveva scritto per salutarla. Anche per altri bambini la maestra era una figura fondamentale, come per Antonietta G. che mostrava chiaramente di apprezzare quando la maestra leggeva Pinocchio per la classe.

“Questa mattina quando suona la seconda campana viene la suora a svegliarci. Diciamo le preghiere ci mettiamo in fila per andare alla preghiera. Quando è otto e due le bambine vanno alla sua scuola per studiare. Vanno indietro alla sua scuola e dice Ariverisco Signorina e la Maestra dice bambine e bambini state buoni ragazzi che dopo tiro fuori Pinocchio. E poi la Signorina lo legge bene. Signorina noi siamo buoni e buone bimbi e bimbe”³².

³² ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del '43, fasc. *Scritti di ammalati*, diario di Antonietta G., 6 agosto 1929.

Alcune bambine mostravano una relazione significativa con la psichiatra, che palesava a sua volta un legame importante con loro, tanto da conservare nel proprio archivio numerosi biglietti e pagine. Significativa appare la connotazione di genere che questi biglietti e lettere hanno: il legame preferenziale era la psichiatra e le bambine, eventualmente tra la maestra e le bambine. Nulla sappiamo del legame tra i bambini maschi e le figure adulte di riferimento: forse questi legami non sono esistiti o forse, più probabilmente, non hanno lasciato traccia scritta in lettere e biglietti.

8.4. Bambini in fuga

La fuga era uno dei comportamenti ritenuti più pericolosi e preoccupanti. Era secondo le famiglie il segno di una resistenza ad adattarsi all'ambiente, di una refrattarietà alle modalità educative, di una strenua opposizione che andava domata. Anche dai medici degli istituti e degli ospedali psichiatrici era vista come qualcosa di estremamente preoccupante, perché i bambini che fuggivano dall'istituto, sfuggivano al controllo e potevano venirsi a trovare in situazioni pericolose. In realtà le scelte di alcuni bambini – scelte che ai medici apparivano incomprensibili – avevano una logica e un significato. Lilia R. era una bambina di undici anni, di famiglia miserabile, diagnosticata come “pazza morale”. In una pagina di diario scritta a scuola la bambina racconta:

“Teri sono andata in visita è venuto il mio babbo. Era venuto per portarmi a casa per dieci giorni. La Signorina dottoressa Levi Luisa à detto: “La sua bambina non può andare a casa perché quando è Giugno deve andare a fare gli esami”³³.

Lilia pianificò con cura la sua fuga: rubò alcune monete dalla cassetta di una infermiera, poi qualche altra moneta la rubò a un'altra. Le nascose con cura sotto ad una mattonella. Attese l'occasione di fuggire di notte e – una volta che trovò l'uscio

³³ ALL b. 6 verde, Luisa Levi prima del '43, fasc. *Scritti di ammalati*, pagine di Lilia R.

non ben chiuso – scappò. La bambina così si vestì, sistemò il letto, prese le sessanta lire che aveva nascosto, uscì dall'istituto attraverso la siepe, andò a piedi verso la stazione di Mestre, poi trovò il passaggio di un carro e a Mestre prese il treno per Venezia. Giunta in stazione a Venezia non tornò a casa sua, ma andò dalla nonna. Il denaro le era servito per pagarsi il biglietto e intendeva comprarsi una bambola. Scoperta la fuga, la bambina venne cercata, trovata e riportata in colonia. Si dichiarò pentita, ma continuava a dire di volere la bambola, che infine le fu regalata dalla dottoressa. Dopo alcuni mesi rubò degli stracci, a suo dire per farsi una bambola di stoffa. La Levi annotava che si trattava di un “caso notevolissimo” e chiariva il motivo: “bambina di buoni sentimenti morali, abitualmente quieta e torpida, che a periodi diventa impulsiva e criminale in coincidenza con svenimenti e malattie somatiche”. La dottoressa ipotizzava una sorta di “furto epilettico”³⁴. Lilia passerà il resto della sua vita a entrare e uscire dall'ospedale psichiatrico. Escluso il periodo di ricovero in colonia, sono ben otto i ricoveri che si susseguono dal 1933 al 1973, solitamente di pochi mesi ciascuno. I più lunghi sono gli ultimi ricoveri, che si protraggono per qualche anno³⁵.

Vi erano minori per i quali l'istituto e il manicomio rappresentavano l'unico rifugio, una sorta di casa. Alberto D'E. aveva diciassette anni quando venne ricoverato a Marocco. La sua diagnosi era “psicosi affettiva in degenerato”. Prima di arrivare a Marocco era già stato ricoverato tre volte all'Ospedale psichiatrico di San Servolo. Era “molto intelligente”. Tuttavia manteneva una “spiccata tendenza al vagabondaggio e all'ozio”. Stava lunghe ore sdraiato, senza far nulla oppure scappava, girava per i campi. In seguito al processo di separazione dei genitori nel 1929, aveva avuto un periodo di ansia e malinconia. Era stato dimesso da San Servolo, ma era fuggito da casa per tornare in manicomio³⁶.

Altre volte la fuga poteva essere immaginaria e le visioni e allucinazioni potevano aiutare a crearsi una realtà fantastica, o a credere di avere la possibilità per

³⁴ ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli Marocco 1930*, Lilia R. Si veda anche ALL, b. 6 verde, Luisa Levi prima del '43, quaderno della maestra Flavia Botter, pagine su Lilia R.

³⁵ AOP San Clemente, Tabelle nosologiche alienate uscite, b. 626, Lilia R.

³⁶ ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli Marocco 1930*, Alberto D'E. La Levi annota tra parentesi, “tipo predestinato al vagabondaggio e tossicomania”. I ricoveri a San Servolo furono cinque in totale e l'ultimo risale al 1933. AOP San Servolo, Schedario uomini usciti, S6.4.

fuggire. Maria D. R. vede “passare” gli oggetti e le persone. Quelle che sembrano essere delle allucinazioni – anche se la dottoressa presume potrebbero essere delle “pseudoallucinazioni”, forse immaginate dalla bambina stessa – vengono accolte dalla bambina con gioia, come qualcosa di divertente, “come un teatro”³⁷.

Guerrina, invece, aveva tentato la fuga per giocare con i bambini che vivevano nella casa che stava di fronte all’istituto. Quello che a lei doveva essere sembrato un atto logico – cercare di giocare con dei bambini – veniva invece punito in quanto ritenuto un atto proprio di una bimba incapace di adattarsi a una situazione che le imponeva di rimanere rinchiusa. Tentare la fuga era ritenuto un atto gravissimo, una minaccia per l’ordine e la stabilità dell’istituto. La misura si era colmata quando aveva pianificato una fuga dalla stanza di isolamento, procurandosi anche vestiti normali rubati da un armadio per poter scappare senza essere riconosciuta³⁸. Scoperta da una suora, venne trasferita all’Ospedale psichiatrico di San Clemente perché non era possibile la sua sorveglianza a Marocco³⁹. Nell’ospedale veneziano Guerrina trascorrerà molto tempo: verrà dimessa infatti nell’agosto del 1929, ma poi rientrerà nel 1932, poi nel 1933 per 10 mesi, nel 1934 per quattro mesi – due mesi in primavera e due in autunno –, nel 1936 per nove mesi. Poi la sua vita scorre al di fuori di qui, ma rientra dal 1947 al 1950 e ancora per un mese nel 1951⁴⁰.

³⁷ ALL, b. 5 verde, Luisa Levi 1898-1943, fasc. *Casi notevoli Marocco 1930*, Maria M.

³⁸ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella di Guerrina S.D.G.

³⁹ AIMP Marocco, b. 1927-28-29, fasc. 1929, cartella di Guerrina S.D.G.

⁴⁰ AOP San Clemente, Tabelle nosologiche, bb. 591, 592, 593, 596, 599. Cartelle cliniche di Guerrina S.D.B.. In questo caso il fallimento della cura medico-pedagogica apre la strada ad una storia personale di istituzionalizzazione, anche se Guerrina riuscirà a trascorrere lunghi periodi all’esterno.

Per concludere

L'interesse della psichiatria verso i bambini si sviluppò nel periodo del positivismo, periodo caratterizzato dalla fiducia nella scienza e dall'ottimismo verso le possibilità di cura. Fu in quel periodo che la scoperta da parte dei medici della pedagogia, di metodi e sperimentazioni pedagogiche, che apparivano come strumenti terapeutici da utilizzare per recuperare i bambini, aprì la strada all'idea di poter curare i bambini anormali, individuando per ciascuno risorse e capacità che potessero essere sviluppate. Un gruppo di medici-pedagogisti si interessò all'infanzia, cercando soluzioni adeguate ai diversi casi e tentando di porre in atto una terapia medico-pedagogica.

Questa premessa, che si riferisce ad anni che precedono l'arco cronologico della mia ricerca, è tuttavia doverosa e fondamentale, perché i medici psichiatri che operarono nel periodo compreso tra le due guerre mondiali erano talvolta gli stessi psichiatri che avevano vissuto la fase positivista di fine Ottocento o agivano in continuità con quel passato. Di fatto, l'eredità positivista è visibile e presente nel periodo del quale mi occupo, soprattutto durante gli anni Venti. Il positivismo che si incontra in questi anni è caratterizzato da una forte fiducia nella scienza, dall'esigenza di continuare l'opera di "catalogazione", selezione e studio dei bambini anormali, dalla tipologia di misure terapeutiche poste in atto, che erano principalmente misure educative – fondate sull'individualizzazione dei metodi didattici e sulla sperimentazione didattica. Si utilizzava spesso, ad esempio, il metodo montessoriano, talvolta rivisto in base alle esigenze degli alunni, ma altre volte si sperimentavano scelte didattiche originali, impiegando stimoli vari¹.

¹ P. Guarnieri, *Un piccolo essere perverso. Il bambino nella cultura scientifica italiana tra Otto e Novecento*, cit., pp. 272-273. La storica si sofferma a considerare le importanti eredità del positivismo, che spesso al contrario è stato letto cercando la conferma a "stereotipi", senza tenere in debita considerazione quella "specificità delle differenze" che fu "l'originale e assai sofferta scoperta della cultura positivista. E ne costituisce una chiave di lettura che consente di aprire qualche porta non ancora sfondata".

Se da un lato in questo periodo vi sono dunque forti eredità del positivismo – tra le altre il richiamo ai “fatti” che si riscontra in parecchi medici e che ha una valenza polemica nei confronti dell’idealismo e della filosofia gentiliana –, la psichiatria tra gli anni Venti e gli anni Quaranta mostra anche importanti elementi di novità e cambiamento rispetto al passato. Emerge una psichiatria che, per quanto riguarda i bambini, aveva complessivamente abbandonato la teoria della degenerazione e in buona parte anche la ricerca di stigmati. Viceversa nella riflessione degli psichiatri avevano assunto un ruolo importante l’ambiente e il contesto familiare, considerati causa principale o secondaria di anormalità nei bambini.

La psichiatria nel corso del ventennio si presenta come una disciplina non monolitica ma variegata, aperta a influenze provenienti da altre discipline: risulta una scienza in via di costruzione, non semplicemente ripiegata sul paradigma organicista, come talvolta parte della storiografia ha fatto credere. Al contrario una parte della psichiatria accolse stimoli provenienti dalla pedagogia, dalla psicoanalisi, dal movimento per l’igiene mentale. Colpisce così che alcuni psichiatri dediti ai bambini – mi riferisco in particolare a Sante De Sanctis e a Giuseppe Montesano – avessero discusso molto a lungo le soluzioni più adatte al recupero dei bambini: avevano proposto classi differenziali per i bambini con “anormalità temporanea” – che sarebbero dovuti rientrare al più presto nella classe “normale” –, ma anche asili-scuola e scuole autonome, che avrebbero dovuto permettere ai bambini di rimanere in famiglia, frequentando un ambiente scolastico ed educativo per tutta la giornata e rientrando a casa nel tardo pomeriggio. La soluzione che sembrava agli psichiatri come la più discutibile, ovvero quella degli istituti-internati, fu poi quella che nella pratica risultò la più diffusa perché più semplice da organizzare rispetto ad esempio alle scuole autonome, che non avrebbero potuto essere istituite nei piccoli paesi e comuni. Colpisce, dunque, che tra le soluzioni ritenute più adeguate per i bambini non vi fosse la forma dell’istituto che prevedeva l’allontanamento dalla famiglia, ma al contrario le soluzioni proposte furono quelle che non richiedevano il distacco dalla famiglia. Nella pratica però queste soluzioni trovarono una scarsa diffusione perché sostanzialmente la loro organizzazione risultava troppo complicata.

Sembrava più semplice agli amministratori locali e ai politici creare degli istituti, che poi vennero organizzati solo in poche città italiane.

In alcune città – ad esempio a Venezia, Genova, Roma, Bologna e altre – furono creati anche dei servizi neuropsichiatrici ambulatoriali per l'infanzia: altro dato significativo che va contro l'idea di una disciplina interessata unicamente all'internamento. La proposta di aprire ambulatori neuropsichiatrici e dispensari era maturata in un contesto internazionale ed era stata fortemente promossa dal movimento internazionale per l'igiene mentale. Sperimentata in Francia, all'Ospedale psichiatrico Sainte Anne di Parigi, dove alcuni psichiatri italiani avevano svolto periodi di studio e lavoro, era stata gradualmente realizzata anche in Italia. Emerge così dalla ricerca l'importanza del contesto internazionale e degli scambi di esperienze nella psichiatria infantile.

Un altro dato significativo che mette in luce i legami internazionali riguarda la circolazione e la lettura di testi psicoanalitici stranieri, le discussioni che innescarono, le traduzioni che ne furono fatte. Si ricava da tutto ciò che la circolazione della psicoanalisi fu molto più ampia di quanto la storiografia abbia rilevato, soprattutto fino alla fine degli anni Venti. In seguito, negli anni Trenta, il dibattito scientifico in Italia si impoverì: sembravano acquisire importanza strumenti terapeutici più efficaci e più veloci delle terapie psicoanalitiche, tuttavia anche in questi anni continuarono a circolare le idee di Freud e seguaci, e si utilizzarono le teorie psicoanalitiche nell'analisi di diversi casi di bambini, anche se furono pratiche compiute da pochi medici.

Nella situazione descritta, che si protrasse dal periodo precedente alla prima guerra mondiale fino a tutti gli anni Trenta, il rapporto con il fascismo fu fondamentale e si legò inevitabilmente ad una disciplina che era alla ricerca di uno statuto professionale. Nei primi anni Venti, infatti, molti psichiatri si sentirono delusi dalle aspettative non realizzate dallo stato liberale e giolittiano – in merito in particolare ai progetti di riforma sulla legislazione riguardante la condizione minorile – e dalla svalutazione a cui la disciplina veniva sottoposta da colleghi psichiatri e da

amministratori². In questa complessa situazione alcuni psichiatri interessati ai bambini si avvicinarono al fascismo con la speranza che il nuovo governo volesse correre ai ripari e garantire finalmente alla scienza e ai tecnici lo spazio di azione opportuno, riconosciuto in base alle loro competenze³. Non mancarono coloro che dichiararono apertamente la fiducia nell'uomo forte, incarnato da Mussolini. L'avvallo che alcuni psichiatri diedero al fascismo non può essere disgiunto dalla situazione di incertezza che la loro disciplina viveva da anni sul piano del riconoscimento da parte di colleghi e di amministratori pubblici. Del resto il fascismo fin dai primi tempi si era interessato all'infanzia, alle organizzazioni per l'infanzia, aveva istituito l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia che doveva occuparsi anche di bambini anormali, contribuendo ad alimentare le speranze di molti psichiatri.

Il fatto che queste istituzioni trovassero maggior realizzazione proprio durante il regime, induce a riflettere sui legami tra psichiatri e fascismo. Già con la legge 2277 del 10 dicembre 1925 sulla "Protezione ed assistenza della maternità e dell'infanzia" venivano stabilite delle norme riguardanti l'infanzia anormale. In particolare all'Opera Nazionale Maternità e Infanzia veniva riservato il compito di creare degli ambulatori condotti da un medico neuropsichiatra infantile a cui dovevano affiancarsi classi differenziali in cui inserire bambini recuperabili – tra cui i "falsi anormali psichici", gli "instabili", gli "scolari subnormali per ragioni estrinseche", i "distratti" – e scuole autonome o asili-scuola, con convitto o semiconvitto, per "adattare, in quanto sia possibile, alla vita, e rendere così socialmente utilizzabili gli anormali psichici, e per attuare la profilassi contro la delinquenza minorile e contro la prostituzione, con un'assistenza integrale, estesa"⁴.

L'Onmi sembrava offrire agli psichiatri uno spazio di azione e di cambiamento. Va anche aggiunto che i compiti dell'ente erano così estesi che il problema dell'infanzia anormale fu poi nella realtà uno dei più trascurati. Tuttavia il

² Voci scettiche erano state quella di Giuseppe Sergi, ma anche di altri medici come Enrico Morselli e poi Gherardo Ferreri.

³ La questione della tecnica e dei tecnici competenti che la politica avrebbe dovuto impiegare era centrale nella riflessione di S. De Sanctis, ad esempio *I problemi di rieducazione*, cit., pp. 960-971 e *Date memorabili nell'assistenza ai minorenni travati e delinquenti, in Italia*, cit., pp. 2-7.

⁴ Articoli 163 e 164, Regio Decreto 718/1926.

fatto che tale legislazione corrispondesse alle proposte avanzate da anni dagli psichiatri, permette di cogliere affinità e vicinanza tra fascismo e psichiatria infantile già negli anni Venti e permette di notare anche la presenza di un gruppo di medici che fiancheggiò il fascismo in maniera più o meno aperta (da Sante De Sanctis a Giuseppe Vidoni).

Attraverso il funzionamento di questi istituti e il rapporto con l'Onmi è possibile in parte valutare le politiche assistenziali del regime e i limiti dell'Opera stessa. A Venezia si assistette quasi a uno scontro nei primi anni Trenta tra i vertici dell'Opera e la direzione dell'istituto medico-pedagogico che premeva per poter curare i bambini, mentre l'ente era interessato a dimmetterli velocemente in modo da lasciare spazio al ricovero di altri bambini, mostrando una tendenza più alla beneficenza che all'attività assistenziale.

In questo quadro, il ruolo del fascismo fu determinante e spinse soprattutto verso logiche di controllo sociale e, soprattutto negli anni Trenta, verso politiche di “rigenerazione” della stirpe, di “bonifica umana”, di battaglia per l'ortogenesi, valorizzando i prodigi e miracoli che la scienza medica al servizio della politica fascista poteva porre in campo. Fondamentale fu il ruolo che l'antropologia criminale, ancor più della psichiatria, si assunse alla fine degli anni Trenta, nel periodo che precede e segue l'emanazione della legislazione razziale. Fu in particolare durante questo periodo che si manifestò un interesse verso i bambini anormali da parte del fascismo e di alcuni fascisti, come il ministro Giuseppe Bottai, a cura del cui ministero venne pubblicata la rivista “L'educazione dei minorati”. L'interesse verso i bambini anormali da parte del fascismo riguardava quelli che potevano essere “rigenerati” e diventare così membri attivi e produttivi della società. Fu sempre in questo periodo che la tendenza a catalogare i bambini si fece più forte. La figura di Nicola Pende, endocrinologo e teorico del costituzionalismo, fu centrale nelle scelte politiche operate dal fascismo: non è un caso che l'Istituto per la Bonifica Umana venisse progettato a Roma proprio nell'estate del 1938. Pende inoltre fu in quegli anni il punto di riferimento di altri medici – criminologi e anche psichiatri – che ritenevano l'infanzia il loro terreno di azione: da Benigno Di Tullio a Giuseppe Vidoni a Giuseppe Montesano.

Le pagine di Michel Foucault sul legame tra psichiatria e bambini, e sulla collocazione del bambino all'interno della psichiatria, rivestono un interesse particolare: secondo Foucault nel momento in cui la psichiatria iniziò a interessarsi dei bambini centrò la propria attenzione sui comportamenti infantili, e dunque sui comportamenti "anormali", ancor prima che sulle malattie. Con la mia ricerca, tenendo presenti queste pagine di Foucault, ho cercato di chiarire meglio la questione della vocazione alla difesa sociale propria della psichiatria durante gli anni del fascismo e ho cercato di mettere in discussione l'affermazione di Foucault della rinuncia da parte della psichiatria infantile al compito di guarire. In questo tentativo di individuare i "comportamenti anormali", la psichiatria manifestava entrambe le finalità: proteggere e curare i bambini da un lato, difendere la società dall'altro. Questa ricerca, tentando di definire e verificare entrambe queste finalità, ha mostrato la complessità di un periodo e di una questione come quella infantile, evidenziando come, anche durante il fascismo, siano coesistite entrambe le finalità suddette.

Attraverso l'analisi delle cartelle cliniche si rivela come il paradigma del controllo sociale, formulato da Michel Foucault, sia innegabile e fondamentale, tanto più durante il fascismo, e si sia coniugato a un bisogno di controllo sociale espresso non solo dal potere, dalle élite e dalle amministrazioni, ma anche manifestato nei rapporti personali e familiari che avevano un elevato potere normativo. L'internamento dei bambini negli istituti non era solo l'esito dell'intervento del potere politico, o del potere medico: era l'esito di dinamiche di internamento in cui ampio spazio era occupato dalle famiglie e dalla società, che aveva il fine di ribadire l'importanza della norma, escludendo e identificando i bambini anormali. Le famiglie e la società avevano una funzione non passiva anche nelle scelte fatte in alcuni casi di utilizzare gli istituti medico-pedagogici come forma di sostegno in momenti difficili. Gli individui esercitavano delle "microresistenze" che generavano delle "microlibertà", pur in un clima di disciplinamento come quello che si realizzava in un regime fascista⁵.

⁵ Sulle "microresistenze" e "microlibertà" si veda L. Giard, *Storia di una ricerca* in M. De Certeau, *L'invenzione del quotidiano*, cit., pp. XXXIV-V e naturalmente lo stesso volume di De Certeau. Si veda

La creazione di un gruppo di scienziati al servizio della causa fascista per la rigenerazione dei bambini anormali mostra come questo gruppo di medici non possa definirsi estraneo dalla formulazione di una forma di “razzismo interno”⁶ secondo la definizione di Michel Foucault. Il razzismo interno dunque è ben diverso dal razzismo tradizionale antisemita ed è con il nazismo che tra le due forme di razzismo si stabilirono dei collegamenti. La situazione italiana fu peculiare e la questione riguardante la soluzione da adottare verso i bambini anormali fu oggetto di ampie discussioni alla fine degli anni Trenta nonché di polemiche. Se da un lato la psichiatria è stata dunque scienza del controllo sociale – e lo è stata a maggior ragione durante il fascismo, contribuendo a creare forme di razzismo interno –, la psichiatria non è stata solo questo. Fare ricerca in alcuni archivi di istituti medico-pedagogici mi ha permesso di verificare la complessità di questa questione, e di vedere come non esistesse un’unica psichiatria, ma una declinazione al plurale della scienza psichiatrica, disposta ad accogliere stimoli teorici diversi, a organizzarsi in pratiche differenti e in grado di dare uno spazio differente all’incontro con l’altro, ovvero i bambini.

Probabilmente uno degli aspetti che durante la ricerca mi ha sorpreso di più è stata proprio la scoperta dei bambini: nell’archivio dell’istituto medico-pedagogico veneziano e nell’archivio privato di Luisa Levi ho rinvenuto molti materiali riguardanti gli stessi bambini e prodotti dagli stessi. Questi documenti inaspettati, che – lo ribadisco – non sono presenti in tutti gli archivi di istituti di questo tipo, consentono di utilizzare categorie interpretative che si intersecano con le politiche sociali del fascismo: ad esempio il ruolo e lo spazio delle famiglie, le relazioni tra adulti e bambini, il lavoro e la quotidianità. In alcuni casi anche la letteratura scientifica reca tracce di casi di bambini; questo si trova anche durante gli anni Trenta, soprattutto tra chi si scostava dalle interpretazioni organiciste e mostrava maggior vicinanza al pensiero psicoanalitico⁷. Nel tentativo di restituire una voce a

anche P. Di Cori, F. Dosse, P. Capuzzo, T. Conley discutono *La scrittura della storia di Michel de Certeau*, in “Contemporanea”, a. X, n. 2, 2007, pp. 317-344.

⁶ La nozione di “razzismo interno” è presente in M. Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, cit., pp. 282-283 e viene ripresa da D. Frigessi, *Cesare Lombroso*, cit., pp. 382-389.

⁷ Una delle prime interpretazioni psicoanalitiche applicata ai bambini in Italia si trova in L. Levi, *Eretismo psichico infantile e sviluppo precoce della vita sessuale*, cit., pp. 141-146.

questi bambini, è emerso in realtà come quello che si può ascoltare non sia tanto la voce dei bambini, quanto il racconto che altri fanno intorno ai bambini e il discorso plurale in cui si intrecciano tanti punti di vista⁸.

⁸ D. Forgacs David, *Margini d'Italia. L'esclusione sociale dall'Unità a oggi*, cit., pp. XXXV-XXVI.

Appendici

Appendice 1.

Cartello di propaganda. Igiene pedagogica (Educazione dell'Infanzia) presente nel Dispensario per le malattie nervose, mentali e sociali di Teramo¹, 1928

(traduzione dal tedesco delle pagine di Alice Flügel, Heilpädagogik, Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie, 1928, p. 257).

Quando voi parlate con un bambino, NON DITE MAI: – Che bei capelli! – Come sei piccolo per la tua età! – Tu sei nervoso come tuo padre. – Tu non sei adatto per questo. – I bambini non capiscono! – Un ragazzo deve essere sempre allegro. – Sei maschio o femmina? – Credevo che tu fossi una femmetta! – Sei proprio un ragazzo da nulla! – Avresti dovuto nascere femmina! – Le ragazze non hanno bisogno di imparare troppo – Un ragazzo non deve permettersi questo lusso. – Una ragazza deve sempre cedere. – Prendi esempio da tua sorella – Tu devi seguire tuo fratello maggiore. – Quello che ti dico deve essere vangelo per te. – Tu fai di me quello che vuoi! – Nessuno ti parlerà meglio di me! – Aspetta, vedrai come il maestro ti concierà a scuola! – Aspetta, vedrai come ti concierà papà quando ritorna! – Tu sei il peggior ragazzo ch'io mi conosca! – Mi farai morire disperato! – Non se ne farà mai nulla di buono, di te! – Alla tua età, io mi mantenevo già da solo! – Se non impari a scuola, ti manderò a fare il calzolaio. – Finirai sulla forca! – Vedrai come gli altri ti caveranno questo vizio! – Te ne pentirai! – Che ti interessano gli altri? – Devi credere solo ai tuoi genitori.

Quando il ragazzo va al lavoro, NON DITE MAI: Non precipitarti per essere il primo! – Voglio vedere fin dove arrivi! – Sei proprio tu, la perfezione in persona? – Tutti stanno a vederti, nelle tue prodezze! – Ciabattino, parla solo del tuo mestiere! – E con questo credi di esser diventato il Padre Eterno? – Lo fai solo per ambizione. – Fai piuttosto le tue lezioni, ne guadagni! – La cosa non è così facile come credi! – per te tutto è facile come bere un bicchiere d'acqua! – Tu presumi troppo di te! – Bada, non fidarti troppo! – Chi si gonfia troppo, scoppia! – Chi troppo abbraccia, nulla stringe! – La tua diligenza e la tua testardaggine non dureranno! – Ti interessi a queste sciocchezze? – Se questa cosa fosse possibile, ci sarebbero riusciti già gli altri.

¹ M. L. Bianchini, *Fondamenti, caratteri e funzioni del Dispensario di Igiene Mentale*, in "L'Igiene Mentale", anno VIII, dicembre 1928, numero 3, pp. 3-12.

Quando il ragazzo riesce bene, NON DITE MAI. E con questo credi di essere diventato un grande uomo? – Ma ce ne vuole, per diventare un’arca di scienza! – Nessuno può fare il passo più lungo della gamba! – Più uno è stupido, e più è fortunato! – L’hai indovinata proprio per sbaglio!

Quando il ragazzo fallisce, NON DITE MAI: Poveri i miei danari! – Accidenti alle buone intenzioni! – L’hai cercata proprio col lumicino! – Vedrai che avevo ragione, non ne azzeccherai una! – Te l’avevo predetto! – Alla tua età io ero già indipendente! – Ero più svelto di te!

Uccelli di Malaugurio: La nostra famiglia non ha nessuna disposizione per questa cosa! – Il frutto non casca lontano dall’albero! – Sei proprio adatto a dar consigli! – Hai una mano disgraziata! – Hai le mani bucate! – Basta vederti, per indisporci! – Non ce n’è una che ti vada dritta! – Sei sempre tonto! – Sei un uccello di malaugurio! – Non hai altro che idee balzane in testa! – Non vivi che di illusioni! – Vuoi trovar sempre la pappa fatta! – Calma e sangue freddo, hai troppi entusiasmi!

Disprezzo verso le femmine: Questo non è un lavoro da uomini! – Si vede subito che un ragazzo se la sbriga meglio! – I ragazzi sono più intelligenti, le ragazze più pazienti! – Ragazze che fischiano e galline che cantano da gallo, tirateci il collo.

Invidia degli adulti: Ti romperai le corna! – Arriverai come la tartaruga! – Fai vedere; non ci credo. – Lascia andare, non ce la fai da solo. – Grazie, non mi servi a nulla. – Vattene, mi disturbi. – Non ti si può dir mai nulla! – Sai ancora di latte! – Per questo, ci vuole l’esperienza! – Fra dieci anni la penserai come me! – Bisogna vedere quello che sanno fare i tuoi coetanei, prima di menar vanto! – A quest’età, altri ragazzi mantengono già i loro genitori! – E chi ti sta a paro? – Guarda un po’: l’uomo che ne sa più della gallina!

Appendice 2.

Alunni frequentanti la scuola annessa all'Istituto medico-pedagogico veneziano. Anni Trenta²

	Frequentanti	Promossi
1934- 35	142	84
1935-36	162	101
1936-37	176	123
1938-39	Non noto	98

Tabella 1. Dati complessivi su frequentanti e promossi.

	Frequentanti	Promossi
Classe preparatoria	50	
I	23	
II	28	
III	28	
IV	5	
V	8	
Totale	142	84

Tabella 2. Frequentanti e promossi. Anno scolastico 1934- 35.

	frequentanti		promossi	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Classe preparatoria	40	13	14	6
Classe I	18	14	15	12
Classe II	18	8	14	6
Classe III	23	3	19	2
Classe IV	17	3	8	1
Classe V	5	-	4	-
Totale	121	41	74	27
	162		101	

Tabella 3. Frequentanti e promossi. Anno scolastico 1935-1936.

² AIMP Marocco, b. 21, Varie. Relazioni delle maestre sugli anni scolastici.

	frequentanti	promossi
Classe preparatoria	58	26
Classe I	29	25
Classe II	40	30
Classe III	23	19
Classe IV	21	18
Classe V	5	5
Totale	176	123

Tabella 4. Frequentanti e promossi. Anno scolastico 1936-37.

	frequentanti	promossi
Classe preparatoria	Non noto	21
I	n.n.	16
II	n.n.	21
III	n.n.	19
IV	n.n.	15
V	n.n.	6
totali	n.n.	98

Tabella 5. Frequentanti e promossi. Anno scolastico 1938- 39.

Appendice 3.

La scala metrica dell'intelligenza infantile o scala Binet-Simon³

Prove per bambini di 3 anni:

1. Mostrare il naso, gli occhi, la bocca.
2. Ripetere frasi brevi (fino a sei sillabe).
3. Ripetere cifre (fino a tre).
4. Enumerare le figure di un quadro.
5. Dire il nome di famiglia.

Prove per bambini di 4 anni:

1. Dire il proprio sesso.
2. Dire il nome di oggetti familiari.
3. Ripetere cifre (fino a 3).
4. Dire qual è la più lunga di due linee (di 5 e di 6 cm).

Prove per bambini di 5 anni:

1. Comparare due pesi (p. es. di 3 e di 12 gr).
2. Copiare un quadrato.
3. Riunire due triangoli di cartone in modo da formare un rettangolo.
4. Contare quattro soldi semplici.

Prove per bambini di 6 anni:

1. Distinguere la mattina dalla sera.
2. Definire un oggetto (si chiede una definizione strumentale).
3. Copiare una losanga.
4. Contare 13 soldi semplici.
5. Dire qual è la più bella di due figure (profili femminili).

Prove per bambini di 7 anni:

1. Indicare la mano destra, l'occhio sinistro.
2. Descrivere un quadro.
3. Eseguire 3 commissioni date simultaneamente.
4. Contare 9 soldi (3 semplici e 3 doppi).
5. Dire i nomi di quattro colori (rosso, bleu, verde, giallo).

Prove per bambini di 8 anni:

1. Dire che differenza c'è tra due cose (senza vederle).
2. Contare da 20 a 0 in ordine regressivo.
3. Indicare le lacune in figure incomplete.
4. Indicare la data del giorno (giorno, mese e anno).
5. Ripetere cifre (fino a 5).

³ La scala Binet-Simon si trova in E. Bonaventura, *Psicologia dell'età evolutiva (infanzia e adolescenza)*, Lanciano, Giuseppe Carabba editore, 1930, pp. 142-144.

Prove per ragazzi di 9 anni:

1. Dare il resto a una lira (supponendo una compera in una bottega).
2. Definire un concetto (si esige una definizione classificativa).
3. Riconoscere i 9 pezzi della moneta nazionale.
4. Enumerare i mesi dell'anno.
5. Comprendere questioni facili (problemi pratici).

Prove per ragazzi di 10 anni:

1. Ordinare cinque pesi (di 3, 6,9, 12, 15 gr).
2. Copiare disegni a memoria (piccole figure ornamentali facili).
3. Criticare farsi assurde (cioè rilevare l'errore).
4. Comprendere questioni difficili.
5. Formare due frasi con tre parole date.

Prove per ragazzi di 12 anni:

1. Resistere alla suggestione (date due linee uguali, si chiede qual è la più lunga).
2. Formare una frase con tre parole date.
3. Dire più di 60 parole in tre minuti.
4. Definire tre concetti astratti.
5. Comprendere una frase disarticolata.

Prove per giovinetti di 15 anni:

1. Ripetere cifre (fino a sette).
2. Trovare tre rime a una parola data.
3. Ripetere una frase (fino a ventisei sillabe).
4. Interpretare il significato di un quadro.
5. Risolvere un problema di fatti di cronaca (d'ordine pratico).

Prove per gli adulti:

1. Comprendere il disegno formato ritagliando un pezzo di carta piegato.
2. Costruire un triangolo (fornendo alcuni elementi).
3. Indicare le tre differenze tra un Re e un Presidente di repubblica.
4. Riassumere un pensiero filosofico.
5. Indicare la differenza tra concetti astratti.

Appendice 4.

Reattivi del De Sanctis⁴

- I. Sul tavolo ci sono cinque palle: rossa, verde, blu, aranciata, gialla. Si dice al bambino: “Dammi la palla”. (Capacità di adattamento a una esperienza).
- II. Lo stesso materiale. Dopo quaranta secondi dalla prima prova, e dopo avere frapposto lo schermo, appena lo si toglie si chiede: “Qual è la palla che mi hai dato?” (Memoria immediata dei colori).
- III. Sul tavolo sono cinque cubi, tre coni e due parallelepipedi di legno; a parte, un cubo come gli altri. Mostrando questo, si chiede: “Vedi questo pezzo di legno? Ebbene, trova i pezzi di legno uguali a questo, in mezzo a tutti gli altri che vedi”. (Riconoscimento delle forme).
- IV. Una grande tabella in cui sono disegnati trentasei triangoli, cinquantacinque rettangoli, quarantanove quadrati; a parte, un cubo di quelli usati nella terza prova. Si dice: “Vedi questo pezzo di legno? Indica qual è la figura della tabella che gli somiglia. Segna colla matita (o indica con un bastoncino) tutti i quadratini, procedendo riga per riga e facendo il più presto che puoi e non tralasciandone alcuno”. (Identificazione di forme solide con forme piane. Il testo può servire anche per la misura dell’attenzione).
- V. Sul tavolo sono disposti, alla rinfusa, dodici cubi di legno, di grandezze diverse, da cm ½ a cm 8 di spigolo; si chiede successivamente:
 1. “Quanti sono?” (Nozione di numero).
 2. “Qual è il più grande di tutti?” (Nozione di grandezza).
 3. “Qual è il più distante da te?” (Nozione di distanza).
- VI. Senza uso di materiale. Due gruppi di quattro domande ciascuno:
 - A.
 1. “Il suono della campana lontana sembra più forte o più debole del suono della campana vicina?”
 2. “Il suono della campana lontana sembra soltanto più debole, o lo è in realtà?”
 3. “Le cose lontane appaiono più grandi o più piccole delle cose vicine?”
 4. Sembrano più piccole o lo sono realmente?
 - B.
 1. “È più lontana una cosa fatta ieri o una cosa fatta stamani?”
 2. “Dovrai far prima una cosa che devi fare tra pochi giorni, o una cosa che devi fare tra molti giorni?”
 3. “Le cose grandi pesano più o meno delle cose piccole?”
 4. “Da che dipende che le cose piccole talvolta pesano più delle cose grandi?”

⁴ S. De Sanctis, *Neuropsichiatria infantile*, cit., pp. 212-215.

Appendice 5.

Interrogatorio Ferrari-Francia⁵

a) Orientamento personale e obiettivo.

1. Come ti chiami?
2. Che scuola hai fatto?
3. Quanti anni hai?
4. Di che paese sei?
5. Dove stai di casa?
6. Che giorno è oggi?
7. Dove siamo ora?
8. Chi sono io?

b) Coscienza personale.

9. Chi è ...? (si nomina il bambino).
10. A che cosa pensi in questo momento?
11. Di chi è questa mano? (accennando la mano del bambino).
12. Di chi sono questi vestiti? (toccandoli).

c) Memoria.

13. Da quanto tempo sei qui?
14. Chi ti ha accompagnato qui?
15. Dov'eri a Natale?
16. Come si chiama tuo padre?
17. Come si chiama tua madre?
18. Sai una favola a memoria? (in caso affermativo): dimmela.

d) Stato affettivo.

19. Ti senti bene?
20. In questo momento sei contento o malcontento?
21. A chi vuoi più bene di casa tua? (eventualmente): Un po' di più?
22. Hai degli amici? (in caso affermativo): Quanti?
23. Ti senti voglia di studiare adesso?
24. C'è qualcuno che ti canzona?
25. Ti dicono delle brutte parole?

⁵ In E. Bonaventura, *Psicologia dell'età evolutiva (infanzia e adolescenza)*, Lanciano, Giuseppe Carabba, 1930, pp. 183-185. L'interrogatorio è del 1912.

e) *Ragionamento e giudizio.*

26. Che distanza ci sarà da qui a ...? (si nomini una località ben nota e determinata).
27. Saresti capace di andare da solo di qui a casa tua?
28. Come faresti per andare a casa tua?
29. Che età dimostro io?

f) *Vita onirica.*

30. Fai dei sogni la notte?
31. Raccontami un sogno di cui ti ricordi.
32. E dei brutti sogni ne fai qualche volta?
33. Raccontamene uno.

g) *Sentimenti morali*

Per i maschi

34. Se tu vedessi picchiare ingiustamente un compagno, che cosa faresti?
35. Perché non si deve rubare?
36. Si fa bene o male a bestemmiare?
37. Se ti volessero picchiare, che faresti?

Per le femmine

38. Se una tua amica ti guastasse il lavoro, che cosa faresti?
39. Perché non si debbono dire bugie?
40. Si fa bene o male a vendicarsi?
41. Se sapessi che una tua amica dice male di te, che cosa diresti?

h) *Attività conativa*

42. Guardami
43. Alzati in piedi! (oppure): Siedi!
44. Toccami il naso colla mano sinistra.
45. Dammi la mano.
46. Raccogli quel foglio! (si sarà lasciatap cadere un foglio).
47. Esci e chiudi la porta!

Fonti e bibliografia

Archivi

Archivio dell'Amministrazione dei Manicomi Centrali Veneti, Venezia
Sezione amministrativa

Archivio dell'Ospedale psichiatrico di San Servolo, Venezia
Cartelle cliniche, dossier amministrativi e registri

Archivio dell'Ospedale psichiatrico di San Clemente, Venezia
Cartelle cliniche, dossier amministrativi e registri

Archivio dell'Istituto medico pedagogico "Pancrazio" di Mogliano Veneto, presso l'ex
Pime di Preganziol Treviso, ULSS 9 di Treviso
Cartelle cliniche, corrispondenza, amministrazione

Archivio della Provincia di Venezia,
Verbali delle delibere del Preside della provincia

Archivio dell'Ospedale psichiatrico San Lazzaro, Reggio Emilia
Archivio della Colonia scuola Marro

Archivio Storico dell'Ospedale degli Innocenti, Firenze
Balie e bambini
Affari per creature

Biblioteca di Psicologia dell'Università di Firenze
Fondo storico delle tesi della Scuola magistrale ortofrenica di Firenze

Archivio Centrale dello Stato, Roma
Ministero Pubblica Istruzione, Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione, Atti
III serie (1941-1966)
Ministero dell'Interno, Direzione Generale Demografia e Razza, Divisione Razza,
Fascicoli personali
Ministero dell'Interno, Direzione Generale di Pubblica Sicurezza, Divisione Affari
Generali e Riservati, Casellario Politico Centrale
Ente autonomo Esposizione Universale di Roma Eur E42
Archivio personale di Carlo Levi

Archivio Storico della Camera dei Deputati, Roma

Archivio dell'Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma

Archivio della Scuola magistrale ortofrenica, Roma

Carte di Giuseppe Ferruccio Montesano

Archivio Storico della Psicologia Italiana, Università Milano-Bicocca

Fondo Giulio Cesare Ferrari, presso l'Archivio Storico della Psicologia Italiana

Raccolta fotografica di Corrado Tumiatì

Archivio generale per la storia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Carte di Agostino Gemelli

Archivio privato di Luisa Levi, presso famiglia Levi, Venezia

Fonti a stampa

Il Giornata genealogica, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, XVI, 1938, pp. 47-110.

Adler Alfred, *Le temperament nerveux. Elements d'une psychologie individuelle et applications a la psychotherapie*, Payot, Paris, 1926.

Agostini Cesare, *I nuovi orizzonti della medicina nella legislazione assistenziale fascista del lavoro*, in “Archivio fascista di medicina politica”, volume IV, fasc. I, 1930, pp. 32-44.

Albertini Alfredo,

- *L'assistenza medico-pedagogica dei fanciulli anormali nella Scuola “Z. Treves”*, “L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali”, anno XVII, febbraio e giugno 1924.
- *Il 5 Congresso Medico-Pedagogico tedesco di Colonia (1930) e le istituzioni medico-scolastiche di Colonia e Bruxelles*, estratto da “Giornale della Reale Società Italiana d'igiene”, Milano, 1931.

Albertini Alfredo, Corberi Giuseppe, *Stato attuale ed indirizzo dell'assistenza medico-pedagogica dei fanciulli anormali psichici*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in “L'Infanzia Anormale”, numero unico, 1930, pp. 129-147.

Amaldi Paolo,

- *Della Psicoanalisi*, in “Rassegna di studi psichiatrici”, vol. XV, 1926, pp. 535-548.
- *Elementi di antropologia dell'accrescimento e di patologia nervosa e mentale dell'infanzia e dell'adolescenza*, Lanciano, G. Carabba editore, 1933.
- *La posizione delle forme infantili e adolescenziali della paralisi progressiva, della demenza precoce, della encefalite letargica nel quadro delle frenastenie*, in *Atti del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria* (Siena 1-4 Ottobre 1933), in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, anno LVIII, Reggio Emilia, 1935, pp. 181-184.

Antonini Giuseppe

- *Adagio con la violenza! (I reati di libidine e l'opinione pubblica)*, in “La Voce Sanitaria”, numero 3, maggio 1925, pp. 3-5.
- *Considerazioni sulla statistica dei minorenni accolti in Mombello nell'undicennio 1920-1930*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in “L'Infanzia Anormale”, numero unico, 1930, pp. 52-64.

Antonini Giuseppe, Corberi Giuseppe, *Osservazioni su minori inquisiti o di condotta irregolare*, in “Rivista di Psicologia”, anno XXVIII, 1932, pp. 85-102.

Antonini Giuseppe junior, *Profilassi della delinquenza*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi mentale”, anno XV, 1937, pp. 52-56.

Argenta Francesco,

- *Perché i nati vivano e gli uomini siano sani e utili. Le funzioni e i compiti dell'Istituto per la bonifica umana in una nostra intervista col prof. Nicola Pende*, in “La Stampa”, 25 maggio 1938, p. 3.
- *Difesa della razza. Meraviglie e miracoli della clinica per i sani*, in “La Stampa”, 28 maggio 1938, p. 5.
- *Fanciulli frenastenici*, in “La Stampa”, 2 giugno 1938, p. 3.
- *Rigenerata!*, in “La Stampa”, 7 giugno 1938, p. 3.
- *Tristezze attuali e colpe remote*, in “La Stampa”, 9 giugno 1938, p. 3.
- *Prodigi dell'ortofrenia*, in “La Stampa”, 14 giugno 1938, p. 3.
- *Dalla penombra alla luce*, in “La Stampa”, 16 giugno 1938, p. 5.
- *Bonifica umana. Trionfo dello spirito. La trasformazione morale nei figli dei reclusi*, in “La Stampa”, 15 luglio 1938, p. 5.
- *Vita di giornalista*, a cura di Ernesto Caballo, Torino, Aiace, 1966.

Atti della II Riunione Europea per l'Igiene Mentale. Roma 27-28 Settembre 1933, in “L'Igiene Mentale”, anno XIII, fascicolo 3, 1933 e anno XIV, fascicoli 1-2, 1934.

Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939.

Atti del II Congresso internazionale per la protezione dell'infanzia, redatti a cura G.B. Allaria, Julien Ruben, Ernesto Egidi, Varallo Sesia, Arti grafiche De Grandi, 1937.

Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale, Milano, 23-24 Novembre 1930, in "L'Infanzia Anormale", numero unico, 1930.

Atti del III Convegno Nazionale Medico-Pedagogico, Roma, 29 settembre 1933, in "Rivista di Psicologia normale e patologica", anno XXIX, 1933, pp. 185-222.

Atti ufficiali del I Convegno di Biopedagogia e Ortogenesi, Milano, 10 dicembre 1939, "La scuola di oggi" editrice, 1940.

Atti del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria (Siena 1-4 Ottobre 1933), in "Rivista Sperimentale di Freniatria", anno LVIII, Reggio Emilia, 1935.

Banissoni Ferruccio, *Instabilità psichica e fattori sociali in un gruppo di minori assistiti*, in "Rivista di Psicologia normale e patologica", anno XXX, 1934, pp. 13-25.

Barbera Mario, *Ortogenesi e biotipologia*, Roma, La Civiltà Cattolica, 1943.

Baumann Emilio, *Psicocinesia ovvero l'educazione dello spirito mediante quella del corpo*, Roma, 1913.

Beard George Miller, *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment*, New York, William Wood A. Company, 1880 (trad. it. *Trattato pratico dell'esaurimento nervoso (neurastenia): sintomi, natura, conseguenze, trattamento*, Milano, Vallardi, 1892).

Bertolani Del Rio Maria, *Colonia Scuola "Antonio Marro" (Reggio Emilia)*, in "Maternità ed infanzia", anno II, n. 5, maggio 1927, pp. 39-48.

Bianchi Leonardo,

- *Eugenica, igiene mentale e profilassi delle malattie nervose e mentali*, Idelson, Napoli, 1925.
- *La critica della psicanalisi*, in "Quaderni di psichiatria", vol. XIII, 1926, pp. 53-57.

Bianchini Giuseppe, *Educabilità e benefici che i fanciulli deficienti psichici possono trarre dal trattamento medico-fisico-pedagogico*, in *La valutazione delle deficienze psichiche del fanciullo e l'igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità*, atti del Convegno nazionale, in *I problemi della*

maternità e dell'infanzia, Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia, Roma, 1941, pp. 56-71.

Bilancioni Guglielmo, voce *Gherardo Ferreri*, in *Enciclopedia Italiana*, di Scienze, Lettere e Arti, volume XV, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 1932, pp. 61-62.

Bollea Giovanni, *Nuove vedute sulla organizzazione dell'igiene mentale infantile in Italia*, in "L'Igiene Mentale", IV, 1960, pp. 155-170.

Bonaparte Marie, *De la Prophylaxie infantile des Névroses*, Paris, Les édition denoel et steele, 1931.

Bonaventura Enzo,

- *Psicologia dell'età evolutiva (infanzia e adolescenza)*, Lanciano, Giuseppe Carabba editore, 1930.
- *Problemi dell'orientamento professionale degli anormali psichici*, estratto dalla "Rivista di Psicologia", a. XXVII, Stabilimenti Poligrafici Riuniti, Bologna, 1931.
- *Sul tempo di reazione dei fanciulli instabili*, in "Rivista di Psicologia", anno XXVIII, 1932, pp. 148-149.

Bonfigli Clodomiro, *Dei fattori sociali della pazzia in rapporto con l'educazione infantile*, Roma, 1894.

Boschi Gaetano, *Piccoli segni di patologia neuro-psichica su cui ragguagliare gli educatori*, in *La valutazione delle deficienze psichiche del fanciullo e l'igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità*, atti del Convegno nazionale, in *I problemi della maternità e dell'infanzia, Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia*, Roma, 1941, pp. 85-94.

Bottai Giuseppe, *Introduzione a "L'educazione dei minorati"*, anno I, numero I, novembre 1941, pp.1-3.

Botter Flavia, *Considerazioni sull'insegnamento in una Colonia per anormali psichici gravi*, in "L'Igiene Mentale", anno VIII, n. 2, 28 agosto 1928, pp. 12-18.

Bourjade Jean, *L'intelligence et la pensée de l'enfant*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1937

Bruno Francesco, *La ginnastica italiana nella cura medico-pedagogica dei fanciulli anormali*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in "L'Infanzia Anormale", numero unico, 1930, pp. 217-224.

Brusa Piero, *Possibilità e organizzazione della azione preventiva neuropsichiatrica nella prima infanzia*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, XVII, anno 1939, pp. 47-52.

Cacchione Aldo, *Le tendenze criminali negli instabili*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. II, pp. 43-49.

Calò Giovanni,

- *Scuole magistrali ortofreniche ed educazione degli anormali*, pubblicato in “Diritti della Scuola”, n. 31, 1926, poi in G. Calò, *Problemi vivi e orizzonti nuovi dell'educazione nazionale*, Firenze, Barbèra, 1935, pp. 409-415.
- *Scuola del lavoro e ministero unico della scuola*, estratto da “I diritti della scuola”, giugno 1927.
- *L'educazione degli anormali. Un dovere sociale: vittorie di oggi e compiti per l'avvenire*, in *Problemi vivi e orizzonti nuovi dell'educazione nazionale*, Firenze, Barbèra editore, 1935, pp. 417-439.
- *L'obbligo dell'istruzione per i fanciulli anormali*, in *Cultura e vita. Maestri e discepoli nella scuola della nuova Italia*, Brescia, La Scuola, 1939, pp. 641-651.
- *Le classi differenziali. Un esempio: Firenze*, in *Cultura e vita. Maestri e discepoli nella scuola della nuova Italia*, Brescia, La Scuola, 1939, pp. 653-660.
- *La preparazione degli insegnanti speciali e l'obbligo dell'educazione dei minorati psichici*, relazione al I Congresso Nazionale delle Istituzioni per i minorati psichici e fisici, Napoli 20-21 gennaio 1940, Brescia, La Scuola, 1940.
- *Pedagogia degli anormali*, Firenze, Editrice Universitaria, 1946.

Campioni Tommaso, *L'educazione dei frenastenici e l'Istituto Medico-psico-pedagogico per anormali psichici minorenni annesso all'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò di Siena*, in “Rassegna di Studi Psichiatrici”, vol. XXIII, 1934, pp. 1253-1345.

Carelli Augusto, *Salviamo il fanciullo delinquente*, in “Maternità ed infanzia”, a. IX, n. 7, luglio 1934, p. 8.

Cervellati Jolanda,

- *Scuola speciale per bambini tardivi nel Comune di Bologna*, in “L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell'Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. II, seconda serie, 1926, pp. 129-132.
- *La scuola per bambini tardivi*, in “L'Igiene Mentale”, anno VI, 1926, numero VI.
- *Rigenerazione*, Bologna, Cappelli, 1935.

Challiol Vittorio, *Profitto scolastico e crisi epilettiche nell'adolescenza*, in “L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell'Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, 1932, pp. 37-58.

Cherubini Arnaldo, *Corrado Tumiatì, medico e scrittore*, in C. Tumiatì, *Zaino di sanità*, Udine, Gaspari, 2009, pp. 25-33.

Cimatti Leone, *L'orientamento professionale dei minorati*, in “L'educazione dei minorati”, anno I, numero 3, marzo 1942, pp. 186-191 e anno I, numero 4, maggio 1942, pp. 241-247.

Ciò che può fare la scuola per la selezione dei migliori in “Difesa sociale”, anno III, n.12, dicembre 1924.

Circolare del Ministero dell'Educazione Nazionale ai RR. Provveditori agli studi del Regno in data 16 dicembre 1930, in “L'assistenza ai Minorenni Anormali. Bollettino dell'Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. III, 1932, p. 117.

Circolare n. 58 del Ministero dell'Educazione Nazionale ai RR. Provveditori agli studi del Regno in data 5 novembre 1934, in “L'assistenza dei Minorenni Anormali. Rivista edita dell'opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. IV e V, 1933 e 1934, p. 204.

Circolare del Ministero dell'Educazione Nazionale del 2 dicembre 1937 *Materiale della Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma*, in “L'assistenza dei Minorenni Anormali. Rivista edita dall'opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. VI a X, 1939, pp. 421-422.

Corberi Giuseppe,

- *La “Sezione Lombarda” della Lega di igiene mentale è costituita*, in “La Voce Sanitaria”, a. IV, n. 5, 6 settembre 1924, pp. 15-17.
- *Sul dispensario psichiatrico di Milano e sulla profilassi mentale*, in “L'Igiene Mentale”, a. IX, n. 1, aprile 1929, pp. 5-11.
- *Sulla perversione istintiva*, in “Atti del VII Congresso di Psicologia sperimentale e psicotecnica”, Torino, 18-20 novembre 1929 in “L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali”, anno XXII, aprile dicembre 1929.
- *Dementia praecocissima, dementia infantilis, phrenasthenia aparetico-aphasica tardiva e stati psicopatici prepuberali transitori* in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in “L'Infanzia Anormale”, numero unico, 1930, pp. 201-209.
- *La nuova sezione di Neuropsichiatria infantile dell'Ospedale Psichiatrico di Milano*, “Atti del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria”, Siena, 1-4 ottobre 1933, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. LVIII, fasc. III-IV, 1935, pp. 703-718.

- *Influenza della famiglia sulla criminalità minorile*, in *Atti della II Riunione Europea per l'Igiene Mentale. Roma 27-28 Settembre 1933*, in “L'Igiene Mentale”, anno XIV, fascicoli 1-2, 1934, pp. 58-59.
- *L'assistenza etero-famigliare ai malati di mente in Italia*, in “L'Igiene Mentale”, XV, n. 3, 1935, pp. 3-9.
- *La debolezza intellettuale come causa di criminalità infantile*, in *Premier congres international de psychiatrie infantile, III. Rapports de psychiatrie juridique*, S.I.L.I.C., Lille, 1937, pp. 155-159.

Cortesi Tancredi,

- *Il Nuovo Ordinamento degli ospedali psichiatrici provinciali di Venezia*, Venezia, tipografia ospedali psichiatrici provinciali, 1937.
- *Il primo decennio di attività del servizio di profilassi mentale*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, 1937, pp. 91-99.

Costituzione della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale, in “Difesa sociale”, anno III, ottobre 1924, n. 10, pag. 258.

Cottone Carmelo,

- *Il Convegno di Napoli e il problema educativo dei minorati psichici e fisici*, in “L'educazione dei minorati”, anno I, numero 2, gennaio 1942, pp. 114-121.
- *Ereditarietà e ambiente*, in “L'educazione dei minorati”, anno I, numero 3, marzo 1942, pp. 191-194.

Crichton-Miller Hugh, *The New Psychology and the Parent*, London, Jarrolds publishers, 1922.

Czerny Adalbert, *Il medico educatore del bambino: libro per i medici, per le madri, per i maestri*, trad. italiana a cura di A. Borrino, Torino, Soc. Tip. Editrice Nazionale, 1913.

D'Antona Serafino, *Il problema profilattico dell'infanzia instabile*, in *La valutazione delle deficienze psichiche del fanciullo e l'igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità*, atti del Convegno nazionale, in *I problemi della maternità e dell'infanzia*, Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia, Roma, 1941, pp. 95 e sgg.

De Casabianca P., De Marsico A., Pisani D., *Etiologia e diagnostica della criminalità minorile e influenza dei risultati di tali ricerche sugli ordinamenti giuridici*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. I, pp. 5-98.

Decroly Ovide,

- *Una scuola per la vita attraverso la vita*, a cura di Francesco de Bartolomeis, Torino, Loescher editore, 1971 (prima edizione Torino, Vincenzo Bona, 1911).
- *Parallèle entre les troubles mentaux de l'adulte et de l'enfant*, in “Journal de neurologie et de psychiatrie”, a. 23, 1923, pp. 41-45.

Decroly Ovide e Monchamp Eugénie, *L'initiation a l'activité intellectuelle et motrice par les jeux éducatifs. Contribution à la pédagogie des jeunes enfants et des irréguliers*, Neuchatel-Paris, 1914 poi *Avviamento all'attività intellettuale e motrice mediante i giuochi educativi. Contributi alla pedagogia dei bambini e degli anormali*, Firenze, La Nuova Italia, 1951.

De Giacomo Umberto, *Diagnosi e terapia della delinquenza minorile postencefalitica*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. II, pp. 91-95.

Del Greco Francesco, *Sull'antica sentenza “Mens sana in corpore sano”*, in “L'Igiene Mentale”, anno XI, luglio 1931, n. 2, pp. 10-11.

De Lisi Lionello,

- *Eugenica e igiene mentale nel libro di un Maestro*, in “La Voce Sanitaria”, anno V, n. 5, settembre 1925, pp. 3-7.
- *Encefalite epidemica*, in Florian Eugenio, Niceforo Alfredo e Pende Nicola, a cura di, *Dizionario di criminologia*, 2 volumi, Milano, Vallardi, 1943, pp. 283-284.

Demoor Jean e Jonckheere Tobie, *La science de l'éducation*, Bruxelles, Maurice Lamertin, Paris, Librairie Félix Alcan, 1925, troisième édition.

De Sanctis Carlo,

- *I riflessi condizionali in neuropsichiatria infantile*, in *Premier congrès international de Psychiatrie infantile, I. Rapport introductif et rapports de psychiatrie générale*, Lille, S.I.L.I.C., 1937, pp. 175-187, poi anche in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, a. 1938, vol. LXII, pp. 723-737.
- *Educazione e riflessi condizionali*, in “L'educazione dei minorati”, anno I, numero 3, marzo 1942, pp. 155-161.
- *Aspetti del movimento in Italia in favore dell'opera di recupero. Le figure di S. De Sanctis e di G. Montesano*, in “L'Igiene Mentale”, anno X, numero 1, 1966.
- *La Lega d'Igiene e Profilassi Mentale dal 1924 al 1967. Attualità e prospettive future*, in “L'Igiene Mentale”, XI, n. 4, 1967, pp. 1143-1158.

De Sanctis Sante,

- *Sul trattamento dei fanciulli deficienti*, Roma, Società editrice Dante Alighieri, 1896.

- *Cesare Lombroso nella psicologia normale e patologica e nella pedagogia*, in Aa. Vv., *L'opera di Cesare Lombroso nella scienza e nelle sue applicazioni*, Torino, Bocca, 1908.
- *Psicologia sperimentale e pedagogia*, Roma, Tipografia dell'unione editrice, 1911.
- *Educazione dei deficienti*, Milano, Vallardi, 1914.
- *Deboli di mente e criminali*, in “La scuola positiva nella dottrina, giurisprudenza, legislazione penale”, anno XXV, n. 10, 1915, pp. 961-976.
- *L'utilità sociale dell'educazione dei deficienti*, in “L'Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro anormali”, giugno 1915, anno VIII, numero 6, pp. 85-87.
- *Classi speciali per “differenziati superiori”?*, in “L'Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro anormali”, agosto settembre 1918, anno XI, pp. 95-99.
- *Studi di neuropsichiatria infantile: i fanciulli psicastenici*, in “L'Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro anormali”, numero 1, 1921.
- *Riformare la scuola*, Edizioni dell'Istituto italiano d'igiene, previdenza ed assistenza sociale, Roma, tip. Leonardo da Vinci, 1922.
- *La psicotecnica sperimentale*, in “Difesa sociale”, anno I, n. 12, dicembre 1922, pp. 255-261.
- *La neuropsichiatria infantile*, in “Rassegna di Studi Psichiatrici”, fasc. 2-3, vol. XII, 1923, pp. 97-121.
- *Responsabilità dei genitori verso i figli e la Società*, in Atti del 3° Congresso Nazionale Femminile “L'educazione in famiglia”, Roma 3-8 maggio 1923, Roma, tipografia del Corriere d'Italia, 1923, pp. 42-56.
- *Per l'assistenza dei fanciulli anormali educabili*, in “L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali”, a. XVII, 1924, n. 1, pp. 1-4.
- *Neuropsichiatria infantile. Patologia e diagnostica*, Roma, Stock, 1925.
- *Per l'assistenza degli anormali psichici*, in “Maternità ed infanzia”, a. I, novembre 1926, n. 1, pp. 8-14.
- *Il fattore morale nell'assistenza dell'infanzia*, in “Maternità ed infanzia”, a. I, dic. 1926, n. 2, p. 20.
- *Tecnica e carità*, in “Maternità ed infanzia”, a. II, n. 6, giugno 1927, pp. 22-29.
- *I problemi di rieducazione*, in “Gerarchia”, a. VIII, n. 12, dicembre 1928, pp. 960-971.
- *Fanciulli “differenziati” e la neuropsichiatria infantile*, in “L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali”, anno XXI, aprile-giugno 1928.
- *Il problema della educabilità* in “L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali”, anno XXI, luglio-dicembre 1928.
- *Infanzia anormale. Vecchi e nuovi programmi*, in “L'Infanzia Anormale. Rivista di neuropsichiatria infantile, di assistenza medico-pedagogica e d'igiene scolastica”, nuova serie, anno XXI, volume I, gennaio-marzo 1928.

- *Previsione del successo dell'opera dei medici ed insegnanti nelle varie forme di instabilità e di debolezza mentale*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in “L’Infanzia Anormale”, numero unico, 1930, pp. 14-30.
- *Deficiente e Scuole per deficienti*, in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, volume XII, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, 1931, pp. 481-483.
- *Il tormento educativo*, estratto dalla “Rivista Pedagogica”, anno XXV, Milano, Società anonima editrice Dante Alighieri, 1932.
- *L’Opera nazionale per la maternità e l’infanzia e gli anormali fisici e psichici*, in “Scuola positiva. Rivista di diritto e procedura penale”, a. 13, 1933, pp. 292-301.
- *La instabilità. Problemi e discussioni*, in *Atti del III Convegno Nazionale Medico-Pedagogico organizzato dalla Società Italiana “Pro infanzia anormale”*, Roma, 29 settembre 1933, in “Rivista di Psicologia normale e patologica”, anno XXIX, 1933, pp. 186-222.
- *Dispensari di eugenica e problema demografico*, in “L’Igiene Mentale”, anno XIV, fascicolo 3, 1934, pp. 4-7.
- *Date memorabili nell’assistenza ai minorenni travati e delinquenti, in Italia*, in “L’Igiene Mentale”, anno XV, 1 febbraio 1935, fascicolo 1, pp. 2-7.
- *Introduzione a J. Cervellati, Rigenerazione*, Bologna, Cappelli, 1935.
- *L’eredità in campo Neuro-Psichiatrico*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. LIX, 1935, pp. 1-31.
- *Delinquenza infantile*, in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, volume XIX, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, pp. 189-190.
- *Autobiografia*, in “Rivista di Psicologia normale e patologica”, anno XXXIII, 1937, pp. 1-16 e 69-83.

Deuxieme Congrès International d’Hygiène Mentale, Paris, 19-25 luglio 1937, in “Annales Médico-Psychologiques”, a. 1937, vol. 2.

Disposizioni sui manicomi e sugli alienati, legge 14 febbraio 1904, n. 36, in “Gazzetta Ufficiale”, n. 43, 22 febbraio 1904.

Di Tullio Benigno,

- *La emozionabilità nei fanciulli delinquenti*, in “Zacchia”, a. II, n. 6, 1923, pp. 174-187 e a. III, fasc. 3-4, 1924, pp. 77-94.
- *La delinquenza minorile*, in “Archivio fascista di medicina politica”, volume II, 1928, pp. 58-60.
- *Sulla profilassi e terapia della criminalità minorile*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 5, maggio 1928, pp. 415-421.

- *Sulla tendenza istintiva al delitto nei fanciulli*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 7, luglio 1928, pp. 545-548.
- *Verso la bonifica morale della nazione*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 8, agosto 1928, pp. 642-645.
- *La costituzione delinquenziale nella etiologia e terapia del delitto*, Roma, Anonima Romana Editoriale, 1929.
- *L’igiene mentale e la pedagogia scientifica dell’Opera Nazionale Maternità e Infanzia*, in “Maternità ed infanzia”, a. IV, n. 8, agosto 1929, pp. 863-866.
- *I centri di osservazione dell’O.N.M.I. nella profilassi della delinquenza dei minorenni*, in “Maternità ed infanzia”, a. IX, n. 10, ottobre 1934, pp. 3-5.
- *Il consultorio di medicina pedagogica emendativa dell’O.N.M.I. in rapporto all’igiene sociale ed alla profilassi criminale precocissima*, in “Difesa sociale”, 1935, pp.117-124.
- *Sui metodi di educazione del fanciullo anormale dell’intelligenza e del carattere*, in *Premier congres international de Psychiatrie infantile, II. Rapports de psychiatrie scolaire*, S.I.L.I.C., Lille, 1937, pp. 185-194.
- *La personalità del minore in relazione all’ambiente*, Roma, F.lli Pallotta, 1938.
- *La profilassi della delinquenza minorile in Italia*, Roma, F.lli Pallotta, 1940.
- *Medicina pedagogica emendativa. Guida per la rieducazione dei minorenni anormali della condotta, travati e delinquenti*, Organizzazione Editoriale Tipografica, Roma, 1946.

Donaggio Arturo,

- *Caratteri della romanità*, “La difesa della razza”, 1, 5, 1938.
- *Relazioni generali e discussioni*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. I, pp. 259-262.
- *Relazione*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. II, pp. 111-114.
- *L’igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità*, in *La valutazione delle deficienze psichiche del fanciullo e l’igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità*, atti del Convegno nazionale, in *I problemi della maternità e dell’infanzia*, Mostra nazionale delle colonie estive e dell’assistenza all’infanzia, Roma, 1941, pp. 72-84.

D’Ormea Antonio,

- *I reparti manicomiali per rettanti e per fanciulli*, in “Rassegna di Studi Psichiatrici”, 1923, vol. XII, pp. 411-413.
- *Gli ospedali psichiatrici e la profilassi della criminalità minorile*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in “L’Infanzia Anormale”, numero unico, 1930, pp. 70-71.
- *Un problema sociale. L’assistenza ai fanciulli deficienti*, in “Maternità ed infanzia”, a. V, n. 6, giugno 1930, pp. 582-595.

Dovigo Maria Elvira, *Il lavoro come mezzo di educazione nell'Istituto Medico-Pedagogico della Provincia di Venezia "Villa Pancrazio" in Marocco di Mogliano Veneto*, Venezia, 1944.

Emma Michele, *Postumi della encefalite epidemica ed eboidofrenia nella etiologia della criminalità minorile*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. II, pp. 115-133.

Esquirol Jean Etienne Dominique, *Delle passioni considerate come causa, sintomo e cura dell'alinazione mentale*, trad. it. Venezia, Marsilio, 1982 [1805].

Fabbri Sileno,

- *Commissione per lo studio di questioni circa i minorenni abbandonati, travati e delinquenti*, in "Archivio fascista di medicina politica", volume VI, 1932, pp. 218-225.
- *La tutela morale dei minorenni*, in "Maternità e infanzia", a. VIII, giugno 1933, pp. 5-8.
- *Per i minorenni delinquenti*, in "Maternità ed infanzia", a. X, n. 8, agosto 1935, pp. 1-3.

Falorni Maria Luisa,

- *Studi sull'attenzione negli anormali psichici*, in "Rivista di Psicologia normale e patologica", anno XXXV, 1939, pp. 335-375.
- *Lo studio psicologico del carattere e delle attitudini*, Firenze, Editrice Universitaria, 1961.

Fantini Adolfo, *L'Assistenza degli Anormali e la Commissione Reale per i minorenni*, in "L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'associazione romana per la cura medico-pedagogica dei fanciulli anormali e deficienti poveri", anno V, 1911, n. 23-24, pp. 117-123.

Farquharson Robert, *On overwork*, in "The Lancet", vol. 107, 1876, pp. 9-10.

Fattovich Giovanni

- *La Colonia Medico pedagogica degli Ospedali Psichiatrici Provinciali di Venezia (Organizzazione e risultati)*, in "Rassegna di studi psichiatrici", vol. XXI, 1932, pp. 767-809.
- *Ricerche sulle sieroglobuline nei malati di mente*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. LVIII, 1934, pp. 150-164.
- *Considerazioni sulla catamnesi di un gruppo di fanciulli dimessi dall'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco di Mogliano Veneto*, in "Atti della Lega Italiana di igiene e profilassi mentale", anno XVI, 1938, pp. 33-39.
- *I problemi medico-sociali della psichiatria*, Istituto di Medicina Sociale, Roma, 1951.

- *Istituto Medico-Pedagogico della provincia di Venezia. Relazione sul primo venticinquennio di attività*, Venezia, 1953.
- *Servizio psichiatrico extraospedaliero, Dispensario di igiene e profilassi mentale 1927-1953*, Venezia, 1954.

Ferrari Giulio Cesare

- *I traumi sessuali nei fanciulli*, in “Rivista di Psicologia”, a. I, 1905, pp. 90-98.
- *L’istruzione dei deficienti*, in “Rivista di Psicologia”, a. I, 1905, pp. 305-315.
- *Le favole pericolose. Risposta a Paola Lombroso Carrara*, in “Rivista di Psicologia”, a. I, 1905, pp. 353-354.
- *La psicologia dei giovanetti criminali*, estratto da “Rivista di Psicologia”, Bologna, Stabilimento poligrafico emiliano, 1915.
- *La lega italiana per l’igiene mentale* in “Difesa sociale”, a. III, n. 6, giugno 1924, pp. 132-134.
- *Finalità e limiti dell’assistenza agli anormali* in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in “L’Infanzia Anormale”, numero unico, 1930, pp. 30-38.
- *Effetti degli sports*, in “L’Igiene Mentale”, a. XI, luglio 1931, n. 2, p. 11.
- *L’Onmi e i fanciulli cosiddetti criminali*, in “Rivista di Psicologia”, a. XXVIII, 1932, pp. 239-242.

Ferretti Giulio,

- *L’utilità sociale dell’assistenza degli anormali*, in “L’Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro Anormali”, a. IX, n. 6, 1916, pp. 73-81.
- *La questione utilitaria dell’educazione degli anormali*, in “L’Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro Anormali”, a. IX, n. 8, 1916, pp. 115-122.

Ferretti Gherardo,

- *L’Italia da redimere*, Milano, Bocca, 1916.
- *Eugenica a rovescio*, in “Minerva. Rivista delle riviste”, vol. XLIV, gennaio 1924, pp. 2-3.

Ferri Enrico, *Educazione, ambiente e criminalità*, in “Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale”, vol. 4, 1883, pp. 26-43.

Ferrio Carlo,

- *Epilessia*, in Florian Eugenio, Niceforo Alfredo e Pende Nicola, a cura di, *Dizionario di criminologia*, 2 volumi, Milano, Vallardi, 1943, pp. 285-290.
- *Fughe*, in Florian Eugenio, Niceforo Alfredo e Pende Nicola, a cura di, *Dizionario di criminologia*, 2 volumi, Milano, Vallardi, 1943, pp. 396-397.

- *Note statistico-cliniche sull'assistenza pubblica non coattiva ai malati di mente in Italia*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, XV, 1937, pp. 59-105.

Florian Eugenio, Niceforo Alfredo e Pende Nicola, a cura di, *Dizionario di criminologia*, 2 volumi, Milano, Vallardi, 1943.

Formiggini Santamaria Emilia, *La psicologia del fanciullo normale e anormale con speciale riguardo alla educazione*, Roma, A. F. Formiggini, 1922.

Fox Evelyn, *Guida per una Scuola di anormali gravi*, in “L'Igiene Mentale”, anno VII, n. 1-2, 4 marzo 1927, pp. 9-12.

Gemelli padre Agostino,

- *I riflessi condizionali in psichiatria infantile, relazione presentata al Congresso internazionale di psichiatria infantile*, Parigi 1937, in “Rivista di Psicologia normale e patologica”, anno XXXIII, 1937, pp. 133-148.
- *Il problema degli “instabili”*, in “L'educazione dei minorati”, anno I, numero I, novembre 1941, pp. 21-30.

Gonella Guido, *Salviamo il fanciullo*, discorso tenuto in Campidoglio per l'inaugurazione del Convegno Nazionale dell'Ente per la Protezione Morale del Fanciullo, Roma, Istituto Poligrafico dello Stato, 1946.

Grandi Dino, *Bonifica umana. Decennale delle leggi penali e della riforma penitenziaria*, 2 volumi, Roma, Istituto romano di arti grafiche Tumminelli, 1941.

Gunzburg Isidore, *Trente années de protection de l'enfance anormale à Anvers*, in *Atti della II Riunione Europea per l'Igiene Mentale. Roma 27-28 Settembre 1933*, in “L'Igiene Mentale”, anno XIV, fascicoli 1-2, 1934, pp. 36-39.

Havelock Ellis, *La Deroute des maladies vénériennes. La Moralité sexuelle*, Paris, Mercure de France, 1931.

Heuyer Georges, *Enfant anormaux et délinquants juvéniles. Nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers*, G. Steinheil éditeur, Paris, 1940.

Heuyer Georges, Badonnel Marguerite, *Rapport*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. II, pp. 159-187.

I fanciulli anormali e la guerra, in “L’Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro anormali”, numeri 8-9, 1918, anno XI, pp. 93-94.

Il nuovo schema di legge sui Manicomi e sugli alienati, in “La Voce Sanitaria”, a. III, n. 6-7, giugno 1923, pp. 3-4.

Il XVII Congresso della Società Freniatria Italiana e i problemi assistenziali, in “La Voce Sanitaria”, anno V, novembre 1925, numero 6, pp. 5-7.

Il Convegno per i minorati fisici e psichici a Napoli, in “La Scuola Positiva. Rivista di Diritto e Procedura Penale”, 1940, vol. XX, pp. 190-191.

I. M., *La profilassi mentale nell’ultimo progetto di legge sull’assistenza pubblica ai malati di mente*, “L’Igiene Mentale”, XIII, n. 2, 1933, pp. 3-5.

Interlandi Telesio, *Canovaccio per commedia*, in “Il Tevere”, 17-18 ottobre 1938, p. 1.

Istituto Umberto I per fanciulli tardivi e nervosi, in “L’Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana pro Anormali”, 1919, n. 1-2, pp. 14-16.

Janet Pierre,

- *La médecine psychologique*, Paris, Flammarion, 1924.
- *Le Névroses*, Paris, Flammarion, 1927.

Johnson George, *On some nervous disorders that result from overwork and mental anxiety*, in “The Lancet”, vol. 106, 1875, pp. 651-654.

La costituzione della “Lega Italiana di profilassi e igiene mentale”. Verbale della seduta inaugurale (Bologna 19 ottobre 1924), in “La Voce Sanitaria”, anno IV, numero 6, novembre 1924, pp. 7-13.

La Lega Italiana di Profilassi e Igiene mentale, in “La Voce Sanitaria”, a. IV, n. 3, 15 maggio 1924, pp. 5-7.

Landra Guido, Gemelli Agostino, Banissoni Ferruccio, *Antropologia e psicologia*, Bompiani, Milano, 1940.

La nuova legge sull’assistenza pubblica ai malati di mente, in “L’Igiene Mentale”, VI (2), 1926, pp. 7-11.

La valutazione delle deficienze psichiche del fanciullo e l'igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità, atti del Convegno nazionale, in *I problemi della maternità e dell'infanzia*, Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia, Roma, 1941.

“*Lega Italiana di Profilassi e Igiene Mentale*”, in “*La Voce Sanitaria*”, a. IV, n. 5, settembre 1924, pp. 13-15.

Legge 10 dicembre 1925 n. 2277, *Protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia*, in “*Gazzetta Ufficiale*” n. 4 del 7 gennaio 1926.

Levi Ettore,

- *Programma di una Lega italiana per l'igiene mentale*, in “*Quaderni di psichiatria. Rivista mensile teorica e pratica*”, vol. IV, n. 1-2, gennaio-febbraio 1922, pp. 30-33.
- *Alle radici dei mali sociali: il fascismo alla prova*, in “*Difesa sociale*”, anno II, n. 1, gennaio 1923, pp. 1-4.

Levi Luisa,

- *Eugenica e malattie nervose*, estratto dalla “*Rivista di Clinica ed Igiene Infantile*”, Minerva, Torino, 1928.
- *Sulla decadenza etica dei fanciulli da encefalite epidemica*, estratto dai “*Quaderni di Psichiatria*”, numeri 5-6, anno XV, 1928.
- *Eredità e ambiente come determinanti delle malattie mentali. Assistenza ai figli dei malati di mente*, estratto da “*Minerva Medica*”, Tipografia Editrice Minerva, Torino, 1928.
- *Esperimenti pedagogici sui ragazzi anormali della colonia medico-pedagogica di Marocco*, relazione al VII Convegno di Psicologia sperimentale, Torino 1929, in “*L'Infanzia Anormale*”, vol. II, 1929, pp. 82-91 e come estratto dalla “*Rivista di Psicologia*”, 1931.
- *Relazione sull'andamento della Colonia medico-pedagogica di Marocco nell'anno 1929-1930*, Tipografia dei manicomi di Venezia, 1930.
- *Impulso a mordere e psiconevrosi nell'infanzia*, estratto da “*Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale*”, fasc. IV, luglio-agosto 1930, Torino, Bocca, 1930.
- *Come si può interpretare il concetto di educabilità nei fanciulli frenastenici*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in “*L'Infanzia Anormale*”, numero unico, 1930, pp. 96-102.
- *Sul decorso e la prognosi della encefalite epidemica nei ragazzi*, estratto da “*Quaderni di psichiatria*”, anno XVII, 1930, n. 5-6, Genova, 1930.
- *Osservazioni sui rapporti fra accessi epilettici e malattie intercorrenti*, estratto dal “*Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*”, anno LIX, 1, 1931.

- *La sorveglianza medica sull'educazione dei fanciulli*, in “L'Igiene Mentale”, settembre 1932, pp. 5-9.
- *Piccolo figurinaio*, estratto da “Pedagogia familiare”, La tipo tecnica, Milano, 1932.
- *Sulle deviazioni del senso della propria personalità*, estratto da “Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale”, fascicolo IV, luglio-agosto 1932, Torino, Bocca, 1932.
- *Eretismo psichico infantile e sviluppo precoce della vita sessuale*, in “La pediatria del medico pratico”, volume 9, 1934, pp. 141-146 poi come estratto, Torino, Tipografia Vincenzo Bona, 1934, pp. 1-8.
- *Un caso di equivalente epilettico protratto*, estratto dal “Giornale della Regia Accademia di Medicina di Torino”, volume XCVIII, anno 1935, pp. 252-259.
- *L'educazione degli anormali psichici dal punto di vista sociale*, estratto da “La pediatria del medico pratico”, tipografia Bona, Torino, 1936.
- *Teorie ereditarie e psicopatie*, in *Atti del Congresso di Eugenetica*, Genova, 1938.
- *Sull'importanza della eredità nella patogenesi delle anomalie psichiche infantili* in *Scritti degli allievi dedicati al Prof. G. B. Allaria nel XXV anno di cattedra*, tipografia Vincenzo Bona, Torino, 1938, pp. 146-154.
- *Fattori psicologici nella fatica del lavoro domestico* in *Atti del primo convegno nazionale postbellico*, Torino 18-21 settembre 1948, pp. 21-24.
- *L'educazione sessuale: orientamento per i genitori*, Roma, Editori Riuniti, 1962.

Levi Bianchini Marco,

- *Fondamenti, caratteri e funzioni del Dispensario di Igiene Mentale*, in “L'Igiene Mentale”, anno VIII, dicembre 1928, n. 3, pp. 3-12 (anche come estratto pubblicato a Venezia, tipografia del “Gazzettino”, 1928).
- *Educazione e psicologia individualistica in rapporto ad alcuni tipi di bambini difficili* in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in “L'Infanzia Anormale”, numero unico, 1930, pp. 43-52.

Levi Luisa, Gavarino Graziella, *Dei rapporti fra adenoidismo e disturbi mentali nell'infanzia*, in “La pediatria del medico pratico”, vol. 10, 1935, pp. 168-176.

Levy David M.,

- *Maternal Overprotection and Rejection*, in “Archives of Neurology and Psychiatry”, 25, 1931, pp. 886-889.
- *Maternal Overprotection*, New York, Columbia University Press, 1943.

Lombroso Cesare,

- *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*, (conforme alla quinta edizione del 1897), Milano, Bompiani, 2014.

– *Genio e follia*, Milano, Brigola, 1872.

Lombroso Carrara Paola, *In difesa delle fiabe*, in “Rivista di Psicologia”, anno I, pp. 293-296.

Lombroso Ferrero Gina, *I tribunali nel Belgio e la loro influenza sulla diminuzione della criminalità*, in “Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale: organo ufficiale della Associazione italiana di medicina legale e delle assicurazioni”, vol. XLIII, fasc. VI, anno 1923, pp. 507-512.

Lugaro Ernesto, *Esercizi fisici e Igiene Mentale*, in “L’Igiene Mentale”, anno XI, n. 2, luglio 1931, p. 9.

Lupo Renaudo Rosina, Peraldo Enrichetta, *Relazione sulla visita fatta alla scuola autonoma “Zaccaria Treves” a Milano il 28-29 aprile 1915*, in “L’Infanzia Anormale”, a. VII, n. 9-10, 1915, pp. 134-148.

Mangano Lory, *Maria Pezzè Pascolato*, in “Maternità ed infanzia”, a. VIII, n. 4, aprile 1933, pp. 14-15.

Mangili Gina,

– *Istruzioni su l’uso del materiale edito da la Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma per esercizi autodidattici secondo i programmi de la classe 1^a elementare*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell’Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, seconda serie, 1932, pp. 59-79.

– *Schede in uso per ricerche individuali su gli alunni de le “Classi Differenziali” dipendenti da la Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell’Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, seconda serie, 1932, pp. 80-100.

Mango Tullio,

– *L’Eugenetica e gli anormali educabili*, in “L’Infanzia Anormale. Bollettino dell’Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali”, anno XVII, n. 1, febbraio 1924, pp. 11-14.

– *Il problema della delinquenza minorile*, in “L’educazione dei minorati”, anno I, numero 2, gennaio 1942, pp. 96-108 e anno I, n. 3, marzo 1942, pp. 177-185.

Marquebreucq Fernand, *Les enfants anormaux. Manuel de gymnastique rationnelle*, Bruxelles, 1919.

Marro Antonio, Lombroso Cesare, *I germi della pazzia morale e del delitto nei fanciulli*, in “Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale”, volume 4, 1883, pp. 7-17 e 158-167.

Marzi Alberto, *Corso di psicologia dell'età evolutiva per gli allievi della Scuola Magistrale Ortofrenica di Firenze*, Firenze, Società Editrice Universitaria, 1942.

Mazzetti Roberto, *Normali e anormali nelle scuole elementari*, in “L'educazione dei minorati”, anno I, n. 2, gennaio 1942, pp. 109-114.

Medea Eugenio,

- *Scuola e igiene mentale*, in *Atti della II Riunione Europea per l'Igiene Mentale. Roma 27-28 Settembre 1933*, in “L'Igiene Mentale”, anno XIII, n. 3, 1933, pp. 5-17.
- *La “Scuola Rinnovata” della Pizzigoni come scuola elementare modello anche in rapporto all’Igiene Mentale*, in *Atti del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria*, Siena, 1-4 ottobre 1933, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. LVIII, fasc. III-IV, 1935, pp. 822-826.
- *La carta della scuola e l'educazione dell'infanzia anormale*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, anno XVIII, 1938, p. 122.
- *Sviluppo storico della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale*, in “L'Igiene Mentale”, I, n. 1, 1957, pp. 17-25.

Modena Gustavo,

- a cura di, *Relazione statistico-sanitaria sugli alienati presenti nei luoghi di cura al 1° gennaio 1926*, Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia, Roma, Tipografia Operaia Romana, 1928.
- *La morbosità per malattie mentali in Italia nel triennio 1926-1927-1928*, Istituto Centrale di Statistica del Regno d'Italia, Roma, Pailli, 1933.

Modigliano Eugenio,

- *Scuola Magistrale Ortofrenica di Firenze e Istituto Umberto I per fanciulli tardivi e nervosi in Firenze*, in “L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell'Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. II, seconda serie, 1926, pp. 120-128.
- *Relazione della Scuola Magistrale Ortofrenica di Firenze*, in “L'assistenza dei Minorenni Anormali”, vol. IV e V, 1935, pp. 187-194.
- *Il censimento dei fanciulli anormali psichici nelle Scuole Elementari del Comune di Firenze*, in “L'Igiene Mentale”, anno XV, 1 febbraio 1935, fascicolo 1, pp.11-14.

Mòglie Giulio, *Relazione*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. II, pp. 211-216.

Montessori Maria,

- *Misericordie sociali e nuovi ritrovati della scienza*, in "Roma. Rivista politica parlamentare", 31 luglio 1898, pp. 605-608.
- *Norme per una classificazione dei deficienti in rapporto ai metodi speciali di educazione*, in *Atti del comitato ordinatore del II Congresso pedagogico italiano*, Napoli 1899-1901, Tip. Trani, 1902, pp. 144-167.
- *Antropologia pedagogica*, Milano, Vallardi, 1910.

Montesano Giuseppe Ferruccio,

- *Norme per una classificazione dei deficienti in rapporto ai metodi speciali di educazione*, in *Atti del comitato ordinatore del II Congresso Pedagogico Italiano*, Napoli, 1899-1901, Tip. Angelo Trani, 1902.
- *Sui criteri per la compilazione di carte biografiche nelle scuole elementari*, in "Assistenza ai minorenni anormali", 1913, pp. 21-22.
- *Il bello e l'arte nell'educazione degli amorali*, Roma, Tipografia editrice nazionale, 1913.
- *I disturbi della volontà*, estratto dall'"assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino della Scuola Magistrale Ortofrenica", anno I, n. 3-4, 1914.
- *I nuovi orizzonti per l'educazione dei minorenni anormali*, estratto dal "Bollettino della Scuola Magistrale Ortofrenica, L'assistenza dei Minorenni Anormali", anno II, n. 3-4, marzo-giugno 1915.
- *Ortofrenia ed Eugenia*, in "L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino trimestrale della Scuola magistrale ortofrenica", anno III, n. 1-2, 1915, pp. 1-7.
- *Le classi speciali per alunni ritardatari*, in "L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino trimestrale della Scuola magistrale ortofrenica", anno III, n. 1-2, 1915, pp. 8-25.
- *Pedagogia scientifica positiva*, estratto da "L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino della Scuola Magistrale Ortofrenica", anni V e VI, 1919, Roma.
- *Le attività spirituali come valore biologico e come fine educativo*, estratto da "L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell'Opera Scuola Magistrale Ortofrenica", Roma, Società Tipografica Manuzio, 1926.
- *L'esame delle caratteristiche individuali*, in "L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell'Opera "Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma", vol. 2, II serie, 1926, pp. 1-95.
- *Differenziali, classi* in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, volume XII, Istituto della Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, Roma, 1931, p. 798.
- *La debolezza mentale*, in "L'assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell'Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma", seconda serie, 1932, pp. 3-25.

- *La debolezza morale*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali. Rivista edita dell’opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. IV e V, seconda serie, 1933 e 1934, pp. 3-36.
- *Gli anormali psichici. Lezioni del prof. Giuseppe Montesano*, Roma, Officina di arti grafiche, 1934.
- *Edonofilia e algofilia*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali”, vol. VI a X, 1939, pp. 3-64.
- *Minorati psichici*, in Florian Eugenio, Niceforo Alfredo e Pende Nicola, a cura di, *Dizionario di criminologia*, 2 volumi, Milano, Vallardi, 1943, pp. 543-554.

Montesano Levi Della Vida Maria,

- *L’attività della Scuola Magistrale ortofrenica di Roma nell’assistenza dei fanciulli anormali psichici*, in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in “L’Infanzia Anormale”, numero unico, 1930, pp. 193-201.
- *Attività dell’Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma nel biennio 1932-1933*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali. Rivista edita dell’opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. IV e V, 1933 e 1934, pp. 150-156.

Morel Bénédicte Augustin, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espace humaine*, Paris, Baillière, 1857.

Morselli Enrico,

- *La neurastenia degli adolescenti*, Milano, Vallardi, 1911.
- *E’ socialmente utile l’educazione dei frenastenici?*, in “Quaderni di psichiatria. Rivista mensile teorica e pratica”, vol. II, numero 5, maggio 1915, pp. 223-231.
- *La fatica nello scolaro*, in “La Voce Sanitaria. Rassegna periodica di Medicina sociale e di interessi professionali”, anno III, numero 2, 14 febbraio 1923, p. 1.
- *La psicanalisi. La dottrina e la pratica*, 2 tomi, Torino, Fratelli Bocca, 1926.
- *Attorno alla psicanalisi*, in “Quaderni di psichiatria”, vol. XIV, numeri 1-2 1927, pp. 12-28.

Morselli Giovanni Enrico, *Sulla dissociazione mentale*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. LIII, 1930, pp. 209-322.

Mosso Angelo,

- *La fatica*, Firenze, Giunti, 2001 (conforme all’edizione del 1892).
- *L’educazione fisica della gioventù, della donna*, Milano, Treves, 1893.
- *Mens sana in corpore sano*, Milano, Treves, 1903.

Negri Ada, *Fatalità*, Milano, Treves, 1914.

Note statistico-cliniche sull'assistenza pubblica non coattiva ai malati di mente in Italia, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, XV, 1937, pp. 59-105.

Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, *Raccolta coordinata ed aggiornata delle circolari 1925-1935. Primo decennale*, Roma, Ditta Carlo Colombo, 1935.

Ordinanza ministeriale sui concorsi per titoli del 30 maggio 1935 in “L'assistenza dei Minorenni Anormali. Rivista edita dell'opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol. IV e V, 1933 e 1934, pp. 205 e 206.

Ossicini Adriano, *Gli esclusi e noi. Problemi di igiene mentale dell'infanzia*, Armando, Roma, 1973.

Padellaro Nazareno,

- *Fascismo educatore*, Roma, Cremonese Libraio editore, 1938.
- *Normali ed anormali* in “L'educazione dei minorati”, anno I, numero I, novembre 1941, pp. 15-20.

Pellacani Giuseppe,

- *Basta la visita prematrimoniale?*, in “L'Igiene Mentale”, VII, n. 2, 1927, pp. 4-6.
- *Riunione del Consiglio Direttivo e dei Delegati Regionali (Firenze, 8 maggio 1932)*, in “L'Igiene Mentale”, XII, n. 2, 1932, pp. 12-15.
- *La terapia educativa dei malati di mente*, in “L'Igiene Mentale”, anno XIII, 1933, n. 2, pp. 6-9.
- *Caratteri di psicopatologia infantile di Ambulatorio*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. LVII, 1933, pp. 719-769.
- *I servizi di profilassi neuro-mentale in Italia*, in *Atti della II Riunione Europea per l'Igiene Mentale. Roma 27-28 Settembre 1933*, in “L'Igiene Mentale”, anno XIV, fascicoli 1-2, 1934, pp. 15-29.
- *Il congresso per la rieducazione dei minorenni alla mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza dell'infanzia*, in “Rassegna di studi Psichiatrici”, vol. XXVI, 1937, pp. 976-979.
- *Relazioni generali e discussioni*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. I, pp. 270-274.
- *Relazione*, in *Atti del I Congresso Internazionale di Criminologia*, Roma, 3-8 ottobre 1938, 3 volumi, Roma, tipografia delle Mantellate, 1939, vol. II, pp. 247-258.

Pellacani Giuseppe, Mondini Umberto, *I primi sette anni del Consultorio Neuropsichiatrico infantile di Bologna*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, anno XVIII, pp. 108-113.

Pellacani Giuseppe e Tumiatì Corrado, *Resoconto della seconda Assemblea Nazionale della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale*, in "L'Igiene Mentale", X, n. 1, 1930, pp. 4-16.

Pende Nicola,

- *Per la creazione in Italia di istituti di biologia e psicologia dell'individuo e della razza*, in "Difesa sociale", anno II, n.4, aprile 1923, pp. 53-55.
- *Biotipologia umana ed ortogenesi. Applicazioni cliniche e medico-sociali*, Genova, Premiata Tipografia Sociale, 1927.
- *Bonifica umana razionale e biologia politica*, Bologna, Cappelli, 1933.
- *Scienza dell'ortogenesi*, Bergamo, Istituto Italiano d'Arti Grafiche, 1939.
- *Il problema medico-pedagogico degli anormali* in "L'educazione dei minorati", anno I, numero I, novembre 1941, pp. 9-14.

Per una "Lega Italiana di Igiene Mentale" in "La Voce Sanitaria", a. IV, n. 4, luglio 1924, pp. 14-17.

Petri Vittorina,

- *Di una rara manifestazione psicomotoria (impulso a mordere) da encefalite epidemica della prima infanzia*, in *Atti del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria* (Siena 1-4 Ottobre 1933), in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, anno LVIII, 1935, pp. 193-196.
- *Diagnosi e trattamento dei fanciulli nervosi e anormali psichici*, tipografia G.B. Doretto, Udine, senza data (presumibilmente fine anni Trenta).

Pfister Oscar, *Pedagogia e psicanalisi*, traduzione di Marco Levi Bianchini, Napoli, Tipografia Giannini, 1927.

Philippe Jean, Boncour G. Paul, *Les anomalies mentales chez les écoliers. Etude médico-pédagogique*, Paris, Alcan, 1922.

Pini Oliviero, *La valutazione delle deficienze psichiche del fanciullo e l'igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità*, in *La valutazione delle deficienze psichiche del fanciullo e l'igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità*, Atti del Convegno nazionale, in *I problemi della maternità e dell'infanzia*, Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia, Roma, 1941, pp. 126-132.

Pintus Giuseppe, *Metodologia delle ricerche di Genetica in Psichiatria* e dibattito seguente, in "Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale", 1938, pp. 51-120.

Pisani D. e Cacchione A., *Ricerche capillaroscopiche in fanciulli neuro psicopatici*, in *Atti del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria* (Siena 1-4 Ottobre 1933), in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, anno LVIII, 1935, pp. 185-193.

Ponzini Andreina, *I centri di osservazione per minorenni in Italia*, in “*Maternità ed infanzia*”, a. IX, n. 9, settembre 1934, pp. 14-15.

Premier congres international de Psychiatrie infantile, Paris, 24 Juillet au 1 Août, S.I.L.I.C., Lille, 1937.

I. Rapport introductif et rapports de psychiatrie générale

II. Rapports de psychiatrie scolaire

III. Rapports de psychiatrie juridique

IV. Compte rendus

Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, legge n. 431 del 18 marzo 1968, in “*Gazzetta Ufficiale*”, n. 101, 20 aprile 1968.

Psichiatria democratica, Bambini in manicomio, Roma, Bulzoni, 1975.

Puca Annibale, *Decorsi ed esiti della psicoastenìa*, in *Atti del XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria* (Siena 1-4 Ottobre 1933), in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, anno LVIII, Reggio Emilia, 1935, pp. 217-410.

Rank Otto, *La traumatisme de la naissance. Influence de la vie pre-natale sur l'evolution de la vie psychique individuelle et collective. Etude psychanalytique*, Paris, Payot, 1928.

Regio Decreto Legge 20 luglio 1934 n. 1404, *Istituzione e funzionamento del tribunale per minorenni*.

Regio Decreto 15 aprile 1926 n. 718, *Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 10 dicembre 1925 n. 2277*, in “*Gazzetta Ufficiale*” n. 104 del 5 maggio 1926.

Regio Decreto 31 dicembre 1923 n. 3126, *Disposizioni sull'obbligo dell'istruzione*, in “*Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia*”, n. 28, 2 febbraio 1924, pp. 549-551.

Relazione della Commissione Ministeriale, in “*La Voce Sanitaria*”, a. III, n. 6-7, giugno 1923, pp. 4-6.

Rieti Ettore,

- *La psicoanalisi in Italia. Rassegna critica*, in “Neuropsichiatria. Annali dell’ospedale psichiatrico provinciale di Genova”, vol. 4, 1933, pp. 183-203.
- *Un nuovo metodo per l’esame collettivo degli scolari dagli 8 ai 18 anni*, in “Rivista di Psicologia normale e patologica”, anno XXXIII, 1937, pp. 188-192.

Rietti Fernando, *Encefalite letargica acuta e cronica*, Milano, Vallardi, 1935.

Robin Gilbert,

- *L’enfant sans défauts*, Paris, Ernest Flammarion, 1930.
- *Les troubles nerveux et psychiques de l’enfant. Guide pratique de dépistage et d’orientation éducative*, Paris, Fernand Nathan editeur, 1935.

Romagna Manioia Achille,

- *L’Opera nazionale per l’assistenza agli orfani di guerra anormali psichici e gli Istituti medico pedagogici di Roma e di Fornaci di Barga*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell’ Opera “Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, vol 2, II serie, 1926, pp. 105-119.
- *L’assistenza dei fanciulli epilettici*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali. Bollettino dell’Opera Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma”, seconda serie, 1932, pp. 26-36.

Roncoroni Luigi, *L’assistenza dell’infanzia fattore essenziale della lotta contro la delinquenza*, in “Archivio fascista di medicina politica”, volume I, 1927, pp. 124-126.

Rossi Doria T., *La scuola sana*, Firenze, La Voce, 1921.

Rossi Maria, *Il servizio di profilassi mentale del Dott. Toulouse*, in “La Voce Sanitaria”, a. V, n. 5, 1925, pp. 8-9.

Rostirolla Marta, *Precedenti ereditari e caratteristiche somatiche di alunni di classi differenziali*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali”, vol. VI, 1939, pp. 381-401.

Rovigatti Maria Teresa,

- *Attività professionale e comportamento sociale di ex-alunni delle Classi differenziali istituite dalla Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali”, vol. IV e V, 1935, pp. 167-186.
- *La personalità dei fanciulli relativamente anormali del carattere*, in “L’assistenza dei Minorenni Anormali”, vol. VI, 1939, pp. 117-302.
- *Due discorsi agli albori dell’assistenza ai minorati psichici in Italia*, in “L’educazione dei minorati”, anno I, n. 2, gennaio 1942, pp. 141-144.

Sacks Oliver, *Risvegli*, Milano, Adelphi, 1973.

Savage George, *Overwork as a cause of insanity*, in "The Lancet", vol. 106, 1875, pp. 127.

Scuri Ernesto, *Eugenica e scuola*, in "L'Infanzia Anormale. Bollettino dell'Assistenza Medico-Pedagogica dei fanciulli anormali", giugno 1924, anno XVII, pp. 49-55.

Sergi Giuseppe,

- *Le degenerazioni umane*, Milano, Fratelli Dumolard, 1889, pp. 227-228.
- *Come fondare la scuola popolare*, in "Nuova antologia di scienze, lettere e arti", Roma, 1913, pp. 73-103.
- *L'eugenica. Dalla biologia alla sociologia*, in "Rivista Italiana di Sociologia", XVIII, n. 5-6, sett.-dic. 1914.

Sergi Giuseppe, Ottolenghi Salvatore, Montesano Giuseppe, *Cartella Biografica per minorenni corrigendi*, estratto dagli "Atti della Società Romana di Antropologia", vol. XVI, fasc. I, Roma, 1911.

Sighele Scipio, *La crisi dell'infanzia e la delinquenza dei minorenni*, Firenze, Casa Editrice Italiana, 1911.

Società Italiana Pro Anormali, lo Statuto, in "L'Infanzia Anormale. Bollettino ufficiale della Società Italiana Pro Anormali", a. VIII, 1915, n. 5, pp. 67-80.

Spolverini Luigi, *Salviamo il bambino*, in "Difesa sociale", anno III, n. 8, agosto 1924, pp. 182-188.

Statuto del Comitato Provinciale Veneziano per l'Igiene Mentale, in "L'igiene mentale", anno VI, 9 maggio 1926, pp. 12-13.

Stekel Wilhelm, *Tormento e felicità della prole: lettere ad una madre*, Milano, Palladis, 1932.

Tamassia Arrigo,

- *Le intemperanze del lavoro mentale nelle scuole*, Milano, Edoardo Sonzogno editore, 1881.
- *L'inversione dell'istinto sessuale come causa di impulsività criminosa*, Padova, tipografia Gio. Batt. Randi, 1906.

Tanzi Eugenio, Lugaro Ernesto, *Trattato delle malattie mentali*, 2 volumi, Milano, Società Editrice Libreria, terza edizione, 1923.

Tonina Anita Dolores, *Studio psicologico di un alunno dell'Istituto Medico-Pedagogico "Villa Pancrazio" Marocco di Mogliano Veneto*, Scuola Magistrale Ortofrenica di Firenze, 1943.

Trabattoni C., *L'importanza scientifica e sociale delle provvidenze assistenziali a favore degli anormali psichici*, in *La valutazione delle deficienze psichiche del fanciullo e l'igiene mentale in rapporto alla formazione della personalità*, atti del Convegno nazionale, in *I problemi della maternità e dell'infanzia*, Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia, Roma, 1941, pp. 200-207.

Treves Marco, *Il metodo dell'interrogatorio socratico nel trattamento delle varie forme di anormalità del carattere e dell'insufficienza mentale* in *Atti del II Convegno Medico-Pedagogico Nazionale*, Milano, 23-24 Novembre 1930, in "L'Infanzia Anormale", numero unico, 1930, p. 103.

Tumiati Corrado,

- *L'emozione e le malattie nervose e mentali*, estratto da "Note e riviste di psichiatria", vol. III, terza serie, anno XXXIX, n. 2, Pesaro, Premiato Stabilimento Cav. Federici, 1910.
- *Le "idee di stregoneria" nei psicopatici*, estratto dal n. 8-10 degli Atti della R. Accademia dei Fisiocritici in Siena, Siena, tipografia S. Bernardino, 1912.
- *Sulla diagnosi di insufficienza mentale nei fanciulli*, estratto da "Note e riviste di psichiatria", Pesaro, 1914.
- *La guarigione sollecita del mutismo di guerra col metodo del Lombard*, in *Comunicazioni alle riunioni medico militari, Accademia delle Scienze di Ferrara*, estratto, Ferrara, stabilimento tipografico Ferrarese, 1916.
- *La scuola "uniforme" e la scuola "su misura"*, in "La Voce Sanitaria, rassegna periodica di Medicina sociale e di interessi sanitari", anno III, n.1, gennaio 1923, p.1.
- *Per una "Lega Italiana di profilassi e igiene mentale"*, in "La Voce Sanitaria", a. IV, n. 2, aprile 1924, pp. 10-13.
- *Clifford W. Beers e il movimento americano per l'igiene mentale*, in "Difesa sociale", anno III, n. 6, giugno 1924, pp. 134-137.
- *Il nuovo progetto di Legge sui Manicomi e sugli alienati*, in "La Voce Sanitaria", anno IV, n. 5, 6 settembre 1924, pp. 9-17.
- *Libertà vigilata e prevenzione della criminalità negli Stati Uniti*, in "La Voce Sanitaria", anno V, n. 1, 10 gennaio 1925, pp. 9-11.
- *L'assistenza agli anormali psichici*, in "La Medicina Sociale", a. XVI, n. 12, dicembre 1926.
- *Problemi di igiene mentale (Psiche e lavoro macchinale – Le professioni pericolose – L'assistenza agli anormali psichici)*, in "L'Igiene Mentale", anno VI, n. 4, 1 luglio 1926, pp. 10-14.

- *Colonia agricola medico-pedagogica*, in “L’Igiene Mentale”, anno VI, n. 6, 15 dicembre 1926.
- *Dispensario psichiatrico ed assistenza all’infanzia anormale*, in “L’Igiene Mentale”, anno VII, n. 3, 25 maggio 1927, pp. 15-17.
- *La profilassi mentale a Trento*, in “L’Igiene Mentale”, anno VII, 24 novembre 1927, n. 5-6, pp. 3-4.
- *Il Dispensario della Provincia di Venezia per la profilassi delle malattie mentali*, in “L’Igiene Mentale”, anno VIII, n. 2, agosto 1928, pp. 4-8.
- *A quando le “Classi Differenziali” nelle Scuole Comunali di Venezia?*, in “L’Igiene Mentale”, anno VIII, n. 3, 21 dicembre 1928, pp. 22-23.
- *La selezione degli anormali nelle scuole comunali*, in “La Gazzetta di Venezia”, 20 settembre 1929, p. 4.
- *Il Congresso*, in “L’Igiene Mentale”, anno X, luglio 1930, pp. 21-25.
- *Il I Congresso Internazionale di Igiene Mentale (Washington 5-10 maggio 1930) – riassunto delle Relazioni pubblicate; resoconto del Congresso*, in “L’Igiene Mentale”, anno X, n. 2, 1930, pp. 3-25.
- *I tetti rossi. Ricordi di manicomio*, Treves, Milano, 1931.
- *Il I quinquennio di attività del Servizio di Profilassi Mentale della Provincia di Venezia*, in “L’Igiene Mentale”, marzo 1932, numero 1, pp. 6-17.
- *Primi dati per un censimento dei fanciulli anormali psichici nelle Scuole Elementari del Comune di Venezia*, in “L’Igiene Mentale”, anno XII, n. 3, settembre 1932, pp. 10-36.
- *Giulio Cesare Ferrari e la rieducazione dei giovanetti criminali*, estratto da “L’Educazione Nazionale” (n. 1, 1933), Roma, Anonima Tipografica-Editrice Laziale, 1933.
- *Primo indice bibliografico delle pubblicazioni italiane in tema di igiene mentale e di profilassi mentale (1906-1932)*, in “L’Igiene Mentale”, XIII, n. 2, 1933, pp. 10-19.
- *Problemi di oggi in libri di ieri*, in “L’Igiene Mentale”, anno XV, n. 1, 1 febbraio 1935, pp.15-19.
- *La III Riunione Europea per l’Igiene Mentale (Bruxelles 20-21 luglio 1935)*, in ” L’Igiene Mentale”, XV, n. 3, 1935, pp. 10-16.
- *L’igiene mentale nell’educazione familiare. Relazione al II Congresso Internazionale d’Igiene Mentale (Parigi 19-24 luglio 1937)*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, anno XV, 1937, pp. 37-44.
- *Nessuno risponde*, Sansoni, Firenze, 1950.
- *Le prime riviste italiane di igiene mentale*, in “Igiene Mentale”, I, n. 1, 1957, pp. 11-16.

Valignani di Turri Giuseppe, *L’opera della Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma*, in “L’educazione dei minorati”, a. I, n. 3, marzo 1942, pp. 195-203.

Vedrani Alberto,

- *Psicoanalisi*, in “La Voce Sanitaria”, anno IV, numero 2, aprile 1924, pp. 1-4.

- *L'istinto e l'incosciente*, in “L'Igiene Mentale”, a. VI, n. 5, 1926.
- *I “caratteri nervosi” secondo l'Adler*, in “L'Igiene Mentale”, a. VII, n. 3, 1927.

Venzmer Gerhard, *Osserva gli uomini. Costituzione e carattere*, Milano, Istituto sieroterapico milanese, 1938.

Vergani Ottavio,

- *Le relazioni tra insufficienza mentale e criminalità minorile nel pensiero degli Autori italiani*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale, anno XV, 1937, pp. 45-51.
- *Ragazzi antisociali. Il problema della delinquenza minorile*, La scuola editrice, Brescia, 1954.

Viana Odorico, *L'istituto medico-pedagogico di Thiene (Vicenza) per la rieducazione dei deficienti*, in “Maternità ed infanzia”, a. III, n. 11, novembre 1928, pp. 971-982.

Vidoni Giuseppe,

- *Il problema della casa*, in “Difesa sociale”, anno I, n. 9, settembre 1922, pp. 201-202.
- *La delinquenza dei minorenni. Scaturigini e rimedi*, Roma, Casa editrice Leonardo Da Vinci, 1924.
- *A proposito delle recenti disposizioni ministeriali per l'educazione dei giovani deficienti*, in “Quaderni di psichiatria”, vol. XII, 1925, pp. 125-130.
- *Le istituzioni per l'assistenza medico-pedagogica dei giovani anormali*, estratto da “Difesa sociale”, anno V, n. 5-6, maggio-giugno 1926, Roma, tip. Coop. Sociale, 1926.
- *Per l'assistenza dei giovani anormali*, in “L'Igiene Mentale”, a. VI, n. 1, 15 gennaio 1926, pp. 10-11.
- *Per la scelta del mestiere e della professione*, in “L'Igiene Mentale”, a. VI, n. 3, 9 maggio 1926, pp. 5-8.
- *La tutela della crescita e lo studio delle anomalie costituzionali nella scuola*, in “Rivista di Psicologia”, a. XXII, 1926, pp. 135-139.
- *Relazione su la “Sezione per delinquenti minorenni” nelle Carceri Giudiziarie di Genova*, in “Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale”, 1927, pp. 74-80.
- *Quoziente mentale e condizioni fisiche nei giovani anormali*, in “Rivista di Psicologia”, a. XXIV, 1928, pp. 111-114.
- *Anormale* in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, vol. III, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 1929, pp. 421-422.
- *Per i fanciulli illegittimi* in “Archivio fascista di medicina politica”, vol. IV, 1930, pp. 173-178.
- *Della “educabilità” nell'orientamento professionale* in “Archivio fascista di medicina politica”, volume IV, 1930, pp. 179-181.

- *Indicazioni e controindicazioni nell'orientamento professionale*, in “Archivio fascista di medicina politica”, vol. IV, 1930, pp. 288-291.
- *Medicina scolastica*, in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti*, volume XXII, Istituto della Enciclopedia Italiana fondato da Giovanni Treccani, Roma, 1936, pp. 727-728.
- *Un decennio di attività dei “Servizi di Igiene Mentale e di Assistenza e Medicina Sociale” della Provincia di Genova*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, anno XVI, 1938, pp. 5-32.
- *La criminalità dei minori nel pensiero di G.C. Ferrari*, in “Rivista di Psicologia normale e patologica”, a. XXXV, 1939, pp.68-94.
- *I giovani anormali psichici e la loro famiglia*, in “Rivista di Psicologia normale e patologica”, a. XXXV, 1939, pp. 68-94.
- *L'inchiesta familiare-sociale tra gli ammalati di mente, i giovani anormali psichici, i minorenni criminali e i giovani illegittimi*, in “Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale”, a. XVIII, 1940, pp. 3-75.
- *Anormali psichici*, in Florian Eugenio, Niceforo Alfredo e Pende Nicola, a cura di, *Dizionario di criminologia*, 2 volumi, Milano, Vallardi, 1943, pp. 46-47.

Volpicelli Luigi,

- *Commento alla Carta della Scuola*, Roma, Istituto Nazionale di Cultura Fascista, 1940.
- *Scuola e lavoro*, Roma, Angelo Signorelli, 1941.
- *Invito*, in “L'educazione dei minorati”, anno I, n. 2, 1942, pp. 77-82.
- *Lavoro manuale, lavoro produttivo, scuola*, in “L'educazione dei minorati”, anno I, n. 4, maggio 1942, pp, 205-221.

Wilks Samuel, *On overwork*, in “The Lancet”, vol. 105, 1875, pp. 886-887.

Williamson James M., *Overwork among pupil teachers*, in “The Lancet”, vol. 123, 1884, pp. 317-318.

Ziveri Alberto, *Ginnastica e malattie mentali*, in “L'Igiene Mentale”, anno XI, luglio 1931, n. 2, p. 15.

Bibliografia

Allegra Luciano, *Ancora a proposito di micro-macro*, in Paola Lanaro (a cura di), *Microstoria. A venticinque anni da L'eredità immateriale*, Milano, Franco Angeli, 2011, pp. 59-68.

Ambrosoli Luigi, *Calò, Giovanni*, in *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 16, Roma, Istituto della enciclopedia italiana, pp. 782-785.

Andrews Jonathan, *Case Notes, Case Histories, and the Patient's Experience of Insanity at Gartnavel Royal Asylum, Glasgow, in the Nineteenth Century*, in "Social History of Medicine", vol. 11, n. 2, 1998, pp. 255-281.

Angelone Corradino, *Il messaggio educativo di Ovidio Decroly*, Napoli, Guida editori, 1971.

Antonelli Quinto, Becchi Egle (a cura di), *Scritture bambine*, Roma-Bari, Laterza, 1995.

Ariès Philippe, *Padri e figli nell'Europa medievale e moderna*, Roma-Bari, Laterza, 1999 [*L'enfant et la vie familial sous l'Ancien Régime*, Paris, Plon, 1960].

Armitage David, Guldi Jo, *The History Manifesto*, Cambridge, Cambridge University Press, 2014, online: <http://historymanifesto.cambridge.org/files/6114/1227/7857/historymanifesto.pdf> (ultima consultazione 3.01.2017), trad. italiana *Manifesto per la storia. Il ruolo del passato nel mondo d'oggi*, Roma, Donzelli, 2016.

Azzolini Marisa, *Donne tra guerra e follia. L'esperienza di Maria Del Rio a Reggio Emilia*, in Scartabellati Andrea, a cura di, *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella grande guerra*, Torino, Marco Valerio Editore, 2008, pp. 331- 361.

Babini Valeria Paola,

- *Organicismo e ideologie nella psichiatria italiana dell'Ottocento*, in Ferro Filippo M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 331-350.
- *La questione dei frenastenici. Alle origini della psicologia scientifica in Italia (1870-1910)*, Milano, Franco Angeli, 1996.
- *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, il Mulino, 2009.
- *Curare la mente: dall'universo manicomiale al "paese di Basaglia"*, in *Storia d'Italia. Annali*, vol. 26, *Scienze e cultura dell'Italia unita*, a cura di F. Cassata, C. Pogliano, Torino, Einaudi, 2011.

Babini Valeria Paola, Lama Luisa, *Una "donna nuova". Il femminismo scientifico di Maria Montessori*, Milano, Franco Angeli, 2000.

Babini Valeria Paola, Cotti Maurizia, Minuz F., Tagliavini Annamaria, *La donna nelle scienze dell'uomo. Immagini del femminile nella cultura scientifica italiana di fine secolo*, Milano, Franco Angeli, 1986.

Babini V.P., Cotti Maurizia, Minuz F., Tagliavini Annamaria, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Bologna, il Mulino, 1982.

Barbina Donatella, *L'Istituto medico-pedagogico dell'Ospedale psichiatrico Provinciale di Trieste (1928-1938)*, in "Studi di psicologia dell'educazione", a. XIII, n. 1-2-3/1994, pp. 16-43.

Basaglia Franco

- (a cura di), *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1973 [prima ed. 1968].
- *Conferenze brasiliane*, Milano, Raffaello Cortina editore, 2000 [prima ed. 1969].

Beccalossi Chiara,

- *Female Sexual Inversion: Same-Sex Desires in Italian and British Sexology, c. 1870-1929*, London, Palgrave Macmillan, 2012.
- *Sexual Deviances, Disease, and Crime in Cesare Lombroso and the "Italian School" of Criminal Anthropology*, in R. Peckam (eds), *Disease and Crime. A History of Social Pathologies and the New Politics of Health*, New York, Routledge, 2014, pp. 40-55.
- *Arrigo Tamassia, sexual inversion and Italian sexology at the end of the nineteenth century*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", n. 2, 2014, pp. 27-41.

Becchi Egle,

- *I bambini nella storia*, Roma-Bari, Laterza, 1994.
- *Il nostro secolo*, in Becchi Egle e Julia Dominique, *Storia dell'infanzia. Dal settecento a oggi*, volume II, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp. 332-407.
- *Scritture bambine, letture adulte*, in Becchi Egle e Julia Dominique, *Storia dell'infanzia. Dal settecento a oggi*, volume II, Roma-Bari, Laterza, 1996, pp. 431-454.

Becchi Egle e Julia Dominique, *Storia dell'infanzia. Dal settecento a oggi*, due volumi, Roma-Bari, Laterza, 1996.

Becchi Egle e Semeraro Angelo (a cura di), *Archivi d'infanzia. Per una storiografia della prima età*, Firenze, La Nuova Italia, 2001.

Benassi Pietro e Luberto Salvatore, *Evoluzione del concetto di pericolosità sociale*, in Ferro Filippo M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 507-518.

Ben Ghiat Ruth, *La cultura fascista*, Bologna, il mulino, 2004.

Berkenkotter Carol, *Patients tales: case history and the uses of narrative in psychiatry*, University of South Carolina Press, 2008.

Berlivet Luc, *Dalla divulgazione scientifica alla propaganda eugenetica: la teoria del piano inclinato*, in "Passato e presente", n. 93, settembre-dicembre 2014, pp. 119-128.

Bernardinello Federico, *Psicoanalisi e fascismo: Cesare Musatti all'Università di Padova*, in "Quaderni per la storia dell'Università di Padova", n. 41, 2008, pp. 83-132.

Bernini Stefania e Malena Adelisa, *Introduzione a Bambine e bambini nel tempo*, in "Genesis. Rivista della Società Italiana delle Storiche", XIII/2, 2014, pp. 5-18.

Bertani Mauro (a cura di), *Psichiatria, fascismo e nazismo*, "Rivista Sperimentale di freniatria", vol. CXXXIII, 2009.

Bertani Mauro (a cura di), *Il sapere e la vergogna. Psichiatria, scienza, cultura nelle leggi razziali del 1938*, «Quaderni del Centro di Documentazione di Storia della Psichiatria», Reggio Emilia, 1998.

Betta Emmanuel, Capuzzo Paolo, Sorba Carlotta, *Gli storici e Michel Foucault*, in "Contemporanea", a. XVII, n. 2, aprile-giugno 2014, pp. 285-322.

Bettini M., *Stato e assistenza sociale in Italia. L'Opera nazionale Maternità e Infanzia, 1925-1975*, Pisa, Edizioni Erasmo, 2008.

Bianchi Bruna, *L'isteria come fuga*, in Lucio Fabi (a cura di), *Scampare la guerra. Renitenza, autolesionismo, comportamenti individuali e collettivi di fuga e la giustizia militare nella Grande Guerra*, Ronchi dei legionari, Centro culturale polivalente, 1994, pp. 35-43.

Bignami Giorgio, *L'unione degli insegnamenti di neurologia e psichiatria nella riforma fascista dell'Università*, in Ferro Filippo M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 577-584.

Bloch Marc,

- *Per una storia comparata delle società europee*, in “Revue de synthèse historique”, XLVI, 1928, ora in M. Bloch, *Storici e storia*, Torino, Einaudi, 1997, pp. 105-137.
- *Apologia della storia o Mestiere di storico*, Torino, Einaudi, 1969 (ed. originale Parigi, Colin, 1949).

Boardman Smuts Alice, *Science in the service of children, 1893-1935*, New Haven and London, Yale University Press, 2006.

Bocci Fabio,

- *Una mirabile avventura. Storia dell'educazione dei disabili da Jean Itard a Giovanni Bollea*, Le Lettere, 2011.
- *I Medici Pedagogisti. Itinerari storici di una vocazione educativa*, in “Italian Journal of Special Education for Inclusion”, anno IV, N. 1, 2016, pp. 25-46.

Bocci Maria,

- *Agostino Gemelli rettore e francescano. Chiesa, regime, democrazia*, Brescia, Morcelliana, 2003.
- (a cura di), *Storia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore*, vol. VI, *Agostino Gemelli e il suo tempo*, Milano, Vita & Pensiero, 2009.

Bonomi Carlo, *Infanzia, peccato, pazzia. Alle origine della rappresentazione psicologica del bambino*, in “Rassegna di Psicologia”, n. 2, 2009, pp. 129-153.

Borgna Eugenio, *Un pensiero che non muore*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. CXXXV, n. 3, 2011, pp. 129-136.

Borowy Iris and Hardy Anne (eds), *Of Medicine and Men: Biographies and Ideas in European Social Medicine between World Wars*, Frankfurt am Main, Peter Lang, 2008.

Boussion Samuel, *Le premier congrès international de Psychiatrie infantile (Paris, 1937), ou le baptême d'une spécialité ambitieuse*, in “Rhei. Revue d'histoire de l'enfance “irrégulière””, n. 18, 2016, pp. 57-80.

Bracci Silvia, *Sviluppo della neuropsichiatria infantile in Italia ed in europa. Storia delle istituzioni psichiatriche per l'infanzia*, in *L'Ospedale di S. Maria della Pietà di Roma*, vol. III, Roma, edizioni Dedalo, 2003.

Burgio Alberto (a cura di),

- *La menzogna della razza. Documenti e immagini del razzismo e dell'antisemitismo fascista*, Bologna, Grafis Edizioni, 1994.

- *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia, 1870-1945*, Bologna, il Mulino, 1999.

Campanini Giorgio, *Gonella Guido*, in *Dizionario biografico degli italiani*, vol. 57, Roma, Treccani, 2001.

Camurri Renato, *La classe politica nazionalfascista*, in E. Franzina (a cura di), *Storia di Venezia. L'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 1986.

Canosa Renato, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979.

Cappellari GianPaolo, De Rosa Diana, *Il padiglione Ralli. L'educazione dei bambini anormali tra positivismo e idealismo*, Milano, Unicopli, 2003.

Capristo Annalisa, *Scienze e razzismo*, in *Storia d'Italia. Annali*, vol. 26, *Scienze e cultura dell'Italia unita*, a cura di F. Cassata, C. Pogliano, Torino, Einaudi, 2011, pp. 241-263.

Carli Maddalena e Fiorino Vinzia (a cura di), *Spazi manicomiali nel Novecento*, numero monografico di “Memoria e Ricerca. Rivista di storia contemporanea”, 47, 2014.

Casellato Alessandro, *L'orecchio e l'occhio: storia orale e microstoria*, in “Italia contemporanea”, vol. 275, 2014, pp. 250-278.

Cassata Francesco,

- *Il lavoro degli “inutili”: fascismo e igiene mentale*, in Cassata Francesco e Moraglio Massimo (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, Pisa, BFS edizioni, 2005, pp. 23-36.
- *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006.
- *Il fascismo razionale. Corrado Gini fra scienza e politica*, Roma, Carocci, 2006.
- *Verso l'“uomo nuovo”: il fascismo e l'eugenetica “latina”*, in *Storia d'Italia. Annali*, vol. 26, *Scienze e cultura dell'Italia unita*, a cura di F. Cassata, C. Pogliano, Torino, Einaudi, 2011, pp. 131-156.
- *Building the New Man. Eugenics, Racial Science and Genetics in Twentieth-Century Italy*, Budapest-New York, CEU Press, 2011.
- *Eugenetica senza tabù. Usi e abusi di un concetto*, Torino, Einaudi, 2015.

Cassata Francesco e Moraglio Massimo (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, Pisa, BFS edizioni, 2005.

Chapoutot Johann, *Fascisme, nazisme et régimes autoritaires en Europe (1918-1945)*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, traduzione italiana *Controllare e distruggere. Fascismo, nazismo e regimi autoritari in Europa (1918-1945)*, Torino, Einaudi, 2015.

Charnitzky Jürgen, *Fascismo e scuola. La politica scolastica del regime (1922-1943)*, La Nuova Italia, 2001 (ristampa).

Cimino Guido, *Origini e sviluppi della psicologia italiana*, in Cimino Guido e Dazzi Nino (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 11-54.

Cimino Guido e Dazzi Nino (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998.

Coffin Jean-Christophe,

- *La psychiatrie des années trente peut-elle dévoiler l'enfant?*, in “Revue d’histoire de l’enfance “irrégulière””, n. 6, 2004, pp. 21-44.
- “Misery” and “Revolution”: *The Organisation of French Psychiatry, 1900-1980*, in M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis, J. Vijsselaar, H. Freeman (eds), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, pp. 225-247.

Colin Mariella, *I bambini di Mussolini. Letteratura, libri, letture per l’infanzia sotto il fascismo*, Brescia, La Scuola, 2012.

Colucci D’Amato Franco e Feis Paola, *Storia dell’igiene mentale*, in Ferro Filippo M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra ‘800 e ‘900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 677-681.

Comba Letizia (a cura di), *Donne educatrici. Maria Montessori e Ada Gobetti*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1996.

Conforti Rosario (a cura di), *La psicoanalisi tra scienze umane e neuroscienze. Storia, alleanze, conflitti*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2006.

Cooter Roger (eds), *In the name of the child. Health and welfare, 1880-1940*, London, Routledge, 1992.

Cooter Roger and Pickstone John (eds), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London, Routledge, 2003.

Corda Maria Grazia, *Maria Montessori e l'eredità di un percorso femminile*, in Comba Letizia (a cura di), *Donne educatrici. Maria Montessori e Ada Gobetti*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1996, pp. 23-77.

Corner Paul, *Fascismo e controllo sociale*, in "Italia contemporanea", n. 228, settembre 2002, on line www.insmli.it/pubblicazioni/1/corner_228.pdf (ultima consultazione 15 ottobre 2016).

Corsa Rita,

- *Edoardo Weiss a Trieste con Freud. Alle origini della psicoanalisi italiana. La vicenda di Nathan, Bartol e Veneziani*, Roma, Alpes, 2013.
- *Marco Levi Bianchini. Lo psichiatra temerario che fondò la Società Psicoanalitica Italiana*, in "Rivista di Psicoanalisi", anno LXI, n. 3, 2015, pp. 751-765.

Cosmai Franca, *La Federazione provinciale dell'Onmi a Venezia durante il fascismo. 1926-1943*, in M. Minesso (a cura di), *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea. Origini, sviluppo e fine dell'Onmi 1925-1975*, il Mulino, Bologna, 2007, pp. 231-284.

Cosmacini Giorgio, *Scienza e ideologia nella medicina del Novecento: dalla scienza egemone alla scienza ancillare* in *Storia d'Italia, Malattie e medicina, Annali 7*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1221-1267.

Cunningham Hugh, *Children & Childhood in Western Society since 1500*, New York, Longman, 1995 (trad. it. *Storia dell'infanzia. XVI-XX secolo*, il Mulino, Bologna, 1997).

Dario Mariopaolo, Del Missier Giovanni, Stocco Ester, Testa Luana, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi*, Roma, L'Asino d'oro, 2016.

David Michel, *La psicoanalisi nella cultura italiana*, Torino, Boringhieri, 1990 [prima edizione 1966].

Dazzi Nino, *Gemelli e la psicoanalisi*, in Maria Bocci (a cura di), *Storia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore*, vol. VI, *Agostino Gemelli e il suo tempo*, Milano, Vita & Pensiero, 2009, pp. 227-235.

Dazzi Nino, Lombardo Giovanni P. (a cura di), *Le origini della psicologia italiana: scienza e psicologia sperimentale tra 800 e 900*, Bologna, il Mulino, 2011.

De Bernardi Alberto, *Follia, psichiatria e società. Scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1982.

De Bernardi Alberto, De Peri Francesco, Panzeri Laura, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, Franco Angeli, 1980.

De Certeau Michel,

- *Storia e psicoanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006 [1987].
- *L'invenzione del quotidiano*, Roma, Edizioni lavoro, 2010 [1990].

De Felice Renzo,

- *Mussolini il fascista. La conquista del potere (1921-1925)*, Torino, Einaudi, 1995 [1966].
- *Mussolini il fascista. II. L'organizzazione dello Stato fascista (1925-1929)*, Torino, Einaudi, 1995 [1968].
- *Mussolini il duce, II. Lo Stato totalitario (1936-1940)*, Torino, Einaudi, 1996 [1981].
- *Le interpretazioni del fascismo*, Roma-Bari, Laterza, 1995.

De Grazia Victoria, *Le donne nel regime fascista*, Venezia, Marsilio, 2000.

De Peri Francesco, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in Franco Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia. Annali*, vol. 7, *Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1060-1144.

De Sanctis Carlo, *Giuseppe Ferruccio Montesano*, Roma, Scopel, 1955.

Di Cori Paola, Dosse Francois, Capuzzo Paolo, Conley Tom discutono *La scrittura della storia di Michel de Certeau*, in "Contemporanea", a. X, n. 2, 2007, pp. 317-344.

Di Pofi Bruno, *L'educazione dei minori "anormali" nell'opera di Giuseppe Ferruccio Montesano*, Roma, Edizioni Nuova Cultura, 2008.

Dorner Klaus, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Bari, De Donato, 1975.

Doron Claude-Olivier, *Felix Voisin and the genesis of abnormals*, in "History of Psychiatry", vol. 26, issue 4, December 2015, pp. 387-403.

Duchè Didier Jacques, *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*, Paris, Puf, 1990.

Dupont-Bouchat Marie-Sylvie, *Le mouvement international en faveur de la protection de l'enfance (1880-1914)*, in "Revue d'histoire de l'enfance "irrégulière"", n. 5, 2003, pp. 207-235.

Durst Margarete, *Gli studi di psicologia nell'Enciclopedia Italiana*, in Cimino Guido e Dazzi Nino (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 609-650.

Dwork Deborah, *War is Good for Babies and Other Young Children: a History of the Infant and Child Welfare Movement in England 1898-1918*, London and New York, Tavistock Publications, 1987.

Edman Johan,

- *Temperance and Modernity: Alcohol Consumption as a Collective Problem, 1885-1913*, in “Journal of Social History”, vol. 49, n. 1, 2015, pp. 20-52.
- *Transnational Nationalism and Idealistic Science: The Alcohol Question between the Wars*, in “Social History of Medicine”, vol. 29, n. 3, 2016, pp. 590-610.

Egan R. Danielle and Hawkes Gail, *Childhood Sexuality, Normalisation and the Social Hygiene Movement in the Anglophone West, 1900-1935*, in “Social History of Medicine”, 23, n. 1, 2010, pp. 56-78.

Elder Rachel, *Safe Seizures, Schoolyard Stoics, and the Making of Contained Citizens at Detroit's School for Epileptic Children, 1935-1956*, in “Journal of the History of Childhood and Youth”, v. 7.3, 2014.

Ernst Waltraud (eds),

- *Plural Medicine, Tradition and Modernity, 1800-2000*, London and New York, Routledge, 2002.
- *Histories of the Normal and the Abnormal, Social and cultural history of norms and normativity*, London and New York, Routledge, 2006.

Evans Bonnie, Rahman Shahina, Jones Edgar, *Managing the “unmanageable”: interwar child psychiatry at the Maudsley Hospital, London*, in “History of Psychiatry”, n. 19, December 2008, pp. 454-475.

Ferreri Antonio M., *Sante De Sanctis*, in Cimino Guido e Dazzi Nino (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 255-296.

Ferro Filippo M. (a cura di),

- *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989.

- *Dr. Morselli...*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria, vol. CXXXV, n. 3, 2011, pp. 137-144.

Ferruzzi Ferruccio, *La crisi della psicologia in Italia*, in Cimino Guido e Dazzi Nino (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 651-720.

Filippini Nadia Maria, *Maria Pezzè Pascolato*, Verona, Cierre, 2004.

Fiorani Matteo,

- *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze, Firenze University Press, 2010.
- *Giovanni Bollea (1913-2011). Per una storia della neuropsichiatria infantile in Italia*, in “Medicina & Storia”, XI, 2011, pp. 251-276.
- *Follia senza manicomio. Assistenza e cura ai malati di mente nell'Italia del secondo Novecento*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2012.
- (a cura di) *Intervista a Giovanni Jervis*, in “Medicina & Storia”, X, n. 19-20, 2010, pp. 187-219.
- *Calò, Giovanni*, in *Archivio Storico della Psicologia Italiana*, www.aspi.it, 2015.

Fiorino Vinzia,

- *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002.
- *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di F. Alberico, G. Franchini, M. Eleonora Landini, E. Passalia, Genova, 2010, pp. 51-69.
- *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Pisa, ETS, 2011.
- *Spazi del sé. Riflessioni sul “soggetto” attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Otto e Novecento*, in *Spazi manicomiali nel Novecento*, numero monografico di “Memoria e Ricerca”, 47, settembre- dicembre 2014, pp. 11-28.

Foà Anna, *Gemelli e l'antisemitismo*, in M. Bocci (a cura di), *Storia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore*, vol. VI, *Agostino Gemelli e il suo tempo*, Milano, Vita & Pensiero, 2009, pp. 211-220.

Foot John, *La “Repubblica dei matti”. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961- 1978*, Milano, Feltrinelli, 2014.

Forgacs David, *Margini d'Italia. L'esclusione sociale dall'Unità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2015.

Foucault Michel,

- *Storia della follia nell'età classica*, a cura di Mario Galzigna, Milano, Bur, 2011 [1961].
- *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1969 [1963].
- *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi, 2014 [1975].
- *“Bisogna difendere la società”*, Milano, Feltrinelli, 1998 [1976].
- *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, Milano, 1985 [1976].
- *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-75)*, Milano, Feltrinelli, 2010 [1976].
- *Malattia mentale e psicologia*, Milano, Cortina, 1997.
- *Il potere psichiatrico, Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli, 2004 [2003].

Franzina Emilio (a cura di), *Storia di Venezia. L'Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 1986.

Frigessi Delia, *Cesare Lombroso*, Torino, Einaudi, 2003.

Gaeta Lorenzo e Viscomi Antonio, *L'Italia e lo Stato sociale*, in G. A. Ritter, *Storia dello Stato sociale*, Roma-Bari, Laterza, 2011, pp. 227-276.

Geertz Clifford, *Interpretazione di culture*, Bologna, il Mulino, 1987.

Geissmann Claudine, Geissmann Pierre, *Storia della psicoanalisi infantile*, Roma, Borla, 1994.

Gelati Maura,

- *Positivismo e cultura della diversità: i medici-educatori* in Genovesi Gino e Rossi Lino (a cura di), *Educazione e positivismo tra Ottocento e Novecento in Italia*, Ferrara, Corso editore, 1995, pp. 64-74.
- *Pedagogia speciale e integrazione. Dal pregiudizio agli interventi educativi*, Roma, Carocci, 2004.

Genovesi Gino e Rossi Lino (a cura di), *Educazione e positivismo tra Ottocento e Novecento in Italia*, Ferrara, Corso editore, 1995.

Gentile Emilio,

- *L'Italia giolittiana*, Bologna, il Mulino, 1990, pp. 231-232.
- *Il culto del littorio. La sacralizzazione della politica nell'Italia fascista*, Roma-Bari, Laterza, 1993.
- *Il mito dello Stato nuovo. Dal radicalismo nazionale al fascismo*, Roma-Bari, Laterza, 2002.
- *Storia e interpretazione del fascismo*, Roma-Bari, Laterza, 2002.

Giacanelli Ferruccio,

- *Note per una ricerca sulla psichiatria italiana tra le due guerre*, in Ferro Filippo M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 567-576.
- *La psichiatria italiana e il suo assetto istituzionale: una lunga metamorfosi*, in *L'Ospedale S. Maria della Pietà di Roma*, volume III, edizioni Dedalo, Roma (http://www.museodellamente.it/allegati/La_psichiatria_italiana.pdf, ultima consultazione 23 dicembre 2015).
- *Le riviste neuropsichiatriche di Marco Levi Bianchini. Appunti di lettura*, in Rosario Conforti (a cura di), *La psicoanalisi tra scienze umane e neuroscienze. Storia, alleanze, conflitti*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2006, pp. 25-56.
- *Gli psichiatri e il regime. Ipotesi per una ricerca. Intervista con Ferruccio Giacanelli*, in “Rivista Sperimentale di freniatria”, vol. CXXXIII, n. 1, 2009, pp. 73-85.

Giacanelli Ferruccio, Campoli G., *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, “Psichiatria e scienze umane”, 1973.

Giard Luc, *Storia di una ricerca* in M. De Certau, *L'invenzione del quotidiano*, Roma, Edizioni Lavoro, 2010, pp. XXIII-XLIX.

Gibelli Antonio,

- *L'officina della guerra: la Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1991.
- *Il popolo bambino. Infanzia e nazione dalla Grande Guerra a Salò*, Torino, Einaudi, 2005.
- *Bambini, bambine e storia del Novecento: testimonianze scritte e figurate*, in “Contemporanea”, a. XIII, n. 2, aprile 2010, pp. 385-397.

Gibson Mary, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Milano, Bruno Mondadori, 2004 [2002].

Gijswijt- Hofstra M., Marland H., *Cultures of child health in Britain and the Netherlands in the twentieth Century*, Amsterdam-New York, Rodopi, 2003.

Gijswijt- Hofstra Marijke, Oosterhuis Harry, Vijselaar Joost, Freeman Hugh (eds), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005.

Ginzburg Carlo,

- *Il formaggio e i vermi. Il cosmo di un mugnaio del '500*, Torino, Einaudi, 2009 [1976].
- *Freud, l'uomo dei lupi e i lupi mannari* in Id., *Miti emblematici. Morfologia e storia*, Torino, Einaudi, 2000, pp. 242-251.

- *L'inquisitore come antropologo*, in *Il filo e le tracce. Vero falso finto*, Milano, Feltrinelli, 2015.

Giorgi Chiara, *Le politiche sociali del fascismo*, in “Studi storici”, n. 1, 2014, pp. 93-107.

Giovannini Paolo, *La psichiatria di guerra. Dal fascismo alla seconda guerra mondiale*, Milano, Unicopli, 2015.

Goffman Erving, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 2010 [1961].

Goldstein Jan,

- *The Uses of Male Hysteria: Medical and Literary Discourse in Nineteenth-Century France*, in “Representations”, XXXIV (1991), pp. 134-165.
- *Isteria complicata da estasi. Lo strano caso di Nanette Leroux*, Pisa, ETS, 2013.

Gori-Savellini Simonetta, *Enzo Bonaventura*, in Cimino N., Dazzi G. P. (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 403-425.

Goussot Alain, *La scuola nella vita. Il pensiero pedagogico di Ovide Decroly*, Trento, Erikson, 2005.

Guarnieri Patrizia,

- *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Milano, Franco Angeli, 1985.
- *Introduzione a James*, Bari, Laterza, 1985.
- *La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olschki, 1991.
- *The History of Psychiatry in Italy: A Century of Studies*, in M. S. Micale and R. Porter (eds), *Discovering the History of Psychiatry*, New York-Oxford, Oxford University Press, 1994, pp. 248- 259.
- *Giulio Cesare Ferrari*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 46, Roma, Treccani, 1996.
- *I rapporti tra psichiatria e psicologia in Italia*, in Cimino Guido e Dazzi Nino (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 581-608.
- (a cura di), *Bambini e salute in Europa 1750-2000*, fascicolo monografico di “Medicina & Storia”, 7, 2004.
- *Family Care and Welfare Policies in Italy before Fascism*, in M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis, J. Vijnlaar, H. Freeman (eds), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, pp. 312-330.

- *Un piccolo essere perverso. Il bambino nella cultura scientifica italiana tra Otto e Novecento*, in “Contemporanea. Rivista di storia dell’800 e del ‘900”, anno IX, n. 2, aprile 2006, pp. 253-284.
- *Bambini difficili. Levi Bianchini tra psichiatria, psicoanalisi e pedagogia*, in Rosario Conforti (a cura di), *La psicoanalisi tra scienze umane e neuroscienze. Storia, alleanze, conflitti*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2006, pp. 119-137.
- *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, in “Studi Storici”, anno 48, n. 2 (aprile- giugno 2007), pp. 477-521.
- *Pericolosi e in pericolo. Alle origini del Tribunale dei minori in Italia*, in “Contemporanea”, n. 2, aprile 2008.
- *Dagli aiuti materni all’ONMI: l’assistenza alla maternità e all’infanzia del fascismo*, in L. Pozzi e M. Breschi (a cura di), *Salute, malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*, Udine, Forum-SIDeS, 2009, pp. 59-83.
- *Senza Cattedra. L’Istituto di Psicologia dell’Università di Firenze tra Idealismo e Fascismo*, Firenze University Press, Firenze, 2012.
- *Caesar or Cesare? American and Italian images of Lombroso*, in Knepper Paul and Ystehede P.J. (eds), *The Cesare Lombroso Handbook*, London and New York, Routledge, 2013, pp. 113-130.
- *Italian Psychology and Jewish Emigration under Fascism. From Florence to Jerusalem and New York*, New York, Palgrave Macmillan, 2016.
- *Guardare avanti: Firenze per la cura dei bambini*, in *Una “nuova” sanità per Firenze capitale*, (a cura di) E. Ghidetti, Firenze, Polistampa, 2016, pp. 167-197.

Guarnieri Patrizia, Fiorani Matteo, *Istituto Umberto I di Firenze*, in Aa.Vv., *Carte da legare. Gli archivi della psichiatria in Italia*, Roma, Ministero dei beni e le attività culturali e del turismo, Direzione generale archivi, 2015, online <http://suisa.archivi.beniculturali.it/cgibin/pagina.pl?TipoPag=prodente&Chiave=62044&RicProgetto=preg-tos-fuoman> (ultima consultazione 4 ottobre 2016).

Hacking Ian, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*, Milano, Carocci, 2004 [1998].

Haupt Heinz-Gerhard, *Comparative History – a Contested Method*, in “Building on the past. Online Papers”, no. 2, 2007, e in “Historisk Tidskrift”, 127, 2007, pp. 697- 716; on line virgo.unive.it/eurodoct/documenti/Haupt_Comparative_history.pdf (ultima consultazione 2. 01. 2017).

Hayward Rhodri, *The Trasformation of the Psyche in British Primary Care 1880-1970*, London, Bloomsbury, 2014.

Hendrick Harry,

- *Child Welfare. England, 1872- 1989*, London and New York, Routledge, 1994.
- *Child Welfare. Historical Dimensions, Contemporary Debate*, Bristol, The Police Press, 2003.

Hess Volker, *Medical record as means of hospital*, in “Historia hospitalium”, 27, 2000-2010, pp. 43-52.

Hess Volker, Ledebur Sophie, *Taking and Keeping: A Note on the Emergence and function of Hospital Patient Records*, in “Journal of the Society of Archivists”, vol. 32, n. 1, 2011, pp. 21-33.

Hess Volker, Mendelsohn Andrew J., *Case and series: Medical knowledge and paper technologies, 1600-1900*, in “History of Science”, 48, 2010, pp. 287-314.

Hess Volker, Majerus Benoit, *Writing the history of psychiatry in the 20th century*, in “History of Psychiatry”, 22, 2011, pp. 139-145.

Horn Margo, *The Moral Message of Child Guidance 1925-1945*, in “Journal of Social History”, vol. 18, n. 1, 1984, pp. 25-36.

Howells John G. (a cura di), *World history of Psychiatry*, New York, Brunner-Mazer, 1975.

Ipsen Carl, *Italy in the Age of Pinocchio. Children and Danger in the Liberal Era*, Palgrave Macmillan, 2006.

Israel Giorgio, *Il fascismo e la razza. La scienza italiana e le politiche razziali del regime*, Bologna, il Mulino, 2010.

Jackson Mark, *Permeating National Boundaries. European and American Influences on the Emergence of “Medico-Pedagogy” in Late Victorian and Edwardian Britain*, in Roelcke Volker, Weindling Paul J. and Westwood Louise (eds), *International Relations in Psychiatry. Britain, Germany, and the United States to World War II*, University of Rochester Press, Rochester, 2010, pp. 30-47.

James Allison, *Giving voice to children’s voices: practices and problems, pitfalls and potentials*, in “American anthropologist”, n. 109, 2/2007, pp. 261-271 (trad. it. *Dare voce alle voci dei bambini. Pratiche e dilemma, trappole e potenzialità nella ricerca sociale con i bambini*, in “Cittadini in crescita”, n. 2/2010, pp. 10-25).

Jenks Chris, *Childhood*, London, Routledge, 1996.

Jobs Richard Ivan and Pomfret David M. (eds), *Transnational Histories of Youth in the Twentieth Century*, New York, Palgrave Macmillan, 2015.

Jones Edgar, *Psychiatric Case Notes: Symptoms of Mental Illness and their Attribution at Maudsley Hospital, 1923- 1935*, in “History of Psychiatry”, 23, n. 2, 2013, pp. 156-168.

Jones Edgar and Rahman Shahina, *Framing Mental Illness, 1923-1939: The Maudsley Hospital and its Patients*, in “Social History of Medicine”, 21, n. 1, 2008, pp. 107-125.

Jones Kathleen W.,

- “*Mother Made Me Do It*”: *Mother-Blaming and the Women of Child Guidance*, in M. Ladd-Taylor and L. Umansky, “*Bad*” *Mothers. The Politics of Blame in Twentieth-Century America*, New York and London, New York University Press, 1998.
- *Taming the Troublesome Child. American Families, Child Guidance, and the Limits of Psychiatric Authority*, Harvard University Press, 2002.

Knepper Paul and Ystehede P.J. (eds), *The Cesare Lombroso Handbook, London and New York*, Routledge, 2013.

Krasnick Warsh Cheryl and Strong-Boag Veronica (eds), *Children’s health issues in historical perspective*, Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, 2005.

Kocka Jürgen, *Comparison and Beyond*, in “History and Theory”, vol. 42, 2003, pp. 39-44.

La Banca Domenica,

- *Assistenza o beneficenza? La Federazione napoletana dell’Onmi (1926-1939)*, in “Contemporanea”, anno XI, n. 1, 2008, pp. 47-72.
- *Welfare in transizione. L’esperienza dell’ONMI (1943-1950)*, Napoli, ESI, 2013.

La Fata Ilaria, *Follie di Guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Milano, Unicopli, 2014.

Lanaro Silvio, *Nazione e lavoro. Saggio sulla cultura borghese in Italia (1870- 1925)*, Venezia, Marsilio, 1979.

Lazzari Susanna, Quaranta Mario, *Giulio Cesare Ferrari in Cimino, Dazzi (a cura di), La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 225-254.

Lerner Paul, *Hysterical Man. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany (1890-1930)*, Ithaca-London, Cornell University Press, 2003.

Levi Giovanni,

- *L'eredità immateriale. Carriera di un esorcista nel Piemonte del Seicento*, Torino, Einaudi, 1985
- *Il piccolo, il grande e il piccolo. Intervista a Giovanni Levi*, in “Meridiana”, 10, 1990, pp. 211-234.
- *A proposito di microstoria*, in P. Burke (a cura di), *La storiografia contemporanea*, Roma-Bari, Laterza, 1993, pp. 111-134.
- *I tempi della storia*, in “The Historical Review/ La Revue Historique”, vol. 6, 2009, pp. 41-52.
- *Possiamo fare a meno della verità? (Una storia della storia culturale)*, in <http://storiamestre.it/2015/10/ricerca-di-verita-parziali/> (ultima consultazione 03.01. 2017)

Levine Murray and Levine Adeline, *Helping Children. A Social History*, New York-Oxford, Oxford University Press, 1992.

Lombardo Giovanni Pietro, *Le categorie storiografiche nella storia della psicologia italiana. Sante De Sanctis tra psichiatria e psicologia*, in “Rivista di psicologia clinica”, n. 2, 2007, pp. 132-139.

Lombardo Giovanni Pietro, Foschi Renato, *La psicologia italiana e il Novecento. Le prospettive emergenti nella prima metà del secolo*, Milano, Franco Angeli, 2003.

Loriga Sabina, *Negli interstizi della storia*, in Paola Lanaro (a cura di), *Microstoria. A venticinque anni da L'eredità immateriale*, Milano, Franco Angeli, 2011, pp. 69-77.

Ludvigsen Karl, Arup Seip Asmund, *The establishing of Norwegian child psychiatry: ideas, pioneers and institutions*, in “History of Psychiatry”, vol. 20, issue 1, March 2009.

Lupo Salvatore, *Il fascismo. La politica in un regime totalitario*, Roma, Donzelli, 2005.

Macnicol John, *Welfare, wages and the family: child endowment in comparative perspective, 1900-1950*, in Cooter Roger (eds), *In the name of the child. Health and welfare, 1880-1940*, Routledge, London, 1992, pp. 244-275.

Magri Primo, *Positivismo e scienze umane. Sulla nascita dello sperimentalismo educativo in Italia*, in Genovesi Gino e Rossi Lino (a cura di), *Educazione e positivismo tra Ottocento e Novecento in Italia*, Ferrara, Corso editore, 1995, pp. 29-39.

Maiocchi Roberto, *Scienza italiana e razzismo fascista*, Firenze, La Nuova Italia, 1999.

Maj Mario, Filippo Maria Ferro (a cura di), *Antologia di Testi Psichiatrici Italiani*, Marietti, Genova-Milano, 2003.

Mangoni Luisa,

- *L'interventismo della cultura. Intellettuali e riviste del fascismo*, Roma-Bari, Laterza, 1974.
- (a cura di), *"Primato" 1940-43*, Bari, 1977.
- *Una crisi di fine secolo. La cultura italiana e la Francia fra Otto e Novecento*, Torino, Einaudi, 1985.

Mantovani Claudia, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2004.

Marcocci Giuseppe, *Gli intrecci della storia. La modernità globale di Sanjay Subrahmanyam*, in Subrahmanyam Sanjay, *Mondi connessi. La storia oltre l'eurocentrismo (secoli XVI-XVIII)*, Roma, Carocci, 2014, pp. 9-21.

Marhaba Sadi, *Lineamenti della psicologia italiana 1870-1945*, Firenze, Giunti, 2003.

Marques Filipe Angela, *The Rise of Child Psychiatry in Portugal: An Intimate Social and Political History, 1915-1959*, in "Social History of Medicine", vol. 27, n. 2, 2014, pp. 326-348.

Massin Benoît, *L'eutanasia psichiatrica sotto il III Reich. La questione dell'eugenetica*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. CXXXII, n. 1, 2008, pp. 61-86.

Maura Emilio, Peloso Paolo Francesco, *Allevatori di uomini. Il caso dell'Istituto biotipologico ortogenetico di Genova*, in "Rivista Sperimentale di freniatria", vol. CXXXIII, n. 1, 2009, pp. 19-35.

Meckel Richard A., *Classrooms and Clinics: Urban Schools and the Protection and Promotion of Child Health, 1870- 1930*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 2013.

Micale Mark S., *Approaching Hysteria. Disease and its Interpretations*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

Micale Mark S. and Porter Roy, *Discovering the History of Psychiatry*, New York-Oxford, Oxford University Press, 1994.

Migliorino Francesco, *Bonifica umana. La clinica dell'uomo nuovo*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. CXXXIII, n. 1, 2009, pp. 61-72.

Minesso Michela

- (a cura di), *Stato e infanzia nell'Italia contemporanea. Origini, sviluppo e fine dell'Onmi 1925-1975*, il Mulino, Bologna, 2007.
- (a cura di), *Welfare e minori. L'Italia nel contesto europeo del Novecento*, Milano, Franco Angeli, 2011.

Minz Steven, *Reflections on Age as a Category of Historical Analysis*, in "Journal of the History of Childhood and Youth", vol. 1, n. 1, 2008, pp. 91-94.

Molinari Augusta, *Autobiografie della vita e della mente. Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo Novecento*, in "Genesis", II/1, 2003, pp. 151-176.

Montaldo Silvano,

- (a cura di), *Cesare Lombroso. Gli scienziati e la nuova Italia*, Bologna, il Mulino, 2010.
- *Lo psichiatra e l'antropologo criminale: Oscar Giacchi direttore del manicomio di Racconigi*, in *Archivio dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi*, Torino, Hapax, 2010, pp. 102-131.

Montaldo Silvano, Tappero Paolo (a cura di), *Cesare Lombroso cento anni dopo*, Torino, UTET, 2009.

Moraglio Massimo,

- *Dentro e fuori il manicomio. L'Assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, in "Contemporanea", a. IX, n. 1, 2006, pp. 15-34.
- *Prima e dopo la Grande guerra. Per un'introduzione al dibattito psichiatrico nell'Italia del '900*, in Scartabellati Andrea (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Torino, Marco Valerio editore, 2008, pp. 65-89.

Moravia Sergio, *Il ragazzo selvaggio dell'Aveyron. Pedagogia e psichiatria nei testi di Itard, Ph. Pinel e dell'Anonimo della "Décade"*, Bari, Laterza, 1972.

Morello Maria,

- *Donna, moglie e madre prolifica. L'Onmi in cinquant'anni di storia italiana*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2010.
- *I malati di mente dalla legislazione preunitaria alla legge Basaglia*, Fano, Aras Edizioni, 2012.

Mosse George, *La nazionalizzazione delle masse. Simbolismo politico e movimenti di massa in Germania (1815-1933)*, Bologna, il Mulino, 1974.

Nacci Michela, *L'antiamericanismo in Italia negli anni Trenta*, Torino, Bollati Boringhieri, 1989.

Neppi Modona Guido e Pelissero Marco, *La politica criminale durante il fascismo*, in *Storia d'Italia. Annali*, vol. 12, *La criminalità*, a cura di L. Violante, Torino, Einaudi, 1997, pp. 757-847.

Neuman R. P., *Masturbation, Madness, and the Modern Concepts of Childhood and Adolescence*, in "Journal of Social History", vol. 8, n. 3, 1975, pp. 1-27.

Nicasi Stefania, *Il germe della follia. Modelli di malattia mentale nella Psichiatria italiana di fine Ottocento*, in Rossi Paolo (a cura di), *L'età del positivismo*, Bologna, il Mulino, 1986, pp. 309-332.

O'Brien Gerald V., *Framing the Moron: The Social Construction of Feeble-mindedness in the American Eugenic Era*, Manchester, Manchester University Press, 2013.

Padovan Dario, *Biopolitica, razzismo e trattamento degli "anormali" durante il fascismo*, in Cassata Francesco e Moraglio Massimo (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, Pisa, BFS edizioni, 2005, pp. 59-82.

Panattoni Riccardo (a cura di), *Parole e immagini dal manicomio, Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Milano-Torino, Mondadori, 2011.

Paoletta Francesco,

- *Archivio fascista di medicina politica*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. CXXXIII, n. 1, 2009, pp. 37-51.
- *Un esperimento di profilassi sociale. La colonia-scuola "Antonio Marro" di Reggio Emilia*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. CXXXIV, n. 3, 2010, pp. 17-34.

Passione Roberta, *Ugo Cerletti e il romanzo dell'elettroschock*, Reggio Emilia, Aliberti, 2007.

Patriarca Silvana, *Fear of Small Numbers: "Brown Babies" in Postwar Italy*, in "Contemporanea", a. XVIII, n. 4, pp 537-567.

Pazé Piercarlo, *Le novità nell'ascolto del bambino*, in "Cittadini in crescita", n. 2-3, 2011, pp. 14-23.

Peloso Paolo Francesco, *La Guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, Verona, Ombre Corte, 2008.

Pesci Furio, *Antropologia e pedagogia a Roma da Giuseppe Sergi a Maria Montessori. Letture per il laboratorio di Storia della Pedagogia*, Roma, Aracne, 2002.

Petracci Matteo,

- *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli, 2014;
- *La follia nei processi del Tribunale speciale per la difesa dello Stato*, in Luigi Lacchè (a cura di), *Il diritto del duce. Giustizia e repressione nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli, 2015, pp. 208-234.

Petrizzo Alessio, *Pelli criminali? La scuola lombrosiana e il corpo tatuato a fine Ottocento*, in “Contemporanea”, 1, 2016, pp. 3-41.

Piazzì Andrea et alii, *The history of Italian psychiatry under Fascism*, “History of Psychiatry”, 22, n. 3, 2011, pp. 251-267.

Pick Daniel, *Faces of degeneration. A European disorder, 1848-1918*, Cambridge University Press, Cambridge, 1989.

Pogliano Claudio,

- *Scienza e stirpe: eugenica in Italia (1912-1939)*, in “Passato e presente”, n. 5, 1984, pp. 61-97.
- *Prefazione* a P. Guarnieri, *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Milano, Franco Angeli, 1985, pp. 7-14.
- *L'ossessione della razza. Antropologia e genetica nel XX secolo*, Pisa, Edizioni della Normale, 2005.

Pols Hans, “Beyond the Clinical Frontiers”. *The American Mental Hygiene Movement, 1910-1945*, in Roelcke Volker, Weindling Paul J. and Westwood Louise (eds), *International Relations in Psychiatry. Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, University of Rochester Press, 2010, pp. 111-133.

Ponzio Alessio, *Shaping the New Man: Youth Training Regimes in Fascist Italy and Nazi Germany*, Madison, University of Wisconsin Press, 2015.

Porter Roy,

- *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, in “Theory and Society”, 14, n. 2, 1985, pp. 175-198.

- *A Social History of Madness: Stories of the Insane*, London, Weidenfeld & Nicholson, 1987 (trad. it. *Storia sociale della follia*, Milano, Garzanti, 1991).

Porter Roy and Wright David (eds), *The Confinement of the Insane, International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge University Press, Cambridge-New York, 2003.

Quarchioni Marco, *Marco Levi-Bianchini e la Biblioteca Psicoanalitica Italiana*, in “Notizie dalla Delfico”, n. 1, 1988, pp. 3-21.

Quine Maria Sophia, *Italy's Social Revolution: Charity and Welfare from Liberalism to Fascism*, London, Palgrave, 2002.

Re Stefania, *Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile nel manicomio di Colorno (1880-1915)*, Milano, Franco Angeli, 2014.

Reichmann Rodolfo, *Cesare L. Musatti*, in Cimino Guido e Dazzi Nino (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, LED, 1998, pp. 523-559.

Restiglian Danilo, *Istituto medico-pedagogico “Ettore Nordera” di Thiene*, Thiene, 2012.

Revel Jacques, *Microanalisi e costruzione del sociale*, in J. Revel (a cura di), *Giochi di scala. La microstoria alla prova dell'esperienza*, Roma, Viella, 2006, pp. 19-44.

Riefolo Giuseppe, Ferro Filippo Maria, *Note sulla fondazione della psichiatria clinica: prassi dell'osservazione e nascita della “cartella”*, in “Giornale Storico della Psicologia Dinamica”, XI, 22, 1987, pp. 177-202.

Ritter Gerhard A., *Storia dello Stato sociale*, Laterza, Roma-Bari, 2011 [1991].

Rizzo Fernanda, *“Falso anormale”. Dalle classi differenziali al correzionale*, in Becchi Egle e Semeraro Angelo (a cura di), *Archivi d'infanzia. Per una storiografia della prima età*, La Nuova Italia, 2001, pp. 184-198.

Roelcke Volker, *The twofold politics of psychiatry: Ernst Rüdin and the German delegation at the International Congress of Child Psychiatry in Paris, 1937*, in “Rhei. Revue d'histoire de l'enfance “irrégulière””, n. 18, 2016, pp. 117-129.

Roelcke Volker, Weindling Paul J. and Westwood Louise (eds), *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany, & the United States to World War II*, Rochester, New York, Woodbridge, University of Rochester Press, 2010.

Rose Nikolas,

- *The Psychological Complex. Psychology, Politics and Society in England 1869-1939*, London, Boston, Melbourne and Henley, Routledge & Kegan Paul, 1985.
- *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, London, Routledge, 1989.

Rossi Lino,

- *La degenerazione tra istanze sociali ed eredità darwiniana: il dibattito sulla "Rivista sperimentale di freniatria"*, in Ferro Filippo M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 351-362.
- *Momenti di storia del pensiero psichiatrico in Italia. L'uomo delinquente fra psicologia, psichiatria e scienze sociali (1870-1910)*, in Ferro Filippo M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 519-532.
- *Alle origini della pedagogia sperimentale: il contributo della psicologia*, in Genovesi Gino e Rossi Lino (a cura di), *Educazione e positivismo tra Ottocento e Novecento in Italia*, Ferrara, Corso editore, 1995, pp. 40-48.

Rossi Paolo (a cura di),

- *L'età del positivismo*, Bologna, il Mulino, 1986.
- *Il paradigma della riemersione del passato*, in Ferro Filippo M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e Pensiero, 1989, pp. 309-318.

Ruchat Martine, *Observer et mesurer: quelle place pour l'infans dans le diagnostic médico-pédagogique? 1912-1958*, in "Revue d'histoire de l'enfance "irrégulière"", n. 11, 2009, pp. 2-15.

Sacks Oliver,

- *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*, Milano, Adelphi, 1986.
- *Risvegli*, Milano, Adelphi, 1987.

Saunier Pierre-Yves, *Transnational History: Theory and History*, New York, Palgrave Macmillan, 2013.

Scaraffia Lucetta, *La qualità del generare. Gemelli di fronte all'eugenetica*, in M. Bocci (a cura di), *Storia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore*, vol. VI, *Agostino Gemelli e il suo tempo*, Milano, Vita & Pensiero, 2009. pp. 513-526.

Scarfone Marianna, *Genere, razza e psichiatria coloniale*, in “DEP Deportate, Esuli e Profughe”, n. 27, gennaio 2015, on line http://www.unive.it/nqcontent.cfm?a_id=185925 (ultimo accesso: 11.11.2016).

Scartabellati Andrea,

- *Pagine dimenticate. Le culture psichiatriche in Italia tra fine '800 e primi decenni del '900*, in Giuntini Andrea (a cura di), *Povere menti. La cura della malattia mentale nella provincia di Modena fra Ottocento e Novecento*, Modena, 2009, pp. 15-40.
- *Culture psichiatriche e cultura nazionale. Per una storia sociale della cultura psichiatrica italiana (1909-1929)*, in “Frenis zero. Scienze della mente, Filosofia, Psicoterapia e Creatività”, numero 5, anno III, gennaio 2006 in web.tiscali.it/bibliopsi/frenis.htm (ultima consultazione 20 settembre 2014).
- *Dal manicomio alla società e ritorno*, in *Il mestiere di storico*, VII/1, 2015, pp. 51-55.

Scott Joan W., *Il “genere”: un'utile categoria di analisi storica*, in I. Fazio (a cura di), *Genere, politica, storia*, Roma, Viella, 2013, pp. 31-64.

Seigel Micol, *Beyond Compare: Comparative Method After the Transnational Turn*, in “Radical History Review”, n. 91, a. 2005, pp. 62-90.

Shortt Samuel, *The New Social History of Medicine: Some Implications for Research*, in “Archivaria”, n. 10, 1980, pp. 5-22.

Smith Karen M., *The Government of Childhood. Discourse, Power and Subjectivity*, London, Palgrave Macmillan, 2014.

Stearns Peter N.,

- *Childhood in World History*. New York and London, Routledge, 2006.
- *Challenges in the History of Childhood*, in “Journal of the History of Childhood and Youth”, vol. 1, n. 1, 2008, pp. 35-42.

Stewart John,

- *Child Guidance in Britain, 1918-1955: The Dangerous Age of Childhood*, London, Pickering and Chatto, 2013.

- *British Child Guidance Practitioners at the Paris Conference: Their Ideas and Therapeutic Methods*, in “Rhei. Revue d’histoire de l’enfance “irrégulière””, n. 18, 2016, pp. 133-148.

Stewart-Steinberg Suzanne, *The Pinocchio Effect. On Making Italians, 1860-1920*, The University Chicago Press, Chicago, 2007, (trad. italiana *L’effetto Pinocchio. Italia 1861-1922. La costruzione di una complessa modernità*, Elliot Edizioni, Roma, 2011).

Subrahmanyam Sanjay, *Mondi connessi. La storia oltre l’eurocentrismo (secoli XVI-XVIII)*, Roma, Carocci, 2014.

Tabor Davide, *L’autonomia negata. Famiglie, manicomi e identità di genere nella città industriale tra Ottocento e Novecento*, in “Diacronie. Studi di Storia Contemporanea”, numero monografico *Le città di Babele*, numero 21, marzo 2015, www.studistorici.com/2015/3/29/tabor_numero_21/ (ultima consultazione 2.09. 2016).

Tacchi Francesca, *Binari paralleli. Storia delle professioni e storia del fascismo*, in “Studi Storici”, n. 1, 2014, pp. 109-122.

Tarquini Alessandra, *Storia della cultura fascista*, Bologna, il Mulino, 2011.

Tedesco Luca, *Giuseppe Sergi e “la morale fondata sulla scienza”. Degenerazione e perfezionamento razziale nel fondatore del Comitato Italiano per gli Studi di Eugenia*, Milano, Unicopli, 2012.

Thom Deborah, *Wishes, anxieties, play and gestures: child guidance in inter-war England*, in Cooter Roger (eds), *In the name of the child. Health and welfare, 1880-1940*, Routledge, London 1992, pp. 200-219.

Thomson Mathew,

- *Mental Hygiene as an International Movement*, in P. Weindling (ed.), *International Organisations and Movements, 1918-1939*, New York, Cambridge University Press, 1995, pp. 283-304.
- *Mental Hygiene in Britain during the First Half of the Twentieth Century*, in Roelcke Volker, Weindling Paul J. and Westwood Louise (eds), *International Relations in Psychiatry. Britain, Germany, and the United States to World War II*, Rochester, University of Rochester Press, 2010, pp. 134-155.

Toms Jonathan, *Mental Hygiene and Psychiatry in Modern Britain*, London, Palgrave Macmillan, 2013.

Tornabene Massimo,

- *La guerra dei matti. Il manicomio di Racconigi tra fascismo e liberazione*, Boves, Arabafenice, 2007.
- *Matti di fascismo, matti di Guerra. Gli internati di Racconigi e la seconda guerra mondiale*, in “Passato e presente”, n. 73, gennaio-aprile 2008, pp. 41-63.

Trivellato Francesca, *Microstoria, storia del mondo e storia globale*, in Paola Lanaro (a cura di), *Microstoria. A venticinque anni da L'eredità immateriale*, Milano, Franco Angeli, 2011, pp. 119-131.

Turda Marius,

- *Modernism and Eugenics*, Basingstoke- New York, Palgrave Macmillan, 2010.
- *Eugenics and Nation in Early 20th Century Hungary*, London, Palgrave Macmillan, 2014.

Turda Marius and Gillette Aaron, *Latin Eugenics in Comparative Perspective*, London, New York, Bloomsbury Academic, 2014.

Turda Marius and Weindling Paul J. (eds), *Blood and homeland: eugenics and racial nationalism in Central and Southeast Europe, 1900-1940*, Budapest and New York, Central European University Press, 2007.

Turi Gabriele,

- (a cura di), *Libere professioni e fascismo*, Milano, Franco Angeli, 1994.
- *Lo Stato educatore. Politica e intellettuali nell'Italia fascista*, Laterza, Roma-Bari, 2002.

Valeriano Annacarla, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Roma, Donzelli, 2014.

Venini Lucia, *Agostino Gemelli*, in Cimino Guido e Dazzi Nino (a cura di), *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, Milano, Led, 1998, pp. 561-579.

Vial Monique, *Infanzia handicappata tra XIX e XX secolo*, in Becchi Egle e Julia Dominique, *Storia dell'infanzia. Dal settecento a oggi*, volume II, Laterza, Roma-Bari, 1996, pp. 306-331.

Villa Renzo, *Lombroso and his school: from anthropology to medicine and law*, in Knepper Paul and Ystehede P.J. (eds), *The Cesare Lombroso Handbook*, London and New York, Routledge, 2013, pp. 8-29.

Viner Russel and Golden Janet, *Children's Experience of Illness*, in R. Cooter and J. Pickstone (eds), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London, Routledge, 2003, pp. 575-588.

Waltraud Ernst (eds), *Histories of the Normal and the Abnormal. Social and cultural histories of norms and normativity*, Routledge, London and New York, 2006.

Weindling Paul,

- *Alien Psychiatrists. The British Assimilation of Psychiatric Refugees. 1930-1950*, in V. Roelcke, P. J. Weindling and L. Westwood (eds), *International Relations in Psychiatry: Britain, Germany, & the United States to World War II*, Rochester, New York, Woodbridge, University of Rochester Press, 2010.
- *Victims and Survivors of Nazi Human Experiments. Science and Suffering in the Holocaust*, Bloomsbury, London-New Delhi-New York-Sydney, 2015 (trad. it. *Vittime e sopravvissuti. Gli esperimenti nazisti su cavie umane*, Le Monnier, Firenze, 2015).

Werner Michael and Zimmermann Bénédicte, *Beyond Comparison: Histoire Croisée and the Challenge of Reflexivity*, in "History and Theory", vol. 45, 2006, pp. 30-50.

Zapperi Roberto, *Freud e Mussolini. La psicanalisi in Italia durante il regime fascista*, Milano, Franco Angeli, 2013.

Zemon Davis Natalie, *La passione della storia*, Roma, Viella, 2007.

Abstract

La tesi affronta la questione dell'infanzia letta principalmente attraverso le teorie e le pratiche psichiatriche, cogliendo al tempo stesso gli apporti e le influenze di discipline vicine come pedagogia, psicologia, psicoanalisi e antropologia criminale. L'attenzione è posta in particolare all'Italia, ma vengono analizzati i legami internazionali sia nella teorizzazione degli psichiatri sia nelle pratiche messe in atto negli istituti per bambini "anormali" e difficili. L'arco cronologico considerato è quello compreso tra le due guerre mondiali.

Da un punto di vista metodologico la ricerca si avvale di diversi approcci: coniuga la ricostruzione del contesto generale con l'osservazione intensiva di alcuni *case-studies*, accogliendo al tempo stesso spunti e suggestioni dell'approccio transnazionale, particolarmente utile nella ricostruzione delle reti di relazioni tra gli psichiatri. La ricerca si pone per definizione all'incrocio di più ambiti: da un lato la storia della psichiatria, dall'altro la storia del fascismo e dall'altro ancora la storia dell'infanzia.

La tesi si articola in tre parti. La prima parte è dedicata agli istituti per bambini anormali. Si è cercato di illustrare quali erano gli istituti per bambini anormali, le caratteristiche specifiche di ciascuna istituzione, le modalità di ammissione, le interazioni tra medici, società e famiglie. Si sono analizzate le cause dell'anormalità dei bambini secondo il punto di vista dai medici, ma si sono anche considerate le modalità di osservazione, di gestione dei bambini e le terapie specifiche adottate. Vengono prese in considerazione anche le modalità delle dimissioni, gli esiti della cura e il ritorno nella società di questi bambini. La seconda parte della tesi considera il contesto scientifico e politico di riferimento, nel quale agivano e operavano gli psichiatri. Questa seconda parte si articola in due capitoli: il primo indaga le richieste degli psichiatri dei bambini e le loro aspirazioni come gruppo di professionisti che reclamava uno spazio di azione che non fosse più solo il manicomio, ma anche la scuola, la fabbrica e l'esercito. Il secondo capitolo si concentra sulla seconda metà degli anni Trenta e si focalizza in particolare sul I congresso internazionale di psichiatria infantile, mostrando come i rapporti tra alcuni psichiatri, antropologi criminali e pedagogisti si fossero intrecciati e infittiti, evidenziando la disponibilità di alcuni medici a mettersi a disposizione del fascismo, talvolta anche per questioni accademiche e di prestigio. La terza parte si concentra sui bambini anormali: vengono prese in considerazione le diagnosi rinvenute sulle cartelle per verificare quali fossero e come abbiano contribuito alla costruzione della categoria del bambino "anormale". L'ultimo capitolo cerca di dare voce ai bambini attraverso le parole che in alcuni casi hanno pronunciato e che alcuni psichiatri hanno raccolto per mostrare la complessa relazione tra medici e bambini.

Ringraziamenti

Nel corso di questa ricerca sono state tante le persone che mi hanno offerto spunti, suggerimenti, discussioni anche vivaci. Innanzitutto i miei supervisori, il professor Renato Camurri e la professoressa Patrizia Guarnieri: ho con loro discusso molteplici nodi e questioni difficili da sbrogliare e li ringrazio per essere stati con me sempre disponibili. Un ringraziamento va a tutto il collegio del dottorato in Studi storici, geografici e antropologici delle Università di Padova, Verona e Venezia e alla professoressa Maria Cristina La Rocca che lo coordina.

Devo un grazie speciale al professor Giovanni Levi, che non solo mi ha messo a disposizione l'archivio privato di Luisa Levi, ma che mi ha ascoltata e incoraggiata e spronata.

Importanti sono stati gli archivisti incontrati e sono stati tanti. Li ringrazio tutti e in particolare quelli con cui ho intrecciato un dialogo più fitto: Luigi Armiato e Fiara Gaspari dell'archivio dell'Ospedale psichiatrico San Servolo di Venezia; Paola Zocchi dell'Archivio di Storia della psicologia dell'Università di Milano-Bicocca; Chiara Bombardieri dell'Archivio dell'Ospedale psichiatrico San Lazzaro; gli archivisti dell'Archivio Centrale dello Stato di Roma e dell'Archivio dell'Ospedale psichiatrico di Santa Maria della Pietà di Roma.

Ci sono alcune persone senza le quali questa ricerca non sarebbe nata e sono le persone che mi sono più vicine: Enrico, Lorenzo e Costanza, mamma e Elena. E papà che in fondo lo è ancora, vicino. Poi le amiche che mi hanno a lungo ascoltata e spronata: Carmen, Francesca, Germana, Cristina. E poi Marianna, Anna e Daniele. Grazie.

Questo lavoro non sarebbe stato possibile se alcuni maestri nel passato non mi avessero mostrato la passione: non li elenco, sarebbero troppi e va bene così. Loro lo sanno.

Un grazie va anche al mondo della scuola che mi ha permesso questa ricerca e che mi ha autorizzata a occuparmene per tre anni in maniera esclusiva. Visto che si parla spesso di scuola per dirne male, io ne devo invece dire bene.

Questa tesi che racconta di bambine e bambini la dedico a tre persone che – intrecciando presenze, fiabe, storie, affetto, sogni, caramelle Rossana e orecchini –, hanno costruito il mondo magico della mia infanzia: papà Bruno, mamma Santina, nonna Maria.