

Roberta Pandolfino

L'ex OPG di Barcellona Pozzo di Gotto: la storia, l'archivio, i "pazzi criminali"

In queste pagine leggeremo di un'istituzione centenaria, sempre incompiuta e soggetta ad una pluralità di mutazioni giuridiche e sociali. Scopriremo l'attuale casa circondariale Vittorio Madia ed il suo archivio storico, conoscendo chi, tra quelle mura, ci ha vissuto.

Il manicomio criminale in Italia.

«Non è imputabile di reato colui che, nel momento in cui commise il fatto, era in tale stato da non avere la coscienza di delinquere, ovvero vi fu costretto da una forza alla quale non potè resistere". "Colui al quale l'infermità di mente, o la forza esterna, non tolse del tutto, ma scemò grandemente la coscienza degli atti, o la possibilità di resistere, è imputabile: ma la pena è diminuita da uno a cinque gradi»¹. Era il 25 Novembre del 1876, il guardasigilli Pasquale Stanislao Mancini parlava alla camera. In Italia, stavano per nascere i manicomi criminali. Il dibattito politico era stato aperto ma, come di consueto, nel paese degli eterni indecisi, nulla era ancora stato formalizzato e la necessità superò la legge: quello stesso anno, verrà costituita la prima sezione speciale per maniaci ad Aversa. Il dibattito infuriò lungamente sulla terminologia e su chi avesse reale diritto a soggiornare presso questi istituti. «L'epiteto "criminale" andava condannato in quanto stigmatizzante, quando si è alienati non si è delinquenti ma infermi»². Sono i folli rei o i rei folli a dover essere portati in queste strutture? Tutte domande che hanno trovato la loro risposta solo molti anni dopo. All'alba del XX secolo, in Italia esiste una nuova istituzione, non legalmente formalizzata, sovraffollata ma necessaria. I manicomi criminali sono una realtà tutta da determinare. È il 14 febbraio del 1904, grazie alla legge n. 36, conosciuta come legge Giolitti, che la materia psichiatrica viene riordinata e si dà una prima impronta a questi istituti determinandone l'ambito di competenza: i rei folli, ovvero coloro che impazzivano in carcere. Il nucleo, più corposo, dei folli rei sarebbe stato indirizzato presso i manicomi civili. Una mutilata legittimazione dei manicomi giudiziari che avrebbe visto la sua concretizzazione solo con la rivoluzione del Codice penale, determinandone la materia per quasi cento anni. L'articolo 222 recitava: «Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da

¹ Codice Penale Sabauda, art. 61-62, 1859

² Gaddomaria Grassi, Chiara Bombardieri, *Il policlinico della delinquenza*, FrancoAngeli, Milano, 2016, p 45.

alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario, per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'Autorità di pubblica sicurezza. La durata minima del ricovero nel manicomio giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce [la pena di morte o] l'ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni. Nel caso in cui la persona ricoverata in un manicomio giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nel manicomio. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori degli anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso»³. È il 1930 quando entra in vigore il Codice Rocco, tutto cambia. Anche i folli rei dovevano essere ospitati nei manicomi giudiziari, ma non solo. Il nuovo Codice «regolava con attenzione anche alcune altre questioni: in primo luogo indicava la durata minima dell'internamento, la scadenza prima della quale la misura di sicurezza non poteva essere interrotta (due, cinque o dieci anni, a seconda dell'entità del reato commesso). Al termine della misura di sicurezza, il giudice, sentito il perito psichiatra, aveva il compito di valutare il sussistere della condizione di pericolosità sociale e la necessità di prorogare la misura di sicurezza detentiva. [...] In secondo luogo confermava e normava anche la seminfermità che comportava una pena ridotta ed un periodo di ricovero con misura di sicurezza detentiva presso un manicomio civile. Infine, il Codice Rocco sanciva l'automatismo fra non imputabilità e misura di sicurezza detentiva: al riconoscimento dell'infermità totale e della non imputabilità doveva seguire comunque una misura detentiva»⁴. Il terzo punto è certamente il più netto, ma forse il più complesso da interpretare così come da digerire. Il legislatore era andato molto oltre ciò che gli esperti psichiatri avevano preventivato, anche una delle più illustri voci dell'epoca, aveva solo suggerito, nei casi di massima pericolosità, la reclusione nel manicomio criminale; per Augusto Tamburini non tutti i prosciolti da imputazioni a causa di pazzia dovevano essere rinchiusi, difatti, se così non fosse stato, non avremmo vissuto ben cento anni di ergastoli bianchi, cento anni in cui la malattia mentale non è riuscita ad inserirsi nella realtà sociale, cento anni in cui la pazzia è stata contenuta, esiliata, allontanata ed incamerata in schemi precisi,

³ Articolo 222 Codice penale Sabauda, Regio decreto 1398/19 Ottobre 1930.

⁴ Ivi, pp.87-88

lontanissimi da cura ed integrazione. Franco Basaglia l'ha sempre sostenuto fermamente: «la distanza fra l'ideologia (l'ospedale è un istituto di cura) e la pratica (l'ospedale è un luogo di segregazione e di violenza) è evidente. [...] Il manicomio non è l'ospedale per chi soffre di disturbi mentali, ma è il luogo di contenimento di certe devianze di comportamento»⁵. Devianze di comportamento a tutt'oggi difficili da gestire, che tutt'oggi, non hanno ancora trovato una loro collocazione precisa.

Oggi manicomi civili ed ospedali psichiatrici giudiziari sono ufficialmente chiusi, una scelta sacrosanta ed auspicata da chiunque abbia mai toccato con mano quelle realtà, ma lasciano un vuoto in un contesto sociale dove stigmatizzare, omogenizzare, aggregare ed isolare risulta la scelta più facile ed immediata. Ancora Basaglia è il luminante in questo: «possiamo capire come tutte le istituzioni del nostro sistema sociale abbiano la funzione di rispondere al bisogno una volta che esso sia stato criminalizzato, ridotto a ciò che non è o a ciò di cui non è sintomo o espressione. La criminalizzazione del bisogno né è in realtà la natura artificiosamente costruita, così che si trovano a fronteggiarsi due forme di violenza e di criminalità, l'una in risposta all'altra, senza che si sappia più riconoscere cosa sia il bisogno reale. La devianza, il comportamento anomalo sono crimini perchè potrebbero essere pericolosi; l'istituzione delegata alla cura e alla riabilitazione della devianza e del comportamento anomalo, è crimine, in nome della prevenzione di questa pericolosità. Non esistono bisogni né risposte ai bisogni. In questa situazione è addirittura impossibile riconoscere cosa sono fenomeni umani come malattia e devianza. Ed è anche difficile riuscire a dare un'interpretazione reale dei fenomeni sociali»⁶. Argomentazioni di altissimo rilievo che, fomentate dalla ricerca psichiatrica e dalla rumorosa inchiesta parlamentare⁷ che ha indagato questi istituti di detenzione, non potevano che portarci in un'ottica completamente nuova; il legislatore ha dovuto rigestire la complessità, scardinare le comuni logiche del giusto e del bello, saldate a meccanismi che fanno della paura la nostra voce di maggioranza. Il 2012 è stato l'anno che ha decretato la fine di quell'«autentico orrore indegno di un paese appena civile»⁸, la legge 9/2012 ha sancito la chiusura ufficiale di tutti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari⁹, una legge farraginoso e frutto di tanti anni in cui il vuoto legislativo, è stato colmato, a più riprese, solo dalla

⁵ Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia, *Crimini di pace*, Balfini+CastoldiPlus, Torino, 1975, p.16

⁶ Ivi, p. 142

⁷ Commissione Parlamentare d'Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale presieduta dal senatore Ignazio Marino, conosciuta anche come Commissione Marino (2011).

⁸ Giorgio Napolitano, *Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica*, 2012, min. 15:10 <https://www.youtube.com/watch?v=hq1fZV460E> (08/03/2020).

⁹ Gli istituti di Aversa (CE), Montelupo Fiorentino (FI), Reggio Emilia, Sant'Eframò (NA) e Barcellona Pozzo di Gotto (ME)

Corte Costituzionale. «A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie [...], fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale»¹⁰, in sostanza, tutti gli istituti andavano sgomberati, chiusi in poco meno di un mese, un'imposizione utopistica ma atta a generare una rivoluzione.

Il processo sarà più lungo del previsto ma i “manicomi”, così come venivano e vengono volgarmente chiamati, oggi, sono stati tutti chiusi, riconvertiti in carceri o REMS¹¹. L'ultimo istituto a chiudere i battenti è stato l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (ME), ma solo nel Febbraio del 2017, ben quattro anni dopo quanto pronosticato, divenendo l'attuale casa circondariale Vittorio Madia.

Ma cosa né è stato di tutte le persone che, sebbene con non pochi problemi, abitavano quelle mura? Cosa né è stato di coloro che, per tutta la loro vita, hanno chiamato casa quelle celle e famiglia tutti gli agenti, medici ed operatori para-sanitari? Chi erano questi folli rei o rei folli, e perché si trovavano a Barcellona piuttosto che Aversa, perché si trovavano in manicomio piuttosto che in carcere? Non sta a me dare giudizi di valore sulla bontà o meno di questi istituti, sull'efficienza dell'iter legislativo o le scelte dei singoli operatori, le opinioni a riguardo sono fin troppo inflazionate e forti di convinzioni pregresse che con la realtà non hanno nulla a che fare. Il mio scopo è interpretare i fatti, scevra da qualsiasi influenza; ed è così che ho deciso di percorrere la mia “immersione” in questo mondo, per me, nuovo e complesso, fatto di miliardi di sfaccettature, a metà tra il passato ed il presente ed in cui solo una cosa è certa: nulla è mai bianco o nero.

¹⁰ Legge 17 Febbraio 2012, n. 9, “*Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*”, comma 3.

¹¹ Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza, in Italia: una struttura sanitaria di accoglienza per gli autori di reato affetti da disturbi mentali e socialmente pericolosi. La gestione interna è di esclusiva competenza sanitaria, poiché afferenti al Dipartimento di Salute Mentale delle ASL di competenza territoriale.

La casa circondariale Vittorio Madia: il manicomio ...

A metà tra passato e presente. Andare a far ricerca presso un archivio carcerario significa avere il naso tra i documenti (nel passato), ma le orecchie in una realtà viva ed in continuo mutamento, una realtà dalla quale non puoi isolarti bensì immergerti.

La mia ricerca si svolge presso la casa circondariale Vittorio Madia, l'ultimo Ospedale Psichiatrico Giudiziario ad essere riconvertito, situato a Barcellona Pozzo di Gotto (ME) presso quella che oggi si chiama via Vittorio Madia. «La struttura occupa, lungo la strada, un isolato rettangolare totalmente recintato. Visto dall'esterno, se non fosse per la grande insegna che riporta "Casa Circondariale Vittorio Madia. Distaccamento di polizia penitenziaria Barcellona P.G.", per la cortina muraria incombente e per le grate dipinte in azzurro visibili su tutte le finestre, sembrerebbe una normale palazzina bilivelli dall'aspetto eclettico di inizio secolo. L'edificio è stato infatti progettato e realizzato negli anni 1913-1925, come Manicomio Giudiziario maschile del Regno d'Italia, sulla scia di quelle opere create nel post-terremoto [...]. È stata definita sulla pubblicista locale una costruzione elegante, caratterizzata per l'epoca da ingegnosi sistemi strutturali».¹² Entrando negli uffici amministrativi dell'istituto, ex residenza del direttore, gli ambienti comuni e le diverse stanze provocano un immediato salto nel passato. Le pitture, negli scalinati corridoi e lungo le imponenti scale in marmo, sono prova di uno spiccato gusto barocco, molti colori e ricchi elementi decorativi. Alcune stanze sono rimaste intonse e ricche di un mobilio in legno massiccio scuro dalle superfici curve; questi mobili sono stati disseminati per tutta la sezione amministrativa, la stanza del direttore, gli specchi negli spazi comuni, ma è, in particolare, una stanza ad attirare la mia attenzione; si trova al piano terra, sfruttata dai magistrati di sorveglianza, quando si recano in istituto, qui tutto è rimasto com'era: bauli, vetrine, armadi, specchi e sedie raccontano di un passato non troppo lontano ma distante anni luce da quello che oggi la casa circondariale rappresenta. La stessa direttrice, Romina Taiani, l'ha definita ironicamente "la stanza del podestà" manifestando apertamente il suo straniamento da quello che quell'ambiente rappresenta. Spicca inoltre, la biblioteca, uno spazio non particolarmente ampio, utilizzato per effettuare le riunioni dello staff, contenitore di piccoli tesori, circa trecento volumi divisi per sezioni; possiamo trovare testi giuridici, psichiatrici ed altri volumi centenari dal grande valore scientifico e culturale. « Nella prima fase si tratta sempre di una

¹² Redazione, L'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI BARCELLONA POZZO DI GOTTO (MESSINA), [Mediterraneanonline.eu](https://www.mediterraneanonline.eu): rivista di cultura mediterranea, <https://www.mediterraneanonline.eu/lospedale-psichiatrico-giudiziario-di-barcellona-pozzo-di-gotto-messina/> (10/03/2020).

struttura protetta. All'interno [prima della conversione in casa circondariale] ci sono sei reparti indipendenti, uniti da un cortile interno: alcuni reparti sono con stanze singole (96), altri con grandi stanze a più letti, anche nove (47), ed hanno ospitato negli anni da 200 a 300 degenti, spesso di provenienza regionale o limitrofa. La distribuzione dei posti avviene sulla base del criterio clinico, cercando di razionalizzare l'ambiente secondo la necessità [...] Gli spazi collettivi permettono lo svolgimento di attività ricreative, teatrali e sportive, svolte in estate anche sotto i portici dei reparti e nei cortili dove c'è un chiosco di rinfresco. Il quarto reparto ospita una cappella per funzioni religiose»¹³. Tutte queste infrastrutture sono state aggiunte, nel corso del tempo, in risposta alle esigenze dei detenuti, in primis, per far fronte a quell'otium proprio del detenuto carcerario ed estremamente deleterio per il malato mentale. Ma, la prima vera iniziativa, fu quella di istituire la scuola elementare, come lo stesso Madia scrive: «fu provveduto alla costruzione di appositi banchi ed all'acquisto di tutta la suppellettile didattica per il regolare funzionamento della scuola (tra cui anche un proiettore per le diapositive). Furono presi opportuni accordi con un insegnante elementare locale, il quale, conscio della missione altamente sociale propositagli, aderì subito, con nobile slancio, a prestare, senza compenso alcuno, la propria attività di insegnamento ai ricoverati [...] Attraverso lezioni mirate a suscitare in essi, sentimenti di bontà e di amore, pare che si ridesti il pentimento per il male compiuto, affiorando dalla profondità della loro coscienza, spesso obnubilata [...] Di certo è valido incitamento alla redenzione e alla riabilitazione [l'insegnamento], un ottimo mezzo psico-terapico, perché concorre a ridestare nei soggetti l'equilibrio sentimentale ed affettivo, a riallacciarli alla vita»¹⁴. Chiaro il fine terapeutico delle attività educative, così come quelle sportive, seguendo il dettame mens sana in corpore sano, mai sottovalutate quelle ricreative allo scopo di garantire una diversificazione dei trattamenti oltre che una netta scansione del tempo, basti pensare che tra gli anni '80 e '90, sotto i portici, venivano addirittura organizzate serate di karaoke. Una struttura viva che negli anni si è ampliata sempre più venendo incontro alle necessità terapeutiche così come quelle della burocrazia.

... l'archivio storico.

L'archivio storico dell'istituto, nel corso degli anni, è stato più volte dislocato; nato presso l'attuale area amministrativa era stato trasferito, circa quindici anni fa, presso un altro plesso, ora adibito ad ufficio della Polizia Penitenziaria. Da qualche anno tutti i documenti ed il materiale di valenza storica si trovano presso una

¹³ IBIDEM

¹⁴ Vittorio Madia, *Il Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto*, rivista di Diritto Penitenziario: Studi teorici e pratici, Anno III, Luglio-Agosto, 1932.

struttura, appositamente costruita, adiacente il plesso principale dell'istituto. In quest'area, un grande piazzale non pavimentato, troviamo una pluralità di fabbricati adoperati come magazzino o officina; il più piccolo di questi è l'archivio. Appena entrati si amplia lo sguardo su un lungo corridoio, reso stretto dagli armadi in metallo disposti lungo le pareti, sulla sinistra un piccolo spazio adibito alla consultazione ed ancora un lungo corridoio parallelo, questo è più ampio, ma sono ancora gli armadi a rendere l'ambiente angusto, in quanto posizionati lungo le pareti ed al centro dell'ambiente creando una sorta di piccolo labirinto in cui ogni angolo risulta tutto da scoprire. Sì! Da scoprire, perché la più grande problematica, legata a questa struttura, non è l'incuria o la mancata ampiezza degli spazi, quanto, piuttosto, la totale assenza di un catalogo, un indice, una guida circa ciò che gli armadioni contengono, una mappa che possa aiutare l'avventore a districarsi in quel dedalo di metallo. In realtà, basta osservare meglio per capire che un tentativo organizzativo è stato effettuato; sopra alcuni armadi è possibile intravedere l'applicazione di un'etichetta dove spicca la data di riferimento circa il contenuto, non è sempre presente, probabilmente alcune sono andate perdute, probabilmente il lavoro non è mai stato completato, probabilmente il lavoro non è stato effettuato con minuzia, purtroppo non sempre ciò che si legge corrisponde a realtà. Un tentativo, appunto. In compenso, è facile reperire il materiale in base alle date, essendo adeguatamente contrassegnati i faldoni. Non un archivio come gli altri, non basta compilare un modulo per ottenere il materiale che si desidera consultare, bisogna andarselo a cercare, controllare ed infine consultare.

La documentazione.

L'archivio è un luogo fisico ma anche l'insieme, più o meno, organizzato di documenti (scritti, grafici, iconografici etc) ed atti prodotti, ricevuti o in qualsiasi modo acquisiti da un soggetto. Presso l'archivio storico di Barcellona Pozzo di Gotto troviamo una grande quantità di questi documenti, atti autoprodotti, inviati e svariate comunicazioni trascritte, tutti mixati in grossi faldoni dove il comune denominatore è un numero. Il numero di storia clinica o il numero di matricola. Questi numeri sono associati ad una persona, tutti i documenti raccontano del capitale umano, della popolazione; sono le storie psichiatriche e giuridiche di chiunque abbia varcato la soglia di questo storico istituto. Ricostruire le biografie di questi individui, indagare le pratiche trattamentali, comprendere la diagnostica, riportare i crimini alle pene di inizio secolo sono solo alcuni degli ipotetici obiettivi postami in fase di progettazione ma di questo parleremo in seguito. Adesso intendo soffermarmi propriamente sulla documentazione d'archivio. I due corridoi a cui accennavo prima si diversificano per contenuto: il più grande, raccoglie tutti i faldoni contenenti cartelle cliniche; l'altro, tutta la documentazione più spiccatamente giuridica ed amministrativa, catalogata sotto il termine "Matricola".

Ogni paziente/detenuto ha due numeri identificativi, due cartelle che raccontano i motivi della sua degenza e come questa si sia evoluta e conclusa, due diverse cartelle atte a scindere il paziente dal detenuto, atte ad ordinare sistematicamente quella dualità propria di questi istituti. Una volta individuata la struttura dell'archivio fisico è stata la volta di iniziare a consultare i singoli documenti.

Le cartelle cliniche si presentano omogeneamente, una struttura ben definita, da compilare con dovizia di particolari. Articolata in sei distinte sezioni, eccezion fatta per la copertina che contiene le informazioni anagrafiche: "anamnesi", familiare e personale a cui viene sempre allegato uno o più "questionario sul detenuto", quattro pagine di domande brevi di natura clinica (es. "Fu mai colpito da malattie infettive? - Nella famiglia vi furono casi di cancro, tisi, diabete, scorbuto, rachitismo o impaludismo?"), morale (es. "Da fanciullo fu obbediente, affettuoso, rispettoso: o fu ribelle, irascibile impulsivo? - La famiglia godeva di fama buona, mediocre, equivoca o addirittura cattiva?") e giuridica (es. "A che età ebbe a che fare, la prima volta, con la polizia o con la Giustizia? - Nella famiglia vi furono casi di delitti?") sul soggetto e sulla famiglia; "esame somatico" in cui vengono contrassegnati i dati antropometrici (statura, peso, lunghezza degli arti, diametro del capo, altezza della fronte ecc.) e le anomalie acquisite come cicatrici e tatuaggi; "vita di relazione", una lunga documentazione di sei pagine in cui vengono misurate ed evidenziate le capacità tattili e visive, piuttosto che l'andatura, la soglia dolorifica ed i riflessi del paziente; "funzioni psichiche" due pagine in cui viene riportata la prima perizia psichiatrica e le diagnosi, una clinica, l'altra antropologico-criminale; il "diario clinico" dove vengono contrassegnati gli eventi clinici e comportamentali, dei pazienti, lungo il corso della loro degenza; l' "esito" è l'ultima pagina in cui si specifica come il paziente lascia l'istituto, se guarito o meno, trasferito, dove e perché, se morto in istituto e le relative cause.

Come si evince, dalle prime voci di questo elenco, l'interesse per i tratti somatici è molto forte, espressione di quel positivismo e ritrovato interesse per l'idea del "criminale nato"; un rispolvero della controversa dottrina di Cesare Lombroso. Non posso non citare il padre dell'antropologia criminale, perché è a lui che ci rifacciamo per comprendere la grande quantità d'informazioni raccolte sulla famiglia e l'ossessiva misurazione delle parti del corpo. In "L'uomo criminale", testo cardine delle sue teorie, Lombroso raccoglie una grande quantità di dati e testimonianze, come quella di Chrétien: «contava due figli, uno Pietro, morto in galera per assassinio, l'altro Tommaso, padre a tre figliuoli, tutti e tre condannati, pure, per assassinio; ma ciascuno di essi ebbe a sua volta figli malvagi, fra i quali uno era lo zio del famigerato Lemaire; il terzo figlio ebbe sette figliuoli, ciascuno dei quali si diede al furto e al brigantaggio. Essi erano nati dal matrimonio di una tale Toure,

i cui parenti erano briganti»¹⁵; ed elabora un identikit del delinquente rispetto ad ogni tipo di reato, ad esempio, sui ladri scrive: «in genere, i ladri hanno notevole mobilità della faccia e delle mani; l'occhio piccolo, errabondo, mobilissimo, obliquo di spesso; folto e ravvicinato il sopracciglio; il naso torto o camuso, scarsa la barba, non sempre folta la capigliatura, fronte quasi sempre sfuggente. Tanto essi come gli stupratori hanno sovente il padiglione dell'orecchio che si inserisce quasi ad ansa sul capo»¹⁶. Una serie di catalogazioni atte a determinare chi fosse un uomo normale e chi un delinquente nato; dettami ed osservazioni utili a discernere, inquadrare, collocare un individuo fin dal suo primo incontro; una serie di classificazioni utili a giustificare misure di sicurezza anche nei confronti di chi non le meritava ma si preferiva fosse rinchiuso. Le teorie del Lombroso, efficacemente utilizzate come prova e a fondamento e promozione di tutta la retorica e propaganda fascista, basti pensare ad un altro dei suoi celebri testi, *“L'uomo bianco e l'uomo di colore. Letture sull'origine e le varietà delle razze umane”*. Un'altra interessante nota, quando si parla di caratteristiche fisiche, deve essere fatta sui tatuaggi, ancora oggi classificati come “anomalie acquisite” in tutti gli schedari internazionali, un secolo fa, ci raccontavano qualcosa di molto preciso sul soggetto che lo portava, non erano semplici ornamenti. Il primo direttore del manicomio, Emanuele Mirabella, scriveva:

«appannaggio dei popoli più barbari del mondo [...] il tatuaggio in rarissimi casi si trova nelle classi elevate; pochissime volte l'ho visto o in qualche cervello balzano, o per compiacere alla propria dama, o per bizzarria, o per capriccio. [...] Il tatuaggio dà la misura del sentimento del tatuato: abbiamo quindi la manifestazione dell'odio, della vendetta, delle passioni dell'animo, delle ricordanze storiche, dei propri principi politici, del disprezzo, del simbolismo ecc. [...] Tali segni particolari accoppiati alla statura, al colorito, alla barba, alla voce, all'andatura, riflettono la vita morale e sensitiva dell'uomo. Il famoso adagio latino: *Cave a signatis*, premunisce l'uomo dal guardarsi dai contrassegnati, perché è convinzione generale che un contrassegno rappresenta un difetto morale. Or, se noi dai contrassegni naturali deduciamo le disposizioni criminose di un individuo, con più ragione daremo un grande peso ai contrassegni che l'uomo volontariamente incide sul proprio corpo»¹⁷. Il Dott. Mirabella ha lungamente indagato le pratiche ed i significati nascosti dietro questi disegni, seguendo le orme del Lombroso, nonché guadagnandosene il plauso nella prefazione del suo volume: «una monografia come la sua sarà la più bella documentazione dell'esistenza dell'uomo delinquente»¹⁸. Un'ulteriore

¹⁵ Cesare Lombroso, *L'uomo delinquente*, rist. anast. Bompiani Editore, Torino, 1897, p.348

¹⁶ Ivi, p. 86

¹⁷ Emanuele Mirabella, *Il tatuaggio dei domiciliati coatti in Favignana del Dott. Emanuele Mirabella sanitario della colonia. Con prefazione del prof. Cesare Lombroso*, Tipografia Editrice Romana, Roma, 1903, pp. 8 – 10.

¹⁸ Ivi, p. 5.

classificazione, figlia del positivismo, uno strumento di stigmatizzazione atto a creare pregiudizio riconoscendo dal tatuaggio il relativo crimine. Un lavoro ben fatto e di grande valenza antropologica, a quei tempi, l'anticamera di tutta una serie di pubblicazioni che seguiranno questo *modus operandi* atto a denigrare, sottolineare ed enfatizzare la diversità. È di qualche anno dopo un nuovo testo "*I caratteri antropologici dei libici in rapporto ai normali ed ai delinquenti italiani*", questa volta la comparazione viene fatta tra uomini italiani e libici, ironico interrogarsi su quale fosse il punto di vista degli studiosi nostrani. In questo testo, Mirabella si interroga sui tratti antropometrici del "tipo libico" certificandone la conclamata inferiorità, in particolare si sofferma lungamente sulla forma dell'orecchio che nei libici evidenzia un'inevitabile devianza naturale «tutti gli antropologi sostengono che gli orecchi ad ansa costituiscono un carattere atavico e che sia un fenomeno che si riscontra in parecchie razze inferiori oltre che nelle scimmie. [...] Io credo che per i libici sia un carattere atavico dipendente dal fatto che il libico, temendo e sospettando di tutti e di tutto, sta sempre con l'animo sospeso e l'orecchio intento ad ogni minimo rumore, quindi la natura provvida l'ha dotato dell'orecchio ad ansa, perché tale disposizione dell'organo dell'udito è più favorevole ad aumentare l'intensità, il timbro e l'altezza dei suoni»¹⁹. Un testo come questo, in cui l'orecchio ad ansa è ancora strumento di discriminazione e si paragona a quello degli scimpanzè, colse un grande plauso. «È di valore dottrinale perché rari sono stati infatti, fino ad ora, i contributi all'antropologia di degenerati nelle razze così dette inferiori; ed è evidente il suo valore pratico, il suo interesse, anzi d'attualità, dopo le recenti conquiste coloniali italiane»²⁰, queste le parole del Dott. Carrara erede della scuolalombrosiana.

Sottolineata l'importanza che l'esame somatico ricopriva all'epoca, è doveroso soffermarci sulla quinta parte della cartella clinica, il "diario clinico". È in queste pagine che si dispiega il racconto sulle vite dei degenti, dei soggetti più o meno malati, delle terapie più o meno consone che a questi venivano applicate. Sono queste le informazioni alle quali ho prestato maggiore attenzione, anche se spesso, sono state le più difficili da interpretare. Lunghe pagine scritte a mano, contrassegnate da una data; una voce al mese per i pazienti più tranquilli, dove spesso leggiamo "Si conferma il diario precedente. Salute buona", i diari clinici più brevi, dove per "salute" si intendono le condizioni fisiche e la conferma riguarda un atteggiamento tranquillo e collaborativo piuttosto che uno stato melanconico e solitario costante; una pluralità di voci per quei pazienti irrequieti, che vivono di alti

¹⁹ Emanuele Mirabella, *I caratteri antropologici dei libici in rapporto ai normali ed ai delinquenti italiani*, Tipografia delle Mantellate, Roma, 1915, p.32.

²⁰ IVI, introduzione di Mario Carrara, p.6

e bassi emotivi, piuttosto che frequenti scatti d'ira e aggressività. È tra queste righe che scopriamo gli aspetti più nascosti dei pazienti e le pratiche adottate dall'istituto.

Per ciò che concerne le attività terapeutiche, è strano scoprire che nessun psicofarmaco (i primi verranno sintetizzati solo tra gli anni '40 e '50), nessun elettroshock, nessuna attività di malarioterapia viene riportata, sebbene fossero proprio queste le tecniche riconosciute come "cura" alla malattia mentale fino a non poco tempo fa, «dagli anni Trenta iniziano a diffondersi le terapie di shock basate sull'ipotesi che un trauma elettrico, febbrile, ipoglicemico ecc., opportunamente indotto, avesse virtù terapeutiche. Tra tutte queste terapie la più diffusa e conosciuta è l'elettroshock»²¹. Gli unici provvedimenti riportati, dal personale sanitario, sono quelli riguardanti la contenzione, ma cosa sono i mezzi di contenzione? «La contenzione può essere definita come un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici-ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Si possono distinguere quattro tipi di contenzione: contenzione fisica, che si ottiene con presidi applicati sulla persona, o usati come barriera nell'ambiente, che riducono o controllano i movimenti; contenzione chimica, che si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi; contenzione ambientale, che comprende i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti; contenzione psicologica o relazionale o emotiva, con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto perché si sente rassicurato»²². La contenzione utilizzata, ad inizio secolo, era quella fisica: il letto di contenzione come unico strumento di controllo, deterrente delle criticità, unico mezzo per placare le azioni di menti in tumulto. Sulle pagine dei diversi diari leggiamo di soggetti "contenuti" per giorni, raramente settimane; una pratica terapeutica utile solo ad evitare la violenza generando, però, un abuso, legalmente applicato fino alla riforma psichiatrica del 1978 e perpetuato negli ospedali psichiatrici giudiziari, non senza problemi, fino alla loro chiusura. È tristemente ricordata, a questo proposito, la vicenda di Antonia Bernardini: «brucia viva nella sezione "Agitate e coercite" del manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli, mentre è legata al letto di contenzione. Morirà, a causa delle gravissime ustioni, quattro giorni dopo»²³. In quel letto ci stava da ben dieci giorni, unica distrazione la sigaretta,

²¹ Redazione, *La salute mentale nella storia*, La Tartavela Onlus – Associazione di familiari per la salute mentale, <http://www.tartavela.it/la-salute-mentale-nella-storia.html> (13/03/2020).

²² Redazione, *Quando serve la contenzione – Federazione IPASVI – FNOPI*, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, <https://www.ordinemedicilatina.it/quando-serve-la-contenzione-federazione-ipasvi-fnopi/> (13/03/2020).

²³ Michele Miravalle, *Dagli OPG alle REMS*, in Giulia Mantovani, *Donne ristrette*, LEditioni, 2018, p. 381.

causa dell'incendio dal quale non è riuscita a scappare. In quell'occasione, la successiva indagine comportò la chiusura dell'istituto, ma quest'evento, tragico e disarmante rappresentò solo la punta di un gigantesco iceberg.

Per ciò che riguarda i pazienti, sul diario clinico leggiamo di simulatori, schizofrenici, assassini dall'indole gentile o ancora individui che hanno trascorso la loro vita in istituto senza apparenti motivi psichiatrici, omosessuali, mafiosi, artisti, fanatici dell'enigmistica, della religione, dissidenti politici, violenti e tanti, tantissimi deceduti, sempre per arresto cardiaco, non sempre in circostanze limpide. Non sarà questa la sede per disquisire delle loro vite, biografie delle quali si può conoscere molto leggendo gli appunti del diario clinico.

Il secondo materiale di consultazione è la matricola che ci racconta degli episodi che hanno portato il detenuto in carcere. Questi fascicoli sono molto meno strutturati: una serie di documenti che ci permette di ricostruire il percorso del detenuto dall'arresto a Barcellona. Sono due i documenti che troviamo sempre in questo fascicolo: la cartella biografica ed il foglietto informativo.

La cartella biografica è compilata nel primo istituto di pena presso il quale il detenuto ha soggiornato, venti pagine, in cui leggiamo: le generalità, lo stato di famiglia, i termini dell'imputazione e della condanna o internamento. Inoltre, possiamo vedere i dati segnaletici, fotografie e impronte digitali; leggere una breve descrizione fisica, segni particolari, stato di salute, precedenti morbosi e morali del detenuto e della famiglia. Osservare tre tabelle: la prima in cui vengono contrassegnati tutti i precedenti e le disposizioni legate alla posizione giuridica; un'altra in cui sono riportati i dati relativi all'esecuzione della pena piuttosto che l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive; l'ultima che contrassegna le mancanze disciplinari, punizioni o eventuali ricompense. All'interno di questa documentazione rileviamo, inoltre, eventuali periodi di isolamento ed indicazioni sulla condotta del detenuto, se questi lavora, con quale profitto e come questo denaro viene speso. Infine, due pagine dove sono riportati i giudizi complessivi sul comportamento del detenuto, la sua condizione di salute ed eventuali note del direttore.

Il foglietto informativo, invece, è composto da tre pagine in cui viene data risposta circa anagrafica (nome, cognome, paternità, stato civile, ecc.) lavoro (professione ed occupazione principale, se aveva prestato servizio in armate regolari), istruzione, religione e precedenti penali del detenuto ("se trovasi in stato di ammonizione; se in libertà provvisoria per altro procedimento; se in libertà condizionale", ecc.), inoltre sono chiaramente contrassegnate le sentenze e in contravvenzione a quale articolo del Codice penale o di Procedura Penale questi siano stati reclusi.

Un altro documento, che usualmente troviamo in questo fascicolo, è il libretto di conto corrente in cui leggiamo dei movimenti economici del detenuto (quando lavora), denaro speso, sempre, per l'acquisto di suppellettili di prima necessità. Nei casi più fortunati, è possibile leggere la sentenza del tribunale, altre volte solo un estratto, nella maggior parte dei casi questi documenti sono andati perduti o non catalogati all'interno del fascicolo. Poter leggere queste testimonianze permette di dare nuova luce ai fatti che hanno condotto i detenuti in manicomio criminale, essendo riportati minuziosamente gli eventi delittuosi in ogni loro aspetto; conoscere questi eventi permette inoltre di comprendere determinate pratiche giuridiche rapportando crimini e sentenze. Spesso questa documentazione è coadiuvata da dichiarazioni delle forze dell'ordine e perizie psichiatriche, atte a certificare il difetto di mente responsabile del proscioglimento e consecutiva emanazione delle misure di sicurezza detentive. Al di là di questi quattro documenti cardine, il fascicolo della matricola viene ingrassato da tantissimi telegrammi o lettere tra diversi organi amministrativi (Direzione del Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, Ministero di Grazia e Giustizia, diverse amministrazioni comunali, stazioni di Polizia – Carabinieri o Reggimenti di Fanteria Coloniale) allo scopo di comunicare eventuali prolungamenti della misura detentiva, richiedere documentazioni cliniche e/o giuridiche, ottenere informazioni per le famiglie tramite i comuni di residenza.

In ultimo, occorre sottolineare che sia all'interno dei faldoni clinici che quelli della matricola è possibile individuare materiale autoprodotta dal paziente/detenuto piuttosto che una folta documentazione di esami puramente clinici. Non di rado mi sono imbattuta in lettere destinate ai familiari, comuni manifestazioni d'affetto o documenti a prova di comprovati disturbi mentali: come il caso di un frenastenico di quarantasei anni, arrestato dopo l'omicidio della sorella e detenuto in Manicomio per poco più di tre anni (1929 – 1933), prima di essere trasferito presso il manicomio civile della sua città d'origine. In previsione del suo presunto rilascio, scrisse alla famiglia affinché acconsentisse ad ospitarlo in casa: la lettera, a tratti estremamente affettuosa, a tratti incredibilmente aggressiva, si conclude con le parole "... se non mi fate entrare nella nostra casa peggio sarà per voi vi uccidero io per adesso vi lascio alla mamma, e al fratello i più distinti saluti". Alle volte mi ha fatto sorridere ma, tra questi polverosi documenti, ho ritrovato tantissime produzioni narrative, riportate su ogni tipo di carta (cartoline, carta velina, carta da pacchi), con una calligrafia piccolissima ed in più direzioni, atta ad occupare ogni millimetro di quello spazio. Una prova che scrivere fosse uno dei migliori modi per trascorrere le giornate, una via di fuga, un passatempo; troviamo anche chi si è diletta nella composizione di poesie, come un presunto demente precoce che il 16 Dicembre del 1929 scrive al direttore una breve opera teatrale per lasciargli un ricordo, ne riporto un estratto: "Qui sepolto è l'avar ser. Mirij, Che, per

non spender niente in medico e in speciale, Morì d'un accidente. Di fare il Contadin Capo ha cessato, e di è messo a studiar la medicina: il perché facilmente s'indovina vuol riempir le fosse che ha scavato. Morto è Nicandro, il sai? Morir non puote chi non visse mai". La stragrande maggioranza di questo tipo di documentazione riguarda lettere scritte al direttore a vari scopi: chiedere informazioni, fare gli auguri per le feste, lamentele, ringraziamenti e richieste. Non manca la corrispondenza dalle famiglie all'istituto, anche in questo caso, quasi sempre rivolta al direttore. Per ciò che concerne gli esami clinici, invece, è possibile trovare, in allegato, moltissime analisi come esami del sangue, delle urine, della glicemia, dei comuni foglietti; meno comuni sono pellicole radiografiche o materiali (denti, proiettili) estratti dal corpo del paziente e conservati fino ad oggi.

Conosciamo i "pazzi criminali".

Preso coscienza del materiale di studio, ho proceduto con un primo spoglio campionario di tutta la documentazione per comprendere l'attendibilità del documento, constatare l'immobilità della struttura documentaria e la costanza con la quale i diversi quesiti continuano a trovare risposta. Nello specifico, il mio interesse era rivolto alla scoperta della scheda clinica, in tutte quelle sue sfaccettature di carattere antropometrico che fino agli anni Novanta del secolo scorso vengono, comunque, mantenute ma non più compilate eccezion fatta per peso ed altezza; non viene più presa nota di tutti i dati relativi la "vita di relazione"; non trova più risposta la "diagnosi antropologico - criminale".

Cosciente di questi nuovi elementi, ho notevolmente ristretto il campo d'indagine allo scopo d'indagare la popolazione del manicomio giudiziario tra gli anni '20 e '30 del Novecento; uno specifico periodo di riferimento, ben quindici anni che hanno visto avvicinarsi una pluralità di personalità, anche questa volta, campionate. Sono trecento i soggetti di cui ho letto la documentazione e sui quali ho elaborato una specifica indagine quantitativa.

I primi dati da analizzare riguardano l'area socio - anagrafica: provincia di residenza, età, stato civile e professione.

Dai dati rilevati circa la provincia di residenza, evinciamo che la grande maggioranza dei detenuti, com'era plausibile, proviene dal sud Italia e dalle isole, rispettivamente il 42% ed il 45% del campione. È ovvio che tra i cinque manicomi giudiziari italiani, le più alte percentuali di internati del sud Italia debbano trovarsi a Barcellona Pozzo di Gotto, ma non è trascurabile il dato circa gli internati provenienti da Puglia, Campania e Sardegna; complessivamente il 21% dei detenuti che avrebbero potuto essere indirizzati, presumibilmente verso altri istituti, come sant'Eframo o Aversa. La scelta della destinazione potrebbe configurarsi in più

prospettive, come un esubero negli istituti sopra citati, piuttosto che una specifica scelta del magistrato, nell'allontanare il soggetto dalla sua zona di comfort, da possibili rapporti con una rete di amici e parenti complici di atti delinquenti o ancora un allontanamento dalle famiglie vittime del crimine commesso dal detenuto. Un'altra legittima motivazione potrebbe riguardare il luogo in cui il crimine è stato commesso, lontano da casa, una casa alla quale tra tribunali, carceri e manicomi non ci si è più avvicinati. Le stesse motivazioni e quesiti potremmo riproporli anche per gli internati provenienti da Nord e Centro Italia, in entrambi i casi in percentuale del 5%. Infine, raccogliamo il dato relativo agli internati esteri, ben il 3% del mio campione. Un dato non così scontato parlando dei primi decenni del XX secolo, in cui la mobilità era estremamente limitata. Approfondendo, questo dato può facilmente essere spiegato, parliamo infatti di nove individui: ben sette provenienti dall'Impero Coloniale Italiano in Africa Orientale, uno svizzero ed infine un cittadino della città di Fiume. Per ciò che concerne quest'ultimo individuo, la catalogazione come cittadino estero è solo formale, proprio in quel periodo storico sappiamo come la città di Fiume fu più volte motivo di contesa, tra Italiani e Sloveni, simbolo di forza politica ed emblema della supremazia fascista, quando Benito Mussolini nel 1924 ne reclamò l'annessione al Regno (dal 1920 al 1923 era stata riconosciuta come Stato indipendente), riuscendo, però, ad annetterne solo la metà. Fiume verrà dichiarata ufficialmente jugoslava solo dopo i trattati di Parigi del 1947. L'altro dato che necessita approfondire riguarda tutti i cittadini di origine libica che, anche in questo caso, catalogo come esteri sebbene, all'epoca, la Libia fosse considerata estensione del Regno d'Italia. In questi specifici casi, la scelta del manicomio criminale è peculiare in quanto emblema di una necessità di allontanamento del soggetto dal territorio libico, forse una punizione, forse un modo elegante di liberarsi dei dissidenti politici, certo è che, presa questa decisione, il manicomio di Barcellona fosse la scelta più pratica, economica e veloce.

Il secondo dato preso in considerazione, riguarda lo stato civile dei detenuti. Il 44% degli internati è coniugato al momento dell'arresto, il 48% è celibe, solo l'8% dei detenuti è vedovo. Quest'ultimo dato suscita maggiore interesse perché ben il 3% dei vedovi si trova in istituto per aver ucciso la moglie. Questa statistica, analizzata singolarmente, ci dice ben poco, è interessante, però, rapportarla all'età dei detenuti al momento dell'arresto, così da discernere elementi sulle pratiche matrimoniali, specialmente nel sud Italia, in un contesto così particolare come quello dei soggetti con problematiche di salute mentale. Convenzionalmente ci si aspetterebbe di osservare un quadro in cui tutti gli uomini che abbiano superato i venti, forse i venticinque anni d'età siano già sposati e abbiano creato una famiglia, pratica comune in una società rurale, come vedremo infatti, l'aspetto professionale delinea chiaramente una popolazione di origine contadina in cui la forza lavoro rappresenta la più grande ricchezza. I dati, però, ci raccontano qualcosa di diverso;

sono due i fattori principali da prendere in considerazione, in primis il contesto storico, il periodo di riferimento, ricordo, è quello tra le due guerre mondiali ed aver prestato servizio militare ha sicuramente inciso, e non poco, su una pratica come quella matrimoniale; anche se il soggetto in questione non ha prestato servizio, dati i suoi problemi psichiatrici, presumibilmente, altri membri della sua famiglia lo hanno fatto non favorendo le migliori condizioni per un matrimonio. Il secondo fattore riguarda inevitabilmente la malattia mentale; come apprendiamo dalla documentazione, non tutti gli internati vivono una condizione di disagio psichico per cause endogene, non tutti gli internati sono stati malati "da sempre", alle volte hanno vissuto momenti critici passeggeri altre si sono ammalati a seguito di un trauma di varia natura come una reclusione, la guerra, un lutto; tutto ciò ha potuto inficiare, a vario titolo, la pratica matrimoniale. Questo approfondimento risulta necessario alla spiegazione dell'età media dei soggetti celibi, circa trentasei anni, un dato alzatosi notevolmente per la presenza di una trentina di soggetti oltre i trent'anni d'età e la sporadica presenza di soggetti più che cinquantenni (il più anziano ha cinquantasette anni). Riguardo all'età anagrafica, il secondo aspetto che mi preme approfondire è l'età media del detenuto in manicomio giudiziario; tra gli anni '20 e '30 è di 41 anni, configurando la maggior parte dei detenuti tra i venti ed i trentacinque anni, media contraddetta da due soggetti diciassetenni ed una ventina di soggetti ultracinquantenni. Ovviamente il dato riguarda l'età dei detenuti al momento dell'ammissione in istituto, se dovessimo tener conto dell'età media dei soggetti presenti in istituto in un preciso momento storico, il dato sarebbe variabile, ma l'asticella si alzerebbe sicuramente di molto a causa dei continui prolungamenti delle misure detentive di sicurezza autrici di quegli ergastoli bianchi di cui sopra.

Infine, l'ultimo dato di rilevanza socio - anagrafica riguarda la professione. Essendo plurime le attività lavorative svolte dai nostri internati prima dell'arresto, ho deciso di raggrupparli in alcune categorie. La maggior parte dei detenuti, tenuto conto che provenissero per lo più dal sud Italia, non poteva non essere rappresentata dai contadini, ben il 46% del campione: tra chi si occupava di coltivare un piccolo pezzo di terra di proprietà, mulattieri, caprai e mezzadri è la prima categoria professionale a spiccare dai registri. Un 21% degli internati si configurava come fabbro, falegname o calzolaio e dunque catalogati come artigiani. Tra queste due macrocategorie che spiccano al livello quantitativo, è necessario citare altre attività professionali, presenti in percentuali molto più piccole: commercianti (7%), militari (1%), operai (15%), possidenti (2%) e la non trascurabile presenza dei disoccupati/mendicanti (8%). Questo dato, ancora una volta, configura un paese dedito al settore primario in cui una piccola percentuale cercava di sbarcare il lunario con delle attività relativamente nuove. Ma ciò che più colpisce è lo stravolgimento dei valori quando mettiamo in rapporto i due decenni di riferimento; durante gli anni '30 osserviamo un appiattimento delle attività

lavorative, quantomeno per ciò che concerne gli internati. Aumentano i contadini (il 50%), diminuiscono del 6% gli operai e del 3% i commercianti. Un dato di difficile interpretazione, non essendoci state particolari variazioni economiche in questo breve lasso di tempo; le politiche fasciste erano già in voga all'apertura dell'istituto, l'unica probabile giustificazione può essere ricercata giustificando la varietà lavorativa degli anni '20 come un periodo di adattamento alle nuove politiche mussoliniane che hanno portato, nel decennio successivo, al ritorno alle campagne. O più verosimilmente, la motivazione può essere ricercata in una più accurata procedura diagnostica responsabile di aver ristretto il campo ai soggetti con maggiori difficoltà funzionali e dunque provenienti da contesti lavorativi basici, in cui la maggiore competenza andava ricercata nella forza fisica piuttosto che nelle capacità intellettive, morali e sociali.

Ed è così che arriviamo ai dati clinici e penali, infatti la raccolta di informazioni non si è fermata all'analisi dell'area socio - anagrafica. Per ciò che concerne le diagnosi, queste come le terapie di cui sopra, alla luce delle nuove scoperte e pratiche diagnostiche, appaiono arcaiche e spesso la sintomatologia di cui leggiamo, nel diario clinico, non è conforme alla diagnosi. È accettabile una mancanza teorica, una debolezza nel sistema clinico; la psichiatria nei primi decenni del Novecento era una disciplina in via di sviluppo ed è inoltre, plausibile che in particolari circostanze, come quella del manicomio criminale, non ci si applicasse abbastanza nel diagnosticare una malattia piuttosto che un'altra, essendo le successive terapie simili, e si lasciasse ai giudici un compito più propriamente degli psichiatri. «Emblematico, a questo proposito, quanto aveva sostenuto Giovanni De Paoli, 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 disconosciuti ed in proposito potrei accennarvi cose da farvi raccapricciare"»²⁴. Un periodo, quello del primo Novecento, dunque, molto confuso in cui il confine tra malattia e criminalità si fece sempre più labile, è per questo che tra i dati riscontrati, in molte voci diagnostiche leggiamo "criminale", "criminale nato" piuttosto che "criminalità". Un ulteriore dato riguarda l'epilessia che oggi riconosciamo come una patologia del sistema nervoso centrale in cui l'attività delle

²⁴ 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, p. 14.

cellule nervose nel cervello si blocca provocando convulsioni, momenti di comportamento inusuale e qualche volta anche perdita di coscienza; agli inizi del secolo scorso, la comunità medica non possedeva tali informazioni, va da sé che gli eventi epilettici venissero semplificati come «malattia dello spirito»²⁵, come sintomo di una realtà altra ed estremamente distante dalla medicina, parliamo di possessioni spiritiche piuttosto che un sintomo diretto della criminalità. È ancora una volta Lombroso il responsabile del rapporto tra epilessia e delitto: «Mi giova, far notare come nel criminale latente, così come nell'occasionale e nel vero criminaloide, nel reo d'impeto e suicida, nell'isterico, nell'alcoolista, in non pochi monomani e mattoidi non che nella follia transitoria e periodica, ho potuto dimostrare, [...] il substrato epilettoide sul quale è evidente ormai basarsi e svolgersi insieme all'atavismo; quasi tutto il triste mondo criminale»²⁶.

Fatte le dovute precisazioni, occorre analizzare i numeri ed osservare come i reclusi del manicomio giudiziario di Barcellona siano stati classificati. Le diagnosi riscontrate sono moltissime, per questo ho scelto di riportarne solo alcune, quelle predominanti. A ben il 25% del campione è stata diagnosticata la demenza precoce, questo è un primo elemento sul quale occorre soffermarsi; seguendo la dicitura dell'OMS, la demenza è una sindrome che implica non solo un deterioramento della memoria e di altre funzioni cognitive, ma un cambiamento nel comportamento e nella capacità di svolgere le attività quotidiane di base, una malattia degenerativa dalla quale è impossibile guarire e responsabile di moltissimi sintomi (anomia, apatia, sintomi depressivi, difficoltà di concentrazione o mnemonica, ansia ecc.) che facilmente potevano essere confusi causando una diagnosi sbagliata. Questa diagnosi concepita come un grande contenitore, in cui andavano collocati sicuramente dei dementi ad insorgenza precoce ma è altrettanto vero che vi venivano inseriti pazienti forse depressi, forse timidi o semplicemente in preda ad un comprensibile straniamento; a riprova di quanto detto, i diari clinici, dove leggiamo, quasi sempre, di pazienti guariti o in cui non vi sono evidenze di degenerazione. Seguendo il criterio quantitativo risulta necessario menzionare la frenastenia, ben il 10% dei pazienti sono affetti da questa malattia. Anche in questo caso, un contenitore perché la frenastenia o oligofrenia altro non è che debolezza o insufficienza mentale; una definizione dal dubbio significato perché potrebbe essere l'incipit di qualsiasi disagio mentale così come di nessuna malattia psichiatrica. La prova che queste due malattie fossero usate come macro - contenitori per diagnosi incerte, la percepiamo proprio attraverso i numeri, percentuali molto alte, rispetto a diagnosi più specifiche come psicosi (7%), disturbo paranoide (6%), depressione

²⁵ Michel Foucault, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, 2015, p. 262.

²⁶ Cesare Lombroso, *L'uomo delinquente*, rist. anast. Bompiani Editore, Torino, 1897, p. 88.

(2%) o ancora la nevrastenia (3%). Altri dati degni d'interesse riguardano le malattie prettamente cliniche considerate come scriminanti psichiatriche atte a giustificare la permanenza presso un manicomio; abbiamo già parlato dell'epilettoidismo, presente in una percentuale del 9%, ma ho riscontrato anche la presenza di un soggetto internato a causa del Parkinson, un altro per una paralisi progressiva dovuta inevitabilmente a sconosciuti motivi di natura clinica ed un altro internato considerato infermo perché affetto da encefalite, una malattia che, nei casi più gravi, può causare stati di confusione e di agitazione, cambiamenti di personalità, attacchi epilettici, perdita di sensibilità o paralisi di alcune parti del corpo, debolezza muscolare, allucinazione e vista sdoppiata. Per concludere la parentesi dedicata alle diagnosi non posso non menzionare tre voci che influiscono notevolmente sul campione, parliamo delle voci: "sano", "non riscontrato", "simulatore". L'ultimo caso è quello che ci pone minori interrogativi, era in uso, anche nei primi anni del Novecento, la scelta di fingersi "pazzi" per risparmiarsi il carcere "duro" ma soprattutto per rendere la reclusione più breve; qualora la simulazione avesse avuto esiti positivi, solo nei casi più gravi, la reclusione si sarebbe prolungata fino a dieci anni. Nel 2% dei casi l'atto simulatorio è stato riconosciuto, con successiva dimissione e trasferimento del detenuto. Riguardo le altre due voci parliamo di un 16% del campione, un dato sicuramente non trascurabile perché evidenza, come per la demenza o la frenastenia, un'ulteriore lacuna nel sistema diagnostico, quanto una mancata efficienza dell'istituto, essendo questi soggetti mentalmente stabili e non conformi alle pratiche di detenzione presso i manicomi giudiziari. Leggiamo, infatti, che i soggetti considerati sani, dal punto di vista psichiatrico, non sempre vengono rilasciati, non sempre vengono sottoposti ad un nuovo processo o nuove misure giudiziarie che ne dichiarino la giusta reclusione rispetto al crimine commesso.

L'assenza di una diagnosi rappresenta, ancora una volta, la prova di come la psichiatria, in questo preciso periodo storico, delegasse gran parte del suo compito alle aule dei tribunali, a giudici legittimati dalle dottrine alieniste e criminologiche più in voga.

Completiamo questa prima immersione nell'archivio del manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto con l'analisi dei crimini, dei reati che hanno condotto i nostri internati in istituto. Innanzitutto, riconosciamo tre grandi categorie di reati: contro la persona (69%), contro il patrimonio (21%) e contro l'ordine pubblico (10%). La categoria che accoglie la più ampia percentuale dei detenuti, è quella dei reati contro la persona. Il 48% dei criminali si è macchiato del crimine di omicidio o tentato omicidio, un delitto quasi sempre perpetrato tra le mura domestiche, il reato, in assoluto, più facile da incontrare leggendo la documentazione d'archivio. La maggior parte dei detenuti dichiara di aver commesso il crimine durante un raptus, un momento di confusione mentale, altri

sostengono fermamente le loro azioni giustificandosi attraverso le loro manie persecutorie, altri ancora, arrivati in istituto, si trovano in stato catatonico incapaci di parlare e/o ricordare quanto accaduto. Seguono le lesioni classificate con il 16% del campione, anche questo crimine dovuto a momenti d'ira, agitazione, violenza ed eccessiva impulsività. Ancora, la violenza carnale o il tentativo di quest'ultima, presenti per il 3%, parliamo di casi limite come nella storia clinica n. 361 in cui viene specificato "violenza carnale contro natura" essendo la madre del detenuto la vittima, ma nella maggior parte di questi casi, parliamo di una violenza denunciata e rispetto alla quale è stata promulgata una pena solo perché connessa al reato di atti osceni; come sappiamo, quello della violenza sessuale non era e non è, tutt'oggi, un crimine facile da denunciare e rispetto al quale fosse possibile ottenere una pena certa. Possiamo, anche, presumere che in occasione della violazione del pubblico pudore, "la vittima" si sia dichiarata tale per usufruire dei benefici legali e morali di tale posizione. Infine la minaccia (1%) e le calunnie (1%), sono tra i crimini meno rilevati, ma sicuramente utili a determinare l'eterogeneità dei crimini contro la persona.

Estremamente più variegata è l'area dei crimini contro il patrimonio in cui nessun reato spicca tra gli altri per valore percentuale, ma tutti ci lasciano dispiegare lo sguardo su una serie di illeciti, alcuni circostanziali ed irrazionali, altri, probabilmente, di difficile realizzazione per un malato psichiatrico con seri disturbi mentali. Primo tra tutti, il furto, il 15% dei detenuti è stato internato per aver derubato (9%), borseggiato (1%) o rapinato (4%). Seguono i reati di truffa (1%), peculato (1%) ed estorsione (1%), certamente i più difficili da relazionare ad un malato mentale; in questo caso potremmo ipotizzare l'attività simulatoria del detenuto come leggiamo nella storia clinica n.316 in cui il responsabile di estorsione è un avvocato, difficile da credere la sua incapacità d'intendere e di volere, fortemente avvalorata e sottolineata da una pluralità di documenti atti a demarcare la necessità del detenuto nel restare in manicomio, documenti ai quali non è stato dato valore, documenti nonostante i quali il detenuto è stato trasferito in un carcere. In ultimo, i reati contro il patrimonio che più facilmente possiamo attribuire al detenuto tipo del manicomio giudiziario, a causa della loro possibile accidentalità: danneggiamenti (1%), violazione di domicilio (1%) e l'incendio doloso (2%).

Ultima serie di illeciti da indagare, quella dei reati contro l'ordine pubblico, un'area che coglie la più piccola percentuale di detenuti, un'area che cresce, è doveroso precisare, per lo più, grazie ai dati raccolti negli anni '30. Il primo dato su cui occorre soffermarci è quello relativo all' "oltraggio"; sotto questa voce ho raccolto tutti gli illeciti relativi ad oltraggio e resistenza a pubblico ufficiale, offese al capo di governo e vilipendio, il 4% dei reati complessivi. I successivi crimini riscontrati sono presenti in percentuale davvero bassa ma utili alla differenziazione

della categoria “crimini contro l’ordine pubblico”, oltre che all’approfondimento di cosa fosse considerato reato ad inizio secolo; facciamo riferimento alla bigamia (1%), l’inosservanza della pena (1%), l’emigrazione clandestina (1%) e gli atti osceni in luogo pubblico (2%).

Vorrei concludere questo mio contributo con una citazione, una riflessione che mi impegno ad estendere nella mia futura disquisizione qualitativa dei documenti a mia disposizione. Mi affido alle parole di Fëdor Dostoevskij: “Un punto da chiarire è se la malattia determini il delitto o se il delitto stesso, per virtù propria, non sia sempre accompagnato da qualche fenomeno morboso”.

BIBLIOGRAFIA

Basaglia Franco, Ongaro Basaglia Franca
Crimini di pace, Balfini+CastoldiPlus, Torino, 1975.

Codice penale
Sabaudo artt. 61-62,
1859.

Art.222, 1930.

Foucault Michel
Il potere psichiatrico, Feltrinelli, 2015.

Grassi Gaddomaria, Bombardieri Chiara
Il policlinico della delinquenza, FrancoAngeli, Milano, 2016.

Legge 17 Febbraio 2012, n. 9

“Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri”.

Lombroso Cesare
L'uomo delinquente, rist. anast. Bompiani Editore, Torino, 1897.

Madia Vittorio
Il Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, rivista di Diritto Penitenziario: Studi teorici e pratici, Anno III, Luglio-Agosto, 1932.

Mirabella Emanuele
I caratteri antropologici dei libici in rapporto ai normali ed ai delinquenti italiani, Tipografia delle Mantellate, Roma, 1915.

Il tatuaggio dei domiciliati coatti in Favignana del Dott. Emanuele Mirabella sanitario della colonia. Con prefazione del prof. Cesare Lombroso, Tipografia Editrice Romana, Roma, 1903.

Miravalle Michele
Dagli OPG alle REMS, in Giulia Mantovani, Donne ristrette, LEditioni, 2018.

Napolitano Giorgio
Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica, 2012,
<https://www.youtube.com/watch?v=hq1fZV460E> (08/03/2020).

Peloso Paolo Francesco, Bandini Tullio

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.

Redazione

L'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI BARCELLONA POZZO DI GOTTO

(MESSINA), [Mediterraneanonline.eu](https://www.mediterraneanonline.eu): rivista di cultura mediterranea, <https://www.mediterraneanonline.eu/lospedale-psichiatrico-giudiziario-di-barcellona-pozzo-di-gotto-messina/> (10/03/2020).

La salute mentale nella storia, La Tartavela Onlus – Associazione di familiari per la salute mentale, <http://www.tartavela.it/la-salute-mentale-nella-storia.html> (13/03/2020).

Quando serve la contenzione – Federazione IPASVI – FNOPI, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, <https://www.ordinemedicilatina.it/quando-serve-la-contenzione-federazione-ipasvi-fnopi> (13/03/2020).