

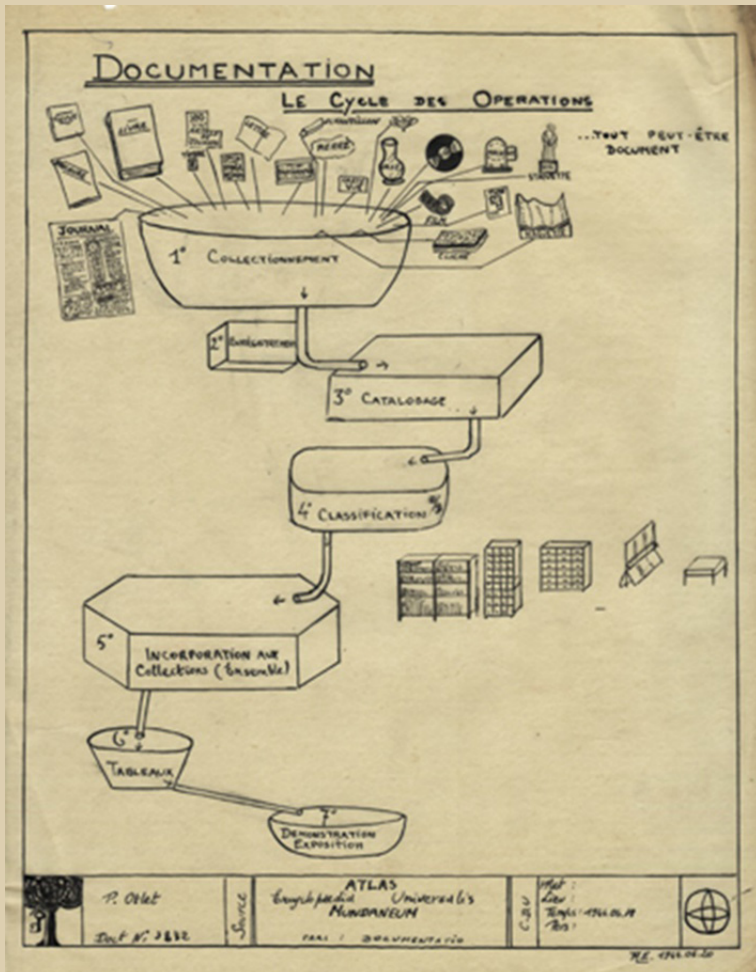
AIDa informazioni

RIVISTA SEMESTRALE DI SCIENZE DELL'INFORMAZIONE

NUMERO 3-

ANNO 43

LUGLIO-DICEMBRE 2025



AIDAinformazioni

RIVISTA SEMESTRALE DI SCIENZE DELL'INFORMAZIONE

Fondata nel 1983 da Paolo Bisogno

Proprietario della rivista:

Università della Calabria

Direttore Scientifico:

Roberto Guarasci, *Università della Calabria*

Direttore Responsabile:

Fabrizia Flavia Sernia

Comitato scientifico:

Anna Rovella, *Università della Calabria*;

Maria Guercio, *Sapienza Università di Roma*;

Giovanni Adamo, *Consiglio Nazionale delle Ricerche* †;

Claudio Gnoli, *Università degli Studi di Pavia*;

Ferruccio Diozzi, *Centro Italiano Ricerche Aerospaziali*;

Gino Roncaglia, *Università della Toscana*;

Laurence Favier, *Université Charles-de-Gaulle Lille 3*;

Madjid Ihadjadene, *Université Vincennes-Saint-Denis Paris 8*;

Maria Mirabelli, *Università della Calabria*;

Agustín Vivas Moreno, *Universidad de Extremadura*;

Douglas Tudhope, *University of South Wales*;

Christian Galinski, *International Information Centre for Terminology*;

Béatrice Daille, *Université de Nantes*;

Alexander Murzaku, *College of Saint Elizabeth, USA*;

Federico Valacchi, *Università di Macerata*.

Comitato di redazione:

Antonietta Folino, *Università della Calabria*;

Erika Pasceri, *Università della Calabria*;

Maria Taverniti, *Consiglio Nazionale delle Ricerche*;

Maria Teresa Chiaravallotti, *Consiglio Nazionale delle Ricerche*;

Assunta Caruso, *Università della Calabria*;

Claudia Lanza, *Università della Calabria*.

Segreteria di Redazione:

Valeria Rovella, *Università della Calabria*

Editrice: Cacucci Editore S.a.s.

Via D. Nicolai, 39 – 70122 Bari (BA)

www.cacuccieditore.it

e-mail: riviste@cacuccieditore.it

Telefono 080/5214220

AIDAinformazioni

RIVISTA SEMESTRALE DI SCIENZE DELL'INFORMAZIONE

«AIDAinformazioni» è una rivista scientifica che pubblica articoli inerenti alle Scienze dell'Informazione, alla Documentazione, all'Archivistica, alla Gestione Documentale e all'Organizzazione della Conoscenza ma amplia i suoi confini in ulteriori campi di ricerca affini quali la Terminologia, la Linguistica Computazionale, la Statistica Testuale, ecc. È stata fondata nel 1983 quale rivista ufficiale dell'Associazione Italiana di Documentazione Avanzata e nel febbraio 2014 è stata acquisita dal Laboratorio di Documentazione dell'Università della Calabria. La rivista si propone di promuovere studi interdisciplinari oltre che la cooperazione e il dialogo tra profili professionali aventi competenze diverse, ma interdipendenti. I contributi pubblicati affrontano questioni teoriche, metodologie adottate e risultati ottenuti in attività di ricerca o progettuali, definizione di approcci metodologici originali e innovativi, analisi dello stato dell'arte, ecc.

«AIDAinformazioni» è riconosciuta dall'ANVUR come rivista di Classe A per l'Area 11 – Gruppo Scientifico Disciplinare 11/HIST-04 – Scienze del libro, del documento e storico-religiose e come rivista scientifica per le Aree 10 – Scienze dell'antichità, filologico-letterarie e storico-artistiche; 11 – Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche; 12 – Scienze giuridiche; 14 – Scienze politiche e sociali. È anche annoverata dall'ARES (Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur) tra le riviste scientifiche dell'ambito delle Scienze dell'Informazione e della Comunicazione. La rivista è, inoltre, indicizzata in: ACNP – Catalogo Italiano dei Periodici; BASE – Bielefeld Academic Search Engine; ERIH PLUS – European Reference Index for the Humanities and Social Sciences – EZB – Elektronische Zeitschriftenbibliothek – Universitätsbibliothek Regensburg; Gateway Bayern; KVK – Karlsruhe Virtual Catalog; The Library Catalog of Georgetown University; SBN – Italian union catalogue; Ulrich's; Union Catalog of Canada; LIBRIS – Union Catalogue of Swedish Libraries; Worldcat.

I contributi sono valutati seguendo il sistema del *double blind peer review*: gli articoli ricevuti sono inviati in forma anonima a due referee, selezionati sulla base della loro comprovata esperienza nei topics specifici del contributo in valutazione.

AIDAinformazioni

Anno 43

N. 3-4 – luglio-dicembre 2025

CACUCCI  EDITORE
BARI

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

© 2025 Cacucci Editore – Bari

Via Nicolai, 39 – 70122 Bari – Tel. 080/5214220

<http://www.cacuccieditore.it> e-mail: info@cacucci.it

Ai sensi della legge sui diritti d'Autore e del codice civile è vietata la riproduzione di questo libro o di parte di esso con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilms, registrazioni o altro, senza il consenso dell'autore e dell'editore.

Sommario

GIOVANNA ARACRI, ANTONIETTA FOLINO, MARIA TERESA GUAGLIANONE, MARCO MANNA, Identification of thesaurus relationships with the support of ChatGPT and Gemini	9
ALESSANDRA BONSIGNORI, Terminologia giuridica e organizzazione della conoscenza	51
MARIA TERESA CHIARAVALLOTI, MARIA TERESA GUAGLIANONE, ELENA CARDILLO, Metadattazione delle tipologie di documenti clinici: un approccio alla standardizzazione mediante LOINC	73
CARLA BEATRIZ MARQUES FELIPE, CARLA MARIA MARTELLOTE VIOLA, RAIMUNDA FERNANDA DOS SANTOS, Domain Analysis on Data Management	91
CLAUDIO GNOLI, EMANUELA VALENZANO, Che faccetta sei?	111
MANUELA GRILLO, Strumenti di convergenza tra archivi e biblioteche: i thesauri	121
BIANCA LA MANNA, Rappresentare gli atti notarili medievali in Linked Open Data (LOD)	141
CLAUDIA LANZA, L'univocità e la variabilità terminologica a supporto della rappresentatività delle risorse semantiche di organizzazione e rappresentazione della conoscenza specialistica	163
LARISSA MORAES MARTINS, CARLOS EDUARDO DA SILVA CARVALHO, ANA CRISTINA DE ALBUQUERQUE, MARIO BARITÉ, Possibilities for using cultural warrant to complement literary work	181
BIANCA THEREZINHA CARVALHO PANISSET, LUCIA MARIA VELLOSO DE OLIVEIRA, LETICIA SOUZA DA COSTA SAMPAIO, CAMILLA CAMPOI DE SOBRAL, Identification of types of documents and knowledge organization: transparency and access in records management	197
SOYOUNG YOON, CLAUDIO GNOLI, ZIYOUNG PARK, Applying Integrative Levels Classification to Korean KOS Registry	211
EMANUELA NICOLE DONATO, GRAZIA SERRATORE, MARIA TAVERNITI, MARIA TERESA CHIARAVALLOTI, L'evoluzione della struttura documentale nelle cartelle cliniche psichiatriche dell'archivio storico del manicomio di Girifalco (1881-1978)	237
LORENZA TALARICO, Manuscripts in the Digital Age	263
MARIA LÍGIA TRIQUES, ANANDA FERNANDA DE JESUS, MARIO BARITÉ, JOSÉ EDUARDO SANTAREM SEGUNDO, ANA CRISTINA DE ALBUQUERQUE, Vocabularies in the digital context	275

MARCIN TRZMIELEWSKI, Context-Driven Use of Automatic Tools in Medical Ontology Design: A Case Study in Allergology	291
CARLA MARIA MARTELLOTE VIOLA, CARLA BEATRIZ MARQUES FELIPE, Exploring the relationships between the Cross-Cutting Women's Agenda - Multi-Year Plan 2024-2027 and the Knowledge Organization of legislative proposals under processing on women in Brazil	313
ELENA CENCETTI, CAMILLO CARLO PELLIZZARI DI SAN GIROLAMO, ELISABETTA VITI, Modellizzazione delle conoscenze: Thesaurus Nuovo soggettario e Wikidata, due strumenti a confronto	325
PONTISH YERAMYAN, ALEXANDER MURZAKU, NICK UVA, CURT ANDERSON, The transferability of brilliance	353
ANA FLÁVIA DIAS ZAMMATARO, ANA CRISTINA DE ALBUQUERQUE, GIULIA CRIPPA, LUCIA SARDO, CARLO BIANCHINI, MARIA LÍGIA TRIQUES, ISKO Italy in perspective	375

Contributi

L'evoluzione della struttura documentale nelle cartelle cliniche psichiatriche dell'archivio storico del manicomio di Girifalco (1881-1978)

Emanuela Nicole Donato*, Grazia Serratore**,
Maria Taverniti*, Maria Teresa Chiaravalloti*

Abstract: In the 19th and 20th centuries significant methodological and scientific changes transformed the psychiatric field. In this context, medical records represent a primary documentary source, as their structure reflects the changes in scientific, cultural, and social approaches over the decades. This study focused on the analysis of medical records from the historical archive of the former psychiatric hospital of Girifalco (CZ, Italy), which includes approximately 15,800 medical records. Through five-year interval sampling 2,290 medical records were analyzed. Results show that structural and content-related changes in medical records were gradual transformations while, in some cases, different versions of the same type of document coexisted for years. The research highlights how these documents transcend the mere function of recording clinical data, serving instead as historical testimonies of the various ways mental illnesses were understood and classified, as well as of the changes that occurred in the medical practice of this discipline.

Keywords: Medical records, Psychiatric hospital, Knowledge organization, Document structure, Girifalco.

1. Introduzione

Il periodo compreso tra il XIX e il XX secolo ha registrato significativi cambiamenti metodologici e scientifici nella disciplina psichiatrica (Babini 2011), influenzando profondamente la comprensione e il trattamento dei disturbi

* Istituto di Informatica e Telematica, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Rende (CS), Italia. emanuela.donato@iit.cnr.it. ORCID: 0009-0003-1350-1429; grazia.serratore@iit.cnr.it. ORCID: 0009-0009-9481-2213; maria.chiaravalloti@iit.cnr.it. ORCID: 0000-0003-4695-2026; maria.taverniti@cnr.it. ORCID: 0000-0001-7000-5817.

** Dipartimento di Culture, Educazione e Società, Università della Calabria, Rende (CS). srrgrz-97r52m208c@studenti.unical.it. ORCID: 0009-0009-9481-2213

Il testo è stato scritto in totale collaborazione e accordo tra le autrici, tuttavia vanno ascritti a Emanuela Nicole Donato il paragrafo 3 e 5; a Grazia Serratore il paragrafo 2 e 2.1; a Maria Teresa Chiaravalloti i paragrafi 1 e 4. Le autrici Emanuela Nicole Donato e Grazia Serratore hanno lavorato congiuntamente per i paragrafi 4.1, 4.2 e 4.3, mentre Maria Taverniti ha coordinato la stesura e le revisioni del contributo.

mentali. In questo contesto di continua e profonda evoluzione, le cartelle cliniche storiche dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici costituiscono una fonte documentale primaria della pratica medico-psichiatrica, ma anche una fonte documentale secondaria dell'evoluzione degli approcci scientifici, culturali e sociali nei confronti della disciplina (Tamburini e Benelli 1885; Caffaratto 2010). Le informazioni in esse presenti sono direttamente influenzate dagli eventi storici e scientifici contingenti alla loro stesura (Greco 2018). Gli archivi storici manicomiali hanno, pertanto, suscitato nel tempo l'interesse di studiosi di molteplici discipline e numerosi sono stati i progetti volti al loro recupero e alla loro valorizzazione (Trovato 2018; Baggio 2020; Ricucci 2025), ma anche gli sforzi atti a creare studi comparativi (Valeriano 2017). Su tutti merita menzione il progetto *Carte da legare* della Direzione generale archivi del Ministero della Cultura, il quale si articola su tre livelli di intervento: il censimento degli archivi, il riordinamento e l'inventariazione della documentazione. Grazie all'utilizzo di un comune schema di metadati, sul sito di progetto (Direzione Generale Archivi n.d.) è possibile condurre analisi statistiche basate su diversi parametri connessi al ricovero dei pazienti.

Qualsiasi sia la prospettiva di indagine non si può prescindere dalla considerazione che le cartelle cliniche sono evidenza dell'organizzazione e rappresentazione delle conoscenze mediche nel corso dei decenni, nonché specchio di correnti ideologiche e del contesto storico-sociale (Fiorino 2002; Carrino 2018). La scelta delle denominazioni delle etichette di sezione e dei campi nelle cartelle cliniche, quindi, non risponde soltanto all'esigenza di registrare le informazioni, ma incide direttamente su di essa, determinando ciò che viene annotato, ciò che viene preso in considerazione per la cura del paziente e, infine, ciò che viene conservato nel tempo.

Al di là del loro contenuto clinico, è pertanto interessante valutare la strutturazione delle informazioni all'interno delle cartelle cliniche, in termini di organizzazione e denominazione delle sezioni e sottosezioni, e come esse si modificano nel corso del tempo, in quanto «if we want to be able to search across versions of concept schemes, we have to track these changes» (Tennis 2006, 13). Mediante il richiamo alla metafora ontogenetica lo sviluppo dei vocabolari viene accomunato allo sviluppo di un organismo vivente, che cambia costantemente durante il corso della sua vita. Ma mentre per un organismo vivente è intrinsecamente possibile tracciare a ritroso i vari stadi evolutivi attraversati, lo stesso non è sempre fattibile per un vocabolario e questo ostacola il recupero dell'informazione nel corso delle varie versioni di uno stesso sistema di organizzazione della conoscenza, il cosiddetto *persistent retrieval* (Tennis 2006). Avere, invece, un meccanismo che permetta di tenere traccia dell'evoluzione di un concetto all'interno di un vocabolario consentirebbe non solo di non perdere informazione, ma anche di rendere evidente come cambiano parole e concetti, anche in relazione al contesto di utilizzo.

Il presente studio intende, pertanto, indagare l'evoluzione dell'organizzazione delle informazioni all'interno di documenti sanitari contenuti nelle cartelle cliniche dell'archivio storico dell'ex ospedale psichiatrico di Girifalco, piccolo paese collinare in provincia di Catanzaro, che rimase in attività dal 1881 al 1978 (Marcello 1995) e il cui archivio storico è, ad oggi, composto di circa 15.800 cartelle cliniche. Disporre di documentazione prodotta in un arco temporale così ampio offre la possibilità di effettuare uno studio diacronico delle denominazioni delle sezioni e sottosezioni delle cartelle cliniche, mettendo in relazione i cambiamenti strutturali e contenutistici con le teorie emerse nel periodo di massimo fervore ideologico della psichiatria.

Questo studio è stato condotto nell'ambito del progetto PRIN 2022 PNRR DILIGO, acronimo di *D*igital preservation, *L*inguistic analysis and valorization of historical archive of the former psychiatric hospital of Girifalco, che ha l'obiettivo di recuperare e valorizzare l'accesso alle cartelle cliniche del manicomio di Girifalco attraverso processi di digitalizzazione, trascrizione, annotazione e analisi linguistica per indagare aspetti culturali, politici, sociali e sociolinguistici di fine XIX secolo e inizio XX secolo. La sottoscrizione di un accordo di collaborazione con l'ASP di Catanzaro ed il nulla osta della Soprintendenza Archivistica e Bibliografica della Calabria hanno permesso di avere accesso ai locali dell'archivio storico del manicomio di Girifalco per consultare le cartelle cliniche ivi conservate.

I paragrafi successivi sono articolati come segue: il secondo paragrafo illustra le fasi salienti della storia del manicomio di Girifalco, descrivendo il complesso archivistico costituito dalle cartelle cliniche e dettagliando le diverse tipologie documentali che le compongono. Nel terzo paragrafo viene descritta la metodologia di selezione e analisi del campione di cartelle cliniche, specificando le motivazioni della scelta di considerare solo i documenti clinici contenuti nelle cartelle cliniche. Infine, i paragrafi conclusivi riportano i risultati emersi dall'analisi effettuata, discutendone le implicazioni metodologiche e prospettando una possibile soluzione di rappresentazione evolutiva dei concetti clinici costitutivi della struttura dei documenti sanitari manicomiali e della conoscenza in essi veicolata.

2. Il manicomio di Girifalco ed il suo patrimonio archivistico

Nell'Italia meridionale post-unitaria si registravano scarsità di strutture dedicate all'accoglienza e alla cura dei pazienti affetti da patologie mentali ed inadeguatezza delle poche disponibili, specie in termini di capienza. I folli della regione venivano sistematicamente ricoverati presso il Real Manicomio di Aversa, in provincia di Caserta, fino a quando, nel luglio 1877, la struttura fu costretta a precludere ogni nuovo ricovero per mancanza di spazio. L'aumento delle richieste di ricovero in Calabria rese ancor più urgente la creazione di un

manicomio regionale. La scelta di Girifalco come sede del nuovo manicomio fu motivata sia da ragioni pratiche che da considerazioni teoriche. Dal punto di vista logistico, Girifalco occupava una posizione centrale nella Regione, agevolando il trasporto dei degenti; inoltre, la prossimità alla Corte di Appello di Catanzaro lasciava spazio alla prospettiva futura di istituire una sezione criminale del manicomio. Sul piano economico la presenza di un ex-convento dei frati Riformati, facilmente convertibile in un istituto di accoglienza, avrebbe permesso di contenere i costi iniziali di realizzazione della struttura. La scelta fu, poi, influenzata da alcune concezioni terapeutiche dell'epoca, secondo cui un «sorridente panorama campestre» (Marcello 1995, 69) era in grado di svolgere un'azione climatologica benefica sul sistema nervoso e regolarizzare il flusso delle idee. Così, il 18 settembre 1878 venne deliberata l'istituzione del Manicomio Provinciale di Girifalco, che aprì ufficialmente nel luglio del 1881 e rimase in attività fino al 1978, quando entrò in vigore la Legge Basaglia (Legge n. 180 del 13 maggio 1978) che sancì la definitiva chiusura dei manicomi in Italia. Questa istituzione fu un centro all'avanguardia nella cura della malattia mentale, grazie alla vivacità ideologica dei diversi luminari che vi prestarono servizio, fra gli altri si ricordano il direttore Silvio Venturi e l'alienista Marco Levi Bianchini. Quest'ultimo, in particolare, introdusse l'innovativa tecnica terapeutica dell'*open door*, che dava la possibilità ai malati di mente meno gravi di uscire dal manicomio durante il giorno, di integrarsi con la comunità cittadina locale e di lavorare nelle officine e nei laboratori che davano sostentamento al manicomio stesso, ribadendo così l'importante ruolo riabilitativo del lavoro.

Il manicomio di Girifalco fu operativo per quasi un secolo, registrando 22.415 ingressi e, attualmente, il suo archivio storico si compone di circa 15.800 cartelle cliniche. La disparità tra il numero totale di ingressi ed il numero delle cartelle cliniche che compongono l'archivio è legata ad ingressi multipli del medesimo paziente, allo smarrimento o al deterioramento di alcune di queste. Si presume che, prima dell'attuale ordinamento dell'archivio, le cartelle cliniche non fossero ordinate secondo il numero progressivo di matricola di ingresso del paziente, ma secondo un ordine progressivo distinto per "Uomini" e "Donne", seguendo lo stesso criterio adottato per la suddivisione dei reparti nel manicomio. Nonostante la parte più consistente dell'archivio sia rappresentata dalle cartelle cliniche, sono presenti anche quattro tipologie di registri, che rappresentano dei preziosi strumenti di corredo organizzati per comune e provincia di residenza, matricola d'ingresso e genere dei ricoverati. Inoltre, è possibile trovare i protocolli della corrispondenza, i fascicoli del personale sia in servizio che in quiescenza, la documentazione contabile e i carteggi riconducibili a vari uffici e settori dell'istituto, tra cui quello infermie-

ristico, la direzione sanitaria, la segreteria e i servizi tecnici¹. L'archivio storico, collocato nell'ex ospedale psichiatrico e conservato in buono stato, costituisce una risorsa documentaria di grande rilievo per la ricostruzione storica delle attività operative e della prassi documentale della struttura, in quanto raccoglie materiali prodotti nel corso dello svolgimento delle funzioni amministrative e cliniche dell'ente. Nel corso degli anni le cartelle cliniche del manicomio di Girifalco hanno suscitato un costante interesse da parte di studiosi e ricercatori provenienti da diversi settori della conoscenza. Fra i lavori di ricerca scientifica svolti, il progetto ALPHA (eAsy intelligent service Platform for Healthy Ageing), svolto in collaborazione tra l'IIT-CNR, l'ICAR (Istituto di Calcolo e Reti ad Alte Prestazioni)-CNR e il Centro Regionale di Neurogenetica (CRN) di Lamezia Terme (CZ) tra il 2014 ed il 2018, aveva l'obiettivo di individuare profili di rischio per l'insorgenza di patologie neurodegenerative attraverso l'analisi dei segni e dei sintomi riportati nelle cartelle cliniche di pazienti con lieve decadimento cognitivo. Contestualmente, è stata condotta un'analisi diacronica su pazienti affetti da demenza ricoverati a Girifalco che, nell'ambito di uno studio genealogico svolto dal CRN, ha permesso di tracciare la trasmissione ereditaria di alcune malattie neurodegenerative, tra cui la malattia di Alzheimer, contribuendo a retrodatare la prima attestazione clinica documentata di tale patologia (Borrello et al. 2016; Bruno et al. 2022). Per lo svolgimento di tali attività, sono state digitalizzate le cartelle cliniche relative al periodo 1881-1931, di cui le prime 550 (risalenti agli anni 1881-1894) sono state anche trascritte. In continuità rispetto al progetto ALPHA, si pongono le attività del PRIN DILIGO, nell'ambito del quale è stata svolta l'analisi descritta in questo contributo. DILIGO ambisce alla digitalizzazione di circa 3.000 cartelle cliniche relative al periodo 1931-1944 e all'esplorazione del metalinguaggio e del lessico relativo alla malattia e ai trattamenti durante la Prima guerra mondiale (1914-1918) ed il regime fascista (1922-1943). Le cartelle cliniche del manicomio di Girifalco sono delle testimonianze storiche dei cambiamenti intercorsi nella documentazione in relazione alle modalità di registrazione delle informazioni nel tempo e all'influenza delle teorie dell'epoca. Pertanto, lo studio della struttura delle tipologie documentali contenute nelle cartelle cliniche può offrire una prospettiva inedita per indagare come siano state concettualmente organizzate le informazioni, quali legami si siano instaurati tra i termini usati per identificare una sezione documentale e i concetti a questi connessi, e in che modo il linguaggio utilizzato abbia contribuito a veicolare alcune teorie.

¹ L'archivio storico risulta, ad oggi, parzialmente inventariato in Carte da Legare, grazie al lavoro di riconciliazione e riversamento dei metadati delle cartelle cliniche condotto dalla sede di Cosenza dell'Istituto di Informatica e Telematica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IIT-CNR).

2.1. Le cartelle cliniche e le tipologie documentali

Nel sistema manicomiale italiano, ogni evento legato al processo assistenziale dei pazienti doveva essere documentato in modo accurato. Questa prassi divenne norma con l'entrata in vigore della Legge n. 36 del 14 febbraio 1904 *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*. Tuttavia, anche senza riferimenti normativi precedenti, è plausibile ritenere che, già prima del 1904, le cartelle cliniche degli istituti manicomiali fossero compilate con criteri analoghi. A supporto di questa ipotesi si pone l'opera *L'antropologia nelle carceri*, pubblicata nel 1885 dagli psichiatri Tamburini e Benelli, nella quale veniva proposto un modulo per le notizie anamnestiche dei detenuti, somigliante per contenuti e struttura ai moduli clinici utilizzati nei manicomi. Nello stesso anno venne pubblicato anche il *Manuale di semeiotica delle malattie mentali* dello psichiatra Enrico Morselli, che si proponeva come guida per lo svolgimento dell'esame clinico del malato di mente. Infatti, il manuale articolava l'osservazione del paziente a partire dall'anamnesi, passando per l'indagine antropologica e fisiologica, fino ad arrivare all'analisi psicologica dei disturbi mentali. Di conseguenza, sia nelle cartelle cliniche proposte per i detenuti, sia in quelle redatte nei manicomi erano previste apposite sezioni dedicate alla rilevazione di misurazioni antropometriche degenerative, in accordo con le teorie lombrosiane dell'epoca (Lombroso 1876).

Al contempo, tuttavia, si delineava anche l'esigenza di adottare tipologie documentali simili all'interno delle strutture manicomiali in modo da uniformare le diagnosi e le informazioni raccolte durante il percorso diagnostico, favorendo così lo studio comparato di casi simili nella stessa struttura o afferenti a strutture diverse. Le cartelle cliniche svolgevano, quindi, in questo contesto, una funzione di supporto alla registrazione sistematica dei casi e alla rilevazione statistica dell'incidenza di specifici fenomeni patologici. Pertanto, anche se non è possibile attestare un utilizzo delle cartelle cliniche per fini didattici in senso stretto, la documentazione sanitaria in esse contenuta fu lungamente oggetto di consultazione da parte degli psichiatri interessati alla raccolta e all'analisi di casi di studio.

La cartella clinica rappresenta il contenitore di tutta la documentazione prodotta e acquisita dal momento dell'ammissione di un paziente e per tutta la durata della sua degenza nell'istituto manicomiale. Dunque, ogni tipologia documentale presente all'interno delle cartelle cliniche era generata nello svolgimento di una specifica funzione o attività, secondo una configurazione, data dalla specifica disposizione e natura delle informazioni veicolate (Bellotto 2004). Successivamente il Regio Decreto n. 615 del 16 agosto 1909, all'art. 63, lettera b, ribadì l'obbligo di redigere

un fascicolo personale per ciascun ricoverato, nel quale debbono essere conservati i documenti relativi all'ammissione, i provvedimenti, le comunicazioni

e la corrispondenza dell'autorità giudiziaria, di quella amministrativa e della famiglia, la diagnosi e il riassunto mensile delle condizioni dell'alienato, e gli atti relativi al licenziamento di esso per guarigione od in esperimento o per altra causa.

Queste tipologie di documenti sono contenute anche nelle cartelle cliniche del manicomio di Girifalco e la consistenza dei fascicoli personali dei pazienti varia in funzione della durata della degenza o della natura del ricovero. Tuttavia, ai fini del presente studio, vengono esclusivamente presi in considerazione ed analizzati i documenti clinici contenuti nelle cartelle, ovvero la modula informativa, la tabella nosologica e il diario clinico, di cui si riportano immagini esemplificative in Figura 1.

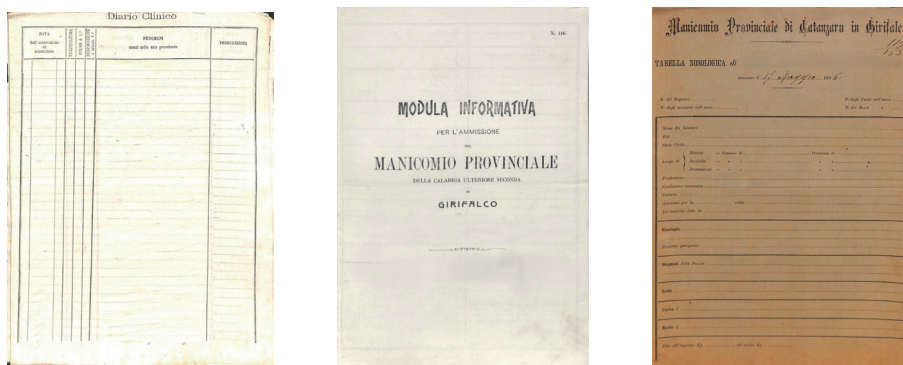


Figura 1. In ordine da sinistra, le prime pagine di modula informativa, tabella nosologica e diario clinico.

L'iter che conduceva al ricovero di un paziente aveva inizio con la presentazione del certificato medico e dell'atto di notorietà, che servivano per predisporre l'ammissione provvisoria. Le condizioni dell'alienato venivano attestate nella modula informativa, che era un questionario prestampato destinato a raccogliere, oltre alle generalità del paziente e alle sue condizioni economico-sociali, anche informazioni anamnestiche e relative all'ereditarietà della pazzia. Sebbene non sia possibile stabilire con esattezza quando le module informative siano state introdotte in modo sistematico nel panorama manicomiale italiano, per il manicomio di Girifalco si registra la presenza della modula informativa come documento accompagnatore al momento del ricovero dal 1884 in poi (Chiaravallotti e Taverniti 2021). Il ricovero del paziente doveva essere, poi, confermato o respinto entro trenta giorni dal momento dell'ammissione sulla base della relazione di valutazione del direttore del manicomio, come stabilito dall'art. 2 della Legge n. 36 del 1904.

Quando un malato di mente entrava in osservazione nel manicomio veniva eseguita una valutazione preliminare che dava luogo alla compilazione della tabella nosologica, o storia clinica, ovvero un documento interno del quale erano riportati i dati anagrafici del folle, arricchiti di ulteriori informazioni quali istruzione, professione, religione, numero di figli, condizione economica, eventuali ricoveri precedenti nella medesima struttura o in altre; a queste informazioni seguivano, poi, l'eziologia della malattia, la diagnosi, l'esito del ricovero. Le osservazioni di carattere sanitario comprendevano invece: un compendio storico della malattia, un breve resoconto dello stile di vita del paziente, indicazioni sul momento di insorgenza della malattia mentale ed episodi di recidività, l'indole del delirio, la possibile causa della follia. Una sezione particolarmente rilevante della tabella nosologica era, poi, quella dell'esame oggettivo, che comprendeva la registrazione delle misure antropometriche, l'esame di vari apparati, la valutazione delle facoltà intellettive, affettive, istintive e morali del paziente. Infine, il diario clinico fungeva da resoconto delle visite per tutte la durata della degenza del paziente all'interno della struttura manicomiale, consentendo di controllare e annotare periodicamente il comportamento dell'alienato, le cure e le terapie adottate, nonché le visite dei familiari.

Come per la modula informativa, anche per la tabella nosologica non è possibile definire con esattezza una data di introduzione; tuttavia la sua presenza tra le tipologie documentali di diversi archivi manicomiali consente di affermare che questa fosse già in uso nella seconda metà del XIX secolo². Le informazioni raccolte in questi documenti erano pressoché le stesse, cambiava la modalità di annotazione e l'analiticità delle informazioni registrate. Nel manicomio di Girifalco, invece, la tabella nosologica fu introdotta dal direttore Dario Maragliano nel 1880 e rientra, quindi, tra le tipologie documentali presenti sin dal primo ricovero registrato nella struttura nel 1881 (Chiaravalloti e Taverniti 2021). Anche il diario clinico, in quanto parte della tabella nosologica, è stato compilato già per i primi pazienti ammessi e, soprattutto all'interno di cartelle cliniche più antiche, si configura come una narrazione dettagliata della degenza dei pazienti all'interno della struttura ed è destinato alla registrazione giornaliera o periodica del comportamento del paziente (Chiaravalloti e Taverniti 2021).

Questa complessa stratificazione documentale indica come le cartelle cliniche e i documenti sanitari in esse contenuti abbiano rappresentato dei veri e propri dispositivi di organizzazione e formalizzazione della conoscenza, soprattutto nel dominio della psichiatria. I documenti sanitari conservati nelle cartelle del manicomio di Girifalco veicolano il sapere medico del XIX e del XX secolo, poiché traducono l'esperienza del ricovero e della cura in categorie

² Negli archivi storici dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Bergamo e dell'ex ospedale psichiatrico San Servolo di Venezia, già nel XIX secolo si adottavano tipologie documentali come cedole e tabelle nosologiche, questionari anamnestici e diari clinici.

osservabili, registrabili e comparabili. In questo senso, dunque, la documentazione sanitaria considerata non solo riflette le pratiche cliniche in uso all'epoca, ma contribuisce a far emergere le modalità con cui la follia veniva descritta, interpretata e gestita.

3. Metodologia

I documenti storici, per loro natura, non sono mai statici e neutrali: la loro struttura rispecchia il modo in cui l'informazione è stata organizzata e utilizzata in un dato momento storico, rappresentando anche una testimonianza delle funzioni da essi assolte. Poiché queste funzioni cambiano nel tempo in risposta a nuovi bisogni istituzionali e culturali, anche la forma del documento si trasforma per rispondere a tali esigenze. In questo senso, la forma conserva e trasmette nel tempo la funzione stessa del documento, garantendone l'integrità del significato veicolato (Duranti 1997). Il carattere diacronico di queste mutazioni strutturali rende complessa l'analisi automatica del loro layout in periodi diversi, poiché tracciare tali cambiamenti non è semplice, soprattutto nel caso di strutture grafiche poco prevedibili e che non seguono dei modelli standardizzati comuni ad altri documenti storici. Infatti, i modelli automatici di analisi e riconoscimento dei layout funzionano in modo accurato con strutture regolari e prevedibili, come ad esempio quelle riscontrate nell'impaginazione dei giornali, e quando si prendono in considerazione periodi di tempo ben definiti (Gutehrle e Atanassova 2022). Gli strumenti di analisi automatica del layout risultano quindi poco adatti a un patrimonio documentale ampio ed eterogeneo, soggetto nel tempo a cambiamenti strutturali di varia natura, come le cartelle cliniche del manicomio di Girifalco. Per questa ragione, nel presente studio si è scelto di adottare un approccio manuale e qualitativo, in grado di valorizzare le peculiarità dei documenti clinici storici presi in esame. A differenza degli strumenti automatici, che mostrano una limitata flessibilità nell'adattarsi alle variazioni strutturali dei documenti nel tempo e non sono in grado di riconoscere possibili trasformazioni semantiche nelle denominazioni delle sezioni, l'approccio manuale offre la possibilità di prestare attenzione consapevole e contestualizzata ai cambiamenti. In questo contesto, l'impiego di un approccio manuale consente di cogliere non solo i cambiamenti formali, ma anche sfumature sottili di significato che possono emergere con il mutare delle pratiche mediche e del contesto d'uso. In tal modo, è possibile ridurre fraintendimenti o semplificazioni che gli strumenti automatici, ancorati a regole fisse e modelli standardizzati, tendono ad introdurre, migliorando conseguentemente l'analisi dei contenuti di questo patrimonio documentale così complesso e stratificato. L'analisi della struttura delle cartelle cliniche assume, quindi, un'importanza centrale per comprendere come la pratica medica abbia plasmato la documentazione clinica e psichiatrica tra il XIX ed il XX secolo,

rivelando così i mutamenti nelle modalità di rappresentazione e categorizzazione delle informazioni in questo dominio della conoscenza.

La metodologia adottata per la realizzazione del presente studio si è basata su un approccio manuale, mirato a derivare, ricostruire e comprendere la loro struttura logica. L'obiettivo primario è stato quello di identificare gli elementi strutturali e le categorie informative ricorrenti all'interno dei documenti clinici, come titoli, intestazioni, paragrafi e tabelle. Queste componenti, che concorrono a definire la forma del documento, non sono solo meri elementi grafici, poiché essi riflettono e supportano le funzioni che il documento era chiamato a svolgere. Attraverso l'analisi manuale del layout, è stato possibile ricostruire il ruolo svolto dalla struttura logica delle cartelle cliniche nello svolgimento delle loro funzioni e nell'organizzazione delle informazioni che esse contengono. L'attività di digitalizzazione delle cartelle cliniche, prevista nell'ambito del PRIN DILIGO, ha permesso di avere maggiore contezza delle loro variazioni strutturali. Ad esempio, si è rilevato che nel fascicolo dei pazienti con degenze multiple vi è la coesistenza di più versioni della stessa tipologia documentale, rispondenti ai modelli adottati nei diversi anni di ammissione, mentre nei fascicoli dei pazienti con degenze prolungate permane lo stesso modello di cartella clinica anche negli anni in cui ne sarebbe stato adottato uno diverso per le nuove ammissioni. Ciò avviene sostanzialmente perché nelle degenze prolungate vi era la tendenza ad aggiornare progressivamente la sezione di diario clinico già presente e si avviava all'esaurimento dello spazio a disposizione, aggiungendo ulteriori fogli mediante spille e graffette. Queste constatazioni hanno permesso di prestare maggiore attenzione nell'analizzare i documenti in relazione ai periodi di degenza o al numero e alla data dei ricoveri, rendendo tuttavia difficile stabilire con precisione il momento in cui è avvenuto il passaggio da un formato all'altro. Inoltre, poiché si è riscontrato che le cartelle cliniche mantengono una struttura relativamente stabile nel breve-medio periodo, un'analisi generale della serie cartelle cliniche si sarebbe rivelata di limitata utilità conoscitiva e ridondante, comportando un significativo dispendio di tempo per la loro revisione a fronte di una sostanziale omogeneità documentale. Tali considerazioni hanno evidenziato la necessità di introdurre un criterio di selezione delle cartelle cliniche da sottoporre ad analisi su base temporale, al fine di individuare con maggiore efficacia casi rappresentativi dei cambiamenti occorsi e quindi significativi ai fini dello studio. Si è deciso quindi di eseguire un campionamento delle cartelle cliniche su base quinquennale, a partire dal 1881, anno del primo ricovero. Al campione sono state inoltre aggiunte le cartelle cliniche dei ricoverati nell'anno 1978, anno dell'entrata in vigore della Legge Basaglia, in quanto ritenuto di particolare rilevanza storica e sociale per la psichiatria italiana. Questo arco cronologico è stato riconosciuto adeguato e sufficiente per tracciare eventuali mutamenti nel layout delle cartelle cliniche, riuscendo a rilevare i cambiamenti più significa-

tivi nella loro struttura. Il campione di analisi, così selezionato, consta quindi di 2.290 cartelle cliniche, con una media di 120 cartelle analizzate per anno, selezionate in maniera randomica a inizio, metà e fine dell'anno analizzato e prendendo in considerazione sia le cartelle cliniche di uomini che di donne, senza una predeterminazione sul rapporto numerico fra queste due categorie.

Per le finalità del presente lavoro, l'analisi si è focalizzata esclusivamente sulle tipologie documentali strettamente connesse alla pratica clinica: le module informative, le tabelle nosologiche e i diari clinici. Queste sono state considerate di particolare interesse e rilevanza, poiché capaci di far emergere i processi di gestione della conoscenza clinica nel dominio psichiatrico nel corso del tempo. Infatti, sebbene le altre tipologie documentali offrano informazioni preziose sull'iter amministrativo del ricovero, non consentono un'analisi sistematica dei processi di produzione, formalizzazione e trasformazione delle conoscenze mediche, principalmente per la limitata occorrenza di termini medici, usati per lo più a fini amministrativi e quindi non significativi per le finalità di questo studio.

Le cartelle cliniche oggetto del campionamento sono state esaminate e analizzate senza che sia stato effettuato alcun trattamento dei dati personali, in conformità con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

L'approccio manuale e qualitativo scelto contribuisce alla valorizzazione della conoscenza delle cartelle cliniche del manicomio di Girifalco, migliorando la comprensione dei processi di categorizzazione delle informazioni ivi contenute, favorendone la predisposizione di strumenti di accesso per garantire una maggiore fruibilità dei contenuti.

4. Risultati e discussione

L'analisi del layout dei documenti sanitari ha messo in luce le trasformazioni della struttura e dei contenuti delle cartelle cliniche del manicomio di Girifalco avvenute nel corso del tempo. Queste trasformazioni, al pari delle teorie scientifiche che vi sottendono, non sono state rapide o improvvisate, ma si sono sviluppate e affermate in lenta progressione, determinando così l'utilizzo di diverse versioni della stessa tipologia documentale nello stesso lasso temporale.

L'analisi comparativa tra le diverse versioni dei documenti sanitari considerati ha permesso di identificare significative variazioni sia a livello di organizzazione che di rappresentazione lessicale delle informazioni cliniche, riscontrando la presenza di diversi formati e varianti della stessa tipologia di documento nello stesso periodo. Tuttavia, tali mutamenti non sono ascrivibili a meri aggiornamenti formali: in linea con quanto osservato negli studi critici sull'organizzazione della conoscenza, le modifiche nelle strutture e nelle etichette documentali riflettono dinamiche culturali, istituzionali e professionali,

nonché orientamenti teorici propri di ciascun periodo storico (Ibekwe 2024), sottolineando come la «Knowledge Organization deals with the inherent tension between the non-neutrality of representation of knowledge and the commitment to respond promptly and accurately to the demands and information needs of different knowledge domains and user communities» (Oliveira Milani et al. 2024, 610). Analizzare come cambia una tipologia documentale nel tempo significa, quindi, individuare strutture e modalità con cui i concetti sono stati categorizzati, nonché le connessioni tra le informazioni registrate ed il contesto storico. Pertanto, il processo di analisi e ricostruzione delle trasformazioni documentali costituisce un'operazione di organizzazione della conoscenza e, come tale, richiede un'attenta riflessione sui criteri di interpretazione delle fonti, poiché il rischio è quello di sovrapporre inconsapevolmente modelli interpretativi contemporanei a strutture documentali storiche, compromettendo la comprensione del loro significato originario e del contesto in cui sono state prodotte.

Lo studio condotto mira, quindi, ad elaborare esclusivamente una analisi qualitativa delle tipologie documentali selezionate con l'obiettivo di evidenziare la loro evoluzione strutturale nel tempo. Non sono stati estrapolati dati quantitativi relativi al campione esaminato – come, ad esempio, il numero totale di documenti riconducibili a uno stesso layout – poiché, avendo adottato un criterio di campionamento di tipo temporale, essi non risulterebbero rappresentativi dell'incidenza cronologica di una determinata versione documentale e non contribuirebbero a ricostruire le dinamiche evolutive delle diverse tipologie di documenti. Una analisi quantitativa per valutare l'incidenza delle varie versioni documentali potrebbe risultare esaustiva e rappresentativa solo mediante una revisione sistematica dell'intero corpus delle cartelle cliniche.

Dall'analisi delle cartelle cliniche con più ricoveri emerge, inoltre, una prassi di continuità nella documentazione sanitaria in cui ogni nuovo ingresso prevede la redazione di una nuova modula informativa, mentre tabella nosologica e diario clinico vengono solo aggiornati. Ciò avviene perché la modula informativa è redatta dal medico condotto per giustificare ogni nuovo ricovero, al contrario tabella nosologica e diario clinico, invece, sono documenti interni al manicomio e, quindi, il solo aggiornamento risulta propedeutico alla cura secondo una visione organica ed unitaria.

I risultati emersi dall'analisi delle tre tipologie documentali prese in considerazione – modula informativa, tabella nosologica e diario clinico – sono di seguito presentati, con l'obiettivo di mettere in luce i cambiamenti, più o meno marcati, intervenuti nel corso del tempo a livello strutturale, terminologico e di formalizzazione delle informazioni.

4.1. Modula informativa

Fino agli anni Venti del Novecento, la modula informativa era un bifoglio, in cui la prima pagina fungeva da frontespizio, riportando l'intestazione dell'istituto manicomiale e talvolta il nominativo del paziente, mentre le tre pagine successive erano destinate alla raccolta dei dati anagrafici, anamnestici e clinici del paziente. Queste hanno una struttura tabellare essenziale, articolata su due colonne: la colonna di sinistra conteneva le etichette prestampate dei campi, mentre quella di destra era riservata alla compilazione manuale del medico condotto del paese d'origine del paziente. Dalle immagini riportate in Figura 2 si evince che, per ragioni grafiche era stato assegnato uno spazio specifico per tutti i campi da compilare, il quale, però, non risulta sempre sufficiente o necessario per le informazioni inserite. Considerando che, in quegli stessi anni, la struttura delle cartelle cliniche da adottare nelle carceri fu teorizzata e ideata da psichiatri, è plausibile che anche queste tipologie documentali siano state strutturate nel dettaglio, senza tuttavia considerare le diverse esigenze espressive. Ad esempio, campi come *condizione economica* erano quasi sempre popolati con poche parole, mentre altri come *ereditarietà della pazzia* erano valorizzati con testi lunghi ed articolati. In alcuni casi, le descrizioni sono così dettagliate da assumere la forma di veri e propri racconti, che finiscono per riempire quasi interamente la colonna, lasciando poco o nessuno spazio ad altre informazioni, che vengono poi aggiunte successivamente o annotate ai margini. Al contrario, il campo *cura praticata, tolleranza ed esito avuto*, disponeva di uno spazio spesso superiore al necessario, presumibilmente perché, al momento dell'ammissione, raramente i pazienti avevano già seguito terapie specifiche e continuative, anche nel caso di ricoveri pregressi. Infatti, nel periodo compreso tra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo, la follia costituiva un pesante stigma sociale e si registrava l'assenza di strumenti terapeutici idonei a garantire un'effettiva riabilitazione dei malati di mente, pertanto, l'internamento nei manicomi era finalizzato principalmente all'isolamento sociale e alla reclusione (Goffman 1968).

Nelle prime versioni della modula informativa, alcune etichette erano costituite da sequenze di quesiti, probabilmente concepite per orientare la raccolta delle informazioni di interesse. Si tratta spesso di formulazioni articolate e accompagnate da esempi, come nel caso del campo relativo all'ereditarietà familiare (Fig. 2). Le etichette diagnostiche rispondevano alla necessità di rendere la raccolta dei dati più sistematica ed efficiente, guidando la compilazione dei diversi medici condotti dei paesi di provenienza dei pazienti. Indistintamente dall'area territoriale, quindi, era fondamentale uniformare il più possibile la tipologia delle informazioni raccolte, affinché gli psichiatri della struttura potessero procedere agevolmente con la valutazione del paziente al momento dell'ammissione.

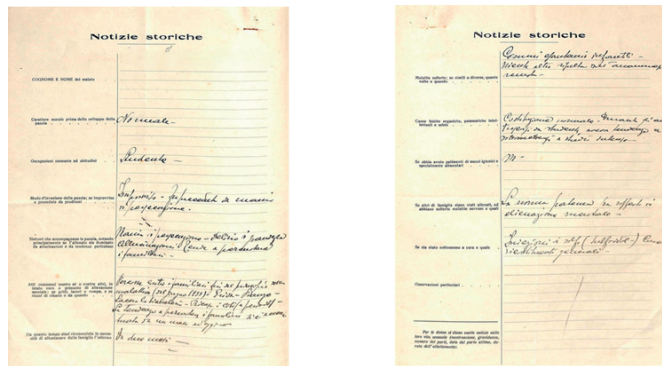


Figura 3. La modula informativa è successivamente sostituita dalle notizie storiche. Si può notare l'articolazione più concisa dei diversi campi e delle informazioni registrate.

Questa maggiore brevità riflette un cambiamento nel modo in cui la disciplina psichiatrica aveva iniziato a considerare il proprio oggetto di studio e alla maggiore esperienza e consapevolezza acquisita nella pratica medica: si presuppone, infatti, che il medico condotto conosca quali informazioni includere e come interpretare il campo.

Queste trasformazioni non sono dunque affatto neutre: la riformulazione delle etichette indica una mutata modalità con cui l'informazione viene raccolta, poiché si orienta il tipo di risposta attesa e, di conseguenza, si contribuisce alla diversa rappresentazione della conoscenza medica. L'abbandono delle descrizioni discorsive e l'adozione di etichette stereotipate comportano la perdita di una certa ricchezza narrativa, ma, al contempo, rispecchiano l'insorgenza di modelli interpretativi e operativi della psichiatria, che cerca di definire un approccio più sistematico e affermarsi come branca riconosciuta delle scienze mediche.

In sintesi, il passaggio da una modula informativa più descrittiva al modulo delle notizie storiche, più sintetico e tecnico, riflette l'evoluzione della disciplina stessa, che nel tempo affina i propri strumenti e chiarisce i criteri di rilevanza diagnostica.

4.2. Tabella nosologica

La tabella nosologica è un modulo composto da più sezioni, organizzate in sottosezioni, ognuna con intestazioni e campi prestampati, organizzati graficamente in spazi ben definiti da compilare. Questo strumento riflette i principi propri della nosologia, disciplina che classifica le malattie in base alla causa, ai meccanismi di insorgenza, ai sintomi e agli apparati coinvolti.

Dalle analisi a campione è emerso che le tre versioni del documento più rappresentative dei mutamenti intercorsi in questa tipologia documentale

sono risalenti agli anni 1881, 1931 e 1978. Si è, pertanto, deciso di focalizzare l'analisi comparativa sulle cartelle cliniche dei ricoveri avvenuti in questi anni. Esse evidenziano come la tabella nosologica sia il documento soggetto alle trasformazioni più rilevanti, sia in termini di estensione (raggiungendo sino alle dieci pagine), sia per modifiche nelle intestazioni e nella nomenclatura dei campi. I tre anni oggetto di analisi consentono di focalizzarsi su momenti chiave nella storia del manicomio di Girifalco: il 1881 corrisponde all'anno di apertura della struttura permettendo di riflettere su come le informazioni fossero raccolte e categorizzate all'inizio delle sue attività; il 1931 è stato scelto poiché intermedio nel periodo di attività del manicomio e, infine, il 1978 è l'anno di chiusura formale del manicomio e offre, quindi, la possibilità di valutare come la riforma psichiatrica abbiano mutato le modalità di considerare e trattare le malattie mentali.

La prima versione analizzata (1881) consta di quattro pagine distinte: nella prima venivano annotate le generalità del paziente, l'*eziologia*, la *diagnosi della pazzia* e l'*esito* del ricovero. Segue la sezione relativa all'*anamnesi della famiglia e del malato*, in cui, dopo un ampio spazio per annotazioni libere, vi è la sezione *stato presente*, dedicata all'esame clinico, contenente, a sua volta, la sezione *generalità ed antropometria*. Quest'ultima sezione è articolata in due parti: la prima relativa ad annotazioni circa *statura, costituzione, nutrizione, anomalie di sviluppo e di forma*; e la seconda dedicata alle misure cranio metriche dettagliate in vari campi come *indice cefalico, altezza della fronte* e così via. Annotazioni di questo tipo consentono di riflettere su quanto, all'epoca, la psichiatria adottasse un approccio sperimentale, influenzato dalle teorie contingenti legate ad una concezione organicistica e biologica della malattia mentale. La terza pagina era dedicata alle *funzioni psichiche*, sezione articolata in otto campi accompagnati da diciture esplicative che ne orientavano la compilazione (Fig. 4).

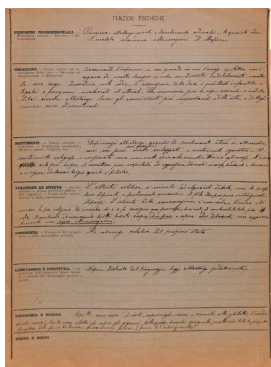


Figura 4. Terza pagina di una tabella nosologica del 1881. Si notano in dettaglio i campi contenuti nella sezione *funzioni psichiche*.

La quarta pagina era articolata in due parti, la prima dedicata all'annotazione delle *funzioni di relazione (sensibilità e motilità)* in cui si riscontra l'utilizzo di aggettivi modificatori caratterizzanti per la costruzione di campi che hanno una relazione gerarchica con la sezione di cui sono parte. E la seconda parte relativa alle *funzioni vegetative* contenente informazioni come *circolazione, respirazione, digestione*. Segue il diario clinico che, riconosciuto come documento a sé stante, verrà analizzato in seguito (si veda Paragrafo 4.3. Diario clinico).

In alcune cartelle cliniche, la versione appena descritta della tabella nosologica coesiste con un'altra probabilmente introdotta per ragioni politico-amministrative tra il 1882 ed il 1885. I due modelli si differenziano per l'intestazione: la versione sopra descritta, più antica, presenta l'intestazione *Manicomio Provinciale della Calabria Ulteriore Seconda in Girifalco*, mentre quella successiva è intestata *Manicomio Provinciale di Catanzaro in Girifalco*. Il modello rimane concettualmente uguale, anzi, il contenuto dei campi risulta essere spesso fedelmente copiato a mano.

La versione del 1931, intestata *Ospedale Psichiatrico Provinciale di Catanzaro in Girifalco*, mostra un cambiamento terminologico che riflette il riconoscimento della psichiatria come disciplina medica autonoma. Inoltre, rispetto alle versioni precedenti si nota un cambiamento di denominazione da *tabella nosologica* a *storia clinica*, indicando una maggiore attenzione all'anamnesi e all'evoluzione del quadro clinico. La storia clinica comprende, in questa versione, ben otto pagine che sottolineano l'importanza attribuita nel contesto diagnostico alla raccolta di dati relativi allo stile di vita e alle caratteristiche psico-fisiche del paziente. Nella prima pagina permangono le generalità del paziente con campi sintetici a compilazione standardizzata, si aggiunge però una sezione a testo libero intitolata *Anamnesi familiare ed individuale – inizio e corso della malattia – come si presenta l'infermo al momento dell'ammissione* e uno spazio dedicato all'apposizione delle fotografie del malato. Nella seconda pagina la sezione denominata *Stato attuale* riporta gli stessi campi di misurazione della sezione *Stato presente* del 1881 a cui seguono le due sezioni *cranio e faccia*. Segue una sezione inedita rispetto alla versione precedente *Note antropologiche degenerative*, che amplia e approfondisce l'esame delle caratteristiche somatiche ed organiche di matrice lombrosiana, testimoniando quanto il loro influsso fosse ancora pienamente radicato nella pratica psichiatrica. Vi rientrano campi che indagano le *degenerazioni* nelle varie parti del corpo. Segue la sezione dedicata alla *Vita vegetativa* (denominata *Funzioni vegetative* nel 1881), che si compone di vari campi quali *torace, addome, sistema linfatico e sanguigno* oltre al campo *siero diagnosi* riservato all'annotazione di test di diverse patologie, tra cui la reazione di *Wassermann* per sifilide e altri test eseguiti, in particolare, per tubercolosi e tifo. Segue poi la sezione *Vita di relazione* in cui sono annotate le diverse tipologie di sensibilità testate. In essa innovativa è la presenza di un disegno dello schema corporeo, atto a supportare graficamente

l'indicazione delle varie sensibilità corporee e un diagramma del campo visivo o grafico perimetrico accompagnato al campo sensibilità visiva per meglio annotare le informazioni dell'esame del campo visivo (Fig. 5).

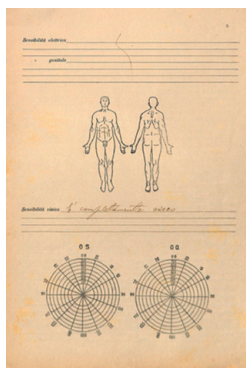


Figura 5. Quinta pagina di una tabella nosologica del 1931. Si notano in dettaglio le illustrazioni mediche a corredo delle sezioni.

La pagina successiva contiene le sezioni *riflessi*, con tre sottosezioni e la sezione *motilità* che, rispetto alla versione precedente comprendente soli tre campi, si specializza ulteriormente espandendosi fino a dodici. L'ultima pagina comprende la sezione *funzioni psichiche* che diventa una sezione ad annotazione libera ad eccezione di tre campi: *diagnosi clinica*, *prognosi* e *cura*, i quali occupano uno spazio molto ridotto in basso nella pagina.

Nella tabella nosologica del 1978 le dimensioni tornano ad essere ridotte e consta infatti di quattro pagine. La prima pagina rimane dedicata alla *storia clinica* del paziente ed i campi rimangono invariati per significato, pur assumendo denominazioni diverse. Si segnala l'introduzione di due nuovi campi di *ammissione* e *dimissioni*, graficamente ampliati rispetto al passato, quando tali dati venivano annotati ai margini, conferendo così al documento maggiore ordine e chiarezza. La seconda pagina si apre con la sezione di anamnesi che cambia rispetto al passato: da spazio ad annotazione libera, viene esploso in tre campi standardizzati: *anamnesi familiare*, *anamnesi personale* e *modo di insorgenza dell'attuale malattia*. Segue poi nella stessa pagina la sezione dell'*esame clinico* contenente tre sottosezioni *esame antropologico*, in cui venivano annotate le misurazioni; *esame tegumentario*, dedicato ad annotazioni dell'apparato cutaneo e utile per rilevare la presenza di malattie infettive; e, infine, nella pagina successiva la parte relativa all'*esame delle funzioni vegetative*. La terza pagina contiene l'innovativa sezione *esame neurologico*, sinora mai prevista, e che rappresenta un passo significativo verso una valutazione più sistematica del paziente psichiatrico. Storicamente, la psichiatria aveva spesso trattato il disturbo mentale separandolo dalla funzione neurologica, mentre a partire dal secondo dopoguerra si afferma l'importanza di distinguere patologie neurologiche vere

simili. Parallelemente, si assiste allo sviluppo di una vera e propria ontogenesi delle capacità descrittive e categoriali del documento. Le informazioni non sono più semplicemente elencate, ma messe in relazione tra loro, favorendo la formazione di reti semantiche interne al linguaggio medico. Per esempio, all'interno del campo *ideazione* si distinguono sotto-aspetti come *corso delle idee*, *natura*, *associazione*, che non rappresentano categorie isolate, ma termini funzionali all'organizzazione di un quadro diagnostico coerente. La comparsa di una terminologia tecnica più specifica e condivisa consente di costruire connessioni tra concetti (sintomo-funzione-diagnosi), riducendo ambiguità e discontinuità.

4.3. Diario clinico

Il diario clinico si presenta come un documento a compilazione progressiva, aggiornato cronologicamente con osservazioni riguardo lo stato fisico e psichico del paziente. La sua struttura si è progressivamente evoluta assumendo layout differenti, pur restando essenziale e narrativa. In particolare, sono state rilevate cinque versioni di questa tipologia documentale e dal loro confronto, si riscontra una sostanziale continuità strutturale, caratterizzata da un layout che permane pressoché invariato nei suoi elementi fondamentali: una griglia semplice per la descrizione della degenza del paziente e, in alcune versioni, campi preimpostati per l'annotazione della data di registrazione dell'osservazione e delle cure praticate.

L'impaginazione è priva di illustrazioni e pensata per la raccolta di testo manoscritto. La prima versione analizzata, datata 1881 (Fig. 7) presenta intestazione *diario clinico* e denota un impianto articolato in colonne verticali con etichette ben definite. Il primo campo è dedicato alla *data*, a sua volta articolato in tre colonne verticali per giorno, mese ed anno di annotazione. Si trovano poi tre campi, *temperatura*, *polso* e *respirazione*, probabilmente così strutturati per consentire una rapida comparazione dei parametri vitali del paziente nel corso della degenza, ma questi campi non sono stati mai compilati. Il campo denominato *fenomeni notati nella data precedente*, al contrario, si configura come uno spazio aperto alla narrazione clinica, destinato all'annotazione libera delle osservazioni comportamentali e psichiche del paziente. L'utilizzo del termine *precedente* può trarre in inganno: questo si riferisce esclusivamente alla posizione della data all'interno della pagina rispetto al resoconto delle osservazioni effettuate e non vi è alcun riferimento ai fenomeni notati in precedenza. Le annotazioni e le descrizioni sullo stato di salute dei pazienti, in questa fase, si presentano come lunghe, articolate e ben dettagliate, estendendosi per diverse pagine. Il campo *prescrizioni*, infine, è destinato alla registrazione sintetica dei trattamenti somministrati nella data considerata, ma è compilato raramente.

Nella seconda versione del documento, riportata in Figura 7 e relativa all'anno 1886, si osserva una progressiva semplificazione del layout. Le etichette della prima versione vengono ridotte e permangono solo i riferimenti temporali *anno, mese e giorno*. La motivazione di questo cambiamento strutturale è probabilmente da ricondursi al mancato utilizzo e alla scarsa valorizzazione dei campi precedentemente previsti. Le informazioni più rilevanti sono ugualmente annotate sotto forma di testo manoscritto ed in linguaggio naturale. Inoltre, in questa nuova configurazione, per via della sua disposizione all'interno della pagina, l'etichetta *diario clinico* sembra avere la funzione di campo e non quella di intestazione della tipologia documentale. Per l'anno 1886 si nota la coesistenza di una seconda versione del diario clinico, come evidenziato in Figura 7. Questa presenta intestazione *Decorso e cura* e ha un layout ancora più essenziale, costituito da righe orizzontali, che guidano la scrittura, e da una riga verticale, dedicata alla separazione tra la data di compilazione e l'annotazione.

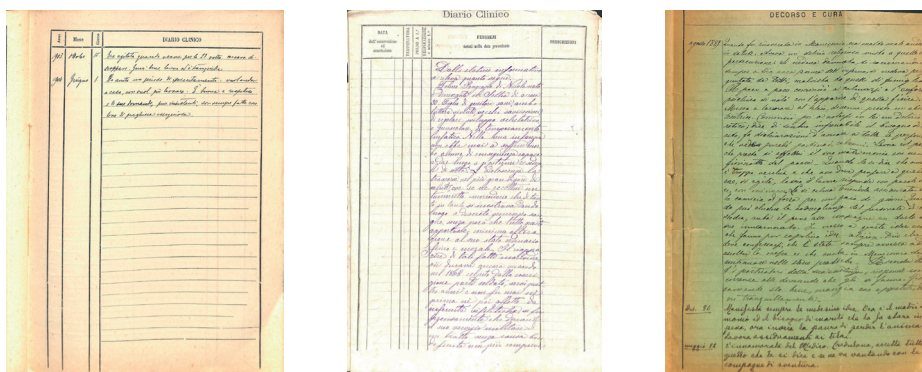


Figura 7. Esempi di diario clinico, uno del 1881 a sinistra e due del 1886 a destra.

Le versioni del documento relative agli anni 1931 e 1956 (Fig. 8) segnano un abbandono definitivo della struttura tabellare in favore di una struttura più libera per la gestione di annotazioni sintetiche nella pagina. Si assiste, infatti, a una progressiva trasformazione: dalle prime versioni, caratterizzate da lunghi resoconti narrativi e dettagliati, si passa nelle versioni più recenti a registrazioni sintetiche, spesso strutturate in elenchi di date, corredate da annotazioni brevi e sempre più orientate alla rilevazione di parametri vitali e alla registrazione delle somministrazioni farmacologiche.

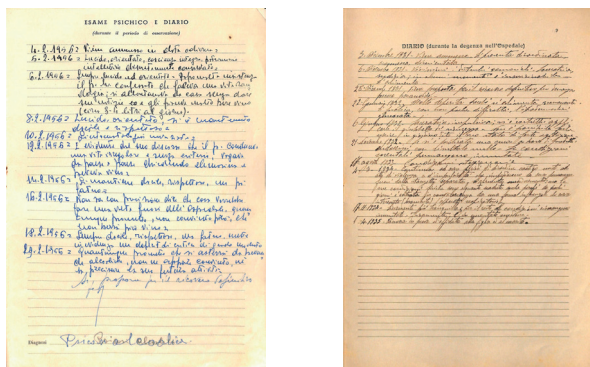


Figura 8: Esempi di diario clinico relativi rispettivamente agli anni 1931 e 1956.

Dall'esame delle diverse versioni del documento si evidenzia, in particolare, come le intestazioni siano cambiate nel tempo, riflettendo la diversa rilevanza e finalità attribuita al diario nel tempo. In ordine temporale, la progressione nella denominazione delle intestazioni va dal più generico *Diario clinico* (1881), alla coesistenza delle versioni *Decorso e cura* (1886) e *Decorso e cura della psicopatia* (1886), per arrivare poi a *Diario (durante la degenza in ospedale)* (1931) e, infine, a *Esame psichico e diario* (1956). Con quest'ultima evoluzione terminologica, il documento assume una duplice funzione, diagnostica e narrativa, testimoniando un cambiamento funzionale da spazio di osservazione soggettiva ad un documento che integra narrazione e dati clinici. Questa trasformazione è da intendersi non solo come un'evoluzione linguistica ma anche strutturale: nel tempo, si sviluppano e si affinano le capacità di rappresentare e utilizzare le parole in modo sempre più astratto, efficiente e coerente (Tennis 2006; Tognoli et al. 2019). In questo senso, l'evoluzione del diario clinico non comporta una perdita di contenuto, ma testimonia piuttosto una trasformazione verso una rappresentazione più efficace e operativa della conoscenza clinica.

5. Conclusioni

Il presente studio ha inteso indagare l'evoluzione della struttura dei documenti sanitari contenuti nelle cartelle cliniche del manicomio di Girifalco per rintracciare nelle evoluzioni formali della documentazione clinica anche l'evolversi dell'organizzazione delle conoscenze mediche, e psichiatriche in particolare, tra il XIX ed il XX secolo. In tal modo, lo studio contribuisce a sviluppare un innovativo percorso interpretativo nella rappresentazione della conoscenza di documenti clinici storici, contribuendo alla loro caratterizzazione.

I documenti sanitari analizzati – modula informativa, tabella nosologica e diario clinico – vanno quindi oltre la mera funzione di registrazione del dato clinico nella prassi manicomiale, configurandosi come testimonianze storiche delle diverse modalità di comprensione e classificazione delle malattie mentali e dei cambiamenti occorsi nella pratica medica della disciplina psichiatrica. Dall'analisi effettuata è emerso che la trasformazione della struttura dei documenti sanitari è stata lenta e graduale e, lungi dall'essere uniforme, è stata piuttosto frammentaria e progressiva, con la coesistenza, per lungo tempo, di più versioni della stessa tipologia documentale, soprattutto all'interno di cartelle cliniche con degenze prolungate, contribuendo così a rendere più sfumato il confine temporale del passaggio da un modulo ad un altro. Attraverso l'analisi del layout documentale, si è osservato, inoltre, che le modifiche spesso hanno interessato solo singole sezioni dei documenti analizzati, le loro stesse denominazioni o quelle di specifici campi, sottolineando un passaggio significativo da descrizioni dettagliate e narrative, a espressioni sintetiche, più concise e spesso riportate per punti. Pertanto, mentre il numero e la specializzazione dei campi aumenta, il loro contenuto diventa più sintetico.

Tra le tipologie documentali considerate, la tabella nosologica è il documento che ha mostrato maggiore evoluzione per struttura e contenuto, passando da sezioni narrative e descrittive a sezioni articolate e semanticamente più organizzate.

La conoscenza acquisita sulla struttura documentale dei documenti clinici analizzati offre spunti di ricerca futura. Infatti, per ogni layout identificato si potrebbero creare dei file XML-TEI per formalizzare le relazioni tra concetti, campi e contenuti, a supporto di più approfondite analisi computazionali. Le trascrizioni del contenuto delle cartelle cliniche potrebbero, infatti, essere innestate in uno schema XML-TEI appositamente predisposto, creando l'opportunità di condurre analisi comparative e studi più approfonditi, e al contempo riducendo il tempo necessario per la raccolta e la valutazione dei dati. I vari tag XML-TEI potrebbero, poi, generare le classi di un'ontologia della struttura documentale che consentirebbe di creare delle query per la navigazione dell'archivio. L'applicazione di standard internazionali, come XML-TEI per il tagging e la strutturazione dei layout, e Records in Contexts-Ontology (RiC-O) per la definizione di un'ontologia, consentirebbero di rendere tali strumenti semanticamente interoperabili.

Ringraziamenti

Questo lavoro si colloca nell'ambito delle attività del PRIN 2022P NRR P2022R5LJ7 "Digital preservation, Linguistic analysis and valorization of historical archive of the former psychiatric hospital of Girifalco (DILIGO)",

con il sostegno dell'Unione Europea – Next Generation EU, Missione 4 Componente 1, CUP B53D23030290001.

Riferimenti bibliografici

- Babini, Valeria Paola. 2011. *Liberi tutti: Manicomi e psichiatri in Italia, una storia del Novecento*. Bologna: il Mulino.
- Baggio, Serenella. 2020. "Memorie di guerra dagli archivi manicomiali del Trentino." In *Lingua e patologia. I sistemi instabili*, 203-34. Roma: Aracne Editrice – Gioacchino Onorati Editore.
- Bellotto, Heloísa Liberalli. 2004. *Arquivos permanentes: Tratamento documental*. 2nd ed. Rio de Janeiro: FGV.
- Borrello, Laura, Chiara Cupidi, Valentina Laganà, et al. 2016. "Angela R.: A Familial Alzheimer's Disease Case in the Days of Auguste D." *Journal of Neurology* 263 (12): 2494-98. <https://doi.org/10.1007/s00415-016-8294-x>.
- Bruno, Francesco, Valentina Laganà, Raffaele Di Lorenzo, Amalia C. Bruni, and Raffaele Maletta. 2022. "Calabria as a Genetic Isolate: A Model for the Study of Neurodegenerative Diseases". *Biomedicines* 10 (9): 9. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10092288>.
- Caffaratto, Daniela. 2010. *Archivio dell'Ospedale neuropsichiatrico di Racconigi*. Torino: Hapax.
- Carrino, Candida. 2018. *Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850 1950)*. Roma: Carocci Editore.
- Chiaravalloti, Maria Teresa, e Maria Taverniti. 2021. "Sanus egredieris." *Mélanges de l'École française de Rome - Italie et Méditerranée modernes et contemporaines* 133 (1): 159-72. <https://doi.org/10.4000/mefrim.10674>.
- Direzione Generale Archivi. n.d. "Carte da legare. Archivi della psichiatria in Italia." Consultato il 13 luglio 2025. <https://cartedalegare.cultura.gov.it/home>.
- Duranti, Luciana. 1997. *I documenti archivistici: la gestione dell'archivio da parte dell'ente produttore*. Roma: Ufficio Centrale per i Beni Archivistici.
- Fiorino, Vinzia. 2002. *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*. Venezia: Marsilio.
- Fiorino, Vinzia. 2010. "Le cartella clinica: un'utile fonte storiografica?" In *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di Francesca Alberico et al. Genova: DISMEC.
- Goffman, Erving. 1968. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Einaudi.

- Greco, Oscar. 2018. *I demoni del Mezzogiorno: Follia, pregiudizio e marginalità nel manicomio di Girifalco (1881-1921)*. Soveria Mannelli: Rubbettino.
- Gutehrle, Nicolas, and Iana Atanassova. 2022. "Processing the structure of documents: Logical Layout Analysis of historical newspapers in French." *Journal of Data Mining & Digital Humanities NLP4DH*. <https://doi.org/10.46298/jdmdh.9093>.
- Ibekwe, Fidelia. 2024. "Another Look at a Knowledge Organization Pioneer: Traces of Racism in Paul Otlet's Writings." *Knowledge Organization* 51 (1): 3-18. <https://doi.org/10.5771/0943-7444-2024-1>.
- Legge n. 36 del 14 febbraio 1904. *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n. 43, 22 febbraio 1904.
- Legge n. 180 del 13 maggio 1978. "Norme per la riforma psichiatrica." Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 131, 2 giugno 1978.
- Lombroso, Cesare. 1876. *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*. Torino: Fratelli Bocca.
- Marcello, Domenico. 1995. *Un secolo di manicomio: Storia del Manicomio di Girifalco*. Catanzaro: Vincenzo Ursini Editore.
- Oliveira Milani, S., Widad Mustafa El Hadi, and Natália Tognoli. 2024. "Introduction to the Special Issue: Critical and Social Knowledge Organization." *Knowledge Organization* 51 (8).
- Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615. *Regolamento sui manicomi e sugli alienati*. Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia n. 210, 4 settembre 1909.
- Ricucci, Marina. 2025. "Presentazione dell'archivio digitale delle cartelle cliniche dell'ex ospedale psichiatrico di Maggiano." Intervento al seminario *Scrittura e malattia mentale*, Università di Pisa, 22 gennaio.
- Tamburini, Augusto, e Giulio Benelli. 1885. L'antropologia nelle carceri. *Rivista di discipline carcerarie in relazione con l'antropologia, col diritto penale, con la statistica* 15 (4): 136-47.
- Tennis, Joseph T. 2006. "Versioning Concept Schemes for Persistent Retrieval." *Bulletin of the American Society for Information Science and Technology* 32 (5): 13-16. <https://doi.org/10.1002/bult.2006.1720320506>.
- Tognoli, Natália Bolfarini, Ana Célia Rodrigues, and José Augusto Chaves Guimarães. 2019. "Archival Knowledge: Conceptual Frameworks for Recent Terminology in the KO Domain." *Knowledge Organization* 46 (7): 522-29. <https://doi.org/10.5771/0943-7444-2019-7-522>.
- Trovato, Silvia. 2018. "Guida all'Archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Volterra." *Rassegna Volterrana* 95: 313-413.
- Valeriano, Annacarla. 2017. *Malacarne: Donne e manicomio nell'Italia fascista*. Roma: Donzelli.

AID Ainformazioni

Rivista semestrale di Scienze dell'Informazione

Anno 43

N. 3-4 – luglio-dicembre 2025

Contributi

GIOVANNA ARACRI, ANTONIETTA FOLINO, MARIA TERESA GUAGLIANONE, MARCO MANNA, Identification of thesaurus relationships with the support of ChatGPT and Gemini

ALESSANDRA BONSIGNORI, Terminologia giuridica e organizzazione della conoscenza

MARIA TERESA CHIARAVALLOTI, MARIA TERESA GUAGLIANONE, ELENA CARDILLO, Metadattazione delle tipologie di documenti clinici: un approccio alla standardizzazione mediante LOINC

CARLA BEATRIZ MARQUES FELIPE, CARLA MARIA MARTELOTE VIOLA, RAIMUNDA FERNANDA DOS SANTOS, Domain Analysis on Data Management

CLAUDIO GNOLI, EMANUELA VALENZANO, Che faccetta sei?

MANUELA GRILLO, Strumenti di convergenza tra archivi e biblioteche: i thesauri

BIANCA LA MANNA, Rappresentare gli atti notarili medievali in Linked Open Data (LOD)

CLAUDIA LANZA, L'univocità e la variabilità terminologica a supporto della rappresentatività delle risorse semantiche di organizzazione e rappresentazione della conoscenza specialistica

LARISSA MORAES MARTINS, CARLOS EDUARDO DA SILVA CARVALHO, ANA CRISTINA DE ALBUQUERQUE, MARIO BARITÉ, Possibilities for using cultural warrant to complement literary work

BIANCA THEREZINHA CARVALHO PANISSET, LUCIA MARIA VELLOSO DE OLIVEIRA, LETICIA SOUZA DA COSTA SAMPAIO, CAMILLA CAMPOI DE SOBRAL, Identification of types of documents and knowledge organization: transparency and access in records management

SOYOUNG YOON, CLAUDIO GNOLI, ZIYOUNG PARK, Applying Integrative Levels Classification to Korean KOS Registry

EMANUELA NICOLE DONATO, GRAZIA SERRATORE, MARIA TAVERNITI, MARIA TERESA CHIARAVALLOTI, L'evoluzione della struttura documentale nelle cartelle cliniche psichiatriche dell'archivio storico del manicomio di Girifalco (1881-1978)

LORENZA TALARICO, Manuscripts in the Digital Age

MARIA LÍGIA TRIQUES, ANANDA FERNANDA DE JESUS, MARIO BARITÉ, JOSÉ EDUARDO SANTAREM SEGUNDO, ANA CRISTINA DE ALBUQUERQUE, Vocabularies in the digital context

MARCIN TRZMIELEWSKI, Context-Driven Use of Automatic Tools in Medical Ontology Design: A Case Study in Allergology

CARLA MARIA MARTELOTE VIOLA, CARLA BEATRIZ MARQUES FELIPE, Exploring the relationships between the Cross-Cutting Women's Agenda - Multi-Year Plan 2024-2027 and the Knowledge Organization of legislative proposals under processing on women in Brazil

ELENA CENCETTI, CAMILLO CARLO PELLIZZARI DI SAN GIROLAMO, ELISABETTA VITI, Modellizzazione delle conoscenze: Thesaurus Nuovo sogettario e Wikidata, due strumenti a confronto

PONTISH YERAMYAN, ALEXANDER MURZAKU, NICK UVA, CURT ANDERSON, The transferability of brilliance

ANA FLÁVIA DIAS ZAMMATARO, ANA CRISTINA DE ALBUQUERQUE, GIULIA CRIPPA, LUCIA SARDO, CARLO BIANCHINI, MARIA LÍGIA TRIQUES, ISKO Italy in perspective



mundaneum

In copertina

Disegno di Paul Otlet, Collections Mundaneum, centre d'Archives, Mons (Belgique).

ISBN 979-12-5965-639-1

ISSN 1121-0095



9 791259 656391



9 770112 100950