

**L'ADOLESCENZA E ALTRE RIVOLUZIONI.**  
**IL "SECONDO DEGENTE" DELL'ISTITUTO DI NEUROPSICHIATRIA**  
**INFANTILE DELLA SAPIENZA E IL GRANDE COCOMERO DI ROMA. UN**  
**INCONTRO CON GRAZIELLA BASTELLI E LORENZO MANNI.**

di Benedetto Fassanelli

Incontro Graziella Bastelli – per più di quarant'anni infermiera all'Istituto di neuropsichiatria infantile dell'Università la Sapienza di Roma – in uno degli stanzoni del Grande Cocomero, l'associazione che, nel quartiere romano di San Lorenzo, da oltre venticinque anni rappresenta un "luogo del possibile", uno di quei posti in cui attivismo e creatività danno forma e gambe all'ambizione sacrosanta e al bisogno di sporcarsi le mani per provare a realizzare ciò che solo apparentemente è impossibile. Il Grande Cocomero nasce dall'esigenza di creare uno spazio di soglia – protetta e aperta – tra l'Istituto di neuropsichiatria infantile e il mondo che sta fuori. Crescendo, il "Cocomero" – come viene chiamato da chi lo frequenta – ha trasformato la soglia in uno spazio attraversabile, che accoglie artisti, teatranti, musicisti, organizzatrici di biblioteche erranti e chiunque ne condivida lo spirito fondato sull'autogestione, sull'assunzione di responsabilità e sulla disponibilità a condividere un pezzetto delle proprie attività con le ragazze e i ragazzi della "neuroinfantile" e con il "gruppo del giovedì": altre ragazze e altri ragazzi che il politically correct definirebbe "diversamente abili", ma che una società fondamentalmente ostile nei confronti delle diversità continua a relegare ai margini di ciò che considera normale. A cavallo di questi margini cresce il Cocomero, frutto ostinatamente acerbo di una lunga stagione iniziata negli anni Settanta del secolo scorso con la rivoluzione psichiatrica, con la negazione dell'istituzione totale e con la rivendicazione di un approccio al disagio psichico fondato sul prendersi cura della persona e non più sulla custodia del "malato pericoloso".

Al Cocomero si sta bene, chi scrive ci ha passato interi pomeriggi a costruire un carro di carnevale o alle feste di compleanno dei bambini del quartiere. Ma il carattere autorevole e l'indole pragmatica di Graziella Bastelli – che non smussa mai gli angoli quando si tratta di chiamare le cose col proprio nome – rendono questo pomeriggio una sorta di seminario di storia e politica della sanità pubblica in cui ogni filo della memoria si misura con le condizioni e le contraddizioni del presente. Con Graziella c'è Lorenzo Manni, un volontario dell'associazione, che a smussare, invece, è maestro e che – sarà perché fa il geologo – sa ascoltare i movimenti profondi del grande corpo sociale di cui le fragilità più evidenti non sono che segnali di superficie.

*Cominciamo dal principio di questa storia ossia dall'Istituto di neuropsichiatria infantile di via dei Sabelli 108, a due passi da qui, Istituto voluto, ottenuto e infine aperto nel 1967 da Giovanni Bollea, professore alla Sapienza e tra i grandi innovatori della neuropsichiatria infantile italiana del secondo dopoguerra.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup>Per un profilo biografico cfr. M. Fiorani, *Bollea, Giovanni*, in *Dizionario Biografico degli Italiani* (2013, [http://www.treccani.it/enciclopedia/giovanni-bollea\\_%28Dizionario-Biografico%29/](http://www.treccani.it/enciclopedia/giovanni-bollea_%28Dizionario-Biografico%29/), ultima consultazione 28 novembre 2018).

*Graziella, quando sei arrivata a via dei Sabelli e cosa hai trovato alla neuropsichiatria infantile?*

Sono entrata a lavorare alla Neuropsichiatria infantile nel 1976, a maggio '76, e sono stata mandata lì per punizione perché facevo parte del Collettivo lavoratori e studenti del Policlinico. Dal '73-'74, come Collettivo, facevamo le lotte al Policlinico, organizzavamo ambulatori gratuiti mettendo in pratica il principio – che poi fu al centro della riforma sanitaria del 1978 – secondo cui la salute è un diritto. Così, dopo tre giorni di assunzione, mi mandarono in via dei Sabelli: fuori dal Policlinico! E a via dei Sabelli c'era Giovanni Bollea che era considerato il "barone rosso" perché si dichiarava del Pci – pur facendo poi studio privato a cifre tutt'altro che popolari!

Nel 1967 Giovanni Bollea aveva ottenuto l'apertura, in via dei Sabelli 108, di quello che è ancora attualmente l'Istituto di neuropsichiatria infantile dell'Università la Sapienza e dove vennero riuniti i servizi neuropsichiatrici che riguardavano l'età evolutiva, quindi da 0 a 18 anni.

Quando sono arrivata – quindi nel periodo a ridosso della grande rivoluzione intellettuale, culturale e pratica che aveva avviato Basaglia – il nostro era un campo dimenticato e che anche la legge Basaglia, la 180, non prendeva in considerazione. La legge 180 tutelava – finalmente! – la dignità del cosiddetto "pazzo", che non doveva più essere considerato come una persona da nascondere e di cui vergognarsi, da rinchiudere perché ritenuta pericolosa. I "pazzi" avrebbero potuto misurarsi sia con l'aspetto della cura sia, soprattutto, con la prospettiva di uscire dai luoghi in cui erano stati rinchiusi. Si apriva un discorso riabilitativo e di ripresa di vita. Però noi ne eravamo completamente estranei, non perché volevamo essere tali, ma perché la battaglia di Basaglia, avendo un respiro generale, non prendeva in considerazione le problematiche specifiche dell'età evolutiva. Invece nella struttura di Bollea si lavorava proprio con questa fascia d'età e, oltre al lavoro sulle diverse patologie, ci si doveva confrontare con molti altri aspetti: tenere i contatti con i territori, con le scuole, confrontarsi con i genitori e con i problemi dei genitori.

Era una struttura grossa. Considera che ti sto parlando del '76, quando ancora i pazienti con sindrome di down venivano ricoverati, le epilessie erano patologie sulle quali ancora non si sapeva come intervenire se non per fermare la crisi acuta. Nei reparti degenza della neuropsichiatria infantile c'era una situazione mista – cosa che spesso avviene ancora adesso in Italia – per cui i reparti non prevedevano una divisione tra patologie neurologiche e psichiatriche e tanto meno prevedevano una specifica attenzione per l'età adolescenziale, un fase della crescita che è una vera rivoluzione nel corso della vita. Non esistevano leggi, garanzie, linee guida: le linee guida le abbiamo fatte noi negli anni, sulla base della nostra esperienza.

La grandiosità di Giovanni Bollea –combinata con Marco Lombardo Radice – è stata riconoscere e dare attenzione a queste specificità.

*Marco Lombardo Radice, il giovane psichiatra che, alla fine degli anni Settanta, prese in mano, su incarico di Bollea, il reparto degenze psichiatriche, iniziò ad accogliere i casi difficili – i «casacci», i «casi impossibili» – che altrove non venivano trattati. In un articolo del 1988, Lombardo Radice racconta questa trasformazione con grande semplicità: «mi sembrava del tutto normale, addirittura banale, accettare il ricovero proprio di quei casi che tutta la*

*letteratura indicava come gli unici beneficiari di una degenza».<sup>2</sup> Con l'accoglienza dei casacci, però, «cominciarono i guai, perché – spiega lo psichiatra – è ben diverso portare avanti un reparto di quindici insufficienti mentali, epilettici, piccoli disturbi del comportamento, o invece di quindici psicotici, caratteriali gravissimi, borderline». L'istituzione, anche un'istituzione dedicata all'età evolutiva, si scontrava con limiti e difficoltà di ordine clinico ma soprattutto pratico, organizzativo e inerenti le relazioni interne all'Istituto. Fino ad allora i minori – bambini e adolescenti – con patologie psichiatriche considerate ingestibili non venivano accolti in strutture specifiche – che non esistevano – e, probabilmente, finivano nei reparti psichiatrici per adulti, nelle cliniche private o rinchiusi in casa «imbottiti di psicofarmaci e legati al letto». Ci puoi raccontare quegli anni?*

Marco Lombardo Radice – che quando so' arrivata io, nel '76, ancora era uno specializzando, un pischelletto – diventò, piano piano, responsabile del reparto degenza al secondo piano – il "secondo degenza" – e, dal '78-'79, iniziarono tre anni di trasformazione: continuavamo ad avere i nostri pazienti con patologie motorie, con patologie rare, o ricoverati su richiesta dei genitori, ma, piano piano, il secondo degenza, diventava un reparto specifico per le patologie psichiatriche, per le emergenze psichiatriche.

Incominciò a girare voce, per l'Italia, che a Roma ci stava un matto – che, appunto, era Marco Lombardo Radice – che ricoverava i casi impossibili, minori che venivano da strutture chiuse, manicomi, anche giudiziari, se avevano fatto qualche piccolo o grosso reato. La trasformazione – la nostra esperienza – iniziò con con alcuni di questi casi cosiddetti impossibili perché difficili e che tutti rigettavano perché non avevano la capacità di gestirli. E siccome non c'erano altre esperienze si incominciò a inventare: come lavorare, come misurarci con queste situazioni. Ciò che ha reso importante e unica quell'esperienza è stato il fatto di sperimentare una pratica clinica che riuscisse a vedere l'età adolescenziale come una fase completamente differenziata rispetto alle varie fasi di crescita, che sicuramente risentiva dell'infanzia e di tutti gli altri periodi di crescita ma che, fondamentalmente, doveva essere trattata in modo specifico e unificato.

Ci inventavamo un nostro modo di lavorare e sicuramente Bollea era il primo ad essere consapevole della fatica di questa trasformazione e insisteva molto sull'aspetto dell'ascolto, sulle supervisioni: avevamo un sacco di supervisioni, noi stessi chiedevamo supervisioni, facevamo riunioni di reparto – ancora adesso si fanno – e abbiamo avuto supervisori che lavoravano soltanto con noi almeno una volta alla settimana. Quella che ora si chiama Ecm – educazione medica continua – la facevamo già ai tempi di Lombardo e di Bollea: ad agosto, quando di solito il reparto chiudeva, ci prendevamo 15 giorni per leggere insieme dei libri, i sacri testi. Abbiamo iniziato da Freud per arrivare a Bettelheim, Blos, Laufer.<sup>3</sup> Però li leggevamo per riuscire a discutere su come ci muovevamo come personale sanitario, cosa

---

2 Di Marco Lombardo Radice non esiste ancora una biografia vera e propria (ricordo però almeno il breve e intenso profilo scritto da Rosa Mordenti nel luglio del 2014, a 25 anni della morte: *La rivoluzione quotidiana di Marco Lombardo Radice*, <https://www.dinamopress.it/news/la-rivoluzione-quotidiana-di-marco-lombardo-radice/>, ultima consultazione 13 dicembre 2018). Oltre alle pubblicazioni scientifiche e ai romanzi (fece scalpore *Porci con le ali*, scritto nel 1976 con Lidia Ravera), per inquadrare l'esperienza di Lombardo Radice all'Istituto di neuropsichiatria infantile è particolarmente utile il breve volume intitolato *Una concretissima utopia* (a cura di Luigi Manconi e Marino Sinibaldi, Roma, Edizioni dell'Asino, 2010) che raccoglie alcuni contributi di Lombardo Radice e una breve nota biografica sullo psichiatra morto nel 1989, a quarant'anni. La citazione è tratta da questo libro (pp. 107-111), da un articolo del 1988 (pubblicato nel 1989 su «Linea d'ombra») intitolato *Il raccoglitore nella segale*.

3 Sigmund Freud, Bruno Bettelheim, Peter Blos, Moses e Eglè Laufer, psicologi e psicanalisti, si occuparono di infanzia e adolescenza.

provavamo nel nostro lavoro. I sogni: abbiamo fatto delle supervisioni sui nostri sogni sul reparto. Questa sensibilità, questa attenzione era la ricchezza che potevamo riprodurre nel nostro tentativo di fare delle cose diverse. Perché non esistevano linee guida, e non è come co' l'epatite, che devi fa' quello, o col tumore, che devi fa' quell'altro: di fronte a una malattia psichiatrica anche le stesse diagnosi si presentano in modo completamente differente e in questa complessità la ricchezza la devi produrre proprio tu, con la tua sicurezza professionale ma anche mettendoti in gioco come adulto di riferimento sia professionalmente sia umanamente. Sul lavoro c'era una dinamica che era estremamente energetica, che non era mai passiva.

Questo passaggio non è stato indolore, perché gli infermieri che ci stavano prima – infermieri di un reparto prevalentemente neurologico – erano abituati a tutt'altri tipi di patologie. C'è stata una scrematura notevole e anche un volersi impegnare in modo differente.

Lombardo Radice era anche uno che sosteneva le esigenze e le rivendicazioni del personale. Marco ci ha sempre appoggiati quando noi abbiamo attuato le 36 ore, i famosi "turnetti" – che so' nati proprio al Policlinico – e quando abbiamo iniziato eravamo in due a farli, alla neuroinfantile, ma con la riduzione delle ore di lavoro le condizioni di vita sono migliorate per tutti e tutte: lavorare meno per lavorare meglio, perché logicamente tu stavi meno ore ma quelle ore che ce stavi te li portavi in piscina, uscivi, facevi gite... e quante volte capitava sciopero il giorno che avevi promesso al ragazzino di andà al cinema e se lo avevi promesso ci andavi lo stesso a prenderlo e lo portavi al cinema, anche se eri in sciopero, senza firmare.

In quegli anni la società era attraversata da grandi cambiamenti sia nello specifico del campo in cui stavamo, sia sotto l'aspetto del modo diverso di approccio complessivo alla vita. Una certa idea di follia era messa in contraddizione anche dalla rivoluzione delle idee che attraversava la società. C'era l'*antipsichiatria*, c'era il movimento – il Settantasette –, c'era Bollea con la sua fama di barone rosso e con la sua grande apertura e contrarietà alle chiusure e c'era Marco Lombardo Radice, che trasformava in pratica clinica queste energie. E noi eravamo quelli che senza nessunissima autorizzazione uscivamo coi ragazzi per le strade di San Lorenzo e naturalmente rischiavamo le denunce. Insomma c'è stato di tutto di più – i week-end fuori attraverso una cooperativa... – e ci siamo inventati cose come l'ASTAPP (l'Associazione per il sostegno e il trattamento degli adolescenti con problemi psicologici e psichiatrici) che poi è diventata una casa famiglia, la "Casa di Marco"... Cercavamo di usare tutti gli strumenti, le opportunità – istituzionali o meno – che ritenevamo potessero essere utili per una certa situazione specifica: poteva essere la scuola, potevano essere i boy scout, poteva essere giocare a pallone all'oratorio. Era un entrare all'interno di questo modo diverso di affrontare la cosiddetta follia che aveva coinvolto tutta la società, non solo chi lavorava in psichiatria. E anche la cosiddetta normalità – che, insomma, è una cosa molto vaga! – veniva guardata diversamente. Quindi sì, certo, eravamo stati toccati eccome da quanto avveniva in quegli anni e poi ci sono state un sacco di cose al Santa Maria della Pietà a cui abbiamo partecipato, vennero da Trieste cor cavallo – Marco Cavallo! – si faceva teatro.

Ma ancora dopo i primi anni, quando già organizzavamo uscite dal reparto, l'azienda – che allora non era azienda, la controparte di allora – ci raccomandava: «non fate 'ste cose il sabato e la domenica che c'è più gente in giro». Capito? Quindi non è che fossero finite le problematiche e cessate le resistenze. Ovviamente lì ce stavamo noi e quindi si usciva fissi il sabato e la domenica perché era impossibile rispondere altrimenti a chi era ancora così miope e non era stato ancora neanche toccato da tutti questi cambiamenti. Le chiusure – il tenere sotto chiave i ragazzini – e la vergogna non erano scomparse anche se non c'erano a via dei Sabelli. Ancora adesso la solitudine dei genitori, le vergogne, i sensi di colpa spesso prevalgono e questo soprattutto quando il territorio non ti offre niente, i centri diurni dove dovresti fare riabilitazione

invece che moltiplicarsi si contraggono e vengono chiusi. Fin da subito, fin da allora, le stesse proposte di modifica della 180 – contro la 180 – mettevano a rischio il senso del nostro lavoro.

*In un articolo del 1986, Lombardo Radice affrontava – con Milena Cappabianca, Dario Bosi e Fabrizio Brazzi – uno dei nodi più discussi, spesso superficialmente, della riforma psichiatrica, ossia quello delle forme della cura dopo il superamento della reclusione manicomiale e l'apertura della stagione del diritto all'autodeterminazione del malato. L'articolo poneva «il problema dei diritti del minore con disturbi psichiatrici e del loro rispetto in un'ottica non giuridica ma psicoterapeutica»<sup>4</sup> e interrogava il rapporto tra il dovere del medico (anzitutto di farsi carico della sofferenza del paziente) e il diritto del paziente adolescente (anzitutto ad avere qualcuno che si faccia totalmente carico della sua sofferenza). Questa tensione non poteva – secondo gli autori – essere risolta sul piano meramente giuridico: «la legge può solo garantire dei diritti, porre confini all'intervento: è fin troppo ovvio che nessuna legge può prescrivere quello strano miscuglio fra ricerca del massimo di competenza tecnica, capacità di interrogarsi anche crudelmente, grande amore per i pazienti che ha costituito l'essenza del nostro lavoro fino a oggi»<sup>5</sup>. Gli autori spostavano sul piano etico e professionale il tema della responsabilità della cura – del prendersi cura – e richiamavano medici e istituzioni a riconoscere nei propri atti terapeutici le «mille maschere» dietro cui si poteva celare la violenza. L'assistenza ridotta a gestione dell'aggressività e delle crisi produceva comunque (a prescindere dalle forme) una condizione di estrema violenza nei confronti dei minori.*

*Questi aspetti li ritroviamo, impliciti e latenti, nella riflessione di Lombardo Radice sulle concause che contribuiscono a creare i cosiddetti casi impossibili. Tra queste egli indicava senz'altro il malfunzionamento delle strutture esistenti (mediche e sociali) e le carenze del sistema sanitario, in particolare la mancanza di strutture residenziali di cura e il malfunzionamento di quelle territoriali.*

*Di fronte ai casi difficili, «sporchi» e «bisognosi di interventi multipli, su piani diversi», le strutture specialistiche offrivano due risposte tipiche, entrambe insufficienti: quella «burocratica tradizionale», che rifiuta di «comprendere per modificare», e quella «terapeutica onnipotente», fondata sulla fede cieca «un "modello psicoterapeutico", contrabbandato per psicoanalitico, nei cui "criteri di trattabilità" questi casi decisamente non rientrano».<sup>6</sup>*

*Un'altra concausa dei casi impossibili era da rintracciarsi nella rinuncia, da parte delle istituzioni, ad intervenire nel rapporto tra il minore con problemi psichiatrici e la famiglia in cui il disagio era sorto. Secondo Lombardo Radice, quando non fosse stato possibile un «intervento globale sull'intera struttura familiare» si doveva «imboccare senza reticenze la strada della rottura della famiglia, per curare chi ancora si può curare, il minore per l'appunto».<sup>7</sup>*

---

<sup>4</sup> L'articolo (D. Bosi e F. Brazzi, M. Cappabianca, M. Lombardo Radice, *Ragione e passione: cura e costrizione nel trattamento psichiatrico dei minori*, pubblicato nel 1986 sul «Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva») è ora incluso in M. Lombardo Radice, *Una concretissima utopia*, pp. 91-100: 94.

<sup>5</sup> Ivi, p. 100.

<sup>6</sup> La citazione è da un articolo di Lombardo Radice, Maria Carpi e A.M. Chagas Bovet intitolato *Due casi impossibili: come nasce (o non nasce) un caso impossibile*, pubblicato nel 1985 su «Psichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza», ora in M. Lombardo Radice, *Una concretissima utopia*, pp. 75-90: 88-89.

<sup>7</sup> Cfr. ivi, pp. 89 e pp. 38-43 (in questo caso si tratta di un articolo di Lombardo Radice, intitolato *Bambini e violenza: salvare il futuro*, apparso su «Il manifesto» del 28 ottobre 1988).

*Oltre al familismo imperante – e all'ipocrita silenzio sulla violenza che si può celare nelle relazioni familiari – il nodo (filosofico, etico, politico, giuridico e terapeutico) della tutela del minore chiamava in causa il ruolo e la figura del medico, la sua responsabilità, la sua capacità di capire, caso per caso, «quale atto terapeutico abbia, solo lì e solo allora, una valenza terapeutica non violenta».<sup>8</sup>*

*Ricette prestabilite Lombardo Radice non ne indicava, salvo per l'appunto ribadire l'imperativo etico e deontologico di non rinunciare alla propria responsabilità e non soggiacere alla dimensione giuridica (trasformandosi in burocrate) e terapeutica (limitandosi a rispettare i protocolli) dell'esercizio della tutela. Come si misurava con i limiti di una struttura sanitaria pubblica questa consapevolezza della necessità di sperimentare con competenza e responsabilità?*

Marco diceva – me lo ricordo benissimo – anche rispetto all'antipsichiatria: noi discutiamone, parliamone, ma, negli stati ansiosi generalizzati se tu non aiuti a abbassare il livello d'ansia questo diventa poi panico e allora veramente aumenti il rischio di chiusura e di rottura psicotica. In fin dei conti anche le allucinazioni diventano, per chi le vive, un mezzo per non cadere in psicosi, perché è meglio avere l'allucinazione uditiva o visiva che rompere completamente il rapporto con la realtà. Quante volte un ragazzino o una ragazzina diceva cose tipo: «guarda quel ragno!» e noi: «aspetta, vado là e l'ammazzo, lo butto fuori dal reparto!» e non, invece: «no, guarda che non è vero, non esiste nessun ragno». Perché devi capire quando delle manifestazioni – che stanno su un piano di “reale non reale” e che possono essere viste come qualcosa di pericoloso e di folle – possono anche rappresentare degli strumenti, degli appigli per non cadere in una totale patologia psichiatrica che impedisce ogni rapporto con la realtà.

Noi quindi abbiamo fatto veramente una serie di passi avanti e indietro, verifiche, controlli, sperimentazioni, perché a livello teorico puoi parlarne quanto ti pare ma, poi, è con la pratica clinica che ti devi misurare costantemente.

L'aspetto della violenza è importante, perché la violenza ha tante forme. Pensa anche all'uso improprio dei farmaci che con i minori dovrebbe avere solo la finalità di permettere quell'alleanza terapeutica e quell'aggancio rispetto a una condizione di sofferenza legata al disagio psichiatrico. E però quanti adolescenti, soprattutto nelle strutture che stanno fuori dal controllo della Regione, vengono imbottiti perché così diventano più facilmente gestibili! E se la cura prevede una sola visita ambulatoriale una volta al mese, ti devono riempire di farmaci sennò tu quel mese non campi.

Il discorso sugli psicofarmaci e sul loro diverso utilizzo ha a che fare con la differenza fra il contenimento e la contenzione. Anche noi abbiamo usato il contenimento, abbiamo bloccato dei ragazzi perché o facevano del male o si facevano del male. Uno dei primi ragazzini che abbiamo ricoverato alla neuroinfantile lo chiamammo Hulk perché si graffiava tutto il viso e si riempiva di ferite a sangue facendo urli furibondi, da Hulk appunto. Però, che significava per noi questa differenza tra contenzione e contenimento? Contenzione significa che ti lego al letto per risolvere un problema di gestione organizzativa e me ne vado, contenimento significa che ti tengo e ti sto vicino, resto lì con te, condivido la tua sofferenza. Fare tre punture per “togliersi il problema della crisi” è un'altra forma di contenzione. Contenere a letto, in un rapporto uno a uno, è molto più faticoso che dare un farmaco: la nostra esperienza ci aveva insegnato che di solito coi farmaci i ragazzini, quando si risvegliavano, erano più incazzati di prima e non avevi creato nessun aggancio, nessuna alleanza, avevi solo rimandato lo scoppio di quello che non

---

<sup>8</sup> Ivi, p. 96 (già nel citato articolo *Ragione e passione*).

era affatto un episodio di violenza gratuita ma l'esplosione di una sofferenza profonda. Insomma, Marco diceva: possiamo discutere di tutto e all'infinito, però l'obiettivo è arrivare al nucleo di questa sofferenza profonda e affrontarla con competenza e responsabilità, in una prospettiva di accoglienza, di ascolto e di risposta. Prendendosi – pretendendo – il tempo necessario alla risposta.

Soprattutto bisognava – bisogna – essere consapevoli del nostro essere adulti e assumere il ruolo dell'adulto fino in fondo, perché effettivamente gli adolescenti «ti sucano» – diceva Lombardo – «ti succhiano». Lavorare con gli adolescenti è affascinante, io non avrei fatto l'infermiera da nessun'altra parte del mondo – se non con le donne – perché gli adolescenti ti danno un sacco di energia, un sacco di nuove idee e hanno una ricchezza creativa che è impressionante, se però li sai ascoltare, se sei un adulto che regge la sfida, che non si fa distruggere come spesso succede alle famiglie degli adolescenti con patologie psichiatriche, vuoi perché sono lasciate sole, vuoi perché vivono altre situazioni di povertà culturale o problematiche sociali. Perché alle volte sarebbe bastato poco, anche solo una maggiore sensibilità dei servizi territoriali senza dover arrivare a rivolgersi all'ospedale.

Pure noi in ospedale potevamo riprodurre la stessa dinamica genitoriale, anche perché Bollea voleva che nei turni fossimo un uomo e una donna, e sicuramente si doveva lavorare sugli uomini e sulle donne infermieri per puntare ad avere dei ruoli effettivamente funzionali, perché se non si era in grado di reggere la sfida o se si entrava troppo nella sfida – e questo accadeva soprattutto ai colleghi maschi – si finiva a botte e col ragazzino legato e tu al pronto soccorso perché ti eri beccato minimo un pugno in bocca se non un morso sul polpaccio, una tirata di capelli... Quindi, di fondo, si doveva lavorare sia sulla formazione, contro tutti i preconcetti, sia sulle condizioni minime per farci lavorare bene e quindi gli organici – medici, infermieri – dovevano essere validi e ci doveva essere rotazione quando uno era stanco: «so' stanco, non ce la faccio più», «bene, va' a lavorà all'ambulatorio, va' a rifiatà». E le supervisioni servivano proprio per gestire la responsabilità, per evitare che di notte ti sognassi i casi che avevi avuto di giorno. Io ti dico che quando Marco poi è morto, ti sto parlando dell'89, saremmo dovuti andare a lavorare nell'ambulatorio generale perché Marco pure aveva bisogno di ricaricarsi e occuparsi per un po' di patologie differenti, lavorare più sull'accoglienza e la prevenzione e staccare per qualche tempo con la patologia conclamata e di fatto distruttiva e risucchiante.

Insomma questa consapevolezza della sfida e dei limiti era, secondo me, la chiave di volta per riuscire a essere capaci e efficaci. Non ti dico che cosa ci raccontano i ragazzi di certe case famiglia, di certe strutture private convenzionate, che beccano un sacco di soldi senza controlli su quello che fanno: e non fanno formazione agli operatori che prendono a lavorare sottopagati e sotto organico. I ragazzi ci raccontano di ore passate in totale libertà, co' canne e co' tutto il resto, anche co' rapporti sessuali, anche co' violenze: perché ci sono state anche comunità che sono state chiuse proprio per queste problematiche. Perché tu effettivamente devi metterci personale adulto, che voglia e che sia in grado di accettare la sfida adolescenziale.

Poi ti dico: errori ne abbiamo fatti tanti anche noi, se ti raccontassi le discussioni fatte nei reparti... de storie ce ne stanno una caterva, veramente tante e da ognuna c'è da imparare.

*Cos'è cambiato e cosa è rimasto di questo clima, di questo metodo di lavoro per forza di cose sperimentale?*

Negli anni sono cambiate molte cose, è cambiata la società, è cambiata l'offerta dei servizi sanitari, sono cambiate le patologie e si è accumulata una grande esperienza e memoria. Ma la memoria non deve diventare qualcosa che ti metti in tasca, e l'esperienza non deve diventare

un sapere che ti porta a credere di essere onnipotente, di conoscere ormai tutto. Deve essere qualcosa che condividi.

Io sono stata 42 anni a lavorà lì dentro. Ho cominciato come infermiera, poi sono diventata una coordinatrice, caposala e poi sono diventata responsabile di tutta la neuroinfantile.

Quando ho iniziato il lavoro stesso era al centro del mutamento: si doveva rompere con un l'approccio strettamente organicista e spostare l'attenzione sulla persona, sulla psiche, sul soma complessivamente e quindi corpo e mente intesi come un'unica cosa. Ricordo quando comincio l'arrivo massiccio di pazienti con disturbi alimentari. Le anoressiche erano qualcosa veramente impressionante: arrivavano dal Policlinico con lo zainetto e con il sondino, costantemente e continuamente in alimentazione forzata. In maggioranza erano donne, ragazzette, con sintomi e diagnosi di anoressia e bulimia, ma che avevano ricevuto un trattamento esclusivamente e paurosamente organicista ed erano, dopo mesi di ricovero in una clinica medica, quasi incapaci di intendere e di volere. O ancora alcuni dei primi casi impossibili che ci arrivarono paralizzati a letto con catetere e tubi ed erano ragazzi che in realtà avevano subito abusi e vissuto in situazioni estreme da un punto di vista familiare.

Negli anni ci sono state delle grandi trasformazioni dovute non soltanto all'accumularsi dell'esperienza di chi ci lavorava, ma anche dai bisogni e dalle patologie differenti che si presentavano nel tempo in rapporto con le trasformazioni e con il momento della società. Sicuramente trenta, quarant'anni fa non c'erano tutte le problematiche legate alla condizione dei minori migranti che arrivano con viaggi traumatici, vittime della tratta, oppure non c'erano molti casi in cui una patologia psichiatrica si sommava a una qualche dipendenza, che non è soltanto da sostanze ma può esse anche da computer, da gioco, da partner e che può comportare isolamento sociale e disturbi nelle relazioni. Per quanto riguarda il reparto neurologico – perché ovviamente è stata mantenuta la differenza e separazione tra reparto neurologico e reparto di emergenza psichiatrica – ora sono aumentati i casi di malattie rare o le epilessie farmaco resistenti.

È rimasta l'attenzione alla complessità e all'approccio multidisciplinare, che è stata forse una delle novità più importanti del nostro lavoro: riuscire a leggere insieme tanti bisogni e disagi diversi che, prima di diventare una patologia, possono presentarsi semplicemente come difficoltà che, se approcciate in un determinato modo, non evolvono necessariamente in patologia. Quante volte abbiamo visitato in ambulatorio bambini e ragazzini con disturbi di apprendimento che poi ci siamo trovati nel reparto come adolescenti problematici, bulli, casi di isolamento sociale, tutte situazioni che avevano a che fare la problematica precedente che era stata trascurata per mille motivi: la resistenza dei genitori, il rifiuto del ragazzo, i limiti oggettivi dei servizi. Sì perché esiste – alla neuroinfantile come in tutta la sanità pubblica – un problema di impoverimento dell'offerta che mette davvero a rischio il servizio e la capacità di cogliere e rispondere ai diversi aspetti di prevenzione, cura, riabilitazione. A via dei Sabelli un tempo ci stavano una trentina di neuropsichiatri infantili, adesso ce ne sono otto di strutturati e poi co.co.co. che da quindic'anni reggono questa realtà... E c'era, ad esempio, il laboratorio analisi, c'era la radiologia, c'era un reparto stupendo di riabilitazione motoria: avevamo fisioterapisti nostri: lì c'era la Rossano, medico con un'esperienza impressionante. Adesso di questo non resta più niente.

Anche il lavoro sulla prevenzione ha subito le conseguenze della trasformazione del diritto alla salute e al benessere che la sanità pubblica garantisce sempre meno. Noi non abbiamo mai pensato di fare solo cura o riabilitazione, non pensavamo affatto di poterci occupare solamente della sofferenza conclamata senza occuparci anche del versante della prevenzione. Come sosteneva Gabriel Levi (che poi è stato direttore dell'Istituto), se si lavora di più sulla prevenzione si lavora meno sulla cura e sulla riabilitazione e dunque si riduce e si risparmia in



sanità e diminuiscono, nelle statistiche di questa sanità "aziendalizzata", le prestazioni erogate nelle fasi emergenziali e acute.

Sotto la grande ala e il grande occhio di Bollea – perché Bollea dominava – si faceva prevenzione, cura, riabilitazione. Si tenevano i contatti con le scuole per seguire i casi di dislessia, i disturbi dell'apprendimento e del comportamento, perché la prospettiva verso cui si lavorava, anche nei casi conclamati, era quella del reinserimento in una dimensione di vita normale. Ora è tutto più difficile e minacciato dalla mancanza di risorse. Ad esempio sono anni che attendiamo l'apertura di un nuovo reparto per le emergenze psichiatriche a via dei Sabelli. Ma anche il fatto che avessimo la cucina interna all'istituto era importante: può sembrare una scemenza ma non lo è affatto perché l'umanizzazione della cura poteva passare anche attraverso il corso di cucina fatto direttamente dentro le cucine o tramite il cuoco che si portava il bambino in cucina. Avevamo, ad esempio, un reparto all'avanguardia rispetto all'autismo, un centro diurno per i bambini di tre anni per l'osservazione, fatta dalla dottoressa Fè d'Ostiani che è stata un'altra mente eccelsa della nostra neuropsichiatria infantile, che ci formava già allora su come si doveva osservare, come ci si deve muovere e comportare con questi pazienti ed era di grande aiuto anche per i genitori – perché poi la paura, in questi casi, la vivono fundamentalmente i genitori: il bambino non capirebbe e a volte forse non si sentirebbe "malato" se non ci fosse la resistenza dei genitori e dei genitori di bambini "normali".

Quello che avevamo capito è che nella nostra offerta sanitaria non potevamo rinunciare alla creatività solo perché la burocrazia non ci autorizzava a fare una certa cosa o, più semplicemente, perché una certa cosa non si faceva già, non era tra le pratiche in uso. Ti dico una cosa proprio stupida: noi avevamo una piccola piscina – e ci sta ancora alla neuropsichiatria infantile: piccolina, certo, mica è olimpionica – e capitava di andarci pure di notte se c'era qualcuno che stava in stato di agitazione e la piscina poteva rilassarlo, aiutarlo ad abbassare la tensione. Anche una doccia fredda in quelle situazioni poteva aiutare però la piscina era collettiva e più divertente. Alcuni operatori – non solo infermieri, anche medici – si opponevano e criticavano queste cose: «ma mica siamo bagnini noi, mica abbiamo questo come compito nel nostro giuramento di Ippocrate». Le stesse osservazioni le potevi sentire se compravi un gelato durante un'uscita o una passeggiata in quartiere, ci rimproveravano di creare illusioni soprattutto in chi, una volta dimesso, forse non avrebbe più avuto qualcuno che gli pagasse il gelato, come se il fatto di non potergli comprare un gelato al giorno per tutta la vita fosse una buona ragione per non comprargliene mai uno!

Insomma, la realtà è che la patologia psichiatrica faceva paura a tutti e quindi, in fin dei conti, se ci si metteva dietro il paravento di ciò che è consentito o di ciò che è consueto fare si evitava andare a stimolare la propria creatività e l'invenzione che un momento così importante di sperimentazione ci richiedeva. Perché se lì non sperimentavi e se non avevi il coraggio di andare avanti e di mettere in crisi quello che avevi fatto – e anche di tornare indietro per provare un'altra via quando si verificava un problema – beh, se non facevi così avevi chiuso.

Realtà come il Cocomero – che è nato *sulla* neuroinfantile – sono luoghi dove è possibile provare e inventare. Insieme abbiamo inventato e costruito il luogo stesso: ragazzi del reparto, volontari e operatori, e questa combinata di realtà diverse andava arricchendo tutti quanti ed, effettivamente, faceva sperimentare uno spazio di autogestione a chi o non ne aveva mai avuto la possibilità o a chi la patologia psichiatrica aveva completamente stravolto ogni principio con la realtà. Cose che possono sembrare semplici: alla mattina andavamo a comprare la pizza con le 50 lire per sperimentare cosa vuol dire comprare un pezzo di pizza gestendo i propri soldi e concretizzando le proprie scelte nel ri-scoprire un piacere, la voglia di fare anche piccoli agiti per ricominciare ad essere. In questo lavoro di riappropriazione e di rafforzamento del sé e dell'autostima – che si fa insieme, passo dopo passo – il Cocomero era – ed è – uno strumento

di una ricchezza *invereconda*: c'era il biliardino e si poteva giocare, ma si poteva anche stare lì ad annoiarsi: «Io mi annoio al Cocomero», bravo! anche la noia è un qualcosa su cui dobbiamo lavorare, perché io non è che te devo riempì er tempo, tu devi sapertelo gesti, per ritornà a vive', ritornà a scola, ritornà in famiglia o in comunità. Quindi è stato effettivamente – ed è – uno spazio di libertà megagalattico – a due passi dalla neuroinfantile – dove i volontari, secondo le proprie capacità, offrono possibilità e strumenti creativi diversi: c'è chi sa suonare, chi dipingere, chi fare la cartapesta, teatro, ballo, espressione corporea, scrittura creativa, giornalismo...

*Lo stigma della malattia mentale – questa cosa così difficile da capire e accettare – è ancora molto forte. A San Lorenzo capita che una coppia con bambino ti chieda indicazioni per via dei Sabelli senza specificare – ma poi in qualche modo si capisce – che la meta è proprio la Neuropsichiatria infantile...*

La vergogna, il pregiudizio, sono presenti e lo sono forse adesso più di qualche tempo fa per via della solitudine che caratterizza l'attuale società, asettica e incapace di accogliere determinati bisogni. E poi quando le cose funzionano, quando c'è una sanità pubblica capace di rispondere ai bisogni, la gente riconosce questa attenzione. Per questo, forse, in passato la gente si vergognava di meno, perché, anche se i pregiudizi sono sempre esistiti, la risposta ai bisogni ci stava, il territorio funzionava, la scuola veniva contattata dall'ospedale stesso e quindi automaticamente il ragazzino si trovava in una condizione di minore difficoltà. Ormai invece siamo andati a decrescere, siamo andati a ridurre, a risucchiare, a levare e, logicamente, la gente se si sente più sola si vergogna di più.

Eppure in tanti anni ho visto un sacco di ricoveri – una media di cento ricoveri all'anno per quarantadue anni – e abbiamo avuto risultati importanti: un 70% sono rientrati in una dimensione di vita normale, hanno potuto e saputo misurarsi con momenti alti e bassi della vita, gestirli, avere relazioni e condurre una vita sociale che al momento del ricovero sembrava impossibile. Abbiamo avuto ragazzi e ragazze che si sono laureati... certo anche altri che si sono ammazzati, che ci sono riusciti dopo i primi tentativi suicidio, altri che hanno preso il percorso della psichiatria adulti con i trattamenti sanitari obbligatori nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

La malattia mentale fa paura e ci si vergogna di fronte agli altri per via delle reazioni – o delle possibili reazioni – di questa disumana società. Per i bambini, come ti dicevo, spesso sono proprio le reazioni degli adulti a marcare il disagio come qualcosa di sbagliato, qualcosa che non va come dovrebbe andare. Una volta stavo a piazza dell'Immacolata, qua a San Lorenzo, con una ragazzina di otto anni che aveva dei tutori e c'era un bambino col padre che subito lo ha allontanato: ha portato via il figlio per non fargli vedere questa ragazzina o per non farlo giocare con questa ragazzina con i tutori, che evidentemente considerava in qualche modo “non normale”, e la ragazzina di otto anni mi guardò e mi disse «non ti preoccupare, io mi diverto molto più co' te». Aveva capito benissimo cos'era successo.

*Marco Lombardo Radice affermò che molti dei successi terapeutici del reparto che dirigeva erano dovuti alla commistione tra interno e esterno, tra lavoro professionale e volontariato. Sosteneva che gli «aspetti volontaristici» fossero decisivi nel lavoro con il disagio psichico ma «solo se coniugati alla ricerca del massimo di competenza specifica». La sua, dunque, non era una delega alle persone di buona volontà, a un volontariato sempre più spesso chiamato a supplire alle carenze e a nascondere la scelta del disimpegno delle strutture sanitarie in settori e in interventi ritenuti non essenziali e non prioritari. Il saggio sui casi impossibili di Lombardo*

*Radice si concludeva proprio con un richiamo affinché la «psichiatria istituzionale» non perdesse «il seme» dell'agire volontaristico che, con Luigi Manconi, definiva come «pratica dell'utopia "laicamente empirista"».<sup>9</sup> Praticare l'utopia – un altro "impossibile" apparente – era d'altronde la sfida lanciata, a partire dagli anni Sessanta, dal movimento di riforma psichiatrica: praticare «l'utopia della realtà» – per citare il titolo di una raccolta di scritti di Franco Basaglia – significava impegnarsi nel processo di trasformazione del proprio presente.<sup>10</sup>*

*Il Grande Cocomero è senz'altro uno dei frutti di questo «seme». L'associazione – ci racconta Lorenzo Manni, volontario quasi della prima ora – nasce 26 anni fa con lo scopo di realizzare attività di supporto e affiancamento a quelle di cura, nasce dalle esperienze e dalle pratiche sperimentate dalla Neuropsichiatria infantile di via dei Sabelli. Lorenzo, cosa vuol dire fare volontariato al Grande Cocomero?*

Io sono arrivato qua che il Grande Cocomero esisteva da tre anni: avevo fatto l'operatore con i disabili e all'epoca molti disabili passavano per via dei Sabelli (e ci passano ancora). Insomma, ho cominciato a sentir parlare della neuroinfantile e del Cocomero molto prima di venire qua. Quando sono arrivato qui, però, non conoscevo tutta la storia che ha raccontato Graziella e di cui anch'io continuo a scoprirne pezzi ogni volta che se ne parla. Semplicemente mi sono trovato invischiato e sono rimasto qua a fare il socio dell'associazione e il volontario. Ogni volontario, soprattutto i volontari nuovi, si inserisce in questa storia in maniera diversa perché oltre ai laboratori protetti con neuroinfantile – protetti perché i ragazzi sono ricoverati – si fanno tante altre cose. Io ho capito il senso del Grande Cocomero attraverso la pratica del Grande Cocomero piuttosto che attraverso la descrizione minuziosa e ultrapercettiva della mission del Grande Cocomero o della visione teorica e pratica della psichiatria che avevano Bollea o Lombardo Radice. Tu arrivi che fai un'altra cosa – fai il segretario, fai il bidello, fai il geologo, fai lo scout, fai lo studente in linea di massima – e vieni qui perché ti va di fare un po' di volontariato e ti piace 'sto mondo colorato. Arrivi un giorno e ci stanno i ragazzi disabili del quartiere, c'è il laboratorio di teatro e contemporaneamente bisogna organizzare una cosa e contemporaneamente si rompe un tubo dell'acqua, devi fare la saletta prove, devi suonare... e ti infili dentro a 'sto turbine di cose e capisci e non capisci. Bollea io, per anni, l'ho sentito nominare e dicevo: «boh, chi sarà?». Perché alla fine uno si ritrova a fare un percorso molto articolato, com'è quello che succede qua dentro, senza necessariamente conoscere tutte le parti. I volontari del Cocomero descrivono questa cosa con la metafora dei "semini del cocomero": tutti quanti compongono 'sto cocomero, chi un pezzo di rosso chi un pezzo di semino, è un'immagine un po' frikkettona però efficace, che funziona. Allo stesso modo funziona 'sta cosa della zucca cioè che noi siamo il Cocomero ma ci rappresentiamo con una zucca e questa cosa – che all'inizio è incomprensibile, e che c'ha una spiegazione, che però non importa a nessuno – rende ancora più chiaramente l'idea di cosa sia questo posto: tu puoi arrivare qua da ex-paziente, ex-volontario al reparto, da studente o puoi essere uno che passa qui perché deve fare un corso, un'attività e alla fine tu, che sei una zucca che non centri niente col cocomero, tutto sommato un po' di posto al Cocomero ce l'hai.

La scelta di accogliere al Cocomero esperienze esterne non è stata casuale ma costruita e ragionata e ha avuto origine dalla stessa pratica di apertura e sperimentazione che ti ha raccontato Graziella: eravamo consapevoli del fatto che quello che facevamo era enorme, sotto

---

9 Ivi, p. 90.

10 F. Basaglia, *L'utopia della realtà*, a cura di F. Ongaro Basaglia, introduzione di M. G. Giannichedda, Torino, Einaudi, 2005.

un certo punto di vista, ma limitato e così abbiamo pensato – un po' anche perché ci è stato chiesto – di aprirci all'esterno. Abbiamo pensato che negli orari di chiusura – la mattina – gli spazi del Cocomero potevano essere utilizzati da realtà esterne e così abbiamo scoperto che c'era un non-mercato interessato: le compagnie teatrali, i gruppi musicali, i maestri di yoga. Poi piano piano quello lo diceva a quell'altro e si è sparsa la voce che in centro a Roma c'era uno spazio a disposizione, gratis, per fare cose. Abbiamo ospitato di tutto, anche dei corsi assurdi: un corso di canto-danza, ad esempio, che infatti non c'ha avuto nessun successo. Ma sempre chiedendo in cambio la disponibilità a condividere le proprie capacità e di mettere a disposizione le proprie competenze nei laboratori che qui facciamo con i ragazzi della neuropsichiatria o con il gruppo di ragazzi disabili del giovedì, perché i laboratori devono essere tenuti da professionisti. E così chi veniva a fare teatro la mattina ci faceva il laboratorio e poi la regia per lo spettacolo che facciamo ogni anno a giugno a piazza dell'Immacolata.

In fondo, quello che ci ha conquistato, a tutti noi, è questo aspetto della creatività, è il fatto che il Cocomero è, prima di tutto, un posto in cui ti puoi esprimere tu. "Esprimerti tu" significa che se sei un pittore, se sei un teatrante, se sei uno che ti va di stare coi ragazzi e uscire il pomeriggio, lo puoi fare. Forse la definizione migliore di cosa sia il Cocomero l'ha data chi lo ha descritto come l'isola Quisipuò di Stefano Benni e effettivamente il Grande Cocomero è un *quisipuò* quasi per tutti, per i volontari, per i ragazzi che possono fare praticamente qualsiasi cosa, anche distruggere, dipingere sui muri: quando non si poteva dipingere in nessun posto della città è capitato che qui non ce ne fregasse niente, anzi, abbiamo fatto un laboratorio con writers, addirittura la polizia ci ha telefonato perché noi facevamo disegnare sui muri esterni, e noi: «vabbé, so' muri nostri», tra l'altro erano brutti e cadenti, nessuno li ridipingeva, so' diventati colorati... Quindi questa cosa del fatto di fare un *quisipuò* come estensione della neuropsichiatria infantile ha investito anche il Cocomero stesso, che si è trasformato a sua volta aggregando pezzi, come fanno gli organismi bentonici unicellulari che modificano la propria parete cellulare per farsi il guscio attaccando le pietruzze del fondo. E noi facciamo lo stesso: costruiamo il Cocomero appiccicando gente, esperienze, a partire da quella prima cellula dell'esperienza della neuropsichiatria infantile.

Dopo più di un quarto di secolo anche questo organismo un po' strano rischia di scomparire: il Comune di Roma ha intenzione di riacquisire i locali vecchi e vissuti che ospitano il Grande Cocomero – e di molte altre associazioni assegnatarie di spazi facenti parti del cosiddetto patrimonio indisponibile di Roma Capitale (indisponibile e dunque, formalmente, non utilizzabile per fini commerciali). Qualche anno fa, durante la gestione commissariale seguita al "dimissionamento" del sindaco Marino, il Cocomero aveva ricevuto l'ingiunzione di pagamento di arretrati di affitto calcolati su prezzi di mercato: un importo a sei cifre maturato negli anni in cui il Comune non aveva rinnovato il contratto di assegnazione lasciando i volontari del Cocomero in una situazione di forzata irregolarità, tuttora irrisolta. Come spesso accade, spiega Lorenzo, non solo le cattive amministrazioni, ma anche la mancanza di decisioni crea emergenze, disagi e difficoltà. In questo caso si colpisce una realtà complessa, in cui servizi sanitari e comunità si incontrano in uno spazio che è di cura, di condivisione e di cultura. Nelle more della burocrazia che non riconosce valore a ciò che sfugge alle procedure, il Cocomero, sbeffeggiando l'ottusità dei regolamenti, continua a resistere rubando e costruendo spazi di libertà.

---

**Giornaledistoria.net è una rivista elettronica, registrazione n° ISSN 2036-4938. Il copyright degli articoli è libero. Chiunque può riprodurli. Unica condizione: mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da [www.giornaledistoria.net](http://www.giornaledistoria.net).**

Condizioni per riprodurre i materiali --> Tutti i materiali, i dati e le informazioni pubblicati all'interno di questo sito web sono "no copyright", nel senso che possono essere riprodotti, modificati, distribuiti, trasmessi, ripubblicati o in altro modo utilizzati, in tutto o in parte, senza il preventivo consenso di Giornaledistoria.net, a condizione che tali utilizzazioni avvengano per finalità di uso personale, studio, ricerca o comunque non commerciali e che sia citata la fonte attraverso la seguente dicitura, impressa in caratteri ben visibili: "www.giornaledistoria.net". Ove i materiali, dati o informazioni siano utilizzati in forma digitale, la citazione della fonte dovrà essere effettuata in modo da consentire un collegamento ipertestuale (link) alla home page [www.giornaledistoria.net](http://www.giornaledistoria.net) o alla pagina dalla quale i materiali, dati o informazioni sono tratti. In ogni caso, dell'avvenuta riproduzione, in forma analogica o digitale, dei materiali tratti da [www.giornaledistoria.net](http://www.giornaledistoria.net) dovrà essere data tempestiva comunicazione al seguente indirizzo [redazione@giornaledistoria.net](mailto:redazione@giornaledistoria.net), allegando, laddove possibile, copia elettronica dell'articolo in cui i materiali sono stati riprodotti.