

MATTI DEL SUD

Di Oscar Greco

I manicomio in Italia dopo l'Unità

All'indomani dell'Unità lo Stato italiano si è trovato di fronte al problema, fra gli altri, di sistemare e uniformare i sistemi sanitari presenti negli Stati preunitari e, in particolare, gli asili e gli istituti manicomiali destinati all'internamento e alla cura dei malati di mente¹.

Nel 1861 l'Italia conta 897 ospedali per infermi, 35 manicomio e 23 ospizi di maternità, ma la professione medica non ha ancora un ruolo sociale qualificato e riconosciuto, che arriva solo nel 1888, e la psichiatria comincia la sua battaglia per rafforzare le basi della nuova scienza e per rivendicare un'identità professionale autonoma².

Il nuovo Stato nazionale ereditava quattro diversi tipi di istituti assistenziali per i malati di mente: «manicomio provinciali, manicomio costituiti sotto forma di opere pie più o meno soggette all'ingerenza dei corpi pubblici, sezioni di ospedali amministrato da congregazioni indipendenti e, infine, manicomio privati»³. A questa eterogeneità di strutture, che comportava anche diversi e a volte contrapposti approcci terapeutici, si aggiungeva una dislocazione territoriale non più tollerabile, considerato che nelle regioni meridionali non esistevano strutture idonee ad accogliere gli alienati ed erano solo due gli istituti manicomiali degni di questa definizione⁴. Uno era la Real casa dei Matti di Aversa, considerata il fiore all'occhiello del processo di modernizzazione dell'amministrazione sanitaria borbonica e per «lungo tempo autorevole riferimento e meta d'obbligo dei viaggi d'istruzione medica»⁵, malgrado qualche decennio prima, dopo una visita accurata, Domenico Gualandi, famoso alienista che fu il primo direttore sanitario dell'antico ospedale romano di Santa Maria della Pietà, ne avesse fornito una descrizione allarmante in riferimento al trattamento dei reclusi e alla situazione delle strutture e del personale⁶. L'altro era la Real Casa de' Matti di Palermo, un ospizio inizialmente non destinato solo ai pazzi, del quale alcune encomiastiche cronache dell'epoca

¹ Per una dettagliata descrizione della situazione manicomiale negli Stati preunitari fino al momento dell'Unità cfr. R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979, pp. 19-69.

² M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi*, Roma, L'asino d'oro, 2016, pp. 13 e ss.

³ V.P. Babini, *Liberi Tutti. Manicomio e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, il Mulino, 2009, p. 9.

⁴ Nel testo di A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni europee*, Torino, Editrice torinese, 1918, è presente una tavola sulla distribuzione dei manicomio nel Regno d'Italia che dimostra la situazione del Meridione.

⁵ C. Lenza, *Da convento a villaggio: i manicomio del Mezzogiorno continentale tra progetti e realizzazioni* in C. Ajroldi, M.A. Crippa, G. Doti, L. Guardamagna, C. Lenzi, M.L. Neri, *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Milano, Electa, 2013, p. 267.

⁶ D. Gualandi, *Osservazioni sopra il celebre Stabilimento di Aversa nel Regno di Napoli e sopra molti altri spedali d'Italia destinati alla reclusione e cura dei pazzi*, Bologna, Tipografia Fratelli Masi, 1823, pp. 35 e ss., 82 e ss. Cfr. anche R. Canosa, *Storia del manicomio*, pp. 29-31.

ricordavano l'iniziativa del promotore, barone Pietro Pisani, ispirata al fine di umanizzare il trattamento dei degenti⁷.

La necessità di una normativa che uniformasse, anche dal punto di vista della gestione burocratica, le diverse realtà manicomiali sul territorio nazionale (opere pie, istituti pubblici, organizzazioni private mercenarie) e l'urgenza della costruzione di nuovi complessi nelle regioni meridionali spinse lo Stato unitario, con la legge del 20 marzo 1865 n. 2248, a individuare nelle province gli organi istituzionali ai quali attribuire il compito di istituire e di provvedere al sostentamento delle strutture di ricovero dei mentecatti poveri, lasciando alla competenza del Ministero di Grazia e Giustizia la gestione dei manicomi giudiziari. Il progetto iniziale di dotare ciascuna provincia del regno di un manicomio non si sarebbe mai realizzato e, tuttavia, si può dire che quell'obiettivo in parte fu raggiunto, se si considera che un'indagine dell'inizio degli anni Ottanta aveva già accertato che «su 69 province solo 36 mancavano di asili pubblici per gli alienati (7 nell'Italia settentrionale, 8 in quella centrale, 20 in quella meridionale e insulare)»⁸ e che altri istituti saranno via via realizzati fino agli inizi del Novecento⁹.

In questa prospettiva vanno collocate l'istituzione a Girifalco del primo manicomio calabrese e la realizzazione di altre strutture manicomiali nel Mezzogiorno, ove, però, ancora nei primi anni del Novecento si registreranno assenza o scarsità del personale medico e infermieristico, un tasso di sovraffollamento superiore a quello delle altre regioni e una gestione economica non oculata che ricadeva sui servizi sanitari offerti ai degenti¹⁰.

Se si osserva l'andamento dell'intervento pubblico sul tema di manicomi in Italia in rapporto al quadro complessivo delle altre nazioni europee emerge una significativa particolarità: la maggiore espansione del sistema manicomiale, avvenuta dalla seconda metà dell'Ottocento fino agli inizi del Novecento, ha coinciso con il processo di formazione della Nazione e ciò induce a un'ulteriore considerazione:

Nello stesso momento in cui la nuova Italia costruiva le sue città, il suo sistema laico e pubblico di istruzione obbligatoria, il sistema giuridico, i sistemi di circolazione delle persone, delle merci e del denaro, ha anche progressivamente confinato i suoi cittadini e le sue cittadine folli «lontano dagli occhi e lontano dal cuore», in uno dei luoghi in cui le società occidentali arrivarono allora a collocare quelle persone che non volevano accettare al loro interno¹¹.

⁷ F. Pignocco, *Trattamento morale dei diversi generi di follia e cenni statistici dall'anno 1841 al 1849 raccolti nella Real Casa de' Matti di Palermo*, Palermo, Tipografia Lorenzo Dato, 1835, pp. 17 e ss. e N. Daita, *Sui progressi avvenuti nella Real Casa de' Matti di Palermo dall'anno 1837 al 1853*, Stamperia di Giuseppe Meli, Palermo 1853. Cfr. i riferimenti in R. CANOSA, *Storia del manicomio*, pp. 32-33.

⁸ F. De Peri, *Il medico e il folle*, p. 1113, il quale richiama i dati dell'indagine di A. Tamburini, *Des établissements pour les aliénés en Italie*, in Aa.Vv. *Les institutions sanitaires en Italie*, Milano, 1885, pp. 169-172 e una precedente di S. Biffi, *Prime linee di una statistica dei manicomi d'Italia*, in «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», 1867.

⁹ Un censimento ministeriale accertava che nel 1898 erano presenti sul territorio nazionale 43 manicomi pubblici, 63 ospedali e ricoveri, 19 manicomi privati e 3 manicomi giudiziari, per un totale di 124 istituti che si occupavano degli alienati, cfr. i riferimenti in V. Babini, *Liberi tutti*, cit., p. 10.

¹⁰ A tali conclusioni con riferimento ai manicomi meridionali giunge A. Tamburini, *L'assistenza degli alienati e il patronato familiare in Italia*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1902, pp. 670 e ss.

¹¹ D. Forgacs, *Margini d'Italia. L'esclusione sociale dall'Unità ad oggi*, Laterza, Roma-Bari 2014, pp. 287-288 in un saggio che descrive i luoghi fisici o simbolici in cui confinare alcuni soggetti (i nomadi, gli abitanti delle periferie urbane e delle colonie, i meridionali e gli alienati poveri) da escludere dal processo di formazione dell'identità culturale della Nazione.

In pratica, in Italia, come del resto anche altrove, il sistema manicomiale si andava conformando anche come luogo in cui relegare i soggetti non presentabili e non in grado di contribuire alla costruzione identitaria della nascente Nazione borghese.

In un processo di formazione della Nazione per esclusione anziché per inclusione, i pazzi devono essere rinchiusi e zittiti, dato che nella tela di fondo della società contrattuale della borghesia dell'Ottocento

Il pazzo stona. Irragionevole, non è soggetto giuridico; irresponsabile, non può essere oggetto di sanzioni; incapace di lavorare o di servire non entra nel circuito degli scambi [...] Focolaio di disordine deve più che mai essere represso, ma sulla base di un altro sistema di punizione rispetto a quello disposto dai codici per chi ha volontariamente trasgredito le leggi. Isola di irrazionalità, deve essere amministrato, ma secondo norme diverse da quelle che assegnano al loro posto ed assoggettano ai loro compiti i soggetti “normali” di una società razionale¹².

Ma non soli i pazzi. Anche soggetti diversi, vagabondi, mendicanti, alcolisti, tutti accomunati dalla comune dimensione di povertà, dalla provenienza dalle classi subalterne, soggetti marginali ancor prima di essere colpiti dalla follia, per i quali l'internamento serviva per l'esclusione più che per la cura.

In questo disegno lo psichiatra diventa un personaggio centrale in una problematica che è indissolubilmente medica e sociale perché le sue valutazioni, fondate su una competenza tecnico-scientifica, impongono ai gruppi marginali uno statuto che avrà valore legale anche se non proveniente da prescrizioni giuridiche.

Questo era un approccio comune degli Stati nazionali europei al dilagare della miseria e alla diffusa paura dei poveri in quanto “classe pericolosa”¹³; una paura che non era soltanto derivante dal rischio portato all'ordine proprietario borghese, simboleggiato dall'attentato al possesso individuale, il furto, e neppure rappresentata dalla sfida alla proprietà rappresentata dall'ascesa della classe operaia: «[...] era la percezione di un pericolo più sottile e profondo che potremmo definire come la paura dell'insorgenza plebea»¹⁴. Le società borghesi e liberali dell'Ottocento hanno pertanto inteso «la lotta alla povertà come difesa *dai* poveri piuttosto che *dei* poveri»¹⁵ e ciò ha determinato l'adozione di legislazioni finalizzate a combattere fenomeni avvertiti come una minaccia, quali il vagabondaggio e la miseria oziosa, sulla falsariga della legge inglese sui poveri del 1834, la *New Poor Law*, che prevedeva l'aiuto al povero solo al prezzo dell'internamento coatto in una casa di lavoro, la «*workhouse*, un vero inferno sulla terra»¹⁶.

¹² R. Castel, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli, 1980, p. 12.

¹³ Sulla nascita del concetto di “classe pericolosa” cfr. H.A. Frégier, *Des classes dangereuses de la population dans les grandes villes et des moyens de les rendre meilleures*, Parigi, Baillièrè, 1840; L. Chevalier, *Classi lavoratrici e classi pericolose. Parigi nella rivoluzione industriale*, Roma-Bari, Laterza, 1976, pp. 468-469.

¹⁴ F. Benigno, *La mala setta. Alle origini di mafia e camorra, 1859-1878*, Torino, Einaudi, 2015, pp. XII-XIII.

¹⁵ G. Silei, *Le radici dell'incertezza. Storia della paura tra Ottocento e Novecento*, Manduria-Bari-Roma, Piero Lacaita Editore, 2008, p. 126.

¹⁶ *Ibidem*. L'Autore riporta le descrizioni di Charles Dickens (*A Day in Workhouse*, in *Household Words*, May 25, 1850) delle disumane condizioni di vita all'interno degli ospizi per i poveri. La legge italiana di unificazione amministrativa del 1865, come già prima il Codice piemontese, si indirizzò particolarmente contro gli oziosi, ossia «coloro che sani e robusti, non provveduti di sufficienti mezzi di sussistenza, vivono senza esercitare professione arte o mestiere o senza darsi stabile lavoro», e i vagabondi, vale a dire «coloro i quali non hanno domicilio certo né mezzi di sussistenza e non esercitano abitualmente un mestiere o una professione, o coloro che vagano da un luogo all'altro affettando l'esercizio d'una professione o di un mestiere, ma insufficiente», prevedendo per loro l'ammonizione del Pretore, altre pene accessorie e finanche il carcere in caso di recidiva: era sufficiente una generica denuncia o semplicemente la sollecitazione proveniente dalla “pubblica voce”. Nel

Sul piano legislativo il tema della povertà aveva determinato un duplice approccio; mentre il timore delle proteste e delle rivendicazioni dei proletari e dei lavoratori poveri aveva indotto col tempo le classi dirigenti a introdurre, accanto a norme d'ordine pubblico, forme primitive di riforme sociali, la paura di coloro che non esercitavano alcun lavoro ed erano privi di mezzi di sussistenza, dei mendicanti, dei marginali, dei poveri, in quanto “pericolosi” per l'equilibrio sociale, aveva ispirato esclusivamente misure coercitive che ne accentuavano la marginalizzazione attraverso diversi strumenti, quali la ghettizzazione, il carcere e anche il manicomio, luogo ritenuto idoneo anche all'internamento dei soggetti marginali nei quali era riscontrabile qualsivoglia segno di “anormalità”, di “degenerazione” o di “devianza”¹⁷.

Ne è derivata una funzione dilatata del sistema manicomiale del Paese, diventato una «complessa macchina amplificatrice dei comportamenti devianti, più che una risposta istituzionale e organizzata al fenomeno della malattia mentale»¹⁸, che trova riscontro nel progressivo aumento dei ricoveri, passati nel territorio nazionale dalle 7700 unità censite da Serafino Biffi nel 1865 alle circa 37000 del 1899, per giungere alle oltre 54000 del 1914¹⁹, che non era dovuto, come aveva rilevato Augusto Tamburini in una relazione al Ministro dell'Interno del 1891, all'accrescimento reale della pazzia né all'aumento della popolazione, in quanto nella maggior parte dei manicomi

l'aumento dei ricoverati, più che da pazzi nel vero senso della parola, cioè affetti da forme di psicopatie ben nette e caratterizzate, era dato dalle seguenti categorie: [...] idioti..., alcolisti..., epilettici..., pellagrosi..., dementi apoplettici, paralitici, senili... dementi cronici insanabili, tranquilli, cronici ed innocui..., degenerati morali..., che formavano il grande ingombro dei manicomi... diventati lo scarico non solo delle famiglie ma anche degli ospedali, dei ricoveri e delle carceri²⁰.

Veniva in tal modo attestato che una società che stava costruendo le proprie caratteristiche sui valori della borghesia produttiva stava trasformando i luoghi progettati per la cura dei malati di mente in depositi di rifiuti umani, in istituzioni totali nelle quali ai diseredati veniva negato il diritto di essere uomini, «accomunando in uno stesso destino colpa, malattia e ogni deviazione dalla norma»²¹.

Mezzogiorno, date le condizioni di arretratezza, era enorme il numero di soggetti senza lavoro, senza dimora e privi di mezzi di sussistenza e ciò determinava la moltiplicazione delle “classi pericolose” e di quei soggetti che la legge intendeva reprimere.

¹⁷ Sul ruolo del manicomio come risposta alle minacce all'ordine sociale borghese nelle nazioni dell'Ottocento che provenivano dalle classi diseredate cfr. L. Chevalier, *Classi lavoratrici e classi pericolose: Parigi nella rivoluzione industriale*, Roma-Bari, Laterza, 1976, nonché sulla fase storica del “Grande internamento” cfr. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 2015⁵, pp. 113 e ss. Cfr. anche A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie del manicomio di Teramo (1880-1931)*, Roma, Donzelli, 2014, pp. 9 e ss., la quale ricorda, fra l'altro, l'influenza che ebbe sotto tale profilo il saggio di H.A. Frégier, *Delle classi pericolose nelle grandi città e dei mezzi per renderle migliori*.

¹⁸ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002, p. 17.

¹⁹ Cfr. i dati riportati da F. De Peri, *Il medico e il folle*, pp. 1113-1114.

²⁰ A. Tamburini, *Relazione a s. e. il Ministro dell'interno sulla ispezione dei manicomi del Regno*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1891, pp. 158-159.

²¹ F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *Introduzione a E. Goffman, Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968, ora come postfazione all'edizione del 2010, p. 403.

Medicalizzazione della follia e centralità del manicomio. La psichiatria tra teorie e prassi

L'avvio della "medicalizzazione della follia", ovvero la predisposizione di un progetto terapeutico specifico, concepito per una particolare classe di soggetti come i malati di mente, si fa generalmente risalire alla svolta che, all'indomani della Rivoluzione francese, gli alienisti del gruppo degli *idéologues*, in particolare Philippe Pinel e poi il suo allievo, Jean Étienne Esquirol²², diedero al problema del trattamento degli alienati. La prospettazione di un nuovo modello di interpretazione della follia e l'obiettivo della "curabilità dei folli" ponevano clamorosamente fine alla prassi degli ospedali, dei cronichi, delle case di internamento, delle opere religiose o di soccorso dell'*Ancien régime*, nei quali trovavano rifugio i folli poveri e svariati tipi di soggetti devianti²³ i quali, puniti più che curati, erano destinati a finire i loro giorni infelici in luoghi orrendi, spesso "incatenati e furiosi", dopo lunghi trattamenti disumani²⁴.

L'aspetto più innovativo del progetto di Pinel non consiste tanto in un metodo che «toglieva le catene ai folli», quanto nell'approccio alla curabilità delle alienazioni mentali attraverso l'applicazione scientifica del metodo clinico. Pinel approfondisce la dimensione affettiva e emozionale dell'alienato e ritiene che la malattia mentale derivi da un'esaltazione abnorme della sua sensibilità, per cui occorre moderare e contenere gli eccessi e le disarmonie attraverso osservazioni scrupolose e quotidiane. Occorre, quindi, una terapia che presuppone che l'alienista «viva in mezzo agli alienati [...] studi il loro modo di vivere, i loro diversi caratteri, le cose per loro oggetto di piacere e di repulsione, [...] segua il corso dei loro smarrimenti di giorno, di notte, durante le diverse stagioni dell'anno [...] lo spettacolo continuo di tutti i fenomeni dell'alienazione mentale»²⁵. Un programma che poteva concretizzarsi solo attraverso una struttura predisposta alle specifiche esigenze della cura delle malattie mentali in un ambiente ordinato e calmo, in edifici idonei alla separazione dei malati secondo specie distinte, nei quali si materializzasse il principio di autorità e gerarchia nella persona del direttore medico, che doveva possedere qualità morali e fisiche tali da consentirgli di «domare e soggiogare l'alienato» e di «esercitare su di lui un totale dominio e di spezzare la catena viziosa delle sue idee»²⁶.

È l'avvio della fase asilare, dell'internamento in un manicomio come ultimo arrivato sulla scena della risposta sociale alla follia²⁷, che si fonda su due cardini: il progetto di cura che, anche se dichiaratamente ispirato a criteri umanitari sconosciuti al trattamento riservato agli alienati durante l'*Ancien régime*, non è disgiunto dal giudizio negativo sulla personalità

²² Il testo di riferimento di P. Pinel è il *Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris, Brosson, 1801; traduzione italiana, *La mania. Trattato medico filosofico sull'alienazione mentale*, Venezia, Marsilio, 1987. Un'altra opera classica è considerata quella del maggior epigono di Pinel, J.E. Esquirol, *Des maladies mentales considérées sur les rapports médical, hygiénic et médico-légal*, Paris, Baillié, 1838.

²³ Per una descrizione delle modalità con cui l'Europa dell'*Ancien régime* internava i mendicanti, i vagabondi, i poveri e i devianti che andavano a costituire «le comunità d'esilio costruite alle porte delle città» cfr. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., pp. 161 e ss.

²⁴ Va ricordato un altro momento significativo, precursore della svolta, vale a dire il decreto del 27 marzo 1790 con il quale l'Assemblea rivoluzionaria abolisce le *Lettres de cachet*, lettere con il sigillo del Re con le quali, senza alcuna procedura, si autorizzavano le autorità e, più spesso, la famiglia, di prelevare l'alienato e di rinchiuderlo e custodirlo, anche con violenza, per salvaguardare l'ordine pubblico dalle perturbazioni causate dal suo comportamento, cfr. R. Castel, *L'ordine psichiatrico*, pp. 16 e ss.

²⁵ Mette in risalto questi aspetti del progetto di Pinel F. De Peri, *Il medico e il folle*, p. 1070, il quale ne riprende testualmente le parole riportate nel *Traité medico-philosophique*, pp. XLV-XLVI.

²⁶ V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, p. 10, riporta le parole di Ph. Pinel, *op. cit.*, p. 55.

²⁷ R. Canosa, *Storia del manicomio*, p. 13.

dell'alienato che deve essere “domato” e “assoggettato” alla volontà del medico²⁸, nonché il momento terapeutico che coincide con la custodia del malato, per cui una struttura spazio-temporale come il manicomio diventa essa stessa nelle mani di un valente psichiatra il principale agente terapeutico. In questo disegno la struttura manicomiale dovrebbe essere collocata «fuori dalle mura della città, come qualcosa di altro dalla società civile»²⁹, in quanto il lavoro nei campi è considerato il mezzo più sicuro per riportare i folli alla ragione grazie alle virtù salutari della campagna.

Il paradigma pineliano rappresenta un elemento di forte novità rispetto alle teorie mediche precedenti, anche se non erano mancate in alcune realtà, alla fine del Settecento, proposte illuminate di riforma degli istituti per gli alienati, come avvenne in Toscana nel contesto delle innovazioni introdotte dal granduca Leopoldo, grazie alle idee di un medico innovatore come Vincenzo Chiarugi³⁰, da alcuni considerato antesignano di Pinel, il quale ne avrebbe di nascosto sfruttato le idee³¹.

Solo con il respiro della riforma di Pinel, però, il manicomio avrebbe assunto un ruolo predominante nella costruzione della categoria sociale del malato di mente e nell'acquisizione anche da parte sua dell'etichetta che gli era attribuita: «[...] folle non è tanto colui che fa “stranezze”, ma colui che è stato o è ricoverato o si accinge ad essere ricoverato in manicomio»³²; inoltre solo con la costruzione dell'asilo per i malati di mente con caratteristiche specifiche la medicina della follia si sarebbe distaccata nettamente dalla medicina generale e il medico degli alienati sarebbe stato soltanto colui che si occupa di folli ricoverati in un manicomio.

Il progetto di cura della follia secondo le linee essenziali definite da Pinel aveva trovato un riscontro istituzionale e una sollecita attuazione in Europa già nei primi decenni del secolo, mediante la creazione di “istituti riformati”, in Francia, in Germania e in Inghilterra.

In Italia il tema della riforma dei manicomi era stato affrontato dalla scuola milanese, per alcuni decenni centro propulsore della psichiatria italiana, e in particolare da Andrea Verga che fu tra i primi a proporre un'associazione degli alienisti italiani che raccogliesse le loro osservazioni e i loro studi in un giornale specializzato³³, e, con tutt'altra impostazione, dalla scuola reggiana, diretta da Carlo Livi, con Augusto Tamburini e Enrico Morselli quali assistenti, il cui orizzonte culturale, che si esprimeva nella «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale»³⁴, era finalizzato soprattutto a collegare la psichiatria alla medicina

²⁸ M. Foucault, *Storia della follia*, p. 698, rileva criticamente che Pinel non ha introdotto una scienza, bensì un personaggio e osserva che «se il personaggio medico può delimitare la follia, ciò non deriva dal fatto che la conosce, ma che la domina: e ciò che per il positivismo sembrerà oggettività non è che l'altra faccia di questo dominio».

²⁹ F. De Peri, *Il medico e il folle*, p. 1071. Mette in rilievo questo aspetto anche V. Fiorino, *op. cit.*

³⁰ Di V. Chiarugi, considerato l'erede del metodo scientifico di due precursori come Antonio Maria Valsava e Giovanni Battista Morgagni, cfr. *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico e analitico con una centuria di osservazioni*, stampato in 3 volumi da Carlieri, Firenze 1793-1794.

³¹ Sul dibattito dell'epoca “Pinel o Chiarugi”, cfr. i riferimenti di P. Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Leo S. Olschki, Firenze 1981, pp. 17-18.

³² R. Canosa, *Storia*, p. 13. Considerazioni analoghe sotto tale profilo fa V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi*, cit., pp. 17-18.

³³ A. Verga, *Proposta di associazione dei medici alienisti d'Italia per mezzo di un giornale che raccolga ed accomuni le loro osservazioni e i loro studi*, «Gazzetta medica italiana – Lombardia», 1851, p. 385.

³⁴ La rivista era stata fondata su iniziativa di Tamburini e Morselli del 1874 e veniva pubblicata presso l'Istituto psichiatrico di Reggio Emilia a opera di Carlo Livi.

generale e ad avvalersi dei progressi compiuti dalle scienze biologiche fondamentali, dall'anatomia, dall'istologia e dalla fisiologia³⁵.

Solo dopo la metà del secolo anche in Italia il problema della definizione di un modello di istituzione per i folli sarebbe stato affrontato in tutta la sua complessità, allorché appaiono articolate proposte di costruzione di manicomi pubblici come quelle di Domenico Gualandi³⁶ e di Cesare Castiglioni³⁷, il quale, in particolare, rifacendosi alle indicazioni dello psichiatra francese Jean Pierre Falret, che aveva approfondito lo studio dei problemi dell'organizzazione ospedaliera degli istituti per alienati, riteneva che era fondamentale la ricerca del sito ove ubicare l'istituto, poiché la bellezza dei luoghi contribuiva a restituire la calma e la ragione in una mente stravolta e contribuiva «a provvedere all'isolamento del mentecatto [...] senza dare idea alcuna di prigione, né di chiostro, né di reclusorio»³⁸.

Anche in Italia il riferimento obbligato per procedere all'elaborazione di una tipologia manicomiale era il pensiero di Pinel ed Esquirol, soprattutto nella parte in cui avevano concepito una struttura che rispettasse le differenziazioni che emergevano dall'analisi clinica e che favorisse la riunione delle diverse forme di alienazione mentale in gruppi omogenei, anche per ragioni di ordine metodologico. Non mancava però una contrapposizione di vedute sui modelli di internamento che vedeva da un lato coloro che guardavano con interesse alle caratteristiche di alcuni istituti europei e dall'altro coloro che ritenevano fosse necessario costruire un modello di manicomio secondo le specifiche esigenze del Paese, fermo restando che «spettava agli alienisti stabilire [...] condizioni e articolazioni per la costruzione di un asilo»³⁹. Alcuni giovani alienisti indicavano come un esempio da seguire i moderni istituti inglesi, retti con il sistema del *no-restraint*, e ispirati a un efficientismo tecnico e strutturale che li rendeva simili ai più comuni ospedali, per la cui realizzazione era, però, prevedibile un'ingente spesa. Diversa era la posizione degli alienisti più anziani che ritenevano che l'Italia avesse bisogno di un proprio e uniforme asilo degli alienati adatto «al suo clima, alle sue passioni, alla sua civiltà, alle sue condizioni sociali, in somma ai suoi uomini»⁴⁰ e ritenevano che gli istituti atti a ospitare i folli e i dementi dovessero sorgere in luoghi familiari per i pazienti in modo tale da non turbare ulteriormente il loro fragile equilibrio.

Il dibattito era destinato a rimanere un puro esercizio retorico in quanto, soprattutto con riferimento al Mezzogiorno, le stremate finanze delle province non consentivano margini di sperimentazione e, per la realizzazione delle strutture finalizzate al mantenimento di

³⁵ Sul ruolo avuto dagli psichiatri milanesi e reggiani in quella fase storica e “costitutiva” dell'identità della psichiatria italiana cfr. F. De Peri, *Il medico e il folle*, pp. 1080-1092.

³⁶ D. Gualandi, *Della costruzione di un manicomio pubblico*, Bologna, Tipografia dell'Istituto delle Scienze, 1850.

³⁷ C. Castiglioni, *Su le questioni preliminari per la costruzione di un nuovo pubblico manicomio*, «Annali universali di medicina», 1857, vol. 162.

³⁸ *Ivi*, p. 490.

³⁹ C. Lenza, *Il manicomio italiano nell'Europa dell'Ottocento. Gli esordi del dibattito e la questione dei modelli*, in C. Ajroldi, M.A. Crippa, G. Doti, L. Guardamagna, C. Lenza, M.L. Neri, *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Milano, Electa, 2013, p. 16.

⁴⁰ Era questa l'opinione dello psichiatra del manicomio di Aversa, Biagio Miraglia, in *Progetto di uno Stabilimento d'alienati pel Regno di Napoli*, Aversa, Tipografia del Reale Morotroffio, 1849. Lo stesso Miraglia nel 1861, divenuto direttore dell'istituto di Aversa e presidente della Società frenopatica italiana, presentava al Parlamento nazionale una petizione per un «sistema proprio ed uniforme di asili di alienati» in cui ribadiva i concetti espressi precedentemente.

mentecatti poveri, si scelse la via dell'adattamento di edifici conventuali preesistenti o dell'utilizzazione di stabili in stratificati contesti urbani⁴¹.

La stagione del progetto manicomiale “alla Pinel” non durò a lungo: già dagli anni Sessanta era entrata in crisi in tutta Europa, sia sotto il profilo umanitario che scientifico. In Italia le reali condizioni di gestione dei manicomi avevano rinfocolato la convinzione che questi istituti fossero di fatto «luoghi di privazione della libertà individuale, [...] e sostanzialmente [...] una specie di carcere»⁴²; la polemica antimanicomiale toccò livelli altissimi in una vasta campagna di stampa nel corso della quale un eminente freniatra come il Verga giunse a dire che i manicomi erano stati

Il più grosso errore dei tempi moderni, un resto di ignoranza e di barbarie, fabbriche di incurabili, cimiteri dell'intelligenza, luoghi infami di sequestri arbitrari e d'inumazione anticipata⁴³.

Sul piano scientifico le critiche più significative giungono dalla medicina tedesca, soprattutto da Wilhelm Griesinger, il quale contestò il concetto di manicomio come “agente terapeutico” e l'utopia terapeutica di “curare la follia”, osservando che la malattia mentale determina generalmente una condizione morbosa ad andamento cronico con fasi di riacutizzazione e remissione della sintomatologia e che la maggior parte dei malati di mente avevano temporanei bisogni di cure e trattamento solo nelle fasi acute, per cui non c'era necessità di tutto l'apparato previsto da un moderno manicomio. La creazione di istituti ove indifferentemente erano custoditi i curabili e gli incurabili, dunque, significava istituzionalizzare non la cura ma la cronicizzazione della follia. Gli studi di Griesinger non solo contrastavano l'idea di separare i manicomi dal contesto urbano collocandoli in campagna, ma prospettavano un metodo di cura della patologia dell'alienato nel contesto sociale in cui si era manifestata, specie in quello urbano, mentre per la ineliminabile frangia dei malati cronici da istituzionalizzare ipotizzavano forme di assistenza libera da associare all'asilo chiuso, a programmi di colonizzazione dei folli cronici, quali l'affido dei malati a famiglie contadine o la loro collocazione in fattorie agricole⁴⁴.

Un'impostazione innovativa al problema della cura della follia era anche quella proposta da Emil Kraepelin il cui *Compendio di psichiatria*⁴⁵, costituiva un vademecum per orientarsi con nuovi criteri nell'intricato campo delle malattie mentali. Kraepelin ritiene inutile una classificazione delle malattie basata sul dato istologico e preferisce un criterio clinico che le classifichi in base ai sintomi e al decorso. Distingue le malattie mentali in curabili, in quanto provenienti da cause esterne, e incurabili, in quanto dovute a fattori innati sconosciuti, prospetta l'abolizione dei mezzi di contenzione e sostiene il modello anglosassone di *no-*

⁴¹ C. Lenza, *Da convento a villaggio: i manicomi del Mezzogiorno continentale tra progetti e realizzazioni*, in C. Ajroldi, M.A. Crippa, G. Doti, L. Guardamagna, C. Lenza, M.L. Neri, *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, cit., pp. 270-271.

⁴² C. Livi, *Vita del professor Guglielmo Griesinger*, in «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», 1869, p. 398.

⁴³ A. Verga, *Il manicomio e la famiglia*, «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», 1879, p. 235.

⁴⁴ F. De Peri, *Il medico e il folle*, pp. 1100-1112 e *ivi* i riferimenti testuali a W. Griesinger, *Über Irrenanstalten und deren weiter Entwicklung in Deutschland*, «Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten», 1867.

⁴⁵ E. Kraepelin, *Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti*, Milano, Vallardi, 1885.

*restraint*⁴⁶, in una visione della scienza psichiatrica che usciva dai problemi di mera gestione dei manicomi⁴⁷.

Le innovative idee della psichiatria tedesca avevano scosso dalle fondamenta la struttura monolitica del manicomio concepito sulla falsariga del modello proposto da Pinel ed Esquirol, ma riuscirono a incidere solo parzialmente sulle scelte di politica manicomiale del nostro Paese, ancora alle prese con la necessità di migliorare le condizioni disumane dei vecchi istituti che ospitavano gli alienati.

La perentoria necessità di dotare la Nazione di una rete di manicomi in grado di svolgere una funzione custodiale oltre che terapeutica, solo in alcuni casi riuscì a integrarsi con gli elementi dell'analisi griesingeriana e ancor meno con l'impostazione offerta da Kraepelin. Possono essere ricordate sotto tale profilo la trasformazione del manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia ad opera di Carlo Livi, che ne favorì il potenziamento secondo un tipo d'ospedale a padiglioni disseminati, la proposta di istituzione del "manicomio urbano per acuti", idoneo ad un impiego pronto ed efficace, come rifugio o asilo di osservazione che «poco o nulla doveva avere di comune con i tradizionali manicomi», del medico palermitano Fortunato Gilforti⁴⁸ e quella successiva dello psichiatra Giuseppe Antonini, direttore dell'istituto di Mombello, che mirava a collegare la strategia di istituzione dei luoghi di cura degli alienati ai problemi dello sviluppo della città (Milano), mediante la costruzione di una struttura urbana «per l'accettazione e la cura delle forme acute e prontamente sanabili»⁴⁹.

La concezione preminentemente custodiale degli asili per malati di mente, malgrado la miseria della realtà manicomiale e il fallimento dell'utopia sociale e scientifica pineliana, rimase fortemente radicata, oltre che tra i politici e i pubblici amministratori, anche tra gli specialisti delle scienze psichiatriche e neurologiche della Società freniatria italiana⁵⁰, come è agevole constatare dai lavori dei loro congressi, dal dibattito che ha accompagnato la difficile gestazione della legislazione psichiatrica nazionale, e in particolare dal contenuto della loro proposta di legge del 1875⁵¹ nella quale l'istituzione di un manicomio è ancora concepita sul doppio binario della cura della follia e del controllo degli aspetti antisociali che da questa derivano.

⁴⁶ M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi*, cit., p. 42, ricordano l'avversione degli psichiatri italiani della vecchia guardia nei riguardi delle idee "dirompenti" di Kraepelin.

⁴⁷ Sotto tale profilo cfr. V.P. Babini, *Liberi tutti*, pp. 20-23.

⁴⁸ F. Gilforti, *Sull'ammissione degli alienati e gli asili di osservazione*, «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», 1878, p. 32.

⁴⁹ G. Antonini, *L'evoluzione della tecnica e dell'organizzazione manicomiale*, «L'attualità medica», 1913, p. 14.

⁵⁰ Subito dopo l'Unità d'Italia, nel 1861, il dottor Biagio Gioacchino Miraglia, direttore del manicomio di Aversa, aveva fondato una *Società frenopatica italiana* che riuniva alcuni medici che si occupavano della follia come malattia della mente. La *Società freniatria italiana* viene fondata da Andrea Verga in occasione del congresso del 1873 di Roma. Tale denominazione è il frutto di una precisa scelta teorica, in quanto la radice greca *fren* (mente) esalta la disciplina come medicina delle malattie della mente e descrive una psichiatria somatica, di matrice positivista, che ne permette la naturale collocazione nell'ambito della scienza, diversamente dagli altri termini (psiche, anima, alienazione) che si rinvenivano nel dibattito in corso sulla natura e cause della malattia mentale. Sul punto cfr. M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia*, pp. 13 e 25. Cfr. anche E. Morselli, *Cento e più anni di conquiste della psichiatria*, «Quaderni di Psichiatria», VII, 1920, pp. 233 e ss.

⁵¹ *Progetto di regolamento per il servizio dei manicomi e dei mentecatti, in applicazione alla legge 20 marzo 1865*, «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», 1875, pp. 264 e ss.

Anche se non mancavano psichiatri dall'impostazione umanitaria portatori di una linea progressista della psichiatria non custodiale, né punitiva – come Silvio Venturi, che aveva messo in evidenza l'importanza di studiare il malato nei suoi rapporti con la società⁵², come Augusto Tamburini, che aveva prospettato la trasformazione della psichiatria come un servizio pubblico omogeneo impiantato su tutto il territorio⁵³ e come Sante De Sanctis che invitava gli psichiatri a incamminarsi nel solco della psichiatria sociale⁵⁴ – il pensiero psichiatrico di fine Ottocento, anche per l'effetto della cultura positivista dell'epoca, tende ad assumere una prospettiva strettamente organicistica nei confronti della malattia mentale, «che faceva sbiadire gli stessi rapporti tra follia e società, tra alienazione mentale e trasformazioni socio-economiche»⁵⁵.

Il binomio follia-pericolosità sociale, che ha caratterizzato il dibattito del lunghissimo *iter* della legislazione sui manicomi, durato oltre mezzo secolo con un susseguirsi di progetti e disegni di legge⁵⁶, ha segnato pesantemente la legge del 1904, la numero 36 del 14 febbraio.

La legge, che impone la custodia e cura delle persone affette da alienazione mentale quando siano pericolose per sé o altri o rechino pubblico scandalo, è costruita sulla base di criteri di pubblica sicurezza e fa della pericolosità sociale del malato il parametro classificatore dell'istituzione psichiatrica. Così che quello che doveva essere un momento fondamentale del processo di riforma e ammodernamento dei vecchi edifici e delle strutture in cui erano internati gli alienati diventa un momento di definitiva frattura tra società civile e istituzione psichiatrica e di totale esclusione del malato di mente povero dal contesto socio-familiare di riferimento⁵⁷.

L'enfatizzazione del concetto di pericolosità sociale, la visione tragica ed estremizzante della malattia mentale data dalla possibilità di ricovero definitivo e irreversibile, il ruolo preminente assunto dalle forze dell'ordine e dalla magistratura nel ricovero e nelle dimissioni degli alienati incidono sui caratteri della legge del 1904 «che appare non tanto una legge sanitaria, quanto una legge di polizia applicata alla scienza psichiatrica: una legge che finiva per trasformare le degenze in reclusione»⁵⁸.

Dopo la pubblicazione della legge gli psichiatri mostrarono tutta la loro insoddisfazione su versanti apparentemente opposti: da un lato lamentavano che la legge non riconosceva al direttore medico di un manicomio sufficiente autonomia di valutazione stante l'ingombrante presenza delle pubbliche autorità, «malgrado con la legge n. 36 la psichiatria italiana vedeva sancito il proprio dominio totale sulla follia»⁵⁹, dall'altro auspicavano che l'applicazione della

⁵² S. Venturi, *Le pazzie dell'uomo sociale*, Sandron, Milano-Palermo 1901.

⁵³ A. Tamburini, *La psichiatria come scienza sociale e come funzione di Stato*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1910, pp. 1015 e ss.

⁵⁴ S. De Sanctis, *La psichiatria contemporanea*, «Rivista d'Italia», 1902, pp. 898-908, in cui auspicava l'integrazione delle tecniche mediche con «una disciplina novissima: la profilassi sociale della pazzia».

⁵⁵ A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Milano, Franco Angeli, 1980, p. 12.

⁵⁶ Una ricostruzione analitica delle varie proposte di legge dal 1849 in poi è rinvenibile in R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia*, pp. 100-118. Sulla conclusione dell'*iter* parlamentare ha probabilmente inciso l'impatto sull'opinione pubblica del saggio di Edmondo De Amicis, *Nel giardino della follia*, pubblicato nel 1902 (riedito da ETS a Pisa, 1990), nel quale lo scrittore descrive, con un'emozione coinvolgente, la misera umanità e il profondo e cupo dolore riscontrato nei degenti del manicomio di Torino.

⁵⁷ Per un'analisi critica della legge 36 cfr. F. De Peri, *Il medico e il folle*, pp. 1129-1134; M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi*, cit., pp. 48-56; A. Valeriano, *Ammalò di testa*, pp. 29 e ss.

⁵⁸ *Ivi*, p. 30.

⁵⁹ V.P. Babini, *Liberi tutti*, p. 20.

legge fosse ispirata a un'impronta più umanitaria e attenta agli aspetti sociali, tanto che nel Congresso della Società freniatrica che si tenne l'anno successivo all'emanazione della legge fu approvato all'unanimità un ordine del giorno in cui si condannavano in modo netto i mezzi di contenzione meccanica (che la legge del 1904 non aveva inteso vietare) e si auspicava l'adozione di pratiche umanitarie virtuose, ispirate al criterio di non restrizione, già in uso, peraltro, in alcuni manicomi "d'avanguardia", quali quelli di Macerata, Lucca e Girifalco in Calabria⁶⁰.

La legge, inoltre, non teneva conto che nei manicomi italiani, oltre ai malati di mente pericolosi, già da anni erano ristretti mentecatti cronici innocui, pazienti non psichiatrici inguaribili, alcolisti, epilettici inoffensivi, idioti, soggetti deboli e marginali: per tutti costoro la legge non prevedeva più il ricovero nei pubblici manicomi e ciò avrebbe potuto porre seri problemi di gestione di questi soggetti se non si fosse provveduto con un provvedimento *ad hoc*.

Tutto ciò ha certamente influito sulle decisioni successive, se si considera che il secondo Regolamento di applicazione della legge 36, emanato nell'agosto del 1909 (il primo era del 1905), introduce innovazioni che appaiono in netto contrasto con l'ispirazione della legge (tanto che sarebbe lecito dubitare della sua legittimità). L'art. 6 del nuovo Regolamento, infatti, prevede la ricoverabilità in appositi reparti non solo dei soggetti pericolosi per sé e per l'ordine pubblico, ma anche dei «mentecatti cronici tranquilli, epilettici innocui, cretini, idioti, ed, in generale, individui colpiti da infermità mentale inguaribile, non pericolosi a sé o agli altri». È un passaggio di portata rilevante perché formalizza la trasformazione del manicomio in un luogo non più riservato a pazienti pericolosi con malattie psichiatriche vere e proprie, ma aperto all'accoglienza e alla detenzione dei soggetti marginali, inutili e irrecuperabili per la società, per i quali non erano disponibili altre offerte assistenziali e che erano per le famiglie un peso non sopportabile.

La prassi strisciante della trasformazione del manicomio in un deposito di "devianti" e "rifiuti umani" o, quanto meno, «in un ospizio per cronici poveri»⁶¹ riceveva in tal modo una consacrazione istituzionale e ciò, in un'epoca in cui non si distinguevano nettamente le malattie psichiche vere e proprie da forme psico-organiche di vario genere, contribuì a riempire ancor più i manicomi di dementi, alcolisti, ritardati, encefalitici, affetti da pellagra o malaria, sifilitici e di vecchi poveri, malati e senza assistenza, che vedevano nel manicomio un rifugio per i loro ultimi giorni di vita⁶².

Tutto ciò ha rafforzato ancor più la diffusa prassi di ridurre l'intervento psichiatrico a ottuso strumento di controllo, funzionale alla buona gestione del manicomio.

Questa prassi ha posto agli psichiatri italiani nuovi interrogativi sulla loro funzione di medici e di "attori sociali" e, nel contempo, li ha costretti a interrogarsi sull'influenza esercitata dalle dottrine positiviste della degenerazione e dell'atavismo sulla scienza psichiatrica e sul loro ruolo professionale.

⁶⁰ Sulla reazione della società psichiatrica alla legge 36 cfr. M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia*, p. 55, R. Canosa, *Storia del manicomio*, pp. 117-118, il quale riferisce delle più significative censure mosse da Augusto Tamburini e Eugenio Tanzi, nonché F. De Peri, *Il medico e il folle*, pp. 1132-1133.

⁶¹ M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi*, p. 52.

⁶² *Ivi*, pp. 51 e ss.; gli Autori ritengono che dopo il 1909 solo il 30 per cento dei ricoverati abbia una diagnosi di malattia mentale vera e propria.

L'influenza della dottrina lombrosiana: atavismo, degenerazione e malattia mentale.

La psichiatria italiana a cavallo tra i due secoli si è incrociata con la stagione del positivismo e con la prorompente produzione “scientifica” di Cesare Lombroso, che sviluppa e porta alle estreme conseguenze alcune intuizioni dei suoi “precursori”⁶³, in particolare Franz Joseph Gall e Bénédict Augustin Morel.

Il primo, creatore del termine frenologia, aveva introdotto nello studio della malattia mentale l'attenzione alla relazione tra corpo e mente, ipotizzando un rapporto fra configurazione della scatola cranica, massa cerebrale e qualità mentali. Gall aveva localizzato ventisette facoltà cerebrali fondamentali in diverse aree del cranio, alcune delle quali erano più sviluppate negli esseri umani più evoluti, altre invece erano caratteristiche dei mammiferi inferiori, del selvaggio e dell'uomo primitivo. Rilevando che queste erano tipiche anche del criminale, aveva introdotto un elemento decisivo per lo sviluppo del pensiero ottocentesco sui criminali: leggere il corpo del criminale per riconoscere ragioni e cause del suo comportamento⁶⁴.

Al secondo va attribuita la teoria della “degenerazione”, concetto riferito alle malattie mentali costituite da tare ereditarie che si tramandano e peggiorano nelle generazioni successive fino all'estinzione per sterilità dell'ultimo della stirpe⁶⁵. Secondo Morel, «degenerazione e deviazione dal tipo normale di umanità sono la stessa e identica cosa»⁶⁶ e i segni corporei della degenerazione, quali l'attaccamento del lobo dell'orecchio alla guancia, i difetti del palato, il polidattilismo, il mancinismo e altre malformazioni congenite erano i segni precoci della maledizione che si sarebbe manifestata nelle successive generazioni. Esempi di fenomeni degenerativi erano la malattia mentale, l'idiozia, la pellagra; anche «la criminalità, i difetti morali, l'inefficienza militare appartenevano tutte ad una stessa categoria» e la degenerazione, «che costituisce uno stato di malattia», poteva evidenziarsi «non solo in singoli individui ma in interi popoli incivili e nelle razze inevitabilmente votate alla distruzione»⁶⁷.

Lombroso è debitore nei confronti di entrambi, come rileva Mary Gibson: dal primo «riprende la pratica dell'esame del cranio alla ricerca di caratteristiche fisiche abnormi, basata sull'assunto che i tratti anatomici esteriori sono segno dello sviluppo psicologico interiore»; dal secondo attinge «il concetto generale secondo il quale la patologia – in particolare le malattie sociali come l'alcolismo, la sifilide, la tubercolosi – può essere causa di degenerazione fisica e morale in persone altrimenti normali»⁶⁸.

⁶³ G. Antonini, *I precursori di C. Lombroso*, Torino, F.lli Bocca, 1900.

⁶⁴ L'opera più ampia di Gall è *Anatomie et physiologie du système nerveux en général e di cerveau en particulier*, Parigi 1810-1812, 2 voll., scritta insieme all'allievo G Spurzheim. Cfr. i riferimenti in R. Villa, *Scienza medica e criminalità nell'Italia unita*, in F. Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina*, in *Storia d'Italia, annali*, 7, cit., pp. 1145-1153.

⁶⁵ B.A. Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Bailliére, Parigi 1857; Id., *Traité des maladies mentales*, Bailliére, Parigi 1860.

⁶⁶ Idem, *Traité des dégénérescence*, p. 5.

⁶⁷ B.M. Assael, G. Avanzini, *Il male dell'anima. L'epilessia fra '800 e '900*, Bari, Laterza, 1977, pp. 41- 43, i quali sottolineano le espressioni usate da Morel e mettono in risalto che la dottrina della degenerazione è stata accolta e sviluppata da quasi tutta la psichiatria italiana e non solo dal Lombroso.

⁶⁸ M. Gibson, *Nati per il crimine. Cesare Lombroso e le origini della criminologia biologica*, Udine-Milano, Bruno Mondadori, 2004, p. 22. A. La Vergata, *Lombroso e la degenerazione*, in S. Montaldo (a cura di), *Cesare Lombroso, gli scienziati e la nuova Italia*, Bologna, il Mulino, 2010, pp. 55 e ss. sostiene che Lombroso usa atavismo e degenerazione senza chiaramente distinguerli per cui «il vero concetto unificante finì per essere l'epilessia», p. 72.

È solo un mito, pertanto, che l’atavismo e l’antropologia criminale fossero nati, d’un colpo, dalla scoperta nel cranio di un certo Giuseppe Villella, un contadino calabrese morto nell’ospedale di Pavia, di una fossetta occipitale mediana alla base del cranio e sotto di essa un segmento dilatato del midollo spinale, che mancavano nei mammiferi evoluti e che erano la caratteristica di tipi inferiori di scimmie, roditori, uccelli e di alcune razze inferiori della Bolivia e del Perù. Mito abilmente alimentato dallo stesso Lombroso, il quale già in una lettera alla fidanzata aveva annunciato enfaticamente di «avere steso un parallelo tra l’uomo alienato, l’uomo preistorico, il selvaggio e il nostro»⁶⁹, e alcuni anni dopo, aveva ricordato l’episodio scrivendo, con il tono di chi era stato protagonista di un evento destinato a restare nella storia, che

in una grigia e fredda mattina del dicembre 1870 anatomizzando il cranio del brigante Villella vi trovai tutta una lunga serie di anomalie ataviche [...] alla vista di quel cranio che fin da quel giorno divenne per me il *totem*, il feticcio dell’antropologia criminale [...] mi apparve tutto ad un tratto, come una larga pianura sotto un infiammato orizzonte, risolto il problema della natura del delinquente, che dovea riprodurre cioè ai nostri tempi i caratteri dell’uomo primitivo giù fino ai carnivori⁷⁰.

Gli studiosi che si sono soffermati sulla biografia intellettuale di Lombroso hanno messo in risalto le incongruenze del suo racconto e le contraddizioni sulle date, sulla conformazione specifica del cranio del Villella, apoditticamente definito “brigante” senza alcuna indicazione dei crimini commessi, tanto da far ritenere che il Lombroso non sapesse quasi nulla di quell’uomo e avesse inventato o abbellito la storia del cranio per porre un evento “storico” a fonte e fondamento della nuova disciplina dell’antropologia criminale⁷¹.

Non a caso, Lombroso fin dai primi anni della sua “scoperta” fu criticato perché manipolava i dati per adattarli a teorie preconcepite, per l’assenza di gruppi di controllo, per la rozzezza delle sue statistiche, per il numero delle osservazioni, a volte ridotto a poche unità, e perché la sua “norma” era estremamente generica e volutamente nebulosa⁷².

La teoria dell’atavismo e la criminologia biologica, in base alle quali i comportamenti bizzarri sia dell’uomo folle che del delinquente sono riconducibili a caratteri tipici dell’uomo primitivo e alla presenza di specifici geni che danno luogo al comportamento deviante, desumibili da tratti somatici caratteristici rinvenibili nei selvaggi primitivi, sono, quindi, il frutto di spunti che arrivavano dai precursori e del progressivo arricchimento e adattamento

⁶⁹ Lettera alla fidanzata del primo gennaio 1870, citata da Gina Lombroso, *Cesare Lombroso. Storia della vita e delle opere*, Bologna, Zanichelli, 1921², p. 135. M. Gibson, *Nati per il crimine*, pp. 301 e ss., ricorda il ruolo decisivo avuto dalla famiglia, e della figlia Gina in particolare, nella difesa dell’attualità della dottrina positivista e dell’antropologia criminale anche dopo la morte del Lombroso.

⁷⁰ C. Lombroso, *Come nacque e crebbe l’antropologia criminale*, in Aa.Vv. *Ricerche di psichiatria e neurologia, antropologia e filosofia dedicate al prof. Enrico Morselli nel XXV anno del suo insegnamento universitario*, Milano, Vallardi, 1907, p. 502. Cfr. ampi riferimenti in D. Palano, *Delinquenti nati, mattoidi, folli morali: figure di un nuovo immaginario*, in Id. (a cura di), *Cesare Lombroso. Scritti per il «Corriere» 1884-1908*, Milano, Fondazione Corriere della Sera, 2014, pp. 35-40.

⁷¹ R. Villa, *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell’antropologia criminale*, FrancoAngeli, Milano 1985, pp. 148-150; cfr. M. Gibson, *Nati per il crimine*, pp. 21-22. Sulla vicenda del cranio di Villella cfr. anche M.T. Milicia, *Lombroso e il brigante. Storia di un cranio conteso*, Roma, Salerno Editrice, 2014, in cui si tende a escludere che fosse stato il Lombroso a effettuare l’autopsia.

⁷² R. Villa, *Scienza medica e criminalità nell’Italia unita*, cit., p. 1157.

dell'idea iniziale, secondo una strategia, spesso adottata dal Lombroso, «consistente nel modificare le teorie in risposta alle critiche»⁷³.

Lo dimostra anche l'evoluzione della sua opera più importante, *L'uomo delinquente*, la cui prima edizione del 1876 era di appena 250 pagine, mentre la quinta e ultima edizione del 1897 è di circa duemila pagine⁷⁴.

Nella prima stesura Lombroso elabora la teoria dell'atavismo, inteso come il riapparire di caratteri ancestrali nei discendenti, e rileva che molti dei caratteri morfologici che presentano gli uomini selvaggi e le razze colorate ricorrono spessissimo anche nei delinquenti abituali, dei quali elenca i caratteri somatici che li distinguono dagli individui “sani” (cranio piccolo e deforme, fronte sfuggente, naso ricurvo, orecchie grandi, pelle, occhi e capelli scuri, mascella sporgente) e che sono il segno di un'ottusità morale interiore. Nella seconda edizione approfondisce il concetto di delinquente abituale, tratteggia i caratteri della follia morale – forma di malattia mentale consistente in una perversione patologica dei sentimenti, affetti, abitudini a volte coesistente con un apparente e pieno possesso delle facoltà mentali – e abbozza la distinzione tra il delinquente per passione e il delinquente pazzo, assumendo che alcuni delinquenti e i pazzi hanno in comune molti tratti anatomici e biologici anormali. Per costoro sarebbe stato necessario un trattamento specifico, diverso da quello riservato al delinquente sano, e in quanto malati avrebbero dovuto essere rinchiusi in manicomi giudiziari, non nelle carceri.

Si può dire che è da questo momento che nasce, in contrapposizione con la Scuola classica che ha in Francesco Carrara la personalità di spicco, la “Scuola positiva”, che fa leva sulla ritenuta scientificità del metodo adottato da Lombroso e che sul piano del diritto penale sposta l'attenzione dal delitto all'uomo che delinque, considerato nelle sue anomalie biologiche e psichiche, con l'obiettivo della “difesa sociale” che, basata sui presupposti lombrosiani, diventa una «necessità oggettiva legata al determinismo biologico»⁷⁵.

Nell'edizione successiva Lombroso amplia e arricchisce di distinzioni la categoria del delinquente pazzo e introduce il concetto di degenerazione, sostenendo che i caratteri degenerativi possono essere atavici di tipo morfologico e funzionale ovvero fenomeni patologici derivanti da un ambiente che li causa. Ciò gli permette una più chiara distinzione tra il delinquente nato (per il quale Lombroso non vede possibilità di emenda e cura e prevede rimedi radicali, come la segregazione a vita o anche la pena di morte) dal delinquente occasionale, nei confronti del quale ha un atteggiamento morbido e liberale, suggerendo ai tribunali di favorire gli arresti domiciliari, la sorveglianza di polizia, la sospensione della sentenza e la libertà condizionale⁷⁶.

Nelle ultime due edizioni Lombroso tenta di fornire un'ipotesi unitaria del crimine saldando il carattere morboso e atavico del delitto con una causa che risiede nella profondità del meccanismo cerebrale, allorché un corto circuito ne altera il regolare svolgimento e modifica i processi profondi dell'ideazione psichica: l'epilessia. Che per Lombroso non è soltanto una malattia, bensì la rottura dell'equilibrio dell'evoluzione umana, uno stato

⁷³ M. Gibson, *Nati per il crimine*, p. 300.

⁷⁴ La quinta edizione, con il titolo *L'uomo delinquente studiato in rapporto all'antropologia, alla medicina legale ed alle discipline carcerarie*, con i rimandi alle precedenti, è stata di recente pubblicata da Bompiani, Milano 2014.

⁷⁵ R. Villa, *Scienza medica e criminalità*, p. 1159.

⁷⁶ M. Gibson, *Nati per il crimine*, pp. 34-35, osserva che la Scuola positiva fin dall'origine aveva tanto un approccio conservatore che liberale alla criminalità e, quindi, era più sfaccettata di quanto non si tenda a credere, anche se è nota soprattutto per la sua impostazione “dura” verso i delinquenti nati.

morboso che gli consente «di spiegare in modo apparentemente unitario tutti quei fenomeni di devianza che avevano costituito una parte non secondaria della ricerca lombrosiana»⁷⁷.

L'enorme successo, anche internazionale, de *L'Uomo delinquente* ha determinato la fortuna di un'opera che Lombroso aveva scritto qualche anno prima, *Genio e follia*⁷⁸, sostanzialmente un insieme di ritratti caratteristici diretti a dimostrare che anche la genialità non fosse altro che una variante della pazzia. Anche in questo caso Lombroso precisa il suo pensiero nel corso delle varie edizioni, via via arricchite di nuove pagine, e giunge a «unificare genio, delinquenza e follia, considerandoli manifestazione dell'epilessia primaria»⁷⁹.

La continua evoluzione della definizione di delinquente nato fino alla proposizione di una teoria multi-causale del crimine, senza aver mai ripudiato l'atavismo, e i molteplici versanti dei nessi che legano nelle sue teorie psichiatria e criminologia sono alla base della complessità del pensiero di Lombroso, il quale è ancora oggi una figura storica controversa da studiare anche se le sue teorie criminologiche sono ben lungi dall'essere accettate⁸⁰.

Lombroso ha ricevuto consistenti critiche già fin dalle prime formulazioni del suo pensiero; basti ricordare le decise contestazioni degli studiosi riuniti nel II Congresso di Antropologia criminale tenuto a Parigi nel 1889⁸¹; la vivace polemica di Emil Kraepelin, il quale aveva preso le distanze dalle teorie dell'atavismo, rifiutando l'accostamento tra delinquente e selvaggio, nonché dal concetto di follia morale nel quale si confondevano delinquenza e follia, che egli considerava nettamente distinte⁸².

Anche Eugenio Tanzi nel 1905 gli contestò che «non ogni diatesi che conduca alle psicosi o al delirio ha necessariamente il significato della degenerazione psichica» e, criticò severamente il legame tra degenerazione ed epilessia, aggiungendo che «fra le cause di pazzia le esterne agiscono assai più largamente delle interne»⁸³. Radicali furono anche le critiche di Freud, in particolare in riferimento alle teorie sull'epilessia; nel saggio su Dostoevskij e il parricidio, rimproverò a Lombroso di «avere semplicemente sbagliato diagnosi» e che i suoi epilettici altro non erano che degli isterici e, rifiutando l'idea dell'unità clinica dell'epilessia, affermò che «la cosiddetta epilessia fosse soltanto un sintomo della nevrosi»⁸⁴.

Tuttavia è innegabile la forte influenza del Lombroso e della dottrina della degenerazione di Morel sulla psichiatria italiana⁸⁵, come dimostrano importanti studi di Enrico Morselli⁸⁶ e

⁷⁷ R. Villa, *Scienza medica*, p. 1164.

⁷⁸ C. Lombroso, *Genio e follia*, Milano, Giuseppe Chiusi editore, 1864.

⁷⁹ M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi*, p. 33.

⁸⁰ M. Gibson, *La criminologia prima e dopo Lombroso*, in S. Montaldo (a cura di), *Cesare Lombroso. Gli scienziati e la nuova Italia*, Bologna, il Mulino, 2010, p. 18, un volume che riprende gli Atti del Convegno internazionale tenuto a Torino nel 2009, in occasione del centenario della morte di Lombroso.

⁸¹ Vi fa cenno M. Gibson, *Nati per il crimine*, p. 352, la quale ricorda le dure critiche della “scuola francese” guidata da Alexandre Lacassagne.

⁸² In merito a tali temi cfr. E. Kraepelin, *La colpa e la pena*, Dumolard, Milano 1883, e la sua recensione critica a *L'uomo delinquente* del 1885 cui fanno riferimento M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi*, p. 35.

⁸³ E. Tanzi, *Trattato sulle malattie mentali*, Milano, Società Editrice Libreria, 1905, pp. 50-51 e 56. Nella terza edizione del Trattato, scritta insieme al suo allievo Ernesto Lugaro, Tanzi sottolinea «che è certo che l'interpretazione atavica non è applicabile che ad una esigua minoranza delle anomalie degenerative», p. 114.

⁸⁴ S. Freud, *Dostoevskij e il parricidio*, in Id. *Opere*, Vol. X, Torino, Boringhieri, 1978, p. 523.

⁸⁵ Su tale influenza cfr. B.M. Assael, G. Avanzi, *Il male dell'anima. L'epilessia tra '800 e '900*, pp. 40-47.

⁸⁶ E. Morselli, *Manuale di semeiotica nelle malattie mentali*, Milano, Vallardi, 1894.

Augusto Tamburini⁸⁷, la ricerca sull'epilessia di Silvio Tonnini⁸⁸, che ha diretto per tre anni il manicomio di Girifalco, e il gran numero di freniatri, che si dotavano delle complicate apparecchiature per il rilievo dei dati somatici alla ricerca delle asimmetrie corporee considerate stimate di quella psichica, i “misuratori di crani”, come venivano polemicamente chiamati psichiatri e antropologi positivisti, anche se è altrettanto innegabile che «sul piano effettivamente diagnostico il suo influsso fu notevolmente limitato»⁸⁹.

L'approccio innovativo alla questione criminale ebbe fortuna soprattutto presso la borghesia del giovane Stato italiano, per ragioni storiche e sociali ben messe in evidenza da Mary Gibson, secondo la quale Lombroso offrì un criterio apparentemente oggettivo per identificare i nemici – ad esempio i briganti, gli anarchici, i componenti delle “classi pericolose” delle città ed etichettarli come criminali nati. Per l'Italia e per molte altre nazioni impegnate a costruire una nuova identità liberale, il delinquente nato rappresentò l'immagine negativa dell'uomo onesto, dell'individuo “normale” che possedeva pienamente il diritto alla cittadinanza⁹⁰.

Sotto il profilo strettamente psichiatrico le tesi lombrosiane inseriscono il malato di mente in un'area indefinita di alterazione organica, secondo la teoria della degenerazione, e trasformano la malattia mentale in una devianza che la società può controllare solo con il manicomio, chiamato a supplire alle funzioni razionali che mancano all'alienato, per cui, preso atto che la malattia mentale è una questione di nascita, essa è imm modificabile, essendo la causa genetica, e la cura viene sostituita dal ritorno alla segregazione e al controllo, con buona pace di Pinel⁹¹.

Il messaggio di Lombroso, anche se non sempre accolto sul piano teorico, ha lasciato tracce evidenti per diverso tempo; non è un caso, infatti, che la funzione custodiale del manicomio era ben lungi dall'essere abbandonata e che tutte le cartelle cliniche dei ricoverati in ogni manicomio, anche in quelli che adottavano sistemi curativi più aperti, erano dotate da modulari prestampati nei quali inserire i dati antropometrici (relativi al cranio, alla fronte, agli zigomi, le orecchie ecc.) degli ammalati.

L'atavismo e la scuola positiva hanno avuto un ruolo di primo piano in un momento storico in cui anche in Italia, a cavallo dei due secoli, si affacciavano velleità coloniali ed esplose la questione meridionale, alla quale nelle opere degli antropologi criminali veniva collegato il tema della razza.

Le idee di Lombroso, che nel 1871 aveva pubblicato un libretto sulle razze umane⁹², e le tesi radicate sulla dottrina della degenerazione di alcuni intellettuali positivisti, quali Giuseppe Sergi⁹³ e Alfredo Niceforo⁹⁴, contribuirono non poco alla costruzione del «romanzo

⁸⁷ E. Morselli, A. Tamburini, *Contributo allo studio sperimentale delle degenerazioni fisiche e morali dell'uomo. I. Idiotti*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 1875.

⁸⁸ S. Tonnini, *Le epilessie in rapporto alla degenerazione*, Torino, F.lli Bocca, 1891.

⁸⁹ R. Villa, *Scienza medica*, p. 1168.

⁹⁰ M. Gibson, *La criminologia prima e dopo Lombroso*, in S. Montaldo (a cura di), *Cesare Lombroso, gli scienziati e la nuova Italia*, p. 17. Sull'influenza delle idee di Lombroso sugli studi psichiatrici italiani e sulla formulazione dei codici penali Zanardelli del 1899 e Rocco del 1930, cfr. M. Gibson, *Forensic psychiatry and the birth of the criminal insane asylum in modern Italy*, «International Journal of Law and Psychiatry», n. 37, 2014, pp. 118 e ss. e anche F. Rotondo, *Un dibattito per l'egemonia. La perizia medico legale nel processo penale italiano di fine Ottocento*, «Rechtsgeschichte», XII, 2008, 3, pp. 139-173.

⁹¹ M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria e psicoterapia in Italia*, p. 37.

⁹² C. Lombroso, *L'uomo bianco e l'uomo di colore. Lettere sull'origine e sulla varietà delle razze umane*, F. Sacchetto editore, Padova 1871.

⁹³ G. Sergi, *Le degenerazioni umane*, Dumolard, Milano, 1889.

antropologico dell'«inferiorità meridionale»⁹⁵, in cui il tema della razza era al centro del concetto di «devianza meridionale» e il Sud veniva rappresentato come «un vero e proprio atavismo sociale»⁹⁶.

È un argomento sul quale conviene soffermarsi in una ricerca sul primo e unico manicomio calabrese dell'epoca, anche perché la Calabria e i calabresi hanno avuto peso non indifferente nella formazione del pensiero lombrosiano.

L'antropologia positivista e la “razza delinquente”: le considerazioni “scientifiche” sul costituzionalismo degenerativo dei calabresi (dal cranio di Villella al brigante Musolino; il caso Misdea)

Nella metà degli anni Novanta dell'Ottocento il giovane allievo di Enrico Ferri, Alfredo Niceforo, attraversa la Sardegna alla ricerca di dati antropologici per conto della Società romana di antropologia e della Società geografica italiana. Memore della lezione di Lombroso, che ne *L'uomo delinquente* aveva collocato la Sardegna tra le province “ultradolicocefale”, ossia abitate da una popolazione provvista da cranio piccolo nel quale non poteva essere contenuto altro che un cervello inferiore, e riprendendo la classificazione delle razze elaborata dal Sergi⁹⁷ in base alle misure e alle forme dei crani, nel libro che racchiude l'esperienza di quel viaggio, *La delinquenza in Sardegna*, dopo aver esposto le statistiche su omicidi, sequestri di persona, estorsioni, rapine, particolarmente accentuati nel nuorese, individua una serie di cause storiche e sociali che avevano procurato una sorta di tara ereditaria, un carattere direttamente connesso alla struttura del corpo e del cervello e afferma che «il predominio del delitto in alcuni paesi è certo dipendente, in gran parte dalle razze»⁹⁸.

È la prima esposizione della tesi della “razza delinquente” che il Niceforo riaffermerà e svilupperà negli scritti successivi relativi a tutto il Meridione⁹⁹. Dopo aver messo in risalto che l'Italia era una sola politicamente, ma che la popolazione presentava diverse colorazioni morali e antropologiche, tanto da sottolineare l'esistenza di un'Italia del Nord che si presentava con la fisionomia di una civiltà maggiormente diffusa, e «l'altra quella del Sud con una struttura morale e sociale che rammenta tempi primitivi e fors'anco quasi barbari», spiega che

Questa diversità è anche fisica perché l'Italia è formata da due stirpi ben dissimili tra loro, anzi di caratteri fisici e psicologici del tutto diversi; una di queste stirpi popola il nord e il centro, l'altra il sud e le isole: differenza di razza questa che influisce senza dubbio a marcare la differenza tra le due Italie [...] L'antropologia ci ha rivelato in questi ultimi tempi che la composizione etnica della popolazione italiana è formata da due grandi elementi: *ari* al nord, *mediterranei* al sud; elementi che variano

⁹⁴ A. Niceforo, *La delinquenza in Sardegna*, Sandron, Milano-Palermo 1897, Id., *L'Italia barbara contemporanea*, Palermo-Milano, Sandron, 1898.

⁹⁵ Cfr. V. Teti, *La razza maledetta. Origini del pregiudizio antimeridionale*, Manifestolibri, Roma 2011², e ivi diversi brani antologici di alcuni protagonisti del dibattito sulla questione meridionale a cavallo tra i due secoli, ciascuno corredato da puntuali analisi critiche.

⁹⁶ A. Niceforo, *L'Italia barbara contemporanea*, p. 14.

⁹⁷ G. Sergi, *Origine e diffusione della stirpe mediterranea. Introduzioni antropologiche*, Roma, Società editrice Dante Alighieri, 1895; Idem, *Arii e Italici. Attorno all'Italia preistorica*, F.lli Bocca, Torino 1898; Idem, *Le degenerazioni umane*.

⁹⁸ A. Niceforo, *La delinquenza in Sardegna*, p. 30.

⁹⁹ Idem, *L'Italia barbara contemporanea* e Idem, *Italiani del Nord e Italiani del Sud*, F.lli Bocca, Torino 1901.

grandemente tra loro tanto per opposti e veramente antitetici caratteri fisici quanto per dissimili caratteri psicologici¹⁰⁰.

Attraverso una terminologia monotonamente insistente sui caratteri “barbari”, “selvaggi”, “degenerati” delle popolazioni del Sud¹⁰¹, Niceforo descrive un quadro di inferiorità sociale e morale del Mezzogiorno collegata al decadimento e alla degenerazione di una razza, che in passato aveva espresso un’alta civiltà e che ora presentava i segni somatici del decadimento (crani dolicocefali e non brachicefali come quelle delle popolazioni del nord, forma delle arcate sopracciliari, degli zigomi, della mascella ecc.). Non mancano in Niceforo, come in tutti gli autori della Scuola positiva, i riferimenti alle condizioni economiche, sociali e ambientali come ulteriori cause dell’inferiorità del Sud, ma questi riferimenti rappresentano un «tributo pagato al socialismo» professato dal Niceforo, che poco si concilia con il contesto della teoria della razza che caratterizza le sue opere¹⁰².

Naturalmente le tesi dell’inferiorità del Sud sollevarono una vasta discussione e la reazione dei meridionalisti dell’epoca, di Napoleone Colajanni in particolare, che ribadendo la necessità di spiegare l’arretratezza del Sud e i fenomeni di criminalità con ragioni storiche e sociali, con sprezzante ironia stigmatizza le tesi razziste dei “romanzi antropologici”¹⁰³ di Niceforo e dei positivisti. Convinto che i teorici della razza fossero come i fautori della schiavitù ai tempi di Aristotele, certi che gli uomini fossero liberi o schiavi “per loro intima natura”, Colajanni giunge a parlare di “impudenza” di quanti parlavano della inferiorità delle razze del Mezzogiorno e, rifiutando la proposizione chiave dell’analisi positivista, ossia la corrispondenza fra i caratteri anatomici e i caratteri psichici¹⁰⁴, polemizza contro «la scuola che si dice positiva ed è solamente metafisica, la quale vorrebbe condannare metà dell’Italia ad una fatale e perpetua inferiorità»¹⁰⁵.

Nello scontro dialettico che ne seguì intervenne anche il Lombroso che, in un articolo apparso sul «Corriere della Sera»¹⁰⁶ polemizzò contro coloro che utilizzando gli «eterni cliché dell’educazione ed istruzione, ambiente e miseria [...] se la pigliano contro uno dei più giovani ma più promettenti pensatori nostri, il Niceforo [...] perché nell’indagare sulla delinquenza insiste sull’influenza della razza, chiedendosi retoricamente, dopo aver richiamato alcuni episodi delittuosi in zone ad alta criminalità, “qual altra causa, se non quella della razza può addursi?»

¹⁰⁰ Idem, *L’Italia barbara contemporanea*, pp. 287-288, distinzione ripresa in Idem, *Italiani del Nord*, pp. 11 e ss.

¹⁰¹ Mette in risalto questo aspetto, V. Teti, *La razza maledetta*, pp. 56-58.

¹⁰² *Ivi*, p. 57 in cui l’Autore riprende il giudizio di L. Salvatori, *Il mito del buongoverno. La questione meridionale da Cavour a Gramsci*, Torino, Einaudi, 1960, pp. 192-195.

¹⁰³ N. Colajanni, *Per la razza maledetta*, Milano-Palermo, Sandron, 1898, p. 18. Nella polemica il Colajanni contesta anche nello specifico le conclusioni del Niceforo fondate sui dati antropometrici, facendo riferimento alla grande inchiesta del capitano R. Livi, *Antropometria militare. Risultati ottenuti dallo spoglio dei fogli sanitari dei militari delle classi 1859-1863 eseguito dall’Ispettorato di Sanità militare per ordine del Ministero della guerra. Parte I: Dati antropologici ed etnologici*, «Giornale Medico del Regio Esercito», Roma 1896, che non permetteva di giungere alle conclusioni razziste del Niceforo, anche se quest’ultimo ne aveva dato un’interpretazione opposta; sul punto cfr. B. Farolfi, *Antropologia militare e antropologia della devianza*, in F. Della Peruta (a cura di), *Malattia e medicina*, in *Storia d’Italia, Annali*, 7, pp. 1201-1210.

¹⁰⁴ Su questo aspetto delle critiche di Colajanni, cfr. M. Gibson, *Nati per il crimine*, p. 159.

¹⁰⁵ N. Colajanni, *Settentrionali e meridionali. Agli italiani del Mezzogiorno*, Sandron, Milano-Palermo 1898, p. 30

¹⁰⁶ C. Lombroso, *Razze e criminalità in Italia*, «Corriere della Sera», 29-30 ottobre 1897.

Se oggi appare chiaro che molte delle teorie positiviste erano nient'altro che pregiudizi antropologici, non deve essere trascurata l'influenza che le stesse hanno avuto, nell'ultimo ventennio dell'Ottocento e fino alla Grande Guerra, sugli intellettuali, sui ceti borghesi e, in parte, anche sulle istituzioni¹⁰⁷. Ciò vale soprattutto per la Calabria, luogo simbolo dell'arretratezza sociale, culturale e anche biologica; terra di briganti, delinquenti, epilettici convulsionari nella quale le tare ataviche di una razza inferiore si coniugavano «al destino di tre legati ereditari: le frane, la malaria e i terremoti»¹⁰⁸. Questa concezione, del resto, non era molto lontana dalla diffusa convinzione che i problemi e l'intera storia del Mezzogiorno non fossero altro che un «epifenomeno della sua instabile geologia», come rileva un interessante studio sul terremoto del 1908¹⁰⁹ in cui si ricordano le parole di Ugo Ojetti, che invitava a non cercare nella storia delle varie dominazioni l'origine dei mali del Sud perché

La verità è più profonda e più durevole di un re o d'una legge, è nella stessa natura della terra che ha espresso quel popolo e ogni anno o ogni secolo (è la stessa cosa) lo sconvolge, lo contorce, lo abbatte, lo decima, lo impazzisce di terrore o lo deforma¹¹⁰.

Le pulsioni positiviste e lombrosiane influenzano non poco anche medici non portatori di una psichiatria esclusivamente custodiale, come Romano Pellegrini, direttore del manicomio di Girifalco, il quale, rilevando che le statistiche relative alle tipologie delle malattie mentali dei ricoverati collocavano al primo posto 'le pazzie epilettiche' giunge a sostenere che queste sono

forme derivate per eccellenza da degenerazione familiare che si connettono così strettamente alle pulsioni in varia misura sparse tra la popolazione [...] e che [...] Il popolo calabrese è convulsionario come la terra che egli calpesta¹¹¹.

Il costituzionalismo degenerativo, ereditario, di derivazione lombrosiana viene in tal modo esteso all'intero universo antropologico calabrese e l'epilessia viene considerata come «il prodotto spontaneo di una razza che porta iscritta nella matrice biologica profonda e nell'inquieta abissalità geologica, le ragioni della malattia clinica e del male morale»¹¹².

La ricerca dell'influenza del pensiero positivista e dell'opera di Lombroso sulla psichiatria a cavallo dei due secoli non può prescindere dal rilievo che ha assunto lo studio delle popolazioni meridionali e dei calabresi in particolare.

Lombroso conosceva bene la Calabria perché quale medico di Battaglione di prima classe era stato mandato per tre mesi, nel 1862, nella regione per partecipare alla repressione del

¹⁰⁷ A. Paparazzo, *I subalterni calabresi tra rimpianto e trasgressione. La Calabria dal brigantaggio post-unitario all'età giolittiana*, Milano, FrancoAngeli, 1984, p. 110, rileva che «la magistratura calabrese recepisce con molta solerzia le nuove teorie positivistiche sull'inferiorità della razza, in alcuni casi, anzi le anticipa». V. Teti, *op. cit.*, pp. 74-80, si sofferma «sull'inquietante successo del "romanzo antropologico"».

¹⁰⁸ Espressione di Umberto Zanotti-Bianco citata da P. Amato, *Zanotti-Bianco e l'associazionismo democratico nel Mezzogiorno*, in Idem (a cura di), *Umberto Zanotti-Bianco meridionalista militante*, Venezia, Marsilio, 1981, p. 4.

¹⁰⁹ J. Dikie, *Una catastrofe patriottica. 1908: il terremoto di Messina*, Roma-Bari, Laterza, 2008, pp. 129-130.

¹¹⁰ U. Ojetti, *I morti e noi*, «Corriere della Sera», 11 gennaio 1909.

¹¹¹ R. Pellegrini, *Il manicomio di Girifalco e la Pazzia nella Provincia di Catanzaro*, Catanzaro, Tip. Asturi, 1907, p. 130.

¹¹² S.F. Inglese, *Razza tellurica, razza criminale: il carattere calabrese nella mitografia scientifica della prima metà del Novecento*, «Dedalus», gennaio-giugno 1990, n. 4, p. 120. Analoghi rilievi critici son mossi da V. Teti, *La razza maledetta*, pp. 78-79.

brigantaggio. In quell'occasione visita molte località e rimane colpito dalle condizioni igieniche, economiche e sociali della popolazione calabrese. Racconta la sua esperienza in un articolo sulla «Rivista Contemporanea» e in un volumetto¹¹³, che poi ripubblica trentacinque anni dopo, con l'aggiunta di alcune considerazioni del dott. Giuseppe Pelaggi, nel pieno della polemica sulla “inferiorità” delle razze meridionali¹¹⁴.

Già in questo opuscolo traspare l'impostazione scientifica volta a identificare le razze attraverso i dati antropometrici. Lombroso individua nei calabresi i tipi “semitici”, con cranio allungato, sopracciglia congiunte, naso ricurvo, occhi neri e i “greco-romani”, brachicefali, fronte alta e ampia, naso aquilino e occhi vivaci; descrive i costumi, l'igiene, le patologie dei popoli calabresi; lega la “criminalità barbarica” riscontrata nella regione a componenti razziali, ma non trascura di denunciare lo stato di miseria in cui da secoli viveva la popolazione e conclude, dando sfogo alle sue idee socialiste, con la denuncia che l'Unità d'Italia avesse finito con l'imprimere un regresso alla società calabrese.

Le teorie di Lombroso non si diffusero soltanto tra i criminologi o gli psichiatri; ebbero risonanza anche nell'opinione pubblica grazie all'attenzione della stampa ad alcuni casi giudiziari clamorosi riguardanti delinquenti calabresi, elevati a prova inconfutabile della derivazione atavica della condotta deviante di soggetti appartenenti a razze degenerate e inferiori, che si manifesta in un comportamento epilettico che sfocia nella follia e nel delitto, come può evincersi dall'eco che ebbero la nota vicenda del brigante Musolino e il caso Misdea, un po' meno noto ma forse più significativo.

Nel 1902 si tenne a Lucca il processo al brigante calabrese Giuseppe Musolino, accusato di undici omicidi e per anni sfuggito alla giustizia, molto popolare nelle campagne calabresi ove veniva considerato un vendicatore, anche se efferato, dei poveri contro i ricchi e i potenti. Nel corso del processo due noti psichiatri, Enrico Morselli e Sante De Sanctis, su incarico della Procura Generale, redassero una perizia medico-legale finalizzata a spiegare la psicologia e i comportamenti del bandito calabrese e anche le cause della solidarietà dei ceti popolari. Nel ponderoso studio¹¹⁵ Morselli e De Sanctis, seguendo l'indirizzo di Lombroso e Niceforo, polemizzano con quanti «non vogliono sentir parlare di razza in nessuno dei capitoli di sociologia morale»¹¹⁶, effettuano indagini antropologiche, fisiologiche e soprattutto psicologiche, integrano l'impostazione della scuola antropologica criminale con considerazioni economico-sociali e ambientali sulla Calabria e riconducono il carattere psicologico e il comportamento di Musolino al temperamento regionale, a fattori geografici, etnici, sociali, all'epilessia, di cui è affetto il brigante, presente nella regione¹¹⁷. Nello stesso studio, però, i due medici sembrano distaccarsi dalla impostazione lombrosiana quando esprimono la convinzione che «bisogna procedere da clinici, non da patologi teoretici; e come non c'è malattia ma vi sono i malati, così non vi è criminalità epilettica o epilessia criminosa: in realtà, esistono soltanto degli epilettici che delinquono e dei delinquenti che possono aver sofferto o soffrire di epilessia»¹¹⁸.

¹¹³ Lombroso pubblica *Tre mesi in Calabria*, in «Rivista Contemporanea», anno XI, Torino 1863 e nello stesso anno il volumetto con lo stesso titolo, edito a Torino dall'Unione Tipografica.

¹¹⁴ C. Lombroso, *In Calabria (1862-1897)*, Catania, Nicolò Giannotta Editore, 1898.

¹¹⁵ E. Morselli, S. De Sanctis, *Biografia di un bandito. Giuseppe Musolino di fronte alla psichiatria e alla sociologia. Studio medico-legale e considerazioni*, Milano, Treves, 1903.

¹¹⁶ *Ivi*, p. 202.

¹¹⁷ *Ivi*, pp. 151 e ss. Cfr. V. Teti, *La razza*, pp. 75-77, il quale mette l'accento sull'impostazione nettamente lombrosiana dello studio dei due psichiatri.

¹¹⁸ E. Morselli, S. De Sanctis, *op. cit.*, p. 339.

Questo passo della perizia non solo dimostra, a giudizio di uno psichiatra che ha studiato questi aspetti, che nel caso specifico l'epilessia non è assunta come causa esclusiva del delinquere, ma «produce la fragorosa rottura di una persistente concezione tolemaica secondo cui l'epilessia rappresenterebbe il centro gravitazionale della criminalità calabrese»¹¹⁹.

Sembrirebbe confermare tale assunto il fatto che Musolino è riconosciuto affetto da una forma di epilessia parziale (Morselli e De Sanctis parlano di attacchi epilettici a lunghi intervalli), ma non è considerato totalmente infermo di mente e dopo la condanna è rinchiuso nelle carceri di Portolongone e di Ventotene.

Lombroso è attratto dal caso e pubblica un lungo articolo intitolato *L'ultimo brigante*¹²⁰, in cui descrive Musolino con i suoi abituali termini positivistic. Affidandosi solo alle fotografie e alle descrizioni del brigante, tratteggia i segni della degenerazione atavica individuati nella fronte sfuggente, nelle sopracciglia sporgenti e nel volto asimmetrico. Ricostruisce la storia familiare del bandito ricordando che uno zio e tre cugini erano delinquenti, un altro cugino e tre sorelle epilettici, il nonno e lo zio apoplettico e che «il padre soffriva di vertigini che costituiscono la forma embrionale dell'epilessia»¹²¹.

Alla base del comportamento impulsivo ed egocentrico del Musolino stava dunque l'epilessia, tipica del delinquente nato, che spiegava anche la sua condotta intermittente tra una «bestiale ferocia sanguinaria alternante con una certa bonarietà»¹²².

Lombroso indica altri due fattori della formazione del carattere di Musolino, l'ambiente sociale e la razza, che, come rileva Mary Gibson¹²³, non avevano nulla a che vedere con l'epilessia come causa del comportamento criminoso.

La denuncia dell'estrema povertà e dell'analfabetismo diffusi in Calabria, che avevano segnato l'infanzia del bandito, può considerarsi, anche in questo caso, un tributo alle idee socialiste del Lombroso, una sorta di rituale a cui non si sottraggono quasi tutti i positivisti, che però pongono al centro delle loro dottrine fattori razziali, antropologici e genetici.

Con maggiore convinzione Lombroso mira a spiegare la personalità del Musolino attraverso il concetto di razza: rileva che il cranio allungato e la mascella sporgente fossero tipici della popolazione della sua regione e aggiunge che per i calabresi «l'omicidio non è considerato un grave reato come negli altri paesi»¹²⁴.

Complessivamente il saggio dimostra che Lombroso, utilizzando dati di seconda mano, si serve della vicenda di Musolino per evidenziare elementi di conferma delle tesi di fondo de *L'Uomo delinquente*, radicate sui concetti di atavismo e comportamento epiletticoide. Anche la stampa, seppur con maggior cautela, prende spunto dal caso Musolino per ritornare sul tema dell'innata tendenza a delinquere di alcune primitive popolazioni meridionali.

Similmente era avvenuto qualche tempo prima nel caso Misdea.

Salvatore Misdea, nato e vissuto a Girifalco, era un militare di leva che prestava servizio nella caserma di Pizzofalcone a Napoli. Il giorno di Pasqua 1884, il 13 aprile, a seguito di un diverbio con alcuni commilitoni per motivi campanilistici – pare che questi avessero denigrato la Calabria e i calabresi – aveva iniziato a sparare uccidendo sette persone e ferendone tredici.

¹¹⁹ S.F. Inglese, *Razza tellurica, razza criminale*, p. 122.

¹²⁰ C. Lombroso, *L'ultimo brigante*, in *Nuova antologia*, 1902, pp. 508 e ss.

¹²¹ *Ivi*, p. 509.

¹²² *Ivi*, p. 510.

¹²³ M. Gibson, *Nati per il crimine*, p. 135.

¹²⁴ C. Lombroso, *L'ultimo brigante*, p. 508.

Nel corso del processo, che ebbe vasta eco, Cesare Lombroso venne nominato perito della difesa, unitamente al collega Leonardo Bianchi. Nello studio finale Lombroso riconobbe in Misdea i tratti della degenerazione, specificando che su di lui avevano influito «la follia morale, l'eredità, la barbarie del paese d'origine, e della famiglia, i traumi e l'alcool»¹²⁵ e, rilevando che il giovane militare mostrava di non ricordare nulla del proprio delitto, giunse alla conclusione che egli avesse agito in preda a una sorta di attacco epilettico, quindi in seguito a un blocco improvviso dei centri psichici, che aveva esasperato i sintomi della sua pazzia morale¹²⁶. In sostanza Lombroso introduce nel suo giudizio di perito della difesa tutti gli elementi teorici che erano alla base delle varie edizioni del suo *L'Uomo delinquente*.

Coerentemente con l'accertamento dell'epilessia come causa primaria del delitto, Lombroso sostenne la tesi della parziale infermità, ma, ciò nonostante, si pronunciò a favore della pena di morte per il proprio assistito, allo scopo dichiarato di emendare la società da un elemento indiscutibilmente nocivo. Probabilmente questa poco coerente conclusione era dettata dall'obiettivo di scagionare la scuola antropologica dall'accusa di voler affermare la non imputabilità di soggetti criminali come il Misdea¹²⁷.

Le tesi sostenute nell'elaborato peritale furono riprese in un volumetto in cui Lombroso, rispondendo ad alcune critiche, esplicitamente rivendicava il merito di aver individuato «una classe di uomini chiamati delinquenti-nati, che riproduce, grazie a malattie congenite, i caratteri anatomici e psichici, dell'uomo primitivo, dell'uomo selvaggio»¹²⁸, facendo del caso Misdea un esempio concreto di validità delle sue tesi.

La vicenda che ha avuto come protagonista il giovane criminale calabrese ha avuto rilevanza sotto diversi profili. È stata percepita come la spia delle difficoltà dell'ancor giovane Stato unitario; è stata oggetto di un improbabile tentativo di tipizzazione scientifica attraverso la formulazione del termine *misdeismo*; soprattutto, ha permesso alla grande stampa nazionale di diffondere anche tra il grande pubblico gli argomenti della nuova scuola antropologica. L'atavismo e le nozioni di degenerazione razziale, di delinquente nato e di comportamento epilettico¹²⁹ non si limitano più a far parte del lessico in uso nelle riviste specializzate, giuridiche o psichiatriche, ma entrano, grazie alla cronaca della vicenda processuale, nel processo di formazione dell'opinione pubblica, unitamente al complesso delle teorie che, con lo schermo di una rigorosa osservazione scientifica, costituivano l'anticamera di quella biologia razziale che qualche decennio più tardi, in Europa, sarebbe sfociata nella tragedia più cupa¹³⁰.

A questa diffusione ha contribuito in maniera determinante il celebre giornalista e scrittore Edoardo Scarfoglio, il quale aveva seguito il processo e dopo la morte di Misdea, giustiziato il 21 giugno 1884, aveva pubblicato sul quotidiano «La Riforma» di Roma, in 38 puntate,

¹²⁵ C. Lombroso, L. Bianchi, *Misdea*, «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale», n. 4, 1884, p. 386.

¹²⁶ *Ivi*, pp. 381-387.

¹²⁷ Tale è il giudizio di D. Palano, *Delinquenti nati, mattoidi, folli morali: figure di un nuovo immaginario*, cit., p. 60.

¹²⁸ C. Lombroso, L. Bianchi, *Misdea e la nuova scuola penale*, Torino, F.lli Bocca, 1884, p. 7.

¹²⁹ Significativi sono stati due articoli apparsi sul «Corriere della Sera» il 27-28 giugno 1884 e il 5-6 agosto dello stesso anno, entrambi firmati B., rispettivamente titolati, *La nuova scuola antropologica. I delinquenti epilettici e I delinquenti nati: gli epilettici*, in merito ai quali cfr. D. Palano, *Delinquenti nati, mattoidi, folli morali: figure di un nuovo immaginario*, in Idem (a cura di), *Cesare Lombroso. Scritti per il*, p. 56.

¹³⁰ M. Gibson, *Nati per il crimine*, p. 173, si chiede espressamente: «Gli antropologi criminali di fine Ottocento furono i precursori degli ideologi razzisti del periodo fascista?» e si risponde «Quasi tutte le prove depongono a favore di una risposta affermativa».

dall'undici luglio al diciotto ottobre, la storia della strage e del processo, con il titolo *Il romanzo di Misdea*¹³¹.

Scarfoglio, che già in un articolo di poco precedente aveva riferito di aver assistito a una lezione dell'illustre professor Lombroso il quale aveva dimostrato che «il gran misfatto fu commesso per l'impulso di un accesso epilettico»¹³², prende posizione a favore delle tesi lombrosiane, ma critica la sua decisione di partecipare al processo in qualità di perito, giudicando il Tribunale militare un ambiente poco adatto a portare avanti le istanze di rinnovamento del diritto penale; non ritiene utile l'intervento della psichiatria nel processo Misdea, perché la gente non può penetrare le ragioni di una nuova scienza, essendo la cattedra e la rivista i luoghi adatti alla circolazione delle nuove idee.

Prima di entrare nel vivo della vicenda, nel libro, che egli definisce «né un vero romanzo, né una vera predica, ma quasi un discorso descrittivo e una narrazione dimostrativa», Scarfoglio si sofferma sulla famiglia Misdea e sull'ambiente di Girifalco, con toni enfatici ed esagerati tesi a rappresentare una realtà che confermasse sotto ogni profilo le teorie dell'atavismo e della degenerazione razziale.

Senza accennare alle fonti delle sue informazioni, Scarfoglio descrive la famiglia Misdea come un concentrato delle personalità malate oggetto dell'attenzione della scuola positiva.

Esordisce dicendo seccamente:

Il nonno di Salvatore Misdea era uno scemo [...] aveva il cranio e il cervello troppo viziosamente conformati per poter umanamente e utilmente vivere.

Poi, evidentemente ritenendo di non aver reso a sufficienza l'idea di chi fosse tale personaggio, aggiunge:

[...] era un idiota. Le sue facoltà mentali dormivano soffocate sotto il peso d'una vegetalità brutale, come nell'uomo prima dello sviluppo dell'anima, come nelle bestie.

E continua lamentando che «benché a pochi passi dal manicomio» il nonno di Salvatore «avesse potuto vivere libero come un uomo sano», facendo intendere quale trattamento egli avrebbe riservato a un tipo del genere.

Era un mostro che gli Spartani avrebbero buttato dal Taigeto. Ma noi, uomini darwinianamente moderni e grandi allevatori di razze animalesche, non sappiamo applicare in danno del prossimo la legge di selezione, e lasciamo che gli organismi perversi crescano e si riproducano confusamente coi sani, diffondendo e perpetuando le loro difformità¹³³.

Prosegue dicendo che il nonno Misdea, «pigro, beone, scemo trova una donna che acconsenti di partecipare alla sua bestiale vita» e che la prole fu «numerosa e velenosa. Fu come una cresciuta di funghi maligni a piè di qualche albero marcito»¹³⁴.

Il padre di Salvatore, dice Scarfoglio, era beone, bizzarro, scialacquatore e pronto all'ira, e «la stessa madre Maria Rosa Marinaro, era isterica e incestuosa coi fratelli, dei quali uno fece il brigante e l'altro il ladro»¹³⁵. Salvatore visse «con questo sangue nelle vene» avendo come compagni «due cugini idioti, un cugino pazzo, un fratello osceno, epilettico ubbriacane e rissoso»¹³⁶.

¹³¹ Il racconto di Scarfoglio è ora ripubblicato in Idem, *Il romanzo di Misdea*, a cura di Manola Fausti, Firenze, Edizioni Polistampa, 2003.

¹³² Idem, con lo pseudonimo Papavero, *Misdea e Lombroso*, «Capitan Fracassa», n. 158, 8 giugno 1884.

¹³³ E. Scarfoglio, *Il romanzo di Misdea*, pp. 32-33.

¹³⁴ *Ivi*, p. 36.

¹³⁵ *Ivi*, p. 37.

¹³⁶ *Ibidem*.

Con gli stessi toni Scarfoglio descrive l'ambiente in cui crebbe Misdea e il paese di Girifalco, che definisce «un bel villaggio, come ce n'è tanti nella provincia di Catanzaro, bianco, gaio, giovanile», ma al quale attribuisce una non invidiabile peculiarità:

Girifalco, a chiunque sia una volta stato in Calabria, è notissimo come nido di pazzi. Nel suo manicomio s'accumula tutta la pazzia calabrese; nel suo territorio alquanta pazzia si propaga dal manicomio¹³⁷.

A parte le evidenti assurdità di affermazioni prive di ogni attendibilità scientifica, è sufficiente a dimostrare l'irragionevolezza della descrizione la considerazione che il manicomio di Girifalco era stato aperto il 21 luglio 1881, per cui la "propagazione" della pazzia (come una terribile malattia infettiva) in tutto il territorio della cittadina sarebbe avvenuta in meno di tre anni.

In realtà, Scarfoglio, nella sua foga descrittiva di un covo di pazzi, intende dimostrare il nesso che lega territorio, tare ereditarie e follia criminale e lo afferma esplicitamente allorché rileva che a Girifalco «meglio che in qualsiasi altro luogo appare evidente la connessione della follia col delitto, perché qui più che altrove la perpetuazione delle malattie cerebrali per legge ereditaria è evidente»¹³⁸.

È in questa temperie culturale che nasce e opera fino alla Grande Guerra il manicomio di Girifalco. Sotto il peso che in quegli anni hanno avuto le teorie della degenerazione razziale e l'impostazione criminologica di stampo lombrosiano, quel manicomio in quel periodo diventa, secondo Vito Teti, «il luogo simbolico dell'incomprensione che subiscono i calabresi e i meridionali in genere [...] e una sede della costruzione "scientifica" del carattere criminale di un'intera popolazione»¹³⁹.

Indubbiamente, nel manicomio calabrese, a cavallo tra i due secoli, si coagulavano i due più significativi problemi che il giovane Stato italiano stava affrontando nel processo di costruzione dell'identità nazionale: la Questione meridionale, declinata, nell'ottica della corrente sociologica e antropologica positivista, come «costituzionale e irreparabile inferiorità razziale»¹⁴⁰, e la necessità di escludere e segregare quei soggetti – folli, derelitti o devianti – che non potevano partecipare a quel processo e che costituivano una vergogna per l'immagine di un Paese sulla strada della modernizzazione.

Gli atti di archivio e le cartelle cliniche dell'epoca riflettono quel clima culturale, ma forniscono anche un'immagine più complessa di quella stagione dell'istituto calabrese.

Stereotipi e pregiudizi nelle cartelle cliniche

Lo studio della tabella nosologica, così erano chiamate inizialmente le cartelle cliniche, descrittiva dell'anamnesi e delle misurazioni antropometriche, e dal diario clinico, una fonte

¹³⁷ *Ivi*, p. 31.

¹³⁸ *Ivi*, p. 32.

¹³⁹ V. Teti, *La razza maledetta*, p. 77.

¹⁴⁰ M. Petruszewicz, *Come il Meridione divenne una Questione. Rappresentazioni del Sud prima e dopo il Quarantotto*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 1998, p. 9, la quale ricorda che «la Questione Meridionale è un discorso, una costruzione dell'immaginario, la cui enfasi è cangiante» che «ha avuto significati spesso contraddittori»: per Pasquale Villari fu «una questione di povertà economico e sociale»; per Franchetti e Sonnino «consistette nella nocività dei contratti agrari, nel particolarismo dei rapporti sociali, nelle clientele e nella criminalità»; per Giustino Fortunato «si trattò del dualismo economico italiano e del – dolorosamente realistico – svantaggio naturale del Sud», pp. 8-9.

di non trascurabile importanza in quanto consente di leggere l'evoluzione, e a volte l'involuzione, della storia clinica del malato, ma anche le valutazioni del personale medico, ci consente di riaffermare attraverso il dato empirico.

Le cartelle cliniche si differenziano sensibilmente anche in relazione al ceto sociale dell'ammalato.

Tendenzialmente, infatti, le cartelle dei folli poveri e dei derelitti rinchiusi nel manicomio sono scarse e comunque molto meno dettagliate di quelle dei pochi professionisti, studenti ed esponenti della nuova borghesia cittadina ammessi nell'istituto e ciò è riscontrabile in tutti i quarant'anni di storia del manicomio presi in esame. Inoltre le cartelle degli "altolocati" non solo sono più minuziose e particolareggiate nella redazione dell'anamnesi e, in special modo, del diario clinico, ma sono spesso arricchite dal carteggio che intercorre tra il paziente e la famiglia o tra questa e la direzione dell'istituto. La cartella clinica, sotto questo profilo, si impone all'attenzione come un documento complesso e plurivalente da cui poter cogliere le forme storiche con le quali la classe medica ha letto e gestito la follia.

Gli esempi delle differenti tecniche di redazione della cartella non mancano.

Poche e succinte parole descrivono la vita di Fortunato M.¹⁴¹ un contadino con la diagnosi di "demente" proveniente da Catanzaro, ammesso nello stabilimento nell'agosto del 1881 e qui deceduto il 27 aprile del 1916 "a seguito di esaurimento nervoso". In trentacinque anni di doloroso internamento non si trova nei documenti traccia del suo passato, delle reali ragioni che lo hanno condotto a Girifalco né tantomeno di alcuna cura praticata. Dopo la redazione del diario clinico nei primi due anni di reclusione, in cui si certifica una generica "demenza", la descrizione del suo trascorso manicomiale è contrassegnata dalle sole parole "condizione stazionaria", per oltre trent'anni; nulla più.

Indicativa della sciattezza riservata ad alcuni casi clinici è anche la storia di Francesco P., un vagabondo e mendicante di Falerna internato nel 1903, in merito al quale per i primi 17 anni di internamento nella sua cartella clinica è annotato solamente «è un idiota. Parla sempre da solo»¹⁴².

Della prima donna ricoverata a Girifalco, Rosa D. F.¹⁴³, si apprende dalla scarna cartella clinica solo che è una "donna di casa" e la sua condizione è "miserrima", che è stata ricoverata a «causa di stati di agitazione impulsiva avutisi a seguito di accessi litigi e dissensi all'interno del nucleo familiare» e che non le è stata praticata alcuna cura; anche di un'altra donna, Filomena M.¹⁴⁴ di Catanzaro, in sostanza non si sa nulla, eccetto che è povera e analfabeta e che «da molti anni alterna fasi di isteria e malinconia»; muore in manicomio per un attacco cardiaco il 15 maggio del 1886.

Esempi come questi se ne trovano a decine¹⁴⁵ e molti sono i casi in cui le vicende umane dei malati avrebbero consigliato indagini più accurate, anche al fine di individuare un più corretto approccio terapeutico; ma la poca rilevanza sociale del ceto di appartenenza condiziona sensibilmente l'équipe sanitaria e incide sulle modalità di redazione della cartella clinica.

¹⁴¹ Archivio Storico del Manicomio di Girifalco (d'ora in poi ASMG), cartella clinica 28 (d'ora in poi c.c.), del 1881.

¹⁴² Il paziente morirà in manicomio nel 1925; cfr. ASMG, c.c. 1193 del 1903.

¹⁴³ ASMG, c.c. 17 del 1881.

¹⁴⁴ ASMG, c.c. 37 del 1881.

¹⁴⁵ Vedi tra gli altri in ASMG le cartelle cliniche di Giovanni M. c.c. 395 del 1891, Rosa C. c.c. 503 del 1893, Antonio C. c.c. 515 del 1893, Michelangelo S. c.c. 797, Vincenzo F. c.c. 1361 del 1905 e Giovanna C. c.c. 1508 del 1906.

Avrebbe meritato maggiore attenzione, ad esempio, la storia di Polifemo S.¹⁴⁶, un negoziante caduto in disgrazia e divenuto vagabondo di Girifalco rinchiuso in manicomio all'età di 52 anni e proveniente dalle carceri di Pizzo Calabro. Ha trascorso 15 anni nel manicomio di Pesaro ed è stato poi trasferito nel manicomio provinciale di Catanzaro. Nel diario clinico redatto nell'istituto marchigiano si legge che l'internato è «sempre solitario collo sguardo fisso al suolo e la fisionomia atteggiata a tristezza» e nelle rare volte che risponde alle domande postegli dai medici parla «dell'omicidio imputatogli che conferma di aver commesso in agguato». Tuttavia l'unico documento che conferma la veridicità del fatto delittuoso è la nota della Prefettura della Calabria Superiore Seconda del 17 gennaio 1885, relativa all'ordine di trasferimento e di internamento a Girifalco. Nelle poche altre pagine che compongono il fascicolo addirittura non esiste una cartella clinica del paziente per il periodo di internamento in Calabria e non si evince alcuno sforzo da parte degli organi manicomiali a voler comprendere come sia avvenuto il fatto delittuoso e se questo fosse riconducibile a un eccesso di follia o fosse, comunque, una conseguenza di uno stato psicotico. Pertanto se non fosse per le poche notizie provenienti dal manicomio di Pesaro non si saprebbe nulla, se non che, «avanzata l'età», è «sopraggiunta una demenza completa che lo ha portato alla morte il 3 settembre del 1899».

Dalla storia di questi internati emerge con chiarezza che l'intervento nei confronti della follia povera non era finalizzato alla cura e alla riabilitazione, quanto piuttosto alla reclusione.

Nella ricognizione delle patologie mentali e dei metodi di cura praticati nel manicomio di Girifalco nei suoi primi quarant'anni di vita sarà bene ricordare l'ammonimento di Giovanni Jervis, secondo cui

la storia della psichiatria moderna non è affatto una marcia omogenea verso il progresso, il benessere e il rispetto umano nel nome della carità, della scienza e della ragione. La psichiatria è la storia della sostanziale impotenza dell'uomo di fronte alla follia; è quindi anche storia di illusioni e di frustrazioni, di problemi e disperazioni di studiosi, di dubbi, di falsi entusiasmi e di una serie di distorsioni di prospettive e di giudizio in cui gli stessi psichiatri sono rimasti irretiti. Talora, e anzi forse con una preoccupante frequenza, la psichiatria è stata anche, purtroppo, storia di bassezze e di crudeltà¹⁴⁷.

Le storie che emergono dalle cartelle cliniche di Girifalco sembrano confermare questo assunto e raccontano che, soprattutto nei primi decenni di vita dell'istituto, i medici si arrabattano in ipotesi diagnostiche disparate e in terapie standardizzate applicate in modo sbrigativo e generalizzate su pazienti con patologie diverse. Eppure questo atteggiamento della classe medica operante nello stabilimento calabrese non costituisce né un *unicum* né un sintomo di arretratezza, bensì l'approccio usuale di gran parte della psichiatria italiana nei confronti della follia.

La concezione che le patologie erano da attribuirsi a cause organiche ed ereditarie si era sviluppata sulla scia degli studi sulla degenerazione di Morel¹⁴⁸, che considerava la malattia mentale espressione sintomatica dei rapporti anormali che si instaurano tra mente e corpo, con la prevalenza di questo su quello, segno di un'ineluttabile degenerazione.

In Italia, a cavallo dei due secoli, nell'ambito del rinnovamento positivistico della psichiatria, la classe medica tende a saldare questa dottrina con il pensiero di Cesare

¹⁴⁶ ASMG, c.c. 133 del 1885.

¹⁴⁷ G. Jervis, *Presentazione* al volume di E.S. Valenstein, *Cure disperate. Illusioni e abusi nel trattamento delle malattie mentali*, Firenze, Giunti, 1993, p. XII.

¹⁴⁸ V. *ivi*, cap. I, par. 3.

Lombroso e con la teoria dell'atavismo, secondo cui «il malato di mente [...] è addirittura identificato come un primitivo nella misura in cui si esprime in virtù dei geni che sono stati ereditati. [...] la cui presenza può essere evinta dalla concomitante presenza di specifici tratti somatici per cui ne deriva una miriade di dati statistici su anomalie fisiche di vario genere quali dimensioni craniche, deformazioni del volto, sproporzioni somatiche e così via»¹⁴⁹. Questo indirizzo si lega poi alle teorie delle “razze delinquenti”, ossia alcune popolazioni del Sud, e della Calabria in particolare, portatrici di tare ereditarie che generano tratti somatici e comportamenti barbari e selvaggi, espressioni di un'inferiorità morale e sociale e del decadimento e della degenerazione di una razza¹⁵⁰.

Su questo “pessimismo antropologico”, spesso consapevolmente classista¹⁵¹, si era formata una nuova generazione di alienisti che scorgeva nell'anomalia somatica la spia del disagio psicologico. Anche nelle ipotesi in cui la malattia mentale non era concepita come lesione organica *sensu stricto*, ma come una predisposizione somatica in grado di degenerare in diverse forme di patologie, si adottava il banale metodo antropometrico senza cogliere sfumature e differenze tra le patologie e senza curarsi né dei dati contraddittori né degli effetti risibili prodotti da questo metodo diagnostico.

In questa situazione i pazienti dei manicomi nella seconda metà dell'Ottocento erano destinati a lunghe degenze e, curati male o per nulla, gravavano sulle responsabilità dei direttori degli istituti sempre combattuti tra esigenze terapeutiche a cui non riuscivano a dare risposta e considerazioni di tipo economico che imponevano sacrifici costosi per il loro mantenimento¹⁵².

Tutte le cartelle cliniche del periodo oggetto della ricerca prese in esame presentano una descrizione piuttosto dettagliata dei “tratti antropologici degenerativi”. L'attenzione a questi dati poteva variare a seconda delle inclinazioni culturali dei medici e dei direttori che si sono alternati nella storia dell'istituto, al loro essere “vicini” o meno alle dottrine lombrosiane, ma comunque era una componente ineludibile delle cartelle cliniche.

È questa un'impostazione presente fin dai primi mesi di vita del manicomio e, a titolo di esempio, possono ricordarsi due casi.

Natale M.¹⁵³, un contadino analfabeta di Serrastretta, è uno dei primi ammessi in manicomio nel 1881. L'internato è epilettico ed è un “ereditario morbo” in quanto sia la madre che un fratello hanno sofferto di convulsioni. È costantemente posto sotto sorveglianza continua, «assicurato con la camicia di forza» durante il giorno e «legato alla branda nelle ore

¹⁴⁹ M. Dario, G. Del Missier, E. Stocco, L. Testa, *Psichiatria*, pp. 29-30.

¹⁵⁰ V. i riferimenti a Niceforo, Sergi e allo stesso Lombroso, in cap. I, par. 4.

¹⁵¹ A. Scartabellati, *L'umanità inutile. La “questione follia” in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del Manicomio Provinciale di Cremona*, Milano, Franco Angeli, 2001, p. 19.

¹⁵² La stagione del grande internamento oltreoceano aveva dato spazio a un dibattito serrato sul ruolo di medici e manicomi. Su questo dibattito cfr. N. Grob, *Mental Illness and American Society 1875-1940*, Princeton, Princeton University Press, 1983. Nel 1878 il giovane neurologo Edward C. Spitzka, durante una conferenza scientifica che affrontava il tema delle strutture manicomiali e il ruolo dei medici, criticava aspramente la psichiatria somatica e l'operato dei direttori degli istituti sostenendo che «certi direttori sono esperti in giardinaggio ed agricoltura (anche se i conti della tenuta spesso cadono nella parte sbagliata della pagina), nel rivestire i tetti [...], nel progettare canali di drenaggio [...], in ingegneria [...], in storia (ma i fatti che riferiscono non sono corretti e le loro deduzioni erronee oltre misura); in breve, esperti in tutto fuorché nella diagnosi, nello studio e nel trattamento della malattia mentale. L'intervento di Spitzka è stato poi pubblicato col titolo *Reform of the Scientific Study of Psychiatry*, «Journal of Nervous and Mental Disease», n. 5, 1878, pp. 201-229 e successivamente ripreso nel suo lavoro più importante: *Treatise on Insanity, Its Classification, Diagnosis and Treatment*, Harvard University, Bermingham&Company, 1883.

¹⁵³ ASMG, c.c. 36 del 1881.

notturne». Ha «continue crisi epilettiche fino a cinque al giorno», ma, a parte queste, mantiene un «comportamento contegnoso». Notevole attenzione è posta alle «note antropologiche degenerative» e allo studio della fisionomia, con dettagliata descrizione delle asimmetrie: «Il punto centrale della bassa frontale destra è più sporgente e più acuminata [...], la metà destra della faccia appare più sviluppata e più sporgente della metà sinistra [...]. Il naso è piccolo e schiacciato alla radice; i seni frontali sono molto sviluppati; i capelli di colore castano chiaro sono folti ed aridi; le sopracciglia sono di colore bianco-lino quasi albino; la barba è di una colorazione intermediaria fra i capelli e le sopracciglia [...]. Tutti i denti sono robusti e ben impiantati, ma piccoli. Il collo è largo e il legamento della nuca molto sviluppata». È curato con l'acetato di rame e con iniezioni di chinino e bromuro. L'internato, non di rado, è in preda a deliri di natura mistica religiosa; «crede di essere un santo e si picchia e flagella per punirsi dei propri peccati». Morirà in manicomio, a seguito di attacco epilettico, il 12 novembre del 1895.

Marianna S.¹⁵⁴ è una casalinga di Nicastro ammessa in istituto il 29 luglio del 1882 con la diagnosi di frenosi isterica. Nella cartella nosografica, dopo una succinta descrizione dei precedenti familiari (una sorella pure ricoverata nello stesso manicomio) e dell'origine dei suoi disturbi si legge:

Il male attuale data dal 1878 e pare sia stato causato da uno spavento. Lo stato frenopatico attuale è caratterizzato da indebolimento mentale associato a pervertimento affettivo e disordine delle idee. Il delirio è vago. Nessun concetto speciale vi predomina. L'ammalata si mostra abbastanza tranquilla, di rado è dominata da impulsi, e questi non molto violenti. Fatua nei discorsi come nelle sue azioni, ben di rado risponde adeguatamente alle interrogazioni.

Niente di più, ma nella cartella si dà ampio rilievo ai dati somatici e alla descrizione della fisionomia dell'ammalata: «I lineamenti della faccia hanno molta somiglianza con quelli della razza nera. Occhi grandi e sporgenti, labbra molto grosse, faccia sporgente e colorito della cute molto bruno». In seguito, nella descrizione dell'attività lavorativa svolta dall'internata si aggiunge: «Sembra un'africana. Sta in stanza di lavoro senza far nulla o quasi. Avvolge un po' di cotone o sfilava qualche calza».

Sotto tale profilo le cartelle cliniche di Girifalco confermano un quadro di «storicità della patologia mentale», in quanto anche in un manicomio della periferia del Sud si addensano tutti i *topoi* di quel momento storico: le paure del “diverso” di una società votata al progresso, la percezione sociale della malattia mentale, la cultura medica a indirizzo positivista, il metodo cosiddetto scientifico elevato al rango di una nuova metafisica della conoscenza.

Questi elementi si condensano nella patologia più significativa riscontrata a Girifalco nei primi decenni, l'epilessia, che diventa la patologia simbolo che conferma gli approdi “scientifici” cui erano giunti antropologi e psichiatri positivisti alla fine dell'Ottocento, in particolare con riferimento ai folli e ai criminali calabresi.

Un censimento statistico aggiornato al primo luglio del 1898 rilevava che a Girifalco su 209 ricoverati 55 erano epilettici, il 26,31%, dato di gran lunga più elevato tra tutti i manicomi d'Italia. Inoltre un successivo rilievo statistico accertava che dal 1881 al 30 giugno 1906 gli ammalati con psicosi epilettica erano stati 213 (172 uomini e 41 donne) su un totale di 1498

¹⁵⁴ ASMG, c.c. 52 del 1882.

ricoverati. Questi dati colpiscono molto l'équipe medica¹⁵⁵ che vi legge la conferma di molti degli stereotipi concettuali del momento in merito alla clinica delle malattie mentali e alle degenerazioni etniche. E così «la triarchia teoretica che pretende di governare il caotico regno della psicopatologia»¹⁵⁶, espressa dai concetti di degenerazione, atavismo ed epilessia, è applicata a tutte le manifestazioni antropologiche e psicopatologiche dei calabresi. Attraverso labili supporti empirici di natura antropometrica questa impostazione permette di ravvisare «quelle note di primitività ed inferiorità morfologica e funzionale che ci fanno vedere nell'individuo epilettico la personificazione più evidente della degenerazione»¹⁵⁷. Secondo il Pellegrini, infatti, il gran numero di epilettici in Calabria si spiega secondo «il moderno indirizzo della psico-antropologia criminale [...] e con la teoria bioantropologica della primitività e quella biopatologica della degenerazione, fuse insieme e mutuamente integrate»¹⁵⁸, con un'impostazione che si inserisce nella scia culturale di un precedente direttore di Girifalco, il Tonnini, la cui opera più significativa sull'epilessia¹⁵⁹, «pubblicata nella piena esplosione della psichiatria organicista positivista, rappresenta forse l'espressione più chiara, e contemporaneamente delirante, di un'intera linea di pensiero sulla malattia epilettica»¹⁶⁰.

Questo tipo di approccio alla malattia mentale dei calabresi persiste anche dopo il tramonto delle diagnosi di epilessia. Anche quando le figure cliniche saranno cambiate (e l'isterismo e la schizofrenia sostituiranno l'epilessia) la descrizione dei comportamenti degli ammalati dimostra la perdurante convinzione che «la costruzione psicopatologica si elevi sopra un terreno razziale specifico, e che il carattere di base rappresenti un'espressione del retaggio genetico dell'etnia»¹⁶¹. Lo dimostra chiaramente la relazione del direttore Puca, in occasione del cinquantenario del manicomio, pubblicata nel 1932, ove si legge

Il Calabrese è prevalentemente uno schizoide... è solitario, chiuso, poco espansivo, a volte fantasioso a volte apatico... fisso nelle decisioni... negli strati sociali più bassi è un impulsivo con accessi che fanno risaltare la bestia feroce, il distruttore, laceratore, sudicio, violento¹⁶².

E nella quale si illumina il profilo costituzionale del calabrese come un soggetto

Esuberante nel suo delirio, rapido, eccessivo nelle reazioni; costruttivo nelle sue fantasticherie, denso e profondo nel pensiero anche irreali... più spesso qui si vedono deliri espansivi che malinconici; più sintomi produttivi che riduttivi; più ideorree che stupori; più eccessività istintive che arresti; più esuberanze nel contegno¹⁶³.

¹⁵⁵ All'epilessia R. Pellegrini dedica ampio spazio nelle relazioni del 1901 e del 1907 sull'andamento del manicomio di Girifalco; S. Tonnini fa tesoro dell'esperienza acquisita con gli epilettici di Girifalco per la redazione dei due saggi sull'epilessia, *Le epilessie e Le epilessie in rapporto alla degenerazione*.

¹⁵⁶ S.F. Inglese, *Razza tellurica, razza criminale*, p. 119.

¹⁵⁷ R. Pellegrini, *Il manicomio di Girifalco e la pazzia*, p. 134.

¹⁵⁸ *Ivi*, p. 133.

¹⁵⁹ S. Tonnini, *L'epilessia in rapporto alla degenerazione*.

¹⁶⁰ B.M. Assael, G. Avanzini, *Il male dell'anima. L'epilessia fra '800 e '900*, p. 49.

¹⁶¹ S.F. Inglese, *Razza tellurica*, p. 124.

¹⁶² A. Puca, *Annali dell'Ospedale Psichiatrico di Catanzaro in Girifalco*, Numero speciale per il Cinquantenario, Catanzaro 1932, p. 34.

¹⁶³ *Ibidem*.

Si conferma quindi la rappresentazione del carattere violento e irascibile del calabrese, espressione di sopravvivenze primitive e regressi atavistici, che per gli alienisti che avevano diretto il manicomio fra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, serviva a «dimostrare lo speciale rapporto che in Calabria ha la delinquenza con l'epilessia»¹⁶⁴, da tenere sempre in grande considerazione perché il gran numero di epilettici nel manicomio di Girifalco

sta sempre là ad ammonire che gran parte della delinquenza di sangue di questa Provincia è in rapporto al temperamento epilettico, vero movente delle azioni eccessive e dei rancori immani, temperamento impulsivo, incoercibile, che è mantenuto dalla larga diffusione dell'abito epilettico, residuo di tanti secoli di costumi matrimoniali consanguinei, o di scelte sessuali guidate non da tendenze biologiche, ma da criteri di casta, o di interesse, o di pregiudizi¹⁶⁵.

Il rapporto tra epilessia e criminalità è un altro *topos* del positivismo lombrosiano che, per quanto riguarda il frenocomio calabrese, è ripetutamente asserito più che dimostrato su basi scientifiche. In un saggio del 1917 di un medico di Girifalco, il dottor. Fragola, si esaminano i «“criminali”» della Provincia di Catanzaro presenti a Girifalco dal luglio 1881 al 31 dicembre 1915. Nello scritto si mette in risalto la corrispondenza esistente tra epilessia e criminalità e si afferma che

la delinquenza sanguinaria della nostra Provincia sta senza dubbio in gran parte in rapporto col temperamento epilettico. Difatti dei 162 criminali in esame, 30 sono risultati affetti da epilessia e cioè il 18,5%, percentuale davvero straordinaria e che in gran parte spiega il rapporto speciale che nella nostra provincia ha la delinquenza sanguinaria con l'epilessia. Di questi 30 criminali epilettici, ben 23 hanno commesso reati di sangue, 3 contro la proprietà, 2 contro il buon costume, 1 contro la disciplina militare ed 1 contro la pubblica amministrazione¹⁶⁶.

La scarsa valenza scientifica della ricerca è dimostrata dal fatto che la stessa non prova i nessi, temporali o causali, tra la malattia epilettica e l'atto delittuoso, quanto meno per i più gravi delitti di sangue, dalla circostanza che i dati riguardanti i reati commessi dai ricoverati nel manicomio, ritenuti sintomatici, non sono stati rapportati alla percentuale dei delitti commessi nella provincia da soggetti sani e non epilettici, e infine dal rilievo che, per dimostrare la presenza di un gran numero di criminali nel manicomio, si inseriscono in tale categoria alcuni autori di furti, anche lievi, un adultero, quattro insubordinati, alcuni accusati di atti contro il buon costume o di danneggiamento, e di alcuni calunniatori.

Tuttavia la descrizione della Calabria come terra di epilettici, e di conseguenza di criminali, persiste finché dura l'attenzione diagnostica all'epilessia e genera rappresentazioni immaginifiche e iperboliche secondo cui gli epilettici calabresi, «convulsionari come la loro terra ballerina», «hanno una fornace nel cranio, una polveriera nel petto e delle correnti di lava nelle vene»¹⁶⁷, peculiarità che addirittura li differenziano dagli altri epilettici in quanto

¹⁶⁴ R. Pellegrini, *Il manicomio*, p. 131.

¹⁶⁵ *Ivi*, p. 130.

¹⁶⁶ V. Fragola, *I criminali della Provincia di Catanzaro ricoverati nel Manicomio di Girifalco dal 22 luglio 1881 al 31 dicembre 1915*, «Annali del Manicomio Provinciale di Catanzaro in Girifalco», anno IV, fasc. 2, Palermo, Priulla, 1917, pp. 181-182.

¹⁶⁷ R. Pellegrini, *Il Manicomio*, p. 135.

Gli epilettici calabresi rappresentano il culmine dell'esagerazione. Noi non troviamo la calma, la docilità, la tenerezza, la mansuetudine, l'espansività, l'affettuosità che osserviamo durante i momenti interaccettuali nei convulsioni di altri manicomio; qui invece noi vediamo che anche nei periodi interparossistici gli epilettici sono concentrati, torvi, diffidenti, sospettosi, irritabili, ombrosi, litigiosi, mentitori, aggressivi e vendicativi al massimo grado; al primo stimolo esterno scattano come molle compresse: conservano in una parola anco nel Manicomio, in modo esagerato, il carattere della razza¹⁶⁸.

A conclusione di queste note è necessario ricordare che le cartelle cliniche e gli atti allegati, fonti documentarie specialistiche di cui ormai si avvale ampiamente la storiografia contemporanea dopo un'iniziale diffidenza, sono contenitori disomogenei e mutevoli nei quali prevale l'ottica del sanitario che la redige e spesso rappresentano un punto di vista unilaterale e parziale. Vanno, quindi, maneggiate con cura e costituiscono una fonte idonea a rintracciare scorci di storia e di storie che derivano dall'incontro tra il sapere psichiatrico e i codici culturali degli internati solo se analizzate all'interno dello specifico contesto storico e ambientale in cui sono state inserite. Queste fonti, peraltro, consentono una pluralità di approcci nello studio delle pratiche di internamento e sono un laboratorio documentale che, tuttavia, può essere smontato e ricomposto da differenti angoli visivi.

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

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

¹⁶⁸ *Ivi*, p. 136.