

PSICHIATRIA E PSICOLOGIA FORENSE

02

*Paolo Francesco Peloso
Tullio Bandini*

“**FOLLIA E REATO NELLA STORIA
DELLA PSICHIATRIA.
OSSERVAZIONI STORICHE
SUL RAPPORTO TRA ASSISTENZA
PSICHIATRICA E CARCERE**”

RASSEGNA ITALIANA DI
CRIMINOLOGIA
anno I - n. 2 - 2007

“Ma io sono fermamente convinto che il famoso sistema cellulare raggiunge soltanto uno scopo sbagliato, illusorio, esteriore. Esso succhia all’uomo la linfa vitale, gli snerva l’anima, lo indebolisce, lo sbigottisce, e poi presenta una mummia moralmente rinsecchita, un mezzo pazzo come modello di correzione e di pentimento”.

Dostoëvskij, 1859

1 • Scienza, medicina e carcere nelle Riunioni degli scienziati italiani

Le Riunioni degli Scienziati Italiani ebbero, a partire dal 1844, il merito indubbio di offrire agli studiosi di lingua italiana un momento di confronto e d’aggiornamento comune e di precorrere dunque gli eventi, contribuendo alla gestazione di una cultura scientifica nazionale, potenzialmente competitiva con quelle d’oltralpe, prima che l’unità italiana trovasse il proprio compimento.

Nate su esempio tedesco – erano iniziate in Germania nel 1822 – francese (1832) e inglese, come ricorda *Doldi* (1984), furono volute dal principe Carlo Luciano Bonaparte (1803-1857) e da altri cinque studiosi, tra cui il medico Maurizio Bufalini (1787-1875) (cfr. Manzot 1972; Scarpelli, 1985), e inaugurate a Pisa nell’ottobre del 1839 sotto il patrocinio del granduca Leopoldo II di Toscana. Proseguirono a Torino (1840), Firenze (1841), Padova (1842), Lucca (1843), Milano (1844), Napoli (1845), Genova (1846) (cfr. *Peloso*, 1997), Venezia (1847). Dopo l’Unità d’Italia ripresero a Siena (1862), Roma (1872), Palermo (1875); in quest’ultima occasione nacque la Società Italiana per il Progresso delle Scienze (SIPS), che avrebbe proseguito la propria attività negli anni successivi.

Le riunioni avevano una durata di non più di quindici giorni, ed erano articolate in sei sezioni: Chimica, Fisica e Matematica; Geologia, Mineralogia e Geografia; Botanica e Fisiologia Vegetale, Zoologia e Anatomia Comparativa; Agronomia e Tecnologia; Medicina. I partecipanti furono a Pisa 421, ma raggiunsero presenze ragguardevoli e divennero, in occasione della VII Riunione, a Napoli, 1.607. Ad esse parteciparono regolarmente alcuni dei primi psichiatri italiani e la Riunione di Roma, del 1872, vide la nascita, per impulso dello psichiatra lombardo Andrea Verga (1811-1895) del primo embrione della Società Freniatria Italiana, oggi Società Italiana di Psichiatria.

La *Commissione sulle questioni igieniche intorno alla riforma delle carceri penitenziarie*, della quale ci occuperemo, nacque in occasione della discussione intorno alla riforma del Codice Penale dello Stato sabauda, su istanza del ministro Carlo Ilarione Petitti di Roreto (1790-1850), a Firenze nel 1841. Ne fecero parte, tra gli altri membri, alcuni psichiatri quali il napoletano Timoteo Riboli, allievo di Biagio Miraglia e principale esponente della fre-

nologia di Gall in Italia, Benedetto Trompeo di Torino e l'ovadese Pier Francesco Buffa (1813-1844) assistente e poi direttore del manicomio genovese di via Galata, che proprio quell'anno veniva inaugurato (*Gemignani e Peloso, 1992*). Ci soffermeremo sui suoi lavori non solo per l'interesse di carattere storico, ma soprattutto per l'attualità, in particolare sotto il profilo etico e deontologico, di molti problemi dibattuti nel corso e alla conclusione degli stessi.

La commissione avrebbe dovuto riunirsi ed esprimere un parere tecnico, in particolare, intorno a tre quesiti, nel primo e nel terzo dei quali non sfugge l'evidente pertinenza psichiatrica dei problemi affrontati:

Quesito 1: Dell'influenza della segregazione più o meno completa, più o meno prolungata, più o meno mitigata con opportuni compensi: sulla salute in generale; sullo stato in particolare del cervello e dell'intelletto; sullo stato morale.

Quesito 2: Dell'influenza igienica dei continenti più o meno migliorati nei differenti sistemi d'imprigionamento (sufficienza dell'aria, condizioni igrometriche, termometriche ecc.).

Quesito 3: Dell'influenza igienica delle esercitazioni più o meno volute, più o meno variate di corpo e d'animo.

Era evidentemente chiara, fin da quel primo momento nel quale una scienza linguisticamente e culturalmente, ma non ancora politicamente, italiana si misurava con il tema del carcere, la stretta commistione, l'indissolubile intreccio esistente tra condizioni di detenzione, qualità della vita e salute mentale del detenuto, un problema che puntualmente si ripropone oggi, quando, in particolare a seguito del D. Lgs. 230/99, anche nel nostro paese tra titubanze e difficoltà la psichiatria comincia ad ascrivere la salute mentale del detenuto tra i problemi dei quali farsi carico.

Più specificamente, alla commissione era richiesto di valutare, rispetto ai tre quesiti appena ricordati, i due sistemi carcerari allora più in voga, due modelli di tecnologie dei corpi volti alla punizione e al ravvedimento, il sistema di Filadelfia e quello, da esso derivato, di Austin. Un dibattito analogo, non privo anche in quel caso di considerazioni di carattere igienico-sanitario, si stava del resto svolgendo in Francia: dove era stato aperto all'inizio degli anni '30 e aveva visto tra i più convinti partigiani di Filadelfia Alexis de Tocqueville (1805-1859) e tra quelli di Auburn Charles Lucas (1803-1889) – che si sarebbe occupato del sistema penitenziario con gli scritti *Du système pénal et de la peine de mort* (1826), *Du système pénitentiaire en Europe et aux Etats-Unis* (1834), *De la réforme des prisons ou de la théorie de l'emprisonnement* (1836-1838) – e si sarebbe chiuso solo alla metà del secolo.

Il sistema di Filadelfia costituisce, per Foucault (1975) il punto d'arrivo di un percorso che ha origini antiche, con l'apertura nel 1596 del Rasphuis di

Amsterdam, un istituto per mendicanti e giovani malfattori che aveva per obiettivo l'uso della detenzione per il ravvedimento e per strumenti il fatto che la durata della pena era, in qualche misura, in rapporto con la condotta del detenuto; l'obbligatorietà del lavoro; e un governo meticoloso del tempo attraverso divieti, obblighi, ammonimenti e sorveglianza continua. Ad avviso di Foucault (1975), il Rasphuis di Amsterdam “*storicamente costituisce il legame tra la teoria, caratteristica del secolo XVI, di una trasformazione pedagogica e spirituale degli individui per mezzo di un esercizio continuo, e le tecniche penitenziarie ideate nella seconda metà del secolo XVIII*”. Sulla stessa linea si collocarono nei secoli successivi la casa di forza di Gand, che, partendo dalla rilevazione di un nesso tra mancanza del lavoro e delinquenza, si caratterizzava soprattutto per il fatto di esaltarne la funzione redentrice; e il penitenziario di Gloucester, vero precursore di Filadelfia, nel quale al lavoro obbligatorio si aggiunge, per i criminali più pericolosi, l'isolamento cellulare.

A tutti questi sistemi, interessanti perché tentativi di andare oltre il solo significato segregativo, reclusivo del carcere e fare invece del gesto grossolano del rinchiudere una tecnologia, si adattano le parole di Foucault (1975) il quale, nell'analizzare la nascita della prigione, scriveva parole alle quali, del resto, nessun modello penitenziario pare poter del tutto sfuggire: “*Le discipline, organizzando le celle, i posti, i ranghi fabbricano spazi complessi: architettonici, funzionali e gerarchici allo stesso tempo. Sono spazi che assicurano la fissazione e permettono la circolazione; ritagliano segmenti individuali e stabiliscono legami operativi; segnano dei posti e indicano dei valori; garantiscono l'obbedienza degli individui (...)*”.

Il sistema filadelfiano, o dell'isolamento assoluto, era stato inaugurato nel 1790 dalla comunità quacchera della città nordamericana, che nel 1786 aveva abolito l'uso della frusta e della tortura, ed era stato successivamente perfezionato nel 1826. Nasceva dall'idea, allora diffusasi, che la carcerazione promiscua non fosse abbastanza severa per rappresentare un'alternativa punitiva alle pene corporali, e rappresentasse una scuola e un'opportunità di associazione per il crimine.

Prevedeva l'isolamento assoluto del detenuto nella cella, alla quale al momento dell'ingresso era accompagnato bendato, e il lavoro in solitudine al suo interno; le sanzioni per chi si sottraeva al lavoro erano privazione di luce, messa ai ferri e riduzione o privazione del cibo.

Tocqueville visitò Filadelfia con Gustave de Beaumont (1802-1866) durante un viaggio negli Stati Uniti da giovane avvocato; i due ne riferirono nel 1833 nel saggio *Del sistema penitenziario negli Stati Uniti* e il modello ebbe poi per questo ampia diffusione nelle carceri francesi. Tocqueville ne approvava la disciplina fondata su un pragmatismo severo ma senza eccessi pedagogici; il “progetto cellulare”, a suo avviso, era reso necessario dall'esigenza di spezzare i sodalizi fondati sulla legge della giungla che

regnavano nelle carceri di “antico regime”, dove si creavano consorterie, comunità, spiriti di corpo attorno a nuovi tiranni, una sorta di società anti-tetica a quella degli onesti.

Ma Filadelfia ebbe anche durissimi detrattori per la frequente caduta dei detenuti in preda alla malattia mentale e l'impressionante frequenza di suicidi. Tutt'altra impressione ne riportò infatti Charles Dickens (1812-1870) che visitò il carcere di Filadelfia nel 1842 e ce ne lascia una drammatica descrizione nelle sue *Note americane*, del 1842, che terminò probabilmente, di ritorno dagli Stati Uniti, a Villa Bagnarello, nel comune di Albaro, oggi un quartiere di Genova. Scrive Dickens (1842) infatti: “Sulla testa e faccia di ogni prigioniero che entra in questa casa triste, è calato un drappo nero; e in questo sudario scuro, cade come emblema una tenda tra lui ed il mondo vivente; è condotto alla cella dalla quale non esce mai più, fino a che il suo imprigionamento è scontato del tutto. Non sente più nulla di moglie e bambini, casa o amici; della vita o morte di nessuna creatura. Vede i secondini, ma con quell'eccezione non coglie mai un'espressione umana, o sente una voce umana. È un uomo seppellito vivo, essere espulso per il lento scorrere di anni; e in questo brutto periodo è morto a tutto, ma torturato da ansie e orribile disperazione. Il suo nome, e l'accusa, e il termine di questa sofferenza, sono ignoti anche alla guardia che gli consegna il cibo quotidiano. C'è un numero sulla porta della sua cella, ed è riportato in un libro del quale il direttore della prigione ha una copia, e l'istruttore morale un'altra: questo è il riferimento alla sua storia”. E giunge alla conclusione che: “Il sistema qui consiste in un rigido, stretto e disperato isolamento solitario. Io lo ritengo, nei suoi effetti, crudele e sbagliato (...). Il detenuto vede i secondini, ma con questa sola eccezione non vede mai una figura umana, o sente una voce. È un uomo sepolto vivo, che sarà estratto nel lento scorrere degli anni; e nello stesso tempo morto a tutto, ma torturato da angosce e da orribile disperazione”.

Anche in campo psicopatologico, la frequenza con cui i duri sistemi carcerari di metà Ottocento, e quello filadelfiano in particolare, favorivano l'insorgenza di sintomi psichiatrici non passò inosservata. Nel suo trattato *Des allucinations*, Alexandre Briere de Boismont (1797-1881) scrive: “La permanenza prolungata nelle prigioni e l'isolamento completo sono circostanze proprie alle allucinazioni. La moglie di un condannato politico, che aveva il marito folle a Bicêtre, ci ha raccontato che i prigionieri condannati con lui, dopo molti anni di prigione, erano tormentati da visioni. Léon Faucher riferisce che un detenuto disse a de Beaumont e Toqueville che, durante i primi mesi di solitudine, era spesso visitato da strane visioni; durante molte notti di seguito, gli sembrò di vedere un'aquila appollaiata ai piedi del letto. Nel 1840, nel penitenziario di Filadelfia, si contarono da dieci a dodici casi di allucinazioni, e tra il 1837 e il 1841, ottantasei detenuti impazzirono. Gosse dice analogamente che in un penitenziario svizzero molte persone, che non avevano avuto nessuna predisposizione alla follia prima di essere sottoposte alla reclusione solitaria, sono diventate quasi tutte allucinate sotto l'influenza di questo

tipo di reclusione” (Brierre de Boismont, 1843). Lo psicopatologo francese prosegue con una lunga citazione tratta dal libro *Le mie prigioni* di Silvio Pellico nella quale il patriota descrive la sintomatologia illusoria della quale fu vittima allo Spielberg: “*Durante quelle notti orribili, la mia immaginazione si esaltava a tal punto che mi sembrava, per quanto sveglio, di sentire nella mia prigione talvolta dei gemiti, talvolta delle risa soffocate (...). Seduto al tavolo, talvolta mi sembrava che qualcuno mi tirasse per l’abito, talvolta che una mano nascosta avesse spinto il mio libro che vedevo cadere, talvolta che qualcuno da dietro soffiava sulla mia lucerna per spegnerla. Allora mi alzavo precipitosamente, mi guardavo attorno, passeggiavo con sospetto e mi chiedevo se fossi folle o sano di mente*”. Brierre de Boismont ricorda come un compagno di prigionia di Pellico, Federico Confalonieri, avesse raccontato, a sua volta, di aver temuto per tutto il tempo trascorso allo Spielberg di perdere la ragione, che gli sembrava sempre “*prossima a scappare*”.

Proprio a seguito delle aspre polemiche che avevano investito, per la sua durezza, il sistema filadelfiano, era nata nel 1825 nello stato di New York una tecnologia dei corpi ad esso alternativa, il sistema auburniano, o del lavoro silenzioso, il quale prevedeva, in alternativa all’isolamento permanente in cella, il lavoro quotidiano in piccoli gruppi, con divieto assoluto di parola, la partecipazione in comune alle funzioni religiose e, poi, l’isolamento cellulare notturno. Le infrazioni alla duplice regola del lavoro silenzioso erano punite con dure pene corporali; viene infatti riportata nel corso della discussione alla Riunione di Padova l’osservazione per cui: “*Se si supponga perfettamente e assolutamente ottenuto il silenzio, è forza comprarlo al prezzo di continui castighi; poiché non è dato altrimenti contrariare e domare le più vivaci e, direm pure, più innocenti inclinazioni dell’essere umano (...). E la frusta, divenuta la suprema reggitrice del carcere, come accade in America, farebbe dipendere dalla mano brutale che la impugna il destino dei reclusi, assai più che dal responso della legge*”.

E ritornano allora di nuovo in mente le osservazioni di Foucault (1975) allorché scrive: “*Un castigo come la prigione – pura privazione della libertà – non ha mai funzionato senza un certo supplemento di punizione che concerne proprio il corpo in se stesso: razione alimentare, privazione sessuale, percosse, celle di isolamento (...). La pena ha difficoltà a dissociarsi da un supplemento di dolore fisico. Cosa sarebbe, un castigo incorporato? Nei meccanismi moderni della giustizia penale, permane quindi un fondo suppliziante, un sottofondo non ancora completamente dominato, ma avvolto, in maniera sempre più ampia, da una penalità dell’incorporato*”.

Anche per il sistema auburniano però gli ammiratori non mancavano; nel corso della discussione vengono infatti citati autori per i quali: “*La vista degli altri detenuti e le impressioni del mutuo consorzio sono fonti perenni di soavi conforti al cervello del prigioniero nelle carceri di Auburn*”.

Di tutt’altro parere però uno dei partecipanti, Mompiani, per il quale: “*Nel sistema di Auburn ad alterare la condizione cerebrale del detenuto concorre il*

desiderio vivissimo di parlare, cocentamente eccitato dalla perenne vista de' suoi compagni e violentemente sempre represso; desiderio che dee reagire in modo nocivo sul cervello specialmente e finire o in uno stato di irritazione mentale e morale, stato di esacerbazione continua dell'individuale carattere, o di un idiotismo indotto da disperazione, che si rifugge nell'inattività del pensiero". E, ancora, Orioli che osserva: *"La parola non par segno dell'idea, ma eziandio mezzo promotore e facilitatore della medesima (...). Un mutismo anche volontario, reagisce sulle facoltà razionali, disabitua dalla parola interiore anche i più abituati alla medesima, genera inerzia e torpore nel cervello".*

Al termine della discussione la commissione arriva, sempre nel corso del congresso di Padova (1842) a formulare le proprie conclusioni: il sistema filadelfiano viene preferito, e ritenuto innocuo, in particolare sulla condizione, o stato, morale, purché:

- limitato ad un numero non eccessivo di anni;
- temprato da mezz'ora (meglio due ore) almeno al giorno di conversazione moralmente edificante con soggetti idonei;
- temprato con attività idonee a "coltivare il cervello o le facoltà intellettive e morali con istruzione elementare e tecnica, esercitazioni morali, letture, conversazioni";
- temprato da un'ora all'aria aperta più volte la settimana.

Ma la questione di un giudizio definitivo è rimandata: una commissione apposita lavorerà fino alla quarta riunione, e riferirà a Lucca l'anno successivo. Colpisce come già allora paiano centrali nel rapporto tra sanità – e per quanto ci riguarda in particolare psichiatria – e carcere problemi di identità che si presentano ancora oggi drammaticamente attuali; e che possono essere sostanzialmente ricondotti a rischi di riduzione clinica e, all'opposto, rischi di affiliazione (Ferrannini e coll., 2004).

I primi hanno a che fare con una riflessione in genere insufficiente intorno alla peculiare esperienza antropologica (corpo, tempi, spazi e reciproci rapporti) che la detenzione rappresenta e ai suoi rapporti con la salute mentale. L'intervento sanitario rischierà così di focalizzarsi su un sintomo o tutt'al più un quadro sindromico e di colludere con la tendenza del carcere a omologare per semplificazione bisogni e risposte, variabili oggettive come posizione giuridica, socio-economica, salute ecc., ma anche soggettive, come stato d'animo, personalità, biografia e problemi concomitanti. Nel carcere invece anche situazioni stabilizzate possono facilmente precipitare di fronte a una cattiva notizia in famiglia o sulla salute o al fallimento di un'aspettativa o di un progetto, mentre situazioni di grave sofferenza o malattia possono migliorare improvvisamente all'annuncio di un indulto o della liberazione.

I rischi di affiliazione hanno invece a che fare con il travisamento della presenza del sanitario, e in particolare dello psichiatra come elemento di

per sé significativo di miglioramento e umanizzazione del carcere, e/o per il trattamento criminologico del detenuto. Estremizzando: da un lato come un alleato del detenuto, desideroso di esportare i criteri umanitari della vocazione curativa propria delle discipline mediche all'interno; o, all'opposto, un membro in più sbrigativamente accorpato allo staff della Direzione, chiamato a contribuire con ragionevolezza al buon funzionamento dell'istituzione e/o alla redenzione morale del suo ospite involontario. Si aprono così rischi di peso eccessivo, quali: tendenza alla trasformazione del carcere in ospedale o manicomio e del personale di custodia in infermieri; attribuzione di eccessive responsabilità alla sanità nella determinazione di qualità e quantità della pena intramuraria; sottovalutazione del rilievo etico e deontologico di alcuni atti medici in quel contesto; psichiatrizzazione del disagio intracarcerario o della protesta; inconsapevole contributo alla frammentazione degli assetti istituzionali. Ma anche rischi di eccessiva debolezza, quali: scarsa incisività sulle possibilità concrete di salute mentale per il singolo detenuto e per l'istituzione; commistione tra ragioni della cura e della pena; confusione tra ciò che è diritto della persona perché indispensabile alla tutela della sua salute (mentale) e a criteri di umanità, e ciò che invece è premiale e quindi non riguarda l'assistenza psichiatrica che ha per obiettivo la salute, e non la redenzione morale; subalternità alle regole di convivenza tra i detenuti; rassegnazione a penose esperienze di isolamento.

Proprio in questo momento, dopo che con il D. Lgs. 230/1999 il rapporto tra medicina, sistema sanitario e mondo della penalità viene di nuovo pesantemente messo in discussione e questi rischi, sempre presenti, ritornano a farsi più visibili, non può non colpire il fatto che, nella relazione che la commissione presenta a Lucca nel lontano 1843 si legge: *“La medicina deve bensì coadiuvare e condizionare le deduzioni del diritto pubblico, e solo in caso d'aperta disapprovazione contrapporvi il suo divieto, ma non deve mai trarre interamente a sé la questione, e con troppo indipendenti esigenze tendere a tramutare in un asilo di salute un luogo di pena”*.

E, poco oltre, ancora: *“Nelle carceri promiscue, se si chiede alla medicina il modo di rendere innocuo alla salute un sì malefico regime, essa, nel dettar particolarmente le sue condizioni mitiganti, verrà man mano disarmandolo di tutte quelle barbare esasperazioni, con le quali soltanto la disciplina di un carcere promiscuo può rendersi temuta al delinquente. E allora il carcere, senza rigori e senza terrori, diviene un asilo desiderabile al povero, al vagabondo, al malfattore, il quale all'ombra dell'umanità e della medicina sfugge alla pena, e deride la legge”*.

Piuttosto fredda, però, l'accoglienza che l'elaborato della Commissione era destinato ad avere; a Lucca apre infatti la serie degli interventi Rampinelli, per il quale: *“Il lavoro della commissione sarebbe dunque a proporre quel sistema di continuo isolamento, che inorridisce il pensiero; che vuole l'inerzia del*

corpo; che accorda un travaglio monotono: che predispone al vizio della solitudine e alla alienazione mentale; e che non permette l'efficacia del culto” .

Preoccupata e critica anche la reazione di uno dei massimi storici della medicina italiana, Salvatore De Renzi, che *“osservava esser la questione sommanente complessa e aver bisogno del concorso di diverse specialità. L'uomo di stato considerare nelle carceri la spesa, la direzione, la custodia; il giurisperito mirare all'ammenda, e voler le prigioni a punizione e ad esempio; il moralista, fatto conto della indole e della natura dei popoli, intendere a restituire alla società dei cittadini onesti; in ultimo il medico sdegnare che sia rimesso alla società infermo o demente quello che fu dato alla carcere per trovarvi correzione, non per perdervi la salute o la ragione”.*

Più chiaro e reciso ancora il principe di Canino, che chiudeva il dibattito con parole che in ogni ambulatorio medico all'interno di una prigione dovrebbero, oggi ancora, essere scritte a grandi lettere: *“Carlo Bonaparte dichiarava (...) doversi distaccare dalle opinioni dei relatori, ma prevalere in lui il desiderio che l'illuminato e filantropico congresso lucchese si segnalasse per un giudizio in cui fosse tutto il merito della più squisita umanità. Lasciata ai giuristi la parte austera di simili questioni, spettare alla filantropia dei medici il prendere in difesa il bene fisico e morale dei carcerati. Non doversi rammentare alla Sezione di Medicina che l'uomo colpevole entrando in carcere non perde tutti i suoi diritti”.*

Le conclusioni del convegno di Lucca non potevano, a questo punto, che suonare a netta sconfessione di quelle prevalse alla Riunione dell'anno precedente, e richiamare il ruolo del medico alla centralità dell'uomo e della sua salute:

- *il sistema segregante toglie il lume dell'intelletto, conduce anzi tempo al sepolcro, fa perdere le grandi utilità della vita in comune*
- *i fatti statistici in appoggio alla frequenza della mania nei penitenziari filadelfiani sono incontestabili*
- *il giudizio medico sui due sistemi deve determinare quanto l'uomo possa sopportare senza danno il silenzio e l'isolamento.*

2 • Serafino Biffi e la politica carceraria minorile a metà dell'Ottocento

L'interesse degli scienziati italiani per il carcere, soprattutto nei suoi effetti sulla salute e sulla salute mentale dell'uomo detenuto, non si esaurisce, comunque, con questo importante dibattito. Ancora intorno alla metà del secolo, troviamo un altro esempio nell'attenzione che un altro psichiatra lombardo, Serafino Biffi (1822-1899), dedica al problema carcerario, e in particolare carcerario minorile, effettuando numerosi viaggi per informarsi e lasciando numerosi scritti: *Sulle case di riforma e di rifugio per giovani traviati (1865); Sui riformatori per giovani traviati nel Belgio (1865); Sui riformatori per giovani traviati in Francia (1866); Sui riformatori per giovani (Memoria) (1868); Sulle massi-*

me fondamentali e principi dirigenti pei riformatori (1868); Sui riformatori pei giovani traviati in Svizzera (1869); Studi sui riformatori pei giovani (1870); Secondo quali principi giovi organizzare i riformatorj per i giovani (1876); Su dove si ricoveravano in Milano i giovani discoli nei tempi addietro (1882).

Da queste riflessioni emerge traccia di un vivace dibattito sull'argomento nel corso della prima metà del XIX secolo, dibattito che consente, anche in questo caso, di apprezzare in nuce problemi ancora oggi all'ordine del giorno. Il carattere ambiguo del rapporto tra lo Stato e il minore, sempre in bilico tra il bambino da educare e il cittadino adulto da richiamare alle proprie responsabilità, appare palpabile nelle espressioni più frequentemente utilizzate nei due scritti sui quali ci concentreremo (Biffi, 1866; 1876): educazione correzionale, case di rifugio e di riforma, dimensione familiare, stile prevalentemente materno (Franco Fornari avrebbe avuto da commentare a quest'ultimo proposito), fino al concetto affermatosi nella Francia rivoluzionaria – e dal sapore molto discutibile, dopo i grandi totalitarismi del Novecento – di “educazione di stato”, concetto che richiama alla mente una sorta di applicazione al minore di quell'approccio illuminista alla devianza che Castel (1975) definì, a proposito del manicomio, “ortopedia morale”.

Da un punto di vista storico, evidente appare l'atteggiamento di polemica laicista del positivismo italiano al domani del compimento del processo unitario, realizzato con la breccia di Porta Pia. L'immagine che Biffi rimanda dei suoi anni è quella di una società violenta, nella quale l'alto livello di carcerizzazione minorile con i 10.000 minori di 16 anni detenuti in Francia nel 1857 e i 5.000 maschi e 622 femmine nell'Italia del 1872 si coniugava con la condizione di miseria delle famiglie, spesso costrette per motivi economici ad optare per l'invio dei propri figli in riformatorio come male minore, e con lo Stato costretto ad arginare il fenomeno raccomandando che i riformatori accogliessero solo i giovani “*meritevoli di repressione giudiziaria*”, e nella quale, sul versante della reazione sociale al crimine, il bando dell'utilizzo di punizioni corporali nella Francia rivoluzionaria veniva contrapposto al loro utilizzo ancora piuttosto diffuso in Inghilterra.

Sotto il profilo storico-scientifico ci pare quindi interessante evidenziare il carattere eminentemente empirico e, soprattutto, attento alla dimensione sociale del crimine dell'approccio del Biffi, dimostrazione forse di uno iato particolarmente felice tra il pregiudizio ottimistico rousseauiano d'inizio secolo sull'innata bontà del bambino e quello pessimistico lombrosiano di fine secolo sulla sua innata cattiveria e crudeltà, quando osserva che: “*tra i rimedj preventivi del mal fare, uno potentissimo è quello di facilitare alle classi laboriose l'acquisto dell'onesto pane*”.

Sotto il profilo organizzativo, il Biffi sposa con decisione il modello del riformatorio, che non deve essere né asilo né carcere, e respinge con decisione l'idea che i giovani tra i 16 e i 21 anni possano essere detenuti, come

avveniva spesso, in sezioni speciali delle prigioni. Tra i riformatori francesi, opta con decisione per il modello rappresentato dalla colonia di Mettray, organizzata per piccoli moduli a dimensione familiare, anziché per l'atmosfera claustrale militaresca della prigione minorile della Roquette.

Il Biffi ci informa poi del fatto che, per la realizzazione di queste strutture, prevalevano allora in Europa due soluzioni alternative: la prima, che potremmo definire il modello belga in quanto trovava il suo paradigma nella scuola di riforma di Ruysselede creata da Eduard Ducpétiaux (1804-1868), consisteva nella concentrazione di molti giovani devianti, centocinquanta nel caso belga, in un unico grande istituto. La seconda, che potremmo definire il modello svizzero, consisteva invece nella creazione di piccole strutture a gestione privata ma supervisione pubblica, disseminate nel territorio, delle quali il Biffi ci offre un'interessante descrizione: *“Si immagina una modesta casa di campagna con un piccolo podere; il direttore, che vi abita con la sua famiglia, e una ventina di allievi, in mezzo ai quali ei vive l'intero dì, facendo da maestro nella scuola, da capo e guida nelle faccende campestri (...). Intanto la moglie del direttore si occupa, nell'interno della casa, di quelle cosucce che solamente la donna, e specialmente la madre di famiglia, sa fare e le sue parole e cure benevole sanno trovare la via del cuore del fanciullo (...). In una piccola comunità i legami di affetto si stringono come in famiglia; i diversi membri si conoscono bene tra loro, e il direttore sa trovare la nicchia adatta per alloggiarvi un allievo che esce dall'ospizio; ha facile entrata negli opifici e nelle famiglie per farvelo ammettere, e può agevolmente sorvegliarne la condotta. Anche alla Società di patrocinio riesce facile la tutela che va esercitata sopra un ristretto numero di giovani”*.

Una posizione, questa del Biffi, che fu tra i più accesi sostenitori, alla fine degli anni '80, della costruzione del manicomio di Prato Zanino contro il parere degli psichiatri genovesi (Maura e Peloso, 1999), che ci colpisce tanto più, proprio perché diametralmente opposta alle posizioni da lui espresse in quell'occasione in tema di tecnica manicomiale e dunque specificamente inerente al campo criminologico minorile.

Più coerenti con la sua impostazione psichiatrica paiono invece le sue idee sul funzionamento dei riformatori, che fanno precipuo riferimento al carattere salubre del lavoro all'aria aperta, pur non trascurando l'importanza del fatto di tener conto delle inclinazioni individuale e della provenienza sociale. Nel campo dell'ergoterapia minorile, il Biffi raccomanda tuttavia una sana prudenza: *“Nei nostri tempi, i filantropi e gli economisti si sono allarmati per i danni che un lavoro troppo rude o prolungato arreca al fisico e allo spirito dei fanciulli; codesti riguardi non vanno perduti di vista neppur nei riformatori”*.

L'insistenza, poi, sull'importanza della formazione per gli aspiranti direttori di riformatorio, una professione che era per esempio insegnata al Bachtelen presso Berna, quella di una sorta di “accreditamento” e di una rigorosa supervisione da parte dello Stato sulle strutture private, in Italia

spesso “*purtroppo*” in mano a “*rispettabili persone, che per le loro idee pietistiche e politiche, rifuggono dall’aver rapporti col Regno d’Italia*”, corrispondenti alle vecchie corporazioni religiose, e su quella delle società di patrocinio per il rientro in società contribuiscono, infine, a dare un’impressione del riformatorio, nella concezione del Biffi, come uno strumento che avrebbe voluto essere, per quei tempi, effettivamente orientato al recupero e alla reintegrazione sociale.

3 • Tra Ottocento e Novecento: l’allontanamento della psichiatria dal problema carcerario

Certo le Riunioni degli scienziati italiani di Padova e Lucca, che videro attivi intorno alla questione della salute in carcere alcuni dei primi psichiatri italiani, e gli scritti sulla risposta penale al crimine minorile di Serafino Biffi, possono aver rappresentato solo fenomeni episodici; che sembrano però testimoniare un’attenzione, della nascente psichiatria, per il problema dell’espiazione della pena, e delle condizioni igienico-sanitarie, e soprattutto psicologiche, in cui essa avviene. Assistiamo invece, con la seconda parte dell’Ottocento, a una graduale trasformazione nel rapporto tra psichiatria e sistema della penalità; compito dello psichiatra non è più, allora, tanto limitarsi a stabilire chi, affetto dalla malattia mentale, debba essere sottratto alle sue leggi e chi, sano di mente, debba rispondervi; e poi preoccuparsi di chi, in rapporto con il carcere e la sofferenza che comporta, vede compromessa la propria salute mentale. È invece, soprattutto, impegnarsi sul punto del discrimine tra chi ricada nella categoria della follia, e chi in quella della normale criminalità, e raccogliere la sfida, che il giudice gli pone, del caso dubbio, che né l’assenza ragione né un’evidenza di ragione possono spiegare, per ricondurlo all’uno o all’altro campo. Scrive Foucault (1974-75) a proposito di questo fenomeno: “*La psichiatria si è interessata alla follia che uccide perché il suo problema era quello di costruirsi e far valere il suo potere e sapere di protezione all’interno della società. Ha avuto dunque un interesse essenziale, costitutivo per la follia criminale; così come ha portato un’attenzione particolare a tutte le forme di comportamento che rendono il crimine imprevedibile (...). Dal lato della psichiatria, il crimine senza ragione è l’oggetto di un’immensa cupidigia, perché il crimine senza ragione, se si arriva a individuarlo e analizzarlo, è la prova della forza della psichiatria, è la prova del suo sapere, è la giustificazione del suo potere*”.

Se è vero, come Marco Santoro (1997) ha recentemente sostenuto, che è possibile riconoscere, nel sistema penale, due fasi – quella del processo, “pubblica e di ampia partecipazione, necessaria alla degradazione del reo”, che garantisce ampia visibilità agli altri suoi protagonisti e “quella dell’organizzazione penitenziaria, che si cela dietro i muri dei penitenziari” – la psichiatria

tende progressivamente a disinteressarsi della seconda, per concentrarsi sempre più decisamente sulla prima. Sono, del resto gli anni nei quali, con un certo ritardo dell'Italia rispetto alla Francia studiata da Foucault (1975), come scrivono Bandini e coll. (1991): “il delitto diventa un problema sociale, diventa oggetto della fantasia popolare, della letteratura di appendice e anche della grande letteratura di tutte le nazioni. Si risveglia l'interesse degli studiosi, sotto l'influenza della filosofia positivista”. E il delitto diventa anche oggetto possibile di studio, in un primo tempo nella sua dimensione statistica e sociale e poi, in particolare in Italia vista la piega particolare impressa alla criminologia nascente da Cesare Lombroso (1835-1909), in quella individuale e clinica.

La psichiatria positivista, e soprattutto tardopositivista, italiana – pur cogliendo affinità tra il fenomeno della follia e quello del reato – finisce per approfondire la dicotomia tra il mondo della psichiatria e il carcere: ciò che pertiene alla malattia mentale, al *delinquente folle*, è destinato al manicomio, eventualmente criminale, mentre al carcere e all'indagine criminologica spetta il resto.

Quando Cesare Lombroso si sofferma, ad esempio con un'interessante antologia pubblicata sul lombrosiano *Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale* tra il 1878 e il 1894 e con un volume sui *Palimsesti del carcere* (cfr. Lombroso, 1891; Leschiutta, 1996), e in altre occasioni studia il tatuaggio dei detenuti (p.es. Lombroso, 1876), le scritte, i graffiti, i segni che dal carcere provengono, lo fa per cogliervi un oggetto di interesse e curiosità nella speranza di dimostrarvi le stigmate della differenza, e non invece per fermarsi, da medico, sulla peculiare situazione antropologica che il carcere rappresenta e, meno ancora, sui suoi possibili effetti sulla salute, e sulla salute mentale.

Emblematico dello spostamento di interesse della psichiatria italiana a cavallo tra Ottocento e Novecento, dal tempo esteso della detenzione al momento del processo come occasione di discriminazione tra ciò che le appartiene, e deve perciò essere interamente a sé avvocato nel manicomio, e ciò che le è estraneo, e va al sistema della penalità, è il caso di un altro suo protagonista, Enrico Morselli, che troviamo autore di perizie, tutte successivamente pubblicate a stampa, nei più o meno clamorosi, famosi e discussi casi giudiziari di quegli anni: *Il processo contro Carlino Grandi, l'uccisore di bambini (1877-79)* (cfr. Guarnieri, 2006); *In causa di fratricidio imputato a un lipemaniaco (1878)*; *In causa di parricidio (1879)*; *Parere medico-forense sullo stato mentale di un uxoricida (1880)*; *Omicidio volontario e ferimento grave in un degenerato imbecille (1890)*; *Lo stato mentale di Gabriella Bompard (1891)*; *Biografia di un bandito: Giuseppe Musolino (1903)*; *Linda e Tullio Murri in riguardo alla psicologia normale e patologica (1905)*; *Il cervello o l'utero di Maria Tarnowska? (1912)*. Gli ultimi due, in particolare, costituiscono un terreno di confronto asprissimo tra psichiatri (Bertolini, 1914; Maura e Peloso, 1999; Babini,

2004), e proprio attraverso i *processi celebri* la questione psichiatrica diventa (e per certi aspetti a tutt'oggi rimane), sulle pagine dei giornali come nelle pubblicazioni specialistiche, occasione unica di visibilità sociale e prestigio per psichiatri ai quali certo non avrebbe potuto dare le stesse opportunità né l'occuparsi esclusivamente dell'ambiente chiuso e autarchico del manicomio, né l'interessarsi di quello del carcere e dei suoi risvolti di carattere clinico ed emotivo.

Così descriveva il fenomeno l'avvocato, antropologo e criminologo Scipio Sighele (1906): *“Se c'è un genere di letteratura oggi alla moda è senza dubbio la letteratura dei processi. Questi drammi veramente vissuti che hanno il loro epilogo in Corte d'Assise interessano assai più dei drammi immaginari che si rappresentano sui palcoscenici dei teatri. E noi li seguiamo nella stampa – sia nella cronaca imperfetta del giornale quotidiano, sia nel volume che pretende di essere imparziale o scientifico – e con un'intensità che segna il ritmo della nostra ansia febbrile”*.

Agli psichiatri non mancava una parte nella rappresentazione. Tanto da indurre, lo stesso anno, il cappellano del manicomio genovese di via Galata Camillo Tomei (1906), autore di un testo impietoso sulla psichiatria del suo periodo, a rappresentare in questi termini il dialogo tra gli psichiatri del manicomio sui loro colleghi, periti in tribunale: *“Il direttore, appena entrato, esclamò: “Bell'onore che si fanno certi colleghi! Almeno rispettassero la scienza! Che perizie! Misericordia! Roba da chiodi! Si son fatti prendere in giro dalla corte, dai giurati e anche dal pubblico”. “Chi sono?” domandarono tutti. “Come sempre i soliti, i propugnatori a ogni costo dell'epilessia nel delinquente”. “Eppure hanno fortuna più di noi. Sono i clowns psichiatrici dei processi clamorosi: e il più che importa, fanno denari!””*.

Verso il carcere, tecnologia che forza i corpi a condizioni innaturali e all'eteronomia, sembra maturare quindi negli psichiatri un sentimento di indifferenza, in una con il convincimento, e ciò valga a loro attenuante, che il malato mentale al carcere, proprio, non debba appartenere. Emblematico, a questo proposito, quanto aveva sostenuto Giovanni De Paoli (1879), in uno scritto dedicato a Lombroso: *“Molte volte il carcere è un'offesa alla dignità umana, e il Giudice usurpa talvolta il posto al Medico, e la camiciuola del Galeotto veste qualche volta un uomo cui una sventura dalla quale è annientato o diminuito il libero arbitrio raccomanda alle nostre cure, alla nostra compassione (...). Anche fuori dalla legge gli uomini non cessano d'avere i loro diritti, diritti che competono all'umanità in genere, che sono per così dire sanciti dalla natura; è un privilegio che la civiltà accorda anche al più ribaldo degli uomini. Molte volte questi diritti sono sconosciuti ed in proposito potrei accennarvi cose da farvi raccapricciare”*.

Se qualche interesse si riscontra, per il carcere, da parte degli psichiatri italiani del primo Novecento, esso non contiene nulla di nuovo rispetto all'impostazione lombrosiana, e porta perciò a negare, più che approfondire, la specificità dell'esperienza detentiva e l'importanza delle sue possibili conseguenze, sulle quali dovrebbe concentrarsi l'attenzione degli psichiatri,

sulla vita mentale della persona. La psichiatria tende così, da un lato, a fondare sulla patologizzazione generale del criminale, e perciò del detenuto, le sue velleità di egemonia sul mondo carcerario, ed è il caso della proposta di Obici al XII congresso della Società freniatrica svoltosi a Genova nel 1904. La delinquenza come malattia; l'essere, infondo, il sistema cellulare, la "colonia agricola" e l'ergoterapia come terapia morale i fondamenti tanto del trattamento carcerario che della terapia asilare, della quale l'alienista più di ogni altro poteva dirsi esperto; la necessità del passaggio, quindi, per le carceri, dalla direzione amministrativa alla direzione medico-alienistica (*Peloso*, 1994). Concetti ancora presenti, anni dopo, negli scritti che due psichiatri operanti a Genova, Francesco Prigione (1920) e Giuseppe Vidoni (1920), dedicano a un incontro fortuito col mondo carcerario al quale la medicina, e quindi la psichiatria, italiane erano state costrette dall'incarcerazione di Tullio Murri, figlio del più importante clinico medico d'Italia, e dalla pubblicazione delle memorie da lui redatte su questa drammatica esperienza. Vi si ribadisce, accanto ai temi che abbiamo già visto nella mozione di Obici approvata dal Congresso genovese della Società Freniatrica, la necessità del passaggio dalla pena prestabilita a una "misura di sicurezza" aperta, sottoposta alla valutazione dello psichiatra nella sua qualità di "antropologo-criminalista", in quanto prestabilire per legge la pena equivarrebbe a prescrivere per legge la durata della degenza di un malato, senza tener conto del decorso della malattia. Qualcosa che finalmente riscattasse, ribaltando la realtà, per mano dello psichiatra il medico carcerario da quella posizione ancillare, subalterna, antideontologica nella quale il giovane Murri lo aveva, impietosamente, colto e rappresentato nel suo libro di memorie. Scrive *Prigione* (1920) nel commentarla: *"E il medico del carcere? Quale umiliante condizione la sua! Privo dell'autorità e dei poteri necessari ad esercitare l'arte sua, ad imprimere un indirizzo più umano al trattamento dei reclusi, a contribuire validamente ad un'opera di difesa ed insieme di educazione e di profilassi sociale ... egli finisce per essere asservito al direttore ed al capo-guardia, e per sanare con il silenzio e la passività o con una criminosa solidarietà la brutalità del personale di custodia"*.

4 • I riflessi italiani della polemica nosografica sulle psicosi carcerarie

La consapevolezza di una particolare frequenza di sintomi psichiatrici tra i detenuti portò intanto gli psichiatri tedeschi a studiarne, a partire dalle ultime decadi dell'Ottocento, le caratteristiche. Maturarono così gli studi di Ganser volti a sostenere la specificità dei quadri psicopatologici sviluppati nel corso della detenzione, e in particolare di quello "stato crepuscolare isterico dei carcerati" che ancora oggi è noto come *Sindrome di Ganser*; e quelli dove, pur negando la specificità di questi quadri, Kraepelin e la scuo-

la dei kraepeliniani vi dedicavano grande attenzione. Scrive così Kraepelin (1903-4): *“Tutta una serie di cause psichiche si trovano riunite nella prigionia e specialmente nella reclusione cellulare, che secondo l’esperienza dà origine non raramente a disturbi psichici”*. Spesso, ma non sempre, favorita da fattori predisponenti in parte congeniti e in parte acquisiti, l’insorgenza di questi quadri risentiva delle *condizioni antiigieniche della vita carceraria*, quanto a monotonia e scarsità dell’alimentazione, moto insufficiente, mancanza d’aria libera, oltre alle condizioni d’incertezza proprie della detenzione preventiva e del pentimento. E prosegue: *“La reclusione cellulare ha la massima influenza dannosa”* - in particolare nel dare luogo a quadri allucinatori - *“e la cessazione di essa determina spesso, ma non sempre, una rapida scomparsa dei diversi segni morbosi. Tuttavia anche nella prigionia in comune si riscontrano abbastanza spesso disturbi psichici”*. Per lo più, a giudizio di Kraepelin, i quadri clinici osservati in prigione mancano di una loro specificità, se non per una maggiore vivacità delle allucinazioni uditive e per la particolare frequenza di alcuni temi deliranti: essere deriso, giustiziato, avvelenato, o essere stato condannato nonostante l’innocenza o trattenuto in prigione nonostante la grazia. Più raramente essi sono invece caratteristici e specifici della prigione, come gli stati di agitazione allucinatoria di breve durata. Conclude inoltre: *“È certo però che le speciali condizioni della prigionia sono capaci di dare un certo colorito comune ai quadri clinici dei diversi processi morbosi”*.

In seguito, la scuola degenerazionista tese a fare delle psicosi insorte in carcere l’effetto di commozioni affettive su personalità già precedentemente abnormi, ma a propria volta offriva contributi indispensabili alla conoscenza dell’effetto dell’esperienza detentiva sulla vita mentale. Alberto Vedrani, uno dei primi seguaci di Kraepelin in Italia, terminava così un’ampia revisione degli studi tedeschi: *“Le malattie mentali “sviluppatasi in prigione” ricevono dal mezzo carcerario solo un colorito caratteristico (...); la speciale sintomatica di queste malattie ci giustifica però a considerarle come tipi speciali, ben distinti da quelli che si sviluppano in libertà”* (Vedrani, 1911). E, nell’ambito dello stesso scritto, stigmatizzava il disinteresse degli psichiatri italiani: *“Già nella prima pagina della loro storia Nitsche e Wilmanns ci appongono questa nota: “La questione dei rapporti tra prigionia e malattia mentale, e specialmente la questione dell’esistenza di una psicosi specifica del carcere, ha preoccupato di preferenza studiosi tedeschi. Gli scarsi lavori di studiosi stranieri in questo campo non hanno aperto nuovi punti di vista”. Al che per parte degli italiani non c’è che da fare la ricevuta. C’è poco da pestare i piedi, quando la testa è mancata”* (Vedrani, 1911).

Di psicosi carcerarie scrive Arturo Morselli (1915) nel suo *Manuale di Psichiatria*: *“È accertato che, indipendentemente da condizioni morbose anteriori alla condanna, il carcere può provocare stati psicosici soprattutto in quegli individui che sono stati puniti con segregazione cellulare o con lunga reclusione. Fioriscono in questi casi deliri paranoidi diversi: alcune volte è un delirio di persecuzione con alluci-*

nazioni; altre volte è un delirio di innocenza, quando anche il soggetto abbia confessato la sua colpa; talora invece è un delirio che riflette la viva speranza di grazia e induce il prigioniero ad affermarsi graziato, pur non essendolo”.

La polemica nosografica sulle psicosi carcerarie esplose, invece, sulle riviste psichiatriche italiane, con quel ritardo che giustamente Vedrani aveva lamentato, solo negli anni '30, e avrà dimensioni tutto sommato modeste e breve durata. Nulla di sostanzialmente nuovo, del resto, rispetto all'annoso dibattito scatenatosi in psichiatria a fine Ottocento in ambito medico-assicurativo sulle nevrosi traumatiche, esacerbato dai tragici traumi collettivi della Grande guerra e destinato a riproporsi, ulteriormente rinfocolato, in occasione della guerra di Spagna e poi della Seconda guerra mondiale: se cioè il trauma (si tratti dell'esperienza traumatica privata e occasionale qualunque, di quella inscritta nella cornice traumatica collettiva della guerra, o di quella particolare del detenuto) potesse determinare di per sé la malattia mentale, o solo slatentizzarla in individui costituzionalmente predisposti e, infondo, a qualche livello subliminale già malati. Con una netta preponderanza degli psichiatri italiani verso quest'ultima ipotesi.

Di psicosi carcerarie si era occupato nel 1924 Enrico Mondio che, proprio rifacendosi alla polemica sulle psicosi traumatiche, aveva concluso che come non esistono psicosi di guerra, né psicosi minerarie, ma psicosi che si osservano nei militari durante una guerra o nei lavoratori delle miniere, così non dovevano essere ammesse neppure psicosi carcerarie, ma solo psicosi che si sviluppano in carcere o delle quali in individui *predisposti e tarati* il carcere favorisce l'evoluzione o è il *reattivo scopritore*. Presero parte negli anni successivi alla polemica *Ettore Patini* (1931, 1932, 1938), *Mario De Mennato* (1932, 1935, 1937), primario del Manicomio giudiziario di Napoli, entrambi decisamente restii ad attribuire autonomia nosografica a questi quadri, e *Paolo Manunza* (1934, 1935), assistente dell'Istituto di Medicina legale dell'Università di Cagliari, più incline ad ammetterla, come del resto aveva fatto pochi anni prima in Germania *Oswald Bumke*, nel *Trattato di Psichiatria* tradotto in Italia nel 1929.

Patini (1931) osserva come la cosiddette psicosi carcerari non rispettino i requisiti per la definizione di una forma clinica come quadro specifico: specificità di sintomi, di sindrome o di causa; anche qualora il trauma della carcerazione fosse determinante, infatti, non giustificerebbe la separazione di queste forme dal complesso delle psicosi traumatiche. L'origine dei quadri psichiatrici più frequenti in carcere (psicosi allucinatorie, delirio persecutorio e depressione, attonita o agitata) andrebbe ricercata in una combinazione tra una predisposizione costituzionale e lo stato psicologico proprio della situazione detentiva. Che opererebbe nel primo caso, in particolare, tramite il silenzio obbligatorio o la segregazione cellulare, di per sé possibili cause di allucinazioni; nel secondo, tramite il facile passaggio nella vita

mentale dalla condizione persecutoria oggettiva, nella quale il detenuto di per sé viene a trovarsi, a quella delirante.

Quanto agli stati depressivi, Patini (1931) osserva: “*Si consideri il fine afflittivo della pena. L'afflizione è dolore, è patema morale. La pena vuole essere patemizzante, senza di che non avrebbe efficacia. Il detenuto deve addolorarsi. Orbene che cos'è la pazzia melanconica, se non esagerato e ingiustificato patema dell'animo?*”. Estremamente facile perciò, negli individui predisposti, il passaggio dall'una condizione all'altra.

E prosegue: “*Questa condizione di per se stessa concentrativa e quindi eccitatrice dell'attività interiore del detenuto e inoltre persecutoria ed afflittiva è naturale piedistallo psicologico all'insediarsi dell'allucinosi, del delirio persecutorio e della malinconia*”.

Condizione favorente, dunque, senz'altro, ma non tale da rendere questi quadri specifici rispetto a quelli, simili, che in altre situazioni possono insorgere. A un solo quadro clinico, non così frequente, Patini afferma di voler riservare il nome di “psicosi carceraria” o meglio “psicosi giudiziaria” e l'anno successivo, accettando il suggerimento di *De Mennato* (1932), “psicosi penitenziaria” (*Patini*, 1932): è quello del delirio di innocenza, o di essere condannato a una pena inferiore a quella reale.

Quanto a *De Mennato* (1932), parte nel suo scritto da un analogo convinto costituzionalismo e da una distinzione delle psicosi del carcere in tre grandi gruppi: quelle insorte accidentalmente in carcere, che avrebbero potuto insorgere ovunque; quelle nelle quali non va negato al carcere un valore favorente (nevrosi traumatiche legate all'inizio della carcerazione, e stati confusionali, forme allucinatorie e distimiche dei primi anni di carcerazione), erroneamente considerate a suo parere psicosi “carcerarie” ma prive di vera autonomia nosografica; un gruppo molto ristretto di psicosi, tardive nell'insorgenza e croniche nel decorso (deliri persecutorio, di innocenza o di rivendicazione) nelle quali la condizione detentiva è condizione indispensabile, corrispondenti alle psicosi giudiziarie di Patini, alle quali riserva, per sfuggire alla confusione con le psicosi carcerarie di altri autori, appunto la definizione di “psicosi penitenziarie”, mentre il termine di “psiconeurosi giudiziarie” dovrebbe essere riservato a fenomeni isterici, indipendenti dalla situazione detentiva e rispondenti in modo prevalente alla necessità di tutelare il proprio io nel corso del processo.

È interessante notare come Filadelfia e Auburn rimangano ancora, a oltre un secolo di distanza, i paradigmi estremi fondati sull'esasperazione di aspetti particolari della condizione detentiva (l'isolamento e il silenzio) con i quali confrontarsi. Se essi però rappresentano un potenziale fattore psicopatogeno, preoccupazioni desta anche, per ragioni diverse, la carcerazione comune: “*Se la segregazione cellulare e l'obbligo del silenzio rappresentano un ostacolo all'azione inibitrice, correttiva del mondo esteriore, nella carcerazione comune*

l'individuo è sottoposto agli stimoli di un mondo uniforme, corrotto, falsato, anormale" (De Mennato, 1932).

Nei lavori, che si collocano sul versante opposto, di *Manunza* (1934, 1935), contro i quali insorgeranno *De Mennato* (1935, 1937) e *Patini* (1938), il tema del contendere è ancora una volta, in estrema sintesi, quello della detenzione:

- come fattore eziologico possibile per le malattie mentali, che quindi meriterebbero se insorte nel carcere, a giudizio di Manunza, una piena autonomia nosografica;
- come possibile fattore ambientale favorente l'insorgenza e peggiorante il decorso in soggetti già predisposti o malati in forma subclinica;
- come fattore morfologico in grado, soltanto, di dare una particolare coloritura a quadri insorti e sviluppandosi con le stesse modalità con cui sarebbero insorti altrove;
- come elemento pressoché irrilevante tanto nell'eziologia, che nell'offerta di condizioni ambientali favorenti, che nella morfologia delle malattie mentali.

Distingue infatti *Manunza* (1934), in una revisione critica della letteratura:

- autori per i quali le psicosi descritte in carcere non hanno alcunché di specifico né di caratteristico, tra i quali ricorda Ingegneros e Patini;
- autori per i quali questi quadri psicotici, pur non avendo piena specificità, risentono dell'ambiente e della vita del carcere, tra i quali ricorda Tanzi e Lugaro, De Sanctis e Carrara;
- autori che ritengono adeguata la distinzione delle psicosi carcerarie come forma autonoma, tra i quali ricorda Bumke, Vedrani e De Mennato, il quale scriverà invece per rifiutare questa interpretazione del suo punto di vista (*De Mennato*, 1935) e chiedere di essere semmai enumerato nel primo gruppo di autori, e riceverà a sua volta una replica (*Manunza*, 1935).

Per poi commentare che, almeno nei soggetti predisposti, a proposito di alcuni dei quali descrive sintomi, predisponenti già al reato, che oggi sarebbero classificati come segni di un disturbo di personalità: *"Personalmente ritengo che la permanenza di anni e decenni in un penitenziario possa determinare, in terreno predisposto, un graduale impoverimento delle facoltà mentali, e più particolarmente una limitazione progressiva dei processi intellettivi (...). Per di più la graduale perdita di molte immagini rappresentative, dovuta alla vita sempre uguale che si conduce in tali ambienti, finisce per indebolire moltissimo l'interesse e l'attenzione dell'ammalato che, pervenendo a uno stato di completa indifferenza o di apatia, si isola sempre più da tutto quello che lo circonda"*. E ancora: *"È da tener presente soprattutto un fatto: che, qualunque possa essere la psicopatìa che si inizia in prigio-*

ne (anche se la detenzione non interviene, se così si può dire, come fattore eziologico), si manifesta nella sintomatologia, quasi sempre, uno speciale colorito, risentendo sia il contenuto del delirio, come tutto il complesso del quadro mentale, del fatto della carcerazione” (Manunza, 1934).

Interessante - e meriterebbe di essere riletta in rapporto con la prassi che abitualmente accompagna l'osservazione del detenuto in OPG o la sua temporanea permanenza durante l'espiazione della pena in altri luoghi di cura - l'indicazione, emersa marginalmente nel corso del dibattito e sostenuta sia da Manunza (1934 e 1935) che da De Mennato (1937), che il detenuto affetto da malattia mentale, una volta internato altrove e guarito, non faccia ritorno al carcere, in ragione dell'alta probabilità, restituito alle stesse condizioni, di recidiva o cronicizzazione.

5 • Ritornare a pensare il carcere: la testa manca ancora?

Abbiamo, dunque, visto come nei primi anni '40 dell'Ottocento gli scienziati italiani, e alcuni medici e psichiatri tra loro, partecipassero alla discussione sulla riforma carceraria, e identificassero nelle sue ricadute sulla salute, e per molti aspetti sulla salute mentale, del detenuto un proprio campo d'interesse specifico. E come, nel periodo immediatamente successivo, Serafino Biffi, psichiatra milanese, continuasse a considerare la questione del trattamento carcerario, in particolare dei minori, e del contesto igienico sanitario e psicosociale nel quale si svolgeva, un tema del quale, in quanto psichiatra clinico, doversi fare carico.

Con l'ultima parte dell'Ottocento, l'interesse degli psichiatri si sposta dal carcere al tribunale, e dal detenuto al criminale, e la psichiatria comincia a rivolgere al carcere uno sguardo distratto, alternativamente caratterizzato da indifferenza, timori di subalternità, velleità di egemonia; il manicomio criminale e i padiglioni criminali dei manicomi rimangono gli unici terreni di una complessa e contrastata convivenza. È un lungo periodo di distanza: al contrario di quanto contemporaneamente cominciò ad accadere, ad esempio, in Francia con la riforma Amor (*Senon*, 1998), il carcere attraversa pressoché indenne, da questo punto di vista, la Seconda guerra mondiale e la liberazione; carcere ed Ospedale Psichiatrico Giudiziario non furono intaccati dalla legge 180, destinata a trasformare radicalmente al di fuori di essi l'assistenza psichiatrica, né dalla legge 833 di riforma sanitaria. E la scotomizzazione dei problemi connessi alla presa in carico del malato di mente che commette un reato, o del reo che sviluppa, in rapporto col reato, il processo, la detenzione un disturbo mentale, continua nei servizi psichiatrici, con pochissime eccezioni.

Con il 1999, il D. Lgs. 230 ripropone problemi di equità lungamente

rimossi e ritorna a porre il problema di una presa in carico da parte del sistema sanitario nazionale dei problemi di salute, e di salute mentale, della carcerazione. La psichiatria che incontra il carcere è ormai uscita dal manicomio e si è diffusa nel territorio, anche se continua tuttora a confrontarsi con il carcere come con uno spazio delimitato, chiuso, appartenente a una realtà altra, anche se non più del tutto separata e impermeabile.

Bibliografia

- BABINI V. P. (2004): *Il caso Murri. Una storia italiana*. Il Mulino, Bologna.
- BANDINI T., GATTI U., MARUGO M. I., VERDE A. (1991): *Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*. Giuffrè, Milano, pp. 4-9.
- BERTOLINI G. (1914): *Le anime criminali*. Istituto veneto di arti grafiche, Venezia, pp.1-282.
- BIFFI S. (1866): *Sui riformatorj dei giovani travati in Francia, estratto dalla memoria letta nell'adunanza dell'11 gennaio 1866*. Rendiconti dell'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, Milano.
- BIFFI S. (1876): *Secondo quali principi giovi organizzare i riformatorj per i giovani*. Bernardoni, Milano.
- BRIERRE DE BOISMONT A. (1843): *Des hallucinations*. Baillièrre, Paris, pp. 387-388.
- BUMKE O. (1929): *Trattato di psichiatria*. Utet, Torino, vol. 1, pp. 67-69; vol. 2, pp. 232-234.
- CASTEL R. (1975): *L'ordine psichiatrico. L'età d'oro dell'alienismo*. Feltrinelli, Milano, 1976.
- DE MENNATO M. (1932): "Le psicosi della vita carceraria", *Rassegna di studi psichiatrici*, 21, pp. 707-730.
- DE MENNATO M. (1935): "Precisioni sul concetto clinico delle psicosi della vita carceraria. Alcune osservazioni sulla sospensione della pena ai condannati infermi di mente", *Rassegna di studi psichiatrici*, 21, pp.164-170.
- DE MENNATO M. (1937): "Sulle psicosi che insorgono durante la carcerazione", *Rassegna di studi psichiatrici*, 26, pp. 491-496.
- DOLDI S. (1984): *Le Riunioni degli Scienziati italiani*, in: DOLDI S.: *Scienza e tecnica in Liguria dal Settecento all'Ottocento*. ECIG, Genova.
- FERRANNINI L., PELOSO P. F., CECHINI M., STRATA P. (2004): "Salute mentale, abuso di sostanze e detenzione: profili e problematiche del trattamento". In CARRIERI F., CATANESI R. (a cura di): *Abuso di sostanze e condotte criminali*, Giuffrè, Milano, pp. 453-465.
- FOUCAULT M. (1974-75): *Gli anormali. Corso al Collège de France*. Feltrinelli, Milano, 2000.
- FOUCAULT M. (1975): *Sorvegliare e Punire. Nascita della prigione*. Einaudi, Torino, 1976.
- GERMIGNANI P. A., PELOSO P. F. (1992): "L'opera di Pier Francesco Buffa e il trattamento morale della follia in Liguria", *Atti dell'Accademia Ligure di Scienze e Lettere*, 49, pp. 113-150.
- GUARNIERI P. (2006): *L'ammazzabambini. Legge e scienza in un processo di fine Ottocento*. Laterza, Roma-Bari.
- KRAEPELIN E. (1903-4): *Trattato di psichiatria (VII ed.)*. Vallardi, Milano, 1907, pp. 73-75.
- LESCHIUTTA P. (1996): "Palimsesti del carcere", *Cesare Lombroso e le scritture proibite*. Liguori, Napoli.
- LOMBROSO C. (1876): *L'uomo delinquente studiato in rapporto alla antropologia, alla medicina legale ed alle discipline carcerarie*. Hoepli, Milano.
- LOMBROSO C. (1891): *Palimsesti del carcere*. Flli Bocca, Torino.

- MANUNZA P. (1934): "Le psicosi da detenzione (dal punto di vista clinico e medico-legale)", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 58, pp. 57-93.
- MANUNZA P. (1935): "A proposito di psicosi da detenzione (precisazioni alle "precisazioni" indirzzatemi dal dr. De Mennato)". *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 59, pp. 423-426.
- MANZOT F. (1972): *Bufalini Maurizio*. In: AA.VV: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Ed. Enc. It. Treccani, Roma, vol. 14, pp. 799-802.
- MAURA E., PELOSO P.F. (1999): *Lo splendore della ragione. Storia della psichiatria ligure nell'epoca del positivismo*. La Clessidra, Genova.
- MORSELLI A. (1915): *Manuale di psichiatria*. Idelson, Napoli.
- MURRI T. (1920): *Galera*. Modernissima, Milano.
- PATINI E. (1931): "Su l'illegittimità clinica della psicosi carceraria", *Rivista di diritto penitenziario*, 2, pp. 1193-1205.
- PATINI E. (1932): "Recensione a: De Mennato Mario: Le psicosi della vita carceraria", *Rivista di diritto penitenziario*, 3, pp. 1297-1298.
- PATINI E. (1938): "Limiti del concetto di psicosi carceraria", *L'ospedale psichiatrico*, 6, pp. 1-10.
- PELOSO P. F. (1994): "Argomenti di attualità psichiatrica al congresso della Società Freniatrica Italiana in Genova (1904)", *Pathologica*, 86, pp. 453-464.
- PELOSO P. F. (1997): "Argomenti psichiatrici all'VIII Riunione degli Scienziati Italiani in Genova (1846)", *La Berio*, 37, 2, pp. 3-20.
- PRIGIONE F. (1920): "Carcere vendicativo", *Quaderni di Psichiatria*, Serie II, 7, pp. 27-35.
- SENON J. L. (1998): *Salute mentale in carcere. La psichiatria di collegamento in ambiente penitenziario* (ed. it. a cura di L. FERRANNINI e P.F. PELOSO). Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
- SCARPELLI G. (1985): "Maurizio Bufalini". In: PORTR R. (a cura di): *Dizionario biografico della storia della medicina e delle scienze naturali*. F.M. Ricci, Milano, tomo I, pp. 153-154.
- SIGHELE S. (1906): *Letteratura tragica*. Treves, Milano, 246.
- TOMEI C. (1906): *Illusioni di una scienza nuova (Psichiatria). Fra pazzi e savi. Bozzetti di vita di manicomio*. Tip. della Gioventù, Genova.
- VEDRANI A. (1911): "Le psicosi del carcere", *Quaderni di Psichiatria*, 1, pp. 1-14.
- VIDONI G. (1920): "Delitti e pene nel libro di un galeotto", *Liguria Medica*, pp. 1-9.