

CONTRIBUTI DI STORIA DELLA PSICHIATRIA

ATTI DEL CONVEGNO

“Psichiatri e psichiatria nel XIX secolo
in Lombardia”

Varese, 15 febbraio 2003

a cura di
Giuseppe Armocida
Giorgio Bellotti



*La realizzazione dell'opera è stata possibile per
l'interessamento e la disponibilità del Dott. Giorgio Salvadè.*

*La pubblicazione di questo volume è sostenuta anche da un finanziamento
CARIPLO.*

Con il patrocinio della



SOCIETÀ ITALIANA DI STORIA DELLA MEDICINA

*La riproduzione e la duplicazione con qualsiasi mezzo di
illustrazioni pubblicate in quest'opera sono vietate.*

Progetto grafico

FRANCO ORSI BY ADVANCED AGENCY - VARESE

*Marketing e Distributore esclusivo
per l'Italia e l'estero*



© INSUBRIA UNIVERSITY PRESS
Varese - 2005



UNIVERSITÀ IN CASA
43010 ZIBELLO (PARMA)
www.universitaincasa.it

PRESENTAZIONE	pag.	III
ATTI DEL CONVEGNO "PSICHIATRI E PSICHIATRIA NEL XIX SECOLO IN LOMBARDIA"		
INTRODUZIONE AL CONVEGNO		I
<i>A. Giannelli</i>		
ASPETTI MENO NOTI DELLA FIGURA DI CESARE CASTIGLIONI (1806-1871)		5
<i>M. Aliverti</i>		
LA DIDATTICA DELLA PSICHIATRIA NELLA FACOLTÀ MEDICA DI PAVIA DA LOMBROSO A MONDINO		13
<i>G. Armocida</i>		
QUALCHE OSSERVAZIONE SUL CAPITOLO "ALIENAZIONE MENTALE" NELL'OPERA "LA FILOSOFIA DELLA RIVOLUZIONE" DI GIUSEPPE FERRARI (1851)		35
<i>F. Bianchi, C. Ceccone</i>		
UNA PERIZIA PSICHIATRICA DI ANGELO DE VINCENTI (1910)		43
<i>J. Birkhoff</i>		
LA PSICHIATRIA CONTEMPORANEA IN LOMBARDIA (UN TENTATIVO DI SINTESI)		59
<i>L. Bonuzzi</i>		
NOTE SULLA STORIA DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE		69
<i>A. Iaria</i>		
PSICHIATRI E OSPEDALE PSICHIATRICO NEL XIX SECOLO A BRESCIA		75
<i>A. Porro</i>		
DELLE MALATTIE MENTALI IN RAPPORTO ALLA MEDICINA LEGALE: GIOVANNI BATTISTA FANTONETTI		95
<i>S. Zeroli, A. Zanobio</i>		

ALTRI CONTRIBUTI

LA CHIAMATA DI CASIMIRO MONDINO ALLA CATTEDRA DI PAVIA E GLI ANNI DEL SUO INSEGNAMENTO <i>G. Bellotti, P. Giudici</i>	pag. 101
MEDICINA LEGALE, PSICHIATRIA E "FOLLIA MORALE", AGLI INIZI D'UNA PERDURANTE DISCUSSIONE <i>J. Birkhoff, G. Armocida</i>	107
LE "NEVROSI DEI COMBATTENTI" NELLO STUDIO DI GIUSEPPE PELLACANI (1919) <i>A. De Matteis, A. Rocco</i>	119
UNA NOTA SUI VIAGGI DI ISTRUZIONE DEI MEDICI ALIENISTI E DEI MEDICI IDROLOGI <i>I. Gorini</i>	125
MARIA BERTOLANI DEL RIO E LE MALATTIE MENTALI NELLA DONNA IN RAPPORTO ALLA GUERRA (1916) <i>O. Ferrario, F. Bianchi</i>	131
L'IMMEDIATA CRITICA AI MANICOMI CRIMINALI <i>G. Armocida, J. Birkhoff</i>	137
COMMENTI <i>Bruno Zanobio</i>	161
ELENCO DEGLI AUTORI	163

*Jutta Birkhoff
Giuseppe Armocida*

**MEDICINA LEGALE, PSICHIATRIA E “FOLLIA MORALE”, AGLI INIZI
D’UNA PERDURANTE DISCUSSIONE**

Il problema di come intervenire con gli strumenti della medicina sui soggetti affetti da disturbi psichici e responsabili di fatti-reati non ha mai cessato di animare il dibattito tra specialisti, in un confronto che in Italia si fece molto acceso negli ultimi decenni dell’Ottocento, quando il Parlamento discuteva il progetto del codice Zanardelli. Giuristi e scienziati positivi si chiedevano se si potessero conciliare le esigenze di “salute” e “tranquillità” della società con la “salute” del reo. La storiografia della psichiatria, della medicina legale e del diritto ha dato recentemente contributi numerosi, che dimostrano la vastità delle problematiche. Può essere utile ricordare, a questo proposito, qualche aspetto del dibattito sulla “follia morale”, definizione diagnostica controversa che più di un secolo fa aveva già sollevato problemi di inquadramento, in ambito clinico e soprattutto in ambito forense. Pur nel mutare delle definizioni e dei concetti dottrinali, gli echi di quel dibattito non si sono ancora spenti.

Un ruolo non secondario in questa discussione fu sostenuto da Arrigo Tamassia, professore di medicina legale a Pavia e a Padova. Pur non essendo impegnato clinicamente nella cura degli alienati, egli poteva presentarsi con un bagaglio di studi e di esperienze peritali tali da consentirgli di sostenere il confronto con i colleghi freniatri su importanti questioni di dottrina. Nel 1875, aveva tradotto il saggio di H. Maudsley sulla responsabilità nelle malattie mentali¹. Una questione rilevante che impegnò scientificamente il Tamassia negli anni pavesi fu proprio quella della “follia morale”, disturbo grave del comportamento sociale e devianza scomoda dalle norme, di persone che apparivano prive di scrupoli morali e sentimenti, partecipando così attivamente all’interesse degli psichiatri italiani incentrato, a partire dal 1876, sulla dottrina di questa particolare categoria nosografica, “proposta, costruita, analizzata e discussa non tanto e non solo in riferimento alla clinica, quanto piuttosto a fini forensi”². Maudsley così descriveva la follia morale:

“essa consiste in un disordine della mente, senza delirio, senza illusioni, senza allucinazioni, i cui sintomi principalmente sono contraddistinti dal perversimento delle facoltà mentali chiamate comunemente attive e morali: cioè i sentimenti, gli affetti, le tendenze, i caratteri, i costumi, la condotta. La vita

¹ *La responsabilità nelle malattie mentali pel dottor Enrico Maudsley, Prof. di Medicina Legale nell’Università di Londra. Versione del dott. Arrigo Tamassia dalla seconda edizione inglese.* Fratelli Dunolard (Biblioteca scientifica internazionale), Milano 1875.

² U. FORNARI, *Monomania omicida. Origini ed evoluzione storica del reato d’impeto*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1997, p. 217.

affettiva dell'individuo è fortemente alterata, e ciò si appalesa nel suo modo di sentire, di volere, di agire /.../ non solo l'alienazione morale può precedere d'alcun tempo l'alienazione intellettuale, e costituire da se sola la malattia mentale, ma essa costantemente l'accompagna; persiste quando questa è cessata; gli accessi possono alternarsi con accessi di mania e di melancolia; può complicare la follia circolare o pazzia a doppia forma, manifestandosi durante gli intervalli lucidi; dopo un certo tempo, il lucido intervallo diventa meno marcato, o non ricompare più; l'alternanza dei fenomeni perde la sua regolarità e le facoltà mentali declinano irrimediabilmente /.../ molti casi di pazzia morale si rannodano ad una imperfezione morale o ad una imbecillità morale, che può in maggior o minor grado rappresentare un vizio ereditario. La pazzia o l'epilessia dei genitori provoca nei discendenti la mancanza parziale od assoluta del senso morale, con o senza corrispondente deficienza intellettuale /.../ molti esempi rimarchevoli di precocità nel vizio e nel delitto in giovani fanciulli sono stati registrati /.../ v'ha la certezza che questi fanciulli sono le vittime di una pazzia ereditaria /.../ certamente la pazzia morale è un disordine mentale prodotto da un'alterazione del cervello. Esaminando le condizioni sotto cui si manifesta, ecco quanto abbiamo riscontrato. Essa è incontestabilmente la conseguenza delle cause più riconosciute della pazzia; può precedere per molto tempo lo scoppio delle varie forme di indubbia alienazione generale; accompagna nel gran numero di casi la pazzia intellettuale; può manifestarsi ancora in seguito ad altre forme della pazzia generale; può precedere o seguire l'epilessia, od anche prodursi come una epilessia larvata; può erompere nella pubertà, quando siavi imbecillità morale congenita; può finalmente trasformarsi in demenza. Questi sono i fatti d'osservazione"³.

L'argomento era già stato oggetto di una lunga discussione nei paesi dell'oltre Alpe, sia in Francia sia in Germania⁴. Come è noto, Prichard aveva definito il quadro della insanità o follia morale, descrivendone la perversione, depravazione dei principi morali, incapacità di autocritica e del senso di colpa. Furono poi Morel e Magnan in Francia e Lombroso in Italia, ad inquadrare i disturbi caratterizzati da comportamenti antisociali e violenti con assenza di autocritica, sovente accompagnati da spinta all'alcoolismo e da comportamenti tossicofili nella "teoria della degenerazione". Nel 1879, Krafft-Ebing descriveva i soggetti che ne erano affetti, mettendone in evidenza le notevoli difficoltà valutative medico-legali:

"la vita intellettuale in generale è per quantità e qualità ad un livello più basso che nell'uomo normale, ma il difetto esiste essenzialmente nelle facoltà affettive e morali /.../ la vita immorale e i reati continui degli individui di questa categoria dipendono da una vera alterazione del cervello, la quale si avvicina, nei suoi gradi più accentuati, all'idiotismo intellettuale, ed in quelli inferiori all'idiotismo morale ed alla debolezza di mente /.../ il fatto caratteristico della debolezza di mente o dell'idiotismo morale – moral insanity degli inglesi – consiste in ciò, che a lato ad una debolezza intellettuale più o meno pronunciata, ma che sempre esiste, manca completamente la facoltà di formare, acquisire, o utilizzare le nozioni d'estetica, di morale e di diritto /.../ l'impronta speciale della follia

³ *La responsabilità*, cit., pp. 179-190

⁴ O. GIRAUD, M. RUOCCO, F. SCLAFANI, G. B. TRAVERSO, *L'imputabilità dei soggetti con disturbo di personalità: una prospettiva biocriminologica*, "Rassegna Italiana di Criminologia", 2, 2002, pp. 305-345.

morale sta dunque nei disturbi del sentimento /.../ l'individuo affetto da follia morale resta completamente insensibile all'opinione ed al giudizio altrui; egli non sente né la voce della coscienza, né rimorso /.../ il difetto dell'intelligenza nella follia morale non è meno sensibile di quello dei sentimenti /.../ la cosa che più colpisce e non può riferirsi unicamente al difetto morale, è l'assurdità dei loro atti /.../ Le associazioni di idee sono bizzarre e singolari, e, sotto l'influenza di una passione, le idee facilmente diventano fisse /.../ i casi di follia morale sono tali che per loro natura possono offrire le maggiori difficoltà alla diagnosi medico-legale, e non è sempre facile che il perito ispiri ai giudici il proprio convincimento. Difatti il ragionamento logico è intatto, non vi sono né idee deliranti propriamente dette, né allucinazioni o illusioni dei sensi; la volontà degli atti che ne emergono sembra avere tutta l'impronta della libertà"⁵.

La pazzia morale poneva, infatti, grandi problemi alla medicina ed ai tribunali, perché faceva discutere se potesse o meno essere intesa come "malattia da manicomio". Carlo Livi, direttore del manicomio provinciale S. Lazzaro di Reggio Emilia, nel 1876, ad esempio, scrisse che la follia morale era per i medici un fatto morboso, reale e palpabile, mentre per i ministri della giustizia era "una minaccia, un pericolo sociale, un'arma terribile in mano dei nemici del bene"⁶. La questione della pazzia morale appariva di una tale importanza da costituire argomento di discussione nel corso di diversi congressi, quali il terzo congresso della Società Freniatria Italiana (Reggio Emilia settembre 1880), il primo congresso internazionale di Antropologia criminale (Roma 1885) e il quinto congresso della Società Freniatria Italiana (Siena, 1886). Arrigo Tamassia aveva pubblicato, nel 1877, una compiuta rassegna delle più aggiornate visioni italiane e francesi del problema⁷. Nel lavoro peritale, comunque, si incontrava sovente il problema dell'inquadramento di quella definizione nosologica, per la quale non si trovava una comune impostazione diagnostica. Alcuni recenti studi hanno portato l'attenzione sulla discussione che coinvolgeva Clodomiro Bonfigli e Arrigo Tamassia⁸. Il Bonfigli non vedeva nella follia morale una autentica alterazione patologica del sistema nervoso centrale e tendeva a classificarla in una posizione diversa, come debolezza o gracilità del cervello, "nevrismo" e non malattia⁹. Si trattava di un'interessante proposta sul piano della discussione teorica, ma che faceva sorgere imbarazzanti impacci nelle esigenze pratiche della clinica e del Foro. L'esistenza di una forma intermedia di "pazzia ragionante", ai confini

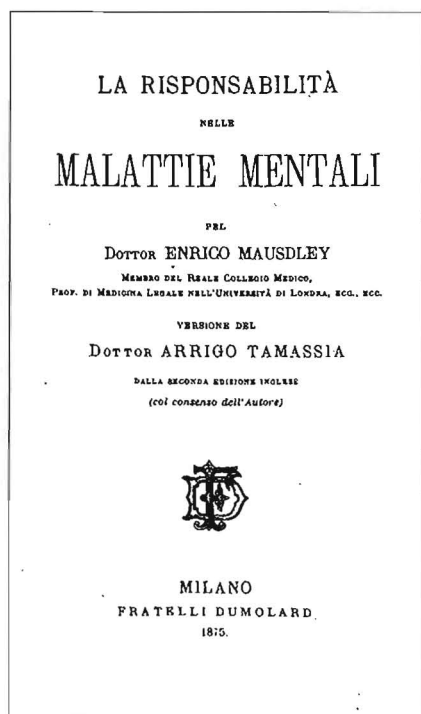
⁵ R. KRAFFT-EBING, *Trattato clinico pratico delle malattie mentali*, Bocca, Torino 1885.

⁶ C. LIVI, *Della monomania in relazione col foro criminale*, "Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale", II, 1876, pp. 394-415, 639-660; U. FORNARI, S. CODA, *Dalla pazzia morale al disturbo antisociale di personalità*, "Rassegna Italiana di Criminologia", 2, 2000, p.189.

⁷ A. TAMASSIA, *La pazzia morale*. *Rivista critica*, "Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale", III, 1877, pp. 158-170.

⁸ V. P. BABINI, *La responsabilità nelle malattie mentali*, in "Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento", Il Mulino, Bologna 1982, pp. 170-180.

⁹ *Ancora sulla questione della pazzia morale. Lettera del Dr. C. Bonfigli al Dr. U. Palmerini*, "Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale", III, 1877, pp. 550-562.



con la vera malattia, poteva creare incertezze nei medici ed indebolire le loro argomentazioni in tribunale. Tamassia, invece, si schierava con chi sosteneva l'incapacità e la non imputabilità del malato di mente autore di reato. Prendeva posizione per evitare che un quadro così frequentemente diagnosticato, si potesse collocare in una zona intermedia tra la patologia inequivocabile e le variabili di normalità. Una dimensione di non malattia e di non piena normalità, nelle discussioni in giudizio penale portava a posizioni contrastanti, mentre l'alienista doveva contare, invece, su giudizi sicuri e netti¹⁰. Il confronto tra Tamassia e Bonfigli segnava differenze teoriche, ma soprattutto diverse soluzioni pratiche al problema giudiziario della imputabilità nelle posizioni divergenti di chi avrebbe

ammesso una responsabilità parziale e chi invece sosteneva l'assoluta irresponsabilità. Bonfigli e Tamassia erano entrambi perfettamente inseriti nell'approccio naturalistico del loro tempo, ne condividevano i paradigmi scientifici e non dubitavano affatto che la spiegazione del comportamento anormale andasse cercata in un'alterazione neuropatologica. Ma mentre per Tamassia era forte l'influenza di campi di cultura vasti e le suggestioni dell'antropologia positiva, per ritenere incapace il "pazzo morale", Bonfigli sentiva l'esigenza di una dimostrazione sperimentale della localizzazione cerebrale della malattia: in un organo che appariva sano, si poteva solo ammettere che le funzioni morali e la responsabilità potessero essere dimesse e deboli, ma non assenti. Quindi per Bonfigli certi soggetti erano imputabili, mentre Tamassia, ribadendo l'esistenza della follia morale come entità patologica autonoma, poteva escludere una loro responsabilità di fronte alla legge. Anche Livi, nel 1876, aveva dato una articolata trattazione ed elaborazione della follia morale in relazione alla diagnosi differenziale con la monomania, analizzandone gli aspetti clinici e medico-legali. Egli considerava la follia morale come:

¹⁰ A. TAMASSIA, *Pazzia morale o neurismo*, "Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale", III, 1877, pp. 563-589.

“una degenerazione organica, congenita, fatale ed irreparabile /.../ i miseri malati del senso morale non hanno ragione veruna di stare nella comunanza civile degli uomini /.../ essi debbono essere sequestrati, non già nelle carceri col marchio di scellerati, ma ne’ manicomi, come malati bisognosi di assistenza e di cura”¹¹.

La follia morale non guariva mai ed obbligava la società a separare da sé un membro perpetuamente malato e pericoloso. Eugenio Tanzi, medico del Manicomio di Reggio Emilia, collocava la pazzia morale tra le anomalie costituzionali:

“colui che è privo del sentimento morale non è propriamente pazzo né generalmente imbecille /.../ la così detta follia morale ha il valore relativo di una anomalia costituzionale del carattere, di origine ereditaria e d’indole neurotica e legata con altre forme di degenerazione antropologica, ma non dotata necessariamente di rapporti con le condizioni puramente intellettuali; quindi diversa dalla pazzia”¹².

Senza alterazioni dell’intelletto si degradava la pazzia morale a semplice anomalia incurabile ed inguaribile, escludente qualsiasi intervento terapeutico, specie quello manicomiale. Secondo alcuni, sostenendo i caratteri patologici e degenerativi della follia morale, si doveva ammettere l’irresponsabilità di siffatti soggetti davanti alla legge, mentre altri, considerandola “una morale innormalità”, la definivano uno “stato mentale non escludente la responsabilità, la correggibilità”, oppure, altri ancora negavano l’esistenza della follia morale, “dichiarando che gli individui affetti da tale forma, o sono pazzi comuni, o che il quadro psicopatologico riconosciuto comunemente per caratteristico della pazzia morale deve essere escluso dalle malattie mentali ed esser invece collocato nella serie degli strani e pericolosi caratteri, nei quali la libertà di volere e di elezione non è mai pregiudicata”¹³.

Desideriamo qui richiamare le controverse sulla diagnosi della follia morale e le connesse dibattute questioni della responsabilità penale, esaminando un caso peritale, pubblicato quasi un secolo fa, che sembra racchiudere in sé tutti questi aspetti. All’epoca, la pubblicazione di elaborati peritali aveva spesso lo scopo di evidenziare le nuove conoscenze della psichiatria e le problematiche della malattia mentale in relazione al Foro¹⁴. Il caso che presentiamo probabilmente fu dato alle stampe per mettere in risalto sia la non-scientificità della nozione del vizio parziale

¹¹ C. LIVI, *cit.*, pp. 654-655.

¹² E. TANZI, *Pazzi morali e delinquenti nati*, “Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale”, X, 1884, pp. 266 seg.

¹³ U. FORNARI, S. CODA, *Dalla pazzia morale al disturbo antisociale di personalità*, “Rassegna Italiana di Criminologia”, 2, 2000, pp. 183-210.

¹⁴ J. BIRKHOFF, S. ZEROLA, *Una “perizia medica” (1864), specchio di problemi di una scienza nascente*, in atti del convegno “Pietro Cipriani (1808-1887) e la medicina del suo tempo” (San Pietro a Sieve, 30 giugno - 1 luglio 2000), Firenze 2004, pp. 237-262.

di mente, sia la non-accettazione da parte del tribunale della nozione di *temibilità*, sia, infine, una certa chiusura da parte dei giuristi davanti a nuove proposte avanzate dai medici alienisti. Analizziamo dunque un articolo di Paolo Amaldi, apparso nel 1910 in "La Scuola Positiva"¹⁵, rivista nata nel 1890, che dal 1901 si arricchì della "Rubrica di Psicologia e di Psicopatologia forense"¹⁶. Amaldi era allora direttore del Manicomio Provinciale di Firenze, nel quale introdusse ed applicò le forme di trattamento ergoterapico. Egli era stato direttore del manicomio svizzero di Mendrisio, nel Canton Ticino, attuando il sistema del *no restraint*, con un impegno che gli aveva fruttato una notevole esperienza nel settore. Nel 1903, dopo le dimissioni di Eugenio Tanzi, aveva assunto la direzione del manicomio fiorentino a San Salvi e la tenne fino al 1937¹⁷. Non sappiamo

¹⁵ P. AMALDI, *Il tipo del delinquente abituale e la cosiddetta "semi-responsabilità"*, "La Scuola Positiva", XX, s. III, vol. I, 1910, pp.20-29.

¹⁶ In nota all'articolo di Amaldi, il redattore della rivista richiamava le finalità della rubrica: "Da che istituimmo, nel 1901, la rubrica di *Psicopatologia forense*, corrispondendo così ad un bisogno ognor più vivamente sentito nella pratica delle istruttorie e dei giudizi penali e anche civili, e soddisfacendo ad una esigenza scientifica cui le riviste di mera giurisprudenza penale e le riviste di materia civile non possono accudire, siamo venuti segnando ai nostri esimii collaboratori per questa rubrica i criteri secondo i quali desideravamo, ai fini specifici della nostra Rivista, che essi scegliessero fra i molti casi caduti sotto il loro esame, quelli destinati ad essere illustrati in queste pagine. Giova riassumere tali criteri, non solo per richiamo ai precedenti di questa rubrica, ma anche perché i moltissimi nuovi abbonati nostri abbiano compiuta idea della peculiare utilità, pratica e scientifica, della rubrica stessa. Essendo ormai la documentazione scientifica della *anomalia* ne' più efferati delitti, così esuberante che i "giuristi" non possono più metterla in dubbio, occorre infatti: a) limitare la esposizione delle anomalie della grande criminalità a quei casi più spiccatamente espressivi, dai quali balza la necessità di estendere anche nella applicazione dell'art. 46 c.p. il vecchio ed empirico criterio di *infermità mentale* a quello più comprensivo e scientifico di *anomalia*, la quale ugualmente esclude nel criminale la "capacità di volere e di agire giuridicamente" /.../ b) mostrare l'intreccio delle anomalie e delle delinquenze, per cui queste non appaiono in rapporto con quelle, perché il rapporto non è immediato e diretto /.../ c) mostrare la speciale influenza criminogena di determinati ambienti su individui già anormali /.../ d) colmare la lacuna esistente nelle riviste di diritto penale e di diritto privato, per lo studio delle *incapacità civili*, sia considerate in sé, sia in rapporto alla "imputabilità penale" /.../ e) mettere in luce la presenza di gravi anomalie, originarie o accresciute per acquisizione (delinquenza abituale) *anche nei minori e fin nei minimi reati*; alla quale categoria di studii dedichiamo speciale cura, così ai fini pratici-forensi, come ai fini scientifici-critici della nostra rivista, e cioè sia perché risulta sempre la *casualità* del rilievo di queste anomalie, mancando nel procedimento penale classicista il criterio costante e l'istituto adatto al rilievo della *personalità dell'imputato*, onde l'anomalia nei minori reati non viene in luce che raramente, quando l'imputato è *ricco* e può permettersi di richiedere la perizia, o quando *simula una forma volgare di pazzia*, così da indurre il giudice a richiedere la perizia, o quando *capita un giudice* non del tutto digiuno di psicologia, sia perché la soluzione che generalmente l'empirismo classicista e le transazioni giudiziarie danno a questi casi è quella delle *semi-responsabilità*, onde risulta: l'*iniquità del provvedimento*, in quanto è esclusivamente penale e si "espia" nelle comuni case di pena: l'*aberrazione empirica della pena ridotta* con la stessa tariffa penale, per le forme più diverse e opposte di anomalia, dalle pericolosissime e incorreggibili alle più tenui: il *pericolo sociale dell'art. 47*, in quanto si danno brevissimi pene agli elementi più pericolosi /.../". Cfr. *Nota di redazione*, "La Scuola Positiva", XX, s. III, v.I, 1910, pp. 20-22.

¹⁷ D. LIPPI, *San Salvi. Storia di un manicomio*, Leo S. Olschki, Firenze 1996.

se il testo dell'elaborato peritale, dato alle stampe, corrispondesse esattamente all'originale stesura consegnata al giudice istruttore di Rocca S. Casciano o se, invece, abbia subito modificazioni per rendere il testo adeguato alla pubblicazione. Il 26 settembre 1909, il Tribunale di Rocca S. Casciano aveva conferito ad Amaldi l'incarico e il giorno 30 successivo il periziando M. veniva accolto nel reparto del manicomio di Firenze per la necessaria osservazione. M. aveva soli 26 anni al momento dell'esame su di lui compiuto da Amaldi, che l'aveva esaminato tra ottobre e novembre 1909¹⁸. Per la ricostruzione del percorso biografico del soggetto, il perito aveva dovuto faticare non poco e si vide costretto ad ammettere che la ricostruzione anamnestica sarebbe stata alquanto "difettosa", perché

"non mi si offrivano, per ciò che riguarda le date più lontane della vita del M., che scarsi e dubbiosi dati sparsi qua e là nell'incarto processuale e consegnati in particolare nella perizia che accompagnava un precedente processo del M., pure trasmessomi; e, per quanto riguarda le date più recenti, non ho che a riferirmi all'istruttoria delle avventure criminose del M. cadute sotto l'azione penale e documentate dagli incarti processuali stessi".

Durante i colloqui, il perito riuscì ad ottenere alcuni dati esposti con precisione e abbondanza di particolari, sulla famiglia e sugli inizi della "carriera" delinquenziale. M. era primogenito di altri sei fratelli, di cui tre morti in periodo neonatale, uno deceduto all'età di 12 anni, una sorella suicidatasi poco dopo il matrimonio e, infine, una sorella sana e vivente. L'ambiente familiare era caratterizzato da violenza e promiscuità esercitate dal padre nei confronti sia della moglie sia dei figli. La sessualità aveva avuto in lui "premature risveglio", a soli 8 anni, quando cedeva agli "inviti erotici d'una ragazzina intraprendente", per poi iniziare la masturbazione e la visita nel "prostibolo". Inviato a scuola all'età di 11 anni, ne fu allontanato dopo pochi giorni a causa del suo comportamento ribelle ad ogni disciplina, comportamenti tenuti anche in casa con conseguenti frequenti punizioni e rimproveri. Nonostante l'allontanamento da scuola, M. aveva comunque imparato a leggere e scrivere. Iniziò a rubare quando prese a frequentare la chiesa e la sacrestia, luoghi che lo inducevano ad "allungare la mano nei borselli delle elemosine". Nonostante la giovane età, M., si era già reso responsabile di numerosi reati, con condanne, incarcerazioni, nonché soggiorni in manicomi sia civili sia criminali. Infatti, nella sua travagliata storia era stato protagonista di furti, truffe continuate, reati di calunnia, oltraggio agli agenti di custodia, danneggiamenti, aggressioni, iniziati dall'età di 16 anni. Vari giudizi medici e peritali erano

¹⁸ Come è noto, era già stata approvata la legge n. 36 del 14 febbraio 1904, "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" ed era entrato in vigore il "Regolamento sui manicomi e sugli alienati", n. 615 del 16 agosto 1909. Il Regolamento prevedeva che ogni manicomio fosse dotato di "locali per accogliere i ricoverati in osservazione con una o più camere per gli agitati e pericolosi" e di "locali di isolamento anche per gli imputati prosciolti, a norma dell'art.46 del Codice penale e per i condannati che hanno scontato la pena", nonché "locali speciali per i ricoverati in osservazione giudiziaria".

stati formulati sul di lui stato di mente che, evidentemente, costituiva un vero problema. Già nel 1905 un medico carcerario:

“non poteva con tranquillità di coscienza dichiarare, se tale contegno del M. dovesse attribuirsi a malvagità d'animo o a squilibrio mentale, perché insufficienti erano le notizie su di lui e perché lo stabilimento mancava di un ambiente atto alle opportune osservazioni e investigazioni”.

Servivano quindi ambienti particolari per valutare lo stato di mente di una persona e questi non si potevano trovare nei locali carcerari. Una prima perizia, datata 9 dicembre 1905, era stata disposta al fine di stabilire se e quale potesse essere la responsabilità da attribuirsi al soggetto in ordine ai reati ascrittigli. Le conclusioni erano state le seguenti:

“Tutte le anomalie morali presentate dal M., compresi i reati suoi, sono riferibili ad una grave forma di dissesto mentale che lo accompagna dalla nascita; che egli è un *degenerato o pazzo morale*, e che non può in alcun modo essere ritenuto responsabile delle proprie azioni. Per altro la difesa sociale reclama che un essere cotanto pericoloso venga perpetuamente sequestrato in un Manicomio”.

Risultato di detta valutazione furono un non luogo a procedimento, la scarcerazione e “la consegna alle autorità di pubblica sicurezza agli effetti della associazione in un manicomio”¹⁹. M. passò quindi due anni e mezzo in manicomio criminale per poi essere trasferito in quello civile di Firenze, nella clinica di S. Salvi. In una relazione medica del manicomio criminale egli era descritto come:

“difettoso intellettuale e morale, nei primi tempi di degenza in questo istituto si mostrò violento, impulsivo, ribelle a tutto che era ordine e disciplina: in seguito però si rese innocuo, tranquillo, finché si ridusse quale attualmente lo si vede e cioè innocuo, ossequente al regolamento dell'istituto e rispettoso verso tutto il personale”.

Il soggiorno nella clinica di S. Salvi durò soli tre mesi, passati i quali il direttore propose al procuratore del Re le dimissioni di M. “perché non offrente più titolo per rimanere in Manicomio”, in quanto era apparso sempre lucido e ordinato, occupato di buona voglia nei lavori di reparto e sempre con un contegno regolare. L'internamento in manicomio non era permanente. I soggetti venivano dimessi, quando giudicati guariti e quindi atti a tornare in seno alla società e ciò anche quando, come nel

¹⁹ Il Codice Zanardelli del 1889 non prevedeva sanzioni specifiche a carico di malati di mente autori di reato, ma stabiliva unicamente, all'art. 46, che questo tipo di reo fosse affidato all'autorità di pubblica sicurezza. Ciò significava la possibilità di un tipo di custodia temporanea sotto osservazione in un manicomio. Tale modello fu, infatti, completato dalla legge del 1904 che non solo disciplinò i manicomi, ma introdusse anche il concetto di pericoloso per se stesso e per gli altri, applicato pure a coloro che non avevano commesso alcun tipo di reato. Cfr. A. MANNA, *Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma*, “Rassegna Italiana di Criminologia”, 2, 1994, pp. 269-293.

caso in discussione, era stato formulato in precedenza un giudizio di pericolosità sociale. Purtroppo, però, M. non era “guarito” dal desiderio di impossessarsi dei beni altrui e puntualmente vi fu un nuovo suo arresto e la richiesta di una nuova perizia sul suo stato di mente, questa volta stilata da Amaldi, con le seguenti conclusioni:

“Nego ch'egli non abbia coscienza delle irregolarità della sua condotta. Affermo invece che egli, non per ragioni iniziali esclusivamente o principalmente psicopatiche, ma in forza d'altri coefficienti esteriori d'ambiente, si è abituato a sentir sempre meno il freno della coscienza, si è incallito quindi nella piccola e poi nella media criminalità del furto e della truffa. Il M. che non offre note di marcata degenerazione organica, non è un malato di mente, non è un pazzo morale, è piuttosto un decaduto nel senso etico comune, divenuto quindi un criminale d'abitudine”.

Diverse altre perizie avevano portato a conclusioni valutative difformi. Amaldi, però, correttamente non commentava o esprimeva giudizi circa le diagnosi emesse in precedenza da altri suoi colleghi. Egli si limitava a precisare che negava in M. sia una non coscienza della irregolarità degli atti commessi, sia l'esistenza di un “dissesto mentale”. Inoltre all'esame delle caratteristiche fisiche non aveva riscontrato praticamente nulla di anomalo. Il suo compito non finiva però qui. Egli doveva emettere un giudizio prognostico sulla *temibilità* del M., ma:

“tale giudizio è implicito nel giudizio diagnostico fatto testé, quando dimostravo nell'imputato le qualifiche del criminale d'abitudine. Vale a dire, che è dimostrato in lui la capacità alla delinquenza ulteriore, sul terreno similare del furto e della frode; meno marcata e dimostrabile è in lui la capacità alla delinquenza di impulso e d'offesa contro le persone /.../ si tratta di fatale, inemendabile capacità a delinquere? In senso rigoroso ed assoluto, no: *esclusa in lui la morbosità congenita costituzionale di uno stato di amoralità*, e affermata invece una demoralizzazione acquisita per abitudine, ma non disgiunta da un certo grado di coscienza e di capacità autocritica, non siamo autorizzati a precludere, con una prognosi decisamente infausta, quel minimo grado di probabilità che può ancora militare in favore di una riabilitazione del M.”.

Al momento dell'emissione del giudizio prognostico vi era dunque “*temibilità*”, ma Amaldi non se la sentiva di formulare una prognosi “decisamente infausta”, prospettando, invece, la possibilità di una “riabilitazione” rilevando un certo grado di coscienza e di capacità critica. Forse, in quegli anni, iniziarono a svilupparsi nei medici e nei periti le prime richieste di un “trattamento riabilitativo personalizzato” del delinquente giudicato sano di mente al fine di reinserirlo nella società. Ciò era fra l'altro in sintonia con i postulati della Scuola Positiva che considerava il delinquente un soggetto anormale, il cui reato non discendeva ad una scelta individuale, ma era il risultato di fattori sia antropologici, sia psichici, sia sociali. Ne conseguiva che la finalità della pena non doveva essere punitiva, bensì neutralizzante e possibilmente rieducativa, individualizzandola in funzione della personalità del reo. Nel diritto penale, si voleva introdurre il principio secondo cui le caratteristiche

della persona e la condizione sociale agente sul reo, dovevano avere un peso nella commisurazione e scelta della pena, sospingendo il pensiero penale moderno verso i principi della *individualizzazione della sanzione* e del *trattamento individualizzato* del delinquente. La prospettiva, secondo cui la criminalità costituisce una sorta di malattia da curare, verrà poi ripresa quando il problema della criminalità sarà nuovamente affrontato, concettualmente e praticamente, con i sussidi delle scienze dell'uomo, secondo l'ideologia del "mito medico", che auspicava, almeno idealmente, la trasformazione delle carceri da strutture solo afflittive e custodialistiche, a luoghi dove si cura o si cerca di curare. Amaldi poteva proporre un ricovero in manicomio giudiziario:

"il M., responsabile e punibile se colpevole, reca ancora in sé la disposizione al crimine, così da richiedere ulteriormente un trattamento extrasociale di custodia e per quanto sia possibile di rieducazione; esclusa la possibilità morale e legale di un ritorno in un manicomio comune, che lui non alienato, dovrebbe o non ricevere o rinviare subito e in mancanza di organizzazione più adatta, il M. potrebbe trovare il trattamento meno difforme dal suo stato in un manicomio giudiziario".

Non si sapeva quindi bene come e dove potere attuare un tale necessario e personalizzato trattamento per soggetti che, oggi, definiremmo portatori di un disturbo di personalità²⁰. Non era indicato il manicomio civile, vista l'assenza di una vera patologia mentale, ma neppure il carcere che non poteva curare, ma puniva solamente. Non rimaneva allora che il manicomio criminale: soluzione più idonea ad affrontare il problema della riabilitazione. Evidentemente però non vi erano ancora luoghi per poter attuare un "trattamento personalizzato" di soggetti dalle connotazioni psichiche così ambigue, a volte interpretate come segno di malattia, a volte come variabile negativa di una sostanziale sanità di mente; l'ambiguità si rifletteva anche sul giudizio del Tribunale che affermava la cosiddetta *semiresponsabilità* e condannava M. alla reclusione per un mese e 25 giorni. Il tribunale, in difficoltà sia per le risposte peritali difformi, sia per la mancanza concreta di luoghi in cui collocare M., ricorse all'ambiguo e poco scientifico giudizio di *semiresponsabilità*. Il giudice non aveva totalmente compreso il problema di queste persone che, se non potevano ottenere un trattamento specifico, non potevano cambiare modo di essere, come risulta dal commento conclusivo di Amaldi:

"il tribunale ritenutosi incompetente a disporre e a determinare il *trattamento extrasociale e rieducativo* invocato dalla perizia, dava al M. un buon *arrivederci* a non lontana scadenza!"

Era dunque una "sconfitta" per il perito, ma era anche la sconfitta della giustizia che certamente avrebbe ben presto incontrato di nuovo

²⁰ U. FORNARI, S. CODA, *Dalla pazzia morale*, cit.

lo stesso soggetto. Il perito aveva, quasi con certezza, previsto la recidiva del periziando e il giudice aveva scelto la neutralizzazione al posto della prospettiva e possibile risocializzazione, attraverso un percorso che rafforzasse il senso di responsabilità e di autocritica, comunque presenti in M. Il ragionamento non sembra però completamente coerente, in quanto richiedeva un trattamento all'interno di un manicomio criminale, percorso peraltro già sperimentato dal periziando senza esito positivo, visto la sua recidiva.

Il caso qui brevemente presentato descrive quindi il problema, per molti versi ancora oggi senza concreta soluzione, di come affrontare un soggetto portatore di un disturbo di personalità, resosi responsabile di un fatto reato. Come sappiamo, un disturbo di personalità non dovrebbe influire sull'imputabilità del soggetto, ma ancora oggi l'ostacolo, a volte, viene aggirato emettendo un giudizio di capacità grandemente scemata. I dubbi sembrano ancora oggi essere gli stessi già riscontrati nella perizia esaminata²¹. Il caso esaminato da Amaldi presentava tutte le caratteristiche di ciò che oggi chiameremmo un disturbo antisociale di personalità, incapace di inserirsi nella vita quotidiana, conformandosi alle regole sociali. I suoi reati sembravano quasi essere l'espressione di una ricerca di attenzione, anche se al solo scopo di essere contenuto, tant'è che al momento in cui veniva a sapere che sarebbe stato dimesso dalla clinica di S. Salvi:

“o che egli diffidasse della possibilità d'una dimissione, o che piuttosto la temesse e volesse stornarla, si fece turbolento, insolente e minaccioso”.

Anche le attuali strutture psichiatriche territoriali hanno difficoltà di accogliere e gestire soggetti con disturbi di personalità resisi responsabili di fatti-reato. Ancora una volta quindi si può constatare che certi problemati, discussi oltre un secolo fa, si ripresentano puntualmente, sotto altre denominazioni, ma uguali nella sostanza e ancora in attesa di soluzione.

²¹ G. RUSSO, L. SALOMONE, *Il malato di mente nel sistema giudiziario*, “Rassegna penitenciararia e criminologica”, III, 2-3, 1999, pp.127 seg.