

CONFINIA CEPHALALGICA *et* NEUROLOGICA

A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO NEUROSCIENCES

Official Journal of C.I.R.N.A. ONLUS Foundation

Indexed in Scopus, EMBASE (Elsevier), Biosis and Bibliovigilance

www.confiniacephalalgica.it, www.cirna.it, www.cefalea.it

MATTIOLI 1885



CONFINIA CEPHALALGICA ET NEUROLOGICA

OFFICIAL JOURNAL OF C.I.R.N.A. ONLUS FOUNDATION
ITALIAN CENTER FOR RESEARCH IN ADVANCED NEUROSCIENCES

EDITORIAL BOARD

FOUNDING EDITOR

Giuseppe Nappi (Pavia, Roma)

EDITOR-IN-CHIEF

Paolo Mazzarello (Pavia)

DEPUTY EDITOR

Mariano Martini (Genova)

CO-EDITORS

Vincenzo Guidetti (Roma)
Giuseppe Milanesi (Pavia)
Giorgio Sandrini (Pavia)
Cristina Tassorelli (Pavia)

SECTION EDITORS

Roberto De Icco (Pavia) - *Neurological diseases, Neurorehabilitation, Clinical Neurophysiology*
Federica Galli (Roma) - *Headache, Neuropediatrics, Psychology*
Maria Carla Garbarino (Pavia) - *History of Neuroscience, Brain and Medicine*
Damiana Scuteri (Cosenza) - *Clinical Neuropharmacology, Pain, Dementia*
Sofia Elisabetta Walters (Pisa) - *Philosophy and Neurosciences, Embodied Cognition*

ADVISORY BOARD

Ishaq Abu Arafah (Aberdeen)
Colette Marie Andrée (Zurigo)
Marco Arruda (Riberão Preto)
Francesco Maria Avato (Ferrara)
Giampaolo Azzoni (Pavia)
Giacinto Bagetta (Cosenza)
Umberto Balottin (Pavia)
Nelson Barrientos (Santiago del Cile)
Heinrich Binder (Vienna)
Giorgio Bono (Pavia, Varese)
Carlos Bordini (Riberão Preto)
Mario Borghese (Cordoba)
Florencio Vicente Castro (Badajoz)
Marco Catani, (London)
Alfredo Costa (Pavia)
Audrey Craven (Dublino)
Egidio D'Angelo (Pavia)
Federico Dajas (Montevideo)
Rosa Maria Gaudio (Ferrara)
Armando Genazzani (Novara)
Brian Hurwitz, (London)
Juan José Maldonado Briegas (Badajoz)
José Miguel Lainez (Valenza)
Walter Minella (Pavia)

Raffaele Manni (Pavia)
Mario Medici (Montevideo)
Rossella E. Nappi (Pavia)
Luis Horacio Parodi (Cordoba)
Antonio M. Persico (Messina)
Emilio Perucca (Pavia)
Marco Piccolino, (Ferrara)
Gianluigi Riva (Pavia, Dublino)
Leopold Saltuari (Innsbruck)
Jean Schoenen (Liegi)
Santiago Spadafora (Buenos Aires)
Tim Steiner (London, Trondheim)
Livio Pietro Tronconi (Pavia)
Massimiliano Valeriani (Roma)
Tomaso Vecchi (Pavia)
Pierangelo Veggiotti (Milano)
Zully Vera De Molinas (Asunción)
Nicholas Wade, (Dundee)

ASSOCIATE EDITORS

Natalia Arce Leal (Cordoba)
Micol Avenali (Pavia)
Sara Bottiroli (Pavia)
Filippo Brighina (Palermo)
Sónia Brito-Costa (Coimbra)

Cherubino Di Lorenzo (Roma)
Vittorio Di Piero (Roma)
Maria de Lourdes Figuerola (Buenos Aires)
Roberto Fogari (Pavia)
María José López (Valdivia)
Marta Matamala Gomez (Barcellona)
Rosario Iannacchero (Catanzaro)
Grazia Sances (Pavia)
Ana Isabel Sanchez Iglesias (Burgos)
Sabrina Signorini (Pavia)
Hugo Speratti (Asunción)
Michele Terzaghi (Pavia)
Luciano Vasapollo (Roma)

SCIENTIFIC SECRETARY

Valentina Cani (Pavia)
Elena Guaschino (Pavia)
Andrea Loffi (Trento, Pavia)
Silvia Molinari (Pavia)

MANAGING DIRECTOR

Roberto Nappi (Pavia)

MANAGING EDITOR

Massimo Radaelli (Fidenza)

Journal Linked With World Federation of Neurorehabilitation Special Interest Group Neurophilosophy

Chairmen: Heinrich Binder (A), Giorgio Sandrini (I)

Scientific Advisory Committee:

Patricia Churchland (US), Stephanie Clarke (CH), Paolo Fusar-Poli (UK, I), Markus Gabriel (G), Volker Hömberg (G), Georg Northoff (Canada), Giuseppe Riva (I), Giacomo Rizzolatti (I), Gerard Roth (G, A), Mark Solms (South Africa), Tomaso Vecchi (I), Sabahat Asim Wasti (Dubai)



MATTIOLI 1885

srl- Strada di Lodesana 649/sx
Loc. Vaio - 43036 Fidenza (Parma)
tel +39 0524 530383
fax +39 0524 82537
www.mattioli1885.com
E-mail: redazione@mattioli1885.com

FONDAZIONE CIRNA ONLUS
Piazza castello 19, 27100 Pavia
Fax 0382 520070
E-mail: cima@cefalea.it
website: www.cefalea.it

REDAZIONE CONFINIA CEPHALALGICA ET NEUROLOGICA
Sistema Museale di Ateneo,
Museo per la Storia dell'Università,
Strada Nuova 65 (Pavia)
Cattedra di Storia della Medicina, Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento
E-mail: museo.storico@unipv.it; paolo.mazzarello@unipv.it
Tel.: +39.0382.984712 +39.0382.984707

EDITORIAL OFFICE

Valeria Ceci
E-mail: valeriaccci@mattioli1885.com



Mattioli 1885

srl- Strada di Lodesana 649/sx
Loc. Vaio - 43036 Fidenza (Parma)
tel 0524/530383
fax 0524/82537
www.mattioli1885.com

DIREZIONE GENERALE
Direttore Generale
Paolo Cioni
Vice Presidente e Direttore Scientifico
Federico Cioni

DIREZIONE EDITORIALE
Editing Manager
Anna Scotti
Editing
Valeria Ceci

Foreign Rights
Nausicaa Cerioli

MARKETING E PUBBLICITÀ
Responsabile Area ECM
Simone Agnello
Project Manager
Natalie Cerioli
Massimo Radaelli
Responsabile Distribuzione
Massimiliano Franzoni

CONFINIA CEPHALALGICA et NEUROLOGICA

Registrazione Tribunale di Milano
N. 254 del 18/04/1992
Periodicità quadrimestrale

I dati sono stati trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore Mattioli 1885 spa per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico scientifico. Ai sensi dell'Art. 13 L. 675/96 è possibile in qualsiasi momento e gratuitamente consultare, modificare e cancellare i dati o semplicemente opporsi all'utilizzo scrivendo a: Mattioli 1885 srl - Casa Editrice, Strada della Lodesana 649/sx, Loc. Vaio, 43036 Fidenza (PR) o a dpo@mattioli1885.com

Confinia Cephalalgica et Neurologica è indicizzata in Scopus, EMBASE (Elsevier) e Bibliovigilance

INDEX

Volume 33 / n. 3

December 2023

EDITORIAL

Paolo Mazzarello, Giorgio Sandrini, Mariano Martini
Editorial - e2023023

HISTORY OF MEDICINE

Berenice Cavarra, Marco Cilione
Giorgio Valla e l'anatomo-fisiologia dei nervi nelle fonti greche del De expetendis et fugiendis rebus opus (Venezia, 1501) - e2023011

Davide Orsini, Mariano Martini
Carlo Livi: Un medico innovatore nello studio delle malattie mentali e nella relazione medico-paziente - e2023017

Mariano Martini, Maria Carla Garbarino, Davide Orsini
Indocili e non sottomesse: Un approccio storico alla condizione delle donne in manicomio tra Ottocento e Novecento - e2023019

Vanessa Sabbatini
I percorsi delle prime psichiatre italiane attraverso nuovi documenti (concorsi per medici nei manicomi) - e2023022

HEADACHE AND PAIN RESEARCH

Damiana Scuteri, Martina Pagliaro, Andrea Monteleone, Assunta Tarsitano, Rosario Iannacchero, Marilù Vulnera, Giorgio Sandrini, Paolo Tonin, Giacinto Bagetta, Maria Tiziana Corasaniti
Proposal of combination therapies to treat refractory chronic migraine - e2023020

BOOKS

e2023021

Editorial

Confinia Cephalalgica et Neurologica, fondata oltre 30 anni fa dal Prof. Giuseppe Nappi, ha pubblicato ininterrottamente (soprattutto in questi ultimi anni) articoli in italiano, inglese e spagnolo, aventi la finalità principale di favorire un dialogo interdisciplinare che consentisse a esperti operanti nel campo delle neuroscienze di approfondire aspetti di confine della propria disciplina. Tali approfondimenti sono stati, in molti casi, in grado di stimolare lo sviluppo di nuove competenze e di suggerire nuove ricerche. Partendo dalla centralità del tema cefalee e dolore, si sono ricevuti contributi da molte discipline, tra cui un particolare rilievo hanno avuto quelli provenienti dall'area filosofica e dal campo della storia delle neuroscienze.

La rivista, che ha nel tempo vissuto varie vite, si trova ora ad una svolta importante, in grado sicuramente di aprire nuove e importanti prospettive di crescita. Diventando organo ufficiale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee (SISC), Società che nel suo campo può essere considerata una delle più importanti al mondo, *Confinia* vede aprirsi delle importanti prospettive di crescente internazionalizzazione.

Naturalmente questo sviluppo comporterà una radicale riorganizzazione dell'assetto editoriale definendo un *Board* completamente nuovo.

Noi non possiamo che ringraziare i nostri lettori e tutti coloro che hanno inviato in questi anni articoli alla rivista, nella certezza che essa vivrà una nuova importante fase di crescita con il nuovo comitato editoriale cui va il nostro sincero benvenuto.

Paolo Mazzarello Giorgio Sandrini Mariano Martini

Giorgio Valla e l'anatomo-fisiologia dei nervi nelle fonti greche del *De expetendis et fugiendis rebus opus* (Venezia, 1501)*

Berenice Cavarra¹, Marco Cilione²

¹Department of Biomedical, Metabolic and Neural Sciences, University of Modena and Reggio Emilia, Italy; ²Faculty of Pharmacy and Medicine, History of Medicine and Bioethics Unit, Sapienza University of Rome, Italy

Riassunto. L'importanza di Giorgio Valla nella storia della scienza dell'umanesimo non è stata ancora adeguatamente riconosciuta. Nel vasto retroterra delle sue conoscenze, raccolte in una significativa opera enciclopedica intitolata *De expetendis et fugiendis rebus opus*, edita a Venezia nel 1501, le scienze naturali e la medicina occupano un posto di particolare importanza ed esprimono tutto lo straordinario valore della sua doppia competenza di umanista e di medico. Nella sezione dell'enciclopedia relativa ai "commoda et incommoda corporis" (l. 48), Valla dedica i capitoli dal 9 al 13 ai cinque sensi, il capitolo 14 all'immaginazione, il capitolo 15 alla memoria. Questo contributo intende valutare le fonti che l'autore utilizza nel trattare il tema della percezione, come il tema nella storia delle idee approdi dall'antichità all'enciclopedia di Giorgio Valla, come l'autore collochi la fisiologia della percezione nel quadro dell'ortodossia cristiana che lo caratterizza.

Parole chiave: Giorgio Valla, Umanesimo medico, Percezione sensoriale, Cervello, Galeno

GIORGIO VALLA AND THE ANATOMO-PHYSIOLOGY OF PERCEPTION NERVES IN GREEK SOURCES OF THE *De expetendis et fugiendis rebus opus* (VENICE, 1501)

Abstract. *The importance of Giorgio Valla in the history of Renaissance Humanism science has not yet been adequately recognized. In the vast background of his knowledge, gathered in a remarkable encyclopedic work entitled De expetendis et fugiendis rebus (Venice 1501), the natural sciences and medicine occupy a place of particular importance and express all the extraordinary value of his double competence as a humanist and a doctor. In the section of the encyclopedia relating to 'commoda et incommoda corporis' (l. 48), Valla dedicates chapters 9 to 13 to the five senses, chapter 14 to imagination, chapter 15 to memory. In addition to proposing a translation of some passages of the text, our contribution intends to evaluate the sources that the author uses in the treatment of the theme of perception; how the theme in the history of ideas arrives from the ancient to the 'encyclopedia' of Giorgio Valla; how the author places the physiology of perception in the framework of the Christian orthodoxy that characterizes him.*

Key words: Giorgio Valla, Medical Humanism, Sense Perception, Brain, Galen

Se è vero che nel corso del medioevo la sopravvivenza della letteratura medica in lingua greca nell'Occidente latino è affidata, oltre che alla tradizione diretta (1), anche alle traduzioni in latino (2) e in arabo (3) e alla

tradizione indiretta delle citazioni più o meno esplicite e riconoscibili (4), la graduale transizione dalla cultura medievale a quella umanistica ha impresso un'accelerazione significativa al recupero della trattatistica greca

*The paper is an updated version of a speech presented at 26th annual meeting of the International Society for the History of the Neurosciences, Rome, Italy, 14-18 June 2022.

dedicata alla medicina e alla filosofia della natura. La percezione storica della distanza degli antichi e la volontà di farne un modello inducono negli intellettuali, già a partire dalla seconda metà del XIV sec. (5), il desiderio di apprendere tanto il latino quanto il greco per un confronto non mediato con i classici. Questo desiderio determina non solo l'approdo in Occidente di molti grecofoni, ma anche la maggiore disponibilità di manoscritti greci. La migrazione di uomini e libri diventa ancor più significativa quando i Turchi occupano Bisanzio, il 29 maggio 1453 (6). Proprio a uno dei più colti *émigrés* bizantini, il costantinopolitano Costantino Lascaris, Giorgio Valla (1447-1500), medico e umanista piacentino (7, 8), deve la sua raffinata conoscenza della lingua greca, mentre il matematico e fisiologo Giovanni Marliani lo introduce alle scienze della natura. Questo binomio di *eloquentia* e *scientia* convince Ermolao Barbaro a raccomandarlo al Senato della Repubblica Veneta, di cui è ambasciatore a Milano, perché a partire dal 1484 sostituisca Giorgio Merula nell'insegnamento del greco e del latino presso la Scuola di S. Marco. A Venezia, sotto la protezione di Ermolao Barbaro, Valla può dedicarsi, attraverso il confronto diretto con i manoscritti, a un vasto programma di letture e riflessioni in cui le scienze della natura rivestono senza dubbio un ruolo privilegiato (9). Per quanto, dunque, l'interesse degli studiosi nei confronti di Giorgio Valla sia stato discontinuo nel corso degli ultimi due secoli (10), bisogna necessariamente riconoscere all'umanista piacentino il merito di aver riattivato il circolo virtuoso della traduzione di testi medici e di filosofia della natura, sfruttando la nuova disponibilità di manoscritti orientali (11). E tuttavia, il suo progetto culturale non si limita alla costruzione di una raffinata biblioteca personale, confluita a partire dal 1598 nella Biblioteca Universitaria Estense di Modena (12). L'esempio antico dell'enciclopedia pliniana e lo studio diretto della vasta produzione aristotelica hanno ispirato al Valla la costruzione di una biblioteca ideale (13) in cui si raccolgono fonti note, parzialmente conosciute o del tutto ignote all'Occidente medievale, che l'autore cita in traduzione latina, trascurando a volte di esplicitarne la paternità, per costruire un prezioso centone della conoscenza antica e tardoantica (come peraltro si evince dalle traduzioni che Valla affida a un interessante incunabolo edito a

Venezia da Simone Bevilacqua nel 1498): si tratta del *De expetendis et fugiendis rebus opus*, edito postumo nel 1501 a Venezia per i tipi di Aldo Manuzio.

In omaggio alla tradizione dell'aritmetologia pitagorica, a cui molto deve la medicina ippocratica (14), l'opera si articola in sette ebdomadi (per un totale di 49 libri). Ogni ebdomade è dedicata a una disciplina: la medicina occupa una posizione centrale rispetto alle materie *extra nos* (esterne all'uomo) e alle materie *in nobis* (interne all'uomo), in quanto scienza della materia potenzialmente oggettiva ma intrinsecamente legata all'uomo (15). Il criterio, in piena coerenza con il contesto umanistico, è chiaramente antropocentrico. Ci sono tuttavia riferimenti al corpo e alla salute anche nei libri 46, 47 e 48, dedicati ai *corporis commoda et incommoda* (vantaggi e svantaggi del corpo). In particolare, i capitoli 9-13 del libro 48 sono dedicati ai sensi e, al di là del contenuto, offrono uno *specimen* significativo di come Valla proceda nella selezione e nella traduzione delle sue fonti. Nel caso specifico della percezione, l'opera di riferimento è il *De natura hominis* di Nemesio di Emesa (IV-V sec. d. C.). Si tratta verosimilmente del primo trattato di antropologia cristiana (16). Il testo, già tradotto in latino tra i secoli XI e XII da Alfano di Salerno (parzialmente) e Burgundio da Pisa (17), ha goduto di una notevole fortuna, forse anche perché a lungo attribuito a uno dei grandi Cappadoci, vale a dire Gregorio di Nissa. Non è un caso che il *De natura hominis* di Nemesio sia presente nella collezione di manoscritti greci appartenuta a Giorgio Valla (Mutin. gr. 18, XV sec., Biblioteca Universitaria Estense di Modena) (18, 19): l'impostazione concettuale dell'Emeseno nella rielaborazione delle fonti pagane e nell'adesione all'anatomo-fisiologia di Galeno, specie del Galeno del *De usu partium* (*L'utilità delle parti*), infatti, risulta in perfetta sintonia con la formazione culturale e con le convinzioni religiose di Giorgio Valla (9). All'umanista si devono una traduzione parziale in latino del trattato di Nemesio (capp. 6-15 Morani), che compare nei capp. 8-16 del l. 48 del *De expetendis* e che costituisce una delle fonti utilizzate per la sezione dell'"enciclopedia" relativa a psicologia e percezione, e una traduzione integrale pubblicata postuma nel 1538 a Lione per i tipi di Sebastiano Grifio.

Il tema della percezione sensoriale attraversa la storia della medicina e della filosofia della natura fin

dalle testimonianze più antiche dell'Occidente greco. Secondo Calcidio (filosofo neoplatonico del IV sec. d. C.), Alcmeone di Crotona (medico del VI-V sec. a C. legato ai pitagorici) per primo avrebbe ricondotto al cervello la percezione sensoriale basandosi sull'esperienza autoptica della dissezione del bulbo oculare. Grazie ad essa, Alcmeone avrebbe individuato i canali che "dalla sede del cervello [...] trapassano fino alla cavità degli occhi in quanto contengono spirito naturale". Molti sono i passi del *Corpus Hippocraticum* che riconoscono la centralità del cervello: l'autore di *Malattia sacra*, ad esempio, afferma che "vene si dirigono al cervello da ogni parte del corpo, molte sottili, due però grosse, l'una dal fegato e l'altra dalla milza" (3. 3 Jouanna). Il cervello è la sede del pensiero perché riceve per primo attraverso le narici i pensieri contenuti nell'aria: esso è il luogo in cui si formano le emozioni e a cui afferiscono le sensazioni. L'autore di *Malattia sacra* attribuisce al cervello lo stesso ruolo attivo e passivo nei processi del pensiero che l'autore di *Regime* attribuisce all'anima rispetto alla percezione (20). Il rapporto tra anima, cervello e percezione diventa dunque un tema centrale nella riflessione della filosofia della natura. Platone, nella sua tormentata estesiologia, riconosce nei sensi corporei la porta delle affezioni che dall'esterno arrivano fino all'anima e che l'intelletto, collocato nella testa (acropoli metaforica del corpo-*polis*), regola per trasformare l'inganno della percezione in vera conoscenza (21). Il primato del cervello come organo egemone, a cui fa capo anche la percezione, è scardinato da Aristotele che al modello encefalocentrico sostituisce il modello emocardiocentrico.

La percezione torna ad essere connessa ai nervi e al cervello grazie all'approccio anatomico di Galeno che polemizza con Aristotele e con gli stoici sulla sua sede.

Nella sezione dell'enciclopedia di Valla relativa ai sensi la sequenza nella trattazione delle facoltà percettive esterne segue quella di Nemesio. Essa differisce dall'ordine proposto da Aristotele nel *De anima* che fa seguire i due sensi che presuppongono il contatto (gusto e tatto) a quelli che non lo presuppongono, come tuttavia puntualizza lo stesso Nemesio parlando del gusto.

Il capitolo 15 di Valla (Nemesio 13 Morani) tratta un argomento strettamente legato ai sensi, vale a dire

la memoria. Il tema si colloca nell'alveo più ampio e concettualmente complesso della continuità anima-corpo e della fisiologia della percezione. La memoria è definita come un senso interno che opera indipendentemente dagli organi di percezione ma a partire dall'esperienza dei sensi esterni, intesa come alterazione e riconoscimento dell'alterazione. La definizione che Valla desume da Nemesio è perfettamente sovrapponibile all'intera tradizione manoscritta del testo greco, tranne che per una significativa puntualizzazione. Infatti, dopo aver affermato che la memoria è "l'immaginazione acquisita da un senso, che si manifesta attraverso un'azione ed è conservata in una parte del cervello", Nemesio aggiunge: "come dice Origene". Quasi tutta la tradizione manoscritta condivide il riferimento a Origene. Un unico manoscritto, il *Dresdensis bibl. publicae* Da 57 (XII sec.) tramanda il nome di Aristotele al posto di quello di Origene. Ad esso ritiene opportuno allinearsi l'editore più recente di Nemesio, Moreno Morani (1987). La questione testuale ci offre lo spunto per comprendere come la storia della medicina, specialmente nelle sue fasi più antiche, sia legata alla storia delle idee e al contesto filosofico e culturale in cui esse maturano. Il capitolo 15 Valla (Nemesio 13 Morani), infatti, prosegue descrivendo il rapporto tra percezione e memoria in modo molto simile a quanto sostiene Aristotele nel *De memoria et reminiscientia*, ma lo Stagirita non viene nominato. Si è dunque ipotizzato che il nome di Aristotele sia finito nel testo a partire dalla nota apposta in margine da un copista o da un lettore colto che ha rilevato la stretta parentela con il trattato aristotelico (22, 23). Non basta. Anche il riferimento a Origene, ampiamente condiviso dalla tradizione manoscritta, risulta problematico. Si tratta di Origene filosofo neoplatonico o di Origene cristiano? Del primo sappiamo veramente poco; il secondo è citato altre due volte nel trattato di Nemesio (3.144 e 30.268 Morani) che pure lo ricorda con una certa circospezione perché soprattutto all'epoca dell'Emeseno Origene è in odore di eresia difisita. Non esiste una soluzione pienamente soddisfacente al dilemma, ma esiste la possibilità di riconoscere tanto in Origene neoplatonico quanto in Origene cristiano, tutti e due allievi di Ammonio Sacca, l'intenzione di una sintesi platonico-aristotelica che legge la questione del rapporto tra percezione e memoria nell'ottica di una

conciliazione tra platonismo e aristotelismo (24, 25). Il sincretismo di questo approccio ben si adatta alla declinazione anatomico-fisiologica che Galeno ne propone e che Nemesio sposa nella sua colta proposta antropologica. Essa infatti contempera la teoria platonica dell'incorporazione dell'anima, che individua nella testa, acropoli del corpo, la sede del principio dell'anima immortale attorno a cui gli dei generati, per ordine del Demiurgo, plasmano il corpo (Pl. *Tim.* 69 c-d) (26), e il teleologismo aristotelico delle parti. Galeno riprende il *De anima* di Aristotele (415 b) nell'intendere il corpo come strumento dell'anima e attribuisce a ogni parte del corpo *energheia*, cioè un'attività specifica, e *chreia*, vale a dire appropriatezza della conformazione rispetto alla funzione e contributo rispetto al benessere complessivo dell'organismo (27).

In sostanza, il Pergameno, rileggendo l'antropologia di Platone e quella di Aristotele, nell'intento di conciliare disegno provvidenziale e teleologismo attraverso l'esperienza della dissezione anatomica, fornisce a Nemesio prima e a Valla poi la meravigliosa opportunità di collocare le operazioni che l'anima compie attraverso il corpo nel solco di una scienza compatibile con il cristianesimo, una scienza che non dipende più, nel caso di Valla, dall'eredità dell'aristotelismo medievale. Non sorprende, dunque, che sempre nel cap. 13 del *De natura hominis*, Nemesio e, alla lettera, la traduzione postuma di Valla affermino che "l'origine e le radici dei sensi sono le cavità frontali del cervello, quelle del pensiero le centrali e quelle della memoria le posteriori [...]". Il passo riprende chiaramente la posizione delle tre facoltà dell'anima nel cervello che Galeno propone nel trattato *Sulle dottrine di Ippocrate e Platone*, sebbene l'associazione specifica tra le facoltà e le cavità del cervello faccia capo più al galenismo che a Galeno (28). Anche in questo caso, il percorso anatomico offre l'opportunità di conciliare il teleologismo aristotelico delle parti con la teoria platonica dell'anima tripartita, individuando in un organo, il cervello per l'appunto, la sede fisiologica delle funzioni dell'anima, ma a condizione che gli organi siano ridotti alle loro funzioni (*dynameis*).

Conclusioni

Il platonismo umanistico e rinascimentale offre senza dubbio la cornice ideale per una rinnovata conoscenza delle opere di Galeno direttamente dal testo greco. L'approccio filologico consente, rispetto alle traduzioni medievali, di recuperare opere sconosciute, di eliminare quelle apocrife, di produrre traduzioni a volte più affidabili (29), anche in forza di un più attento lavoro sul lessico specifico. Persino in questo caso, in cui le riflessioni di Galeno sulla percezione sono mediate dal loro uso ideologico (neoplatonismo cristiano) in Nemesio di Emesa, che la traduzione latina di Giorgio Valla rende più ampiamente accessibile, il confronto con il testo dei trattati *Sull'utilità delle parti*, *Sulle dottrine di Ippocrate e Platone* e *Sull'anatomia dei nervi* sembra testimoniare una ripresa attendibile del medico di Marco Aurelio. In generale, l'umanesimo segna, come dimostra il caso di Valla, l'inizio di una feconda alleanza tra filologia e medicina (29). Non a caso Aldo Manuzio auspica per i medici la conoscenza del greco: la doppia competenza consente infatti il superamento degli errori interpretativi da un lato (gli stessi incontrati da artigiani e artisti, uno per tutti Raffaello, rispetto ai modelli antichi, che richiedono l'aiuto di filologi) e la possibilità di costruire un lessico medico moderno dall'altro. Il progetto aldino di riportare Galeno "fere integrum ab inferis" ("quasi completo dall'inferno") è anticipato dalle numerose traduzioni che Valla propone nella sua enciclopedia, attingendo direttamente o indirettamente alle opere di Galeno, come fa in questa preziosa sezione sulla percezione attraverso il trattato di Nemesio *Sulla natura dell'uomo*. La conoscenza più ampia e diretta di Galeno, infine, e lo spirito critico della filologia favoriranno la verifica anatomica delle sue teorie, facilitando il processo di avvicinamento tra lettore e dissettore, e consegneranno alla storia della medicina il modello del medico umanista che continua a confrontarsi con la tradizione della medicina greca e latina almeno fino a Giovan Battista Morgagni (30).

Bibliografia

1. Cavallo G. La produzione dei manoscritti greci in Occidente tra età tardoantica e alto medioevo. Note ed Ipotesi. Scrittura e civiltà 1977; 1: 111-131.
2. Fortuna S, Urso A M. Burgundio da Pisa traduttore di Galeno: nuovi contributi e prospettive. Con un'appendice di Paola Annese. In: Garofalo I, Lami A, Roselli A (eds). Sulla tradizione indiretta dei testi medici greci. Atti del II seminario internazionale di Siena, Certosa di Pontignano, 19-20 settembre 2008. Pisa-Roma: Fabrizio Serra Editore 2009; 139-175.
3. Garofalo I. Il falso commento di Galeno al *De humoribus* e un saggio di edizione del vero. In: Garofalo I, Lami A, Roselli A (eds). Sulla tradizione indiretta dei testi medici greci. Atti del II seminario internazionale di Siena, Certosa di Pontignano, 19-20 settembre 2008. Pisa-Roma: Fabrizio Serra Editore 2009; 201-218.
4. Fischer K-D. De auxilio librorum latinorum in memoria scriptorum graecorum de medicina adhibendo. In: Garofalo I, Lami A, Roselli A (eds). Sulla tradizione indiretta dei testi medici greci. Atti del II seminario internazionale di Siena, Certosa di Pontignano, 19-20 settembre 2008. Pisa-Roma: Fabrizio Serra Editore 2009; 27-42.
5. Garin E. L'età nuova: ricerca di storia della cultura dal XII al XVI secolo. Napoli: Morano 1969; 451-474.
6. Speranzi D. Marco Musuro: libri e scrittura. Roma: Accademia nazionale dei Lincei 2013.
7. Heiberg J L. Beiträge zur Geschichte Georg Valla's und seiner Bibliothek. Leipzig: O. Harrassowitz 1896.
8. Raschieri A A. Giorgio Valla Editor and Translator of Ancient Scientific Texts. In: Olmos P (ed). Greek science in the long run: essays on the Greek scientific tradition (4. c. BCE- 17. c. CE). Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing 2012; 127-149.
9. Branca V. L'umanesimo veneziano alla fine del Quattrocento. Ermolao Barbaro e il suo circolo. In: Arnaldi G, Stocchi M P (eds). Storia della cultura veneta, (vol. 3): dal primo Quattrocento al Concilio di Trento. Vicenza: Neri Pozza 1980; 123-173.
10. Raschieri A A. Valla, Giorgio. In: Dizionario Biografico degli Italiani. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana 2020; 98, 70-73.
11. Garin E. Medioevo e Rinascimento. Bari: Laterza 1984.
12. Di Pietro Lombardi P. I codici greci e orientali di Alberto III Pio. In: Rossi M (ed). Alberto III e Rodolfo Pio da Carpi collezionisti e mecenati. Tavagnacco: Arti Grafiche Friulane 2004; 215-227.
13. Blanchard W S, Severi A (eds). Renaissance encyclopaedism: studies in curiosity and ambition. Toronto: Centre for Reformation and Renaissance Studies 2018.
14. Cilione M. Abortive Pollution in the Sacred Laws of Cyrene and Kos. *Medicina nei Secoli. Journal of History of Medicine and Medical Humanities*. 2016; 28(1): 19-38.
15. Magnani N. L'enciclopedismo di Giorgio Valla fra umanesimo e scienze esatte: struttura e fonti del "De expetendis et fugiendis rebus". In: Casadei A, Fedi F, Nacinovich A, Torre A (eds). Letteratura e scienze. Atti delle sessioni parallele del XXIII Congresso dell'ADI (Associazione degli Italianisti). Pisa, 12-14 settembre 2019. Roma: Adi editore 2021; 1-9.
16. Dusembury D L. Nemesius of Emesa On Human Nature. A Cosmopolitan Anthropology from Roman Syria. Oxford: University Press 2021.
17. Brown Witcher H. Nemesius Emesenus. In: Kristeller P O, Kranz F E (eds). *Catalogus Translationum et Commentariorum; Mediaeval and Renaissance Latin Translations and Commentaries*. Washington DC: Catholic University of America Press 1986; 31-72.
18. Mercati G. Appendice. Indice dei codici greci Pio. *Studi e Testi* 1938; 75: 203-264.
19. Gamillsheg E. *Supplementum Mutinense*. Scrittura e Civiltà 1978; 2: 231-243.
20. Jouanna J. The theory of sensation, thought and the soul in the Hippocratic treatise *Regimen*: its connections with Empedocles and Plato's *Timaeus*. In: Eijk P van der (ed). *Greek medicine from Hippocrates to Galen*. Leiden: Brill 2012; 195-227.
21. Ferrari F, Petrucci F M (eds). Platone. *Timeo*. Cles (TN): Mondadori 2022.
22. Beatrice P F. Origen in Nemesius' Treatise *On the Nature of Man*. In: Heidl G, Somos R (eds). *Origeniana nona. Origen and the Religious Practice of his Time*. Papers of the 9th International Origen Congress, Pècs, Hungary, 29 August-2 September 2005. Leuven-Paris-Walpole (MA): Peters 2009; 228: 505-532.
23. Sharples R W, Eijk van der P J. *Nemesius On the Nature of Man*. Liverpool: University Press 2008.
24. Zeller E. *Die Philosophie der Griechen in ihrer Geschichtlichen Entwicklung*. 4(2). Leipzig: Fues's Verlag (R. Reisland) 1881.
25. Jaeger W W. *Nemesios von Emesa. Quellenforschungen zum Neuplatonismus und seinen Anfängen bei Poseidonios*. Berlin: Weidmann 1914.
26. Fronterotta F. Anima e corpo: immortalità, organicismo e psicofisiologia nel *Timeo* platonico. *Études platoniciennes* 2006; 2: 141-154.
27. Serangeli A. Teleologia versus teoria evolutiva del corpo vivente: Galeno, l'epicureismo e Nemesio di Emesa. In: Horn C, Taormina D, Walter D (eds). *Die Körperlichkeit in der Philosophie der Spätantike. Corporeità nella filosofia tardoantica*. Baden-Baden: Academia 2020; 291-313.
28. Bouras-Vallianatos P. Galen in Byzantine Medical Literature. In: Bouras-Vallianatos, Zipser B. *Brill's Companion to the Reception of Galen*. Leiden-Boston: Brill; 86-110.
29. Morton J. Making Sense of *ingenium*. Translating Thought in Twelfth-Century Latin Texts on Cognition. In: Krause K, Auxent M, Weil D (eds). *Premodern Experience of the Natural World in Translation*. New York: Routledge 2022; 90-110.

30. Durling R J. A Chronological Census of Renaissance Editions and Translations of Galen. *Journal of Warburg and Courtauld Institutes* 1961; 24(3/4): 230-305.
31. Marinozzi S., Cilione M., Gazzaniga V. G. B. Morgagni among Human Pathology, Forensic Medicine and Mummiology. The Beatification of Gregorio Barbarigo from Padua. *Acta Med Hist Adriat.* 2020; 18(1): 27-46.

Correspondence:

Marco Cilione
History of Medicine and Bioethics Unit
Faculty of Pharmacy and Medicine
Sapienza University of Rome, Italy
E-mail: marco.cilione@uniroma1.it

Carlo Livi: Un medico innovatore nello studio delle malattie mentali e nella relazione medico-paziente

Davide Orsini¹, Mariano Martini^{2,3}

¹University Museum System of Siena (SIMUS), History of Medicine, University of Siena, Italy; ²Department of Health Sciences, University of Genoa, Italy; ³UNESCO Chair "Anthropology of Health - Biosphere and Healing System, University of Genoa

Riassunto. A 200 anni dalla sua nascita gli autori intendono ricordare la figura e il pensiero di Carlo Livi, uno dei più rappresentativi esponenti della nuova cultura psichiatrica della seconda metà dell'Ottocento. Di Carlo Livi vengono evidenziati gli ideali di grande umanità che per tutta la sua vita hanno affiancato la sua ampia formazione professionale. La carità e l'impegno a favore delle classi meno abbienti divennero un suo preciso dovere morale e sociale, il senso stesso del suo essere medico, che trovò il suo punto più alto nel rapporto con i malati di mente nei due grandi manicomi che diresse, il San Niccolò di Siena, dal 1858 al 1873, e il San Lazzaro di Reggio Emilia dal 1874 al 1877. A Siena il suo progetto di rinnovamento del manicomio cittadino fu da lui interpretato come una missione civile attraverso cui, mettendo a disposizione le proprie conoscenze scientifiche, poter ribaltare le inumane condizioni di vita dei folli indigenti. In tal senso, oltre a ricostruire l'edificio manicomiale secondo i dettami più innovativi, ritenne fondamentali nell'assistenza e nella cura delle malattie mentali due concetti, la cura morale e l'ergoterapia. La cura morale, che Livi prediligeva in luogo delle cure somatiche, si proponeva come un intervento rivolto soprattutto a risolvere la sintomatologia, sulla base della conoscenza anamnestica del paziente, degli indizi iniziali della pazzia, nonché delle concause, dovute anche all'influenza dell'ambiente sociale. L'attenzione al paziente si evidenziava in Livi anche nell'uso dell'ergoterapia che aveva un valore di socializzazione estremamente importante per il malato, in grado di restituirgli quella dignità di cui la società lo aveva privato. In un'epoca nella quale le cause delle malattie mentali rimanevano in gran parte oscure, Livi volle tentare la via del rapporto e del dialogo con il paziente, mostrando attenzione alle sue esperienze passate per definire un progetto di futuro teso alla riacquisizione, in parte o totale, delle sue capacità mentali e del proprio ruolo nella società.

Parole chiave: Carlo Livi, malattie mentali, storia della neuropsichiatria, storia dei manicomi, evoluzione della freniatria

CARLO LIVI: A MODERN DOCTOR IN THE STUDY OF MENTAL ILLNESS AND IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Abstract. Two hundred years after his birth, the authors remember the figure and thought of Carlo Livi, one of the most representative exponents of the new psychiatric culture of the second half of the 19th century. In doing so, they highlight Livi's ideals of great humanity, which accompanied his extensive professional expertise throughout his life. Indeed, charity and commitment to the underprivileged classes became his precise moral and social duty, the very essence of his being a doctor, which found its highest expression in his relationship with the patients of the two large mental hospitals that he directed: *San Niccolò Hospital* in Siena, from 1858 to 1873, and *San Lazzaro Hospital* in Reggio Emilia, from 1874 to 1877. In Siena, he considered his project to renovate the city's mental hospital to be a civil mission, whereby he could exploit his scientific knowledge in order to improve the inhumane living conditions of the mentally ill poor. To this

end, in addition to restructuring the hospital building according to the most innovative criteria, he deemed two concepts to be fundamental to the assistance and treatment of mental illnesses: moral care and occupational therapy. Moral care, which Livi preferred to physical treatments, was aimed, above all, at resolving the patient's symptoms, and was based on knowledge of the patient's history, of the initial signs of madness, and of its contributing causes, including the influence of the social environment. The centrality of the patient as a person was also evident in Livi's use of occupational therapy, which had an extremely important socialization value, being capable of restoring patients' dignity, of which society had deprived them. In an era in which the causes of mental illnesses remained largely obscure, Livi tried to forge a relationship with his patients through dialogue; by taking an interest in their past experiences, he strove to define a future project aimed at reacquiring, partially or totally, their mental abilities and their role in society.

Key words: Carlo Livi, mental illnesses, history of neuropsychiatry, history of mental hospitals, evolution of phreniatry

Background

Nel settembre 1857 comparve sul "Monitore toscano" un bando del Consiglio esecutivo della Compagnia dei Disciplinati in Siena per un posto di Soprintendente al Manicomio senese San Niccolò.

Il nome che, alcuni mesi dopo, uscì vincitore dal concorso fu quello di Carlo Livi (1823-1877), medico di Prato (Fig. 4).

Questa vicenda cambiò radicalmente l'esistenza del Livi e, al contempo, la storia del manicomio senese.

Carlo Livi nacque a Prato l'8 settembre 1823 da una famiglia di umili origini. Nonostante ciò, il giovane ricevette una buona istruzione frequentando il prestigioso Collegio Cicognini di Prato. Fu allievo per quattro anni del seminario di Pisa, senza tuttavia prendere i voti sacerdotali. In questo periodo maturò un approccio estremamente critico nei confronti dell'istruzione gestita dalla dal clero.

Si iscrisse quindi alla facoltà di Medicina dell'Ateneo di Pisa, in anni in cui il suo animo era scosso anche da accenti patriottici, tanto che nel 1848 si unì al Battaglione Universitario pisano, che il 21 marzo, con altri corpi di volontari civili provenienti da varie città Toscane e con l'esercito regolare, partì per la prima guerra di Indipendenza. Livi fu nominato sergente nella seconda compagnia guidata dai docenti Marcacci, Martolini e Felici.

Il suo percorso universitario non subì comunque alcun ritardo e la laurea fu conseguita brillantemente

in cinque anni esatti. Lo stesso può dirsi per gli anni di perfezionamento presso il Santa Maria Nuova di Firenze. Tra i docenti che Livi incontrò nei suoi anni di studio, considerò come suoi maestri il 'pisano' Francesco Puccinotti (1794-1872) e il 'fiorentino' Maurizio Bufalini (1787-1875), riconosciuti all'epoca come due colonne portanti dello sperimentalismo medico-scientifico ottocentesco italiano.

Il dovere morale del medico

Gli anni successivi al perfezionamento e prima della presa di servizio al manicomio senese furono per Livi estremamente complessi, anni di riflessione e incertezza.

Rimase nella città natale, vicino alla famiglia, non accettando impieghi presso istituzioni poco disposte a riconoscere il suo sapere e la sua professionalità. Negli anni maturò tuttavia un lucido distacco dalle proprie posizioni rivoluzionarie per abbracciare la missione medica: alla fine il medico prevalse sul giovane rivoluzionario.

Nel giugno del 1852 affiancò, senza retribuzione, l'anziano chirurgo dello Spedale di Misericordia e Dolce pratese e medico condotto cittadino, Gaspero Moschi, nelle visite ai cittadini meno abbienti e nell'inoculazione del vaccino anti-vaioleso.

L'umanità e l'impegno a favore delle classi meno abbienti divennero un suo preciso dovere morale e sociale.

Questo impegno lo portò fra il 1854 e il 1855 a intervenire in qualità di medico volontario nelle zone della Toscana più colpite dal colera, esperienza che descrisse nel suo scritto *Il cholera in Barberino di Mugello* (Fig. 1).

Il colera, infezione causata dal batterio *Vibrio cholerae*, ancor oggi endemica in varie parti del mondo (1), era giunto in Toscana a inizio luglio del 1854 portato dall'equipaggio di due brigantini provenienti da Marsiglia e giunti nei porti di Livorno e Viareggio. Al 31 dicembre di quell'anno si erano registrati nel Granducato di Toscana 6.452 casi di infezione, dei quali 3.403 si conclusero con la morte. L'epidemia sembrava destinata a finire, quando un'alluvione fece straripare l'Arno contribuendo a una nuova diffusione del batterio. Nel 1855 i casi salirono a 50.176 con 26.047 morti. Una quantità cospicua se si tiene in considerazione che nel 1853 nel Granducato si erano contati complessivamente poco meno di 48mila decessi.

IL CHOLERA

IN

BARBERINO DI MUGELLO

RACCONTATO

DAL D. CARLO LIVI

DI PRATO



Figura 1. Frontespizio del volume di Carlo Livi *Il cholera in Barberino di Mugello*, 1855

Dalle zone costiere, a causa dei continui contatti e scambi commerciali, il colera - «questo Edile tremendo che con draconiana severità punisce di morte ogni mancanza commessa nella privata e pubblica igiene» (2) - si diffuse in tutta la regione, vista la situazione igienica estremamente carente della maggior parte delle città e dei paesi.

Se non si poteva agire direttamente sul morbo, dal momento che la sua eziologia batteriologica risultava non ancora conosciuta, Livi iniziò a indicare comportamenti che potessero limitare o evitare il contagio. In proposito evidenziava «come l'autorità municipale mal provvedesse a ciò che consiglia la comune salute, cosicché dovere del medico non era solo curare gl'infermi, ma conveniva rifarsi, per quanto era dato, dalla cura morale ed igienica di tutto il paese» (2).

Livi osservò inoltre che l'epidemia gettava nello sconforto le persone, convinte di non poter sfuggire alla morte. Pertanto, oltre che prestare le cure mediche, occorreva esortare la cittadinanza ad avere coraggio.

Un proclama, da lui scritto, fu affisso nei luoghi pubblici, per spingere le persone a non temere il male in regressione e per diffondere informazioni positive e utili: «pulizia delle case, moderazione nel mangiare, fiducia nel medico [...], umanità verso i poveri infermi, pietà verso i poveri morti, carità per i poveri che rimangono nel lutto e nella miseria» (3).

Oltre che in occasione dell'epidemia di colera, Livi manifestò il suo impegno verso i più poveri e bisognosi occupandosi in maniera assidua, durante il periodo senese, dei bambini colpiti dalla scrofola (4).

Infatti, la povertà, l'alta densità abitativa e le abitazioni insalubri nel centro storico di Siena furono responsabili dalla metà dell'Ottocento della diffusione della tubercolosi nelle sue varie forme, con tassi di morbilità e mortalità estremamente elevati (5).

Se la forma polmonare della tubercolosi era la maggiore responsabile dei decessi nelle fasce di età comprese tra i 15 e i 30 anni, la popolazione infantile veniva colpita per lo più da una forma extrapolmonare, la cosiddetta scrofola (linfadenite tubercolare), caratterizzata da ingrossamenti delle ghiandole linfatiche del collo, tendenti alla suppurazione.

In particolare, parlando dei bambini colpiti dalla scrofola, Livi osservava che a Siena, pur essendo «città di monte, ventilata, di aria fina, pura, salubre», poteva

trovarsi una gran quantità di povere creature “colle gambe torte e stravolte”, “con gli occhi sanguinolenti e il collo nodoso di glandule, deturpato di piaghe e di cicatrici” (6). La situazione era ancora peggiore in alcuni rioni del centro cittadino, abitati da classi popolari dove scrofoli e rachitidi imperversavano indisturbate.

In mancanza di farmaci in grado di curare tale patologia, Livi indirizzò tutte le sue forze verso la talassoterapia, sia a scopo preventivo che curativo, seguendo in questo il pensiero di Giuseppe Barellai (7), medico presso l’Ospedale di Santa Maria Novella di Firenze e studioso delle forme di profilassi della tubercolosi, che nel 1853 affermò che non vi fosse «medicamento migliore quanto l’aria e l’acqua marina» (8) per la cura della scrofoli e del rachitismo nei bambini.

Raccogliendo il suo invito, Livi fondò a Siena nel 1864 l’Associazione Popolare per i piccoli bambini scrofolosi. Nel quinquennio 1867-1871 i piccoli scrofolosi senesi vennero inviati ai soggiorni marini a Viareggio: Paolo Funaioli (1880-1907), allievo di Livi, pubblicò una relazione medica corredandola di dati statistici. Su 75 bambini, tra gli 8 e i 14 anni, che avevano soggiornato un mese al mare 16 erano perfettamente guariti, 36 migliorati nelle condizioni generali, altri 36 migliorati nelle condizioni generali e nelle manifestazioni locali, 7 non manifestavano invece alcun miglioramento (9).

Nel 1872 venne inaugurato l’ospizio marino di Porto Santo Stefano, sul litorale dell’Argentario, che su indicazione di Livi divenne il punto di riferimento per la talassoterapia per i bambini senesi. E in proposito Livi ebbe a scrivere: “Ogni anno il mare, benefico [...], apre le sue grandi braccia per accogliere bambini e giovanetti infermi, macilenti, ingobbiti, mezzi ciechi per la scrofoli, e li rimanda sani, vegeti, robusti, allegri alle proprie case” (10).

La scoperta della scienza delle malattie mentali

La vincita del concorso per un posto di Soprintendente al Manicomio senese San Niccolò andò a dare un senso alle diverse esperienze che il giovane Livi aveva fino ad allora compiute. In particolare, determinò un cambio di rotta nella sua vita, andando a rivolgere il suo impegno di medico a favore delle persone

che manifestavano problemi psichici. Questo cambiamento non fu semplice.

Malgrado a Firenze avesse seguito i corsi di Francesco Bini – direttore dell’Ospedale Bonifazio a Firenze dal 1844 e precursore della moderna psichiatria –, Livi “non conosceva della psichiatria che quel tanto che deve sapere un medico colto” (11). Non era molto ma sicuramente un buon livello di conoscenza, se si considera che fino agli anni Cinquanta dell’Ottocento l’ordinamento universitario medico toscano era l’unico a prevedere, durante la specializzazione pratica presso l’Arcispedale di Santa Maria Nuova, l’insegnamento della Clinica delle malattie mentali.

Livi mostrava inoltre una naturale predisposizione verso il prossimo, che venne ben evidenziata in alcune lettere di presentazione inviate al Rettore della Compagnia che gestiva il manicomio. In particolare, Pietro Duranti, docente di Anatomia comparata nell’Ateneo di Siena, scrisse: “il Dottor Livi, munito di istruzione medico-chirurgica come può esserlo chiunque altro, ha poi il corredo di un’alta istruzione che non è comune. Senza far qui conto della di lui forza in filologia e in lettere, [...] accennerò solamente alle di lui cognizioni in materie filosofico-psicologiche, perché queste [...] costituiscono una prerogativa non comune e specialmente opportuna per chi voglia coprire congruamente e con utilità un posto di quella fatta; per il quale [...] non è sempre adatto un medico qualunque, sia pure abilissimo, perché occorrono requisiti speciali, fra cui una educazione di intelletto e di cuore, che tutti non hanno” (12).

Consapevole dei suoi limiti e desideroso di imparare, al momento della sua nomina a soprintendente dal manicomio senese il 27 maggio 1858 Livi chiese alla Società che gestiva il manicomio di posticipare di qualche mese il suo ingresso al lavoro, al fine di poter visitare i migliori manicomi d’Italia (13) per rendersi conto delle novità in ambito della cura dei malati di mente e della gestione di tali istituti. Il Rettore della Compagnia gli concesse l’intera estate per compiere questo viaggio.

Iniziò così il giro dei manicomi a suo avviso più interessanti, tra i quali la Real casa de’ matti di Aversa, considerata la prima istituzione manicomiale del territorio italiano costruita secondo i criteri della psichiatria moderna, per continuare con le strutture di

Perugia, particolarmente apprezzata, come quella di San Servolo a Venezia, e di Pesaro.

Ben diverso il suo giudizio sui manicomi di Roma e di Bologna. Il manicomio di Santa Maria della Pietà in Trastevere si trovava in condizioni a dir poco drammatiche, a causa – a suo dire – del giogo del clero, che “non intendeva i bisogni del secolo, le aspirazioni della umanità” (13). Su quello di Bologna scriveva: “Io vidi latrine aperte in ogni camera [...] e letti ne’ sottoscala e pavimenti umidi e tetti in rovina, e un orto che serviva al passeggio per gli uomini ora riserbato alla coltura de’ cavoli, e bagni di terra che trasudano l’acqua, e monache che mettono mano in tutto, e donne seminude, e torme di folli oziosi, inquieti, minaccevoli aggirarsi di qua e di là come menati da infernale bufera” (13).

L’innovativo progetto di Carlo Livi per il manicomio senese di San Niccolò

Il suo arrivo a Siena non gli riservò una situazione diversa.

Dalla sua apertura nel 1818 il manicomio San Niccolò, ospitato in un convento trecentesco, si caratterizzò,

anche a causa del sensibile e costante aumento dei ricoverati, sempre più per il rigido isolamento dei folli, che lo trasformò in una sorta di “alveare irto di stretti corridoi e di celle più o meno lugubri” (14) (Fig. 2). Con queste parole Livi descrisse ciò che vide al suo arrivo al San Niccolò. In uno spazio pensato per massimo una quarantina di degenti, erano ospitati ben 159 ammalati, “stivati, confusi, più o meno nocivi l’uno all’altro igienicamente e moralmente per così stretti contatti” (15).

Appariva evidente che il San Niccolò, al pari degli altri manicomi del tempo, era un luogo deputato alla reclusione dei folli, prima ancora che alla cura. Lo testimoniava in modo chiaro il Regolamento approvato nel 1833, che all’articolo 1 recitava: “Lo Spedale di San Niccolò in Siena è destinato alla custodia e alla cura dei Dementi e dei Tignosi d’ambo i sessi ed al ricovero delle Gravidie Occulte” (16). Dovettero trascorrere quarant’anni perché nel Regolamento del 1874 i termini “custodia” e “cura” venissero invertiti, anteponendo l’aspetto terapeutico alla custodia: “Lo stabilimento è destinato alla cura e alla custodia dei mentecatti, ed in un locale separato ricovera le gravide illegittime” (16). Il lavoro di Livi fu alla base di questo fondamentale cambiamento.



Figura 2. L’antico monastero di San Niccolò nel quale nel 1818 fu creato il manicomio senese, ancora esistente all’arrivo di Carlo Livi a Siena (*Archivio del Sistema Museale dell’Università di Siena*)

Grazie alle esperienze fatte negli anni precedenti in ambito sanitario, alle conoscenze sui manicomi acquisite nel recente viaggio e soprattutto grazie alla sua capacità di interagire con i malati, Carlo Livi riuscì a formulare in poco tempo un progetto per il rinnovamento del manicomio.

Si rendeva necessario a suo dire un progetto che portasse a un manicomio nuovo, nei suoi edifici, nel rapporto con i pazienti, nei regolamenti interni. Si trattava di modificare integralmente la struttura, l'organizzazione e il regolamento del manicomio senese secondo le moderne tendenze della nascente psichiatria, al fine di garantire migliori condizioni per i pazienti che vi erano ricoverati, per i medici e gli infermieri che vi lavoravano, per la scienza psichiatrica che poteva così evolvere attraverso un nuovo rapporto tra medico e malato.

Il suo maestro Puccinotti, conoscendo la Compagnia che gestiva il manicomio senese, lo consigliò di non presentare richieste particolarmente costose ma chiedere di realizzare piccoli interventi in maniera continuativa.

Livi, tuttavia, fu di diverso avviso in quanto non riteneva di poter considerare alcuni interventi più necessari di altri. Paragonando il manicomio a un organismo umano, non poteva scegliere di preferire un organo all'altro in quanto tutti indispensabili.

Bisognava innanzitutto riformare il regolamento, approvato molti anni prima, nel 1833. "Il vecchio regolamento – scriveva Livi in proposito – non può rispondere allo scopo: è una veste logora che non sta più bene [...] e bisogna mutarla. Io abbisogno realmente di sapere dalla Venerabile Compagnia a che io son venuto, a che stanno qui gli altri ufficiali superiori del luogo. Quel che può parere santo e abile al Ministro Spirituale che qui risiede, può essere pel medico causa di pericolo e anche senza fine e senza rimedio agli infermi, ciò che può parere vantaggioso economicamente può essere nocivo igienicamente" (17).

Il suo progetto riformatore contemplava poi l'ampliamento del manicomio per migliorare le condizioni di vita dei pazienti, rimuovendo tutto ciò che significava contenzione e segregazione, a favore dei concetti di cura e recupero del malato.

La Relazione di Carlo Livi sul San Niccolò di Siena, del 28 aprile 1858, testimonia in maniera

estremamente particolareggiata gli elementi di novità che Carlo Livi chiedeva di inserire nella gestione del manicomio senese e le motivazioni che ne erano alla base.

Chiedeva *in primis* la "Separazione assoluta de' due sessi. Presentemente è impossibile – affermava – ma questa non è una necessità igienica solamente, ma anche morale". A questa richiesta ne seguiva una seconda di carattere sanitario: "Separazione delle varie specie di malati". In proposito scriveva: in questo primo periodo di direzione del manicomio "tra le donne ho potuto tentare un'ombra di disciplina; fra gli uomini nessuna divisione è possibile. Qui i tranquilli, i melanconici, i morigerati, se ne stanno con gli agitati, i bestemmiatori, gli immorali, i sudici con i puliti, gli epilettici e non epilettici, i convalescenti con i malati. È una confusione, un tumulto che stringe il cuore: molto è il bene che per questi contatti si disperde; molto il male che si aggrava e poi si rende incurabile".

Chiedeva inoltre una "Abitazione per il medico direttore", ritenendo fondamentale la presenza continuativa del medico all'interno del San Niccolò, "tanto più perché essendo annessa al manicomio una sala ostetrica [per le gravidanze illegittime], l'assenza del medico operatore o anche la tardanza di pochi minuti ne' casi urgenti potrebbe decidere della vita di due esseri viventi".

Il suo progetto di rinnovamento prevedeva anche la realizzazione di Infermerie. "Manchiamo affatto di sale destinate appositamente per quei mentecatti che cadono in malattie corporali e che hanno bisogno di una assistenza tutta speciale. Spessissimo occorre tenere assieme in una stessa cella e angustissima malati e sani. Fortunatamente Siena è rimasta illesa fin qui da morbi epidemici e contagiosi: ma il solo pensiero di un morbo pestilenziale che entrasse qui in San Niccolò mi fa rabbrivire". Allo stesso modo chiedeva "Sale di osservazione, di sequestro assoluto"; la "Stanza mortuaria" e la "Stanza anatomica" per la quale ci si rivolgeva allo Spedale cittadino con un notevole esborso di denaro.

Ma sono gli ultimi due punti della sua Relazione a dare il senso del cambiamento di rotta nella sua direzione del manicomio.

Chiese a gran voce la costruzione di "Officine", dove poter far svolgere l'ergoterapia ai malati con una

sintomatologia non grave, con buoni risultati per i malati ma anche con vantaggi economici considerevoli per l'amministrazione. La validità 'curativa' dell'ergoterapia rivestiva in quegli anni un tale interesse che fu scelto come tema portante del primo congresso della Società Freniatrica italiana, tenutosi a Imola nel 1876.

E infine propose la realizzazione all'interno del manicomio di "Scuole, sale di ricreazione, di visita, sala per le feste, le distribuzioni de' premi etc.", mostrando anche uno spiccato interesse alla qualità della vita dei pazienti psichici.

Questa dettagliata richiesta che il giovane Direttore presentò pochi mesi dopo il suo arrivo a Siena non può non stupire per la sua modernità, ma anche per l'inadeguatezza che esprimeva l'assetto del manicomio allora esistente. Il suo progetto, condiviso con molti altri psichiatri dell'epoca, era visto come una missione civile e della propria conoscenza scientifica per ribaltare le inumane condizioni di vita dei folli indigenti.

Seguendo le indicazioni di Livi, tra il 1859 e il 1865 si realizzarono perizie e progetti destinati tuttavia a rimanere sulla carta fino a quando non venne individuato in Francesco Azzurri (1827-1901), architetto specializzato nella progettazione di strutture

ospedaliere, il professionista in grado di dar vita a un progetto che tenesse conto delle direttive di Livi (Fig. 3).

Livi sostenne con forza la creazione di un villaggio manicomiale a padiglioni disseminati: una nuova e più corretta concezione di ospedale psichiatrico che intendeva riprodurre un microcosmo dove i malati potessero condurre un'esistenza simile a quella dei sani di mente, muovendosi liberamente fra i vari edifici.

Inoltre, convinto assertore del lavoro quale mezzo di recupero dei malati di mente, Livi volle organizzare il San Niccolò come un villaggio articolato in padiglioni destinati allo svolgimento di vari lavori: tessitura, cucitura e rammendo, falegnameria, lavorazione della paglia, lavanderia, attività di calzolai, fabbri e lavori agricoli. Queste occupazioni servivano, oltre allo scopo terapeutico, anche a rendere la comunità manicomiale autosufficiente grazie al lavoro agricolo e artigianale.

Infine, si rendevano necessari luoghi ricreativi, di socializzazione e di festa, elementi fondamentali a quella cura morale proposta da Livi, "complessa, assidua, minuta, che s'addentra e compenetra gli atti della vita esteriore ed interna del malato, che eccita e affrena e modera e dirige le forze vive della parte spiritale di



Figura 3. Disegno di Francesco Azzurri per il rifacimento dell'edificio centrale del manicomio senese, abbattendo l'antico monastero trecentesco. Il progetto fu realizzato tra il 1870 e il 1890. Il suo aspetto era volutamente quello "di un grandioso palazzo da villa signorile, che sviluppa la fronte sopra un parco a giardino, senza il malinconico carattere di un asilo per alienati". (*Archivio del Sistema Museale dell'Università di Siena*)



Figura 4. Carlo Livi (immagine di pubblico dominio)

noi, per riporle nel loro conveniente equilibrio; [...] in una parola è educare”. Livi intendeva il concetto di educazione” secondo il significato etimologico del termine latino “educere”, cioè ‘trarre fuori’: cercava infatti di tirar fuori dalla ragione inferma tutto ciò che di sano la malattia aveva lasciato, al fine di farlo prevalere sulle idee morbose. Proprio per tale motivo, definiva i suoi pazienti come “alunni” e poneva un forte accento sul carattere pedagogico della cura morale.

Lo spazio manicomiale superava così la propria genericità per diventare un luogo appositamente predisposto per l’assistenza e la cura dell’alienato, che vi trovava spazi per le terapie, ma anche per il lavoro e lo svago.

Non era considerato un semplice presidio terapeutico, ma si costituiva esso stesso come cura.

Questo concetto venne sposato in maniera convinta da Carlo Livi, che fu direttore del manicomio senese San Niccolò fino al 1873 e fatta propria anche dai suoi allievi e successori alla funzione di direttore Ugo Palmerini (1873-1880) e Paolo Funaioli: bisognava restituire dignità ai malati e ricondurli il più possibile alle condizioni consuete del vivere sociale attraverso la «cura morale» e «l’ergoterapia», riconoscendo al

lavoro il merito di rendere uno scopo alla loro infelice esistenza.

Solo con tali interventi, a parere di Livi, sarebbe stato possibile far svolgere “al vecchio asilo nuovi compiti e funzioni” in linea con le nuove idee della psichiatria (18).

Nell’Ateneo senese Livi fu nominato nel 1859 docente di Igiene e di Medicina legale, dando subito inizio a una proficua attività didattica e di ricerca.

La cura somatica e morale del paziente psichico

La direzione del manicomio San Niccolò da parte di Livi è stata caratterizzata da un continuo confronto con la Compagnia che gestiva l’Istituto. Va tuttavia riconosciuto che, se riguardo ai cambiamenti a livello strutturale – considerati comunque da Livi parte essenziale di un’efficiente organizzazione dello spazio di cura – lo scontro fu assai acceso, relativamente agli aspetti di cura, il direttore ebbe quasi sempre campo libero.

Le cause delle malattie mentali, difficili da discernere, erano da Livi ricondotte ai seguenti diversi ambiti: cause fisiche, quali epilessia, malattie occasionali, fatiche lavorative nell’uomo e influenza del ciclo mestruale nelle donne; cause morali, come dissesti domestici ed economici per gli uomini, abuso di sentimento religioso e pregiudizi nelle donne; cause fisico-morali, come questioni ereditarie, ma anche temperamento, miseria, onanismo e alcoolismo (19).

Su tale presupposto la cura delle malattie mentali si componeva di due parti: la cura somatica e la cura morale e igienica, che venivano combinate per ristabilire l’equilibrio psico-fisico del malato.

Le cartelle cliniche conservate nell’Archivio del San Niccolò testimoniano la parsimonia con cui Livi si avvaleva delle cure somatiche (salassi, emetici, purgativi, bagni freddi e caldi, bromuro e, dal 1869, cloralio), dando grande rilievo invece a quelle morali. Tale scelta sanitaria fu testimoniata anche da Andrea Verga (1811-1895) che, ammirando l’ordine che caratterizzava il manicomio San Niccolò, in occasione del decimo Congresso degli Scienziati senese (1862) affermò: “è soprattutto lodevole l’estensione qui data alla

cura morale, con tutti li avvedimenti della psichiatria moderna” (20).

Restando oscura la patogenesi in quasi tutte le patologie mentali malattie, la cura morale si proponeva come un intervento rivolto soprattutto a risolvere la sintomatologia. Per questo Livi considerava di particolare importanza la conoscenza dell’anamnesi del paziente, nel cui racconto andavano ricercati gli indizi iniziali della pazzia, nonché le concause, dovute anche all’influenza dell’ambiente sociale, che potevano aver contribuito al loro sviluppo.

In tal senso risultava fondamentale al momento del ricovero un’attenta e dettagliata compilazione delle ‘module’ informative sulla storia clinica del paziente. Si trattava di un documento regolato dalla legge varata nel 1838 dal granduca di Toscana (21), in uso al San Niccolò già prima del suo arrivo. Compilata dal medico condotto o ospedaliero e firmata dall’autorità governativa competente, accompagnava il paziente all’ingresso in manicomio. Oltre a registrare i suoi dati anagrafici, la modula forniva informazioni sulle cause fisiche e morali della malattia, sul modo in cui si era originata e manifestata, su eventuali atti violenti commessi dal malato, sulla presenza di malattie pregresse, sulla possibile ereditarietà, su accadimenti privati o pubblici che avevano potuto contribuire ad originarla, su eventuali trattamenti già praticati al paziente.

Nel corso della direzione di Livi venne introdotta anche la cartella clinica. Nonostante che, a fronte di un totale di 2132 pazienti ricoverati al San Niccolò negli anni 1858-1873, si conservino solo circa 200 cartelle cliniche, questo piccolo campione testimonia in modo evidente le innovazioni introdotte da Livi nel rapporto fra medico e paziente all’interno dell’istituzione senese e l’evoluzione del metodo di diagnosi e di cura.

L’addio a Siena e l’approdo al manicomio di Reggio Emilia

I rapporti mai tranquilli fra Livi e la Compagnia dei Disciplinati trovarono un momento di crisi quando, nel 1873, il direttore chiese di allontanare le Suore di Carità dal servizio nelle sezioni maschili, una richiesta assolutamente non eccessiva se si considera

che il servizio delle religiose nelle sezioni maschili era già stato sospeso anche nell’ospedale civile di Santa Maria della Scala. Dello stesso avviso era anche il direttore del Bonifazio di Firenze.

Ma la questione, che ovviamente derivava da un approccio laico di Livi alla cura del malato di mente, che però giustificò con l’impossibilità femminile di imporre forza e autorità su degli uomini e il pericolo di un contatto sessuale, acquistò a Siena quasi il valore di una Crociata.

Per conto della Compagnia dei Disciplinati il conte Ravizza, clericale della prima ora, dichiarò inaccettabili la richiesta e le motivazioni di Livi. Se si impediva che le suore prestassero il servizio con il pretesto che potessero eccitare i malati, perché si permetteva agli stessi di assistere agli spettacoli teatrali «dove la sensualità può veramente essere eccitata dalle procaci ballerine?» (22).

Gli ambienti cittadini di orientamento liberale si schierarono dalla parte di Livi, che tuttavia, di fronte all’atteggiamento di completa chiusura della Compagnia dei Disciplinati, rassegnò le proprie dimissioni dall’incarico di direttore del San Niccolò a partire dall’anno seguente.

La città insorse; il Prefetto della Provincia, venuto a conoscenza dell’accaduto, chiese alla Compagnia di rimediare al gravissimo danno fatto non solo al manicomio ma alla stessa città di Siena, definendo una “jattura” la partenza di Livi (23).

Ma il grande psichiatra Livi aveva oramai accettato l’incarico al manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia che, amministrato da una Commissione Provinciale, non si avvaleva dell’ausilio di nessun corpo religioso. Il giorno di Natale, in seguito all’ennesimo scontro con una delle suore addette al servizio, Livi abbandonò il San Niccolò, «per non essere ulteriormente esposto alli insulti de’ suoi subalterni» (24).

Si chiudeva nella maniera peggiore un rapporto che aveva portato il manicomio senese, grazie all’agire di Carlo Livi, a essere tra i più innovativi d’Italia e tra i più attenti al rapporto con i pazienti. Fortunatamente il suo progetto di rifacimento del manicomio e di una nuova organizzazione dello stesso poté essere realizzato, almeno in parte, dai suoi allievi Ugo Palmerini e Paolo Funaioli.

A Reggio Emilia Livi continuò la sua 'missione' di cura dei malati di mente secondo le idee proposte a Siena.

In quello stesso anno, il 1873, insieme ad alcuni colleghi alienisti, riunitisi a Roma in occasione del Congresso degli scienziati, partecipò alla costituzione della Società freniatria italiana, che accoglieva i cultori delle scienze neurologiche e psichiatriche, essendo ancora lontano il momento in cui le due discipline si sarebbero affermate ciascuna in un proprio ambito di studi (25). La Società aveva "per iscopo l'incremento degli studi freniatrici, il progresso degli istituti manicomiali, e la tutela ed il vantaggio degli alienati" (Art. 1 dello Statuto). Primo Presidente fu nominato il Professor Andrea Verga.

Nel 1875, con la collaborazione di due dei suoi più valenti collaboratori, Enrico Morselli (1852-1929) e Augusto Tamburini (1848-1919), fondò il periodico Rivista sperimentale di Freniatria e di Medicina legale, che ben presto divenne il più importante organo italiano delle due discipline.

La sua esperienza di medico attento alle nuove linee di pensiero della psichiatria e, al contempo, ai bisogni dei pazienti era però destinata a concludersi molto prima di quanto si potesse pensare. A soli 54 anni, il 4 giugno 1877, mentre si trovava a Livorno come perito a un processo, fu colpito da ictus e morì quella stessa sera.

Come era accaduto a Siena, anche a Reggio Emilia furono i suoi allievi a proseguire il percorso che Carlo Livi aveva appena avuto il tempo di indicare nel manicomio di San Lazzaro. Augusto Tamburini fu richiamato da Voghera, dove dirigeva il manicomio locale, per assumere la direzione del manicomio di Reggio Emilia e della Clinica delle malattie mentali che Livi aveva creato all'Università di Modena, dove, una volta lasciata Siena, era stato chiamato a insegnare conservando il proprio ruolo di ordinario alla cattedra di Igiene e Medicina legale.

Anche il più giovane Enrico Morselli nel 1877, ad appena 25 anni, assunse la sua prima direzione di un manicomio, a Macerata, dove, seguendo gli insegnamenti di Carlo Livi, mirò alla definizione di un indirizzo terapeutico e non custodialistico dell'Istituto.

Bibliografia

1. Orsini D, Martini M. The insidious return of cholera in the Eastern Mediterranean Region, Lebanon and Syria: a worrying signal! Past, present, and future forthcoming. *J Prev Med Hyg.* 2023 May 16;64(1):E27-E33. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2023.64.1.2910.
2. Mayer E. Ricordi del cholera in Livorno nel 1854. Lettera a G.P. Vieusseux, cit. in C. Livi, *Il cholera in Barberino di Mugello*. Prato, Aldina, 1855, p. 14.
3. Livi C, *Frenologia forense, ovvero delle frenopatie considerate relativamente alla Medicina legale*, Milano, Tip. Giuseppe Chiusi, 1863-1868, p. 5.
4. Orsini D. The Struggle Against Infant Scrofula in Siena Between the Nineteenth and Twentieth Centuries. *Adv Exp Med Biol.* 2020; 1282:139-146. doi: 10.1007/5584_2019_468.
5. Orsini D. Tuberculosis in Siena: evolution of the disease and its treatment, from the Unification of Italy to the 1930s. *J Prev Med Hyg.* 2020 Apr 30;61(1 Suppl 1):E19-E23. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.1s1.1346.
6. Livi C. *La scrofula e gli ospizii marini: lettura fatta nella Gran Sala della R. Università di Siena/per Carlo Livi*. Milano: Treves; 1873.
7. Carnevale F, Diana E. *Giuseppe Barellai (1813-1884)*. Firenze: Edizioni Polistampa; 2014.
8. Barellai G. *Degli ospizii gratuiti marini per gli scrofolosi indigenti*. Firenze: Coi tipi di Felice Le Monnier; 1853, p. 13.
9. Funaioli P. *I poveri bambini scrofolosi di Siena inviati all'ospizio marino di Viareggio nell'estate 1872*. Siena: Stab. Tip. Di A. Mucci; 1874, p. 8.
10. Livi C. *La scrofula e gli ospizii marini: lettura fatta nella Gran Sala della R. Università di Siena/per Carlo Livi, cit.*, pp. 35-36.
11. D'Ormea A. *Ricordando Carlo Livi*. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 1923, p. 24.
12. *Archivio della Società di Esecutori di Pie Disposizioni - ASEPD (già Compagnia dei Disciplinati sotto le volte dello Spedale di Santa Maria della Scala), E XI, 4, Affari del personale (concorso), fsc. Ufficio di medico nell'Ospedale di Sn. Niccolò. Secondo Concorso, lettera P. Duranti al Rettore della Compagnia.*
13. Livi C. *Viaggio scientifico a' manicomi d'Italia ricordi e studi di Carlo Livi professore di medicina forense e tossicologia nell'Università di Siena e medico direttore del manicomio di quella città*. Firenze, Tipografia di Niccolò Fabbrini, 1860.
14. Vannozzi F. *Pianeta diversità: per una memoria del manicomio di Siena*. Milano, Franco Angeli, 2018, p. 41.
15. Livi C. *Parole dette nella solenne distribuzione de' premi del di 11 dicembre MDCCCLIX agli alunni del manicomio di S. Niccolò di Siena dal Prof. Carlo Livi medico direttore Prato, Tip. Giachetti, 1859, p. 6.*

16. Orsini D. La lente distorta della società. Malattia, violazione dell'ordine sociale e stigma tra XIX e XXI secolo. *Licosa*, 2023, p. ...
17. Archivio della Società Esecutori di Pie Disposizioni di Siena (ASEPD), Relazione di Carlo Livi sul San Niccolò di Siena, 28 aprile 1858. Filza E.IX.2a (già II.B.6), Manutenzione, restauro e trasformazione del patrimonio immobiliare - Nuove costruzioni (dal 1818 al 1900), fasc. 65-68. Da tale Relazione sono riprese tutte le trascrizioni sul progetto di rinnovamento del San Niccolò proposte da Carlo Livi.
18. Livi C. Parole dette nella solenne distribuzione dei premi agli alunni del Manicomio di San Niccolò di Siena. "Il Tempo", 31 dicembre 1858.
19. Livi C. Relazione del Manicomio di San Niccolò di Siena e cenni statistici del triennio MDCCCLIX-LXI, Tip. Lazzeri, Siena 1862, pp. 17-18.
20. C. Livi, Del vecchio e del nuovo manicomio di S. Niccolò di Siena. Lettera del medico soprintendente professore Carlo Livi al professore Filippo Cardona. *Archivio Italiano per le Malattie Nervose*, 1865, 2, p. 210.
21. Reale Motuproprio del 2 agosto 1838 contenente l'organizzazione dei nuovi Tribunali toscani. Nella Stamperia Granducale, Firenze 1838.
22. Archivio della Società di Esecutori di Pie Disposizioni - ASEPD, B IV, b. 17, Protocollo delle Deliberazioni dal di 11 settembre 1873 al 28 aprile 1877, pp. 11-12.
23. Archivio della Società di Esecutori di Pie Disposizioni - ASEPD, Lettera del Prefetto della provincia di Siena al Rettore, 11 dicembre 1873.
24. Archivio della Società di Esecutori di Pie Disposizioni - ASEPD, Lettera di C. Livi al Segretario del Rettore, 25 dicembre 1873.
25. Martini M, Brigo F, Orsini D. La storia della neuropsichiatria italiana e il ruolo di Onofrio Fragnito (1871-1959). *Conf. Cephalal. et Neurol. 2023; Vol. 33, N. 2: e2023014*.

Correspondence:

Mariano Martini

Department of Health Sciences, University of Genoa, Italy

Via Pastore, 1 -16132 Genoa (GE) – Italy (IT)

E-mail: mariano.martini@unige.it.

Indocili e non sottomesse. Un approccio storico alla condizione delle donne in manicomio tra Ottocento e Novecento

Mariano Martini^{1,2,3}, Maria Carla Garbarino⁴, Davide Orsini⁵

¹Department of Health Sciences, University of Genoa, Italy; ²UNESCO Chair “Anthropology of Health - Biosphere and Healing System”, University of Genoa, Italy; ³Interuniversity Research Center on Influenza and Other Transmissible Infections (CIRI-IT), Genoa, Italy; ⁴Department of Brain and Behavioral Sciences and Museum System University of Pavia; ⁵University Museum System of Siena (Simus), History of Medicine, University of Siena, Siena, Italy

Riassunto. Gli autori focalizzano la loro ricerca sulla difficile situazione delle donne ricoverate in manicomio fra il XIX e il XX secolo: una sorta di esplorazione delle forme di violenza di genere istituzionalizzate all'interno degli ospedali psichiatrici italiani. Nella società italiana degli ultimi due secoli, impostata in modo patriarcale, il comportamento delle donne che non si conformavano al modello dominante di figlia, moglie e madre devota alla famiglia era costantemente oggetto di giudizio e di condanna. Il disagio psichico era fondamentalmente un problema di decoro e rispettabilità. Per questo, ogni condotta e atteggiamento che si discostava dalla norma non era solamente censurata sul piano etico, ma veniva relegato nella sfera della follia, spalancando le porte dei manicomi a migliaia di donne. Si trattava in prevalenza di donne emarginate, povere, bisognose, analfabete, sole e abbandonate, che rientravano in quella parte di umanità di cui la società si vergognava. In tal senso quello che gli autori delineano è un viaggio di dolore ed emarginazione, che percorre quasi due secoli, all'interno dei manicomi, dove centinaia di donne sono state rinchiusse per una loro “femminilità” che “non si adeguava e non si conformava alle aspettative” della società. Ciò che più sorprende e non è facile da capire è la posizione della scienza che ha fornito per molto tempo giustificazioni all'internamento di donne in manicomio con motivazioni influenzate da meri aspetti morali, molto diffusi in quel periodo storico, più che da elementi basati su prove scientifiche. Per la società e per la comunità scientifica si trattava sostanzialmente di donne vittime di una “follia o pazzia morale”, contrassegnata da indifferenza morale e tendenza alla criminalità e al cinismo. Erano donne che non rispettavano le norme morali riconosciute dalla comunità sociale e per questo diventavano vittime di un giudizio scientifico-positivista fortemente genderizzato. Le donne, spesso rinchiusse in manicomio perché indocili e non sottomesse, hanno vissuto una violenza devastante perpetrata da un'istituzione e prima ancora da una società le cui regole erano fatte da uomini che consideravano la figura femminile come essere biologicamente inferiore.

Parole chiave: devianza femminile, storia degli ospedali psichiatrici, controllo sociale, violenza di genere, Prima guerra mondiale, Maria Bertolani Del Rio

UNRULY AND UNSUBMISSIVE. A HISTORICAL APPROACH TO THE CONDITION OF WOMEN IN MENTAL HOSPITALS BETWEEN THE 19TH AND 20TH CENTURIES

Abstract. The authors examine the difficult situation of women hospitalized in mental facilities between the 19th and 20th centuries: an exploration of the forms of institutionalized gender violence in Italian psychiatric hospitals. In Italy's patriarchal society of the last two centuries, the behavior of women who did

not conform to the dominant model of devoted daughter, wife and mother was systematically condemned. Indeed, as mental disorder was regarded as fundamentally a problem of decorum and respectability, any conduct or attitude that deviated from the norm was not only censured on an ethical level but was labeled as madness. Consequently, thousands of women were locked up in mental asylums. These women were mainly poor, needy, illiterate, alone and abandoned - individuals who fell into that category of humanity of which society was ashamed. What the authors outline is a journey of pain and marginalization that spanned almost two centuries, in mental hospitals, where many women were confined because of their “femininity”, which did not “adapt or conform to the expectations” of society. What is most surprising and difficult to understand is the position of doctors. For many years, they justified the confinement of women in mental hospitals more based on the prevailing morality of the time, rather than scientific evidence. In the eyes of both society and the scientific community, these women were essentially victims of “madness or moral derangement”, which was marked by moral indifference and a tendency towards criminality and cynicism; they were women who did not respect society’s moral norms. For this reason, they fell victim to a markedly gendered-oriented scientific-positivist judgment. Often locked up in mental hospitals because they were unruly and unsubmitive, these women experienced devastating violence, which was perpetrated by an institution and, before that, by a society whose rules were made by men who regarded females as biologically inferior beings.

Key words: female deviance, history of mental hospitals, social control, gender-based violence, First World War, Maria Bertolani Del Rio

Introduzione

L'internamento manicomiale è un fenomeno che ha riguardato uomini e donne fra XIX e XX secolo. Tuttavia, ha assunto caratteristiche profondamente diverse per i due sessi sulla base delle motivazioni che lo hanno determinato, e ha provocato differenti effetti nelle vite individuali.

La storia della follia e del ricovero delle donne in manicomio è stata soprattutto la storia di un giudizio nutrito dal pregiudizio. Anche dopo il riconoscimento della follia come malattia della mente, più che storia biologica di una patologia, è essenzialmente la storia delle modalità con cui nel tempo è stata percepita dalla società e quindi isolata, rinchiusa, studiata e, quando possibile, curata (1).

Proprio per questo ha risentito nelle diverse epoche di ideologie o anche semplicemente di idee diffuse nella società che la stessa utilizza al fine di tutelare i cittadini da quanti si pongono ai limiti della convivenza sociale e mostrano segnali di devianza.

Follia e devianza: Un parallelo che distorce la realtà

Il tratto che forse più ha caratterizzato nell'Ottocento e nella prima metà del Novecento – ma anche negli anni Sessanta e Settanta, dopo l'introduzione degli psicofarmaci – la figura del malato di mente è il parallelo tra follia e devianza.

Ogni atto o comportamento di una persona o di un gruppo che risultava collidere con la struttura etica dominante di una collettività veniva considerata una devianza e fatto oggetto di disapprovazione, determinando necessariamente e automaticamente la condanna e una sanzione da parte del gruppo di potere.

Questo è avvenuto per la necessità da parte di chi governava di mantenere un controllo sociale. Ma può essere stato determinato anche da altri motivi legati a interessi di singoli gruppi di cittadini. E ciò ha portato a etichettare come “deviante” e quindi a isolare qualsiasi persona che agisse non rispettando a pieno i valori che la società si era data.

Inoltre, la devianza è stata talvolta letta alla luce di teorie pseudoscientifiche che hanno individuato in specifiche caratteristiche di un individuo le cause della devianza, determinando un giudizio negativo sullo stesso.

L'attenzione e la cura della sofferenza psichica hanno poi subito graduali cambiamenti nel corso del tempo con il passaggio da un'idea della follia come affezione morale ad una sua sempre più evidente "medicalizzazione", trasformazione avvenuta sia per i cambiamenti intervenuti all'interno della società che per un'evoluzione ed innovazione delle pratiche di internamento che a partire dal Novecento hanno visto l'introduzione di una nuova disciplina con l'applicazione della legge 14 febbraio 1904, n. 36 intitolata Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati (2).

È evidente che nella storia della malattia mentale e nei motivi di ricovero in manicomio ampio spazio va riconosciuto alle norme e ai valori condivisi dai componenti una data società, che costituiscono la dimensione societaria di questo insieme di persone (3). Tale "coscienza collettiva" – come è stata definita dal sociologo Émile Durkheim (1858-1917) – diviene il modo di pensare e di giudicare quanti non rispettano tali valori, non riconoscendosi in essi.

In tal senso un atto può essere definito deviante non per la natura stessa del comportamento, ma per la reazione che determina nell'ambiente socioculturale in cui ha luogo. "Un atto è criminale quando offende gli stati forti e definiti della coscienza collettiva – afferma Émile Durkheim – [...] In altri termini, non bisogna dire che un atto urta la coscienza comune perché è criminale, ma che è criminale perché urta la coscienza comune. Non lo biasimiamo perché è un reato, ma è un reato perché lo biasimiamo" (4).

Il concetto di devianza ha avuto quindi un peso importante nel ricovero delle donne in manicomi, soprattutto in determinati periodi storici nei quali i confini che definivano la devianza sociale sono diventati sempre più stringenti. Il ventennio fascista, caratterizzato da una ideologia tesa a mostrare e propagandare un'immagine della donna come elemento portante della famiglia e della società, dedicata completamente

alla famiglia e rispettosa dei valori di quella società, è stato ad esempio uno dei momenti di massimo internamento manicomiale (5).

L'anomalia della femminilità

Dopo un periodo che aveva visto le donne uscire dal ruolo domestico per prendere il posto degli uomini nelle attività lavorative, essendo mariti e figli al fronte durante la Grande Guerra, il nuovo governo volle riaffermare l'ideologia che voleva la donna "angelo del focolare".

Il teorico del fascismo, Giovanni Gentile, delineò il ruolo della donna con queste parole: "La donna è colei che si dedica interamente agli altri sino a giungere al sacrificio e all'abnegazione di sé" (6).

In tal senso le direttive del regime in merito erano: "Potenziare al massimo la funzione consolatrice della femminilità. [...] Niente mascolinizzazione, niente confusione dei due sessi, dei rispettivi compiti, delle rispettive finalità. La natura ha irrevocabilmente divisi i campi nei quali l'uomo e la donna debbono agire [...] perché nel suo regno la donna torni ad essere assoluta signora e regina. [...] Ci ridarà, il fascismo femminile, la donna che ci abbisogna: custode della casa e degli affetti, incitatrice alle nobili opere, coniatrice nel dolore, madre dei nostri figli" (7).

Le donne che non volevano aderire a questo modello erano destinate ad essere internate a motivo di una o più di queste 33 'sintomatologie' disposte dal sistema sanitario fascista e indicate nella cartella clinica (Diario clinico, modulo G 5): "Loquace. Instabile. Incoerente. Stravagante. Capricciosa. Eccitata. Insolente. Indocile. Bugiarda. Impertinente. Cattiva. Prepotente. Ninfomane. Impulsiva. Nervosa. Erotica. Allucinata. Irrequieta. Ciarliera. Irriverente. Petulante. Maldicente. Irosa. Piacente. Smorfiosa. Irritabile. Clamorosa. Minacciosa. Rossa in viso. Esibizionista. Menzognera. Dedita all'ozio. Civettuola".

In molti casi questi termini non corrispondono a una diagnosi medica, e, nonostante ciò, erano comunque sufficienti perché le porte di un manicomio si aprissero per queste donne, che rappresentavano

l'anomalia della femminilità rispetto alla parte sana della società.

Erano spesso donne che non si conformavano alle prerogative richieste dal regime, che volevano vedere riconosciuta la propria libertà di vivere e pensare non solo come spose e madri ma come donne indipendenti e libere. Erano considerate ribelli, indocili, non sottomesse all'uomo, padre o marito che fosse, devianti, tanto da rischiare di intaccare il patrimonio biologico e morale dello Stato.

Ma erano anche donne che non sapevano adattarsi agli stereotipi culturali del regime, che non riuscivano ad assolvere ai compiti materni, che potevano soffrire di depressione *post partum*, e allora venivano etichettate come "madri snaturate"; donne povere e ignoranti che vivevano una realtà quotidiana fatta di emarginazione e di traumi derivanti talora da violenze sessuali o da abusi domestici e che spesso trasformavano le vittime in colpevoli. In ogni caso, donne inadeguate.

Per tutte, indistintamente, le porte del manicomio si aprivano per catapultarle in una realtà di violenza ancora più forte perché tendente all'annullamento della persona, in un'ottica di rieducazione morale che avrebbe dovuto ricondurle entro i limiti di una normalità biologicamente e socialmente costruita.

Una questione d'onore

Quando non dovuta a una specifica e riconosciuta patologia, la reclusione delle donne in manicomio era dunque riconducibile a un disequilibrio tra le aspettative del contesto sociale e le idee e il comportamento delle stesse. La decisione di farle internare spettava ai parenti uomini, che ne chiedevano il ricovero preoccupati soprattutto di conservare l'onore della famiglia.

L'essere poco propense alla condizione di casalinga, moglie e madre bastava infatti per essere additate e rinchiusi in manicomio. Osare ribellarsi all'autorità del padre o del marito e assai spesso alla violenza da questi inflitta era motivo per essere mandate in manicomio. Condurre uno stile di vita fuori dagli schemi sociali precostituiti, mostrarsi libera, non volere più figli o non volerne affatto erano giustificazioni che la società riconosceva valide per un internamento in manicomio. Allo stesso modo il macchiarsi di adulterio,

che fino al 1968 per la nostra giurisprudenza era un reato punito con la reclusione fino a un anno a seguito di querela del marito (1).

Erano donne che creavano pubblico scandalo, non adeguandosi al ruolo che la società imponeva loro, non solo durante il periodo fascista ma anche negli anni dell'immediato secondo dopoguerra, quando in numero molto elevato furono rinchiusi nei manicomio perché "ninfomani", "eccitate", "indemoniate" o "malinconiche", portate in quell'inferno dai loro stessi mariti in quanto non più adatte al loro ruolo e quindi devianti.

Non va inoltre dimenticato che solo nel 1981, la legge 442 ha cancellato in maniera definitiva i trattamenti di favore penale riservati a chi commetteva omicidio o lesioni personali per causa d'onore e, abrogando gli articoli 587 e 544 del codice fascista, ha eliminato il "matrimonio riparatore" che estingueva il reato di violenza sessuale (8).

E solo nel 1975 l'Italia repubblicana ha introdotto con la Legge n. 151 il nuovo Codice di famiglia, la cui parola chiave è parità tra i coniugi. E, infine, solo nel 1996, la violenza sessuale è divenuta un crimine contro la persona, abbandonando la vecchia considerazione di reato contro la pubblica morale (9).

In tutti questi casi, che assai spesso hanno determinato il ricovero in manicomio della donna, figlia o moglie, l'aspetto che più colpisce è che, per dirla con le parole di Alda Merini, grande scrittrice ma anche donna fragile che ha vissuto l'esperienza del manicomio, "la vittima non è lei, che anzi è colpevole di inadeguatezza, ma il marito che ha socialmente riconosciuto il diritto di rifiutarla o di sostituirla" (10).

Le motivazioni di una simile situazione di violenza verso le donne

Anche dopo la caduta del regime fascista e durante gli anni del boom economico che ha caratterizzato gli anni Sessanta le donne hanno pertanto continuato a essere internate in manicomio per motivi spesso del tutto estranei a patologie psichiatriche.

La violenza dell'istituzione manicomiale, la disumanità di alcuni trattamenti, lo stigma che sempre ha accompagnato quanti si sono trovati a vivere

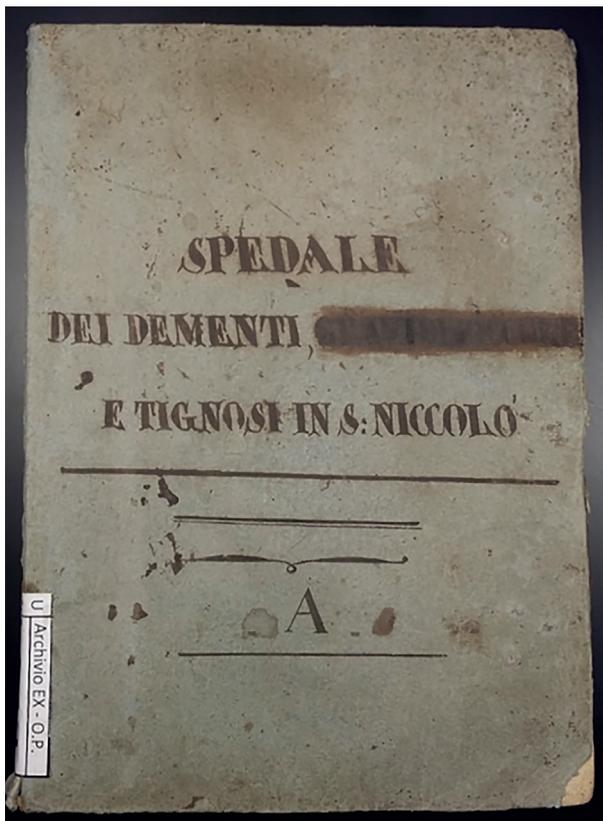


Figura 1. Il primo Registro dei ricoverati nello “Spedale dei Dementi, Gravide occulte e Tignosi in S. Niccolò”. La dizione “Gravide occulte” appare significativamente cancellata (Archivio Ospedale Psichiatrico San Niccolò di Siena).

l’esperienza dell’ospedale psichiatrico hanno raggiunto livelli assolutamente alti e incomprensibili quando a essere rinchiusa in manicomio era una donna. Vivere questa esperienza come donne è stato di fatto subire una doppia violenza, perché l’essere donna ha di per sé determinato un’ulteriore discriminazione, oltre quella derivante dalla patologia mentale, reale o presunta.

Viene naturale chiedersi quali siano state le motivazioni di un simile comportamento.

Nellie Bly, pseudonimo di Elisabeth Cochran Seaman (1864-1922), ci ha lasciato una interessante testimonianza di come tali modalità fossero già diffuse nella seconda metà dell’Ottocento in America. Questa giornalista, in accordo con il direttore della testata per la quale lavorava si finse pazza per essere ricoverata nel 1887 al Lunatic Asylum sull’isola di Blackwell (New York), che aveva una triste fama per il trattamento riservato alle pazienti. Nei dieci giorni nei quali

restò in manicomio prima di essere liberata poté assistere e vivere in prima persona la brutalità e la violenza con le quali venivano trattate le ricoverate, alcune delle quali Nellie Bly riconobbe non essere affatto pazze, ma solo vittime di povertà, violenza ed emarginazione. Ha testimoniato e reso pubblica questa storia nel libro *Ten days in a Mad-House* (11).

In Italia la situazione non era affatto diversa, accogliendo i manicomi donne che aveva talvolta la sola ‘colpa’ di aver deviato dalla via che la società aveva (pre)scritto per loro.

Come tanti altri manicomi, quello di Siena ad esempio venne istituito nel 1818 come *Spedale dei tignosi, delle gravide occulte e dei dementi*, dove le ragazze che un illecito amore rendeva madri venivano rinchiusa a partire dal settimo mese di gravidanza per un periodo che di norma non superava gli otto giorni successivi al parto, a meno del sopravvenire di complicanze come le febbri puerperali. Un trattamento assolutamente non rispettoso della dignità della donna che andava in realtà a nascondere quella che la società considerava una colpa grave per la giovane ma soprattutto causa di disonore per la famiglia (Fig 1).

La legislazione del Regno italiano costituitosi nel 1861 non aiutò a modificare questa situazione. Anzi, se possibile, la rese ancora più insopportabile. Tuttavia, in Italia in virtù del rilevante aumento di malati psichiatrici registrato nel corso del tempo, si iniziò a riflettere sulla necessità di introdurre una regolamentazione che potesse in qualche modo disciplinare e armonizzare tutti i manicomi presenti nel nostro Paese, i quali fino ad allora erano stati gestiti e organizzati in piena autonomia in ordine agli aspetti legati all’internamento.

Così, a partire dal 1874 venne proposto direttamente dal ministro dell’Interno Girolamo Cantelli (1815-1884) un “progetto di regolamento” che tuttavia non fu portato a compimento e non venne mai realizzato. Pertanto, si dovette attendere ancora trent’anni prima di giungere alla prima legge sui manicomi dell’Italia unita, la n. 36 del 1904 (cd. Legge Bianchi/Giolitti). Essa stabiliva che dovessero “essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa di alienazione mentale, quando siano pericolose per sé o per gli altri, o riescano di pubblico scandalo”.

In queste poche righe della prima legge sui manicomi in Italia si pretendeva quindi di definire la

devianza, la follia e stabilire i criteri necessari per il ricovero coatto. La psichiatria avrebbe impiegato molto tempo poi a comprendere adeguatamente i contorni della malattia mentale e nel frattempo la legge Bianchi/Giolitti finiva per allontanare dalla società tutti quei soggetti ritenuti “sgraditi”, a prescindere dalla presenza reale di una patologia psichiatria: *persone stravaganti, omosessuali, prostitute, alcolizzati e pure bambini, da 0 a 14 anni (12,13), indesiderati, malformati o semplicemente nati in famiglie troppo povere per poterli crescere e mantenere (14,15).*

La legge non teneva conto neppure dell’età dei ricoverati e molto spesso anche bambine e bambini orfani o provenienti da famiglie problematiche finivano in manicomio. La stessa sorte era riservata anche ai piccoli colpiti da patologie psichiche e un esempio particolarmente esplicativo è quello dei bambini affetti da encefalite letargica (16,17).

La malattia colpiva in maniera indistinta bambini e adulti, ma i più giovani, a differenza degli adulti, presentavano disturbi legati alla sfera del comportamento, che li rendevano violenti e senza freni inibitori. I postumi di encefalite letargica nei bambini erano quasi sempre mentali piuttosto che fisici.

Nel giro di poco tempo l’alterazione della personalità e del comportamento divenne il tratto caratteristico e più significativo della malattia, tanto che nel 1929 Constantin von Economo scrisse: i bambini colpiti da encefalite letargica «non possono essere controllati a scuola, scappano lontano da casa e trascorrono il loro tempo al cinema e per le strade, indulgono in comportamenti sessuali scorretti di ogni tipo e compiono atti pericolosi» (18). È facile immaginare come questa dichiarazione andasse a colpire le bambine fin dalla più tenera età.

In questo contesto normativo quindi la società finiva per isolare nelle strutture manicomiali tutti quegli individui ritenuti “indesiderati” e le donne finirono all’interno di queste strutture anche per problemi non rientranti nelle cd. “malattie mentali”; con motivazioni legate alla moralità pubblica molte donne furono ritenute pazze solo perché si erano opposte alle umiliazioni subite in famiglia, perché si erano ribellate alle violenze compiute dai mariti, opposte a leggi ingiuste che le discriminavano in ambito lavorativo, ma vi erano anche donne colpite da gravi carenze alimentari che ne

condizionavano la salute, come la pellagra (19,20), o vittime di inganni da parte del marito o ancora raggiunte e derubate dei loro beni per non dire poi delle prostitute contagiate da malattie sessualmente trasmesse e quindi considerate scarto della società (14,21). Ricordiamo che è del 1865 l’entrata in vigore del Codice civile (Codice Pisanelli) assoggettava di fatto la donna alla cosiddetta “autorizzazione maritale” in tutte le operazioni notarili ponendola sostanzialmente in una condizione di incapacità giuridica. E proprio nel 1865 i ricoverati all’interno dei manicomi italiani erano 7.700 (1 ogni 4000 ab.), in circa 15 anni aumentano in modo considerevole diventando 18.000 nel 1881. Alla fine, dell’Ottocento i ricoverati raggiungeranno la soglia delle 27.000 unità mentre i manicomi passeranno dai 24 del 1874 ai 50 del 1881.

In ogni caso la Legge n. 36 del 1904 rimase in vigore fino al 1968, nonostante che dal 1° gennaio 1948, entrasse in contrasto con la stessa Costituzione repubblicana, che all’articolo 32 afferma che: *“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.*

I governi, per gran parte del Novecento, hanno fatto ampio ricorso alla psichiatria e ai manicomi per eliminare quindi anche forme di devianza sociale ritenute pericolose. La Legge 36 del 1904 ha risposto perfettamente a queste necessità.

Un cambiamento in positivo si è avuto più avanti con il pieno affermarsi delle scienze psichiatriche e psicologiche (22) e della neuropsichiatria infantile, ma la situazione nei manicomi non si modificò fino alla promulgazione della legge n. 132 del 1968 (cd. Legge Mariotti). Nel mentre, nella quotidianità di tante donne rinchiusi in manicomio si era affacciata la violenza delle terapie dello shock e, in seguito, degli psicofarmaci.

Biologicamente inferiori

Non va inoltre sottovalutato il peso che alcune dichiarazioni di uomini di scienza, oggi assolutamente non accettabili, ha avuto nel giustificare tali comportamenti.



Figura 2. Lypémaniaque.

Se con Philippe Pinel (1745-1826) e il suo allievo Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) (23) (Figg. 2, 3) e fino a metà Ottocento il malato veniva considerato anche alla luce della sua storia personale, per i traumi subiti e per le difficoltà affrontate nel corso della sua vita, a partire dalla seconda metà del secolo si impose il paradigma biologico per il quale il paziente fu quasi privato di una sua storia personale, e iniziò a essere considerato soltanto come entità nosografica (24). Il malato era incapace di ricorrere alle attività intellettuali e morali necessarie per vivere in società a causa delle tare del suo “organo mentale”, ereditate o acquisite (25). In tal senso iniziarono anche gli studi sulle differenze psico-fisiologiche tra uomo e donna.

A metà Ottocento Alexandre Mayer pubblicò il volume *Des rapports conjugaux considérés sous le triple*

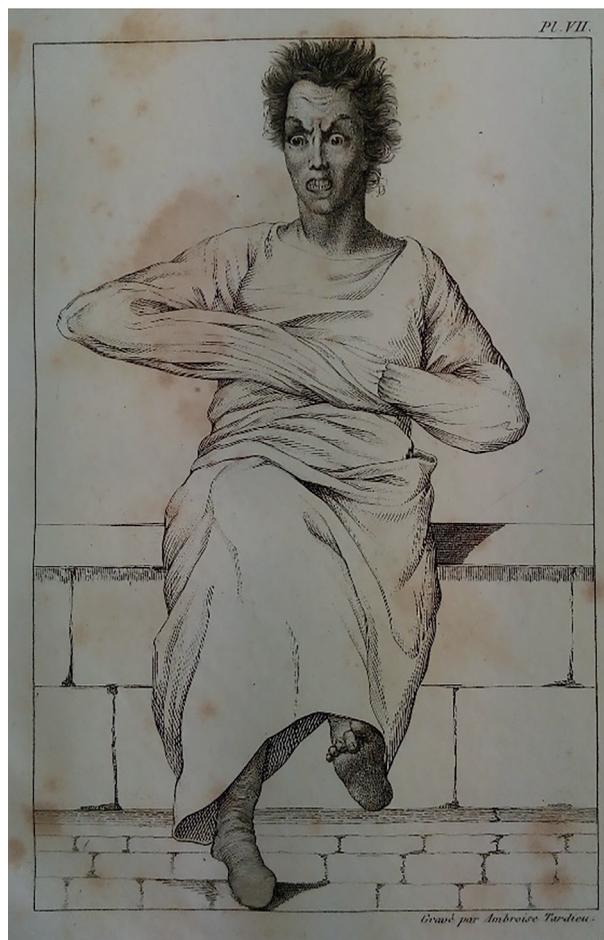


Figura 3. Maniaque. Immagini tratte da Jean Étienne Dominique Esquirol, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* / par E. Esquirol (Università di Siena, Fondo Ospedale Psichiatrico San Niccolò di Siena).

point de vue de la population, de la santé et de la morale publique (26) nel quale continuava a ricercare nelle osservazioni anatomiche la giustificazione di tali differenze.

Qualche anno dopo si diffuse in Italia un volume dal titolo *Fisiologia della donna* (27), scritto dal fisiologo Filippo Lussana (1820-1897), docente di fisiologia all’Università di Parma e dal 1867 in quella di Padova, in risposta alle domande che una donna, Giovannina Garcea, gli aveva posto sulle differenze tra i sessi e su una eventuale inferiorità delle donne. Nelle sue risposte Lussana non si distaccò molto dalla letteratura scientifica fino ad allora diffusa, ribadendo le differenze di ordine fisico-organico tra i

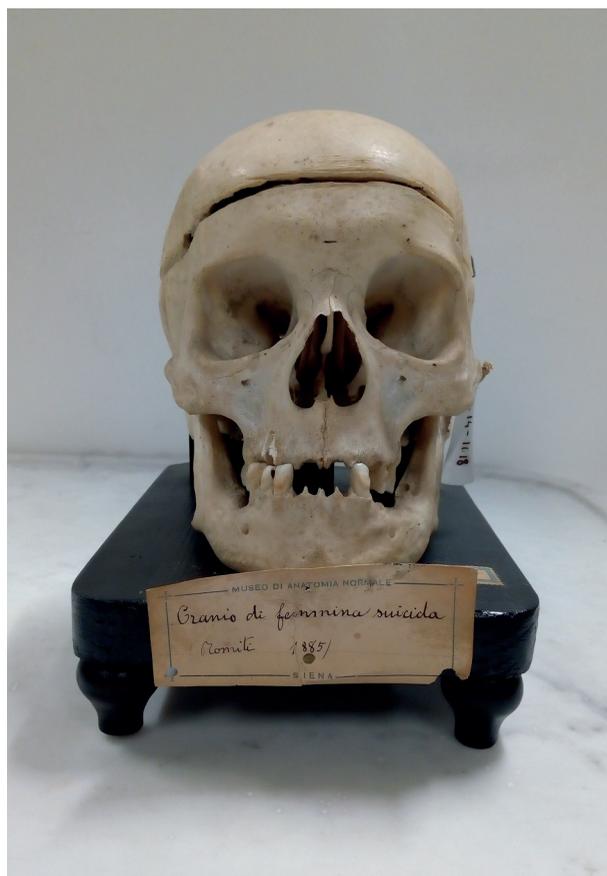


Figura 4. Cranio lombrosiano di “femmina suicida”, preparato da Guglielmo Romiti (1850-1936) nel 1885 (Università di Siena, Museo Anatomico Leonetto Comparini).

due sessi e anche le argomentazioni sulla morfologia della massa cerebrale, sul suo volume e sul suo peso in rapporto al peso corporeo totale. Anche se lo studioso riconosceva ingiusto affidare alle donne un ruolo subalterno a quello dell’uomo nella famiglia e nella società, con le sue risposte basate sui principi della scienza positivista finiva tuttavia col dare alle menti più conservatrici delle giustificazioni circa l’inferiorità della donna.

Lo stesso autore tornò sull’argomento nella voce *Donna* dell’*Enciclopedia Medica Italiana* edita da Valardi (28). Ancora una volta continuava a essere esplicitato il sentimento di inferiorità e di soggezione della donna, giustificando tale sentimento con il fatto che è presente in tutti gli animali.

Gli antropologi ed i freniatri, anche d’intesa con i ginecologi, furono protagonisti a fine Ottocento della

più nota opera di divulgazione delle idee di inferiorità intellettuale delle donne.

“Non può non colpire però che lo sguardo medico che si posava su queste donne era esclusivamente maschile, e traduceva di fatto in un linguaggio medico-scientifico le ragioni di un assoggettamento sociale che è invece puramente culturale. [...]. Questo assoggettamento sociale che prendeva forme mediche rivelò ancor di più il suo carattere di sistema: attraverso il linguaggio scientifico la donna veniva espropriata del proprio corpo quando la sua condotta non corrispondeva al rigido protocollo dell’ideale di femminilità ottocentesco” (29).

Il grande internamento femminile tra fine Ottocento e inizio Novecento pose ovviamente le sue basi sulle idee diffuse da Cesare Lombroso (1835-1909) e tese a dimostrare l’inferiorità biologica, mentale e sociale della donna (Fig. 4).

Per la psichiatria del tempo la donna presentava limiti organici assolutamente sfavorevoli: la costituzionale debolezza psico-nervosa nelle funzioni più elevate e il temperamento instabile determinavano, secondo Lombroso, a parità di condizioni, una facilità maggiore per la donna di impazzire rispetto all’uomo.

Ben presto si diffuse tra medici e governanti l’idea di una sorta di predisposizione della natura femminile alla follia, derivata e consolidata dalle idee lombrosiane sulla “esagerazione del carattere femminile”. Non può pertanto sorprendere che le donne rinchiusi in manicomio con la diagnosi di frenosi isterica fossero descritte come inquiete e irascibili, ingannatrici e manipolatrici, estremamente loquaci e maldicenti, trasgressive e sessualmente disinibite (21).

La costruzione che la società dell’epoca fece di una simile “natura femminile” andò a impattare sensibilmente nella definizione di ciò che poteva ritenersi normale e ciò che invece era da considerarsi anormale.

La dicotomia fra uomo e donna, fra razionalità del primo ed esagerata emotività della seconda andò infine a sostanziare l’idea che le donne fossero biologicamente inadeguate e pertanto necessitavano del controllo e della guida di un uomo.

In questo scenario, che si muoveva tra scienza e pseudoscienza, andarono a inserirsi dal 1913 in poi quei concetti che derivarono dal *First International Eugenics Congress* (30), tenutosi a Londra l’anno

precedente. Questi furono immediatamente recepiti dal Comitato italiano per gli studi di eugenica, costituitosi a Roma in seno alla Società di antropologia al fine di studiare i fattori che potevano determinare il progresso o la decadenza delle razze, sia sotto l'aspetto fisico, sia sotto quello psichico.

Inutile dire che determinarono una ulteriore stretta nella tolleranza dei comportamenti considerati devianti e un aumento dei ricoveri in manicomio, soprattutto per quelle donne che avrebbero potuto minare alle basi la purezza, i valori e la forza della razza italiana.

Inferiori anche nella malattia

Con lo scoppio del primo conflitto mondiale e la chiamata alle armi degli uomini, furono le donne a prendere il loro posto nei campi e nelle fabbriche. Si trattò di un momento molto importante per la storia sociale del Paese e una delle prime opportunità di parificazione dei diritti tra i sessi e di emancipazione femminile. Il ruolo delle donne – sebbene limitatamente agli anni della guerra – passò da quello di “angelo del focolare domestico” a componente attivo dell'economia e della società.

Le atrocità della guerra lasciarono segni importanti su chi la visse in prima persona. Molti soldati tornarono dal fronte in preda a shock e con gravi disturbi mentali.

Su “Lancet”, nel 1915 lo psicologo Charles Myers usò per la prima volta l'espressione shell shock, “shock da bombardamento” o disturbo da stress post-traumatico (31,32).

Myers ipotizzava che le lesioni cerebrali fossero provocate dal frastuono dei bombardamenti oppure dall'avvelenamento da monossido di carbonio. Ma presto fu chiaro che alla base di questi disturbi c'era qualcosa d'altro, dal momento che i sintomi si manifestavano anche in persone che non si trovavano in prossimità di bombardamenti. Nel 1917 il neurologo francese Joseph Babinski (1857-1932) attribuì i sintomi a fenomeni di isteria, disturbo che si riteneva diffuso solo tra le donne suggerendo un trattamento con l'ipnosi (33). “In hystero-pithiatism, developed by Joseph Babinski, trauma was not directly caused by the war. It

was rather due to the unwillingness of the soldier to take part in the war” (34).

Molto si è discusso sullo shell shock e sul destino di 40.000 uomini con disturbi mentali – ben presto volutamente dimenticati – che finirono nei manicomi italiani, oltre a quanti, sicuramente più numerosi, fecero ritorno a casa e furono presi in carico dalle loro famiglie.

Ma pochissime voci hanno invece studiato e raccontato gli effetti, talora devastanti, che la guerra ha avuto sulle donne. Tante furono ricoverate nei manicomi tra il 1915 e il 1918 per patologie che sembrano avere un collegamento diretto con la guerra. Nel manicomio senese di San Niccolò le donne ricoverate nel 1915 furono 190, mentre negli anni immediatamente prima dello scoppio del conflitto erano state 158 nel 1912 e 165 nel 1913, tanto che il medico primario del San Niccolò Virgilio Grassi scrisse che si trattava di un “aumento assai superiore” rispetto agli anni precedenti (35).

Tra i rari scritti è di particolare interesse quello redatto nel 1916 da una donna psichiatra, Maria Bertolani del Rio (1892-1978), allieva di Enrico Morselli (1852-1929) e di Edoardo Maragliano (1849-1940) (37,38), dal titolo *Le malattie mentali nella donna in rapporto alla guerra* (36).

La stessa Bertolani Del Rio, che nel 1915 venne assunta al manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia, scrive: “dal Giugno 1915 al Maggio 1916, le donne furono accolte nel nostro Istituto nella maggiore proporzione di circa il 12% rispetto alla media di un corrispondente periodo di tempo dei tre anni precedenti” (36).

Al tempo non si parlava ancora di danno biologico da morte di un congiunto o di “danno da lutto”, ma ciò che colpisce nella disanima dei 12 casi da lei trattati è che queste donne furono rinchiusse perché incapaci di gestire l'urto degli eventi. “*Sul campo di battaglia [...] il soldato che partecipa alle odierne battaglie assiste a spettacoli raccapriccianti, a ecatombi di compagni e sente e vede il pericolo mille volte intorno a sé. Jacoby ha paragonato le battaglie moderne – per quanto concerne i loro effetti psichici – ai grandi cataclismi cosmici, quali i terremoti e le eruzioni vulcaniche. Per la donna, invece, la guerra rappresenta solo un'immensa fonte di dolore, un succedersi di ansie, un motivo di pianti disperati e di rinunce amare.*

Ma quasi mai, se non esistono altre cause predisponenti, le manifestazioni del dolore oltrepassano la normalità o deviano nella pazzia. Perciò non si può accusare la guerra di aumentare da sola il numero delle malate di mente” (36).

Nelle cartelle cliniche, delle quali riporta le informazioni principali, le diagnosi spaziano dalla melancolia (la più citata con 7 casi) alla demenza precoce (1 caso), delirio acuto (1 caso), amenza (1 caso), ipomania (1 caso), frenosi maniaco-depressiva (1 caso).

La melancolia o lipomania è una sindrome affettiva caratterizzata da una tristezza morbosa e ostinata, indipendente dagli avvenimenti esterni, un pessimismo invincibile, un senso profondo di sfiducia e di avvilimento, che paralizza ogni azione. Anche la frenosi maniaco-depressiva o Disturbo bipolare presenta gravi alterazioni dell'umore, delle emozioni e dei comportamenti, alternate a episodi maniacali e depressivi (39).

L'amenza è una forma di psicosi, a decorso acuto, contraddistinta da un grave disturbo della coscienza (obnubilamento o abolizione), comportamento incoerente, allucinazioni di varia natura, disturbi motori, deliri e condizioni generali assai gravi, mentre l'ipomania, che alla lettera può essere tradotta in “mania lieve”, è un disturbo dell'umore.

In queste brevi note le patologie riportate nelle cartelle cliniche di queste pazienti vanno a interessare la sfera dei sentimenti femminili. Secondo l'idea diffusa al tempo, a motivo dell'esagerazione che contraddistingue molti tratti del carattere femminile, sentimenti come la paura della perdita o il distacco dalle persone amate, se non controllate, potevano condurre a tormenti indicibili, che sfociano nella pazzia.

“L'idea della guerra, con tutte le sue conseguenze, diventa quasi un'ossessione angosciosa a cui moltissimi sono sottoposti. Fra i tanti, alcuni, a più debole immunità psichica, reagiscono con una malattia mentale, che porta spesso l'impronta degli avvenimenti dell'epoca e rappresenta talora come l'esagerazione dello stato d'animo che l'ha preceduta” (36).

Proprio come accadeva per i soldati, e ancor più per le donne, i disagi e il dolore potevano essere considerate delle concause, acceleratori di patologie che sarebbero comunque emerse. Le condizioni eccezionali della guerra determinavano semmai una maggiore intensità dei sintomi. Infatti, in nessuno di questi casi il dolore della perdita, per quanto forte, avrebbe potuto

condurre alla pazzia, se non ci fossero state delle tare ereditarie, una predisposizione familiare che la Bertolani del Rio ravvisa in 8 delle 12 donne prese in considerazione nel suo studio (36).

La sua posizione si dimostra così perfettamente consonante con gli orientamenti dottrinari d'epoca della psichiatria.

Conclusioni

Gli autori hanno voluto mostrare, attraverso esempi diversi, la violenza perpetrata dalla società sulle donne nel corso dell'Ottocento e del Novecento, fino alla chiusura degli ospedali psichiatrici.

In una società patriarcale il comportamento di quante non si conformavano al modello dominante di figlia/moglie, madre e massaia è sempre stato oggetto di condanna e ha spalancato le porte di manicomi a migliaia di donne. Ogni comportamento deviante dalla norma non era solamente censurato sul piano etico, ma veniva infatti relegato nella sfera della follia. Una follia o pazzia morale, caratterizzata da indifferenza morale e tendenza alla criminalità e al cinismo: il mancato rispetto di norme morali ritenute tali dalla comunità.

Utilizzando tale espressione, Cesare Lombroso (40) non introdusse un concetto nuovo in ambito psichiatrico in quanto fin dalla prima metà del XIX secolo in Francia molti studiosi avevano fatto ricorso a questa idea per descrivere comportamenti sociali bizzarri e imprevedibili.

Tuttavia, tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, anche a motivo dell'aumento di atti criminali, la società ha deciso per una serie di provvedimenti tendenti a riportare i comportamenti entro binari precisi. Questo ha determinato un inasprimento del giudizio negativo nei confronti di tutto quanto non rientrasse nell'idea di morale accettata dalla società.

Ma soprattutto ha determinato uno spostamento di molta parte degli uomini di scienza verso un'adesione alla morale che ha significato rintracciare la causa di atti criminali o anche di semplici comportamenti eccentrici in una patologia psichica di carattere organico (41,42).

Sulla base di tale orientamento tutte quelle persone ritenute pericolose per il mantenimento

dell'ordine pubblico e per la tutela della moralità, soprattutto donne che mostravano un comportamento troppo libero, divennero soggetti da attenzionare e reprimere. Nel caso specifico delle donne era da reprimere il carattere ritenuto non in linea con i valori accettati dalla società (43).

Simili comportamenti sono andati a colpire gli elementi più deboli e indifesi della società e in particolare le donne, troppo spesso giudicate dalla società e prima ancora dalle loro stesse famiglie, timorose di apparire non degne della considerazione sociale.

E anche quando vengono rinchiusi in manicomio, le cause non sono spesso riconducibili a vere patologie psichiatriche. Salvo quando, come nel caso appena ricordato di donne che sono state rinchiusi in manicomio per aver mostrato sintomi di pazzia per traumi legati alla guerra, il loro trauma non viene riconosciuto nella sua gravità e i sintomi rubricati come attacchi isterici e allucinazioni, tenendo in poca importanza il trauma emotivo da esse vissuto.

Bibliografia

- Orsini D. La lente distorta della società. Malattia violazione dell'ordine sociale e stigma tra XIX e XXI secolo. *Licosia edizioni* 2022; 43 e ss.
- Carrino C. Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850-1950). Roma: Carocci 2021.
- Brigo F, Martini M. Disease: An idea we really need? *Conf. Cephalal. et Neurol.*, *Conf. Cephalal. et Neurol.* 2023; Vol. 33, N. 2: e2023015.
- Durkheim É. La divisione del lavoro sociale (trad. di F. Airoldi Namer). Milano: Il Saggiatore 2016; 126 e ss.
- Rizzo D. Gli spazi della morale. Buon costume e ordine delle famiglie in Italia in età liberale. Roma: Biblink ed. 2004.
- Gentile G. La donna nella coscienza moderna. In: Gentile G. La donna e il fanciullo: due conferenze. Firenze: Sansoni 1934.
- Critica fascista 1931; 11:193.
- Valeriano A. Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista. Roma; Donzelli Editore 2017.
- Mantello M. Fascismo, sottomissione della donna e blocco sociale. *MicroMega*, 6 settembre 2022. Available at: www.micromega.net/fascismo-donne/ (Accessed on: 10/10/2023).
- Merini A. L'altra verità. Diario di una diversa. Milano: Rizzoli 2000; 15.
- Bly N. Ten days in a Mad-House (Trad. it. Dieci giorni in manicomio). Massa: Edizioni clandestine 2018.
- Gaino A. Il manicomio dei bambini. Torino: Ed. Gruppo Abele 2017.
- Vannozzi F. Infanzia reclusa. I bambini del manicomio San Niccolò di Siena. Firenze: Edizioni Nerbini 2020.
- Bertolo B. Donne e follia in Piemonte. Storie e immagini di vite femminili rinchiusi nei manicomi. Torino: Susalibri 2021.
- Grignani MA, Mazzarello P. Ombre nella mente. Torino, Bollati Boringhieri 2020.
- Martini M., Brigo F, Orsini D. La storia dell'Encefalite Letargica: una cura italiana per una malattia ancora poco conosciuta. L'esperienza dell'Ospedale psichiatrico di Siena nella prima metà del XX secolo in una ricerca museale e d'archivio. *Conf. Cephalal. et Neurol.* 2023; Vol. 33, N. 1: e2023002.
- Brigo F, Lorusso L, Martini M. The socio-cultural legacy of encephalitis lethargica and its representation in popular and mass culture. *Conf Cephalal. et Neurol.* 2022. Vol 32, e2022004.
- Economio (von) C. Die Encephalitis lethargica, ihre Nachkrankheiten und ihre Behandlung. Berlino-Vienna: Urban und Schwarzenberg 1929; 189-190.
- Bertolotti C. La pellagra. Bibliografia degli studi dal 1776 al 2005. Mantova: Istituto Mantovano di Storia contemporanea 2009. Tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento il numero di pazienti che vengono inquadrate come "pellagrose" è davvero molto elevato.
- Fornari L. La vita degli esclusi. Pellagra e alcolismo nel Mantovano (1808-1930). Fotolito Viadanese Nuova Stampa Viadana (MN) 2013.
- Lombroso C., Ferrero G. La donna delinquente, la prostituta e la donna normale. Milano: Edizioni et al. 2009 (I ed. L. Roux e C., Torino-Roma, 1893).
- Martini M., Brigo F, Orsini D. La storia della neuropsichiatria italiana e il ruolo di Onofrio Fragnito (1871-1959). *Conf. Cephalal. et Neurol.* 2023; Vol. 33, N. 2: e2023014.
- Esquirol JED. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal / par E. Esquirol. Parigi: J.B. Baillière; 1838.
- Mazzarello P. Storia avventurosa della medicina. Vicenza: Neri Pozza ed.2023.
- Mazzarello P. Il Nobel dimenticato. La vita e la scienza di Camillo Golgi. Torino: Bollati Boringhieri ed. 2019.
- Mayer A. Des rapports conjugaux considérés sous le triple point de vue de la population, de la santé et de la morale publique. Parigi: JB Baillière et fils 1860. Available at: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k98164876> (Accessed on: 22/10/2023).
- Lussana F. Fisiologia della donna. Padova 1874.
- Lussana F. Voce Donna dell'Enciclopedia Medica Italiana. Vallardi 1878 (III); 289-299.
- Iuso A. Donne scomode. Voci femminili dagli istituti psichiatrici. In Gianturco G., Brancato G. (a cura di). Oltre gli stereotipi sulla violenza di genere. Approcci, teorie e ricerche. Roma: Sapienza Università Editrice 2022; 73-94.

30. Pearl R. The First International Eugenics Congress. *Science* 1912; 36(926):395-6. doi: 10.1126/science.36.926.395.
31. Norris B. Enlightened or barbaric? Re-evaluating shell shock treatment. *Vesalius* 2013; 19(1):4-7. PMID: 26050282.
32. Shively SB, Perl DP. Traumatic brain injury, shell shock, and posttraumatic stress disorder in the military-past, present, and future. *J Head Trauma Rehabil.* 2012; 27(3):234-9. doi: 10.1097/HTR.0b013e318250e9dd.
33. Brigo F, Lorusso L. Adolph Seeligmüller (1837-1912) and the first graphic illustration of the “toe phenomenon” (later called “Babiński sign”) in the medical literature. *Neurol Sciences* 2022; 43 (3):2145-2148.
34. Tatu L, Bogousslavsky J. World War I psychoneuroses: hysteria goes to war. *Front Neurol Neurosci.* 2014; 35:157-68. doi: 10.1159/000360060.
35. Grassi V. Relazione statistico-clinica del Manicomio di S. Niccolò di Siena per l'anno 1915. *Rassegna di Studi Psichiatrici* 1916; VI:100-103.
36. Del Rio M. Le malattie mentali nella donna in rapporto alla guerra. *Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali* 1916; XLII: 87.
37. Martini M, Barberis I, Bragazzi NL, Paluan F, The fight against tuberculosis in the mid-nineteenth century: The pivotal contribution of Edoardo Maragliano (1849-1940). *Adv Exp Med Biol.* 2018; 1057:95-100. DOI: 10.1007/5584_2017_125.
38. Martini M., Riccardi N, Maragliano E, Brigo F. Edoardo Maragliano (1849-1940) and the immunogenicity of the tubercle bacillus: the pathway of a great italian physician. *J Prev Med Hyg* 2021; 62: E552-E554. doi .org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.2.2095.
39. Brigo F, Martini M, Lorusso L. The Italian contribution to the anatomo-clinical method and physical examination in the history of neurology. *Conf. Cephalal. et Neurol.* 2022; Vol. 32, N. 3: e2022024.
40. Lombroso C. La pazzia morale e il delinquente nato. *Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale* 1882; 4:365-379.
41. Lombroso C. *L'uomo delinquente, Atlante.* Torino: Fratelli Bocca editori 1897.
42. Mazzarello P. *Il genio e l'alienista.* Torino, Bollati Boringhieri ed. 2017.
43. Lombroso G. *La donna nella società attuale.* Bologna, Zanichelli 1927.

Correspondence:

Mariano Martini

Department of Health Sciences, University of Genoa, Italy

Via Pastore, 1 -16132 Genoa (GE) – Italy (IT)

E-mail: mariano.martini@unige.it

I percorsi delle prime psichiatre italiane attraverso nuovi documenti (concorsi per medici nei manicomi)

Vanessa Sabbatini

Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

Riassunto. In questo articolo vengono presi in esame due concorsi per il reclutamento dei medici negli ospedali psichiatrici: Il concorso per gli ospedali psichiatrici di Genova e il concorso dei Manicomi Centrali Veneti per la nomina di un medico di sezione per la Colonia medico-pedagogica di Marocco di Mogliano Veneto, entrambi del 1928. Tra i partecipanti ci furono quattro prime donne che si occuparono di psichiatria: Luisa Levi, Alba Coen Beninfante, Maria Rossi e Virginia Chiodi. La documentazione relativa ai concorsi è stata un punto di partenza per ricostruire i percorsi delle dottoresse, infatti il reperimento di ulteriori fonti inedite hanno consentito di evidenziare come queste pioniere ebbero successivamente esperienze professionali ed interessi scientifici differenti, anche lontani dalla psichiatria. Le due fonti analizzate suggeriscono che studiare un campione più grande dei concorsi che si svolsero nel corso degli anni Venti e Trenta del Novecento consentirebbe di far emergere dall'oblio storiografico storie di donne dimenticate.

Parole chiave: concorsi ospedali psichiatrici, Luisa Levi, Alba Coen Beninfante, Maria Rossi, Virginia Chiodi.

THE PATHS OF ITALY'S FIRST FEMALE PSYCHIATRISTS THROUGH NEW DOCUMENTS (COMPETITIONS FOR DOCTORS IN ASYLUMS)

Abstract. This article examines two competitions for the recruitment of physicians in psychiatric hospitals: The competition for the Genova Psychiatric Hospitals and the competition of the Central Venetian Asylums for the appointment of a section physician for the Medical-Pedagogical Colony in Marocco of Mogliano Veneto, both 1928. Among the participants were four early women in psychiatry: Luisa Levi, Alba Coen Beninfante, Maria Rossi, and Virginia Chiodi. The documentation related to the competitions was a starting point for reconstructing the paths of the female doctors; in fact, the finding of additional unpublished sources made it possible to highlight how these pioneering women later had different professional experiences and scientific interests, even far from psychiatry. The two sources analyzed suggest that studying a larger sample of the competitions that took place during the 1920s and 1930s would allow stories of forgotten women to emerge from historiographical oblivion.

Key words: psychiatric hospital competitions, Luisa Levi, Alba Coen Beninfante, Maria Rossi, Virginia Chiodi.

1. Le donne nella psichiatria

Nella seconda metà dell'Ottocento le università italiane e quelle di Zurigo, Edimburgo, Berna e Parigi

furono tra le prime ad essere aperte alle donne, nonostante le resistenze sul piano culturale che provenivano da più parti, in seno alla comunità accademica e scientifica, e nell'opinione pubblica.

La facoltà di medicina e chirurgia rappresentò, citando lo studioso Marino Raicich, il “varco attraverso il quale le donne riuscirono a entrare nelle università” (1, p. 155), e l’ambito dove per prime si laurearono. Elevata era la presenza di studentesse russe ed ebre che lasciarono il loro paese per formarsi nelle università d’Europa, a seguito delle limitazioni che vennero adottate all’interno dell’impero, a partire dagli anni Sessanta dell’Ottocento, nei confronti dell’istruzione femminile e con l’aggravarsi della repressione verso la componente studentesca, soprattutto ebrea, dopo l’uccisione dello zar Alessandro II, nel 1881 (2, p. 18). È noto infatti che in Italia le prime laureate del regno furono in medicina e chirurgia, due donne entrambe originarie di Odessa: Matilde Zamboni Eitner Dessalles ed Ernestine Puritz Manassè Paper.

Le dottoresse, agli inizi del Novecento, raggiungevano il 2% del numero totale dei laureati, un gruppo inizialmente esiguo, che con il tempo crebbe sensibilmente (3). Molte pioniere, dopo la laurea, si ritrovarono a svolgere attività di cura e di assistenza, a titolo gratuito, rivolte verso i pazienti meno abbienti, poiché non fu facile per loro lavorare all’interno degli ospedali, essendo questi considerati luoghi non adatti al sesso femminile (4, p. 9). Anna Kulisciuff (1857-1925), nella conferenza che tenne al circolo filologico milanese il 27 aprile 1890, dal titolo *Il monopolio dell’uomo*, parlando della condizione delle mediche, mise in luce questo aspetto che la riguardò in prima persona, poiché si vide rifiutare la richiesta di poter fare pratica clinica presso l’Ospedale Maggiore di Milano: “Pretesti per scartare la donna-medico da tutti gli uffici sanitari se ne inventarono di tutti i colori, secondo la persona, la località ed il tempo. Preciso come qui a Milano, quando tre anni fa si presentò una donna – medico al nostro Ospedale Maggiore. Essa fu subito colpita dall’ostracismo. Per quale ragione? Pare per la tutela del buon costume”(5, p. 54).

“Un’altra medica che attestò tali ostacoli fu la psichiatra Luisa Levi (1898-1983), nel racconto autobiografico relativo al suo percorso professionale, dal titolo *La carriera di una donna*, del 1978: “All’Università trovai un’unica collega Marie Coda, e quasi nessuna nelle altre annate. I compagni maschi ci accolsero con indifferenza o con dispetto. [...] In seguito i compagni impararono a stimarci, però non ci fu mai vera amicizia,

fra di noi. [...] Dopo la Laurea frequentai per consiglio di mio Zio la Clinica di Camillo Negro all’Ospedale Militare di Torino [...] Naturalmente dopo la laurea io figuravo allieva e non percepivo stipendio. Poi cominciai a frequentare l’Ospedale Psichiatrico di via Giulio al seguito di mio zio Treves e visitai i malati e studiai Psichiatria. Naturalmente figuravo sempre allieva volontaria. Io dicevo a mio padre: Ormai so fare tutto all’Ospedale, so visitare, so prescrivere, la cosa che non so assolutamente fare è prendere uno stipendio. [...] Frattanto io presentavo i miei titoli a parecchi concorsi – a tutti i concorsi per Medico di Ospedale Psichiatrico. Dichiarata prima a pari merito veniva sempre nominato il collega maschio; una volta l’amministrazione degli Ospedali Psichiatrici di Torino mi mandò un giudizio così concepito: primo Dott. Levi, nominato il secondo, perché questa amministrazione non ha ancora deliberato se accogliere Dott.sse in ruolo” (6). Fin dagli inizi della professione medica ci furono pioniere che si orientarono e specializzarono nell’ambito della psichiatria, ma nonostante in Italia sia stata dedicata una grande attenzione alla storia di questo settore, come evidenzia la sociologa Giovanna Vicarelli, “le grandi assenti” dalla narrazione “restano le dottoresse che hanno dedicato la propria attività di cura alla malattia mentale” (7, p. 190).

Pochi e sporadici sono ancora gli studi che hanno indagato il percorso delle donne nella psichiatria come professioniste e solo alcune figure sono riemerse dal lungo oblio storiografico. Nota è l’attività scientifica di Maria Montessori (1870-1952) (8) nella neuropsichiatria infantile, che le consentì di mettere a punto il suo famoso metodo, un nuovo settore agli inizi del Novecento che interessò anche Luisa Levi. Al Manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia fu fondamentale l’opera di Maria del Rio (1892-1978), all’interno della Colonia Scuola Antonio Marro, con i bambini fenastenici (7, pp.173-181), mentre Evelina Ravis (1888-1977) divenne primaria del reparto femminile dell’Ospedale psichiatrico di Trieste e nell’Istituto medico-pedagogico da lei diretto e fondato si occupò della cura dei bambini e delle bambine che presentavano anomalie dell’intelligenza e del carattere (7, pp. 180-181). Giulia Bonarelli (1892-1936) fu attiva all’interno del Manicomio provinciale di Ancona, dove il marito, lo psichiatra Gustavo Modena, era il direttore. La

dottorssa, specialista in neurologia, si interessò soprattutto della riabilitazione dei pazienti, utilizzando anche l'elettroterapia che aveva ampiamente approfondito a Parigi, alla Salpêtrière (9). A partire dagli anni Trenta del Novecento Ester Pirami (1890-1967) iniziò ad interessarsi alla psicologia e alla psichiatria e nel 1932 vinse un concorso per assumere il primariato della sezione femminile dell'Ospedale psichiatrico di Pesaro (10). Proseguendo nel Novecento si incontrano altre figure di spicco vicine e legate all'esperienza innovativa in ambito psichiatrico di Franco Basaglia, come sua moglie Franca Ongaro (1928-2005) (11) e Assunta Signorelli (1948-2017) (12).

I pregiudizi nei confronti di queste prime professioniste, dettati dal fatto di essere donne, furono piano piano abbattuti, come segnalò Luisa Levi, grazie alla "constatazione dell'ottimo servizio prestato da alcuni elementi che si presentarono come pioniere"(13), le quali dedicarono agli inizi una particolare attenzione e cura nella loro attività alle malattie mentali femminili e infantili.

Dal secondo dopoguerra ad oggi le diplomate nelle scuole di specializzazione di psichiatria e di neuropsichiatria infantile hanno visto crescere notevolmente il numero delle diplomate, tanto da essere tra le più frequentate dalle donne¹.

Sebbene si possa parlare di un'espansione della presenza femminile nelle differenti specialità in senso orizzontale, poiché le dottoresse vanno ad occupare sempre più posizioni anche in quei settori che sono stati a lungo prevalentemente al maschile, come la chirurgia, l'ortopedia e l'urologia, rimane ancora un forte squilibrio in senso verticale, dove si evince un'assenza femminile nei contesti apicali, di rappresentanza.

Nel 2022 è stata eletta per la prima volta una donna ai vertici della Società italiana di Psichiatria, la dottoressa Emi Bondi, direttrice del Dipartimento di salute mentale dell'Asst Papa Giovanni XXIII, che manterrà la carica di presidente fino al 2023, e per il biennio 2024-2025 la presidenza sarà in mano a Liliana dell'Osso, docente ordinaria di

psichiatria all'Università di Pisa e direttrice dell'unità operativa di psichiatria dell'AouP (azienda ospedaliero universitaria pisana). Un dato positivo, ma che attesta allo stesso tempo il luogo e difficile percorso delle donne per ottenere spazio e riconoscimento dal punto di vista lavorativo nel campo delle malattie mentali.

2. Il Concorso per gli Ospedali psichiatrici di Genova del 1928

La storica della scienza Paola Govoni, nel suo contributo dal titolo *Il genere allo specchio. Una rassegna su donne e scienza* del 2006, mette in evidenza l'importanza dell'utilizzo di un'ottica di genere nello studio delle fonti, al fine di recuperare le storie di scienziate che non sono state volutamente catturate nelle maglie della storiografia: "Sondando con sguardo consapevole negli archivi e nelle pubblicazioni a stampa, nei diari personali e nella corrispondenza degli scienziati e delle figure femminili a loro vicine, sarà possibile ridare un'identità a donne dimenticate"(14, p. 336).

La documentazione relativa ai concorsi banditi per posti di medici negli ospedali consente di individuare una presenza femminile e di ricostruire storie di donne che si dedicarono alla medicina, tentando di stabilizzare la loro situazione lavorativa. Mediche che presentavano curriculum con esperienze pregresse di studio e lavoro tali da potersi confrontare con i loro colleghi uomini.

Il fascicolo dedicato al *Concorso a tre posti di medico di sezione negli Ospedali psichiatrici di Genova* del 1928 – presente nell'archivio dello psichiatra Giulio Cesare Ferrari, conservato nell'Archivio della psicologia italiana dell'Università di Milano-Bicocca (15) – è un esempio di fonte utile per raccogliere informazioni sui percorsi di alcune pioniere della psichiatria che, tranne nel caso di Luisa Levi², non risultano note: sono Alba Coen Beninfante, Virginia Chiodi e Maria Rossi.

1 - Nell'anno accademico 1955-56 la percentuale delle specializzate in Psichiatria sul totale delle diplomate è del 5,1 %, nel 1963-64 raggiunge il 7,3%, nel 1986 il 3, 8%, nell'anno 1996-1997 il 5,2% e nell'anno solare 2019 il 5,6%. (3).

2 - Sebbene la vicenda della psichiatra Luisa Levi sia nota, in questo articolo vengono presentati e citati documenti inediti che si riferiscono al suo percorso professionale, reperiti all'interno dell'archivio privato della dottoressa.

Il concorso per gli ospedali psichiatrici di Genova del 1928 venne bandito il 15 ottobre 1927 e la commissione giudicatrice assegnata era composta da due psichiatri di spicco, Giulio Cesare Ferrari, direttore del Manicomio provinciale “Francesco Roncati” di Bologna (16), ed Ernesto Lugaro, direttore della Clinica delle malattie nervose e mentali dell’Università di Genova (17), infine dall’avvocato Edoardo Sciaccalunga, membro anziano della commissione reale per l’amministrazione della provincia di Genova. I partecipanti al bando che presentarono la loro candidatura furono complessivamente venticinque³. La commissione si riunì in una prima adunanza l’11 gennaio 1928 per esaminare i documenti forniti dai/dalle candidati/e; “in ossequio alle tassative disposizioni del bando di concorso”, dovettero essere esclusi dalla selezione sei dei/delle partecipanti, per alcune irregolarità formali nella documentazione che era stata posta a conoscenza degli esaminatori. I medici e le mediche esclusi ed escluse furono: Paolo Angelelli, Nestore Chersich, Giuseppe Portigliotti, Virginia Chiodi, Alba Coen Beninfante e Luisa Levi⁴.

Nel verbale redatto di questa prima adunanza venne espresso il rammarico per l’esclusione di due candidati, che sicuramente sarebbero figurati tra i primi posti: Luisa Levi, definita “candidata di grande merito”, e Giuseppe Portigliotti, poiché “serve da molti mesi con diligenza esemplare l’Amministrazione Provinciale di Genova, nel Manicomio di Quarto”, ed era noto per la sua attività in Italia e all’estero (15). Il dottor Portigliotti, infatti, dopo la laurea in medicina e chirurgia si era formato a Parigi, frequentando le lezioni di Jean- Martin Charcot, e una volta rientrato in Italia lavorò per qualche anno alla villa Charcot diretta

da Pietro Bodoni. Collaborò con Enrico Morselli all’università ed operò nei manicomi provinciali genovesi. Si dedicò alla ricerca e alla divulgazione storica, con un particolare riguardo per la storia della medicina (18).

La seconda adunanza della commissione si svolse nei giorni del 4 e del 5 gennaio del 1928 con lo scopo di stilare la graduatoria dei diciannove partecipanti, all’interno dei quali era rimasta un’unica candidata, la dottoressa Maria Rossi. L’obiettivo della commissione fu quello di redigere una lista di merito che tenesse conto delle “speciali esigenze dei posti messi a concorso”, affinché venissero “affidati a persone nelle quali fossero equamente temperate le disposizioni e le attività scientifiche e la conoscenza pratica del servizio” (15). Tali obiettivi vennero in parte disattesi a favore di un candidato considerato d’eccezione, il dottor Adolfo Massanza, che “pur non possedendo quei titoli di carriera manicomiale che la Commissione riteneva ed aveva dichiarato indispensabili, darà certo grande lustro all’Istituto”(15). Infatti il dottor Massanza, originario di Reggio Calabria dove nacque l’11 giugno 1898, dopo un’esperienza di sei anni come assistente nella Clinica psichiatrica di Genova e aver prestato servizio nella sezione neuropatologica dell’Ospedale civile di Genova, nel 1927 conseguì la libera docenza all’università di Roma in clinica delle malattie mentali e nervose; dal 1915 al 1921 era stato interno all’Istituto anatomico di Genova. Il candidato, dunque, era ben noto per le sue qualità e capacità negli ambienti dove avrebbe operato e, nonostante la sua carriera fosse ancora agli esordi, vantava ben ventidue pubblicazioni “sulle questioni fondamentali moderne di Neurologia e di Clinica”, giudicate dalla commissione di grande valore (15).

Il concorso, ideato per reclutare tre nuovi psichiatri, presentò una possibilità che richiamò medici di esperienza e già affermati, direttori di manicomi o primari, come il già citato Giuseppe Portigliotti; Italo Bertolucci, direttore dell’Ospedale psichiatrico di Castiglione delle Stiviere; Moissej Kobylinsky, medico straordinario dell’Ospedale psichiatrico di Genova Quarto, anche lui legato, come il dottor Portigliotti, allo psichiatra Enrico Morselli, di cui fu assistente e redattore capo, dal 1914 al 1930, della rivista, fondata da Morselli, “Quaderni di psichiatria” (19); infine

3 - Si rimanda alla **Tabella 1**. Appendice, per la graduatoria completa, stabilita dalla commissione, dei partecipanti e delle partecipanti al concorso.

4 - Il dottor Paolo Angelelli aveva presentato il certificato relativo allo stato di famiglia in carta libera e non legalizzata; il dottor Nestore Chersich aveva consegnato in ritardo il certificato dei punti ottenuti negli esami speciali del corpo universitario; la dottoressa Virginia Chiodi portò il certificato di nascita rilasciato dal comune di residenza invece che da quello di origine; la dottoressa Alba Coen Beninfante consegnò il certificato di nascita e le informazioni sulla situazione di famiglia in carta libera e non legalizzata; il dottor Giuseppe Portigliotti fece pervenire il certificato di nascita e di cittadinanza non legalizzati, mentre la dottoressa Luisa Levi presentò i certificati di nascita, di buona condotta, di cittadinanza, di famiglia e penale non legalizzati (15).

Ezio Foscarini, primario dell'Ospedale psichiatrico di Pesaro⁵.

Furono, però, soprattutto giovani medici e mediche da tutta Italia a presentare la propria candidatura. Giovani ancora agli esordi delle loro promettenti carriere, che in seguito si affermarono nel loro ambito, alcuni rivestendo incarichi come direttori di strutture ospedaliere: Salvatore Mantero, il quale dopo essere stato medico interno al Manicomio provinciale di Ancona, durante la direzione di Gustavo Modena, operò come medico aiuto nel Manicomio di Perugia e in seguito divenne direttore del Manicomio di Fermo; Giovanni de Nigris, che dopo aver diretto il Manicomio di Volterra dal 1934 al 1939, diresse il Manicomio provinciale di Ancona dal 1939 al 1947, sostituendo il direttore Gustavo Modena, poiché espulso dal suo incarico a causa dell'introduzione delle leggi razziali; e Alberto Trossarelli che divenne direttore dell'Ospedale psichiatrico di Mantova⁶.

All'interno del fascicolo relativo al concorso sono presenti appunti e una relazione finale che forniscono informazioni sulle generalità, la formazione e i titoli professionali della maggior parte dei partecipanti, documenti che mostrano le peculiarità delle esperienze di ognuno dei concorrenti e al contempo le affinità che li riguardarono nelle tappe di affermazione nel campo medico e nello specifico psichiatrico.

Le candidate del concorso per gli Ospedali psichiatrici di Genova, sebbene non riuscissero per irregolarità formali o mancanza di titoli ritenuti indispensabili dalla commissione a raggiungere le prime posizioni della graduatoria, vantavano esperienze e/o pubblicazioni scientifiche di pregio. Infatti, all'unica candidata non esclusa dalla selezione preliminare, Maria Rossi, venne riservato un quinto posto per mancanza di un tirocinio pratico manicomiale. La dottoressa, però, aveva alle spalle un lungo lavoro svolto all'interno della Clinica psichiatrica dell'Università di Roma, esperienze compiute all'estero e la pubblicazione delle sue prime memorie scientifiche.

Dunque, nonostante gli stereotipi e i pregiudizi che gravarono su di loro per il solo fatto di essere

donne, le psichiatre riuscirono con fatica a ritagliarsi un loro spazio, un loro riconoscimento.

3. Luisa Levi

Al momento della selezione operata dalla commissione del concorso, la dottoressa Levi era assistente nella Clinica neuropatologica della Regia Università di Torino, ma alle spalle già possedeva un ricco bagaglio formativo (6). Durante gli anni come studentessa alla facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Torino, dove si iscrisse nel 1914, frequentò come allieva interna il Laboratorio di anatomia e istologia normale, diretto dal professore Romeo Fusari (dal 1914 al 1916) e l'Ufficio psicofisiologico dell'Aviazione militare di Torino, come volontaria con il grado di aspirante ufficiale medico, tra il 1917 e il 1918. Il 18 luglio 1920 conseguì la laurea a pieni voti ed entrò nella Clinica neuropatologica universitaria di Torino come assistente volontaria, nel periodo diretto dal professore Camillo Negro e successivamente dal professore Ernesto Lugaro, dove rimase fino al 1928.

Negli anni Venti approfondì la sua formazione con corsi di specializzazione e di perfezionamento: nel 1921 frequentò a Torino un corso di specializzazione sulla tubercolosi, nel 1927 a Parigi un corso di perfezionamento sulle malattie mentali con Henri Claude e un altro sulle malattie nervose con Georges Charles Guillain. Nel 1928 Luisa Levi, dopo il concorso per gli Ospedali psichiatrici di Genova, tentò il concorso dei Manicomi Centrali Veneti, pubblicato il 30 ottobre 1928, per la nomina di un medico di sezione della Colonia medico-pedagogica di Marocco di Mogliano Veneto, che vinse. Va ricordato che le uniche due partecipanti alla selezione di questo incarico, per il quale era stato specificato "che sarebbe stata accettata una donna" (6), furono la Levi e la dottoressa Alba Coen Beninfante. Entrambe le concorrenti erano state reputate idonee ad occupare il posto di medico interno della Colonia, poiché avevano "un'anzianità di laurea e un viatico di esperienza ospedaliera generale e ospedaliera psichiatrica sufficienti per occupare con titoli degni il posto di medico di sezione, entrambe poi – anche per la virtù del sesso – sembra

5 - Cfr. Appendice.

6 - Cfr. Appendice.

Tabella 1. Appendice: graduatoria finale del concorso. I candidati e le candidate sono divisi/e per età, luogo di nascita, posizione lavorativa e numero di pubblicazioni presentate. Si aggiungono le posizioni lavorative successive al concorso.

Graduatoria	Nome	Età	Luogo di nascita	Attuale posizione	Pubblicazioni	Posizioni successive
1°	Adolfo Massazza	29	Reggio Calabria	specialista malattie nervose e mentali	22	docente in Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Genova
2°	Italo Bertolucci	39	Capannori (LU)	direttore dell'Ospedale psichiatrico di Castiglione delle Stiviere (MN)	4	
2°	Salvatore Mantero	38	Palermo	medico aiuto nell'Ospedale psichiatrico di Perugia	2 (ottime)	direttore del Manicomio di Fermo
3°	Francesco Maria Donini	27	Pesaro	medico di sezione nel Manicomio provinciale di Pergine (TN)	1 (tesi laurea)	
3°	Ezio Foscarini	42	Padova	Primario dell'Ospedale psichiatrico di Pesaro	diverse pubblicazioni serie, ma su temi limitati.	
3°	Moissey Kobylinsky	44	Odesa	medico straordinario dell'Ospedale psichiatrico di Genova Quarto	numeroso pubblicazioni	vicedirettore dell'Ospedale psichiatrico di Genova Quarto; svolse incarichi di natura politica durante il regime fascista e fu addetto con il grado di colonnello medico alla Direzione generale di pubblica sicurezza. Si congedò nel dopoguerra con il grado di generale medico
3°	Alfonso Satta	33	Bitti (NU)	medico di sezione dell'Ospedale psichiatrico di Pergine (TN)	6	
4°	Luigi Cabitto	30	Genova	Assistente del Manicomio provinciale di Alessandria	diverse pubblicazioni e la tesi di laurea	
4°	Giovanni De Nigris	29	Ferentino (FR)	medico aiuto nella Clinica psichiatrica dell'Università di Bologna	3	direttore del Manicomio di Volterra, 1934-39; direttore del Manicomio di Ancona, 1939-47
5°	Maria Rossi	29	Milano	assistente volontaria nella Clinica psichiatrica dell'Università di Roma, dal 1925-38	3	Oltre alla sua attività di medica si occupò di psicologia e pedagogia, pubblicando alcuni contributi al riguardo
5°	Alberto Trossarelli	27	Torino	medico praticante all'Ospedale psichiatrico di Torino	10	direttore del Manicomio di Mantova
6°	Pietro Amodco	29	Alcamo (TR)	medico assistente nel Manicomio giudiziario di Barcellona (ME)	3, di cui 1 in collaborazione	

6°	Pasquale Bozzi Corso	31	Lecce	medico di reparto nel Manicomio provinciale di Lecce	nessuna pubblicazione
6°	Francesco Cammarata	31	Cerami (CT)	vice direttore del Manicomio giudiziario di Barcellona (ME)	2 pubblicazioni brevi
6°	Cesare Cassai	30	Sestola (MO)	Assistente nella Clinica psichiatrica, dell'Università di Bologna	nessuna pubblicazione
6°	Antonio Maisani	31	Seminara (RC)	medico di sezione dell'Ospedale psichiatrico di Messina	1 pubblicazione, irrilevante
7°	Paolo Troncone	26	Ventimiglia (IM)	aiuto provvisorio all' Istituto di anatomia patologica di Cagliari	nessuna pubblicazione
Non idoneo	Giovanni Trikurakis	33	La Canea (Grecia)	Medico condotto a Gignod (PIE)	nessuna pubblicazione
Non idoneo	Salvatore Pistidda	28	Florinas (SS)	Medico condotto a Urii (SS)	Nessuna pubblicazione
Escluso	Paolo Angelelli	32	Sogliano Cavour (LE)	medico di reparto al Manicomio di Lecce	
Escluso	Nestore Chersich	28	Fiume	medico volontario al Manicomio di Fiume	
Esclusa	Virginia Chiodi	28	San Benedetto del Tronto (AP)	medica interna nella Clinica psichiatrica dell'Università di Roma	medica ausiliaria della condotta di Tiburtino III
Esclusa	Alba Coen Beninfante	29	Ancona	medica interna nell'Istituto di cura per malattie mentali di Pesaro	vice direttrice della Clinica "Ville di Colle Adriatico" di Pesaro
Esclusa	Luisa Levi	29	Torino	assistente nella Clinica neurologica dell'università di Torino	medica di sezione della Colonia medico-pedagogica di Marocco di Mogliano Veneto e dal 1930 medica per gli ospedali psichiatrici di Torino
Escluso	Giuseppe Portigliotti	52	Fara Novarese (NO) Cogoleto (GE)	medico straordinario al Manicomio di Cogoleto (GE)	medico dei manicomi provinciali genovesi e collaboratore di Enrico Morselli all'università

L'autrice non ha segnalato alcun potenziale conflitto di interessi rilevante per questo articolo.

offerire garanzia, più che promessa, per lo speciale posto direttivo di una Sezione medico – pedagogica”, ma “vi è tuttavia tra loro una considerevole differenza di anzianità di laurea – se non di età – e quindi di titoli pratici e inoltre scientifici”(20). Infatti le due mediche, coetanee, si laurearono con una differenza l’una dall’altra di cinque anni, poiché Alba Coen Beninfante concluse il suo percorso universitario alla Regia Università di Roma il 14 luglio 1925. Dunque le esperienze sul piano clinico e scientifico accumulate dalla Levi erano maggiori rispetto a quelle della dottoressa Coen Beninfante.

Il lavoro all’interno della Colonia medico-pedagogica segnò l’avvicinamento di Luisa Levi alla neuropsichiatria infantile: “Io non conoscevo affatto la Psichiatria Infantile, la Colonia era stata fondata da Corrado Tumiatì, che per contrasto con l’amministrazione si era licenziato alcuni mesi prima. Io arrivai e trovai circa 150 ragazzi in mano di suore e di un medio generico. La mia ignoranza al riguardo fu aiutata da una deliziosa maestrina, che mi insegnò i primi rudimenti sull’educazione degli anormali” (6).

Dopo un anno, nel 1930, vinse il concorso per gli Ospedali psichiatrici di Torino, dove entrò come effettiva. Aveva già abbandonato il suo incarico all’interno della Colonia, prima ancora di vincere il concorso per Torino, a causa di un clima di lavoro difficile che si era instaurato per la dottoressa, alla quale venivano rivolte accuse banali e false, a seguito del suo rifiuto di una “dichiarazione d’amore da parte del direttore Amministrativo dell’Ospedale” (6).

Venne inizialmente assegnata, poiché donna, al Ricovero provinciale di Pianezza, in seguito, dal 1932, alla Casa di Grugliasco e nel frattempo fondò una scuola per bambini anormali, eretta a sue spese. Nel 1938 con le leggi razziali la Levi perse il lavoro e non avendo più allievi nella sua scuola, nel 1939 dovette chiudere l’istituto. Rimase disoccupata, come lei scrisse nella sua autobiografia, fino alla fine della guerra. Dopo l’8 settembre 1943, “presentata dal comitato femminile di Ivrea”, collaborò come medico della 76° Brigata Garibaldi e come insegnante, svolgendo cicli di lezioni di pronto soccorso alle ragazze staffette (6).

Nel dopoguerra proseguì il suo impegno politico e scientifico. Nel 1962 pubblicò il primo libro dedicato

all’educazione sessuale in Italia nel dopoguerra (*L’educazione sessuale: orientamenti per i genitori*, Editori Riuniti, 1962) e continuò ad occuparsi di neuropsichiatria infantile.

4. Alba Coen Beninfante⁷

Nacque ad Ancona il 15 agosto 1898, in una famiglia ebrea di umili origini, seconda di sette figli⁸.

La sua provenienza sociale non le impedì di formarsi al Liceo-Ginnasio classico “Carlo Rinaldini” di Ancona, licenziandosi nel 1919 (21, p. 161). In seguito frequentò la facoltà di medicina e chirurgia dell’Università di Roma, laureandosi il 14 luglio 1925 (22, p. 9). Dopo la laurea la sua formazione proseguì all’interno del Manicomio provinciale di Ancona, durante la direzione di Gustavo Modena, dove svolse attività di ricerca ed osservazione. Due suoi contributi risalenti al 1926 lo attestano. Nel primo, dal titolo *Considerazioni sul delirio di negazione* pubblicato in “Note e Riviste di Psichiatria” (23), l’autrice affronta l’eziologia del delirio di negazione, riportando un caso, osservato all’interno del Manicomio, di una giovane donna, E. B di Camerano, di ventisette anni, che ne era affetta (24). La giovane, identificata con il nome di Enrica Bartolucci attraverso un’indagine condotta nei registri e nelle cartelle cliniche del fondo del Manicomio provinciale di Ancona, venne ammessa all’interno dell’Ospedale il 1° agosto 1925 e rimase lì per tutto il resto della sua vita, fino al 1971. Enrica, come descrive Alba Coen Beninfante nel suo articolo, contrasse una cistite e iniziò ad impressionarsi molto per la sua condizione, così cominciò a rivolgere nei confronti di se stessa pensieri negativi, mano a mano sempre più intensi, che la portarono a definirsi e a sentirsi una persona morta a livello clinico.

L’altro contributo è dedicato a *l’Assistenza ai fanciulli ritardatari*, pubblicato in due parti sul “Corriere

7 - Lo studio, ancora in corso, su Alba Coen Beninfante e la sua famiglia è realizzato in collaborazione con Stefania Fortuna dell’Università Politecnica delle Marche.

8 - Il padre Pacifico Coen Beninfante svolgeva i lavori di facchino e giornaliero, mentre la madre Cesira Volterra era una casalinga. I fratelli minori della dottoressa Coen Beninfante, Franco, Renzo e Lucio, furono deportati ad Auschwitz nel 1944, dove trovarono la morte.

Adriatico” – la prima parte il 6 agosto e la seconda l’11 agosto del 1926 – (25), con l’intento di raggiungere un pubblico di lettori il più ampio possibile. Nella prima parte la dottoressa Coen Beninfante definisce la frenastenia come malattia mentale sulla base della letteratura più recente (Sante De Sanctis, Maria Montessori), mentre nella seconda offre degli spunti concreti su come intervenire nel caso in cui questa malattia fosse stata individuata in età infantile. La medica nel suo intervento denunciava, in riferimento alla realtà della città di Ancona, la mancanza di una rete che mettesse in connessione gli interventi dello Stato, dell’amministrazione locale e delle realtà associative di beneficenza. Esortava la creazione di scuole differenziali per bambini e ragazzi frenastenici, così come laboratori e colonie agricole per “gli ineducabili inoffensivi” (25).

Nel 1929 Alba Coen Beninfante si iscrisse all’albo dell’Ordine dei medici e chirurghi della provincia di Ancona, in qualità di libera esercente (22). Fu la seconda, dopo Giulia Bonarelli (cfr. paragrafo 1), la quale era iscritta all’albo dal 1916.

Già dal 1928, come emerge dal fascicolo del Concorso per gli Ospedali psichiatrici di Genova, la dottoressa Coen Beninfante era impiegata come medica interna nella Clinica delle malattie mentali di Pesaro e a Pesaro svolse il resto della sua attività medica, lavorando nella Casa di cura per malati e convalescenti nervosi e mentali “Ville di Colle Adriatico”, dove iniziò a risiedere ed operare stabilmente dall’11 aprile 1932, struttura della quale divenne vice direttrice. Nel 1935 trasferì la sua iscrizione all’Ordine dei medici e chirurghi di Pesaro. Nel 1933 Alba si iscrisse al Partito Nazionale Fascista e ai fasci femminili di Ancona. L’iscrizione al partito stava diventando obbligatoria per qualsiasi categoria professionale. Dal fascicolo emerge che la medica si rifiutò di tenere conferenze di propaganda e affermò di non aver avuto nessun’altra appartenenza politica. Nell’iscrizione la dottoressa segnalò la sua conoscenza dell’inglese e del francese.

Negli anni Trenta pubblicò due ulteriori contributi, uno rivolto ad indagare la storia della paralisi progressiva, mentre l’altro dedicato ad un metodo efficace di divezzamento dei pazienti tossicodipendenti, casi che la medica trattava da molto tempo all’interno della Clinica di “Ville di Colle Adriatico”.

In *Per la storia della paralisi progressiva* (26) del 1935, affrontò la letteratura scientifica in materia, individuando il percorso di riconoscimento della malattia e l’identificazione della sua causa principale, come concordato dalla comunità scientifica, nella sifilide. Nell’articolo confutava la teoria avanzata dallo studioso tedesco Daraszkievicz di una correlazione tra il vaccino contro il vaiolo e la paralisi progressiva. La paralisi progressiva, come affermava la dottoressa Coen Beninfante, esisteva ben prima che venisse introdotto il vaccino e, a conferma dei dati da lei riportati, segnalò il caso di un paziente del Manicomio di Ancona (cartella 128/1904), che presentava i segni del vaiolo e al quale era stata diagnosticata la paralisi progressiva. L’interesse della psichiatra all’indagine della paralisi si legava al vivace clima scientifico dell’Ospedale psichiatrico di Ancona, dove furono effettuati i primi esperimenti in Italia di malarioterapia per il contrasto della malattia di origine luetica, grazie all’iniziativa del direttore Gustavo Modena e del suo vice, il dottor Nino De Paoli.

Nell’articolo *Intorno al divezzamento da oppiacei col Bromo* (27) del 1936, Alba Coen Beninfante presentò una sua sperimentazione per il divezzamento dei tossicodipendenti, sostituendo l’utilizzo della morfina o dell’eroina con il bromo. Il divezzamento con il bromo risultava meno doloroso e gli effetti erano soddisfacenti anche agli occhi dei pazienti.

La vita della dottoressa si concluse prematuramente, a causa di un incidente automobilistico (28). Nel tardo pomeriggio dell’11 aprile del 1937 Alba Coen Beninfante alla guida della sua autovettura, una “Topolino” (Fiat), stava rientrando a Pesaro dopo essere stata ad Ancona a trovare il padre Pacifico, che era malato. L’impatto fatale avvenne in una zona nei pressi di Senigallia.

5. Maria Rossi

All’Università di Roma, oltre ad Alba Coen Beninfante, si formarono Maria Rossi e Virginia Chiodi.

Maria Rossi, nata a Milano il 6 settembre 1898, da una famiglia ebrea⁹, fu alunna interna nella Cli-

9 - Figlia di Lustrò Rossi e di Elisa Ascoli. Risiedette a Torino tra il 7 aprile 1926 e il 21 giugno 1927, presso la casa degli zii De Angeli

nica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma dal 1920 fino al 1922, anno del conseguimento della sua laurea in medicina e chirurgia, che ottenne con un punteggio di centodieci su centodieci. Nel periodo tra il luglio e il settembre del 1921 lavorò nello stabilimento idroterapico di Cossila Bagni (Biella) e dal 1923 al 1924 fu assistente volontaria nella Scuola di Polizia scientifica di Roma. Nell'anno 1924-1925 fu assistente all'interno della Clinica delle malattie nervose della Regia Università di Parigi, diretta da Henry Claude, e a partire dal 1925 venne nominata assistente volontaria della Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma (15), attraverso la proposta fatta al Rettore da parte del professor Giovanni Mingazzini, direttore della Clinica. Svolse tale incarico fino all'anno accademico 1937-1938 e non venne riconfermata l'anno successivo a causa della promulgazione delle leggi razziali (29). Nell'agosto 1940 la dottoressa Rossi si trasferì a Ginevra con la madre, dove continuò a svolgere la sua attività di medica e di conferenziera (30). Nelle sue pubblicazioni e conferenze, molte delle quali tenute al Lyceum di Roma, di cui era socia, si occupò di antropologia, di medicina legale, di psicologia e di pedagogia¹⁰. Nel dopoguerra proseguì il suo interesse per la psicologia e per la pedagogia avvalendosi, come ricordava lo psicologo Mario Ponzio (31), della sua preparazione compiuta all'Istituto Internazionale di Educazione a Ginevra, oltre che della sua passione per i bambini (32, 33).

6. Virginia Chiodi

Originaria di San Benedetto del Tronto, dove nacque il 19 giugno 1900¹¹, si laureò alla facoltà di medicina e chirurgia della Regia Università di Roma il 19 luglio 1924, riportando il massimo dei voti. Iniziò a frequentare come interna la Clinica delle malattie nervose e

mentali dell'Università, dove era presente anche Maria Rossi (Cfr. paragrafo 5), e poi venne impiegata, a partire dall'anno accademico 1932/1933, in qualità di assistente volontaria, nomina proposta al Rettore da parte dell'allora direttore della Clinica Sante De Sanctis (34). Il suo incarico di assistente all'interno della struttura universitaria si concluse nell'anno accademico 1939/1940, ma questa fu una delle tante esperienze che segnarono il percorso sul piano professionale della dottoressa Chiodi: oltre alla specializzazione in neuropsichiatria, si specializzò in medicina del lavoro, si occupò di medicina legale ed infortunistica, fu assistente effettiva in un ospedale infantile, svolse il lavoro di puericultura e di medicina ospedaliera in un reparto ostetrico (35).

Significativa fu l'attività di assistenza e di cura che la medica rivolse sul territorio, in particolare nelle borgate romane di Tiburtino III e di Ponte Mammolo (dove risiedeva, dal 1928, in via Casal De'Pazzi 11), operando come medico ausiliario della condotta di Tiburtino III, per la quale venne stimata, ricordata e perciò a lei dedicata una via, dopo la sua morte (27 dicembre 1974), nel quartiere XXIX di Ponte Mammolo. Il suo impegno e il suo contributo a favore della gente delle borgate emergono anche nelle carte del fascicolo relativo al procedimento che fu avviato nei suoi confronti, nell'ottobre del 1944, da parte della Commissione di epurazione del Comune di Roma e Aziende dipendenti (35). Le accuse che furono mosse contro di lei erano di aver rivestito il ruolo di Fiduciaria rionale e di aver dato prova di faziosità fascista, ma la Commissione riconobbe alla fine l'inconsistenza di tali imputazioni. La dottoressa si era da sempre dedicata alla cura e all'assistenza di ogni malato senza guardare al «colore politico del sofferente», lontana da qualsiasi iniziativa politica: come lei sottolineava, la carica di fiduciaria, dovuta al suo ruolo di segretaria del fascio femminile di Ponte Mammolo, e la tessera fascista le erano state imposte e da queste non trasse mai alcun vantaggio¹².

Riccardo e De Angeli Evelina, poi ritornò a risiedere nuovamente a Roma.

10 - Temi che riguardarono anche le sue prime memorie scientifiche presentate alla candidatura del concorso per gli Ospedali psichiatrici di Genova.

11 - Figlia primogenita di Nazzareno Chiodi, cancelliere di pretura originario di Ascoli Piceno e di Teresa Finili, di Jesi. La famiglia si trasferì in data 9 aprile 1909 a Grosseto.

12 - La considerazione nei confronti di Virginia Chiodi era tale al punto che gli abitanti di Ponte Mammolo la nominarono tra i componenti di una commissione che avrebbe portato all'attenzione del Sindaco le questioni più urgenti della borgata, chiedendo dei provvedimenti al riguardo. La dottoressa sventò una probabile rappresaglia dei tedeschi che si sarebbe operata nei confronti della popolazione di Tiburtino III e non abbandonò la borgata neanche durante e dopo i bombardamenti che provocarono molti morti e feriti (35).

7. Conclusioni

I concorsi presi in esame in questa sede sono due, entrambi del 1928, e rappresentano un piccolo campione delle fonti in materia: il concorso per gli Ospedali psichiatrici di Genova e il concorso dei Manicomi Centrali Veneti per la nomina di un medico di sezione della Colonia di Marocco di Mogliano Veneto.

La documentazione afferente alla selezione di tre posti per gli Ospedali di Genova è stata reperita all'interno dell'Archivio dello psichiatra e psicologo Giulio Cesare Ferrari, mentre la relazione finale relativa alla selezione per il posto di medico all'interno della Colonia fondata da Corrado Tumiatì è stata rintracciata nell'archivio privato della neuropsichiatra Luisa Levi. Le due fonti hanno permesso di poter individuare i nomi delle donne che parteciparono ai due bandi e di poter rilevare su di loro informazioni anagrafiche e dati relativi al percorso formativo e lavorativo, fino al momento della partecipazione ai concorsi.

Questi primi elementi sono stati il punto di partenza per una ricerca più ampia sulle vite delle dottoresse e le loro attività, delle quali per ognuna viene fornita una prima ricostruzione. Un'indagine a campione sui documenti dei concorsi negli ospedali psichiatrici, che si sono verificati nel corso del primo Novecento, consentirebbe di far emergere nuove figure di prime donne che si dedicarono alla psichiatria, le quali sono ancora sconosciute. Un metodo che può essere preso in considerazione anche per interrogare fonti relative a bandi di concorso afferenti ad altri tipi di strutture sanitarie, per rintracciare mediche di altre specialità. Le relazioni e i fascicoli dedicati ai concorsi negli ospedali psichiatrici possono essere individuati negli archivi di psichiatri/e che fecero parte delle commissioni giudicatrici o che parteciparono come concorrenti, ma possono essere presenti anche negli archivi dei manicomi, per i quali una mappatura esaustiva è stata fornita dal progetto *Carte da legare*¹³.

Osservando e approfondendo i percorsi delle quattro pioniere della psichiatria, dopo la partecipazione al concorso degli Ospedali psichiatrici di Genova, che interessò Luisa Levi, Alba Coen Beninfante, Maria Rossi e Virginia Chiodi, e al concorso dei Manicomi

Centrali Veneti, che coinvolse Luisa Levi ed Alba Coen Beninfante, notiamo una varietà delle esperienze lavorative e degli interessi scientifici che sono stati intrapresi da parte delle dottoresse. Luisa Levi iniziò ad occuparsi della neuropsichiatria infantile, attività che dovette interrompere a causa delle leggi razziali, ma che riprese nel secondo dopoguerra, dedicandosi anche all'approfondimento del tema dell'educazione sessuale. Sulla base delle pubblicazioni rintracciate della dottoressa Maria Rossi, sappiamo che dopo essere stata espulsa dal suo incarico di assistente volontaria nella Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma, poiché ebrea, si dedicò in modo particolare alla psicologia e alla pedagogia. La vita della psichiatra Alba Coen Beninfante si interruppe prematuramente e non poté conoscere le conseguenze delle leggi razziali. Nel corso della sua attività continuò a dedicarsi alla psichiatria tanto da divenire vice direttrice di una clinica per malati mentali. Infine, Virginia Chiodi, dopo che il suo incarico di assistente all'interno della Clinica delle malattie mentali dell'Università di Roma non venne rinnovato, diventò una medica condotta e si occupò, oltre che di neuropsichiatria, di medicina del lavoro, legale ed infortunistica.

La presenza femminile nel concorso per gli Ospedali psichiatrici di Genova era numericamente inferiore rispetto a quella maschile, ma nettamente superiore (il 16%) alla percentuale di donne nella medicina a livello nazionale: le iscritte nelle facoltà di medicina e chirurgia, così come le laureate, tra il 1926/1927 e i primi anni Trenta, risultavano tra il 3% e il 4% sul totale (36, pp. 196 e 198), mentre le esercenti della professione medica costituivano il 2%, con una maggiore concentrazione di dottoresse al nord Italia (36, p. 195). Dunque una piccola, ma significativa presenza di donne, richiamata anche dall'apertura dei tre posti indicati nel bando, si interessava alla psichiatria, una specialità come per altre, dove era difficile fare carriera. Nel concorso rivolto alla Colonia medico-pedagogica di Marocco di Mogliano Veneto, invece, era stato specificato che il posto previsto sarebbe stato riservato ad una donna, in quanto il lavoro con i bambini veniva considerato più consona per il genere femminile, ma nonostante questo richiamò solo due concorrenti. Entrambe queste donne erano ebraiche e provenivano da due città molto distanti dalla Colonia di Marocco di Mogliano Veneto, Torino ed Ancona, e

13 - Si rimanda al link <https://cartedalegare.cultura.gov.it/home>.

non avrebbero avuto alcuna esitazione a trasferirsi in una struttura così lontana dalla loro realtà – cosa che si verificò per Luisa Levi –, un fatto che all'epoca presentava ancora molte difficoltà per le donne e che denota il carattere di singolare tenacia di queste figure femminili, pioniere nel loro settore.

Bibliografia

- Raicich M. Liceo, università, professioni: un percorso difficile. In: S. Soldani. ed. *L'educazione delle donne. Scuole e modelli di vita femminile nell'Italia dell'Ottocento*. Milano: FrancoAngeli 1989.
- Peretti A. *Da Odessa a Pisa. Maria Di Vestea Fishmann dottoressa in medicina*. Lucca: Marco del Bucchia editore 2013.
- Spina E, Vicarelli G. *Equità di genere in sanità: oltre il tetto di cristallo*. <https://www.welforum.it/equita-di-genere-in-sanita-oltre-il-tetto-di-cristallo/>, (08/06/2022).
- Ravà V. *Le laureate in Italia. Notizie statistiche*. Roma: Tipografia Ludovico Cecchini 1902
- Kuliscioff A. *Il monopolio dell'uomo*. Aprilia: Ortica Editrice 2011.
- Levi L. *La carriera di una donna, 1978*. In: *Archivio famiglia Levi, Archivio Luisa Levi, busta14, fascicolo 2*.
- Vicarelli G. *Donne psichiatre del Novecento: una professionista a Trieste dagli anni Settanta*. In P. Guarnieri. ed. *Uscire dall'insopportabile. Culture e pratiche di psichiatria de-istituzionale nel Nordest Italia*. Trento: Fondazione Museo storico del Trentino 2021.
- Babini V. P, Lama L. *Una «Donna Nuova». Il femminismo scientifico di Maria Montessori*. Milano: FrancoAngeli 2000.
- Sabbatini V. *Giulia Bonarelli Modena. Vita e pensiero di una medica del Novecento*. Ancona: Quaderni del Consiglio regionale delle Marche 2020.
- De Santis D. *Pirami, Ester. Dizionario Biografico degli Italiani; 84, 2015* https://www.treccani.it/enciclopedia/ester-pirami_%28Dizionario-Biografico%29/.
- Valeriano A. *Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia*. Roma: Donzelli 2022.
- Signorelli A. *Praticare la differenza: donne, psichiatria e potere*. Roma: Ediesse 2015.
- Levi L. *La donna medico in neuropsichiatria*. In: *Archivio famiglia Levi, Archivio Luisa Levi, busta17*.
- Govoni P. *Il genere allo specchio. Una rassegna su donne e scienza*. In: Simili R. ed. *Scienza a due voci*. Firenze: Leo S. Olschki 2006.
- Archivio della psicologia italiana (Aspi). *Archivio Giulio Cesare Ferrari. Serie Congressi, commissioni e concorsi 1906-1932, fascicolo Concorso a tre posti di medico di sezione negli Ospedali psichiatrici di Genova, 11 gennaio 1928- 5 febbraio 1928*. Consultabile negli Archivi online dell'Aspi <https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/5343/>. Una copia del verbale redatto dalla commissione giudicatrice del concorso è conservato nell'Archivio Luisa Levi, busta 14.
- Guarnieri P. Ferrari, Giulio Cesare. *Dizionario Biografico degli Italiani; 46, 1996* https://www.treccani.it/enciclopedia/giulio-cesare-ferrari_%28Dizionario-Biografico%29/.
- Armocida G, Birkhoff J. M. Lugaro, Ernesto. *Dizionario Biografico degli Italiani; 66, 2006* [https://www.treccani.it/enciclopedia/ernesto-lugaro_\(Dizionario-Biografico\)](https://www.treccani.it/enciclopedia/ernesto-lugaro_(Dizionario-Biografico)).
- Peloso P. F. Portigliotti, Giuseppe. *Dizionario Biografico degli Italiani; 85, 2016* https://www.treccani.it/enciclopedia/giuseppe-portigliotti_%28Dizionario-Biografico%29/.
- Peloso P. F, Scartabellati A. Moissey (Michele) Kobylinsky. *Aspi-Archivio storico della psicologia italiana* <https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/332/>.
- Amministrazione Manicomio centrali veneti di S. Servolo e di San Clemente in Venezia. *Processo verbale di deliberazione consigliare, seduta del 5 febbraio 1929*. In: *Archivio famiglia Levi, Archivio Luisa Levi, busta 14, fascicolo 2*.
- I cento anni del Liceo-Ginnasio "Carlo Rinaldini" 1863-1963*. Ancona: S.I.T.A. 1964.
- Ordine dei Medici-Chirurghi della provincia di Ancona. *Albo degli iscritti per l'anno 1931 (IX. E. F.) e tariffe medico-chirurgiche*. In: Fondo Loris Premuda, Biblioteca Specialistica dello Studio Firmano.
- Coen Beninfante A. *Considerazioni sul delirio di negazione. Note e Riviste di Psichiatria 1926; XIV: 467-474*.
- Ospedale neuropsichiatrico provinciale di Ancona, Busta 10 (ex busta 377), *Cartelle cliniche reparto aperto, cartella Bartolucci Enrica*.
- Coen Beninfante A. *Assistenza ai fanciulli ritardatari. Corriere Adriatico; 6 e 11 agosto 1926*.
- Coen Beninfante A. *Per la storia della paralisi progressiva. Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia 1935; LXIII: 228-240*.
- Coen Beninfante A. *Intorno al divezzamento da oppiacei con il Bromo. Note e Riviste di Psichiatria 1936; LXV: 437-440*.
- La tragica fine di una dottoressa in medicina. Corriere Adriatico; 13 aprile 1937*.
- Archivio storico dell'Università La Sapienza di Roma, fascicolo AS 7009, Rossi Maria.
- Archivio Centrale dello Stato, Ministero Interno, Direzione generale pubblica sicurezza, Divisione Polizia Politica, fascicolo Rossi Maria fu Lustrò dottoressa in medicina.
- Manotta M. Mario Ponzio. *Aspi-Archivio storico della psicologia italiana* <https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/130/>.
- Ponzo M. *Presentazione*. In: Rossi M. ed. *Principi di Psicologia educativa*. Milano: Antonio Vallardi Editore 1952.
- Depieri S, Trevisan G, Rossi M, Dell'Andrea B, Matteazzi L, Cipolotti A. *Principi, metodi ed esperienze di orientamento vocazionale femminile, estratto da Rivista di Pedagogia e Scienze Religiose maggio-agosto 1969; 2: 3-28*.
- Archivio storico dell'Università La sapienza di Roma, fascicolo AS898, Chiodi Virginia.

35. Archivio storico capitolino, Commissione Epurazione busta 5 bis, fascicolo Chiodi Virginia.
36. Vicarelli G. Donne in medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia. Bologna:Il Mulino 2008.

Correspondence:

Vanessa Sabbatini

Dipartimento di Scienze Cliniche e Molecolari, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche

E-mail: v.sabbatini@pm.univpm.it

Proposal of combination therapies to treat refractory chronic migraine

Damiana Scuteri^{1,2}, Martina Pagliaro^{1,2}, Andrea Monteleone¹, Assunta Tarsitano³, Rosario Iannacchero⁴, Marilù Vulnera³, Giorgio Sandrini⁵, Paolo Tonin², Giacinto Bagetta^{1*}, and Maria Tiziana Corasaniti^{6*}*

¹Pharmacotechnology Documentation and Transfer Unit, Preclinical and Translational Pharmacology, Department of Pharmacy, Health and Nutritional Sciences, University of Calabria, Rende, Italy; ²Regional Center for Serious Brain Injuries, S. Anna Institute, Crotone, Italy; ³Provincial Health Authority (ASP), Cosenza, Italy; ⁴Department Neurology Headache Center, Hospital Regional "Pugliese-Ciaccio", Catanzaro, Italy; ⁵Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, IRCCS C. Mondino Foundation Neurologic Institute, Pavia, Italy; ⁶Department of Health Sciences, University "Magna Graecia" of Catanzaro, Catanzaro, Italy. *These Authors share co-first authorship.

Abstract. Chronic migraine, affecting people for over 15 days per month of which 8 show migraine features, severely reduces patients' quality of life with great rate of associated disability. Onabotulinumtoxin A has been used in the prevention of chronic migraine for the last two decades. A recent pooled analysis of real-world data highlighted the efficacy of its use in combination with the most novel monoclonal antibodies targeting the machinery of the calcitonin gene-related peptide (CGRP) in refractory migraine. Moreover, the CRD42023393250 systematic review and meta-analysis registered in the National Institute for Health Research International prospective register of systematic reviews PROSPERO following the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 statement supported the safety of onabotulinumtoxin A, demonstrating that it induces fewer treatment-related adverse events (TRAEs) than oral topiramate one of the most commonly used preventative drugs. Therefore, the present data together with the lack of appropriately designed, prospective studies prompt the proposal of clinical trials to assess the efficacy and safety of the combination treatment of onabotulinumtoxinA with monoclonal antibodies or gepants directed towards the pathway of CGRP.

Key words: chronic migraine, onabotulinumtoxin A, anti-CGRP monoclonal antibodies, atogepant

Resistant migraine and the calcitonin gene-related peptide (CGRP) machinery

Chronic pain from diverse aetiology affects some 30–50% people worldwide: among chronic pain conditions, according to the International Classification of Headache Disorders (ICHD, third revision) beta diagnostic criteria, chronic migraine is characterized as at least 15 headache days per month, of which 8 days present the features of migraine, for three months consecutively (1) and it represents one of the main causes of years lived with disability (2), impairing daily

activities in working age mainly. Despite the positive impact of novel specific treatments beyond triptans on the disease (3), a high percentage of patients still does not find relief and effectiveness in current therapies; among other mechanisms, genetic predisposition has been involved (4, 5). Indeed, the discovery of the role of the calcitonin-gene related peptide (CGRP) as a fundamental player of vasodilation and neurogenic inflammation, pivotal in migraine pathophysiology, fostered the development of several novel drugs, abortive and preventative, targeting its machinery (6). The small molecules, known as gepants, and the monoclonal

antibodies (mAbs) aiming at inhibiting the signaling of CGRP are the first Disease-Modifying Migraine Drugs (DMMDs) (7). Gepants are very useful and easy to administer as abortive treatments, due to their oral and intranasal administration route (8, 9). On the preventative side, mAbs directed towards CGRP, i.e. fremanezumab, galcanezumab and eptinezumab, the only administered intravenously with potential for use in acute treatment (10-12), or its receptor complex, i.e. erenumab, were developed and approved for the prevention of episodic and chronic migraine (13).

Onabotulinumtoxin a and novel combination approaches

Botulinum neurotoxin type A is effective in several pain conditions (14, 15), being able to tackle the process of exocytosis of neurotransmitters or neuropeptides, e.g. CGRP (16), by cleaving the 25 kDa synaptosomal-associated protein (SNAP-25) (17). Since 2010 the onabotulinumtoxin A was approved for chronic migraine prevention by the Food and Drug Administration (FDA) (18). The Phase III Research Evaluating Migraine Prophylaxis Therapy (PREEMPT) I and II (NCT00156910, NCT00168428) clinical trials provided the rationale for the approval and the mode and dosage of administration of this neurotoxin in chronic migraine (19-21). Therefore, onabotulinumtoxin A has been the first biological drug for the prevention of chronic migraine. The systematic review and pooled analysis registered in the National Institute for Health Research (NIHR) International prospective register of systematic reviews PROSPERO (CRD42022313640) (22) pointed at the neglected effectiveness of this neurotoxin in an Italian real-world setting, demonstrating that it can improve the efficacy of anti-CGRP/R mAbs in face of good tolerability. In fact, combination therapy consisting in onabotulinumtoxin A associated with mAbs afforded $\geq 50\%$ reduction of frequency of monthly headache days with respect to onabotulinumtoxin A alone in up to 58.8% of patients and it proved more effective than erenumab, alone or in combination with other preventive drugs (22). Moreover, the treatment with onabotulinumtoxin A is associated to fewer treatment-related adverse events (TRAEs) than oral

topiramate, as demonstrated by the systematic review and meta-analysis registered with PROSPERO number CRD42023393250 (23). The findings of the latter also highlight the high heterogeneity of the studies present in the literature ($I^2 = 96\%$; $p < 0.00001$), supporting the need for more, adequately powered, randomized clinical trials.

Discussion and future perspectives

The established efficacy and safety of onabotulinumtoxin A, along with the data gathered so far from real-world and retrospective studies of combination with mAbs, and its complex mechanism of action lend support to the use of this neurotoxin in combination with other drugs able to target the CGRP machinery. In particular, a synergistic/additive effect might involve also other neuromediators, as acetylcholine, glutamate and substance P, the neuronal/Schwann cell pathway (24), and a differential action on A δ - and not C-fibers (25). Therefore, an adequately powered and designed clinical trial, involving even the elderly, that if affected by cognitive impairment are generally excluded (11, 26-28), is needed to assess the efficacy and safety of the novel approaches of combination therapies targeting the machinery of CGRP and onabotulinumtoxin A. Among the newest therapeutic options for the treatment and prevention of chronic migraine, atogepant, being the first and only oral gepant specifically developed for migraine prevention (29), might represent a very interesting drug to test in combination with onabotulinumtoxin A since it might also afford better compliance to the therapy. Furthermore, novel approaches based on natural products deserve investigation (30-31).

Funding Details: This research is coordinated by DS and received partial financial support from: 1) Phase 2 RIABEO Funding (Executive Decree n.6790 of 22 June 2022) Progetto Ingegno POR Calabria FESR 2014/2020—Azione 1 1 5—Sostegno all'Avanzamento tecnologico delle Imprese Attraverso il Finanziamento di Linee Pilota e Azioni di Validazione Precoce di Prodotti e di Dimostrazione su Larga Scala (DDG N. 12814 DEL 17 October 2019); 2) by the Italian Ministry of Health: NET-2016-02361805 (WP 5).

Disclosure Statement: The authors declare no conflict of interest.

References

1. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808, doi:10.1177/0333102413485658.
2. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? *J Headache Pain*. 2018;19(1):17, doi:10.1186/s10194-018-0846-2.
3. Scuteri D, Adornetto A, Rombolà L, et al. Pattern of triptans use: A retrospective prescription study in Calabria, Italy. *Neural regeneration research*. 2020;15(7):1340-3, doi:10.4103/1673-5374.272630.
4. Scuteri D, Corasaniti MT, Tonin P, Nicotera P, Bagetta G. Role of CGRP pathway polymorphisms in migraine: a systematic review and impact on CGRP mAbs migraine therapy. *The Journal of Headache and Pain*. 2021;22(1):87, doi:10.1186/s10194-021-01295-7.
5. Scuteri D, Rombolà L, Tonin P, et al. Genetic variants of CGRP signaling pathway in migraine: impact on novel therapeutics. *Confinia Cephalalgia*. 2021;31(3).
6. Hunter P. New migraine therapies promise prevention: A new generation of drugs could avert migraine attacks rather than merely relieve symptoms. *EMBO reports*. 2016; 17(6):797-9, doi:10.15252/embr.201642519.
7. Martelletti P, Edvinsson L, Ashina M. Shaping the future of migraine targeting Calcitonin-Gene-Related-Peptide with the Disease-Modifying Migraine Drugs (DMMDs). *J Headache Pain*. 2019;20(1):60, doi:10.1186/s10194-019-1009-9.
8. Scuteri D, Tonin P, Nicotera P, Bagetta G, Corasaniti MT. Real world considerations for newly approved CGRP receptor antagonists in migraine care. *Expert review of neurotherapeutics*. 2022;22(3):221-30, doi:10.1080/14737175.2022.2049758.
9. Scuteri D, Tarsitano A, Tonin P, Bagetta G, Corasaniti MT. Focus on zavegepant: the first intranasal third-generation gepant. *Pain management*. 2022;12(8):879-85, doi:10.2217/pmt-2022-0054.
10. Winner PK, McAllister P, Chakhava, et al. Effects of Intravenous Eptinezumab vs Placebo on Headache Pain and Most Bothersome Symptom When Initiated During a Migraine Attack: A Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2021;325(23):2348-56, doi:10.1001/jama.2021.7665.
11. Scuteri D, Corasaniti MT, Tonin P, Bagetta G. Eptinezumab for the treatment of migraine. *Drugs of today (Barcelona, Spain : 1998)*. 2019;55(11):695-703, doi:10.1358/dot.2019.55.11.3069864.
12. Scuteri D, Bagetta G. Progress in the Treatment of Migraine Attacks: From Traditional Approaches to Eptinezumab. *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)*. 2021;14(9), doi:10.3390/ph14090924.
13. Scuteri D, Adornetto A, Rombolà L, et al. New Trends in Migraine Pharmacology: Targeting Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) With Monoclonal Antibodies. *Frontiers in pharmacology*. 2019;10:363, doi:10.3389/fphar.2019.00363.
14. Sandrini G, De Icco R, Tassorelli C, Smania N, Tamburin S. Botulinum neurotoxin type A for the treatment of pain: not just in migraine and trigeminal neuralgia. *The Journal of Headache and Pain*. 2017;18(1):38, doi:10.1186/s10194-017-0744-z.
15. De Icco R, Perrotta A, Berra E, et al. OnabotulinumtoxinA Reduces Temporal Pain Processing at Spinal Level in Patients with Lower Limb Spasticity. *Toxins*. 2019;11(6):359.
16. Jianghui M, Saak VO, Jiafu W, et al. Activation of TRPV1 Mediates Calcitonin Gene-Related Peptide Release, Which Excites Trigeminal Sensory Neurons and Is Attenuated by a Retargeted Botulinum Toxin with Anti-Nociceptive Potential. *The Journal of Neuroscience*. 2009;29(15):4981, doi:10.1523/JNEUROSCI.5490-08.2009.
17. Welch MJ, Purkiss JR, Foster KA. Sensitivity of embryonic rat dorsal root ganglia neurons to Clostridium botulinum neurotoxins. *Toxicon*. 2000;38(2):245-58, doi:https://doi.org/10.1016/S0041-0101(99)00153-1.
18. David MS, Mark H, Eric JA, et al. Practice guideline update summary: Botulinum neurotoxin for the treatment of blepharospasm, cervical dystonia, adult spasticity, and headache. *Neurology*. 2016;86(19):1818, doi:10.1212/WNL.0000000000002560.
19. Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE, et al. OnabotulinumtoxinA for Treatment of Chronic Migraine: Pooled Results From the Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Phases of the PREEMPT Clinical Program. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2010;50(6):921-36, doi:https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01678.x.
20. Aurora S, Dodick D, Turkel C, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: Results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 1 trial. *Cephalalgia*. 2010;30(7):793-803, doi:10.1177/0333102410364676.
21. Diener H, Dodick D, Aurora S, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: Results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial. *Cephalalgia*. 2010;30(7):804-14, doi:10.1177/0333102410364677.
22. Scuteri D, Tonin P, Nicotera P, et al. Pooled Analysis of Real-World Evidence Supports Anti-CGRP mAbs and OnabotulinumtoxinA Combined Trial in Chronic Migraine. *Toxins*. 2022;14(8), doi:10.3390/toxins14080529.
23. Corasaniti MT, Bagetta G, Nicotera P, et al. Safety of Onabotulinumtoxin A in Chronic Migraine: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Toxins*. 2023;15(5), doi:10.3390/toxins15050332.
24. De Logu F, Nassini R, Hegron A, et al. Schwann cell endosome CGRP signals elicit periorbital mechanical allodynia in mice. *Nature Communications*. 2022;13(1):646, doi:10.1038/s41467-022-28204-z.
25. Pellesi L, Do TP, Ashina H, Ashina M, Burstein R. Dual Therapy With Anti-CGRP Monoclonal Antibodies and Botulinum Toxin for Migraine Prevention: Is There a Rationale? *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2020;60(6):1056-65, doi:https://doi.org/10.1111/head.13843.

26. Bayer A, Tadd W. Unjustified exclusion of elderly people from studies submitted to research ethics committee for approval: descriptive study. *Bmj*. 2000;321(7267):992-3, doi:10.1136/bmj.321.7267.992.
27. Scuteri D, Adornetto A, Rombolà L, et al. Pattern of triptans use: a retrospective prescription study in Calabria, Italy. *Neural regeneration research*. 2020;15(7):1340-3, doi:10.4103/1673-5374.272630.
28. Scuteri D, Corasaniti MT, Tonin P, Nicotera P, Bagetta G. Role of CGRP pathway polymorphisms in migraine: a systematic review and impact on CGRP mAbs migraine therapy. *J Headache Pain*. 2021;22(1):87, doi:10.1186/s10194-021-01295-7.
29. Goadsby PJ, Dodick DW, Ailani J, et al. Safety, tolerability, and efficacy of orally administered atogepant for the prevention of episodic migraine in adults: a double-blind, randomised phase 2b/3 trial. *The Lancet Neurology*. 2020;19(9):727-37, doi:https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30234-9.
30. Scuteri D, Rombolà L, Crudo M, et al. Preclinical Characterization of Antinociceptive Effect of Bergamot Essential Oil and of Its Fractions for Rational Translation in Complementary Therapy. *Pharmaceutics*. 2022;14(2):312. doi: 10.3390/pharmaceutics14020312.
31. Scuteri D, Cassano R, Trombino S, Russo R, Mizoguchi H, Watanabe C, et al. Development and Translation of NanoBEO, a Nanotechnology-Based Delivery System of Bergamot Essential Oil Deprived of Furocoumarins, in the Control of Agitation in Severe Dementia. *Pharmaceutics*. 2021;13(3):379. doi: 10.3390/pharmaceutics13030379.

Correspondence:

Damiana Scuteri

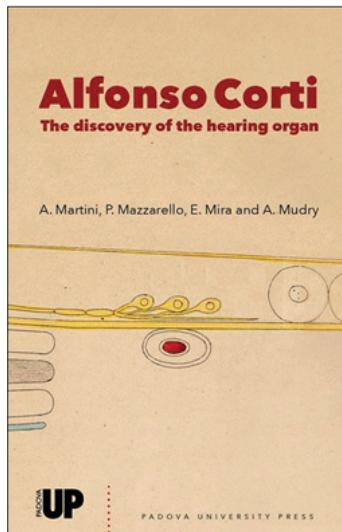
Pharmacotechnology Documentation and Transfer Unit,
Preclinical and Translational Pharmacology, Department
of Pharmacy, Health and Nutritional Sciences, University
of Calabria, 87036 Rende, Italy.

Tel./Fax: +390984/493462;

E-mail: damiana.scuteri@unical.it

BOOKS

Books

**Alfonso Corti and the discovery of the hearing organ**

Alessandro Martini, Paolo Mazzarello, Eugenio Mira, Albert Mudry

Edizioni: Padova University Press, 2022

«This beautiful book celebrates the discovery of the hearing organ by the Italian anatomist Alfonso Corti in 1851. He first described the microscopic anatomy of the organ that contains the cellular receptors that transduce and carry airborne vibrations into electric signals to the auditory nerve and brain. Already by then, and still today, this organ was and is regarded as the most difficult of the organs in the human body to study. Indeed, it is a stealthy and miniscule organ surrounded by the hardest bone in the body. Since his discovery, researchers have continued to fascinate over this complex and gracile organ. In one intriguing chapter of this book, we learn about the life of Marquis Alfonso Corti and his devotion for anatomy and cellular microscopy. His personal character earned him great respect among both colleagues and high profile anatomists at the time. The

authors describe how Corti established several scientific collaborations with anatomists and histologists in Europe, such as in Vienna, Bern (Gustav Valentin), Würzburg (Albert von Kölliker and Rudolf Virchow), and Paris. We also learn about the history of the University of Pavia and the prominent anatomist and surgeon Antonio Scarpa, who was also devoted to ear research. This was a time when Darwinism and evolution spread across Europe, which established a basis for the development of comparative anatomy, with particular progress in ear science. A specific chapter is devoted to the evolution of the inner ear. From medical historians we learn early history on Aristotle and the improvements in microscopic techniques and innovative techniques to preserve and stain biological material that were fundamental to Corti's discoveries. Surprisingly, he produced only four publications in his lifetime, having abandoned research abruptly after 1851. The book gives us new insights into Corti's endeavours. For example, new documents explain why he remained fairly anonymous as a submerged histologist, despite his name being commonly known. In this volume, we meet and gain knowledge about a great representative of the Italian anatomy research during the 19th century. The biography is followed by a synopsis of scientists who followed in Alfonso Corti's footsteps through the present, offered together with beautiful anatomic reproductions of Corti's organ. Important followers were Nobel Prize winner Santiago Ramón y Cajal and Swedish anatomist Gustaf Retzius, nominated for the Nobel Prize nine times. They showed a similar passion for inner ear anatomy. Several others have provided new insights into the physiology, biochemistry, and especially, genetics involved in the coordinated development of this organ. This book provides a historic background on the emergence of clinical applications from basic research leading to novel treatments for patients suffering from hearing loss that any otologist and anatomist would find intriguing. Here, much more is to come, and the future looks brilliant. This book is highly recommended. As a grand finale, the authors present the original copy of Alfonso Corti's paper "*Recherches sur l'organe de l'ouïe des mammifères*".

Helge Rask-Andersen: MD, PhD, Professor, Uppsala University, Sweden. Head of the Barany Research Laboratory, Uppsala University. Honorary Member of the British Association of Otorhinolaryngology – Head and Neck Surgery (BAO-HNS)