



Anno
accademico
2020/2021

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI CIVILTÀ ANTICHE E MODERNE

Dottorato in Scienze Storiche, Archeologiche e Filologiche
XXXIV Ciclo

Curriculum: Storia e geografia dal Medioevo all'età contemporanea

Tesi di Dottorato (SSD: M-DEA/01 – discipline demo -
etnoantropologiche):

Il Manicomio Giudiziario

Pazzi e criminali dell'archivio di Barcellona Pozzo di Gotto

Coordinatrice: Prof.ssa Caterina Malta

Tutor: Prof. Marcello Mollica

Co-Tutor: Prof. Mario Bolognari

Candidata: Dott.ssa Roberta Pandolfino

Il Manicomio Giudiziario

Pazzi e criminali dell'archivio di Barcellona Pozzo di Gotto

Introduzione	3
1. Il manicomio criminale in Italia	13
1.1. I claustrici: il dibattito psichiatrico	14
1.2. Il manicomio giudiziario: “cent’anni” di legislazione	19
1.2.1. Il nuovo Codice Penale	22
1.3. L’antipsichiatria	27
1.4. La legge Basaglia	34
1.4.1. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari	38
1.5. Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri	44
1.5.1. Cosa ne è stato degli OPG?	51
1.5.2. Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza	57
2. Il Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto	64
2.1. L’archivio storico del Vittorio Madia	65
2.1.1. Localizzazione ed organizzazione	72
2.1.2. Contenuto	75
2.1.2.1. La relazione tra i documenti: la perizia psichiatrica	84
2.2. Proposte di rivalutazione patrimoniale	91
3. I detenuti/pazienti	95
3.1. Conosciamo i “pazzi criminali”	95
3.2. Il corpo, la malattia, il diverso	104
3.3. Vittime del sistema	114
3.4. Storie di detenzione	124
3.4.1. I reati intra-familiari: la violenza di genere	125

3.4.2. Omosessuali (?).....	128
3.4.3. I deportati politici	131
4. Lavorare in Ospedale Psichiatrico Giudiziario: un ponte tra passato e presente	137
4.1. Il Direttore: intervista a Nunziante Rosania	139
4.2. La “rivoluzione” al femminile: Lia Biondo e la nascita dell’educatore penitenziario	158
4.3. La Polizia Penitenziaria e l’impegno sindacale. L’esperienza di Vito Fazio	178
4.4. La psichiatria e il trattamento.....	191
4.4.1. Il ruolo dello psichiatra: Mariarosa Magistro	191
4.4.2. L’alleanza terapeutica. La riabilitazione “tra le mura” raccontata da Nunzio Giuliano	195
4.5. Il terzo Ministero. La Scuola della Prof.ssa Liggieri	205
4.6. Interpretazione e soggettività	221
5. Conclusioni	228
6. Appendice.....	235
Documento 1.....	235
Documento 2	238
Documento 3	242
Documento 4	242
Documento 5	243
Documento 6.....	244
7. Bibliografia.....	338

Introduzione

Le istituzioni totali¹, così come le ha definite il sociologo canadese Erving Goffman, altro non sono che dei luoghi di residenza e di lavoro, vissuti da gruppi di persone che condividono una situazione comune e trascorrono parte della loro vita in un regime chiuso, la cui caratteristica totalizzante si esprimerebbe con l'impedimento allo scambio sociale e ai rapporti con il mondo esterno. In altre parole, un insieme di persone che trascorre, seguendo rigide regole, una vita o un periodo di quest'ultima "dentro le mura". Le mura di un manicomio, di un Istituto Penitenziario Minorile, di una Casa Circondariale; le mura di un Ospedale Psichiatrico Giudiziario. È proprio di quest'ultima istituzione che leggeremo in queste pagine, un'istituzione antica, poco conosciuta e dalle connotazioni celate, spesso, dietro un alone di mistero; dalle mille sfaccettature, in primis legali; istituti nati in totale assenza di una legislazione che li regolasse e soggetti nel corso di circa cento anni, a mutamenti istituzionali, funzionali e legislativi.

Parlare di manicomi giudiziari o Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Opg), significa riferirsi ad una particolarissima forma d'istituzione, un'ibridizzazione tra i manicomi civili e le carceri in cui gli utenti, almeno ufficialmente, si presentavano come responsabili di un'attività criminale ma, allo stesso tempo, individui incompatibili con la vita carceraria perché bisognosi di particolari cure dati i loro disturbi psichiatrici.

L'idea di istituire una struttura in cui potessero essere ospitati/accuditi/reclusi i criminali con disturbi mentali, nasce in Inghilterra, dove, solo nel 1857, la parrocchia di Sandhurst viene convertita a manicomio criminale (a seguito di una serie di iniziative che già alla fine del '700 avevano reso quella del manicomio criminale una realtà, anche se non legalmente riconosciuta), in quello stesso periodo nascono altri luoghi adibiti alla detenzione dei folli in Scozia, Canada, Francia e New York. Il caso italiano si presentò come particolarmente complesso; trattare i criminali affetti da disturbi mentali non fu certo facile

¹ Erving Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi Editore, Torino, 2003

dal punto di vista legale. Bisognava, dunque, trovare una soluzione per tutti gli inquisiti a cui era stato sospeso il giudizio a causa della riconosciuta alienazione, parliamo di tutti gli imputati di crimini strani, atroci, senza un chiaro movente o con moventi sproporzionati alla natura del delitto. Anche Augusto Tamburini, noto psichiatra dell'epoca, convenne la necessità di creare dei manicomi criminali che avrebbero reso conciliabile la disciplina di un carcere, la sicurezza di una fortezza ed il benessere di una famiglia, con le maggiori garanzie di custodia ma anche con tutte le migliori cure e attenzioni per la malattia. Nonostante tali autorevoli asserzioni, in Italia, come in Inghilterra, la necessità superò la legge e a poco servirono i dibattiti parlamentari su come definire il concetto di alienazione, o che appellativo dare agli istituti che avrebbero dovuto ospitare i folli. Dal 1886 i manicomi criminali iniziano ad erigersi in tutta Italia, e nel 1955 ne contavamo ben sei:

- Montelupo Fiorentino (FI), un'antica villa medicea che nel corso della storia ha assolto ad una pluralità di funzioni, in primis come centro militare, poi "Spedale dei Dementi Acuti", poi come Stabilimento Correzionale Femminile e ancora per il ricovero dei minorenni, nel 1886 fu definitivamente destinata a Manicomio Criminale, il primo del Regno d'Italia. Dopo la conversione in Ospedale Psichiatrico Giudiziario nel 1975, chiude definitivamente nel febbraio del 2017;
- Reggio Emilia, nato come convento nel 1675, perderà la sua natura conventuale ad opera di Napoleone Bonaparte nel 1797, per poi trasformarsi in carcere ventiquattro anni più tardi. Grazie alla sua edilizia militare ed alle alte mura, fu individuato come il luogo ideale all'istituzione del secondo manicomio giudiziario d'Italia nel 1892. L'istituto viene riconvertito a Casa Circondariale, in modo definitivo, nel maggio 2016;
- Napoli – S. Efremo, nato, nel 1572, come monastero dei Frati Cappuccini napoletani, venne quasi completamente distrutto da un incendio nel 1840 e sul finire di quello stesso secolo, ristrutturato come carcere. Nel 1923 nacque, tra quelle mura un nuovo manicomio criminale. A causa di problemi strutturali e dell'inagibilità l'istituto inizia lo sgombero nel 2000, chiuso definitivamente qualche anno più tardi, i residenti verranno spostati

presso un'altra struttura napoletana, chiusa successivamente nel dicembre 2016. Il primo Opg a chiudere i battenti;

- Barcellona Pozzo di Gotto (ME), l'istituto si erge nel post-terremoto del 1908, con la specifica funzione di contenere i "pazzi criminali". Il 1925 è l'anno di inaugurazione dell'istituzione, erano gli anni del fascismo, sull'onda della rinascita sociale italiana finalizzata alla difesa della razza, per ragioni anche pretestuose si poteva facilmente finire in manicomio. Nonostante la legge 9/2012, che disponeva la chiusura di queste strutture, il 2017 è l'anno della definitiva conversione da Ospedale Psichiatrico Giudiziario a Casa Circondariale;
- Castiglione delle Stiviere (MN). Anch'esso aperto come manicomio giudiziario nel 1939, è l'unico, tra questi istituti, ad aver ospitato esclusivamente donne con modalità di natura terapeutica. Si è sempre, infatti, contraddistinto per l'assenza della Polizia Penitenziaria dentro le mura. L'istituto, vista l'alta funzionalità riabilitativa viene riconvertito in una pluralità di Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (Rems) nei primi mesi del 2015;
- Aversa (CE), fu il primo carcere italiano ad aprire una sezione per malati mentali nel 1876, riconvertito interamente in Ospedale Psichiatrico Giudiziario nel 1955. Oggi convertito a casa circondariale, dal 2016.

La mia ricerca riguarderà l'istituzione Manicomio Giudiziario in toto, con tutti i suoi stravolgimenti ed iter giudiziari ma il mio campo di ricerca specifico è stata l'attuale Casa Circondariale Vittorio Madia, ex Manicomio Giudiziario, ex Ospedale Psichiatrico Giudiziario, un vero e proprio quartiere situato nel comune di Barcellona Pozzo di Gotto, in provincia di Messina. Un ambiente chiuso, un luogo

esotico, un'isola piccola e stretta che taglia i suoi abitanti lontano dal continente dove si svolge la vita normale. Il malato che sta in un reparto ospedaliero [o in un carcere] riceve solo un'eco lontana del mondo che scorre fuori e i suoi stessi parenti

e/o amici che vengono a trovarlo, si sentono, e spesso vengono vissuti, come stranieri rispetto al suo problema della cura [o detenzione]².

In questa sede mi sono posta l'obiettivo di rielaborare dei documenti e ricostruire i fatti storici attraverso testimonianze più o meno dirette, allo scopo di dar voce a chi quelle mura le ha abitate.

In fase progettuale, mi ero limitata all'idea di una ricostruzione delle narrative autobiografiche dei detenuti/pazienti, basandomi sul materiale che presumibilmente avrei trovato in archivio: «documenti che possono essere di grande aiuto all'etnografo, per le sorprese che riservano, per le verifiche che consentono, per i silenzi che sono in grado di svelare»³.

A seguito di ben tre anni di ricerca, vissuta gomito a gomito con il personale dell'istituto, ho ritenuto necessario produrre un elaborato di più ampio respiro, restando fedele alle progettualità iniziali, ma dando voce non solo ai reclusi ma anche a coloro che si definiscono “pazzi” ironicamente, a causa o grazie ai lunghissimi anni di servizio trascorsi dietro quella recinzione. A quasi cento anni dalla nascita dell'istituto, ho interpretato questo mio lavoro, come un documento dal quale ripartire per conoscere la particolarissima storia di questa struttura e di questo territorio; per gettare luce su queste istituzioni pressoché sconosciute se non per le indagini ed inchieste parlamentari che ne hanno dato, spesso, un'immagine imprecisa, dissacrante ed a volte, ingiusta. Basti pensare alle parole dell'allora Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano che, nel 2012, durante il messaggio di fine anno alla nazione, definì gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari come: «autentico orrore indegno di un paese appena civile»⁴. Sebbene molti errori e molti orrori, siano stati compiuti in quegli anni, vedi, ad esempio, la tragica morte di Antonia Bernardini, trapassata nel dicembre del '74 a causa di un incendio dal quale non poté scappare perché legata al letto di contenzione; è anche vero che gli Opg hanno visto avvicinarsi tantissimi professionisti che, con

² Rose Laub Coser, *Life in the Ward*, Michigan State University Press, East Lansing, 1962

³ Barbara Sorgoni e Pier Paolo Viazzo, *Documenti*, in (a cura di) Cecilia Pennacini, *La ricerca sul campo in antropologia. Oggetti e metodi*, Carocci Editore, Roma, 2010, p. 341

⁴ Giorgio Napolitano, *Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica*, 2012, min. 15:10, in <https://www.youtube.com/watch?v=hq1fZV46OE>, 08/03/2020

mezzi quasi inesistenti, sono riusciti a rendere questi luoghi, se non altro, vivibili per coloro che conoscevano l'istituto come la loro unica vera casa.

Per raggiungere gli obiettivi prefissatimi, mi sono avvalsa dei metodi della ricerca etnoantropologica. Una vera e propria ricerca sul campo vissuta in termini sincronici e diacronici allo stesso tempo.

La ricerca diacronica ha riguardato, inevitabilmente, la ricostruzione di tutti gli eventi storici che hanno influenzato il Manicomio Criminale, strettamente connessi con l'economia, il diritto e le realtà sociali che hanno interessato il territorio nel corso del tempo. La mia *immersione* nei fatti storici si è espressa anche nell'analisi dei documenti d'archivio rappresentazione delle attività dell'istituto totalizzante ma allo stesso tempo testimonianza del vissuto autobiografico del detenuto, un malato non necessariamente psichiatrico, quanto piuttosto “sociale”, in un contesto dove: «social suffering and illness overlap, not entirely, but substantially. Economic depression and psychological depression and societal demoralization/anomie are systematically related»⁵.

L'analisi di questi documenti mi ha permesso di raccogliere una grande quantità di materiale, in primis le cartelle cliniche ed i documenti giudiziari ma anche più intime produzioni personali come foto, lettere e poesie. Questi documenti sono stati importantissimi per raccontare il tessuto sociale, le singole storie dei detenuti, ma allo stesso tempo comprendere alcune particolari dinamiche operate dallo Stato (i documenti analizzati riguardano gli anni dell'avvento del Fascismo – dall'apertura del Manicomio Giudiziario nel '25, al 1940). Ho letto e riletto ogni documento considerandomi come parte integrante di quella realtà, documentandomi circa le leggi indici del reato, interpretando quelle parole come frutto di una sorta di intervista.

Allo stesso tempo ho operato in termini sincronici, seguendo le attività dell'amministrazione e cercando di carpire informazioni di prima mano circa gli eventi critici. Innanzitutto ho osservato ogni aspetto del contesto circostante; questa è stata la mia prima esperienza presso un'istituzione carceraria ed ogni attività considerata dagli addetti ai lavori normale, era,

⁵ Arthur Kleinman, *Medical Anthropology and Mental Health: Five Questions for the Next Fifty Years*. In (a cura di) Marcia I. Inhorn ed Emily A. Wentzell, *Medical anthropology at the intersections. Histories, activism, and futures*, Duke University Press, Durham, 2012, p. 182

per me, fonte di straniamento, basti pensare alla prassi operata, presso queste strutture, per accreditare il proprio ingresso. Ovviamente sempre con me il mio diario, dove ogni aspetto di queste “stranezze” è stato sempre appuntato. Stravaganze che, in breve tempo, sarebbero diventate la mia quotidianità. Inoltre, per quasi due anni, la mia attività di spoglio dei documenti d’archivio, si è svolta presso un ufficio dell’istituto, dandomi, spesse volte, l’occasione di seguire le dinamiche di lavoro e partecipare, sebbene indirettamente, a molte delle attività interne. In questo caso, essere completamente estranea alle dinamiche dell’istituzione carceraria mi ha permesso di poter osservare, scevra da ogni tipo di pregiudizio o opinione, diverse pratiche, come quelle gestionali o trattamentali e carpirne alcuni aspetti.

A questi atti di partecipazione “collaterali” ho associato una serie di interviste alle personalità di spicco che hanno vissuto quelle mura; cercando di raccogliere la totalità dei punti di vista professionali, dallo storico Direttore N. Rosania alla psichiatra, passando per la Polizia Penitenziaria e gli insegnanti. Una serie di conversazioni semi-strutturate che mi hanno consentito di percepire la vita in Ospedale Psichiatrico Giudiziario, quella presso la Casa Circondariale e capirne le dinamiche della conversione; dischiudendo un ambito conoscitivo estremamente personale, lontano dalle documentazioni ufficiali, utilissimo per una comprensione a tuttotondo di questa particolarissima realtà. La scelta dell’intervista semi-strutturata non è certo casuale, perché mi ha permesso di ottenere una risposta a dei quesiti fondamentali, lasciando ampio spazio a dei flussi di coscienza; ai quali i miei interlocutori, si sono spesso lasciati andare, raccontando tante piccole esperienze di vita quotidiana. La soggettività, così espressa, di ogni singolo intervistato, unita alle altre, ci permette di osservare un quadro complesso pregno di iniziative, impegno e tensioni. Un contesto in cui ogni astante ha qualcosa da raccontare e spesso, lo stesso episodio, assume connotazioni differenti.

Pensare di raccontare un’istituzione così antica e radicata nel territorio, limitandosi ad un unico aspetto d’indagine ne avrebbe, a mio avviso, creato una svilente banalizzazione. Un unico criterio metodologico non può presumere di esaurire un intero campo di conoscibilità; è per questo che ho scelto di integrare una pluralità di prospettive con l’obiettivo di dare una visione più articolata possibile. In quest’ottica, mio malgrado, mi

preme sottolineare che, mancherà al lettore, l'aspetto comparativo: questo lavoro, ci aprirà solo le porte dell'ex Opg di Barcellona Pozzo di Gotto.

Questa mia introduzione si concluderà tenendo presente un ultimo aspetto: gli ostacoli endogeni del campo di ricerca in questione e come questi siano stati coadiuvati dalle eccezionali condizioni emergenziali degli ultimi anni.

Fare ricerca in carcere, infatti, non è esente da difficoltà, rischi ed ostacoli. Come sostiene la Dott.ssa Giuseppina Casale che, recentemente si è trovata ad affrontare le mie stesse problematiche, esistono

tre ordini di motivi [che] concorrono nel limitare l'accesso agli istituti [penitenziari]: innanzitutto, il sociologo [così come lo storico o l'antropologo] non è una figura prevista dall'ordinamento penitenziario in funzione rieducativa e risocializzante, essendo l'area trattamentale monopolizzata dai saperi psicologici e dell'assistenza sociale; in secondo luogo, le diffidenze dell'amministrazione penitenziaria nei confronti della ricerca sociale, interpretata come un'indebita intrusione di campo invece che come risorsa; infine, i tagli ai finanziamenti per la ricerca, che ricadono sulle aree di studio più marginali, sovente determinate dallo status degli attori che in esse agiscono ⁶.

Quelli espressi dalla collega, sono i principali motivi che hanno fatto dell'Italia un paese in cui la ricerca carceraria è pressoché assente, se paragonata al volume delle ricerche prodotte all'estero, in particolare negli USA. Come quelle della Casale anche le parole del Dott. Quarta mi provocano una sorta di *déjà vu* quando afferma che gli operatori dell'Opg di Montelupo:

erano in uno stato perenne di allerta. Credo che molti di loro, lungamente, forse fino alla fine della mia ricerca, mi abbiano sempre visto come un intruso pericoloso, una specie di giornalista d'inchiesta, qualcuno che era lì per "osservare" – cosa che spesso si traduceva nel meno piacevole verbo "spiare" – e che avrebbe restituito, oltre il muro di cinta, un'immagine ormai ben nota dell'OPG. Miseria, abusi, violenze, maltrattamenti, degrado. Tutto ciò non rendeva l'ambiente sempre confortevole e aperto. Mi sentivo costantemente sotto esame, osservato a distanza. Uno sguardo sgradevole e diffidente ⁷.

⁶ Giuseppina Casale, Le difficoltà di accesso al carcere e i limiti alla ricerca qualitativa, *Culture e Studi del Sociale*, 4(1), 2019, p. 80

⁷ Luigigiovanni Quarta, *Resti tra noi. Etnografia di un manicomio criminale*, Meltemi, Roma, 2019, p. 144

Difficoltà comuni in grado di appianarsi con il tempo (come nel caso di Quarta), o accavallarsi con delle altre: nel mio caso, infatti, l'ostacolo principale fu determinato dall'essermi approcciata ad una realtà istituzionale non solo chiusa, ma in piena fase di transizione.

Il mio progetto per il Dottorato di Ricerca nacque in virtù di una convenzione tra l'Università degli Studi di Messina e l'Ospedale psichiatrico giudiziario Vittorio Madia che, dal 2017, avevano stipulato un protocollo d'intesa atto a permettere la ricerca tra quelle mura, con specifico interesse nei confronti dell'archivio storico. Un'ottima base di partenza atta a bypassare tutta le serie difficoltà comunemente legate all'accesso nelle istituzioni penitenziarie, ma un documento debole se inserito all'interno di una cornice interpretativa in cui l'istituto in questione stava vivendo una serie di grossi stravolgimenti legali ed organizzativi: il passaggio da Opg a Casa Circondariale, il cambio di direzione, l'avvento di un nuovo ordine legale-amministrativo non più normato e diretto da un unico Ministero.

In passato, infatti, negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, sebbene sotto la giurisdizione del Ministero della Giustizia, veniva lasciato un margine decisionale abbastanza ampio ai Direttori che operavano al fine di migliorare la funzionalità dell'istituto promuovendo protocolli ed iniziative a volte inusuali, basti vedere le attività promosse da Franco Scarpa presso l'Opg di Montelupo Fiorentino o dello stesso Nunziante Rosania a Barcellona. Superata questa fase, gli "storici" Direttori di queste strutture, hanno lasciato spazio a dei nuovi professionisti, reduci da esperienze estremamente diverse e per questo costretti, coadiuvati anche dalle ristrettezze dell'istituzione carceraria, ad accogliere ogni proposta "d'innovazione" ma solo previa autorizzazione della direzione centrale. Dei formalismi che, a differenza del passato, tendono a limitare il margine d'azione di funzionari e direttori; limiti ancor più marcati per tutti gli operatori "esterni" come volontari e ricercatori, tradottisi, il più delle volte, in periodi di stasi in attesa delle dovute autorizzazioni.

Quello relativo alle tempistiche ed alle incombenze burocratiche era un problema che, realisticamente, avevo preventivato di dover affrontare conscia del contesto estremamente formalizzato nel quale avrei dovuto lavorare; più complesse ed inimmaginabili le modalità con le quali mi avrebbero permesso l'accesso ai documenti d'archivio.

Essendo l'archivio pregno di documenti dal grande valore storico e contenenti un'enorme quantità di dati sensibili, non mi è stato mai permesso di recarmi in autonomia e mai per tempi troppo lunghi, solo ciò che bastava per recuperare i faldoni di mio interesse e portarli negli uffici amministrativi dove, sotto "sorveglianza" avrei potuto leggere ed estrapolare tutte le informazioni utili. Queste modalità, motivate da una giustificata forma precauzionale, hanno, però, notevolmente limitato la mia attività di ricerca, a causa di una serie di banalità (avere un calendario estremamente limitato, potermi recare in archivio solo una volta al giorno, non poter comparare materiali letti magari un mese prima con i nuovi, non poter scannerizzare i documenti), che sovrapposte una sull'altra hanno duplicato le tempistiche di spoglio. Approcciarsi a questi continui stop e riprese non è stato facilissimo ma sfruttando il mio spirito d'adattamento e mantenendo sempre aperti i canali di comunicazione con i miei referenti, sono riuscita a districarmi tra le diverse incombenze legate, per lo più, alla vita dell'Istituzione carceraria: dai fatti leggibili sulla cronaca cittadina alle giornate dedicate al Magistrato di Sorveglianza piuttosto che alle riunioni o ai corsi di aggiornamento.

Essendo l'accesso all'archivio l'ostacolo principale, l'intreccio delle mie difficoltà pratiche si sviluppò da un unico nodo centrale: la necessità di un dipendente che potesse, a scapito dei suoi impegni lavorativi, trovare il tempo di scortarmi presso l'archivio. È stato necessario un alleato che, fortunatamente trovai senza grossi sforzi, il Dott. Michele Pizzino, funzionario della professionalità giuridico-pedagogica, quelli che una volta (ma ancora oggi) venivano denominati come "educatori"; l'unico ad aver abbracciato pienamente il progetto, tanto da rendersi indispensabile alla mia ricerca, un po' come la figura dell'aiutante, nelle più classiche ricerche antropologiche.

Infine, non posso non menzionare, forse, il più grande degli ostacoli per chi ha fatto ricerca, non in carcere ma, in generale, dal 2020. Mi riferisco alla pandemia da Sars-Cov-2 che oltre ad aver rappresentato un'importante pagina della storia in divenire, ha brutalizzato e privato tutti i ricercatori del mondo, di un aspetto fondamentale: il campo di ricerca. Sebbene l'idea dello Smart Working abbia entusiasmato alcuni, ristretto degli altri o snellito una pluralità di pratiche, per noi ricercatori sociali ha generato solo smarrimento ed incertezza; dover stare fisicamente distanti

dal campo rende impossibile questo tipo di lavoro, ancor più in un contesto come quello carcerario che, a causa delle restrizioni legate alla pandemia, è stato uno dei primi ad “esplodere” nelle proteste, impossibilitando, spesso, gli stessi dipendenti. L’eccezionalità degli eventi ha comportato, nel mio caso specifico, una lunga sosta dal lavoro di spoglio, un arco temporale non da sottovalutare; e sebbene sia stata la distanza dal campo il problema fondamentale, va da sé che sorga quello collaterale delle tempistiche. Ormai abituata a periodi di stasi e blocchi delle attività, endemici del mio terreno di ricerca⁸, sebbene deprivata del campo per parecchio tempo, ho fatto tesoro di tutte le ore in cui mi è stato consentito l’accesso ai documenti. Ho cercato di raccogliere quante più informazioni e contenuti possibili, in quelle occasioni che sono state, sempre più considerate come un privilegio, sfruttando ogni singolo secondo, apprendendo da ogni singola parola; cosciente che ad ogni visita, non avrei saputo quando sarebbe stata la prossima. Una palestra che mi è stata indispensabile quando l’emergenza sanitaria ha fatto capolino nel nostro paese.

⁸ Per sua natura, l’ambiente carcerario è teatro di continui avvenimenti, più o meno tragici, che rendono difficoltosa l’attività degli operatori, ancor più l’accesso alle strutture per il personale esterno. A tal proposito cito solo alcuni articoli, a testimonianza delle difficoltà nelle quali ci si può imbattere:

- Lina Bruno, *Messina: nuovi guai ma stessi cronici problemi per la Casa circondariale di Barcellona*, Quotidiano di Sicilia, 8 giugno 2019, in http://www.ristretti.org/index.php?option=com_content&view=article&id=80330:messina-nuovi-guai-ma-stessi-cronici-problemi-per-la-casa-circondariale-di-barcellona&catid=220:le-notizie-di-ristretti&Itemid=1 , 07/01/2021;
- Redazione, *Barcellona Pozzo di Gotto (Me). Detenuto 20enne muore suicida nell'ex Opg*, [ilsicilia.it](http://www.ristretti.org/index.php?option=com_content&view=article&id=82929:barcellona-pozzo-di-gotto-me-detenuto-20enne-muore-suicida-nell'ex-opg&catid=220:le-notizie-di-ristretti&Itemid=1), 17 settembre 2019, in http://www.ristretti.org/index.php?option=com_content&view=article&id=82929:barcellona-pozzo-di-gotto-me-detenuto-20enne-muore-suicida-nell'ex-opg&catid=220:le-notizie-di-ristretti&Itemid=1 , 07/01/2021;
- Redazione, *Tentata evasione dal carcere di Barcellona: i dettagli sulla cattura*, [Poliziapenitenziaria.it](https://www.poliziapenitenziaria.it/tentata-evasione-dal-carcere-di-barcellona-i-dettagli-sulla-cattura/), in <https://www.poliziapenitenziaria.it/tentata-evasione-dal-carcere-di-barcellona-i-dettagli-sulla-cattura/>, 07/01/2021

Il manicomio criminale in Italia

Come accennato in precedenza, nel corso della storia, spesso, imponenti istituzioni, pratiche sociali e leggi statali si sono realizzate prescindendo un'ufficiale codificazione in termini morali piuttosto che legali. La storia dei manicomi criminali, manicomi giudiziari, claustru o Ospedali Psichiatrici Giudiziari ne è il perfetto esempio.

Innanzitutto va sottolineato come lo stesso concetto di follia, di malattia mentale oggi sia radicalmente cambiato rispetto a quello che ne avevano psichiatri e giuristi alla fine del diciannovesimo secolo quando, in Italia, emerse presuntuosamente l'esigenza di una terza via per una particolare categoria di disturbi mentali, non facilmente collocabili nelle classiche categorie interpretative. Una realtà aggiuntiva che potesse sopperire alle esigenze di un sistema carcerario inadatto alla cura dei soggetti più sensibili; rispondere alle necessità dei sovraffollati manicomi civili; proteggere la società civile dal "pericolo" legato ai prosciolti per infermità mentale.

Proprio su questo ultimo punto, gli psichiatri dell'epoca si sono battuti affinché potessero essere contenuti i così detti "pazzi morali", l'insieme di persone dalla condizione giuridica dubbia, tutti gli autori di reato che occupavano una "zona intermedia". Lo stesso Cesare Lombroso, padre della disciplina criminologica in Italia, sebbene avesse posizioni molto ferme su ciò che andava auspicato e ciò che andava aborrito, fu perentorio nell'affermare che anche l'occhio più esperto avrebbe avuto serie difficoltà a discernere, qualora si fosse imbattuto nella suddetta zona intermedia; concetto sottolineato da molti altri alienisti tra cui l'allievo Enrico Ferri che riassumeva la problematica affermando che:

non tutti possono giudicare o stabilire quando un uomo è pazzo o no, perché vi è la legge del passaggio graduale da una forma all'altra. Vi sono zone intermedie a cagione delle quali uno non si può dire del tutto pazzo né del tutto sano, mentre i giudici ed i giuristi vogliono dal perito che tagli la realtà con taglio netto; e il perito risponde: ma quest'uomo è in parte sano, in parte malato, perché è in parte squilibrato nelle sue funzioni, in parte no⁹.

⁹ Enrico Ferri, *Studi sulla criminalità*, Utet, Torino, 1926, p. 341

Non a caso molti illustri esperti dell'epoca, furono restii nell'attribuire alla follia morale piena cittadinanza tra le malattie mentali, considerandola, piuttosto, come una forma di follia parziale, non completa perché innestata su di un soggetto mosso prevalentemente dalla ragione; categorie squisitamente morali come la "cattiveria" trovavano difficile collocazione in campo giuridico, nel determinare l'imputazione piuttosto che il rilascio. Interpretata come una forma di follia lucida, una lesione della volontà in assenza di delirio, la follia morale

giungeva a mettere in crisi la logica dell'internamento manicomiale. Un senso morale perverso, fonte di un'infinita serie di comportamenti violenti e antisociali, pur in presenza di un intelletto perfettamente lucido, avrebbe avuto bisogno di una reclusione perpetua in una struttura diversa sia dal semplice manicomio sia dal carcere¹⁰.

Partendo dalla terminologia appare evidente quanto questa realtà sia complessa. Spesso poco indagata, la realtà carceraria, intersecata al concetto di malattia mentale, necessita l'approfondimento di una pluralità di concetti, atti a districare la matassa che la sottende. Nelle prossime pagine leggeremo del dibattito intellettuale della classe psichiatrica, che ha accompagnato la nascita e la crescita di questi istituti; leggeremo dei tentativi parlamentari nel legiferare su una materia tanto articolata dalla sua origine al declino, passando per la storia dei manicomi civili italiani.

1.1. I claustrici: il dibattito psichiatrico

La parola claustro può avere una pluralità di connotazioni a seconda del contesto indagato; in questa sede, è associata ad uno spazio chiuso, circoscritto, un recinto, una prigione; con claustro, forse non a caso, si intende anche una lamina del cervello comunemente deputata alla coscienza. Proprio per questo, Andrea Verga, fondatore e Presidente della Società Freniatria Italiana, nel 1877, riteneva questa terminologia come la più adatta a definire ciò che tra manicomi e prigioni si sarebbe dovuto trovare a metà strada. La scelta di questa denominazione fu dettata dal desiderio di abbandonare l'epiteto "criminale", considerato come ingiusto

¹⁰ Gaddomaria Grassi, Chiara Bombardieri, *Il policlinico della delinquenza*, FrancoAngeli, Milano, 2016, p. 30

e stigmatizzante per individui infermi, prima che delinquenti. Nonostante l'alto profilo di Verga, la sua proposta non venne mai seriamente presa in considerazione, la definizione "casa di custodia sanitaria" proposta dall'eminente collega Augusto Tamburini accolse un gran numero di consensi, anche questi, però, disattesi dalle scelte operate in ambito legislativo.

A prescindere dalla denominazione i freniatri, alienisti, psichiatri italiani della fin de siècle dovettero affrontare una pluralità di aspetti, in primis di ordine pratico e solo secondariamente in ambito scientifico e terapeutico. Infatti già dal settembre del 1876 era stata istituita una prima "Sezione per maniaci" ad Aversa, per rispondere ad una necessità ma senza alcun tipo di regolamentazione legale né trattamentale. Un primo timido tentativo di risposta alle richieste degli psichiatri, ed alle esigenze degli istituti di pena che necessitavano di essere alleggeriti da quei detenuti difficili da gestire, alienati che non potevano essere collocati presso i comuni manicomi civili a causa della loro pericolosità sociale.

In assenza di una reale regolamentazione questo istituto ed in seguito i suoi simili, si sovraffollarono di "scarti carcerari". Gaspare Virgilio, alienista e Direttore del claustro di Aversa (1904 - 1907) scrisse:

a me accade ogni giorno di constatare che al manicomio giudiziario vengono inviati individui assolutamente scemi, dementi cronici, inoffensivi, i quali potrebbero benissimo essere assistiti nelle case di pena [...] È pertanto da stigmatizzare come riprovevole la leggerezza colla quale si sospingono ora al manicomio giudiziario individui che vengono a provocarvi fastidi e preoccupazioni, facendo loro raggiungere lo scopo di sfuggire ai rigori del regime carcerario [...] pazzi inoffensivi che potrebbero essere governati altrimenti ¹¹.

Il manicomio giudiziario inteso come un ricettacolo di indesiderabili, di soggetti difficili da interpretare, di autori di piccoli reati ma così malati da essere condannati ad ergastoli immotivati ma inevitabili.

La popolazione di questi istituti, così intesa, non era certo opera dell'intelligenza italiana che, al contrario, si era espressa diversamente, ma non sempre in piena chiarezza, sul tipo di alienato che avrebbe dovuto

¹¹ Gaspare Virgilio, *Le origini e le vicende del Manicomio Giudiziario di Aversa*, Rivista di discipline carcerarie, parte I, n. 25, 1900, p. 361

soggiornare presso i manicomi giudiziari. Lombroso si impegnò nella stesura di un vero e proprio elenco:

1) tutti i servi di pena impazziti e con tendenze pericolose [...] dopo trascorso lo stadio acuto del male. 2) Tutti gli alienati che, per tendenze omicide, incendiarie, pederastiche vennero sottoposti a inquisizione giudiziaria, restata sospesa per la riconosciuta alienazione. 3) Tutti quegli imputati di crimini strani, atroci, senza un movente chiaro, o con un movente sproporzionato al delitto. 4) quelli che furono spinti al delitto da un'abituale, evidente infermità come: pellagra, alcoolismo, isterismo, malattie puerperali, epilessia [...] 5) Gli alienati provenienti dalle carceri, che notoriamente passarono una parte della loro esistenza nei vizi e nei delitti [i così detti "pazzi morali"]¹².

Così descritta, la popolazione del manicomio giudiziario si presentava come estremamente variegata e dalle specifiche caratteristiche anche se non scevra da critiche; in particolare il terzo punto suscitava non poche perplessità dovute alla rinuncia del Lombroso, a qualsiasi parametro diagnostico spostando l'attenzione sul reato, non prodotto dalla follia ma sintomatico di quest'ultima, un'idea certamente audace e proprio per questo controversa. Nonostante fossero così discusse, le sole parole del Lombroso, potevano riuscire a rispondere a tutte le domande postesi dai colleghi dell'epoca? Ovviamente, risultarono insufficienti a fronte di una disquisizione molto più ampia che avrebbe riguardato il punto nodale della questione epistemologica: il manicomio giudiziario sarebbe stato destinato ai "rei folli" o ai "folli rei"?

Prima di entrare nel dibattito intellettuale, occorre fare una doverosa precisazione su questa terminologia, non certo comune per i non addetti ai lavori. Dal latino *rēus*, con il termine "reo" indichiamo il colpevole, responsabile, parte in causa, imputato o accusato di un data azione o crimine; l'ordine con cui viene accostato tale termine alla parola folle, ne determina due accezioni profondamente diverse. È un "reo folle" colui che a seguito della commissione di un crimine, a causa di quest'ultimo o a causa delle dure condizioni detentive, subisce un trauma psicologico tale da determinarne una malattia psichiatrica, in breve, diviene folle. È, invece un "folle reo" colui che induce nell'atto criminoso inconsapevole delle sue

¹² Cesare Lombroso, *Delitto, genio, follia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000, p. 156

azioni perché mosso dall'obnubilamento delle facoltà intellettive in quanto folle.

Una posizione che vedeva concordi tutte le illustri personalità alieniste dell'epoca, riguardava la necessità di istituti come i claustri, ed il fatto che questi dovessero accogliere tutti coloro che affidati al carcere, impazzivano durante l'espiazione della propria pena. La permanenza in carcere di tali soggetti, veniva interpretata come una forma di ingiustificata violenza; a tal proposito, Serafino Biffi, una delle voci più forti in questo dibattito, asseriva che:

a modo di un cieco che inciampa in ogni passo, quei sciagurati cadono ad ogni tratto in mancanze, che tirano loro addosso castighi: e nelle celle di punizione, sottoposti a privazione di aria, di luce, di moto [...] vanno sempre più aggravando la malattia mentale ¹³.

I rei folli, dunque. Soggetti impossibilitati all'omologazione ed alla rigidità dalle pratiche carcerarie, troppo delinquenti per poter essere internati nei manicomi civili tra alienati estranei alle abitudini ed ai costumi della "malavita", consolidati nell'esperienza carceraria.

Un problema diverso era rappresentato dai folli rei, dove la situazione medico –giuridica era, se è possibile, ancora più intricata. Il folle reo poteva essere prosciolto per infermità di mente durante il processo, consentendone l'internamento in un manicomio comune; diversamente, qualora la malattia non fosse stata riconosciuta in prima istanza, si sarebbe arrivati ad una completa assoluzione dell'imputato, alla fine del processo, impedendone l'internamento e abbandonando il soggetto in libertà: questi, presumibilmente, in quanto folle, avrebbe potuto indugiare nuovamente negli stessi errori, con grave pericolo per la società civile. Questa doppia via lasciava ampio spazio ad errori giudiziari che avrebbero potuto ledere all'individualità del reo bisognoso di cure o alla società quando il reo necessitava di un'emissione di misura di sicurezza. Immeritevoli del carcere e difficilmente gestibili all'interno dei manicomi a causa delle loro esigenze custodiali, anche questa specifica categoria di individui necessitava di una struttura terza che potesse contenerli, almeno secondo

¹³ Serafino Biffi, *Provvedimenti che occorrerebbero in Italia per i delinquenti divenuti pazzi*, Rendiconti del Regio Istituto Lombardo Scienze, Lettere e Arti, 1872, pp. 583 – 584

parte delle voci in gioco, Lombroso tra tutti. Altri, come Biffi o Virgilio sostenevano che prosciolti ed assolti dovessero essere curati in speciali reparti dei manicomi comuni, così come i rei folli troppo malati da poter sopravvivere in una condizione carceraria, dovessero essere accuditi nelle infermerie delle residenze penali, rifiutando fermamente l'utilizzo esteso dei claustri per ogni situazione scomoda ma contenibile. La terza via, per questi ultimi, era destinata esclusivamente a tutti i rei folli dall'indole criminosa, divenuti infermi tra le mura del carcere ed in presenza di problemi gestionali eccezionali.

Quella zona d'ombra, di cui sopra, viene nuovamente messa in gioco come asse portante dell'intera progettualità dei manicomi criminali: sono i pazzi morali, i pervertiti, i sospetti di simulazione e tutti coloro dalla dubbia posizione giuridica e psichiatrica ad essere destinati alle mura dei claustri. Tutti i casi in cui il perito alienista si fosse trovato in difficoltà, di volta in volta, avrebbero rappresentato un nuovo letto in queste strutture. Una soluzione poco pratica ma considerata come quella moralmente più corretta da esponenti come Verga ed Antonio Berti che esprimeva la bontà di tale decisione basandosi sull'idea che «i limiti che separano la ragione dalla follia non sono noti e [...] noi non possiamo sempre dire “questi è sano, questi è pazzo”»¹⁴. Questo punto, fu apertamente sostenuto anche dai giuristi che intravedevano nella semi – responsabilità una via d'uscita alla drammatica dicotomia tra la forza e l'assoluzione per l'infermità di mente.

Tutte queste illustri posizioni si incontrarono/scontrarono durante il Congresso della Società Freniatria Italiana, nel 1877 ad Aversa, città di riferimento per il tema che si intendeva trattare. A conclusione di ogni tipo di discussione si convenne che

manicomio, carcere e manicomio criminale venivano a costituire un circuito custodialistico – assistenziale, nel quale il terzo elemento era chiamato a risolvere le carenze di offerta dei primi due [...] All'interno di questo circuito, il Manicomio Criminale trovò la propria principale definizione su entrambi i versanti, sulla base di un criterio di gravità, nell'essere quindi un'istituzione destinata alla gestione dell'“eccedenza”, sia essa nell'eccessiva gravità della follia nei rei folli o

¹⁴ Antonio Berti, *Pazzia e omicidio: pareri medico legali*, Fontana-Ottolini, Venezia, 1876, pp. 467 – 468

l'eccessiva gravità del delitto nei folli rei, nonché nel garantire una risposta a metà strada a coloro sulla cui condizione di follia non era possibile giungere a certezza¹⁵.

Un piccolo passo in avanti era stato fatto; parlarne, preventivare soluzioni e come applicarle si presentava come una scelta obbligata per i freniatri che, presto e contestualmente portavano avanti la questione “nascita manicomi criminali” tra i giuristi ed i politici che, di lì a breve, sarebbero stati chiamati a compiere delle scelte.

Forse non proprio tutti gli illustri partecipanti al Congresso, restarono pienamente soddisfatti dalle conclusioni a cui la maggioranza era giunta. Non sapevano che, per molti di loro, le aspettative sarebbero state disattese per decenni.

1.2. Il manicomio giudiziario: “cent’anni” di legislazione

Sebbene gli alienisti abbiano prodotto molte parole, la concretizzazione di queste, poteva realizzarsi solo in seguito al passaggio presso le Camere. A posteriori è facile capire come, in realtà, i manicomi criminali siano stati regolamentati, quasi esclusivamente dalle esigenze dell’Amministrazione Penitenziaria piuttosto che da fulgide iniziative politiche o ragionati dibattiti psichiatrici. Le ragioni di ordine pratico hanno sempre sobbarcato gli intellettualismi di qualsiasi forma anche se,

nella più che secolare storia del manicomio criminale in Italia, comunque, esso avrebbe dato prima o poi, e sulla base di provvedimenti formali o solo nella sostanza, risposta a tutte le aspettative eterogenee che ne avevano accompagnato la gestazione, ma sempre in modo incompleto e inadeguato¹⁶.

Parlare della legislazione che ha accompagnato i manicomi giudiziari dalla loro origine alla loro chiusura non è certo facile dato che, soprattutto nella loro fase gestazionale, bisogna districarsi tra singole proposte di legge con le loro eventuali revisioni, modifiche del Codice Penale e Regi Decreti; procederemo in ordine diacronico così da ottenere un quadro quanto più chiaro possibile.

¹⁵ Gaddomaria Grassi, Chiara Bombardieri, *Il policlinico della delinquenza*, FrancoAngeli, Milano, 2016, p. 44

¹⁶ Ivi, p. 64

Era il dicembre del 1875 quando il dibattito parlamentare sui manicomi criminali venne aperto per la prima volta, ad opera del deputato Francesco De Renzis, personalità di spicco tra i salotti letterari italiani, quest'ultimo, forse mosso da una particolare sensibilità, ritenne necessario iniziare un'attività d'indagine per la formulazione di iniziative legali. L'anno successivo una Commissione Parlamentare venne incaricata di riformulare gli aspetti attinenti l'imputabilità del Codice Penale del Regno d'Italia; facciamo riferimento agli artt. 61 e 62:

non è imputabile di reato colui che, nel momento in cui commise il fatto, era in tale stato da non avere la coscienza di delinquere, ovvero vi fu costretto da una forza alla quale non poté resistere.

Colui al quale l'infermità di mente, o la forza esterna, non tolse del tutto, ma scemò grandemente la coscienza degli atti, o la possibilità di resistere, è imputabile: ma la pena è diminuita da uno a cinque gradi ¹⁷.

Nessun accenno ai manicomi giudiziari. Nemmeno l'espedito, dell'anno successivo, di Giovanni Nicotera, allora Ministro dell'Interno, ebbe mai un seguito: il Ministro aveva formulato un progetto di legge in cui ogni manicomio civile avrebbe previsto dei comparti speciali per rei folli e, in particolare, una sezione per alienati criminali inviati in manicomio per un'osservazione.

Il tentativo successivo, del 1881, venne formulato da Agostino Depretis con il preciso intento di istituire, anche formalmente, i manicomi criminali grazie ad un progetto di legge intitolato "*Sugli alienati e sui manicomi pubblici, privati e criminali*". Il ricovero nei manicomi giudiziari era, in questa sede, stato pensato non solo per coloro che fossero impazziti nel corso della detenzione ma anche per i folli rei. Questi ultimi avrebbero potuto esservi ricoverati con ordine del tribunale, qualora, sentiti almeno due alienisti, ne fosse risultata la pericolosità sociale. Il progetto fu pienamente approvato dalla classe psichiatrica, tanto da portare il Lombroso (1881) a definirlo "una proposta di buonsenso". Nonostante i consensi raccolti da più parti, il progetto di legge non venne mai approvato, nemmeno nella sua seconda stesura, corretta del 1884.

I primi veri provvedimenti, non risolutivi di tutte le problematiche, ma concreti, iniziarono nel 1889, anno della promulgazione del nuovo Codice Penale, noto come Codice Zanardelli, dal nome dell'allora Guardasigilli.

¹⁷ Codice Penale Sabauda, art. 61-62, 1859

Il Codice affrontava una prima questione relativa alla non imputabilità ed il modo in cui, a questa, la legge si sarebbe rapportata:

nessuno poteva essere punito per un delitto, se non aveva voluto il fatto [...] come conseguenza della sua azione od omissione;
non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza o la libertà dei propri atti. Il giudice, nondimeno, ove stimi pericolosa la liberazione dell'imputato prosciolto, ne ordina la consegna all'autorità competente per i provvedimenti di legge ¹⁸.

A discernimento del Giudice la scelta di sottoporre il “non imputabile” o il “prosciolto”, per infermità di mente, ad un iter di perizie psichiatriche che ne avrebbero decretato la pericolosità sociale ed il conseguente internamento presso un istituto diverso dalla casa di custodia penale. Un piccolissimo chiarimento a fronte di un mare di incertezze che, nella prima versione del Codice erano, almeno in parte, state mitigate. All’articolo 47 si leggeva espresso riferimento al manicomio giudiziario che, dopo l’apertura a Montelupo Fiorentino nel 1886, era divenuto una realtà tangibile ed ineluttabile; dichiarando fosse compito del Giudice decidere anche sull’internamento presso questo istituto. Dubbiosi sull’eccessiva commistione tra giurisprudenza e criminologia e timorosi di una qualche forma di prevaricazione, i detrattori ebbero la meglio e, ancora una volta, il manicomio giudiziario non venne riconosciuto a pieno titolo quanto, piuttosto, appena percepito tra le righe della normativa.

In assenza di una legge concreta, due anni dopo, assistiamo al primo vero intervento disciplinare sui manicomi giudiziari, qui intesi come “stabilimenti di pena speciali”; parliamo del Regolamento generale per gli stabilimenti carcerari, emanato con il Regio Decreto n. 260. Il primo documento a decretare che questi istituti fossero destinazione dei folli rei, con funzione di repressione e cura; inoltre si prevedeva che fossero ammessi gli accusati in stato di osservazione psichiatrica ed i prosciolti per infermità di mente. Tutti quei soggetti che l’art.46 del Codice Penale aveva rinviato ai manicomi civili, erano qui, reinseriti nel circuito dell’“istituto speciale”, come se l’epurazione dell’art.47 del suddetto codice non fosse mai avvenuta. Il manicomio giudiziario adesso poteva

¹⁸ Artt. 45 – 46, Codice Penale (Zanardelli), 1889

vantare «un'esistenza mezza legale, mezza no»¹⁹ dovuta alla legittimazione di un Regolamento viziato ed in cui, ancora una volta, le cose non venivano chiamate con il loro nome.

Era il 1904 quando venne emanata la prima legge manicomiale, una legge che riconosceva apertamente, chiamandolo per nome, il manicomio criminale. Ad opera di Giovanni Giolitti, la legge “*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*”, conteneva pochi articoli (dieci) in cui gli istituti di nostro interesse non venivano regolati ma menzionati all’art. 6:

Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri. La spesa pel trasporto di questi al manicomio è a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in famiglia è a carico della provincia a cui incombeva l'obbligo del mantenimento; quella pel trasferimento da un manicomio all'altro a carico della provincia che l'ha ordinato. Le spese di qualunque genere per gli alienati esteri sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali. Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in *manicomi giudiziari*, sia in sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato pei condannati fino al termine di espiazione della pena e pei giudicabili fino al giorno in cui l'autorità giudiziaria dichiara non farsi luogo a procedimento a carico di essi ²⁰.

I manicomi giudiziari comparivano, su un testo di legge ma solo allo scopo di definire al meglio le competenze economiche delle varie istituzioni. Presi in considerazione come delle entità esistenti ed operanti (quali erano) anche se non ancora regolamentate, venivano, un'altra volta, traditi, nel loro mandato morale, dalle incombenze economiche che decretavano il trasferimento dei “prosciolti” nei manicomi civili piuttosto che in custodia alle famiglie; i folli rei restavano, quasi sempre, esclusi da queste strutture.

1.2.1. Il nuovo Codice Penale

Qualunque fossero le leggi emanate, restava, pur sempre, un grande vuoto legislativo determinato dalle carenze del Codice Penale. A poco servirono gli sforzi di Enrico Ferri, nel riformulare e rinnovare il Codice a causa dei

¹⁹ Enrico Ferri, *Manicomio criminale di Montelupo*, in *Archivio di psichiatria*, 1887, p. 523

²⁰ Legge 36/1904, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*, art. 6

sommovimenti politici e sociali di quegli anni: siamo nel 1920 ed il Codice Penale verrà riformulato interamente solo dieci anni più tardi, in pieno regime fascista. È il 19 ottobre del 1930 quando viene approvato, con Regio Decreto, il testo definitivo del nuovo Codice Penale e di Procedura Penale, conosciuto come Codice Rocco dal nome del Guardasigilli, Alfredo Rocco. Questo documento rappresentò una vera e propria rivoluzione in campo penale, dando finalmente, legittimazione a quelli che, solo a seguito di questo documento, siamo legittimati a chiamare “manicomi giudiziari”. Il Codice, frutto di ben cinque anni di lavoro, rappresentò la giusta via di mezzo tra le diverse scuole di pensiero giuridico, mettendo tutti in accordo in una sorta di compromesso tra le parti. Nulla venne lasciato al caso ed ogni aspetto relativo a tutti i tipi di imputati venne efficacemente approfondito.

Innanzitutto venne chiarita la questione relativa all'imputabilità: «nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile»²¹.

La non imputabilità fu individuata attraverso la “capacità d'intendere e di volere”, ai sensi dell'articolo 88 del Codice: «non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere»²².

In quali casi, questa potesse essere esclusa a priori e dunque senza una perizia psichiatrica, viene sancito negli articoli successivi del I capo del titolo IV del Codice: piena ubriachezza (art. 91), sordomutismo (art. 96), minori di quattordici anni (art. 97).

Ma è dall'articolo 203, nel titolo VIII, “Delle misura amministrative e di sicurezza”, che entriamo del vivo della questione inerente i manicomi giudiziari con il definitivo riconoscimento della pericolosità sociale:

Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati ²³.

²¹ Codice Penale Italiano (Rocco), art. 85, 1930

²² Ivi, art. 88

²³ Ivi, art. 203

Come si leggerà negli articoli successivi, tale pericolosità sociale era sempre presunta, in presenza di una malattia psichiatrica o di un crimine particolarmente efferato;

la presunzione di pericolosità appare perfettamente calzante con una concezione deterministica del reato, ove questo diviene il sintomo di una anormalità. Dunque la presenza accertata di una patologia psichiatrica e la commissione di un reato di almeno una certa gravità appaiono elementi sufficienti per esprimersi circa la pericolosità dell'autore ²⁴.

Determinati i soggetti e le motivazioni, bisognava discernere su quali misure di sicurezza applicare e per quanto tempo. È l'articolo 222 a sintetizzare questo aspetto in maniera molto chiara:

nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario, per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'Autorità di pubblica sicurezza. La durata minima del ricovero nel manicomio giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce [la pena di morte o] l'ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni. Nel caso in cui la persona ricoverata in un manicomio giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nel manicomio. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai maggiori di anni quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso ²⁵.

Curioso osservare come questa normativa, la prima a riconoscere, regolamentare e controllare l'attività dei manicomi giudiziari si sia interessata, fin ora, solo di quegli individui di difficile incasellamento giudiziario; i così detti folli rei, tradendo le aspettative di chi il manicomio giudiziario lo aveva pensato esclusivamente per i rei folli. In effetti, questa

²⁴ Giulia Melani, *Il manicomio giudiziario: l'origine della nuova istituzione*, Centro di Ricerca Interuniversitario su Carcere, Devianza, Marginalità e Governo delle Migrazioni – ADIR: l'altro diritto, 2014, <http://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/index.htm>, 10/10/20

²⁵ Codice Penale Italiano (Rocco), art. 222, 1930

categoria non è stata esclusa dalle considerazioni del legislatore al quale, piuttosto, premeva specificare circa i casi che una reale normativa non l'hanno avuta mai. All'articolo 148 del nuovo Codice Penale leggiamo:

Se, prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione, sopravviene al condannato una infermità psichica, il giudice, qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena, ordina che questa sia differita o sospesa e che il condannato sia ricoverato in un manicomio giudiziario, ovvero in una casa di cura e di custodia. Il giudice può disporre che il condannato, invece che in un manicomio giudiziario, sia ricoverato in un manicomio comune, se la pena inflittagli sia inferiore a tre anni di reclusione o di arresto, e non si tratti di delinquente o contravventore abituale o professionale, o di delinquente per tendenza. La disposizione precedente si applica anche nel caso in cui, per infermità psichica sopravvenuta, il condannato alla pena di morte deve essere ricoverato in un manicomio giudiziario. Il provvedimento di ricovero è revocato, e il condannato è sottoposto all'esecuzione della pena, quando sono venute meno le ragioni che hanno determinato tale provvedimento ²⁶.

Per oltre quarant'anni le normative circa imputabilità, presunzione di reato, proscioglimento e le relative sanzioni con le loro tempistiche resteranno immutate lasciando che i manicomi giudiziari divenissero dei calderoni in cui avrebbero trovato ricovero: soggetti sottoposti ad osservazione psichiatrica, i detenuti, i condannati infermi di mente, i sottoposti a misura di sicurezza in virtù della presunta pericolosità sociale. Forse non furono le scelte che illustri personalità, come Virgilio o Biffi, avrebbero preso, ma fu comunque una scelta. Forse cagionata dal desiderio di rendere più facile l'internamento nei casi complessi, ricordiamoci che questo Codice Penale fu partorito in pieno ventennio fascista, ma una scelta che, dopo decenni di tentennamenti e di "non detti" interpretabili tra le pagine dei regolamenti, l'Italia era matura per affrontare.

Ovviamente non parliamo di un sistema perfetto ma solo di un primo tentativo di regolamentazione di una materia così intricata. Non è un caso, che gli anni successivi siano stati teatro di più di uno scontro circa la semplificazione e la capacità stigmatizzante che queste norme, soprattutto a seguito della promulgazione della nuova Costituzione, avevano.

²⁶ Ivi, art. 148

Promulgata nel dicembre del '47, la Costituzione della Repubblica Italiana sembrava entrare in collisione, su più aspetti, con il Codice Penale esigendone, almeno apparentemente, una modifica, in quanto fondamento di tutte le leggi e normative dello Stato. Oggetto della contestazione, è stata, a più riprese, la pericolosità sociale, sempre presunta e responsabile di buona parte degli internamenti a scapito dei principi della costituente, come: “pari dignità sociale” (art. 3), “libertà personale” (art. 13), diritto alla salute (art. 32), funzione rieducativa dell'internamento (art. 27) e diritto alla difesa giudiziaria (art. 24). Le perplessità circa la convivenza di Costituzione e Codice Rocco vennero affrontate e districate solo molti anni più tardi, grazie alla storica sentenza della Corte Costituzionale n. 106 del 1972.

La Corte ha già esaminato la questione di legittimità costituzionale della presunzione di pericolosità sociale, [...] ha statuito che essa non contrasta né con l'art. 13, primo e secondo comma, né con gli artt. 24, secondo comma, 27 secondo comma, e 32 della Costituzione, la cui violazione era stata allora dedotta, avendo ritenuto che la presunzione stessa deve ritenersi giustificata allorché si sia in presenza di condizioni le quali consentano di far ritenere, sulla base di valutazioni obiettive ed uniformi, desunte dalla comune esperienza, la probabilità di un futuro comportamento criminoso da parte di chi abbia commesso un reato in circostanze che ne precludevano l'imputabilità. Nella specie non sono stati riprodotti i motivi posti ad oggetto delle precedenti pronunce; il che è da ritenersi anche in confronto all'accenno, contenuto solo in motivazione, là dove si fa riferimento al contrasto della presunzione di pericolosità con la funzione rieducativa che dovrebbe assegnarsi anche alle misure di sicurezza in base all'art. 27 terzo comma. Anche se tale accenno potesse intendersi come formale censura di incostituzionalità si dovrebbe, in confronto ad essa, [...] affermare che l'art. 27, terzo comma, si riferisce solo alla pena, e non è applicabile alle misure di sicurezza, anche perché queste ultime tendono ad un risultato che equivale a quella rieducazione cui deve essere indirizzata la pena ²⁷.

Con questa sentenza, ogni dubbio sulla legittimità del Codice decadde favorendone invece una più ampia interpretazione che sancisse, per il giudice, un margine di scelta e di collocazione di ogni singolo caso giudiziario. Come leggiamo nelle pagine successive, infatti:

contro la conclusione cui si è pervenuti non potrebbe invocarsi la sentenza n. 1 del 1971, che ha ritenuto irragionevole, e pertanto contrastante con l'art. 3 della

²⁷ Sentenza Corte Costituzionale n. 106 del 1972, in <http://www.giurcost.org/decisioni/1972/0106s-72.html>

Costituzione, l'art. 224 secondo comma, del codice penale, nella parte in cui rende obbligatorio ed automatico il ricovero in riformatorio giudiziario di tutti i minori di anni 14, resisi colpevoli di delitti. Infatti nel caso allora deciso l'elemento di irragionevolezza è stato riscontrato nell'imposizione di un'identica misura a carico dei predetti nella considerazione che, data la giovanissima età dei soggetti, la pericolosità può rappresentare solo l'eccezione, e che pertanto l'indiscriminata presunzione della medesima, senza riguardo alle rilevanti differenze esistenti tra le diverse età, rimane priva di quel fondamento costituito dall'*id quod plerumque accidit*, che negli altri casi riesce a giustificarla ²⁸;

fu ammesso un margine di discrezionalità.

La causa di tali contraddizioni può essere letta come una naturale modifica nell'interpretazione del crimine e del delinquente in sé, almeno nel sentire comune. Lontani, ormai, dalle dottrine alieniste e dall'idea dell'*uomo delinquente*, il crimine non era più interpretato come sintomo di un disagio mentale ascritto al delinquente nato, bensì un'azione inconsapevole nel caso di un malato psichiatrico che andava curato. Questo cambio di prospettiva avrebbe presto portato ad ulteriori rivoluzioni legali e sociali, in attesa delle quali giudici e legislatori si limitarono a sancire la legittimità, come abbiamo letto, di quanto stabilito fino a quel momento.

1.3. L'antipsichiatria

Essendo, quella dei manicomi criminali, una realtà mista, il cui mandato è sempre stato curare e contenere, è impensabile una dissertazione scevra dall'analisi della storia degli ospedali psichiatrici in Italia. Le storie dei diversi manicomi Italiani sono legate a doppio, triplo nodo; realtà estremamente complesse che necessitano di un'approfondita riflessione, soprattutto, in virtù delle successive leggi che andremo ad affrontare.

La legge 36/04 determinava, in modo assolutamente insufficiente, una realtà già fortemente consolidata nel territorio italiano. La linea di confine tra manicomi civili, manicomi giudiziari e carceri per molto tempo, è stata incredibilmente labile; spesso l'internato non era malato, non era un criminale, più semplicemente era una vittima della società, un soggetto troppo povero, omosessuale o politicamente scomodo, qualcuno che

²⁸ Ibidem

necessitava di isolamento, una persona pericolosa per gli equilibri sociali; come sosteneva Franco Basaglia:

la distanza fra l'ideologia (l'ospedale è un istituto di cura) e la pratica (l'ospedale è un luogo di segregazione e di violenza) è evidente. [...] Il manicomio non è l'ospedale per chi soffre di disturbi mentali, ma è il luogo di contenimento di certe devianze di comportamento ²⁹.

La reclusione diventava un'arma estremamente efficace a fronte «di un grande interdetto. La follia come assenza, come sragionamento, essa è l'incompreso e l'incomprensibile. La follia [è un] interdetto»³⁰ e la reclusione veniva messa in pratica dal tacito accordo di una “santa alleanza” fra medicina e polizia, un binomio perfetto che sgravava più soggetti da pesanti responsabilità. Difatti la legge prevedeva che la reclusione in manicomio potesse essere attuata a fronte di due requisiti: una certificazione medica e il presupposto d'urgenza, liberamente determinato dall'autorità di pubblica sicurezza; va da sé la semplicità con cui tali reclusioni potessero essere effettuate. Il quadro diviene ancora più drammatico se teniamo conto che a differenza delle istituzioni carcerarie, i manicomi civili accoglievano anche bambini, senza alcun vincolo d'età, era sufficiente un certificato medico in cui si dichiarasse che il bambino fosse pericoloso per sé o per gli altri; non pochi minorenni vennero abbandonati in questi istituti, forse con la convinzione di avergli garantito un tetto sopra la testa ed un piatto caldo ogni giorno, ma inconsapevoli che

i bambini condividevano lo stesso trattamento degli adulti: freddo, poca biancheria, sporcizia, vitto di pessima qualità e uso indiscriminato di contenzione ed elettroshock. Nel 1971 la Commissione permanente di assistenza della provincia di Roma svolse un'ispezione nel manicomio: “Ci sono - si legge nel verbale - bambini legati con i piedi ai termosifoni o ai tubi dell'acqua, scalzi, seminudi, sdraiati per terra come bestioline incapaci di difendersi, sporchi di feci, dovunque un lezzo insopportabile”. Se non morivano entro pochi anni dall'ingresso in manicomio, i

²⁹ Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia, *Crimini di pace*, Balfini+CastoldiPlus, Torino, 1975, p. 16

³⁰ Luigigiovanni Quarta, *Resti tra noi. Etnografia di un manicomio criminale*, Meltemi, Roma, 2019, p. 43

bambini diventavano ospiti cronici passando ai padiglioni degli adulti ³¹, costretti a rinunciare interamente alle loro vite.

Per decenni i manicomi hanno rappresentato una realtà parallela, un ecosistema formato da esclusi, da internati e controllori; ogni padiglione, reparto o sezione intesa come un girone infernale dantesco pieno di urla, odori nauseabondi, sovraffollamento e contenzioni, ma nessuna vera persona, solo lacerti d'umanità. Tra i veri pazienti psichiatrici e le difficilissime condizioni in cui versavano questi istituti, chi non era malato lo diventava e chi doveva curare si trasformava in un automa deputato a costringere in un letto o ad assumere le terapie. Il manicomio appare come un luogo in cui

il tempo stesso viene meno, le notti si dilatano, i giorni non hanno limite né scansione, gli eventi, mossi unicamente dalla violenza del nume, continuamente accadono, lo stesso gesto, l'accadimento ripete se medesimo in una sorta di sublime balbuzie ³².

Nelle sue memorie Ida Dalsler si descriveva come

sepolta in un volgare manicomio, tra tisici, sifilitici, fra urla demoniache, che mi assordano giorno e notte, priva di notizie dei miei famigliari, nonché del mio fanciullo, e dei miei bisogni più impellenti (senza scarpe), fra i poveri spiriti esasperati dementi ³³.

Una descrizione simile la propone Alda Merini:

il manicomio era saturo di fortissimi odori. Molta gente orinava e defecava per terra. Dappertutto era il finimondo. Gente che si strappava i capelli, gente che si lacerava le vesti o cantava canzoni sconce. Noi soli, io e la Z., sedevamo su di una pancaccia bassa, con le mani in grembo, gli occhi fissi e rassegnati e in cuore una folle paura di diventare come quelle là ³⁴;

o ancora Adalgisa Conti scrive a proposito del manicomio:

esso condanna la donna alla perdita di ogni suo spazio privato e ad una vita collettiva, a violazioni continue di quella riservatezza e di quel pudore cui una

³¹ Maria Gabriella Lanza e Daniela Sala, *Fratelli/Scomodi, Matti per sempre*, <http://www.mattipersempre.it/>, 17/08/20

³² Giorgio Manganelli, *Prefazione*. In Alda Merini, *L'altra verità*, RCS Libri S.p. a., Milano, 2000

³³ Marco Zeni, *La moglie di Mussolini*, Effe e Erre Edizioni, Trento, 2005, p. 306

³⁴ Alda Merini, *L'altra verità*, RCS Libri S.p. a., Milano, 2000, p. 86

“matta” non ha più alcun diritto e che tuttavia le vengono continuamente indicati come elementi indispensabili della sua normalità³⁵.

Al di là delle difficili condizioni in cui questi internati versavano, bisogna tener conto che oltre alla libertà ed alla dignità, questi soggetti venivano privati dei loro diritti civili e politici. Secondo il Decreto del Presidente della Repubblica n. 223 del 1967 «non sono elettori: gli interdetti e gli imputati per infermità di mente»³⁶, l'internamento comportava una diretta estromissione dalle liste elettorali ed allo stesso tempo, un'immediata iscrizione all'interno del casellario giudiziario, ai sensi dell'art. 604 del Codice di Procedura Penale. La normativa vigente era, dunque, caratterizzata da una stigmatizzazione del malato di mente e da una sua esclusione, attraverso il ricovero, in quelle istituzioni che, nonostante le finalità apparentemente curative, si erano svelate essere le istituzioni della violenza. Così come per i manicomi giudiziari, la strada era tutta in salita e gli anni '60 e '70 del XX secolo rappresentarono un periodo fondamentale per il superamento di tali posizioni; furono anni di lotte, lavoro e vittorie di uomini illuminati come Mario Tommassini³⁷, Mario Tobino³⁸ ma soprattutto Franco Basaglia, un uomo che ha segnato la rivoluzione comprendendo come la liberazione dell'uomo non potesse essere un progetto bensì un processo.

Abbandonata la carriera clinica, Basaglia si ritrovò, gestendo il manicomio civile di Gorizia, di fronte ad una realtà che non avrebbe mai immaginato di incontrare a fronte dei suoi studi e della psichiatria praticata fino a quel momento. Era il 1961 e per la prima volta, il malato di mente veniva interpretato come una vittima del sistema osservando

gli effetti dell'istituzione sul malato, [attraverso i quali] il malato risultava annientato da quell'istituzione che diventa corpo stesso dell'internato. In questo

³⁵ Adalgisa Conti, (citata in) Alda Merini, *L'altra verità*, RCS Libri S.p. a., Milano, 2000, p. 14

³⁶ Decreto del Presidente della Repubblica n.223, *Approvazione del testo unico per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali*, 1967

³⁷ Politico italiano, collaboratore di F. Basaglia, per saperne di più vedi *Vita e carriera di Mario Tommasini burocrate proprio scomodo narrate da lui medesimo*, Editori Riuniti, Roma, 1991

³⁸ Scrittore, poeta e psichiatra italiano

contesto si mostrava con tutta evidenza la funzione non terapeutica dell'intervento psichiatrico ³⁹.

Da queste prime considerazioni nacque una onerosa attività atta a scardinare le comuni logiche manicomiali, ad abbattere i muri e rivoluzionare l'attività psichiatrica. Il primo passo fu quello di sperimentare la *comunità terapeutica*⁴⁰ allo scopo di intraprendere un percorso di umanizzazione del paziente, con l'unico obiettivo di «mettere tra parentesi la malattia»⁴¹, non una negazione di questa ma piuttosto la sospensione di tutte le domande che la sottendono. Il secondo step avrebbe, inevitabilmente, riguardato il rapporto tra medico e paziente; non solo la malattia, ma anche il ruolo dello psichiatra andava messo tra parentesi, così da poter abbattere quella posizione di potere sul paziente che si sarebbe tramutata in quella di un accompagnatore verso la distruzione dell'istituzione; una vera e propria forma di *antipsichiatria*.

Il linguaggio, qui utilizzato, alla stregua della comunicazione politica, è inevitabilmente mutuato dagli scritti di Basaglia. Dalle sue vive parole si percepisce come il suo, non fosse un lavoro, bensì una missione di vita; si sente la passione e la necessità di affrontare questi argomenti, forte di un sottotesto indiscutibilmente politicizzato dove gli internati venivano interpretati come il proletariato a fronte di uno Stato “capitalista”. A questo proposito intendo, ora, riportare un brevissimo estratto capace di far luce sulla sua politicizzata concezione del malato psichiatrico e su come questo venisse gestito:

possiamo capire come tutte le istituzioni del nostro sistema sociale abbiano la funzione di rispondere al bisogno una volta che esso sia stato criminalizzato, ridotto a ciò che non è o a ciò di cui non è sintomo o espressione. La criminalizzazione del bisogno né è in realtà la natura artificiosamente costruita, così che si trovano a fronteggiarsi due forme di violenza e di criminalità, l'una in risposta all'altra, senza che si sappia più riconoscere cosa sia il bisogno reale. La devianza, il comportamento anomalo sono crimini perché potrebbero essere pericolosi;

³⁹ Franca Ongaro Basaglia, *L'itinerario di Franco Basaglia attraverso i suoi scritti*, Sapere, novembre-dicembre 1982, p. 11

⁴⁰ Maxwell Jones, *The Therapeutic Community: a new treatment Method in Psychiatry*, Basic Books, New York, 1953

⁴¹ Michele Colucci, Pierangelo Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Mondadori, Milano, 2001, p. 87

l'istituzione delegata alla cura e alla riabilitazione della devianza e del comportamento anomalo, è crimine, in nome della prevenzione di questa pericolosità. Non esistono bisogni né risposte ai bisogni. In questa situazione è addirittura impossibile riconoscere cosa sono fenomeni umani come malattia e devianza. Ed è anche difficile riuscire a dare un'interpretazione reale dei fenomeni sociali ⁴².

Proprio grazie alla sua passione, impegno e lungimiranza, l'esperienza basagliana a Gorizia, iniziò ad accogliere consensi tra la società civile, ad esempio nel 1966 nasceva, a Firenze, l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali; in politica, ne è un esempio il Ministro della Sanità, Luigi Mariotti, che nel 1965 denunciava gli ospedali psichiatrici che paragonava a «lager germanici»⁴³; tra i colleghi che si unirono a Gorizia ed esportarono il modello, quando e come possibile, presso le loro strutture sviluppando esperienze analoghe in altre zone del paese. Era inevitabile che anche il legislatore si sarebbe, presto mosso in tal senso.

Era il 12 febbraio 1968 quando, il sopracitato Mariotti promosse la legge n. 132, “Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera”. Le innovazioni apportate da questo provvedimento furono sostanzialmente tre: istituzione del ricovero volontario, che avrebbe, almeno formalmente, diminuito la quantità di ricoveri coatti; abolizione dell'iscrizione dei ricoveri coatti al casellario giudiziario del paziente in quanto malato e non criminale; infine, forse il provvedimento più importante, prevedeva un limite massimo di soggetti istituzionalizzati, non più di cinquecento per ospedale psichiatrico. Questo primo passo risultò, forse insoddisfacente, o non risolutivo di tutte le problematiche che il Ministro Mariotti aveva incontrato durante le sue visite presso i manicomi italiani; pochi mesi più tardi, veniva promulgata la legge n. 431, “*Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*”. Questa nuova normativa regolamentava ulteriormente la capacità degli ospedali psichiatrici stabilendo un massimo di 125 posti letto per sezione; per ogni manicomio fu previsto da un minimo di due sezioni ad un massimo di cinque. Tramite questo provvedimento venne

⁴² Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia, *Crimini di pace*, Balfini+CastoldiPlus, Torino, 1975, p. 142

⁴³ Frammento del discorso del Ministro Mariotti nel Convegno dell'Avis del 20 settembre 1965 è riportato in: Valeria Babini, *Liberi tutti*, Il Mulino, Bologna, 2011, p. 207

stabilito un preciso rapporto numerico tra pazienti e personale medico e venne riconosciuta anche la necessità di nuove figure professionali che avrebbero garantito la cura dei pazienti psichiatrici: tra cui psicologi, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione ed assistenti sanitari. Venne sottolineato quanto già previsto dalla precedente legge Mariotti, in materia di volontarietà del ricovero, all'art. 4 leggiamo:

L'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura [...] La dimissione di persone affette da disturbi psichici [...] è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza ad eccezione dei casi di ricovero volontario [...] ⁴⁴.

Ma a prescindere dai provvedimenti attuati all'interno degli ospedali psichiatrici, questa legge prevedeva una vera e propria strategia di assistenza psichiatrica articolata sul territorio; istituendo i Centri di Igiene Mentale (CIM) ed i servizi psichiatrici ospedalieri che funzionando in modo coerente ed efficace avrebbero garantito la cura del malato mentale, non più il solo ricovero in manicomio, ma servizi territoriali destinati a svolgere una funzione di terapia e prevenzione della malattia con un tessuto capillare di servizi esterni all'istituzione totale.

Il ricovero in manicomio poteva essere volontario, l'automatismo dell'iscrizione al casellario giudiziario era svanita⁴⁵ e forse le condizioni di vita, in questi istituti, erano migliorate. Il 1968 fu sicuramente un anno importante per questi istituti e per chi vi lavorava, era stato fatto un altro piccolo passo atto a migliorare le condizioni dei pazienti, un piccolo passo destinato a regolamentare una situazione ingestibile e che purtroppo, a prescindere dagli sforzi e dall'impegno che il legislatore ci avrebbe impiegato, non avrebbero mai sanato una frattura così profonda. I manicomi così come gli ospedali psichiatrici giudiziari sono stati regolamentati, rigestiti, migliorati fino al raggiungimento della sola legittima conclusione: queste istituzioni andavano abolite.

⁴⁴ Legge 431/68, *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*, art. 4

⁴⁵ Con la promulgazione della legge 431/68 si prevedeva, inoltre l'abrogazione dell'art. 604 del Codice di Procedura Penale, autore di un ingiustificato etichettamento del malato mentale a causa dell'iscrizione al Casellario Giudiziario per il paziente internato coattivamente in ospedale psichiatrico

1.4. La legge Basaglia

Legittimamente conosciuta come legge Basaglia, il 13 maggio 1978, veniva emanata la legge quadro 180/78, “*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori*”, in circostanze quantomeno insolite nel nostro paese.

Fu un iter rapidissimo, in netta controtendenza con la consuetudine della politica italiana, una corsa contro il tempo, una vera e propria impresa. Quando nel dicembre del 1977 il relatore, lo psichiatra democristiano Bruno Orsini, depositò la sua proposta di legge, non immaginava certo che la stessa sarebbe stata approvata solo sei mesi dopo. [...] fu esaminata, discussa, modificata e approvata dalle due commissioni Sanità di Camera e Senato per poi essere votata il 4 maggio alla Camera e poi, alcuni giorni dopo al Senato, senza una vera e propria discussione. Una procedura decisamente inconsueta ma in quel drammatico 1978 [...] il mondo politico tutto desidera, tranne che passare attraverso il vaglio delle urne referendarie⁴⁶.

Proprio lo spauracchio del referendum, rese possibile l'impossibile, non solo la chiusura effettiva dei manicomi ma allo stesso tempo, la regolamentazione di una materia, così complessa, in soli sei mesi. Erano passati settantaquattro anni dalla famosa legge 36/04 e l'idea dei radicali di un referendum abrogativo spaventava, perché avrebbe lasciato un vuoto legislativo immenso che anche il più fervente dei detrattori non si sarebbe mai auspicato. Sebbene con qualche lacuna, sebbene fosse, come sosteneva Basaglia, una legge di passaggio, questo documento segnò un'Era in campo medico e fu una tappa fondamentale in quel “processo” che si sarebbe definitivamente chiuso vent'anni più tardi, almeno per ciò che concerne gli ospedali psichiatrici; «il finale di una favola triste e dolorosa, piena di mostri e di streghe, di incantesimi e di prigionieri»⁴⁷.

Una legge semplice, essenziale, solo undici articoli atti a riformare definitivamente una disciplina tanto complessa. Dalla lettura del primo

⁴⁶ Maurizio Carvigno, “*Il tempo stesso viene meno e le notti si dilatano*”. *La chiusura dei manicomi in Italia*, PassaggiLenti, 20 Aprile 2018, <https://www.passaggilenti.com/legge-basaglia-chiusura-dei-manicomi/>, 18/08/20

⁴⁷ Luana De Vita e Mimosa Martini, *Il volo del cuculo 1978-2008: trent'anni senza manicomi*, Nutrimenti, Roma, 2008

articolo è già possibile interpretare la portata di tale legge in quanto gli accertamenti e i trattamenti sanitari divengono volontari:

nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato ⁴⁸.

Gli articoli successivi si concentrano, in modo particolare, sul Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO): come questo debba essere eseguito,

il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata [...] deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune⁴⁹;

le tempistiche relative a tale provvedimento,

il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera [...] Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso [...] Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare ⁵⁰; ed i provvedimenti relativi la sua revoca, chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale

⁴⁸ Legge 180/1978, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori*, art.1

⁴⁹ Ivi, art. 2

⁵⁰ Ivi, art. 3

è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Sulla richiesta di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni ⁵¹.

L' "antipsichiatria", qui intesa come la corrente di pensiero alla base di tale legislazione, ha sovvertito completamente la concezione del "pazzo", non più soggetto da cui bisogna tutelare la società bensì un paziente cui deve essere tutelato il diritto alla salute nel rispetto dei principi costituzionali. La legge Basaglia ha provveduto a garantire al malato di mente i suoi diritti in una dimensione complessiva che comprende quelli sociali, civili e politici, evitando di qualificarlo come un "non uomo", annullando il meccanismo quasi automatico di interdizione. A questo proposito necessita di menzione l'articolo dieci della legge, autore di un reale sovvertimento nel modo di concepire il paziente psichiatrico:

nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: "di alienati di mente".

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: "di infermi di mente o".

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: "a uno stabilimento di cura o" ⁵²;

questo articolo poneva in essere anche la necessità di sovvertire il linguaggio stigmatizzante utilizzato all'interno del Codice Penale.

Altra innovazione fondamentale è quella relativa alla creazione di un sistema di assistenza psichiatrica che è prevalentemente incentrato sulla predisposizione di servizi di assistenza territoriale e all'interno del quale l'intervento ospedaliero rappresenta solo un'eccezione, peraltro temporanea. La legge si poneva l'obiettivo di ridare dignità a tutte quelle persone costrette all'internamento solo perché malate, soggetti che venivano deprivati, oltre che del loro diritto all'individualità, dei diritti civili e di cittadinanza restituitigli dalla norma che aboliva di fatto l'istituzione manicomio, eliminando la pericolosità sociale come scriminante della segregazione permanente a favore del trattamento sanitario obbligatorio formalizzato nelle pubbliche strutture sanitarie.

Nel 1978 l'istituzione totale dell'ospedale psichiatrico veniva delegittimata, almeno sulla carta, perché per molti altri anni continuò ad esistere nel tentativo di smantellarla definitivamente. Fu possibile

⁵¹ Ivi, art. 4

⁵² Ivi, art. 10

annullare o quantomeno diminuire l'affluenza di pazienti ma contenendo ancora tutti coloro che nell'ospedale psichiatrico ci erano cresciuti, tutti i pazienti che non conoscevano il "mondo fuori" preferendo l'attuale condizione, seppur discutibile, piuttosto che l'ignoto. Un residuo manicomiale difficile da gestire a causa di mancati finanziamenti e della scarsa assistenza territoriale: chi avrebbe dovuto prendere in carico questi individui? «Il malato di mente [faceva e] fa ancora paura, è un soggetto da tenere lontano. Non più nei manicomi ma non certo in mezzo a noi, nella cosiddetta società "civile"»⁵³. Secondo Basaglia occorreva violentare la società, costringerla ad accettare la presenza della malattia mentale nella nostra quotidianità, come accettiamo il malato di diabete, tumore o il paraplegico; liberarci da quelle catene culturali che ci portano ad isolare, ed abbracciare anche questo tipo di diversità.

A seguito della 180 cosa n'è stato dei "matti"? Alcuni hanno trovato spazio nelle case famiglia, i più fortunati sono stati "adottati" grazie all'Inserimento Etero – familiare Supportato di Adulti (IESA).

Il primo a introdurli nel 1997 è stato Gianfranco Aluffi, responsabile del servizio per la Asl Torino 3. Il paziente accolto riceve un assegno che va dai 300 ai 1.300 euro al mese, a seconda delle diverse esigenze, e che serve a coprire le spese sostenute dalla famiglia che lo ospita. Nel suo libro "Famiglie che accolgono. Oltre la psichiatria", Aluffi ha spiegato che per i malati psichiatrici che hanno intrapreso questo percorso i ricoveri sono diminuiti e i dosaggi dei farmaci dimezzati. "Così si evita la cronicizzazione del sintomo - afferma Aluffi - e a differenza del ricovero in una comunità, questo tipo di accoglienza abbatte lo stigma del malato mentale e della sua pericolosità sociale"⁵⁴.

Nonostante questi piccoli grandi interventi la questione "malattia mentale", sebbene lontanissima da quanto esperito negli anni '70, non è ancora del tutto sanata, quello della cura è un vero e proprio labirinto fatto di soluzioni immediate ma mai a lungo termine. Come nelle carceri, bisognerebbe disinnescare il meccanismo della porta girevole e lavorare per ridurre il rischio di ricovero, potenziando i servizi territoriali a

⁵³ Maurizio Carvigno, *E l'ultimo spenga la luce. Quando i manicomi furono chiusi per sempre*, PassaggiLenti, 17 maggio 2019, <https://www.passaggilenti.com/quando-i-manicomi-furono-chiusi> 18/08/20

⁵⁴ Maria Gabriella Lanza e Daniela Sala, *La vita / Altrove, Matti per sempre*, <http://www.mattipersempre.it/>, 18/08/20

sostegno della salute pubblica. Ogni Asl dispone di un Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che dovrebbe presentare diverse strutture assistenziali: il centro di salute mentale (CSM), atto a coordinare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione; il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), il pronto soccorso psichiatrico all'interno dei comuni ospedali, aperto 24 ore su 24; inoltre il DSM prevede la presenza di strutture residenziali atte ad ospitare i degenti per lunghi periodi ed i centri diurni allo scopo di accogliere i pazienti nelle ore lavorative, quando non possono godere dell'assistenza familiare. Queste strutture, funzionando correttamente, hanno il potenziale per assolvere il loro compito; sfortunatamente a causa dei fondi limitati, dello scarso personale e della sempre maggiore affluenza di tossicodipendenti e persone con barriere linguistiche e culturali, è facile cadere nel dogma delle terapie farmacologiche e dell'abitudine. La relazione, necessaria tra medico e paziente, viene sempre meno a favore di interventi celeri e dagli effetti immediati come la contenzione che, anche se moralmente bandita, non è apertamente vietata dalla legge, o con i farmaci. Secondo lo psichiatra Piero Cipriano: «gli SPDC sono una vera e propria fabbrica dove lo psichiatra è lo specialista che si occupa di 'aggiustare' una macchina biologica rotta all'interno di una catena di montaggio»⁵⁵.

Il problema, dunque, permane. Il diverso, l'altro, l'incompreso continua ad essere stigmatizzato e solo in rari casi, aiutato davvero; con i farmaci, sono necessari nelle malattie psichiatriche, ma soprattutto con un'attenta psicoterapia fondata sull'alleanza terapeutica. Un trattamento a tuttotondo indispensabile a chiunque soffra di un disagio, dentro o fuori da qualsiasi cella.

1.4.1. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Restavano ancora aperti gli Opg, non più claustrici, manicomi criminali o giudiziari. In questo clima di mutamento, sensibilizzazione e riforme, nel luglio del 1975 era stato introdotto il nuovo ordinamento penitenziario con cui il manicomio giudiziario aveva cambiato denominazione, come leggiamo all'art. 62, "Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive": «gli istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive

⁵⁵ Piero Cipriano, in Maria Gabriella Lanza e Daniela Sala, *Il labirinto / della cura, Matti per sempre*, 2017, <http://www.mattipersempre.it>, 18/08/20

si distinguono in: Colonie agricole; Case di lavoro; Case di cura e custodia; Ospedali psichiatrici giudiziari [...] »⁵⁶.

L'utilizzo del termine "ospedale" suggeriva l'iscrizione dell'istituzione in nuovo orizzonte, un orizzonte terapeutico ma analizzando l'ordinamento penitenziario, che regolava la vita dell'internato nella struttura con norme relative al lavoro, ai colloqui con familiari ed alla disciplina: il nuovo ospedale psichiatrico giudiziario sembrava confermare il suo carattere penitenziario, la sua vicinanza alla pena. Difatti, tra i vari articoli della legge 354 non è possibile leggere di provvedimenti speciali o particolari sezioni dedicate a questo tipo di istituti che, come vedremo all'art. 65 non vengono considerate come luoghi dediti alla cura del paziente bensì come alternative alla prigione a causa della straordinarietà del detenuto:

I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento.

A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari ⁵⁷.

L'importante innovazione in materia di assistenza psichiatrica, rappresentata dalla Legge Basaglia non aveva inciso direttamente sugli ospedali psichiatrici giudiziari, infatti nessun articolo della normativa si occupava espressamente di questi istituti. Si poneva dunque il problema della permanenza di un'istituzione manicomiale, di un trattamento per il malato di mente autore di reato così distante da quello riservato al malato di mente comune perché, va ricordato, che per questi soggetti vigeva, ancora, la presunzione di pericolosità sociale se punito con una pena superiore a due anni.

L'istituzione ospedale psichiatrico giudiziario manifestava tutti i limiti di un'istituzione totale, sempre più accentuati a fronte della sua rinnovata importanza in quanto unico sostituto per risolvere il "problema dei matti". Le sue qualità a metà tra il manicomio e la prigione producevano gli effetti di un'istituzione che appariva, se è possibile, peggiore, tanto da favorire, già in quegli anni, l'idea di un superamento di questa modalità di trattamento del folle autore di reato, ormai considerata anacronistica. Il

⁵⁶ Legge 354/75, *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*, art. 62

⁵⁷ Ivi, art. 65

divario tra l'assistenza psichiatrica per i soggetti che avessero commesso un reato e per i malati di mente comuni cresceva con la riforma del 1978, smascherando la funzione meramente custodiale dell'Opg e ponendo dubbi sulla legittimità di un intervento così differenziato tra malati di mente autori di reato e non; inoltre va considerata la difficoltà nell'attuare un trattamento realmente terapeutico accentuata dalla presenza di categorie disomogenee di internati. Lontanissime dalle dissertazioni alieniste di fine XIX secolo, gli anni '80 del Novecento iniziavano, per gli Opg, nel segno della promiscuità, alla stregua di un calderone confuso e sovraffollato. Dai sottoposti a misura di sicurezza dell'internamento in manicomio giudiziario⁵⁸ ai condannati a pena sospesa⁵⁹, fino ad arrivare ai condannati divenuti minorati psichici⁶⁰ o i soggetti sottoposti ad un periodo di osservazione psichiatrica. Soprattutto quest'ultima categoria era responsabile delle principali criticità in questi istituti, contenitori di residui manicomiali ma allo stesso tempo di tutti quei detenuti difficili, ribelli, indisciplinati e problematici di cui l'istituzione carceraria tendeva a liberarsi. L'Opg utilizzato come strumento per finalità disciplinari e sovrautilizzato, così da caricare l'istituzione di una quota di soggetti non affetti da patologie psichiatriche; inevitabilmente le finalità terapeutiche, perviste dall'ordinamento ed auspiccate dagli operatori, non ebbero mai modo di esprimersi al meglio delle loro potenzialità.

Attraverso la legge Basaglia e con l'antipsichiatria il concetto di malattia mentale era stato definitivamente ribaltato, ma quello dell'autore di reato restava intonso, se poi presentava dei disturbi psichiatrici era praticamente impossibile scardinarlo da quei meccanismi di rappresentazione stigmatizzante che tanto si cercava di combattere. L'avvento di queste nuove riforme aveva rappresentato, come abbiamo visto, un peggioramento delle attività disciplinari e terapeutiche in Opg che iniziava a raccogliere più detenuti, stratificava sempre più la sua popolazione e soprattutto rinunciava ad una collaborazione con gli ospedali psichiatrici, non essendo possibile disporre nuovi ricoveri nelle istituzioni in corso di superamento: un iter forse precedentemente abusato allo scopo di

⁵⁸ Ai sensi dell'art. 222 del Codice Penale

⁵⁹ Ai sensi dell'art. 148 del Codice Penale

⁶⁰ Ivi, comma 5

incrementare gli aspetti terapeutici delle misure di sicurezza. La 180 aveva lasciato che gli Opg diventassero l'unica, vera alternativa per i malati di mente, non essendosi sviluppati tutti i servizi alternativi in modo celere e capillarmente su tutto il territorio, basti pensare che tutt'oggi il mio campo di ricerca è ancora conosciuto, tra gli autoctoni, come il "manicomio", nessuna specificazione, solo la constatazione che quel posto lì riguardasse i pazzi. Dunque questi istituti necessitavano, se non altro, di un potenziamento, di un rinnovo dei fondi, di nuove infrastrutture o una nuova regolamentazione; del resto lo stesso Franco Basaglia aveva precisato come la legge sua omonima dovesse essere solo momentanea, un punto di svolta ed allo stesso tempo un punto di partenza per gestire la totalità e la complessità di tutta la disciplina, toccando, inevitabilmente, anche degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Questo auspicabile passaggio non venne mai attuato lasciando che gli *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori* senza citare gli Opg, gli investissero di una molteplicità di effetti indiretti, influenzandoli a loro volta. In prima istanza va presa in considerazione la fase del rilascio dei pazienti soggetti a misure di sicurezza, prima che gli ospedali psichiatrici chiudessero i battenti erano molti i detenuti che, una volta scontata la pena per il crimine commesso, venivano reindirizzati presso la struttura assistenziale preposta; la chiusura di quest'ultime rendeva i soggetti, spesse volte, vittime di quegli ergastoli bianchi giustificati solo dall'assenza di supporto familiare, territoriale ed ospedaliero. Un secondo aspetto estremamente rilevante riguardava la sensazione di abbandono che le famiglie, tenute a gestire un malato psichiatrico, percepivano rispetto alle istituzioni; dunque famiglie che, a causa del ritardo nell'attuazione e dell'inefficienza dei servizi psichiatrici territoriali, preferivano denunciare il proprio caro per i crimini più disparati, primo tra tutti l'aggressione ad un membro della famiglia, così da ottenere un ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, percepito come l'unica misura di sostegno effettivo per il disagio. Tenute presenti queste nuove vicissitudini, sarebbe facile pensare ad un sovraffollamento degli Opg considerati come il contenitore degli utenti, non più di una, ma di ben due istituzioni; in realtà osservando i numeri, il quadro appare diverso. Secondo i dati raccolti nel 2002, dall'Ufficio Studi e Ricerche del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, negli anni '70 gli Opg italiani hanno visto crescere la loro popolazione ma non in corrispondenza

alla Legge Basaglia; l'aumento degli internati ha origine due anni prima, nel 1976, quanto il dato inizia a crescere in modo lento ma costante fino al 1982 quando la popolazione di questi istituti ricomincia a diminuire⁶¹.

È impossibile pensare che la legge Basaglia non abbia avuto un peso per gli unici istituti manicomiali ancora funzionanti in Italia; è pur vero, però, che tale peso, va interpretato diversamente, non in termini numerici quanto piuttosto, nei limiti della disomogeneità dei detenuti responsabile delle difficoltà trattamentali di cui sopra.

I decenni successivi alle riforme degli anni '70, possono essere considerate come un limbo in cui gli ospedali psichiatrici giudiziari hanno perso appeal per il riformatore così come per la gente comune, restando appannaggio di soli pochi esperti. Gli Opg restavano un'istituzione totale penitenziaria in cui l'aspetto terapeutico era, il più delle volte, garantito solo dalla nomenclatura "ospedale", lasciando che l'inerzia del legislatore venisse colmata, come abbiamo preventivamente accennato, dalle sentenze della Corte Costituzionale.

Ovviamente il punto che più premeva affrontare, per i riformatori o per chiunque impugnasse una sentenza riguardava la questione della pericolosità sociale presunta; abbiamo già letto di come la questione fosse stata affrontata nel '72, per poi essere ripresa esattamente dieci anni più tardi, sempre con un tono garantista atto alla tutela del Codice Penale ma innovativo nel modo di intenderne i contenuti; la sentenza 139 del 1982, come affermato dal giurista e politico Giuliano Vassalli, giunge, sì, ad un'abrogazione della presunzione di pericolosità sociale, ma non in modo manifesto, bensì passando per «la cruna dell'ago»⁶². Ciò che apparirà come illegittimo non sarà la presunzione di pericolosità sociale, bensì la presunzione di un costante mantenimento, nel tempo, dell'infermità psichica. Le pronunce della Corte Costituzionale, dunque, non erano giunte a dichiarare illegittimo di per sé il meccanismo presuntivo, solo nel

⁶¹ A cura di Vittorino Andreoli, *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari*, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio studi e ricerche, Roma, 2002

⁶² Giuliano Vassalli, *A prima lettura. L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, Giurisprudenza Costituzionale, I, Roma, 1982, p. 1202

1986 con la legge 663, verrà abolita, in modo definitivo e generalizzato, tale presunzione:

1. L'art. 204 del codice penale è abrogato.
2. Tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa ⁶³.

Conosciuta come Legge Gozzini⁶⁴, innestava il meccanismo secondo il quale la pericolosità sociale si sarebbe dovuta accertare, non presumere. Non chiarificava però, come questi accertamenti si sarebbero dovuti svolgere e nello specifico in quale momento. Dubbi dissipati nel 1988 con la promulgazione del nuovo Codice di Procedura Penale: fu istituito come compito del Magistrato di Sorveglianza l'accertamento della pericolosità sociale durante la fase dell'esecuzione della misura di sicurezza; questo compito sarebbe stato assolto su istanza del Pubblico Ministero ogni qual volta ce ne fosse stata richiesta.

Dunque a seguito delle pronunce della Corte Costituzionale e delle riforme del 1986 e del 1988 (cui le sentenze della Corte hanno probabilmente dato impulso) non si possono ritenere più sussistenti le presunzioni di pericolosità sociale, né quelle di esistenza, né quelle di persistenza. La pericolosità dovrà essere giudizialmente accertata sia in fase di cognizione, sia in fase di esecuzione della misura ⁶⁵.

Nello stesso anno della legge Gozzini si aggiungeva un altro tassello al puzzle che avrebbe determinato le sorti degli ospedali psichiatrici giudiziari, con una sentenza della Corte Costituzionale, la numero 324. La sentenza interessata alla legittimità costituzionale degli articoli 206 e 222 del Codice Penale, e dunque all'ammissibilità della permanenza di un minore presso gli Opg, decreta:

una misura detentiva e segregante come il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, prevista e disciplinata in modo uniforme per adulti e minori, non può certo ritenersi conforme a tali principi e criteri: tanto più dopo che il legislatore, recependo le acquisizioni più recenti della scienza e della coscienza sociale, ha

⁶³ Legge 663/1986, *Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*, art. 31

⁶⁴ Mario Gozzini: giornalista, scrittore e politico italiano

⁶⁵ Giulia Melani, *L'OPG negli anni '80 e '90: il silenzio diffuso e le sentenze della Corte Costituzionale*, Centro di Ricerca Interuniversitario su Carcere, Devianza, Marginalità e Governo delle Migrazioni – ADIR: l'altro diritto, <http://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/index.htm>, 25/10/20

riconosciuto come la cura della malattia mentale non debba attuarsi se non eccezionalmente in condizioni di degenza ospedaliera, bensì di norma attraverso servizi e presidi psichiatrici extra-ospedalieri, e comunque non attraverso la segregazione dei malati in strutture chiuse come le preesistenti istituzioni manicomiali (artt. 2, 6 e 8 della legge 13 maggio 1978, n. 180). Né, più in generale, è senza significato che il legislatore del nuovo codice di procedura penale, allorché ha inteso disciplinare l'adozione di provvedimenti cautelari restrittivi nei confronti di persone inferme di mente, abbia previsto il ricovero provvisorio non già in ospedale psichiatrico giudiziario, ma in "idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero" ⁶⁶.

Il ricovero in Opg considerato come *detentivo e segregante* lasciava ampio spazio ad un futuro dibattito che il legislatore avrebbe, presto, dovuto colmare soprattutto in virtù di un'ulteriore sentenza, di qualche anno più tardi, la 253 del 2003. Tra le pagine di questo documento leggiamo che:

le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente [...] e pertanto, ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze ⁶⁷.

Attraverso queste pagine è possibile capire come i tribunali stessero disconoscendo, sempre più, la vocazione terapeutica degli ospedali psichiatrici giudiziari considerandoli solo nei loro aspetti custodiali segreganti ed ingiusti per un soggetto che necessiti di serie cure psicoterapiche.

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

Il titolo di questo capitolo fa riferimento alla legge che più di tutte ha inciso sulle sorti degli Opg italiani, sancendone la definitiva chiusura.

Il 2012 è stato un anno decisivo, ma la legge 9/12 non va interpretata in maniera assestante, piuttosto come il culmine di un processo che ha visto

⁶⁶ Sentenza della Corte Costituzionale n. 324, anno 1988

⁶⁷ Sentenza della Corte Costituzionale n. 253, anno 2003

avvicinarsi una serie di provvedimenti fino al raggiungimento dell'obiettivo, la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Facciamo un passo indietro, va innanzitutto sottolineato che la legge sopracitata nasca, in realtà, nel 2011 come Decreto Legislativo numero 211; viene ricordato l'anno successivo solo perché ha formalmente definito la chiusura degli Opg con la conversione in legge, un percorso che era già stato delineato. Ma quest'atto legislativo va letto all'interno di un quadro più ampio, ovvero la riforma della sanità penitenziaria, attuata con Decreto del Presidente della Repubblica 230/2000 e Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 1° aprile 2008. Una riforma fondamentale, che avrebbe preparato il terreno per lo smantellamento previsto dalla 9/12.

La riforma prevedeva una serie di passaggi che avrebbero decretato una sempre maggiore responsabilità delle Regioni che, potenziando i loro servizi territoriali, avrebbero potuto rispondere a tutte le esigenze in ambito sanitario, più specificatamente psichiatrico. La prima fase prevedeva che i Dipartimenti di Salute Mentale, nel cui territorio si trovavano gli Opg, formulassero un piano finalizzato alla riduzione del numero di internati: aumentando le dimissioni per chi aveva completato il periodo in misura di sicurezza; eseguendo il trasferimento presso un carcere con l'impegno di continuare le osservazioni presso gli istituti di pena. Un secondo aspetto riguardava l'avvicinamento dell'internato al suo territorio di provenienza; come sappiamo non esisteva un Opg per ogni regione dunque era consueto che gli internati facessero capo ad una competenza territoriale diversa da quella dell'Opg; era fondamentale evitare il sovraccarico di pochi DSM redistribuendo gli utenti. Per finalizzare questo obiettivo sono state create delle macro-aree in cui ad ogni Opg corrispondeva più di una Regione⁶⁸: attraverso la collaborazione

⁶⁸ In particolare sarebbero stati assegnati:

- all'OPG di Castiglione delle Stiviere gli internati di: Piemonte, Val d'Aosta, Liguria, Lombardia;
- all'OPG di Reggio Emilia, gli internati di: Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli V. Giulia, Marche, ed Emilia Romagna;
- all'OPG di Montelupo Fiorentino, gli internati di: Toscana, Umbria, Lazio e Sardegna;
- all'OPG di Aversa e all'OPG di Napoli, gli internati di: Campania, Abruzzo, Molise, Basilicata e Puglia;

tra Regioni competenti dell'area sanitaria e Regioni di provenienza dell'internato si sarebbe dovuto stabilire un piano che avrebbe portato i pazienti ad uscire dagli istituti per essere gestiti o meglio, supportati sul territorio, una sorta di regionalizzazione dell'Opg.

Un percorso forse, in questo caso, più facile da legiferare che svilupparsi concretamente. Nonostante la bontà dei provvedimenti e l'impegno di tutte le parti messe in gioco, va tenuto conto che non sempre si è trovata una piena collaborazione, soprattutto tra quelle Regioni che non affrontavano in prima persona la realtà dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Non a caso nel 2011, anno in cui viene proposta la legge per il superamento di questi istituti, viene, anche, istituito un Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli Opg,

con i seguenti obiettivi:

- finalizzare le azioni al superamento degli Opg e favorire la gestione uniforme ed omogenea dell'assistenza sanitaria in favore di tutte le persone detenute o internate;
- assicurare che il DSM competente territorialmente per l'area di residenza dell'internato provveda alla presa in carico;
- impegnare le Aziende Sanitarie a realizzare programmi terapeutico riabilitativi condivisi con tutti i servizi (come servizi sociali e servizi per le tossicodipendenze)⁶⁹.

In questo lento percorso, cominciato negli anni 2000 si è inserita la conversione e convalida della legge 9/2012 con l'aggiunta di un articolo, il terzo, emblema dell'avvento di un cambiamento definitivo:

a decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie [...], fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale⁷⁰.

- all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, gli internati di: Sicilia e Calabria

⁶⁹ Giulia Melani, *Le proposte di riforma e il "definitivo superamento" degli OPG*, Centro di Ricerca Interuniversitario su Carcere, Devianza, Marginalità e Governo delle Migrazioni – ADIR: l'altro diritto, <http://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/cap5.htm#n135>, 26/10/20

⁷⁰ Legge 17 febbraio 2012, n. 9, *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*, art. 3

Una decisione determinata, in gran parte, dal clamore che le ispezioni da parte di una Commissione sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale negli Opg, aveva suscitato. Come è facile immaginare, proprio quel clamore mediatico aveva indirizzato il legislatore nello stabilire delle tempistiche “lampo” che, ovviamente sarebbero state disattese.

La normativa, dunque, fu soggetta ad una molteplicità non solo di proroghe, ma di aggiustamenti e decreti atti a smussarla, completarla, applicarla. Il primo provvedimento fu quello applicato dal Ministro della Salute. Con il Decreto 270 del 2012, lo smantellamento del sistema totalizzante Opg sarebbe avvenuto applicando una pluralità di adempimenti; in origine si auspicava che gli Opg restassero aperti modificando, però, interamente la loro operatività all'insegna dell'aspetto terapeutico, lasciandosi alle spalle, una volta per tutte, il dualismo che li aveva da sempre caratterizzati.

In prima istanza si sottolineava la funzione terapeutico-riabilitativa di queste istituzioni:

la gestione interna di tali strutture è di esclusiva competenza sanitaria. Le strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione della misura di sicurezza devono essere realizzate e gestite dal Servizio sanitario delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, nel rispetto di quanto previsto [... dal] 1° aprile 2008 ⁷¹.

Nel primo articolo del decreto leggiamo: «i requisiti di cui al comma precedente sono individuati nell'Allegato “A” al presente decreto, che ne costituisce parte integrante»⁷².

Il citato allegato prevede degli specifici risanamenti dal punto di vista strutturale:

restano ferme le prescrizioni vigenti in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica e continuità elettrica, tutela della salute nei luoghi di lavoro, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, alle caratteristiche e all'organizzazione degli ambienti e dei locali, tenendo conto delle necessità assistenziali, di riabilitazione psico-sociale e di sicurezza.

⁷¹ Decreto Legge n. 270/2012, *Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia*, Allegato “A”

⁷² Ivi, art. 1, II comma

La struttura ha uno spazio verde esterno dedicato ai soggetti ospitati nella residenza che risponda alle necessarie esigenze di sicurezza. L'area abitativa, con un numero massimo di 20 posti letto, si configura come di seguito:

è articolata in camere destinate ad una o due persone e comunque fino ad un massimo di quattro ospiti nei casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali; il numero dei posti letto collocati in camere singole è pari ad almeno il 10% dei posti letto totali; è presente almeno un bagno in camera con doccia, separato dallo spazio dedicato al pernottamento, ogni 2 ospiti, o comunque fino a un massimo di 4; [...]

Locali di servizio comune:

un locale cucina/dispensa; un locale lavanderia e guardaroba; locale soggiorno/pranzo; locale per attività lavorative; locale/spazio per deposito materiale pulito; locale/spazio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia; locale/spazio o armadio per deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni, a seconda della quantità; locale di servizio per il personale; spogliatoio per il personale; servizi igienici per il personale; locale/spazio attrezzato per la custodia temporanea degli effetti personali dei degenti, effetti che sono gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia; locale per lo svolgimento dei colloqui con i familiari, avvocati, magistrati; un'area in cui è possibile fumare.

Locali per le attività sanitarie:

locale per le visite mediche; studio medico/locale per riunioni di équipe; locale idoneo a svolgere principalmente attività di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste; locale per colloqui e consultazioni psicologico/psichiatriche.

Locale per la gestione degli aspetti giuridico-amministrativi ⁷³.

Fu, inoltre, previsto il raggiungimento di specifici requisiti tecnologici:

presenza di un carrello per l'emergenza completo di farmaci, defibrillatore e unità di ventilazione manuale, di attrezzatura per la movimentazione manuale del paziente e disponibilità di almeno una carrozzina per disabili motori; disponibilità di scale di valutazione e materiale testistico per le valutazioni psicodiagnostiche e la rilevazione dei bisogni assistenziali; presenza di apposite attrezzature, strumentazioni e arredi, che

facilitino lo svolgimento di attività di tempo libero, educazionale e riabilitativo. La dotazione di attrezzature e strumentazioni deve essere in quantità adeguata alla tipologia e al volume delle attività svolte e tali da non risultare pregiudizievoli [...

Si dispone, inoltre, di] sistemi di chiusura delle porte interne ed esterne, sistemi di allarme, telecamere, nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale ⁷⁴.

⁷³ Ivi, Allegato "A"

⁷⁴ Ibidem

Sempre all'interno dello stesso documento, leggiamo dell'indispensabile presenza di un'equipe multiprofessionale all'interno degli istituti, nello specifico:

per l'assistenza e la gestione di un nucleo di 20 pazienti, è necessaria la seguente dotazione di personale: 12 infermieri a tempo pieno; 6 OSS [Operatore Socio Sanitario] a tempo pieno; 2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva; 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno; 1 psicologo a tempo pieno; 1 assistente sociale per fasce orarie programmate; 1 amministrativo per fasce orarie programmate.

Nelle ore notturne è garantita la presenza di almeno 1 infermiere e 1 OSS.

La responsabilità della gestione all'interno della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra ⁷⁵.

Per favorire l'acquisizione di tali requisiti, nei tempi più brevi possibili, furono stanziati fondi pari a 180milioni di euro spendibili tra il 2012 ed il 2013.

Quasi in concomitanza al marzo 2013, periodo in cui gli Opg avrebbero dovuto cessare la loro esistenza, venne emanata la prima proroga con Decreto del Ministro della Sanità, convertito in legge numero 57/2013. Le amministrazioni degli Opg, i DSM e le Regioni ottenevano altro tempo; la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sarebbe stata prevista per l'Aprile dell'anno successivo, contemporaneamente venivano incrementate le attività di cooperazione atte a decretare il definitivo superamento.

La data di scadenza degli Opg, unita alla pluralità di nuove caratteristiche richieste dal Ministero della Salute rendevano sempre più ovvio come fosse necessario erigere nuove strutture, piuttosto che riconvertire le vecchie, non tutte idonee ai parametri sanciti dal legislatore. Nasceva la necessità di quelle che oggi conosciamo come Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), istituti atti ad assumere tutti i requisiti richiesti dal legislatore in un'ottica completamente nuova. Le Regioni, però, richiesero più tempo per apportare il completamento di tali strutture, ma soprattutto per far in modo che queste ultime potessero accogliere l'intero bacino d'utenza; la Conferenza delle Regioni optò per un posticipo

⁷⁵ Ibidem

all'Aprile 2017, il governo concedette, con nuovo decreto, il 52/2014⁷⁶, un ulteriore anno di proroga. In questo nuovo documento risultò fondamentale scandire delle chiare tempistiche rendendo sempre più stringente il controllo da parte del governo, ai sensi del primo articolo:

al fine di monitorare il rispetto del termine [...] le regioni comunicano al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri [...] entro l'ultimo giorno del semestre successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture [...] nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quando dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture e delle iniziative assunte per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari è tale da non garantirne il completamento entro il successivo semestre il Governo provvede con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9⁷⁷.

Questo decreto pose l'accento, anche su di un'altra questione fondamentale: la proroga, in potenza illimitata, delle Misure di Sicurezza. Dopo un lungo percorso, giuridico, legislativo e sociale atto a restituire dignità ad una parte fragile della società; dopo anni dedicati a smantellare il concetto di presunzione di pericolosità sociale; era impensabile che gli ergastoli bianchi continuassero non solo ad esistere ma, spesse volte, essere considerati l'unica possibilità.

Ai sensi del citato decreto:

le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale⁷⁸.

⁷⁶ Il decreto è stato convertito con modificazioni con la legge n. 81/2014, *Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*

⁷⁷ Decreto Legge n. 52/2014, *Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, art. 1, II comma

⁷⁸ *Determinazione della pena agli effetti dell'applicazione delle misure*: Agli effetti dell'applicazione delle misure, si ha riguardo alla pena stabilita dalla legge per ciascun reato consumato o tentato [56 c.p.]. Non si tiene conto della continuazione, della recidiva [99 c.p.] e delle circostanze del reato [59-70, 118-119 c.p.], fatta eccezione della circostanza aggravante prevista al numero 5) dell'articolo 61 del codice penale e

Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo ⁷⁹.

1.5.1. Cosa ne è stato degli OPG?

Nel febbraio del 2017, anche l'ultimo ospedale psichiatrico giudiziario d'Italia, quello di Barcellona Pozzo di Gotto (ME) chiuse i battenti. Un percorso lunghissimo, sommessamente intrapreso dalle sentenze della Corte Costituzionale, formalmente decretato dalla legge 9/2012. Questa legge era stata accolta con fervore, ne è la prova la copiosa rassegna stampa, caratterizzata interamente da toni entusiastici; in questo coro unanime, una sola voce si è distanziata con vigore e per ragioni assolutamente condivisibili; a fronte del suo background esperienziale e professionale, non posso esimermi dal citare Maria Grazia Giannichedda⁸⁰. La sua fu una preventivata provocazione, o se vogliamo, una presa di coscienza rispetto a ciò che stava accadendo nelle aule parlamentari; sul *Manifesto*, proprio in quel fatidico 17 febbraio del 2012, venne pubblicato un articolo intitolato: “*Opg: chiuderne sei... ma per aprirne quanti?*”.

Il primo elemento affrontato riguardava il problema culturale soggiacente a tutta l'attività legislativa fin qui affrontata:

è vero che il decreto dispone la chiusura, entro marzo del prossimo anno, dei sei Opg attualmente in funzione; ma non è affatto vero che con questo provvedimento l'ospedale psichiatrico giudiziario viene abolito o soppresso o superato che dir si voglia. La differenza è tutt'altro che sottile. L'Opg non è solo un luogo, è un dispositivo solidamente ancorato al codice penale che ne definisce l'oggetto (l'infermo di mente autore di reato o il condannato che diventa infermo di mente), la forma (misura di sicurezza) e le funzioni (cura e custodia)⁸¹.

della circostanza attenuante prevista dall'articolo 62 n. 4 del codice penale. nonché delle circostanze per le quali la legge stabilisce una pena di specie diversa da quella ordinaria del reato e di quelle ad effetto speciale

⁷⁹ Decreto Legge n. 52/2014, *Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, art. 1, II comma, 1-quarter

⁸⁰ Scrittrice, sociologa, e Presidentessa della Fondazione Franca e Franco Basaglia

⁸¹ Maria Grazia Giannichedda, *Opg: chiuderne sei... ma per aprirne quanti?*, il *Manifesto*, 17/02/2012, in <https://www.manifestosardo.org/opg-chiuderne-sei...-ma-per-aprirne-quanti/>, 28/10/20

Come leggiamo, l'autrice, non interpreta la legge come lo strumento attraverso cui avremmo garantito una più degna pratica di cura e custodia, bensì come un gesto, fomentato dalle ripetute ispezioni del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani e degradanti e delle Commissioni d'Inchiesta parlamentari. Un simbolo che non avrebbe inciso, in alcun modo, sul problema di natura penale,

e poiché il codice penale non si modifica per decreto tutto questo resta immutato [...] Certo, il decreto affida al servizio sanitario le nuove strutture e dispone che vi sia all'esterno, se serve, una "attività perimetrale di sicurezza e vigilanza". Ma questo escamotage, che sembra assegnare ai medici la cura e alle guardie la custodia, basterà a evitare porte chiuse, finestre blindate, telecamere a circuito chiuso, letti di contenzione, abuso di psicofarmaci, insomma tutti quei mezzi della cura/custodia che la psichiatria ha ereditato dall'era manicomiale? Difficile crederlo⁸².

Con un tono perentorio, e non necessariamente infondato, la Giannichedda all'alba della nuova e definitiva legge sugli ospedali psichiatrici giudiziari, non pronosticava un miglioramento delle condizioni per internati e gli istituti a loro direttamente connessi; esprimendo anche dei dubbi sull'erogazione dei fondi che avrebbero finanziato la trasformazione istituzionale:

è arrivato l'emendamento che chiude i sei Opg consegnando alle regioni 120 milioni di euro per il 2012 e i 60 per il 2013 (ma saranno poi veri?) per la realizzazione e la riconversione delle strutture, e 36 milioni per gli oneri di gestione del primo anno⁸³.

In quel preciso momento storico, non meraviglia che potessero emergere opinioni discordanti, che potremmo definire anche ciniche; sorprende, forse, che non ce ne fossero di più. L'autrice, inoltre, si sofferma sulle precedenti scelte legislative:

nessuna vicinanza dunque tra questo provvedimento che chiude i sei Opg e la Legge 180 che chiuse nel 1978 gli ospedali psichiatrici civili: quella riforma non si limitava alla chiusura degli ospedali ma ridefiniva lo statuto del malato di mente e i limiti del trattamento psichiatrico. La riforma dei codici penale e di procedura penale, che sola potrebbe davvero superare l'Opg, bisognerà invece aspettarla

⁸² Ibidem

⁸³ Ibidem

ancora, sperando che il nuovo provvedimento, e soprattutto il trionfalismo che lo ha accompagnato, non offrano l'ennesima scusa per rinviarla ⁸⁴.

Questo l'aspetto che più di tutti, premeva a sottolineare l'autrice. Interessante l'accostamento alla legge 180/78 che, in quanto collaboratrice del Dott. Basaglia, la Giannichedda non poteva farsi sfuggire sottolineandone l'aspetto culturale oltre che legale ma, a mio dire orfano di una constatazione fondamentale.

La legge Basaglia fu sicuramente rivoluzionaria. Come abbiamo letto fu frutto di un procedimento lampo ma allo stesso tempo, il prodotto di un percorso pratico e culturale che perdurava da parecchio tempo. Allo stesso modo anche dietro la legge 9/12 c'è un lunghissimo processo che è, verticalmente partito dall'alto (decreti) o dal basso (sentenze della Corte Costituzionale) a più riprese portando, anche in questo caso, ad un significativo cambiamento. Certo, come sostiene la Giannichedda, il Codice Penale non era stato modificato, ma le sentenze Costituzionali di cui abbiamo letto, avevano inciso in modo significativo su di un nuovo canone d'interpretazione degli articoli. Dunque nonostante le perplessità della scrittrice siano comprensibili, a fronte degli otto anni di esperienza vissuta a seguito della pubblicazione di quelle parole, sento di poter sancire un'unica grande differenza tra le due leggi, individuata nel rapporto che intercorreva tra le due istituzioni: ospedale psichiatrico ed ospedale psichiatrico giudiziario.

Fu possibile abrogare la legge Basaglia in soli sei mesi e chiudere definitivamente un'istituzione così radicata nel tessuto sociale, legale e culturale solo in virtù di un "cuscinetto": l'Ospedale psichiatrico giudiziario. Non perché si prevedesse l'inefficacia della riforma sanitaria, abbiamo visto che così non è stato (dal punto di vista numerico, in virtù della ricerca dell'Ufficio Studi e Ricerche del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, 2002), piuttosto in una prospettiva concettuale, se vogliamo anche inconscia, secondo la quale la chiusura dei manicomi non avrebbe totalmente privato la società di un sistema di contenimento del "diverso". La 9/12 si innestava in quadro differente; non si potevano chiudere gli Opg, senza nessuna alternativa, lasciando che i DSM, da soli, gestissero i pazienti psichiatrici, anche, autori di reato.

⁸⁴ Ibidem

Questa tangibile difficoltà doveva essere affrontata cautamente ed allo stesso tempo, istituendo una realtà alternativa: più “umana”, più controllata ma necessaria. In quest’ottica sono giustificabili le lungaggini del procedimento legislativo: una riconversione totale o l’apertura di nuovi istituti non poteva avvenire dall’oggi al domani.

Ma cosa ne è stato degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari? Il primo a chiudere definitivamente è stato l’Ospedale psichiatrico giudiziario di Napoli, il 21 dicembre 2015; era una struttura di fortuna nella zona di Secondigliano, attiva dal 2008, anno in cui Sant’Eframo, lo storico Opg, venne abbandonato a causa della fatiscenza dell’edificio. Come abbiamo detto, un ex convento, poi convertito a prigione ed infine Opg, Sant’Eframo risaltò nuovamente tra i fatti di cronaca nei primi mesi del 2015 quando, un gruppo di giovani del quartiere occupò quello spazio di proprietà del Demanio ma chiuso ed in stato di abbandono. Ciò che vi trovarono fu una chiara prova dell’ennesimo abuso a cui gli internati erano stati sottoposti.

Lo trovammo devastato: vestiario e oggetti di ogni tipo a terra, come se la gente fosse fuggita. Probabilmente non prepararono le persone al trasferimento in altra struttura, tutto dovette avvenire da un giorno all’altro: portarono tutti d’improvviso all’Opg di Secondigliano ⁸⁵.

L’ex Opg di Napoli acquistò una nuova vita, riconvertito nuovamente in sede dell’associazione *Je so pazzo*, tutt’oggi attiva. Un nome evocativo chiaro riferimento alla canzone di ribellione del cantautore concittadino Pino Daniele, ma anche un omaggio a tutti coloro che avevano sofferto tra quelle mura scalciate. Un gruppo di circa 60 ragazzi si è riunito in questa associazione occupando la parte bassa dell’istituto, utilizzando i locali considerati più idonei come il teatro, i cortili e le cucine. Proprio come una fenice che dalle sue ceneri risorge, da quell’istituto nasceva qualcosa di buono, una serie di iniziative sociali atte a migliorare la vita di quartiere;

⁸⁵ Manuela Ausilio, *Uno spazio di comunità pazzesco – ex Opg di Napoli*, Cooperative city magazine, in <https://cooperativecity.org/2019/12/12/uno-spazio-di-comunita-pazzesco-ex-opg-dinapoli/#:~:text=Sotto%20il%20fascismo%2C%20circa%20sessant,e%20moltissime%20ci%20sono%20morte>, 29/10/20

tra le più significative ricordiamo: lo sportello legale, una rete di solidarietà popolare e un rifugio per homeless della zona.

La seconda chiusura riguarda l'istituto di Castiglione delle Stiviere, o meglio la sua conversione. Essendo una delle strutture Opg meno legate al meccanismo di sorveglianza era plausibile la sua conversione in Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza. L'istituto mantovano non aveva mai ospitato la Polizia Penitenziaria all'interno delle sue mura e grazie anche agli ampi spazi verdi, sarebbe stato facile investire i fondi nazionali per un miglioramento delle strutture ed il raggiungimento dei requisiti tecnologici. Un progetto che venne eseguito in più fasi a partire dal marzo 2015 con la creazione di una "mega-Rems". Questo sistema poli-modulare di Rems provvisorie prevedeva di ospitare un massimo di 140 pazienti, tendenzialmente suddivisi in base al tipo di patologia psichiatrica presentata. La riorganizzazione dell'ex Opg di Castiglione delle Stiviere è stata accuratamente progettata; un programma tutt'oggi in corso, data l'approvazione del progetto esecutivo solo nel febbraio 2020, ma che, come leggiamo sul sito dell'azienda regionale per l'innovazione e gli acquisti lombarda, ha seguito precise fasi atte ad ottimizzarne la funzionalità:

- Realizzazione nuovo parcheggio;
- Realizzazione di n.1 REMS a media intensità e n.2 REMS ad alta intensità, previo spostamento dell'area a verde terapeutico attualmente posta frontalmente al Padiglione Morelli;
- Demolizione Padiglione Arcobaleno, previo spostamento degli ospiti nelle nuove REMS;
- Realizzazione delle tre REMS a media intensità ⁸⁶;

divenendo un' eccellenza tra le istituzioni similari, come lo era stata quando si configurava come ospedale psichiatrico giudiziario.

Diverse furono le sorti dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia, il 5 maggio del 2016 vennero trasferiti gli ultimi quattro pazienti, anche questo istituto era pronto per essere convertito ma, in questo caso,

⁸⁶ Aria: dell'azienda regionale per l'innovazione e gli acquisti, *REMS Castiglione delle Stiviere*, in <https://www.ariaspa.it/wps/portal/Aria/Home/cosafacciamo/infrastrutture/infrastrutture-viarie-concessioni/rem-s-castiglione-delle-stiviere>, 29/10/20

a Casa Penale. In merito l'ufficio relazioni con il pubblico del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) comunica che:

l'ex Opg di Reggio Emilia non accoglie più persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva. Con il provvedimento del Capo del Dipartimento datato 11 marzo 2016 i Reparti e le Sezioni pertinenti l'ex Ospedale Psichiatrico Giudiziario sono stati destinati a Sezioni di Casa Circondariale. Si è quindi proceduto all'unificazione dei due plessi penitenziari in un'unica Direzione denominata "Istituti Penali di Reggio Emilia". In particolare, si specifica che i primi 50 posti letto [...] già ospitano 45 detenuti. La struttura ospita, altresì, due Sezioni destinate all'Articolazione per la tutela della Salute Mentale, istituita con D.M del 28 maggio 2015, già attiva per un totale di 49 posti [...] Complessivamente, a breve, saranno disponibili 134 posti detentivi regolamentari ⁸⁷.

A ruota seguì l'Opg di Aversa in provincia di Caserta, solo un mese più tardi, era il 15 giugno del 2016. Gli ultimi internati lasciavano l'istituto, ormai divenuto interamente penitenziario, in cui risiedevano già 70 detenuti. Sulla nota del DAP leggiamo dell'emanazione di

una direttiva per la riconversione della struttura in istituto penitenziario ordinario a custodia attenuata ad alto indice trattamentale con una capacità ricettiva di circa 270 posti detentivi [...] inoltre la struttura aversana] risulta particolarmente idonea per l'attivazione di progetti trattamentali, tenuto conto che dispone di un'area verde di circa 10 mila mq, di un'ampia sala teatro, di una sala convegni, di un campo sportivo e di spazi adeguati per laboratori. [Sono previsti] progetti di ristrutturazione di alcuni reparti, che si aggiungeranno agli interventi di adeguamento strutturale già realizzati ⁸⁸.

Una struttura penale dunque, ma particolarmente indicata alla gestione di detenuti con particolari necessità, possibilità prevista per legge nelle apposite sezioni per l'articolazione e tutela della salute mentale (ATSM).

⁸⁷ Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, *Chiuso l'OPG di Reggio Emilia*, 9 maggio 2016, in [https://www.polpenuil.it/circolari/7090-opg-reggio-emilia-chiusura-definitiva-della-struttura.html#:~:text=Con%20il%20trasferimento%20degli%20ultimi,Napoli%20Secondigliano%20\(dicembre%202015\),29/10/2020](https://www.polpenuil.it/circolari/7090-opg-reggio-emilia-chiusura-definitiva-della-struttura.html#:~:text=Con%20il%20trasferimento%20degli%20ultimi,Napoli%20Secondigliano%20(dicembre%202015),29/10/2020)

⁸⁸ Redazione, *Chiude l'Opg di Aversa, primo manicomio giudiziario italiano*, Redattore sociale, in https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/chiude_l_opg_di_aversa_primo_manicomio_giudiziario_italiano#:~:text=ROMA%20%E2%80%93%20Chiude%20il%20primo%20manicomio,Reggio%20Emilia%20dei%20mesi%20scorsi,29/10/2020

Uno degli ultimi Opg a chiudere i battenti è stato quello di Montelupo Fiorentino nel febbraio del 2017. La struttura che, più di tutte, meritava di essere riconvertita a fronte del suo immenso valore storico-culturale. Ricordiamo che questo Opg nasceva all'interno di Villa dell'Ambrogiana, una villa medicea destinata al turismo ed alla cultura piuttosto che al contenimento. In occasione della definitiva chiusura, il Commissario incaricato della chiusura degli Opg, Franco Corleone affermò: «Finalmente la Villa dell'Ambrogiana tornerà a un uso culturale pubblico e potrà essere annoverata nel patrimonio delle Ville Medicee tutelato dall'Unesco»⁸⁹.

All'epoca non mancarono le iniziative

nel giugno 2016 era stato approvato un protocollo di intesa tra Ministero della giustizia, Regione Toscana, Agenzia del demanio e Comune di Montelupo. [Nel febbraio 2017] si è tenuto il primo incontro del gruppo di lavoro che dovrà definire il futuro, la destinazione e la valorizzazione della struttura. Un incontro preliminare, in cui ancora non si è parlato di destinazione. Il prossimo incontro è fissato per la fine di febbraio ⁹⁰.

Oggi, sfortunatamente, questo istituto non è ancora stato portato a nuova vita, cionondimeno sono presenti una pluralità di progetti e manifestazioni d'interesse per quelle mura.

Nello stesso periodo anche l'Opg di Barcellona P. G. chiuse definitivamente, riconvertito, come vedremo nel prossimo capitolo, a Casa Circondariale.

Sebbene siano stati molti i dubbi e resistenze circa questo periodo di transizione, il cambiamento istituzionale è avvenuto e tutt'oggi è ancora in corso nel tentativo di normalizzare gli ultimi strascichi del vecchio ordinamento.

1.5.2. Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

Conclusasi la fase di transizione, la più grande preoccupazione tra giornalisti, medici, istituzioni ed associazioni era che la nuova

⁸⁹ Redazione, *OPG di Montelupo, Saccardi: "La chiusura è un fatto epocale"*, Humanitas Scandicci, in <https://www.humanitas-scandicci.it/2017/02/opg-montelupo-saccardi-la-chiusura-un-epocale/>, 29/10/2020

⁹⁰ Ibidem

conversione, altro non fosse che una risoluzione apparente. Era vivo il timore che le Rems diventassero dei “mini Opg”, istituzioni atte a perpetuare, sebbene in piccolo, le cattive pratiche degli ospedali psichiatrici giudiziari, un timore che dopo i primi entusiasmi iniziali iniziò a diffondersi a macchia d’olio.

L’insieme delle preoccupazioni sulle nuove istituzioni per l’esecuzione delle misure di sicurezza va collocato, però, all’interno di un quadro interpretativo pregiudizievole. Presenti i trascorsi di questo tipo di istituti, a fronte delle scioccanti immagini mostrate negli ultimi anni e preoccupati da un’eventuale carenza dei servizi DSM, non sbalordisce che ci fossero perplessità, anche se manifestate tardivamente. Perplessità pregiudizievoli, appunto, perché non fondate su di una reale conoscenza. Come ogni nuova pratica o attività occorre del tempo affinché funzioni bene e così è stato per le Rems. Questi istituti, nel rispetto dei provvedimenti previsti dalla legge 248/2006, possedevano tutti i requisiti per affrontare, nel migliore dei modi, la nuova era della custodia terapeutica.

Se è vero che l’intero meccanismo basato sulla presunzione di pericolosità sociale, usato nel passato, fosse stigmatizzante e necessitasse di un superamento; è altrettanto vero che le pessime condizioni in cui, spesso, versavano gli utenti degli Opg, erano frutto di un insieme di fattori legislativi, economici e sociali, non esclusivamente il frutto di una cattiva gestione. Credere che le Rems, istituite dagli anni ’10 del XXI secolo, si configurassero con le medesime caratteristiche degli istituti che le avevano precedute, poteva significare due cose:

1. una totale sfiducia nelle istituzioni che una volta legiferato non si sarebbero prese carico di oneri economici e gestionali;
2. la convinzione che, chi avrebbe operato all’interno di queste strutture non lo avrebbe fatto professionalmente.

Scevro da tali convinzioni, credo, piuttosto, che l’intero sistema abbia tardato nell’ottenere i criteri d’efficienza desiderati, ma si stia ancora lavorando nel perfezionare protocolli ed attività atti ad un miglioramento determinato dalla necessaria esperienza.

A questo proposito non posso esimermi dal menzionare un professionista che in questi istituti (Ospedali psichiatrici, Opg, Rems e Casa

Circondariale) ci ha lavorato e continua ad operare, il Dottor Nunzio Giuliano, tecnico della riabilitazione psichiatrica, il primo ad essere stato assunto in un ospedale psichiatrico giudiziario italiano, nel 1998. Durante una lunga intervista concessami presso gli uffici della Casa Circondariale Vittorio Madia, mi ha raccontato della sua esperienza triennale (2015 - 2018) presso la Rems di Naso (ME), propongo un brevissimo estratto funzionale all'argomentazione.

Io ho lavorato in Rems con venti ricoverati, ed eravamo cinque i tecnici della riabilitazione; due psichiatri, un assistente sociale, due o tre infermieri che turnavano, l'ausiliario, l'OSS, importantissimo [...] Noi dalla mattina alla sera avevamo tutte le ore organizzate, delle regole ben precise, in primis l'igiene personale poi la possibilità della sigaretta solo ogni 45min. I risultati si vedevano. Ad esempio, ricordo un giorno, si stava avvicinando Natale e l'ausiliario propose di fare il torrone tutti assieme. Essendo in campagna decidemmo di uscire a raccogliere noci, mandorle, nocciole. Un'intera giornata fuori. Come questa escursione ne abbiamo fatte tante altre. Ad esempio siamo stati presso un frantoio, nelle vicinanze, a seguire tutto il processo dell'olio e gli hanno fatto mangiare il pane caldo con l'olio appena fatto. Siamo andati a vedere dove fanno il vino, tante attività. Purtroppo cose del genere si possono fare solo con un gruppo ristretto perché organizzare, gestire ed avere piena responsabilità è troppo difficile. [...] i risultati si vedevano] consideri che noi in un anno abbiamo dimesso oltre cento pazienti ⁹¹.

Una struttura, dunque, perfettamente funzionante, almeno quando parliamo della Rems di Naso. La vera problematica legata a questi istituti riguarda i numeri e le tempistiche. Oculata la scelta di limitare il numero di degenti a venti; come abbiamo letto è proprio il numero ristretto a permetterne una maggiore efficacia terapeutica ma, sfruttando sempre le parole di Giuliano, «non si può apparecchiare una tavola per quaranta persone alla quale se ne presentano cento», il problema va individuato nel rapporto tra detenuti Opg ed il numero delle Rems che sono state aperte. «Perché se avevi un Ospedale Giudiziario di 220 pazienti e in Sicilia apri solo due Rems con 20 posti ciascuna, il problema è evidente», una problematica denunciata anche da un altro storico rappresentante della realtà dell'Opg messinese, Padre Giuseppe Insana, presidente dell'associazione di volontariato “Casa di Solidarietà e Accoglienza”.

⁹¹ Intervista al Dott. Nunzio Giuliano, Tecnico della riabilitazione psichiatrica presso la Casa Circondariale Vittorio Madia, 29/10/2002. Intervista completa a pp. 195 - 205

Riporto qui, parte della sua lettera aperta alle istituzioni del 26 dicembre del 2014.

La Legge 81/2014 ha ottenuto di: 1. fare dimettere finalmente dall’Ospedale Psichiatrico Giudiziario le persone con misura di sicurezza più lunga della pena senza particolari inconvenienti. 2. dimettere molte persone con misura di sicurezza mediante i PTRI inviati al Ministero della Salute e alla competente autorità giudiziaria, specie quelle della Regione Puglia, quasi sempre in Comunità, solo qualcuna in famiglia; a differenza dell’ASL di Cosenza, di Palermo e di Catania che per molte persone internate, hanno omesso a tutt’oggi, di presentare i PTRI nonostante ripetuti solleciti e diffide da parte della Magistratura di Sorveglianza; per cui molti loro ricoverati restano ancora in OPG;

Mentre: 1. Sono pochissime le persone internate per cui i DSM propongono le Rems. Di conseguenza, è conveniente, è economico che siano riproposti i progetti regionali in cui sia prevista solo qualche Rems e, invece, siano incentivati i servizi nel territorio. 2. Continuano ad arrivare molte persone in OPG dalla libertà e da Comunità, quasi sempre per reati quali “Maltrattamento in famiglia... resistenza a pubblico Ufficiale, evasione...”, poche per “tentato omicidio”, non rispettando la Legge 81/2014 art. 1 comma 1 che prevede misure di sicurezza diverse dall’internamento in OPG. Continua ad esserci non osservanza della Legge 81/2014 art.1 comma 1 da parte delle varie Magistrature che non provvedono a contattare i DSM per trovare soluzioni di misura di sicurezza sul territorio. E’ necessario trovare una soluzione a tale inconveniente se si vuole realmente chiudere l’OPG entro il 31 marzo 2015. 3. Molti internati dimessi dall’OPG presso Comunità, ritornano in OPG per inosservanza agli obblighi, per aggressività.... Bisogna provvedere perché sia eliminato questo fenomeno verificando la qualità di servizio delle Comunità e se hanno i requisiti di accreditamento per esercitare attività di seria riabilitazione. 4. I DSM hanno provveduto con le loro risorse ordinarie per la dimissione di molte persone, senza ancora avere ricevuto le somme specifiche della Legge. E’ il caso che siano sbloccati i finanziamenti per le regioni virtuose che presentano il nuovo progetto che preveda la costruzione di una sola Rems e l’investimento delle risorse per servizi nel territorio; questo diventa di stimolo alle regioni ancora inadempienti e la possibilità di offrire Servizi di Salute Mentale efficienti nel territorio ⁹².

Questa la specifica condizione del caso siciliano, probabilmente non il solo ad aver vissuto queste problematiche.

⁹² Giuseppe Insana, *Lettera aperta sugli OPG*, stopopg.it – per l’abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari, <http://www.stopopg.it/node/1075>, 30/10/2020

Il problema dei numeri restava sicuramente il più difficile da superare, insieme all'apertura di strutture provvisorie che a distanza di alcuni anni sembra abbiano perso la loro aggettivazione divenendo definitive.

Oggi contiamo 28 Rems distribuite in modo abbastanza omogeneo sull'intero territorio italiano, nella garanzia del principio di territorialità e sulla base della divisione in macro bacini d'utenza di cui sopra. Uniche regioni a non aver garantito questo tipo di servizio: Molise, Umbria e Valle d'Aosta.

Qui espongo un elenco delle Rems, dove si collocano e da quando.

- Una Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in Abruzzo: Barete (AQ), dal giugno 2015.
- Una in Basilicata: Tinchì di Pisticci (MT), dal marzo 2015.
- Una in Calabria: Santa Sofia d'Epiro (CS), dall'ottobre 2016.
- Tre in Campania:
 - San Nicola Baronia (AV), dal dicembre 2015;
 - Roccaromana (CE), dal maggio 2015;
 - Vairano Patenora (CE), dal dicembre 2015.
- Due in Emilia Romagna:
 - Parma, dal dicembre 2015, chiusa nel novembre del 2019 quando i degenti sono stati trasferiti presso la definitiva Rems di Reggio Emilia;
 - Bologna, dall'aprile 2015.
- Tre in Friuli Venezia Giulia:
 - Aurisina (TS), dal giugno 2015;
 - Maniago (PN), dal novembre 2015;
 - Udine, dal giugno 2015.
- Quattro nel Lazio:
 - Palombara Sabina (RM), dal giugno 2016;
 - Subiaco (RM), dal luglio 2015;
 - Pontecorvo (FR), dal marzo 2015;
 - Ceccano (FR), dal novembre 2015.
- Una in Liguria: Genova, dal maggio 2017.
- Una macro – Rems in Lombardia: Castiglione delle Stiviere (MN) a partire dal marzo 2015.
- Una nelle Marche: Montegrimano (PS), dal giugno 2015.

- Due in Piemonte:
 - Bra (CN), dall'ottobre 2015;
 - San Maurizio Canavese (TO), dal novembre 2016.
- Due in Puglia:
 - Carovigno (BR), dal luglio 2016;
 - Spinazzola (BAT), dal novembre 2015.
- Una in Sardegna: Capoterra (CA), dal luglio 2015.
- Due in Sicilia:
 - Naso (ME), dall'aprile 2015;
 - Caltagirone (CT), dal maggio 2017.
- Una in Toscana: Volterra (PI), dal dicembre 2015.
- Una in Trentino Alto Adige: Pergine Valsugana (TN), dal luglio 2015.
- Una in Veneto: Nogara (VR), dal gennaio 2016.

Nonostante la legge preveda un massimo di venti posti letto per struttura, non bisogna pensare che le Rems italiane, così configurate, ospitino precisamente 560 pazienti. I diversi istituti regionali si presentano in modo estremamente eterogeneo tra loro, a fronte di un servizio che, ad esempio, garantisce in Friuli Venezia Giulia solo sei posti letto complessivi ed in istituti come quello di Nogara, ben quaranta. Una differenza giustificata da come alle strutture potessero essere applicati i protocolli stabiliti per legge. Nel complesso la capienza delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza italiane si configura sulle 500 unità; un'offerta esigua rispetto alla domanda, un'offerta incapace di rispondere alle esigenze degli Opg che stavano chiudendo e che dunque giustifica le preoccupazioni degli illustri professionisti sopracitati.

Alla definitiva chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici giudiziari molti detenuti/pazienti rischiavano di divenire unicamente e definitivamente detenuti, attendendo in un istituto di detenzione che si liberasse un posto in Rems. Un'attesa non sempre breve per due principali motivi:

1. affinché si liberi un posto in Rems è necessario che un altro paziente venga dimesso e reinserito nel territorio, un percorso, di per sé abbastanza impegnativo, anche in termini di tempo;
2. è necessario rispettare il principio di competenza territoriale, secondo il quale l'unica Rems alla quale si può accedere è quella

presente nella propria regione o la regione di competenza per quei territori che ne sono sprovvisti.

Non sorprendono le critiche a tale sistema, non perché non funzionasse per chiunque avesse il privilegio di risiedervi ed usufruire dei servizi terapeutici, ma proprio perché di un privilegio si trattava.

In conclusione di questo capitolo vorrei soffermarmi su di una riflessione circa il passaggio dagli Ospedali Psichiatri Giudiziari alle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, a fronte di quanto espresso fino ad ora. Come abbiamo visto, la storia degli Opg è stata caratterizzata da molte ombre, presenti tutt'oggi nel sistema organizzativo delle Rems. A mio dire, però, ciò su cui bisogna soffermarsi è "l'eccezione". Nel passato delle misure di sicurezza l'aspetto trattamentale era spesso messo da parte, puntando invece sulla custodia, in linea generale ma non esclusivamente. È impossibile non tener conto dell'impegno, l'innovazione e l'attenzione alla "cura" di storici direttori come Nunziante Rosania (Direttore Opg Barcellona P. G.) o Franco Scarpa (Direttore Opg Montelupo Fiorentino) che hanno fatto dell'attività in Opg un modello, seppur con tutte le storture e limitazioni; eccezioni all'idea che l'Opg altro non fosse che un *autentico orrore indegno di un paese appena civile*. In quel contesto l'eccezione riguardava pochi istituti ed al loro interno solo pochi pazienti che avrebbero beneficiato appieno di quegli sforzi trattamentali. Oggi le cose sono diverse. Oggi il sistema legato alla cura ed alla custodia è completamente ed efficacemente incentrato sul primo aspetto, un sistema di comunità che ottiene ottimi risultati ma non per tutti. In questo quadro l'eccezione viene accostata ad un simbolo negativo, al contrario del passato; è un numero più basso ed esiguo di soggetti a non poter beneficiare dei trattamenti seppur in via momentanea. Se nel passato l'eccezione era rappresentata dal buon funzionamento del sistema di cura e custodia a beneficio del paziente, oggi è l'esatto opposto. Sebbene perfettibile, questo processo ha tutti i requisiti per essere considerato come un grosso passo in avanti.

Il Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto

Sorto nel cuore di Barcellona Pozzo di Gotto in provincia di Messina, il Vittorio Madia fu il primo istituto tra i suoi simili, a nascere con la specifica intenzione di erigersi a mezzo di contenimento dei criminali non imputabili, di tutti gli individui socialmente pericolosi, per i delinquenti divenuti pazzi durante l'espiazione della pena. Iniziano gli anni '10 del XX secolo e la zona del messinese sta lentamente risorgendo dalla distruzione portata dal terremoto del 1908. Fin da subito, fu forte l'idea, non solo di ricostruire ciò che era stato distrutto, ma di creare nuove e più prestigiose strutture. Il 1913 fu l'anno in cui nacque il progetto di un manicomio giudiziario; una progettualità che avrebbe portato Barcellona Pozzo di Gotto a divenire punto di riferimento per un'esigenza sociale che, evidentemente, richiedeva un'espansione.

Il manicomio di Barcellona Pozzo di Gotto aprirà i battenti qualche anno più tardi, nel 1925, ergendosi ad emblema della ricostruzione, in modo elegante e costituendo un vero e proprio nuovo quartiere della città. Occupando un'intera via, la rettangolare palazzina bi-livelli dall'aspetto eclettico, si configurò come un insieme di diversi reparti contraddistinti dai portici distribuiti lungo un ampio cortile interno. Nel corso del tempo la costruzione è stata sempre più ampliata e modificata, creando strutture ricettive per i dipendenti o ulteriori spazi ad uso dei detenuti/pazienti; primo tra tutti la scuola, fortemente desiderata dal primo storico Direttore⁹³, una cappella per la celebrazione delle funzioni religiose, e tanti altri spazi che, nel corso del tempo, sono stati costruiti o adibiti a nuove funzioni: pensiamo al teatro, gli impianti sportivi o il chiosco sotto i portici. Una struttura viva che negli anni si è ampliata sempre più, in misura a quelle che sarebbero state le nuove prerogative legali e burocratiche e nel tentativo di rendere sempre più efficiente il rapporto tra rigore e terapia per i pazienti. Oggi è tutto molto diverso: il cortile è vuoto, gli impianti sportivi semi-deserti, le misure di sicurezza sono triplicate; ma si continua a percepire un forte legame con il passato, almeno presso

⁹³ Vittorio Madia, *Il Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto*, rivista di Diritto Penitenziario: Studi teorici e pratici, Anno III, luglio-agosto, 1932

gli uffici amministrativi, dove si avverte uno spiccato gusto per il barocco che traspare dalle ampie scale in marmo, dagli scalcinati dipinti alle pareti e da parte del mobilio originale, che ancora occupa gli spazi comuni, se non intere stanze: grandi specchi, originali scrivanie, sedie, cassapanche ed armadi in legno massiccio, scuro e dalle superfici ricurve. Fu, in particolare, una stanza ad attirare la mia attenzione; situata al piano terra e sfruttata dai magistrati di sorveglianza, quando si recano in istituto, qui tutto è rimasto com'era: bauli, vetrine, armadi, specchi e sedie raccontano di un passato non troppo lontano ma distante anni luce da quello che oggi la casa circondariale rappresenta. La stessa direttrice, Romina Taiani⁹⁴, la definì ironicamente “la stanza del podestà” manifestando apertamente il suo straniamento da quello che quell'ambiente rappresenta.

A metà tra le continue modifiche delle infrastrutture, nuove costruzioni e l'immobilità di altri spazi comuni e non; una realtà che si è ampliata a dismisura fino a richiedere l'istituzione di uno spazio adeguato ed assestante è quella dell'archivio storico.

2.1. L'archivio storico del Vittorio Madia

Durante questi anni, come sarebbe accaduto nella pratica di qualsiasi altra attività umana, fu naturale accumulare documentazione cartacea circa l'attività gestionale, economica e trattamentale.

Le scritture devono essere conservate per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione. Per lo stesso periodo devono conservarsi le fatture, le lettere e i telegrammi ricevuti e le copie delle fatture, delle lettere e dei telegrammi spediti. Le scritture e i documenti di cui al presente articolo possono essere conservati sotto forma di registrazioni su supporti di immagini, sempre che le registrazioni

⁹⁴ Specializzata in discipline giuridiche e criminologiche, la Dott.ssa Taiani è impegnata in ambito penitenziario dal 1997 come docente (Istituto Superiore di Studi Penitenziari Roma, 2010; Università degli Studi di Messina, 2011) e come dirigente all'interno di diversi istituti su territorio nazionale (Casa Reclusione Is Arenas (VS), 1997-2001; Casa Circondariale di Messina, 2001-2002; Casa Circondariale di Mistretta (ME), 2008; attuale Direttore della Casa Circondariale di Barcellona Pozzo di Gotto (ME), dal 2018)

corrispondano ai documenti e possano in ogni momento essere rese leggibili con mezzi messi a disposizione dal soggetto che utilizza detti supporti ⁹⁵.

Ai sensi di questa normativa appare indispensabile, o quantomeno diviene obbligatorio, accumulare documenti. Sfortunatamente, così non è stato per l'attività del manicomio giudiziario barcellonese; almeno, non da subito. La normativa, infatti, entrava in vigore dal 1942; i diciassette anni di attività precedente non erano vincolati, in alcun modo, alla preservazione, anche temporanea, quanto piuttosto, al buon senso di chi questi documenti li produceva e riceveva.

Non ci è dato sapere quale fosse il *modus operandi* impiegato presso il manicomio giudiziario, nel catalogare, organizzare ed archiviare l'attività amministrativa; come avvenisse il passaggio da archivio corrente ad archivio di deposito e se questo fosse previsto, o più semplicemente la documentazione venisse smaltita. Posso, esclusivamente, limitarmi ad analizzare ciò che presso questo archivio, possiamo trovare oggi, tenendo conto che, come afferma Le Goff:

ogni documento è frutto del lavoro della società che lo produce, lo preserva o lo manipola, è cioè il risultato dello sforzo compiuto dalle società storiche per imporre al futuro – volenti o nolenti – quella data immagine di se stesse. In questo senso non esiste un documento verità, ogni documento è una menzogna ⁹⁶.

Ma facciamo un passo indietro, per interpretare e valutare il patrimonio archivistico dell'ex Opg, bisogna capire cosa intendiamo per archivio.

L'Archivio è il complesso di documenti posti in essere nel corso di un'attività pratica, giuridica, amministrativa e per scopi pratici, giuridici e amministrativi, e perciò legati da un vincolo originario, necessario e determinato, e quindi disposti secondo la struttura, le competenze burocratiche, la prassi amministrativa dell'ufficio e dell'ente che li ha prodotti; struttura, competenze, prassi in continua evoluzione e perciò diversi da momento a momento, secondo un processo dinamico continuamente rinnovantesi. L'archivio nasce dunque "involontariamente", ed è costituito non solo dal complesso dei documenti, ma anche dal complesso delle relazioni che intercorrono tra i documenti ⁹⁷.

⁹⁵ Articolo 2220, *Conservazione delle Scritture Contabili*, Codice Civile, emanato con Regio Decreto 16 marzo 1942, n. 262

⁹⁶ Jacques Le Goff, *Storia e Memoria*, Einaudi, Torino, 1982, p. 454

⁹⁷ Elio Lodolini, *Archivistica: principi e problemi*, Milano, Franco Angeli, 1995, p. 291

Così inteso, come una realtà involontaria e necessaria per ragioni pratiche, ogni aggregato sociale, ogni istituzione è produttrice di archivi. Un'attività commerciale conserva le sue note spesa, i contratti, gli ordini e le fatture; una cooperativa tiene conto della propria attività economica e sociale; una scuola conserva tutti i documenti relativi ai suoi dipendenti, studenti ed attività; così come, anche in una piccola realtà familiare si raggruppa una grande quantità documentaria, dalle utenze alle foto, i libri ed i regali, anche solo dei disegni. Tutto materiale di poco conto ma che, se analizzato nel suo complesso, ci dice molto sulla specifica realtà indagata, che sia una famiglia o un tribunale, cambia la mole di materiale di spoglio ma il valore culturale è il medesimo. La realtà archivistica è, infatti, un mezzo che permette la regolare prosecuzione dell'attività legale, giuridica e commerciale ma è, allo stesso tempo, «elemento costitutivo dell'umano operare: quello cioè della memoria»⁹⁸.

Ovviamente nelle grandi istituzioni pubbliche, così come nelle aziende, gli archivi sono una realtà necessaria che nasce con l'istituzione e l'accompagna ampliandosi e modificandosi all'occorrenza, sia nello spazio che nei contenuti. Un tempo l'archivio era rappresentato da uno sgabuzzino o un grande stanzone, oggi, con più probabilità, è fisicamente inesistente, ha perso la sua corporeità, caricato su di un server o un drive. La necessità di tale realtà, fisica o digitale che sia, però permane imperitura quasi come un'attività insita nell'umano agire, ascritta nella nostra realtà culturale.

Il concetto di spontaneità, di archivio come sedimento spontaneo dell'attività dell'ente si affianca al concetto di "archivio-thesaurus", cioè deliberata, sistematica e ordinata selezione, costituita sempre per scopi pratico-operativi ⁹⁹,

archivi spontanei e pratici destinati all'interpretazione del ricercatore.

È "interpretazione" la parola chiave, perché prima di immergersi nei documenti che un archivio contiene, bisogna discernere l'approccio che a questa realtà complessa, interrelata, immobile e mutevole allo stesso tempo, vogliamo applicare. La stessa nomenclatura genera non poche

⁹⁸ Filippo Valenti, *Riflessioni sulla natura e struttura degli archivi*, in (a cura di) Daniela Grana, *Scritti e lezioni di archivistica, diplomatica e storia istituzionale*, Roma, 2000, p. 84

⁹⁹ Ivi, p. 89

riflessioni e punti di domanda tra gli archivisti, essendo il termine “archivio”, di per sé, ambiguo a causa della sua polivalenza. Tra i quesiti cruciali troviamo tre interconnesse questioni:

archivio in senso lato ovvero archivio in senso proprio? [...] Il nodo del come e, soprattutto, del chi seleziona e testimonia [...] Un’ulteriore ambiguità la si ritrova nel concetto stesso di archivio come bene culturale ¹⁰⁰.

L’archivio deve essere inteso come l’insieme di materiale intenzionalmente raccolto e catalogato o come residualità dell’umano agire? Personalmente reputo che archivio significhi entrambe le cose; le sfumature sono contrassegnate nettamente dalle scelte di chi l’archivio l’ha generato e chi lo spoglia, sebbene il corpus possa essere costituito come ordinamento, ciò non significa che non possa essere letto in quanto testimonianza storica e viceversa. Bisogna, pur sempre, tener conto che, anche qualora l’intenzione del produttore del complesso documentale fosse quella di rilasciare una testimonianza storica, un residuo dell’agire umano, questi sarebbe sempre ed inevitabilmente limitato dalla sua soggettività e dal desiderio di far emergere degli aspetti piuttosto che ometterne degli altri. Soprattutto negli archivi privati, è percepibile questa attività di selezione, volontaria o meno, frutto di dimenticanza o di una forma di *intimità culturale*. Per poter utilizzare gli archivi

è necessario sapere da chi, quando e perché sono stati prodotti e come si sono formati e trasformati nel tempo. Tale processo non è semplice [...] occorre perciò prevedere passo lento e tempi lunghi ¹⁰¹.

La soggettività, però, non deve essere condannata in toto, lo stesso Marc Bloch¹⁰² sosteneva come la parzialità fosse insita in ogni fonte storica e che le fonti parlassero solo qualora le si sapesse interrogare,

¹⁰⁰ Claudio Torrìsi, *Ambivalenze e polivalenze dell’archivio*, L’apporto del pensiero di Filippo Valenti alle discipline archivistiche, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato-Libreria dello Stato, Roma, 2014, p. 86

¹⁰¹ Barbara Sorgoni e Pier Paolo Viazzo, *Documenti*, in (a cura di) Cecilia Pennacini, *La ricerca sul campo in antropologia. Oggetti e metodi*, Carocci Editore, Roma, 2010, p. 329

¹⁰² Marc Bloch, *Apologia della storia o Mestiere di storico*, Einaudi Editore, Torino, 2009

interpretandone i silenzi e le enfatizzazioni; d'altronde «si impara sul campo a non credere a tutto quello che si legge nei documenti»¹⁰³.

Un'ultima considerazione va fatta sull'archivio inteso come bene culturale. Sicuramente lo è, così come il materiale bibliotecario e le esposizioni museali, ma a differenza di queste due realtà, quella degli archivi non è fruibile, almeno non sempre. La burocrazia e spesso la mancata organizzazione di questi beni non permettono di goderne a chiunque abbia interesse, se non specificatamente accettato e giustificato dall'ente proprietario; è facile capire come l'archivio possa essere considerato un bene culturale marginale, almeno per la collettività. Se lo considerassimo solo in questi termini però, mutileremmo la realtà archivistica della sua più grande peculiarità la «disponibilità alla ricerca»¹⁰⁴; secondo il Professor Torrisi:

è possibile fruire dell'archivio interrogandolo, tentando di penetrare nel suo oggettivo articolarsi, nel complesso delle singole parti [...] L'archivio è anche un coacervo di ricerche che attende percorsi di conoscenza, che attende abilità di recupero della memoria ¹⁰⁵;

in questa interpretazione l'archivio ottiene la sua massima valorizzazione, fruito ed analizzato dal ricercatore, fermo restando che la realtà archivistica può e deve migliorarsi nella forma e nel contenuto.

L'archivio è un bene culturale particolare fatto di similitudini, forti, con il complesso patrimonio culturale ma anche di specificità che andrebbero valorizzate. Non basta conservare gli archivi, non basta tutelarli: occorrerebbe intendere più compiutamente il concetto stesso di tutela, in riferimento agli archivi. Occorrerebbe garantire gli archivi lungo tutto il percorso del loro divenire, dalla formazione alla storicizzazione. L'asserita separatezza fra le fasi dell'archivio ha finito con l'enfatizzare il punto terminale del processo archivistico, puntando a fare prevalere

¹⁰³ Harriet Rosenberg, *Un mondo negoziato*, Carocci, Roma, 2000, p.6

¹⁰⁴ Filippo Valenti, *Riflessioni sulla natura e struttura degli archivi*, in (a cura di) Daniela Grana, *Scritti e lezioni di archivistica, diplomatica e storia istituzionale*, Roma, 2000, p. 87

¹⁰⁵ Claudio Torrisi, *Ambivalenze e polivalenze dell'archivio. L'apporto del pensiero di Filippo Valenti alle discipline archivistiche*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato-Libreria dello Stato, Roma, 2014, p. 87

la fase della conservazione rispetto a quella della definizione stessa del complesso archivistico ¹⁰⁶.

Un archivio che, sicuramente, soffre delle problematiche descritte da Torrisi è quello della Casa Circondariale Vittorio Madia; un complesso documentale dal grande valore storico, tutelato solo formalmente e non da un punto di vista sostanziale. Un bene culturale inestimabile ma estremamente difficile da fruire, essendo amministrato da una realtà carceraria sotto la giurisdizione del Ministero della Giustizia. Nonostante una convenzione stipulata tra l'Università degli Studi di Messina e l'ex Opg nel 2017 e la mia richiesta di accesso ai documenti nel dicembre del 2018, le necessarie autorizzazioni non sono arrivate prima del maggio 2019, a riprova dei farraginosi procedimenti burocratici che si celano dietro l'accesso a questo tipo di documentazione. L'obiettivo del Ministero è quello, per l'appunto, di tutelare l'archivio e l'istituzione carceraria minimizzando il più possibile l'accesso a chi non fa parte dello staff d'istituto; fortunatamente, in questa occasione, l'istituzione ha reso l'archivio disponibile, a scopi di ricerca, ad uno sparuto gruppo di ricercatori, generando un'occasione più unica che rara di accesso a questo bene. Questo schedario è quindi fortemente tutelato nella sua essenza fisica, impedirne l'accesso rappresenta, sicuramente, la migliore arma per tutelare i documenti dall'usura, dal furto e vigilare sulla privacy. La stessa tutela, però, non viene apportata dal punto di vista sostanziale, la documentazione in questione, infatti, è il perfetto esempio di bene archivistico in cui prevale la conservazione rispetto alla definizione stessa di complesso archivistico.

L'archivio del Madia dovrebbe raccogliere, almeno idealmente, l'interesse delle attività prodotte e documentate dall'istituto: dagli aspetti di carattere economico-amministrativo alle note di servizio, dai documenti clinici e giuridici dei detenuti a quelli relativi ai dipendenti, fino ad arrivare alla rendicontazione di tutti i progetti edilizi, sanitari, giuridici e sociali. Immaginando l'interesse di tale documentazione si viene delusi solo guardando il plesso in cui l'archivio è contenuto; troppo esiguo per raccogliere una così grande mole di documenti. Iniziando a visionare gli scaffali però, comprendiamo come quello spazio sia adeguato in quanto

¹⁰⁶ Ibidem

adibito a custodire solo la documentazione clinica e giuridica dei pazienti/detenuti. Una documentazione, dunque, fortemente contrassegnata dalla scelta di chi, quell'archivio, l'ha istituito; tra questi scaffali non troveremo la residualità dell'operato istituzionale ma una precisa documentazione, memoria di chi in quel luogo ci ha vissuto. Approfondendo le ricerche apprendiamo che, anche in questo caso, l'inezienza del complesso archivistico è stata disattesa; aspettandosi di ritrovare tutte le cartelle cliniche e documenti giuridici, di tutti i detenuti/pazienti che hanno varcato la soglia dell'istituto, dal 1925 ai nostri giorni o almeno fino alla sua conversione da Ospedale Psichiatrico Giudiziario a Casa Circondariale. Seguendo l'ordine numerico, si nota l'assenza di un documento, forse perché smarrito; da un punto di vista più globale si nota l'assenza di documentazione per interi periodi di attività dell'istituto, come se in quegli anni non fosse stata prodotto alcun atto, o la struttura fosse stata inattiva, inoltre l'intera sezione femminile, sebbene più sparuta, non trova alcuna corrispondenza tra i documenti clinici, come se non fosse mai esistita. A riguardo, sono venuta a conoscenza, tramite i funzionari dell'istituto, che parte dello schedario storico viene periodicamente spostata presso un archivio più grande, a Palermo, per "fare spazio" ai nuovi documenti prodotti (un'informazione, però, non verificabile e dalla dubbia credibilità). Ancora una volta lo spazio e la forma piuttosto che la sostanza prendono il sopravvento per motivi di natura pratica; a farne le spese è la struttura del bene culturale.

L'ambivalenza è intrinseca alla natura stessa degli archivi, e non può essere rimossa con lo spezzarli in due in forza di una norma che interponga un rigido diaframma tra ciò che è ancora soltanto amministrativo e ciò che è già soltanto storico ¹⁰⁷;

quello affrontato da Valenti è il più comune errore messo in atto dagli enti produttori di materiale documentario. Separare il vecchio dal nuovo è una scelta che può avere le sue prerogative dal punto di vista pratico a salvaguardia del necessario "spazio", ma ciò che è avvenuto al Madia non ha seguito questa logica. I documenti più antichi sono presenti e costituiscono la più numerosa parte dell'intera documentazione, si nota, per lo più, l'assenza di quest'ultima nel periodo tra gli anni '60 e '90 del

¹⁰⁷ Filippo Valenti, *Riflessioni sulla natura e struttura degli archivi*, in (a cura di) Daniela Grana, *Scritti e lezioni di archivistica, diplomatica e storia istituzionale*, Roma, 2000, p. 101

secolo scorso, oltre le già citate schede cliniche che interessano le donne. Una scelta certamente curiosa, determinata, forse, dal fato o dalla precisa volontà di rendere inaccessibili alcuni specifici tipi di documenti; mio malgrado, non sono riuscita a rispondere a tale quesito che mi preme, però, sottolineare come privo di alcuna logica ed estremamente deleterio all'interesse e alla relazione dei documenti, necessaria ai percorsi di conoscenza.

La realtà archivistica va intesa come un organismo in cui ogni elemento va relazionato con l'altro e vive in funzione di tale relazione, l'archivio dunque non deve essere ordinato bensì strutturato. In un articolo di ben quarant'anni fa, sempre Valenti, enfatizzava sulla necessità di discernere i due termini:

in Italia [...] si è sempre parlato, se non sbaglio, di “ordinamento” e mai di “struttura” degli archivi; probabilmente nella tacita convinzione che si sarebbe trattato, comunque, di due parole diverse per intendere la medesima cosa. Mentre così esattamente non è; basti osservare che, di massima, mentre un ordinamento è qualcosa che deliberatamente si dà a un determinato insieme, una struttura è qualcosa che vi si scopre, cioè si cerca, si individua e si studia, indipendentemente dal fatto che sia stata “data” a suo tempo o si sia invece spontaneamente costituita¹⁰⁸.

Sfortunatamente il concetto di “struttura”, come Valenti la intende, non è riuscito a toccare tutto il materiale archivistico del nostro paese, anzi. Nel caso dello schedario di Barcellona Pozzo di Gotto oserei dire che i documenti sono appena ordinati, quanto basta per riuscire a divincolarsi tra tutto il materiale, seguendo un ordine spaziale e numerico che permette a malapena di capire da dove cominciare, avendo come unico riferimento una data.

2.1.1. Localizzazione ed organizzazione

Dopo un paio di incontri preliminari con la Dottoressa Romina Taiani, ebbi finalmente l'occasione di visitare l'archivio. Non mi venne mostrato subito a causa della sua posizione dislocata dal plesso centrale. Non ero a conoscenza della sua ubicazione, né tantomeno della sua grandezza o organizzazione, gli unici indizi che mi erano stati dati riguardavano le

¹⁰⁸ Ivi, p. 103

cattive condizioni in cui versava quell'ambiente in disuso ed il fatto che fosse, più o meno, distante dagli uffici.

Il sette maggio del 2019, mi accinsi, in compagnia del Dott. Pizzino, a raggiungere la meta che, nei mesi precedenti, avevo tanto immaginato; non vi nascondo, con molto entusiasmo e nella convinzione che da lì, la mia ricerca sarebbe finalmente iniziata. Il primo intoppo lo vivemmo ancor prima di uscire dall'istituto, bisognava trovare le chiavi dell'archivio. Come ho detto, il casotto in cui sono conservati i documenti archivistici era in disuso ed anche le sue chiavi non venivano prese, viste ed usate da parecchio tempo; fu ironico prendere parte ad una conversazione in cui, più di un agente di Polizia Penitenziaria rispose ai nostri quesiti chiedendoci di quale archivio parlassimo. Nonostante il primo momento di *défaillance*, gli stessi agenti, furono molto disponibili nell'accompagnare Pizzino nella ricerca di questo "tesoro nascosto"; io li vedevo sparire in una stanza adiacente alla guardiola, e restavo lì, non mi era concesso andare oltre; aspettai. Dopo aver osservato qualche passaggio da una stanza ad un'altra, finalmente sentii il tintinnio delle chiavi che sbattevano l'una sull'altra; eravamo pronti ad andare. Usciti dalla porta principale, la mia guida mi fece strada lungo la via V. Madia, per circa duecento metri costeggiammo l'istituto, continuando all'incrocio con la via L. Zancla; immediatamente visibile, a cinquanta metri, un grande cancello blu, ultima soglia da varcare prima di imbattersi nel nostro archivio. Anche presso questo cancello è obbligatoria l'identificazione, non c'è una guardiola ma bisogna dichiarare nome, cognome e motivo dell'ingresso presso quella specifica entrata; l'agente di Polizia Penitenziaria che risponde al citofono osserva attraverso la telecamera. Appena cinque minuti per spostarsi dagli uffici amministrativi, uscire dall'istituto e rientrarvi da un'entrata secondaria; un percorso che, a quanto mi era stato accennato, mi aspettavo più lungo. Fortunatamente la mia percezione si rivelò erronea, avrei dovuto ripercorrere quei passi un centinaio di volte.

Varcato il cancello lo sguardo si amplia su di un grande spiazzale non pavimentato. Osservando questo spazio appare evidente come non sia soggetto a molte attività; sebbene si possano individuare una pluralità di piccole costruzioni, sebbene è in questa zona che si collocano magazzini e la sede delle attività manutentive, io non ho quasi mai incontrato

nessuno. Avrei potuto affermare che l'intera area fosse abbandonata se non ci fosse stata l'incontrovertibile prova di un costante passaggio di automezzi, certificata dalle tracce di pneumatici che segnano come dei sentieri sul prato che cresce spontaneamente. È curioso come, sempre la vegetazione abbia rappresentato la prova indiziaria del totale abbandono dell'archivio. Il primo dei fabbricati presenti in questo grande slargo, totalmente circondato da vegetazione spontanea, anche in prossimità della porta, che ha richiesto un piccolo intervento di giardinaggio prima di essere aperta.

Finalmente in archivio, lo scenario che mi si stagliò dinnanzi fu disarmante. Non mi sbalordì l'incuria dello stabile, il fatto che ci fossero mucchietti di documenti, faldoni e schedari impilati sul pavimento, che ci fossero spazi angusti o la quasi totale assenza di luce naturale; ciò che mi confuse quel giorno fu l'impossibilità di discernere tra i documenti custoditi negli armadi: la totale assenza di un catalogo, un indice, una guida circa ciò che quegli armadi contenessero.

La metafora del «reticolato archivistico»¹⁰⁹, di cui parlano gli esperti, è incredibilmente confacente alla realtà affrontata presso l'archivio storico della Casa Circondariale Vittorio Madia. Un lungo corridoio, reso stretto dagli armadi in metallo disposti lungo le pareti, sulla sinistra un piccolo spazio adibito alla consultazione ed ancora un lungo corridoio parallelo: questo è più ampio, ma sono ancora gli armadi a rendere l'ambiente angusto, in quanto posizionati lungo le pareti ed al centro dell'ambiente creando una sorta di piccolo labirinto. I due corridoi si diversificano per contenuto: il più grande, raccoglie tutti i faldoni contenenti cartelle cliniche; l'altro, tutta la documentazione più spiccatamente giuridica ed amministrativa, la "Matricola". Ogni paziente/detenuto ha due numeri identificativi, due cartelle che raccontano i motivi della sua degenza e come questa si sia evoluta e conclusa, due diverse cartelle atte a scindere il paziente dal detenuto, atte ad ordinare sistematicamente quella dualità propria degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Questa diversificazione non mi fu immediatamente chiara, solo a seguito di alcune "missioni" che, ricordo erano sempre molto brevi a causa delle modalità previste per il mio ingresso in archivio, iniziai ad orientarmi e

¹⁰⁹ Ivi, p. 122

comprendere appieno il materiale del mio campo di ricerca. Mi bastò osservare meglio per capire che un tentativo organizzativo era stato effettuato; sopra alcuni armadi è possibile intravedere l'applicazione di un'etichetta dove spicca la data di riferimento circa il contenuto: non è sempre presente, probabilmente alcune sono andate perdute, probabilmente il lavoro non è mai stato completato, probabilmente il lavoro non è stato effettuato con minuzia, purtroppo non sempre ciò che si legge corrisponde a realtà. Un tentativo, appunto. Nonostante la semi-assente organizzazione, è possibile reperire il materiale in base alle date, essendo adeguatamente contrassegnati i faldoni. Un ordine appena percettibile, inutile interrogarsi sulla presenza di una struttura.

Da profana della disciplina archivistica mi sono approcciata a questo complesso documentale a piccoli passi cercando, dapprima, di comprenderne l'ordine, indagare struttura e contenuto dei singoli documenti e successivamente, provando a creare una relazione tra i documenti che fosse funzionale alla mia ricerca, conscia che:

per parlare attraverso un archivio con la voce degli altri bisogna essere sensibili alla fedeltà che queste voci reclamano – prima ancora che siano iscritte nel corpo di un testo – come voci calde e corporee, emerse dall'afasia storica ed emancipate da una sofferenza sociale che esige qualità di ascolto ¹¹⁰.

2.1.2. Contenuto

Adesso intendo soffermarmi propriamente sulla documentazione d'archivio; una volta individuata l'organizzazione fisica, è stata la volta di iniziare a consultare i singoli documenti.

Le cartelle cliniche si presentano omogeneamente, una struttura ben definita, da compilare con dovizia di particolari. Articolata in sei distinte sezioni, eccezion fatta per la copertina che contiene le informazioni anagrafiche:

- “anamnesi” familiare e personale, raccolta di informazioni circa la condizioni di salute fisico-psicologiche e le caratteristiche morali del detenuto e dei suoi familiari. Raramente ho riscontrato la compilazione di questa sessione aperta, essendovi sempre allegato uno o più

¹¹⁰ Laura Faranda, *Vite di scarto e memoria manicomiale: uno sguardo antropologico tra carte, archivi e pagine bianche*, Cartografie sociali: rivista di sociologia e scienze umane, V (9), 2020, p. 95

“questionario sul detenuto” in cui vengono raccolte le medesime informazioni ma in modo più strutturato. Quattro pagine di domande brevi di natura clinica (es. “Fu mai colpito da malattie infettive? – Nella famiglia vi furono casi di cancro, tisi, diabete, scorbuto, rachitismo o impaludismo?”), morale (es. “Da fanciullo fu obbediente, affettuoso, rispettoso: o fu ribelle, irascibile impulsivo? – La famiglia godeva di fama buona, mediocre, equivoca o addirittura cattiva?”) e giuridica (es. “A che età ebbe a che fare, la prima volta, con la polizia o con la Giustizia? – Nella famiglia vi furono casi di delitti?”) sul soggetto e sulla famiglia;

- “esame somatico” in cui vengono contrassegnati i dati antropometrici (statura, peso, lunghezza degli arti, diametro del capo, altezza della fronte ecc.) e le anomalie acquisite come cicatrici e tatuaggi;
- “vita di relazione”, una lunga documentazione di sei pagine in cui vengono misurate ed evidenziate le capacità tattili e visive, piuttosto che l’andatura, la soglia dolorifica ed i riflessi del paziente;
- “funzioni psichiche” due pagine in cui viene riportata una sorta di perizia, il racconto del primo incontro tra il paziente e lo psichiatra. Non sempre questa sessione è debitamente compilata: a volte è lasciata in bianco, altre è piena di dettagli, descrizioni riguardo più incontri medico/paziente. Inoltre, è in questa sessione che vengono compilate le voci “diagnosi”, una clinica l’altra antropologico-criminale; non sempre, entrambe le voci sono compilate, non è difficile leggere della stessa patologia in entrambi i campi, è curioso leggere di una diretta relazione tra “malattie” come l’epilettoidismo e la criminalità;
- il “diario clinico”. Una sezione più o meno variabile, strettamente legata alla durata della degenza, dove vengono contrassegnati gli eventi clinici e comportamentali del paziente, dove è possibile leggere di nuove perizie psichiatriche e dove è impressa, in modo indelebile, la mestizia umana di chi si è visto rifiutare più e più volte la libertà;
- l’ “esito” è l’ultima pagina in cui si specifica come il paziente lasci l’istituto; se guarito o meno; se trasferito, dove e perché; se morto in istituto e le relative cause.

Come si evince, dalle prime voci di questo elenco, l’interesse per i tratti somatici è molto forte, espressione di quel positivismo e ritrovato interesse per l’idea del “criminale nato”; un rispolvero della controversa dottrina di

Cesare Lombroso. Come abbiamo letto, tutta la disciplina, legislazione ed organizzazione dei manicomi criminali, fu, fin da subito legata, anzi addirittura indotta dall'ambiente alienista; ne risulta quasi scontata una lettura dei documenti che affonda le sue radici in quel florido terreno intellettuale e culturale. Non posso non citare il padre dell'antropologia criminale, perché è a lui che, in primis, ci rifacciamo per comprendere la grande quantità d'informazioni raccolte sulla famiglia e l'ossessiva misurazione delle parti del corpo. In *L'uomo criminale*, testo cardine delle sue teorie e che, non a caso, ritroviamo più volte sugli scaffali della biblioteca scientifica del V. Madia, Lombroso raccoglie una grande quantità di dati e testimonianze, come quella di Chrétien:

contava due figli, uno Pietro, morto in galera per assassinio, l'altro Tommaso, padre a tre figliuoli, tutti e tre condannati, pure, per assassinio; ma ciascuno di essi ebbe a sua volta figli malvagi, fra i quali uno era lo zio del famigerato Lemaire; il terzo figlio ebbe sette figliuoli, ciascuno dei quali si diede al furto e al brigantaggio. Essi erano nati dal matrimonio di una tale Toure, i cui parenti erano briganti ¹¹¹;

ed elabora un identikit del delinquente rispetto ad ogni tipo di reato, ad esempio, sui ladri scrive:

in genere, i ladri hanno notevole mobilità della faccia e delle mani; l'occhio piccolo, errabondo, mobilissimo, obliquo di spesso; folto e ravvicinato il sopracciglio; il naso torto o camuso, scarsa la barba, non sempre folta la capigliatura, fronte quasi sempre sfuggente. Tanto essi come gli stupratori hanno sovente il padiglione dell'orecchio che si inserisce quasi ad ansa sul capo ¹¹².

Una serie di catalogazioni atte a determinare chi fosse un uomo normale e chi un delinquente nato; dettami ed osservazioni indispensabili per discernere, inquadrare, collocare un individuo fin dal suo primo incontro; una serie di classificazioni utili a giustificare misure di sicurezza anche nei confronti di chi, forse, non le meritava ma si preferiva fosse rinchiuso perché ambiguo, parte di quella categoria di delinquenti morali, in cui l'aspetto fisico diventava la scriminante di riferimento. Le teorie del Lombroso, furono efficacemente utilizzate come prova, a fondamento e promozione di tutta la retorica e propaganda fascista, basti pensare ad un altro dei suoi celebri testi, *L'uomo bianco e l'uomo di colore. Letture*

¹¹¹ Cesare Lombroso, *L'uomo delinquente*, rist. anast. Bompiani Editore, Torino, 1897, p. 348

¹¹² Ivi, p. 86

sull'origine e le varietà delle razze umane. Un'altra interessante nota, quando si parla di caratteristiche fisiche, deve essere fatta sui tatuaggi, ancora oggi classificati come “anomalie acquisite” in tutti gli schedari internazionali; un secolo fa, ci raccontavano qualcosa di molto preciso sul soggetto che lo portava, non erano semplici ornamenti. Emanuele Mirabella, scriveva:

appannaggio dei popoli più barbari del mondo [...] il tatuaggio in rarissimi casi si trova nelle classi elevate; pochissime volte l'ho visto o in qualche cervello balzano, o per compiacere alla propria dama, o per bizzarria, o per capriccio. [...] Il tatuaggio dà la misura del sentimento del tatuato: abbiamo quindi la manifestazione dell'odio, della vendetta, delle passioni dell'animo, delle ricordanze storiche, dei propri principi politici, del disprezzo, del simbolismo ecc. [...] Tali segni particolari accoppiati alla statura, al colorito, alla barba, alla voce, all'andatura, riflettono la vita morale e sensitiva dell'uomo. Il famoso adagio latino: *Cave a signatis*, premunisce l'uomo dal guardarsi dai contrassegnati, perché è convinzione generale che un contrassegno rappresenta un difetto morale. Or, se noi dai contrassegni naturali deduciamo le disposizioni criminose di un individuo, con più ragione daremo un grande peso ai contrassegni che l'uomo volontariamente incide sul proprio corpo ¹¹³.

Il Dott. Mirabella ha lungamente indagato le pratiche ed i significati nascosti dietro questi disegni, seguendo le orme del Lombroso, nonché guadagnandosene il plauso nella prefazione del suo volume: «una monografia come la sua sarà la più bella documentazione dell'esistenza dell'uomo delinquente»¹¹⁴. Un'ulteriore classificazione, figlia del positivismo, uno strumento di stigmatizzazione atto a creare pregiudizio riconoscendo dal tatuaggio il relativo crimine. Un lavoro ben fatto e di grande valenza antropologica, a quei tempi, l'anticamera di tutta una serie di pubblicazioni che seguiranno questo *modus operandi* atto a denigrare, sottolineare ed enfatizzare la diversità. È di qualche anno dopo un nuovo testo, *I caratteri antropologici dei libici in rapporto ai normali ed ai delinquenti italiani*: questa volta, la comparazione viene fatta tra uomini italiani e libici, ironico interrogarsi su quale fosse il punto di vista degli studiosi nostrani. In questo testo, Mirabella si interroga sui tratti

¹¹³ Emanuele Mirabella, *Il tatuaggio dei domiciliati coatti in Favignana del Dott. Emanuele Mirabella sanitario della colonia. Con prefazione del prof. Cesare Lombroso*, Tipografia Editrice Romana, Roma, 1903, pp. 8 – 10

¹¹⁴ *Ivi*, p. 5

antropometrici del “tipo libico” certificandone la conclamata inferiorità; in particolare si sofferma lungamente sulla forma dell’orecchio che nei libici evidenzia un’inevitabile devianza naturale:

tutti gli antropologi sostengono che gli orecchi ad ansa costituiscono un carattere atavico e che sia un fenomeno che si riscontra in parecchie razze inferiori oltre che nelle scimmie. [...] Io credo che per i libici sia un carattere atavico dipendente dal fatto che il libico, temendo e sospettando di tutti e di tutto, sta sempre con l’animo sospeso e l’orecchio intento ad ogni minimo rumore, quindi la natura provvida l’ha dotato dell’orecchio ad ansa, perché tale disposizione dell’organo dell’udito è più favorevole ad aumentare l’intensità, il timbro e l’altezza dei suoni ¹¹⁵.

È indicativo del contesto culturale, fortemente politicizzato, in cui sorgono gli istituti criminali, il fatto che un testo come questo, in cui l’orecchio ad ansa è ancora strumento di discriminazione e si paragona a quello degli scimpanzè, colse un grande plauso.

È di valore dottrinale perché rari sono stati infatti, fino ad ora, i contributi all’antropologia di degenerati nelle razze così dette inferiori; ed è evidente il suo valore pratico, il suo interesse, anzi d’attualità, dopo le recenti conquiste coloniali italiane ¹¹⁶,

queste le parole del Dott. Carrara erede della scuola lombrosiana. Un approccio stereotipato atto a perpetuarsi lungamente e non solo in Italia, per tutta la prima metà del XX secolo. Pensiamo ad autori come Carothers, che nel 1953, incaricato dall’OMS, pubblicò una ricerca¹¹⁷ in cui affermò

la sostanziale equivalenza tra “culturale” e “razziale” riassumendo tutti gli stereotipi sull’uomo africano, in sostanza equiparato ad un bambino europeo o addirittura ad un adulto europeo lobotomizzato ¹¹⁸.

Sottolineata l’importanza che l’esame somatico ricopriva all’epoca, è doveroso soffermarci sulla quinta parte della cartella clinica, il “diario clinico”. È in queste pagine che si dispiega il racconto sulle vite dei

¹¹⁵ Emanuele Mirabella, *I caratteri antropologici dei libici in rapporto ai normali ed ai delinquenti italiani*, Tipografia delle Mantellate, Roma, 1915, p. 32

¹¹⁶ Ivi, introduzione di Mario Carrara, p. 6

¹¹⁷ John Colin Carothers, *The African Mind in Health and Disease: A Study in Ethnopsychiatry*, WHO, Ginevra, 1953

¹¹⁸ Francesco Paoletta, *Disagio psichico e dimensione culturale. Un’introduzione*, in (a cura di) Francesco Paoletta, *La psichiatria nelle colonie. Una storia del Novecento*, FrancoAngeli, Milano, 2017, p. 21

degenti, dei soggetti più o meno malati, delle terapie più o meno consone che a questi venivano applicate. Sono queste le informazioni alle quali ho prestato maggiore attenzione, anche se spesso, sono state le più difficili da interpretare. Lunghe pagine scritte a mano, contrassegnate da una data; una voce al mese per i pazienti più tranquilli, dove spesso leggiamo: “*Si conferma il diario precedente. Salute buona*”. Questi sono i diari clinici più brevi, dove per “salute” si intendono le condizioni fisiche e la conferma riguarda un atteggiamento tranquillo e collaborativo piuttosto che uno stato melanconico e solitario costante. Molto diverse sono le pagine che raccontano di quei pazienti irrequieti, che vivono di alti e bassi emotivi, piuttosto che frequenti scatti d’ira ed aggressività. È tra queste righe che scopriamo gli aspetti più nascosti dei pazienti e le pratiche adottate dall’istituto.

Per ciò che concerne le attività terapeutiche, è strano scoprire che nessun psicofarmaco (i primi verranno sintetizzati solo tra gli anni '40 e '50), nessun elettroshock, nessuna attività di malarioterapia viene riportata, sebbene fossero proprio queste le tecniche riconosciute come “cura” alla malattia mentale fino a non poco tempo fa, è

dagli anni Trenta [che] iniziano a diffondersi le terapie di shock basate sull'ipotesi che un trauma elettrico, febbrile, ipoglicemico ecc., opportunamente indotto, avesse virtù terapeutiche. Tra tutte queste terapie la più diffusa e conosciuta è l'elettroshock¹¹⁹.

Gli unici provvedimenti riportati, dal personale sanitario, sono quelli riguardanti la contenzione, ma cosa sono i mezzi di contenzione?

La contenzione può essere definita come un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici-ambientali applicati direttamente all’individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Si possono distinguere quattro tipi di contenzione: contenzione fisica, che si ottiene con presidi applicati sulla persona, o usati come barriera nell’ambiente, che riducono o controllano i movimenti; contenzione chimica, che si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi; contenzione ambientale, che comprende i cambiamenti apportati all’ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti; contenzione psicologica o relazionale o emotiva, con la

¹¹⁹ Redazione, *La salute mentale nella storia*, La Tartavela Onlus – Associazione di familiari per la salute mentale, <http://www.tartavela.it/la-salute-mentale-nella-storia.html>, 13/03/2020

quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto perché si sente rassicurato ¹²⁰.

La contenzione utilizzata, ad inizio secolo, era quella fisica: il letto di contenzione come unico strumento di controllo, deterrente delle criticità, unico mezzo per placare le azioni di menti in tumulto. Sulle pagine dei diversi diari leggiamo di soggetti contenuti per giorni, raramente settimane; una pratica terapeutica utile solo ad evitare la violenza generando, però, un abuso, legalmente applicato fino alla riforma psichiatrica del 1978 e perpetuato negli ospedali psichiatrici giudiziari, non senza problemi, fino alla loro chiusura. È tristemente ricordata, a questo proposito, la vicenda di Antonia Bernardini:

brucia viva nella sezione "Agitate e coercite" del manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli, mentre è legata al letto di contenzione. Morirà, a causa delle gravissime ustioni, quattro giorni dopo ¹²¹.

In quel letto ci stava da ben dieci giorni, unica distrazione la sigaretta, causa dell'incendio dal quale non è riuscita a scappare. In quell'occasione, la successiva indagine comportò la chiusura dell'istituto, ma quest'evento, tragico e disarmante rappresentò solo la punta di un gigantesco iceberg.

Per ciò che riguarda i pazienti, sul diario clinico leggiamo di simulatori, schizofrenici, assassini dall'indole gentile o ancora individui che hanno trascorso la loro vita in istituto senza apparenti motivi psichiatrici, omosessuali, mafiosi, artisti, fanatici dell'enigmistica, della religione, dissidenti politici, violenti e tanti, tantissimi deceduti, sempre per arresto cardiaco, non sempre in circostanze limpide.

Il secondo materiale di consultazione è la matricola che ci racconta degli episodi che hanno portato il detenuto in carcere. Questi fascicoli sono molto meno strutturati: una serie di documenti che ci permette di ricostruire il percorso del detenuto dall'arresto fino al suo ingresso al manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto. Sono due i documenti che troviamo sempre in questo fascicolo:

¹²⁰ Redazione, *Quando serve la contenzione – Federazione IPASVI – FNOPI*, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, <https://www.ordinemedicilatina.it/quando-serve-la-contenzione-federazione-ipasvi-fnopi> , 13/03/2020

¹²¹ Michele Miravalle, *Dagli OPG alle REMS*, in Giulia Mantovani, *Donne ristrette*, L'Edizioni, 2018, p. 381

- la cartella biografica, compilata nel primo istituto di pena presso il quale il detenuto ha soggiornato. Venti pagine, in cui leggiamo: le generalità, lo stato di famiglia, i termini dell'imputazione e della condanna o internamento. Inoltre, possiamo vedere i dati segnaletici, fotografie e impronte digitali; leggere una breve descrizione fisica, osservare i segni particolari; conoscere stato di salute, i precedenti considerati morbosi del detenuto e della sua famiglia. In questo documento è, inoltre, possibile osservare tre tabelle: la prima in cui vengono contrassegnati tutti i precedenti e le disposizioni legate alla posizione giuridica; un'altra in cui sono riportati i dati relativi all'esecuzione della pena piuttosto che l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive; l'ultima che contrassegna le mancanze disciplinari, punizioni o eventuali ricompense. A seguito delle tabelle è possibile rilevare, eventuali periodi di isolamento ed indicazioni sulla condotta del detenuto: se questi lavora, con quale profitto ed in che modo il denaro guadagnato viene speso. La cartella biografica termina con due pagine di sintesi in cui sono riportati i giudizi complessivi sul comportamento del detenuto, la sua condizione di salute ed eventuali note del Direttore;
- il foglietto informativo è, invece, composto da sole tre pagine in cui viene data risposta circa anagrafica (nome, cognome, paternità, stato civile, ecc.) lavoro (professione ed occupazione principale, se aveva prestato servizio in armate regolari), istruzione, religione e precedenti penali del detenuto ("se trovasi in stato di ammonizione; se in libertà provvisoria per altro procedimento; se in libertà condizionale", ecc.). Qui sono chiaramente contrassegnate le sentenze e in contravvenzione a quale articolo del Codice penale o di Procedura Penale i soggetti in questione sono stati reclusi.

Nei casi più fortunati, è possibile leggere la sentenza del tribunale, altre volte solo un estratto: spesso, questi documenti sono andati perduti o non catalogati all'interno del fascicolo. Poter leggere queste testimonianze permette di dare nuova luce ai fatti che hanno condotto i detenuti in manicomio criminale, essendo riportati minuziosamente gli eventi delittuosi in ogni loro aspetto; conoscere questi eventi permette, inoltre di comprendere determinate pratiche giuridiche rapportando crimini e sentenze. Spesso questa documentazione è coadiuvata da dichiarazioni

delle forze dell'ordine e perizie psichiatriche, atte a certificare il difetto di mente responsabile del proscioglimento e consecutiva emanazione delle misure di sicurezza detentive.

Al di là di questi documenti cardine, il fascicolo della matricola viene ingrassato da tantissimi telegrammi o lettere tra diversi organi amministrativi (Direzione del Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, Ministero di Grazia e Giustizia, diverse amministrazioni comunali, stazioni di Polizia – Carabinieri o Reggimenti di Fanteria Coloniale) allo scopo di comunicare eventuali prolungamenti della misura detentiva, richiedere documentazioni cliniche e/o giuridiche, ottenere informazioni per le famiglie tramite i comuni di residenza.

In ultimo, occorre sottolineare che sia all'interno dei faldoni clinici che quelli della matricola è possibile individuare materiale autoprodotta dal paziente/detenuto piuttosto che una folta documentazione di esami puramente clinici, come: esami del sangue, delle urine, della glicemia; delle prescrizioni su carta semplice; meno comuni sono pellicole radiografiche o materiali (denti, proiettili) estratti dal corpo del paziente e conservati fino ad oggi.

Non di rado mi sono imbattuta in lettere destinate ai familiari, comuni manifestazioni d'affetto o documenti a prova di comprovati disturbi mentali: come il caso di Filippo C. (cartella clinica n. 425), un frenastenico di quarantasei anni, arrestato dopo l'omicidio della sorella e detenuto in manicomio giudiziario per poco più di tre anni (1929 – 1933), prima di essere trasferito presso il manicomio civile della sua città d'origine. In previsione del suo presunto rilascio, scrisse alla famiglia affinché acconsentisse ad ospitarlo in casa: la lettera, a tratti estremamente affettuosa, a tratti incredibilmente aggressiva, si conclude con le parole: “...se non mi fate entrare nella nostra casa peggio sarà per voi vi uccidero io per adesso vi lascio alla mamma, e al fratello i più distinti saluti”¹²². Alle volte mi ha fatto sorridere ma, tra questi polverosi documenti, ho ritrovato tantissime produzioni narrative, riportate su ogni tipo di carta (cartoline, carta velina, carta da pacchi), con una calligrafia piccolissima ed in più direzioni, atta ad occupare ogni millimetro di quello spazio. Una prova che scrivere fosse uno dei migliori modi per trascorrere le giornate,

¹²² Vedi il documento per intero in Appendice. *Documento 2*, pp. 238 - 241

una via di fuga, un passatempo; troviamo anche chi si è dilettrato nella composizione di poesie, come un presunto demente precoce, Cosimo D. (cartella clinica n. 433) che il 16 dicembre del 1929 scrive, al Direttore, una breve opera teatrale che gli inviò in dono. Ne riporto un estratto:

*“Qui sepolto è l’avarò ser. Mirij, Che, per non spender niente in medico e in speciale, Morì d’un accidente. Di fare il Contadin Capo ha cessato, e di è messo a studiar la medicina: il perché facilmente s’indovina vuol riempir le fosse che ha scavato. Morto è Nicandro, il sai? Morir non puote chi non visse mai”*¹²³.

O ancora, gli scritti di Vincenzo M., un commerciante palermitano affetto da “psicosi carceraria” autore di due racconti brevi, sicuramente espressione della sua esperienza autobiografica: *Un colonnello troppo intelligente* e *Gli effetti della solitudine*, gelosamente custoditi tra le pagine della cartella clinica n. 408.

La stragrande maggioranza di questo tipo di documentazione riguarda lettere scritte al Direttore a vari scopi: chiedere informazioni, fare gli auguri per le feste, lamentele, ringraziamenti e richieste. Non manca la corrispondenza dalle famiglie all’istituto, anche in questo caso, quasi sempre rivolta al Direttore.

2.1.2.1. La relazione tra i documenti: la perizia psichiatrica

Preso coscienza del contenuto del nostro archivio, analizzate le componenti della documentazione, reputo, a questo punto, indispensabile approfondire la valenza della cartella clinica, in particolare l’aspetto della perizia psichiatrica; reputo necessario soffermarci su una riflessione di carattere giuridico ed antropologico su di un documento che ha, e definisce, ancora, le sorti di migliaia di possibili detenuti.

La cartella clinica è un documento che accompagna i detenuti, al pari dei documenti d’identità, nel passaggio da un istituto all’altro, sia che questi presentino delle patologie che l’amministrazione deve conoscere, o siano perfettamente sani. Unita alla matricola, questa indispensabile documentazione è prova della presenza di quel determinato soggetto presso un istituto penitenziario, viceversa è come se questi non esistesse; le sbarre delle celle non separano solo i detenuti dalla loro realtà civile, ma allo stesso tempo dagli operatori che nel carcere lavorano, connessi,

¹²³ Vedi il documento per intero in Appendice. *Documento 1*, pp. 235 - 237

almeno nel primo momento, solo da queste pile di documenti. Le motivazioni sono meramente pratiche: un medico necessita di un'anamnesi clinica prima di visitare un paziente, un operatore sociale deve conoscere la realtà delle circostanze prima che sia il detenuto a rappresentarle.

Nella mia analisi scindere questi due tipi di documenti è impossibile al fine di ricostruire le biografie di chi ha abitato il manicomio giudiziario, come leggiamo in Foucault:

nella misura in cui la biografia del criminale doppia nella pratica penale l'analisi delle circostanze quando si tratta di giudicare il crimine, vediamo il discorso penale ed il discorso psichiatrico intrecciare le loro frontiere; e qui, nel loro punto di congiunzione, si forma quella nozione di individuo pericoloso che permette di stabilire una rete di casualità a scala di un'intera biografia [...] ¹²⁴.

Mentre i documenti giuridici hanno un valore fondamentale nel ricostruire i motivi, le dinamiche, pratiche e vicissitudini che hanno condotto i detenuti a divenire tali, in un documento assestante: prova di un procedimento giuridico, mutevole solo negli effetti e procedimenti che avverranno successivamente nel tempo. Diversamente può essere interpretata la cartella clinica, a maggior ragione se la cartella clinica in questione è strutturata come ho precedentemente descritto; un documento soggetto ad una pluralità di interpretazioni, omissioni ed accorgimenti ad opera dello scrivente, difficile da decodificare a distanza di decenni. Inoltre una documentazione alla quale non è difficile attribuire, come afferma l'antropologo medico Paul Farmer, una riduzione al biologico di una molteplicità di processi di natura sociale politica ed economica, che concorrono a determinare la malattia: malnutrizione, povertà, marginalità, disoccupazione, una violenza strutturale naturalizzata.

La distanza, almeno apparente, tra questi due tipi di materiale, viene colmata dalla perizia psichiatrica, un atto clinico ma dalla fondamentale valenza giuridica, in quanto prova di un processo. La perizia ha la duplice natura di mezzo di prova e di mezzo di valutazione della prova, ed ai sensi dell'art. 220 del Codice di Procedura Penale:

¹²⁴ Michel Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi Editore, Torino, 1976, pp. 276 - 277

è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche.

Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche ¹²⁵.

Così interpretato, soprattutto in virtù del secondo comma, una grande percentuale del nostro materiale risulta fallace o, se non altro, inficiata dal clima politico - intellettuale che vedeva nei criminali una componente fisiologica, piuttosto che una capacità psichica determinata dall'abitudine al delitto.

Una psichiatria, in quanto costitutivamente e fondamentalmente dogmatica, che si sviluppa nell'impossibilità di un rapporto dialogico con il malato e lo riduce ad una categoria definitoria, la diagnosi; questa, che viene presentata come naturalmente aderente alla malattia, come se ne fosse una descrizione, non è che il prodotto oggettivo di una serie di valori della società borghese che servono a nominare il soggetto non produttivo e confinarlo in un territorio apparentemente neutro, lontano dai meccanismi di produzione; il malato, incapace di articolare un contro-discorso socialmente riconosciuto, non può che lasciarsi definire da tale apparato enunciativo ed abbandonarsi ad una prigione istituzionale, fatta di muri fisici e simbolici ¹²⁶.

Non sorprende, dunque, la scelta delle parole usate dal legislatore, atte a scardinare definitivamente una serie di dinamiche che sottendevano il rapporto tra giustizia e malattia mentale. L'espressione "svolgere indagini" sostituiva la "necessarietà della perizia"¹²⁷, funzionale al meccanismo presuntivo formalizzato nel Codice Penale Rocco; al perito psichiatra veniva richiesto di svolgere unicamente un etichettamento del periziando, coadiuvando il giudice quando si supposeva il ricorso di un'infermità, senza alcuna influenza di carattere terapeutico e criminologico. Una posizione deterministica e radicale fondata sul pregiudizio che il delinquente fosse, di per sé, un malato di mente. Come

¹²⁵ Art. 220, *Oggetto della perizia*, Codice di Procedura Penale, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica n. 477, 22 settembre 1988

¹²⁶ Luigigiovanni Quarta, *Resti tra noi. Etnografia di un manicomio criminale*, Meltemi, Roma, 2019, p. 72

¹²⁷ Ai sensi dell'art. 314 del Codice di Procedura Penale, 1930, abrogato nel 1988: «Qualora sia necessaria un'indagine che richieda particolari cognizioni di determinate scienze o arti, il giudice può disporre la perizia [...] Il giudice, quando lo ritiene necessario, può nominare contemporaneamente o successivamente più periti [...]»

abbiamo letto, era il giudice ad avere piena discrezionalità, riferendosi ad esperti solo in casi di particolare dubbio, incertezza o di rimostranze. Un meccanismo completamente diverso rispetto a quello cui ci riferiamo oggi, quando l'infermità di mente viene invocata come una soluzione: uno strumento utile ad attenuare i canoni della pena cercando il nesso di causalità tra lo stato patologico e l'atto criminoso, sostenendo che quest'ultimo rappresenterebbe un sintomo della malattia, del disturbo o, essa specularmente, ne sarebbe la causa.

All'inizio del XX secolo, la perizia non veniva richiesta dall'imputato, era il giudice a necessitare della documentazione psichiatrica, atta ad imprimere maggiore autorevolezza alla sentenza che avrebbe avuto come unico obiettivo la tutela della società civile. Nel corso degli anni, anche le opinioni e le interpretazioni sul documento/prova-perizia psichiatrica si sono evolute superando la posizione determinista ed arrivando addirittura a rifiutarne la valenza sostenendo l'ideologia dell'antipsichiatria. L'idea di una presunta parificazione ai soggetti considerati normali non era certo una strada percorribile,

non è attraverso l'attribuzione indiscriminata della capacità d'intendere e di volere che può avviarsi il processo di responsabilizzazione e recupero della dignità del malato mentale. Ignorare l'incidenza di alcuni disturbi sull'imputabilità è un pregiudizio uguale e contrario a ritenere gli infermi di mente in ogni caso incapaci di intendere e di volere ¹²⁸.

Ambedue le opzioni appaiono come deleterie sia rispetto la giustezza del procedimento penale che nei confronti della dignità del periziando, sia che questi sia capace di intendere e volere o meno. Sembrerebbe opportuno ricercare una via intermedia che riconosca la scientificità del documento/perizia psichiatrica atta a migliorare la procedura di accertamento dell'imputabilità nel corso del procedimento penale. La Collica afferma:

si conferma, da un lato, l'utilità del ricorso a questo importante strumento d'indagine nei processi in materia di imputabilità, al contempo, dall'altro, si riconosce la fondatezza di molte delle critiche espresse sullo stato dell'arte della perizia psichiatrica [... a fronte di tutte le problematiche legate a questo particolarissimo tipo di documento, si ritiene più efficace] tentarne il superamento

¹²⁸ Maria Teresa Collica, *Ruolo del giudice e del perito nell'accertamento del vizio di mente*, in Giovannangelo De Francesco (a cura di), *La prova dei fatti psichici*, G. Giappichelli Editore, Torino, 2010, p. 4

anziché arrivare a negarne tout court la validità; esito che rappresenterebbe un rimedio peggiore del male ¹²⁹.

Sebbene questi siano i presupposti su cui si fonda la pratica forense, la perizia psichiatrica, continua, spesse volte, a mantenere delle connotazioni deterministe. È opinione condivisa, tra gli psichiatri forensi, che non solo la perizia non abbia funzione terapeutica, quanto piuttosto si delinei come risposta a contingenze di carattere politico – giuridico di un determinato periodo storico a scapito delle esigenze cliniche e terapeutiche, fondanti dell'attività psichiatrica. Sicuramente è quello che avveniva nel passato, espressione dell'imperitura fede all'assioma secondo il quale, un uomo delinquente è necessariamente infermo ed un malato di mente è o diventerà inevitabilmente un delinquente; realtà rappresentata nella maggior parte dei documenti presenti nell'archivio del V. Madia. Ma perché, ancora oggi, la perizia psichiatrica è oggetto di perplessità? I motivi sono individuabili nel rapporto tra medicina e giurisprudenza e come queste discipline si codifichino sul documento. Le motivazioni, secondo Giordano, possono essere ridotte in cinque fondamentali punti:

- non si tratta di un'attività terapeutica rivolta all'individuo; il cliente che si rivolge al perito psichiatra è il giudice;
- la valutazione psichiatrica del paziente deve riguardare sia il passato (il momento del fatto), che il presente, e sfociare in una prognosi (giudizio di pericolosità) riguardante il futuro;
- la valutazione è collocata in un contesto in cui si discute della pena e se un'azione sia imputabile ad un determinato soggetto: al perito è chiesto di calarsi in un contesto di controllo disciplinare;
- tale contesto può influenzare l'assetto mentale del perito, si può costituire cioè un setting profondamente divergente dal setting dell'intervista psichiatrica: il setting dell'intervista psichiatrica origina e deve tornare ad una situazione processuale sottoforma di relazione scritta o orale in cui il perito concentra le sue conclusioni motivandole. Le regole di questo setting non dipendono dal perito e non sono manipolabili dallo stesso perché tracciate dalla norma legale e dalla giurisprudenza;
- il quesito è poi formulato in termini giuridici, come giuridico e non "naturale" è il concetto di imputabilità, come quelli di infermità, vizio totale e vizio parziale, che pongono un problema di interpretazione e di raccordo tra diritto e psichiatria ¹³⁰.

¹²⁹ Ibidem

¹³⁰ Gianni Giordano, *Il contributo della perizia psichiatrica alla valutazione della responsabilità penale*, ADIR- L'altro diritto: Centro di Ricerca Universitario su

Possiamo facilmente comprendere come il perito psichiatra possa, sempre più, sovrapporsi al giudice nel momento in cui genera la prova/perizia, esprimendo un giudizio morale invece di applicare la sua professione più squisitamente clinica. Sempre compra afferma Giordano:

la perizia è un atto medico perché condotto da un medico, basato su esami clinici, di laboratorio, sul colloquio psichiatrico, sulla somministrazione di test, perché condotto evidentemente alla luce delle acquisizioni moderne della scienza psichiatrica; ma è anche vero che è richiesto al perito di fare una diagnosi che diagnosi non è, perché il periziando non è un paziente che ha una sofferenza psichica che lo ha portato lì per una terapia che poi in realtà terapia non è. È un ibrido, un confuso, "un mostro", un qualcosa che serve a qualcun'altro e che farà soffrire il periziando più che star bene. Il rischio insito in questa situazione non è indifferente ed è quello di avere pseudo-diagnosi burocratizzate, arbitrarie fondate su stereotipi e su ricostruzioni narrative finalizzate a motivare conclusioni sulla capacità di intendere e di volere che dipendono da un giudizio morale o persino penale sul comportamento del reo e che la perizia viene talvolta a pronunciare ¹³¹.

Ovviamente queste considerazioni non descrivono, in toto, la pratica attraverso la quale si esplica la psichiatria forense, ma solo il suo più grande limite soggiacente a tutta la dinamica giuridica. Nonostante queste crepe, la perizia psichiatrica rimane uno strumento imprescindibile perché presenta garanzie che altri strumenti d'indagine non hanno, insite nella sua scientificità. È pur vero che questa deve essere prodotta nel massimo della professionalità e nel rispetto dei diritti umani: operando per mantenere il massimo della riservatezza, senza svelare aspetti della vita intima del periziando, non pertinenti all'accertamento dell'imputabilità. Il perito deve interpretare i fatti non sostituendosi al giudice, semmai offrendogli una prospettiva diversa, o uguale, filtrata dalla propria specifica competenza professionale; la prova-perizia otterrebbe ancora maggiore completezza se a formularla non fosse un unico soggetto ma un collegio peritale con un approccio interdisciplinare. I medici in questione, si è sempre auspicato che fossero esterni al processo terapeutico del paziente ma ciò non esclude, come affermano Cantale e Jannucci, che i soggetti in cura psichiatrica, presentatisi in tribunale, trovino come periti i loro stessi medici:

“nei primi anni di esperienza pensavo anch'io che chi ha in cura un paziente presso un centro di salute mentale sarebbe bene si astenesse dal fare perizie, oggi invece

carcere, devianza, marginalità e governo delle migrazioni, 2006, in <http://www.adir.unifi.it/rivista/2006/giordano/cap2.htm#n7>, 17/11/2020

¹³¹ Ibidem

io ritengo che sia assolutamente indispensabile che egli si occupi anche dell'attività forense di un suo paziente perché è parte della sua attività clinica e sarebbe bene che tutti gli psichiatri ne sapessero di più sull'attività forense visto che la maggior parte dei nostri pazienti si trovano ad avere grane giudiziarie". Dott. Iannucci;

"il perito è il braccio destro del giudice, rappresenta la legge, non può instaurare un'alleanza terapeutica con il periziando e la mancanza di quest'alleanza terapeutica fa sì che il soggetto abbia tutto il diritto di mentire, di vedere il perito come un nemico, cosa che non si ha nel rapporto terapeutico dove il terapeuta è alleato delle parti sane della persona". Dott. Cantale ¹³².

Dal punto di vista storico-antropologico la cartella clinica ci dice ben poco, se non considerata nella sua interezza, espressione del preciso panorama interpretativo discusso nel paragrafo precedente. I dati antropometrici non assumono un valore considerevole: conoscere la lunghezza degli arti o la simmetria del viso non modifica l'osservazione di chi legge e non influenza in alcun modo l'interpretazione di chi li studia. Ecco perché è fondamentale relazionare i diversi tipi di atti, in primis perché espressione di diverse soggettività, capaci di dare indizi e rappresentazioni diversificate; inoltre, espressioni di due differenti prospettive interpretative di una stessa realtà, assolutamente complementari per una ricostruzione realistica e completa. Ad esempio: è dalla matricola che conosciamo i motivi che hanno portato il detenuto a delinquere, ma è solo dalla cartella clinica che evinciamo come si sia conclusa la permanenza in manicomio giudiziario in caso di morte, libertà, internamento presso un manicomio civile. O ancora, solo leggendo i documenti della matricola abbiamo un chiaro quadro degli spostamenti tra istituti penitenziari compiuti dal detenuto; solo dal diario clinico possiamo estrapolare dati circa la condotta del detenuto, se si è mai azzuffato, se è stato contenuto, se e come partecipasse ad attività ricreative o lavorative. Non a caso la mia prima proposta per la rivalutazione dell'archivio storico del V. Madia parte proprio dall'idea di accorpate i "numeri", matricola e cartella clinica in un unico faldone...

¹³² Dott.ri Mario Iannucci e Maurizio Cantale, cit. in Gianni Giordano, *Il contributo della perizia psichiatrica alla valutazione della responsabilità penale*, ADIR- L'altro diritto: Centro di Ricerca Universitario su carcere, devianza, marginalità e governo delle migrazioni, 2006, in <http://www.adir.unifi.it/rivista/2006/giordano/cap2.htm#n7>, 17/11/2020

2.2. Proposte di rivalutazione patrimoniale

“Accorpate i numeri” è solo una proposta determinata dalla mia specifica necessità e dall’esigenza di creare percorsi di conoscenza che gioverebbero enormemente da questo nuovo tipo di ordinamento. Probabilmente non la scelta più adeguata, solo quella idonea alla soggettività del mio lavoro. A prescindere da questa specifica proposta, non è soggettiva la necessità di strutturare, rivalutare e tutelare un patrimonio dal grande valore storico, come quello dell’archivio della casa circondariale Vittorio Madia.

Come ho già più volte espresso, la mia è stata un’occasione davvero unica ed a causa delle tempistiche, delle limitazioni e del mio personale approccio scientifico rischia di lasciare ancora molto da conoscere, scoprire e raccontare circa quei documenti accuratamente tenuti sotto chiave. Reputo indispensabile un’azione atta a riorganizzare, migliorare, ordinare e strutturare tale archivio: non più polverosi faldoni gettati in terra o in arrugginiti armadi in metallo, ma un bene strutturalmente *disponibile alla ricerca* ed in grado di assolvere al suo compito in quanto lascito storico dell’operato umano, in quanto memoria.

Questa idea richiederebbe un progetto ambizioso e di non semplice realizzazione. Un primo ipotetico scenario potrebbe vedere la nascita di un progetto di rivalutazione dello stabile in cui è contenuto l’intero patrimonio archivistico, ad opera della stessa casa circondariale o in partnership con un’associazione di volontariato magari con la partecipazione di alcuni detenuti. Sicuramente un progetto del genere migliorerebbe lo stato di conservazione dei documenti e ne permetterebbe un ordine organizzato in un catalogo. Quest’ipotesi permetterebbe di dare nuova vita al complesso archivistico rendendone più semplice la fruizione, ad esempio, attraverso richieste mirate che eluderebbero il problema dello spostamento da un plesso ad un altro, almeno per il ricercatore che, in giorni prestabiliti, potrebbe avere la possibilità di consultare in biblioteca il materiale richiesto dal catalogo e recuperato in qualunque momento da un dipendente. Un piccolissimo accorgimento che potrebbe enormemente migliorare la qualità del tempo di ricerca, ed allo stesso tempo dilatare l’incombenza del recupero dei documenti per il personale. Sebbene non si presenti come la soluzione ideale questa iniziativa presenta, di per sé, delle criticità difficili da superare. La rivalutazione dell’archivio, sebbene

organizzata con volontari e detenuti, necessiterebbe dell'obbligatoria presenza del personale, specialmente quello di polizia penitenziaria nel caso dei detenuti; dipendenti già subissati dalla normale amministrazione. Impensabile un'impresa simile in totale assenza di volontariato, che vedrebbe impegnati amministrativi ed agenti in un'attività, riconosciuta da tutti come auspicabile, ma di difficile conciliazione con le attività quotidiane. Anche qualora queste incombenze non esistessero, dovremmo sempre tener conto delle necessarie competenze deputate alla strutturazione di un archivio che, in queste circostanze, se non rappresentate da un volontario, determinerebbero una declassazione a semplice ordine; quelle archivistiche, infatti, non sono certo, abilità proprie di riabilitatori, educatori o poliziotti. L'assunzione di uno specialista archivistico sembrerebbe, a questo punto, la soluzione migliore per conferire piena dignità a questo bene culturale, ma realisticamente inconciliabile con la natura dell'amministrazione carceraria: l'idea che un archivistico possa essere assunto a tempo indeterminato risulta alquanto bislacca, forse un contratto a progetto risulterebbe funzionale, nel breve termine, lasciando, però, l'archivio ad un destino grama una volta terminato. Inoltre, consapevole delle condizioni finanziarie in cui versano le nostre istituzioni carcerarie, comprendo come ogni fondo venga destinato alla cura dei detenuti sotto forma di servizi e miglioramento delle condizioni di vita piuttosto che alla strutturazione di un bene, sì, dal valore inestimabile ma non tutelato dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani; bisogna preservare gli scampoli dell'agire umano, ma un'istituzione come il Madia non può permettersi di farlo a spese di ciò che di umano non è residuo. Infine, anche sopperendo a tutti questi quesiti e credendo utopisticamente che ognuna di queste vicissitudini possa essere conciliata nel modo più corretto e con fondi adeguati, ogni cosa verrebbe vanificata dalla persistenza di tutte quelle reticenze espresse dalla realtà penitenziaria nei confronti della ricerca sociale, come detto al punto 1.4. La nuova organizzazione del complesso archivistico avrebbe una sua *raison d'être* solo in virtù di una più ampia disponibilità alla sua fruizione che contestualmente ne permetterebbe una continuità organizzativa e manutentiva in un circolo virtuoso.

Una proposta con troppi se e troppi ma per essere concretamente realizzata; ma averla espressa ci ha permesso di leggere tutte le criticità

che sottendono la questione, arrivando all'inevitabile constatazione che la soluzione debba essere rappresentata da qualcosa di completamente diverso, forse audace o semplicemente logico. La terza via, quella più auspicabile, che si trova a metà strada tra il totale stato d'abbandono ed il dispendio di ingenti e preziose risorse, si trova nell'acquisizione dell'intero complesso documentale da parte di un soggetto esterno. Un'opzione che prevede, forse qualche "se", ma certamente nessun "ma", solo il giovamento per la casa circondariale, che acquisirebbe un nuovo locale deputato ad archivio di deposito, risolvendo l'incombenza della collaborazione con i ricercatori interessati esclusivamente ai documenti dell'archivio storico. Questo scenario riguarderebbe la cessione dell'intero complesso patrimoniale da parte dell'istituto penitenziario ad un ente, una famiglia o una persona che prenderà in carico l'onere e l'onore di gestire questa realtà archivistica. Un ente terzo, avrebbe le potenzialità per strutturare correttamente e valorizzare i documenti archivistici, preservandoli nella loro fisicità e donandogli nuovo valore mettendoli in relazione; in un contesto completamente nuovo, scevro dalle pesanti dinamiche burocratiche carcerarie. L'unico quesito a riguardo, fa riferimento alla effettiva possibilità, da parte del V. Madia, di cedere questo bene; una scelta, forse, applicabile ma certamente sommersa da un'infinità di procedimenti burocratici difficilmente rintracciabili.

Quella appena espressa è sicuramente una proposta convincente, soprattutto se l'ente terzo in questione è Archivi di Stato. In occasione di una mia visita presso la sede messinese, ebbi modo di relazionarmi con il Direttore della struttura che, venuta a conoscenza del mio lavoro, volle condividere delle importanti informazioni sul mio materiale di ricerca ed il suo "fondo perduto". Era il gennaio del 2021 quando la Dott.ssa Angela Puleio mi rivelò come da molti anni stesse cercando di recuperare il fondo relativo alla Casa Circondariale di Barcellona Pozzo di Gotto: un patrimonio documentale del quale, più di una volta, le venne negata l'esistenza rendendo così impossibile un trasferimento determinato per legge e di effettiva competenza del suo ufficio. In quell'occasione ebbi modo di disquisire del patrimonio documentale e dei suoi evidenti ammanchi, ottenendo certe rassicurazioni sull'impossibilità che parte di quei documenti potesse essere trasferita presso altri uffici che non fossero stati quelli dell'Archivio di Stato di Messina, a riprova delle mie

perplessità circa quanto citato al paragrafo 2.1. Inoltre il Direttore mi mise al corrente dell'intenzione di acquisizione di tale fondo e del suo trasferimento che si auspicava sarebbe avvenuto molto presto.

A seguito di una serie di sopralluoghi ed attività di incitamento, tra mille, prevedibili, difficoltà (era l'istituto penitenziario a dover organizzare il trasferimento) finalmente gli uffici della Dottoressa Puleio riuscirono ad acquisire l'intero fondo nell'estate di quello stesso anno, in conformità, anche se in ritardo, al Regolamento di semplificazione dei procedimenti di costituzione e rinnovo delle Commissioni di sorveglianza sugli archivi e per lo scarto dei documenti degli uffici dello Stato¹³³. In occasione di questa acquisizione ebbi modo di relazionarmi ancora una volta con il Direttore dell'Archivio di Stato, la quale mi sottolineò la carenza del materiale ottenuto rispetto all'elenco di versamento allegato, a conferma degli ammanchi che io stessa avevo evidenziato e specificato nei capitoli precedenti; questo acclarato stato di cose depriva definitivamente il fondo della sua completezza che avremmo ottenuto solo se avessimo a disposizione tutta la documentazione riguardante il manicomio giudiziario prima, Opg poi; dunque, un preciso arco temporale (1925 – 2017) espressione di una specifica realtà storico-culturale considerata nella sua interezza, a scapito dell'ambivalenza che l'archivio di un'istituzione ormai chiusa perde.

Nonostante la constatazione di aver perduto, misteriosamente, parte di questo patrimonio, oggi possiamo finalmente fruire dello schedario come bene culturale appieno, grazie al lavoro dell'Archivio di Stato di Messina che lo ha reso certamente ordinato ma soprattutto consultabile liberamente, da chiunque presso la propria aula studio; magari ipotizzando anche un processo di digitalizzazione dell'intero patrimonio che, solo così, diverrebbe davvero alla portata di tutti.

¹³³ Decreto del Presidente della Repubblica, 8 gennaio 2001, n. 37

I detenuti/pazienti

Effettuare un'analisi su chi tra quelle mura ci ha trascorso qualche anno, se non la sua intera esistenza, non è affatto facile. Leggere le storie cupe, tristi, a volte raccapriccianti dei pazienti, senza che queste ti influenzino emotivamente, praticamente impossibile.

Ho deciso di titolare questo capitolo “i detenuti/pazienti” perché i soggetti d'indagine non possono essere definiti diversamente; rappresentano, come abbiamo in parte già visto, una pluralità di entità, tutte dicotomiche, inevitabilmente scisse a seconda del punto d'osservazione, ma ascritte in un unico individuo che è corpo e anche mente, che è reato e anche malattia, che è remissivo e anche spietato, che è detenuto ed anche paziente.

Osservare in modo distaccato e da un punto di vista oggettivo queste dualità aiuta, sicuramente, l'analisi statistica o sociologica, ma questo tipo di analisi corre il rischio di non cogliere o svilire gli aspetti storici e antropologici. Solo la ricostruzione della narrativa autobiografica può far luce sulle necessità, accezioni e dinamiche che hanno trasformato i nostri pazienti in detenuti e viceversa. Autori di atroci reati, piuttosto che vittime delle storture di un sistema, vittime poi diventate carnefici o ancora, piccoli delinquenti impazziti a causa della reclusione; sono i vissuti individuali di uomini che ci raccontano e ci fanno toccare con mano la storia: la loro, quella di una specifica istituzione, quella del nostro paese.

3.1. Conosciamo i “pazzi criminali”

Nei primi mesi della mia ricerca ho dovuto relazionarmi con i documenti: la loro struttura, le loro ragioni, i mutamenti che negli anni hanno subito. Questa attività ha richiesto uno spoglio campionario dell'intero schedario barcellonese; circa ottanta cartelle cliniche (quattro faldoni) per decennio, dal 1925 fino agli anni '90. Questa prima fase mi ha permesso di constatare la presenza di “vuoti di memoria”: la mancanza totale o quasi di interi periodi storici negli schedari; in particolare tra gli anni '60 e '80, la documentazione diventa sempre più esigua; inoltre, come accennato precedentemente, la sezione femminile non presenta documentazione.

Ho anche evidenziato l'immobilità della struttura documentaria, in tutte quelle sfaccettature di carattere antropometrico che, fino agli anni Novanta del secolo scorso vengono, comunque, mantenute ma non più compilate eccezion fatta per peso e altezza; non viene più presa nota di tutti i dati relativi la "vita di relazione"; non trova più risposta la "diagnosi antropologico – criminale".

Di fronte a questi elementi oggettivi, ho ristretto il campo d'indagine, prendendo in considerazione la popolazione del manicomio giudiziario tra gli anni '20 e '30 del Novecento; uno specifico periodo di riferimento, ben quindici anni, che hanno visto avvicinarsi una pluralità di personalità, anche questa volta, campionate. Sono trecento i soggetti di cui ho letto la documentazione e sui quali ho elaborato una specifica indagine per tracciare dei profili tipo. Considerando questo campione rappresentativo della realtà manicomiale della prima metà del Novecento, possiamo conoscere i "pazzi".

I dati raccolti, infatti, ci forniranno un quadro della popolazione del manicomio criminale di Barcellona Pozzo di Gotto rispetto ai seguenti criteri di classificazione: l'area socio-anagrafica, l'area clinica e i delitti ascrittigli. Per area socio-anagrafica intendiamo la provincia di residenza, l'età, lo stato civile e l'attività lavorativa. Dai dati rilevati circa la provincia di residenza evinciamo che la grande maggioranza dei detenuti, com'era prevedibile, proviene dal Sud Italia e dalle isole, rispettivamente il 42% ed il 45% del campione. È ovvio che tra i cinque manicomi giudiziari italiani, le più alte percentuali di internati del Sud Italia debbano trovarsi a Barcellona Pozzo di Gotto, ma non è trascurabile il dato circa gli internati provenienti da Puglia, Campania e Sardegna; complessivamente il 21% dei detenuti, che avrebbero potuto essere indirizzati verosimilmente verso altri istituti, come sant'Eframo o Aversa. La scelta della destinazione barcellonese potrebbe essere giustificata da più ragioni: come esubero dagli istituti sopra citati; una specifica scelta del magistrato, tendente ad allontanare il soggetto dalla sua zona di provenienza, da possibili rapporti con una rete di amici e parenti complici di atti delinquenti; oppure un allontanamento dalle famiglie, vittime del crimine commesso dal detenuto. Un'altra motivazione potrebbe riguardare il luogo in cui il crimine è stato commesso, lontano da casa, una casa alla quale tra tribunali, carceri e manicomi non ci si è più avvicinati.

Le stesse motivazioni e quesiti potremmo riproporli anche per gli internati provenienti dal Nord e dal Centro Italia, in entrambi i casi in percentuale del 5%. Infine, il dato relativo gli internati esteri, ben il 3% del campione, costituisce un elemento non così scontato, considerato che stiamo esaminando i primi decenni del XX secolo, in cui la mobilità non era certo elevata. Tuttavia, questo dato può facilmente essere spiegato, considerando che ben sette individui su nove sono provenienti dall'Impero Coloniale Italiano in Africa Orientale, mentre gli altri due sono uno svizzero e un cittadino di Fiume. Per ciò che concerne quest'ultimo individuo, la catalogazione come cittadino estero è solo formale dato che, proprio in quel periodo storico, sappiamo come la città di Fiume fosse stata più volte motivo di contesa tra Italiani e Sloveni; simbolo di forza politica ed emblema della supremazia fascista, quando Benito Mussolini nel 1924 ne reclamò l'annessione al Regno (dal 1920 al 1923 era stata riconosciuta come Stato indipendente), riuscendo, però, ad annetterne solo la metà. L'altro dato che è necessario approfondire riguarda i cittadini di origine libica che, anche in questo caso, catalogo come esteri sebbene, all'epoca, la Libia fosse considerata estensione del Regno d'Italia. In questi specifici casi, la scelta del manicomio criminale è peculiare in quanto emblema di una necessità di allontanamento del soggetto dal territorio libico, forse una punizione, forse un modo elegante di liberarsi dei dissidenti politici, certo è che, presa questa decisione, il manicomio di Barcellona fosse la scelta più pratica, economica e veloce.

Un ulteriore dato preso in considerazione, riguarda lo stato civile dei detenuti. Il 44% degli internati è coniugato al momento dell'arresto, il 48% è celibe, solo l'8% dei detenuti è vedovo. Quest'ultimo dato suscita maggiore interesse perché una parte dei vedovi si trova in istituto per aver ucciso la moglie. Questi dati, analizzati separatamente, ci dicono ben poco. È interessante, invece, rapportarli all'età dei detenuti al momento dell'arresto, così da dedurre elementi sulle pratiche matrimoniali, specialmente nel Sud Italia, in un contesto così particolare come quello dei soggetti con problematiche di salute mentale. Convenzionalmente ci si aspetterebbe di osservare un quadro in cui tutti gli uomini che abbiano superato i venti, forse i venticinque anni d'età siano già sposati e abbiano creato una famiglia, pratica comune in una società rurale; come vedremo, infatti, l'aspetto lavorativo delinea chiaramente una popolazione di origine

contadina in cui la forza lavoro rappresenta la più grande ricchezza. I dati, però, ci raccontano qualcosa di diverso. A questo proposito, sono due i fattori principali da prendere in considerazione. In primo luogo il contesto storico è quello tra le due guerre mondiali e aver prestato servizio militare ha sicuramente inciso, e non poco, su una pratica come quella matrimoniale; anche se il soggetto in questione non ha prestato servizio militare, dati i suoi problemi psichiatrici, presumibilmente, altri membri della sua famiglia lo hanno fatto, non favorendo le migliori condizioni per un matrimonio. Il secondo fattore riguarda inevitabilmente la malattia mentale; come apprendiamo dalla documentazione, non tutti gli internati vivono una condizione di disagio psichico per cause endogene, non tutti gli internati sono stati malati “da sempre”. A volte hanno vissuto momenti critici temporanei, altre si sono ammalati a seguito di un trauma di varia natura come una reclusione, la guerra, un lutto; tutto ciò ha potuto inficiare, a vario titolo, la pratica matrimoniale.

Queste ipotesi possono spiegare l’età media dei soggetti celibi, circa trentasei anni, un dato alzatosi notevolmente per la presenza di una trentina di soggetti oltre i trent’anni d’età e la sporadica presenza di soggetti più che cinquantenni (il più anziano ha cinquantasette anni).

Il secondo aspetto che mi preme approfondire è l’età media del detenuto in manicomio giudiziario; tra gli anni ’20 e ’30 è di 41 anni, configurando la maggior parte dei detenuti tra i venti ed i trentacinque anni, media contraddetta da due soggetti diciassettenni ed una ventina di soggetti ultracinquantenni. Ovviamente il dato riguarda l’età dei detenuti al momento dell’ammissione in istituto. Se dovessimo tener conto dell’età media dei soggetti presenti, in un preciso momento storico, il dato sarebbe variabile, ma l’asticella si alzerebbe sicuramente di molto a causa dei continui prolungamenti delle misure detentive di sicurezza.

L’ultimo dato di rilevanza socio-anagrafica riguarda l’attività lavorativa. Ho ritenuto utile raggruppare in alcune categorie tutte le attività lavorative. La maggior parte dei detenuti, tenuto conto della loro appartenenza al Sud Italia, non poteva non essere rappresentata dai contadini e dai pastori, ben il 46% del campione, tra chi si occupava di coltivare un piccolo pezzo di terra di proprietà, mulattieri, caprai e mezzadri. Il 21% degli internati si configurava come artigiano, fabbro, falegname o calzolaio. Tra queste due categorie, che spiccano a livello

quantitativo, è necessario citare altre attività professionali, presenti in percentuali inferiori: commercianti (7%), militari (1%), operai (15%), possidenti (2%) e la non trascurabile presenza dei disoccupati/mendicanti (8%).

Come possono essere collocati gli internati all'interno di un quadro medico e giuridico? Da quale malattia psichiatrica sono affetti? Quale crimine hanno commesso per essere stati condannati alla reclusione?

Per ciò che concerne le diagnosi, alla luce delle nuove scoperte e pratiche diagnostiche, queste appaiono arcaiche e spesso la sintomatologia, di cui leggiamo nel diario clinico, non è conforme alla diagnosi.

La psichiatria nei primi decenni del Novecento era una disciplina in via di sviluppo ed è inoltre, plausibile che in particolari circostanze, come quella del manicomio criminale, non ci si applicasse abbastanza nel diagnosticare una malattia piuttosto che un'altra, essendo le successive terapie simili, e che si lasciasse ai magistrati un compito più proprio degli psichiatri. Emblematico, a questo proposito, quanto aveva sostenuto Giovanni De Paoli, in uno scritto dedicato a Lombroso:

Molte volte il carcere è un'offesa alla dignità umana, e il Giudice usurpa talvolta il posto al Medico, e la camiciuola del Galeotto veste qualche volta un uomo cui una sventura dalla quale è annientato o diminuito il libero arbitrio raccomanda alle nostre cure, alla nostra compassione [...] Anche fuori dalla legge gli uomini non cessano d'avere i loro diritti, diritti che competono all'umanità in genere, che sono per così dire sanciti dalla natura; è un privilegio che la civiltà accorda anche al più ribaldo degli uomini. Molte volte questi diritti sono disconosciuti ed in proposito potrei accennarvi cose da farvi raccapricciare ¹³⁴.

Un periodo, quello del primo Novecento, dunque, molto confuso in cui il confine tra malattia e criminalità si fece sempre più labile. Per questo motivo tra i dati riscontrati, in molte voci diagnostiche leggiamo "criminale", "criminale nato" piuttosto che "criminalità".

Un ulteriore dato riguarda l'epilessia che oggi riconosciamo come una patologia del sistema nervoso centrale in cui l'attività delle cellule nervose nel cervello si blocca provocando convulsioni, momenti di comportamento inusuale e qualche volta anche perdita di coscienza. Agli

¹³⁴ Paolo Francesco Peloso - Tullio Bandini, *Follia e reato nella storia della psichiatria. Osservazioni storiche sul rapporto tra assistenza psichiatrica e carcere*, Rassegna italiana di criminologia anno I n.2, 2007, p. 14

inizi del secolo scorso, la comunità medica non possedeva tali informazioni e va da sé che gli eventi epilettici venissero semplificati come «malattia dello spirito»¹³⁵, come sintomo di una realtà altra ed estremamente distante dalla medicina. Parliamo di possessioni spiritiche piuttosto che un sintomo diretto della criminalità. È ancora una volta Lombroso il responsabile del rapporto tra epilessia e delitto:

Mi giova, far notare come nel criminale latente, così come nell'occasionale e nel vero criminaloide, nel reo d'impeto e suicida, nell'isterico, nell'alcoolista, in non pochi monomani e mattoidi non che nella follia transitoria e periodica, ho potuto dimostrare, [...] il substrato epilettico sul quale è evidente ormai basarsi e svolgersi insieme all'atavismo; quasi tutto il triste mondo criminale ¹³⁶.

Le diagnosi riscontrate sono moltissime, per questo ho scelto di riportarne solo alcune, quelle predominanti. A ben il 25% del campione è stata diagnosticata la demenza precoce, questo è un primo elemento sul quale occorre soffermarsi. Seguendo la dicitura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la demenza è una sindrome che implica non solo un deterioramento della memoria e di altre funzioni cognitive, ma un cambiamento nel comportamento e nella capacità di svolgere le attività quotidiane di base, una malattia degenerativa dalla quale è impossibile guarire e responsabile di moltissimi sintomi (anomia, apatia, sintomi depressivi, difficoltà di concentrazione o mnemonica, ansia ecc.) che facilmente potevano essere confusi provocando un'errata valutazione. Questa diagnosi, concepita come un grande contenitore in cui andavano collocati sicuramente dei dementi ad insorgenza precoce, comprendeva anche pazienti forse depressi, forse timidi o semplicemente in preda ad un comprensibile straniamento; a riprova di quanto detto, nei diari clinici leggiamo, quasi sempre, di guarigioni o nessuna evidenza di degenerazioni: una dinamica compatibile anche con la pratica della simulazione

soggetti che improvvisamente tornano da uno stato crepuscolare patologico a uno normale [...] La guarigione improvvisa è vista da alcuni studiosi come una caratteristica propria del simulatore che non “regge più il gioco”, per stanchezza o

¹³⁵ Michel Foucault, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2015, p. 262

¹³⁶ Cesare Lombroso, *L'uomo delinquente*, rist. anast. Bompiani Editore, Torino, 1897, p. 88

per mancata sussistenza del motivo che lo aveva spinto a dar luogo alla simulazione stessa ¹³⁷.

Sono affetti da frenastenia ben il 10% dei pazienti. Anche in questo caso, un contenitore, perché la frenastenia o oligofrenia altro non è che debolezza o insufficienza mentale; una definizione dal dubbio significato perché potrebbe essere l'inizio di qualsiasi disagio mentale, così come di nessuna malattia psichiatrica.

La prova che queste due diagnosi fossero usate come macro-contenitori per casi incerti, la percepiamo proprio attraverso le percentuali molto alte rispetto a diagnosi più specifiche come psicosi (7%), disturbo paranoide (6%), depressione (2%) o ancora la nevristenia (3%).

Altri dati degni d'interesse riguardano le malattie prettamente cliniche considerate come scriminanti psichiatriche atte a giustificare la permanenza presso un manicomio; abbiamo già parlato dell'epilettoidismo, presente in una percentuale del 9%; ma ho riscontrato anche la presenza di un soggetto internato a causa del Parkinson; un altro per una paralisi progressiva dovuta inevitabilmente a sconosciuti motivi di natura clinica; ed un altro internato, considerato infermo, perché affetto da encefalite, una malattia che, nei casi più gravi, può causare stati di confusione e di agitazione, cambiamenti di personalità, attacchi epilettici, perdita di sensibilità o paralisi di alcune parti del corpo, debolezza muscolare, allucinazione e vista sdoppiata.

Per quanto riguarda ancora le diagnosi non posso non menzionare tre elementi che influiscono notevolmente sul campione, parliamo delle voci: "sano", "non riscontrato", "simulatore". L'ultimo caso è quello che ci pone minori interrogativi perché la «produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni»¹³⁸, era in uso, anche nei primi anni del Novecento. La scelta di fingersi "pazzi" per risparmiarsi il carcere duro, ma soprattutto per rendere

¹³⁷ Vincenzo Mastronardi e Antonio Del Casale, *Simulazione di malattia mentale*, Supplemento alla Rivista di psichiatria, 47, 4, 2012, p. 29

¹³⁸ American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision ICD- 10/ICD-9-CM. Classificazione parallela*. Edizione italiana (a cura di) Vittorino Andreoli, Giovanni Battista Cassano e Romina Rossi. Masson, Milano, 2002

la reclusione più breve; qualora la simulazione avesse avuto esiti positivi, solo nei casi più gravi, la reclusione si sarebbe prolungata fino a dieci anni. Nel 2% dei casi l'atto simulatorio è stato riconosciuto, con successiva dimissione e trasferimento del detenuto.

Riguardo le altre due voci ("sano" e "non riscontrato") parliamo di un 16% del campione, un dato sicuramente non trascurabile perché evidenza, come per la demenza o la frenastenia, un'ulteriore lacuna nel sistema diagnostico e una scarsa efficienza dell'istituto: i soggetti considerati in salute non avrebbero dovuto scontare la loro condanna tra le mura del manicomio giudiziario. Leggiamo, infatti, che i soggetti considerati sani, dal punto di vista psichiatrico, non sempre vengono rilasciati, non sempre vengono sottoposti a un nuovo processo o nuove misure giudiziarie, che ne dichiarino la giusta reclusione rispetto al crimine commesso. L'assenza di una diagnosi rappresenta, ancora una volta, la prova di come la psichiatria, in questo preciso periodo storico, delegasse gran parte del suo compito alle aule dei tribunali, a giudici legittimati dalle dottrine alieniste e criminologiche più in voga.

Completiamo questo primo approccio alla popolazione del manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, questa prima conoscenza dei pazzi criminali, con l'analisi dei crimini, dei reati che hanno condotto i nostri internati in istituto. Innanzitutto, riconosciamo tre grandi categorie di reati: contro la persona (69%), contro il patrimonio (21%) e contro l'ordine pubblico (10%). La categoria che accoglie la più ampia percentuale dei detenuti, è quella dei reati contro la persona. Il 48% dei reclusi si è macchiato del crimine di omicidio o tentato omicidio, un crimine quasi sempre perpetrato tra le mura domestiche, la circostanza, in assoluto, più facile da incontrare leggendo la documentazione d'archivio. La maggior parte dei detenuti dichiara di aver commesso il crimine durante un raptus, un momento di confusione mentale; altri sostengono fermamente le loro azioni giustificandosi attraverso le loro manie persecutorie; altri ancora, arrivati in istituto, si trovano in stato catatonico, incapaci di parlare e/o ricordare quanto accaduto. Seguono le lesioni classificate con il 16% del campione, anche questo crimine dovuto a momenti d'ira, agitazione, violenza ed eccessiva impulsività. Ancora, la

violenza carnale o il tentativo di quest'ultima, presenti per il 3%¹³⁹. Parliamo di casi limite come nella storia di Domenico D. alla cartella clinica n. 361 in cui viene specificato “violenza carnale contro natura”, ma nella maggior parte di questi casi, parliamo di una violenza denunciata e rispetto alla quale è stata comminata una pena solo perché connessa al reato di atti osceni. Come sappiamo, quello della violenza sessuale non era e non è, tutt'oggi, un crimine facile da denunciare e rispetto al quale fosse possibile ottenere una pena certa; possiamo anche presumere che in occasione della offesa del pubblico pudore “la vittima” si sia dichiarata tale per usufruire dei benefici legali e morali connessi a tale posizione. Infine, la minaccia (1%) e le calunnie (1%) sono tra le violazioni meno rilevate, ma sicuramente utili a determinare l'eterogeneità dei crimini contro la persona.

Estremamente più variegata è l'area dei crimini contro il patrimonio in cui nessun reato spicca tra gli altri per valore percentuale, ma tutti ci consentono di gettare lo sguardo su una serie di illeciti, alcuni circostanziali ed irrazionali, altri, probabilmente, di difficile realizzazione per un malato psichiatrico con seri disturbi mentali. Primo tra tutti, il furto, il 15% dei detenuti è stato internato per aver derubato (9%), borseggiato (1%) o rapinato (4%). Seguono i reati di truffa (1%), peculato (1%) ed estorsione (1%), certamente più difficilmente riferibili a un malato mentale; in questo caso potremmo ipotizzare l'attività simulatoria del detenuto come leggiamo nella storia clinica n.316 di Calogero V. In questo caso il responsabile di estorsione è un avvocato, difficilmente credibile

¹³⁹ Ho scelto, secondo i canoni dell'odierna legislazione e morale, di inserire questo tipo di atti criminosi all'interno della categoria “crimini contro la persona”, sebbene all'epoca la violenza carnale venisse riconosciuta come forma di lesione della pubblica morale: gli articoli del Codice Penale, in materia vanno, infatti, individuati, fin dal 1889, sotto la voce “*Dei delitti contro la moralità pubblica e il buon costume*”. La normativa comprendeva due diversi tipi di crimini, “violenza carnale”(art.519) ed “atti di libidine violenti” (art.521) generando specificità che, il più delle volte, tendevano a scagionare l'imputato per assenza di prove concrete o a condannarlo ad una pena dai due ai dieci anni, usufruendo però delle attenuanti che avrebbero commutato di un terzo la pena stabilita. Questa normativa è sopravvissuta per quasi tutto il XX secolo, abrogata solo nel febbraio del 1996: con la legge n.36, “*Norme contro la violenza sessuale*”, si afferma il principio per cui lo stupro è un crimine contro la persona, che viene coartata nella sua libertà sessuale, e non contro la morale pubblica

quale soggetto incapace d'intendere e di volere, anche in presenza di una pluralità di documenti atti a demarcare la necessità del detenuto a restare in manicomio; documenti ai quali non è stato dato valore e, nonostante i quali, il detenuto è stato trasferito in un carcere. In ultimo, i reati contro il patrimonio che più facilmente possiamo attribuire al detenuto tipo del manicomio giudiziario, a causa della loro possibile accidentalità: danneggiamenti (1%), violazione di domicilio (1%) e l'incendio doloso (2%).

Ultima serie di illeciti da indagare, quella dei reati contro l'ordine pubblico, un'area che coglie la più piccola percentuale di detenuti; un'area che cresce, è doveroso precisare, per lo più, grazie ai dati raccolti negli anni '30. Il primo dato su cui occorre soffermarci è quello relativo all'"oltraggio"; sotto questa voce ho raccolto tutti gli illeciti relativi a oltraggio e resistenza a pubblico ufficiale, offese al capo di governo e vilipendio, il 4% dei reati complessivi. I successivi crimini riscontrati sono presenti in percentuale davvero bassa ma utili alla differenziazione della categoria "crimini contro l'ordine pubblico", oltre che all'approfondimento di cosa fosse considerato reato ad inizio secolo; facciamo riferimento alla bigamia (1%), l'inosservanza della pena (1%), l'emigrazione clandestina (1%) e gli atti osceni in luogo pubblico (2%).

3.2. Il corpo, la malattia, il diverso

Questa prima analisi ci ha permesso di avere un quadro più chiaro sulla popolazione del manicomio giudiziario, almeno per ciò che concerne il campione analizzato. Possiamo semplicisticamente riassumere come i pazienti/detenuti fossero, per lo più, uomini giovani, di bassa estrazione sociale, con un livello di scolarizzazione, il più delle volte, inesistente. Dei veri e propri figli del contesto storico-geografico, non dissimili dai coetanei fuori dalle mura; uniche differenze quelle di essere rei e folli.

Ma è davvero così? In questo paragrafo affronteremo il tema della malattia in un'ottica squisitamente antropologica, cercando di penetrare la realtà dei corpi produttori di cultura ed espressione di quest'ultima; una realtà univoca che si contrappone alla società civile, delle singole prospettive che possono ed hanno influenzato quella stessa realtà.

«Il corpo è il primo e più naturale oggetto tecnico e, nello stesso tempo, mezzo tecnico dell'uomo»¹⁴⁰. Con queste parole, il secolo scorso, Marcel Mauss definiva la realtà corporea umana, non rilegandola ad un vincolo di naturalità, ma considerandola come espressione di una pluralità di pratiche culturali che ne plasmano la forma. Mauss parlava di vere e proprie *tecniche del corpo*, ovvero dei «modi in cui gli uomini, nelle diverse società, si servono, uniformandosi alla tradizione, del loro corpo»¹⁴¹; degli specifici ed inconsci modi di presentarsi, di agire, di stare nel mondo fortemente codificati a livello culturale. In quest'ottica non possiamo non asserire che, al pari di ciò che facciamo e diciamo, anche la nostra corporeità rientra in un sistema condizionato e codificato di simboli strettamente connessi ai valori morali ed intellettuali che la nostra cultura rappresenta. Una reiterata inosservanza a tale sistema simbolico, per sua natura, contravviene ad un tacito patto sociale, risponde negativamente ad implicite norme culturali; un uso ineducato del corpo nello spazio e nelle relazioni sociali rientra nella categoria del diverso, strano, alieno, nemico.

La malattia può essere facilmente assimilata a tale idea di ineducazione corporea, pensiamo allo straniamento che si può provare in presenza di individui con una deformità fisica (amputazioni, malformazioni, rosacea fimatosa, ma anche tatuaggi o inusuali mutamenti corporei come il *tongue splitting*), o più semplicemente difforni dai comuni canoni di corporeità socialmente accettati: i più comuni troppo magro, alto, grasso e viceversa. La riflessione assume connotazioni certamente più rilevanti se strettamente connessa alla malattia; è quasi ovvio pensare che, a fronte di un attacco epilettico, il sentimento comune sia quello di soccorrere il malato, perché è così che viene percepito, e dunque aiutato, così come nel caso di un ipovedente. Molto diverso sarebbe l'incontro con un soggetto affetto da sindrome di Tourette o una delle più vivaci forme del disturbo dello spettro autistico: patologie non immediatamente visibili, ma responsabili di un'incapacità a stare nel mondo così come culturalmente accettato. In questi specifici contesti le "tradizionali" tecniche del corpo non vengono applicate a causa della malattia che estranea chi è affetto

¹⁴⁰ Marcel Mauss, *Le tecniche del corpo*, 1936, Trad. it. in M. Mauss, *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi Editore, Torino, 1991, p. 392

¹⁴¹ Ivi, p. 385

dall'habitus¹⁴², allontanandolo da quel senso comune e da quelle condotte considerate ragionevoli.

L'ordine sociale, la conformità, l'educazione sono prioritari e tendono a riprodurre corpi docili che possano essere compatibili con il sistema, diversamente qualcosa si incrina. Sebbene i processi culturali finora descritti sottendano una trasversalità d'influenza tra singolo individuo e società, è evidente che le tecniche del corpo siano facilmente assimilabili ad uno strumento omogenizzante; proprio in questo quadro teorico possiamo inserire parte dei folli detenuti presso il manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto dove, nel progetto dell'istituzione,

la punizione è una tecnica di coercizione degli individui; essa pone in opera dei processi di addestramento del corpo con le tracce che questo lascia, sotto forma di abitudini, nel comportamento [...] Il corpo suppliziato, l'anima di cui si manipolano le rappresentazioni, il corpo che viene addestrato [...] Sono modalità secondo le quali si esercita il potere di punire. Tre tecnologie di potere ¹⁴³.

Sebbene l'istituzione manicomio giudiziario sia nata allo scopo di contenere un particolare tipo di detenuto, sebbene la maggioranza della popolazione rappresentasse appieno l'archetipo del violento socialmente pericoloso, non va dimenticato che all'interno di queste strutture, così come per i manicomi civili, si ritrovassero altri particolarissimi tipi umani livellati ed omogenizzati in una realtà identitaria univoca e svilente, generando i già citati lacerti d'umanità. Entrare in strutture come queste significava rinunciare completamente alla propria identità individuale, perdere la propria *agentività* o legittimarne ufficialmente l'assenza determinata dalla malattia.

Un'istituzione che annienta mentre codifica e che stigmatizza mentre cura. Ed infatti, il carattere peculiare, la funzione meno dichiarata e, paradossalmente, più

¹⁴² Sistema di disposizioni durature e trasmissibili, strutture strutturate predisposte a funzionare come strutture strutturanti, cioè in quanto principi organizzatori e generatori di pratiche e rappresentazioni che possono essere oggettivamente adatte al loro scopo senza presupporre la posizione cosciente di fini e la padronanza esplicita delle operazioni necessarie per raggiungerli, oggettivamente "regolate" e "regolari" senza essere affatto prodotte dall'obbedienza a regole e, essendo tutto questo, collettivamente orchestrate senza essere prodotte dall'azione organizzatrice di un direttore di orchestra (Pierre Bourdieu, 2005b: 84)

¹⁴³ Michel Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi Editore, Torino, 1976, pp. 143 - 144

evidente delle istituzioni totali è la spoliazione del soggetto che qui viene esiliato. Una lenta e rituale sottrazione di ogni rappresentazione pregressa tramite la quale il soggetto poteva pensarsi e definirsi. L'esito è la sua reificazione in una non-persona¹⁴⁴.

Vivere in manicomio significava essere ordinati in una precisa categoria interpretativa, lontanissima dalla realtà civile, estranea dal vivere comune; significava appianare il proprio essere sé, ed essere nel mondo attraverso un processo di catalogazione, politicizzazione e *sanitarizzazione* che è avvenuto nei tribunali come nelle strade, nelle caserme militari, così come nelle famiglie. Come afferma Pizza:

ogni ricerca antropologico-medica non può oggi non includere una riflessione sul rapporto dialettico corpo-Stato, sulla relazione fra esperienza corporea ed esperienza della sovranità¹⁴⁵.

La presunta pericolosità sociale ha reso dei soggetti malati (e non) degli automi, dei numeri in un tutto di volti indistinti; individui cristallizzati, sospesi nel vuoto.

Ma corpo malato non è sinonimo di anonimo, anche nelle difficoltà, motorie come psicologiche, l'uomo è espressione della sua realtà socioculturale così come ha la possibilità di influenzarla e codificarla. Più recenti teorie dell'antropologia del corpo affermano che «the body is not an object to be studied in relation to culture, but is to be considered as the subject of culture, or in other words as the existential ground of culture»¹⁴⁶; in quanto tale, la corporeità va interpretata

come base esistenziale della cultura e del sé, non analizzan[do] il corpo per sé, ma i modi in cui le persone abitano i propri corpi [...] Il termine "incorporazione" (*embodiment*) si riferisce a quell'insieme di abitudini apprese e di tecniche somatiche culturalmente forgiate, grazie alle quali gli esseri umani sono nel corpo e nel mondo. Diversamente da "corpo", "incorporazione" è un termine processuale e fa riferimento sia alla somatizzazione della cultura, sia all'impegno del corpo nella produzione delle forme culturali e storiche. Dal punto di vista dell'incorporazione,

¹⁴⁴ Luigigiovanni Quarta, *Resti tra noi. Etnografia di un manicomio criminale*, Meltemi, Roma, 2019, p. 73

¹⁴⁵ Giovanni Pizza, *Antropologia medica e governo dei corpi. Appunti per una prospettiva italiana*, Rivista della Società italiana di antropologia medica, Aprile 2014, p. 55

¹⁴⁶ Thomas Csordas, *Embodiment as a Paradigm of Anthropology*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994, p. 58

il corpo non è un'entità soltanto biologica, ma è anche un fenomeno storico e culturale ¹⁴⁷.

Questo processuale approccio allo studio della corporeità permette di accostare alla già consolidata figura metodologica della rappresentazione quella del corpo come “essere-nel-mondo”:

È soltanto quando incominciamo a pensare al corpo come essere-nel-mondo che ci accorgiamo di non essere più interessati al “corpo” per sé, ma all'incorporazione in quanto condizione esistenziale. In altre parole, quando non studiamo il corpo per sé, né studiamo l'incorporazione, ma studiamo la cultura e il sé in termini di incorporazione [...] Lavorare secondo il “paradigma dell'incorporazione” non significa studiare qualche cosa di nuovo o di diverso, ma rivolgersi ad argomenti familiari [...] da un altro punto di vista ¹⁴⁸.

Secondo quanto detto finora, risulta impensabile l'idea di uomini vittime della loro realtà culturale, soggetti passivi a pratiche sulle quali è impossibile operare; a causa della loro stessa natura corporea, ancor più penetrante se violata, intaccata, malata...

Non esiste una definizione univoca di malattia, o meglio non ne esiste una che riesca a carpirne la polisemicità e multidimensionalità; per comprendere meglio il concetto di malattia è indispensabile una breve analisi sulla natura del termine stesso.

Tra gli anni '70 ed '80 del secolo scorso, un gruppo di antropologi operante in nord-America¹⁴⁹ ha contribuito alla migliore comprensione dell'oggetto in questione, partendo proprio dalla decostruzione ed analisi di diversi sinonimi; nello specifico, individuiamo tre dimensioni della

¹⁴⁷ Claudia Mattalucci-Yilmaz, *Introduzione in Annuario di Antropologia*, n.3 – 2003, Meltemi Editore, Roma, pp. 6 - 7

¹⁴⁸ Thomas Csordas, *Incorporazione e fenomenologia culturale* in *Annuario di Antropologia*, n.3 – 2003, Meltemi Editore, Roma, p. 24

¹⁴⁹ Al riguardo si vedano:

- Leon Eisenberg, *Disease and Illness. Distinction Between Professional and Popular Ideas of Sickness*, Culture, Medicine and Psychiatry, Vol. 1, 1977;

- Arthur Kleinman, Leon Eisenberg e Byron Good, *Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 88, 1978;

- Allan Young, *The anthropologies of illness and sickness*, *Annual Review of Anthropology*, 11, 1982

malattia: *disease*, *illness* e *sickness*. Il primo di questi termini potrebbe essere tradotto con “infermità” o “patologia” e rappresenta la dimensione più propriamente medica, la malattia intesa in termini fisiologici sulla base di evidenze cliniche oggettive; una dimensione spiccatamente scientifica e scienziata che si propone di generalizzare il *disease* a livello universale. Nella seconda dimensione viene presa in considerazione la malattia vissuta in prima persona, le sensazioni, emozioni ed azioni esperite dal singolo soggetto in stati ritenuti socialmente sfavorevoli; *illness* intesa come “malessere” o “esperienza di malattia”. Infine *sickness*, traducibile come “stato di malattia” o “relazioni sociali di malattia”, indica

il processo attraverso il quale i segni comportamentali e biologici preoccupanti, in particolare quelli che hanno origine nella patologia, vengono investiti di significati socialmente riconoscibili: essi vengono cioè convertiti in sintomi e risultati socialmente significativi ¹⁵⁰.

Per ciò che concerne le prime due denominazioni, è molto semplice comprendere come queste possano essere interpretate e discusse, diversamente per l’aspetto più prettamente sociale: in che senso una malattia può avere origine, dispiegarsi e trovare risoluzione all’interno delle pratiche culturali?

Alla luce dell’approccio dell’*embodiment*

la malattia emerge come una particolare tecnica del corpo, come un’esperienza culturalmente informata che rischiamo di non comprendere se la riduciamo ai nostri parametri culturali, alle nostre tecniche del corpo. [...] Se, infatti, i corpi sono prodotti storici, ed i loro “stati d’essere” (in senso ampio: e quindi tanto in riferimento a condizioni esistenziali, quanto a stati di malattia) rappresentano forme di senso incarnato (ossia presentano articolazioni di incorporati scenari di senso legati a doppio filo con le pieghe più intime delle esperienze individuali), allora un segno, un sintomo rappresentano la manifestazione soggettiva di un intricato e profondo processo (incorporato) di senso. Detto altrimenti: la malattia non diviene culturale nel momento in cui è categorizzata all’insegna di una qualche tradizione medica, ma è già culturale in quanto esperienza vissuta secondo certi processi di plasmazione simbolica della persona ¹⁵¹.

¹⁵⁰ Allan Young, *The anthropologies of illness and sickness*, Annual Review of Anthropology, 11, 1982, p. 258

¹⁵¹ Ivo Quaranta, *La trasformazione dell’esperienza. Antropologia e processi di cura*, Antropologia e teatro. Rivista di studi, Bologna, n. 3, 2012, p. 281

Ogni aspetto dell'agire, del relazionarsi, dell'essere-nel-mondo viene modificato influenzato dallo stato di fragilità dovuto alla malattia; pensiamo, ad esempio, alla malattia del nostro secolo, il cancro, e a come questo influenzi e determini tutta una serie di pratiche socio-culturali in relazione agli altri, così come a sé stessi. O ancora all'attualissima infezione da SARS-CoV-2 e come questa abbia drasticamente modificato il nostro modo di presentarci nel mondo (utilizzo dei dispositivi di protezione individuale), di vivere le relazioni sociali (distanza di sicurezza, isolamento – paura dell'altro), di essere il nostro corpo (attenzione spasmodica all'igienizzazione ed alla sintomatologia); tracciando dei solchi a livello psico-socio-culturale che modificheranno ineluttabilmente la realtà conosciuta prima della pandemia, anche se in modo differente, in ogni parte del mondo.

La malattia/sofferenza è qualcosa che si esperisce e che “si fa” con il corpo. Non un mero accidente naturale e biologico, bensì esperienza vissuta in cui si iscrivono e si riproducono le istanze sociali, culturali e politiche della collettività in cui si è inseriti, anche attraverso il proprio essere biologici. In questo senso anche la malattia è considerata una forma di *agency*, di resistenza all'ordine costituito, un idioma socialmente legittimato per esprimere il proprio disagio [...] l'attenzione sulle dimensione riflessiva e intenzionale del corpo porta con sé delle implicazioni politiche, oltre che scientifiche, poiché considera i soggetti (di intervento, di ricerca...) come attori che esprimono sempre un qualche grado di comprensione delle proprie azioni, del proprio contesto e delle condizioni che li opprimono ¹⁵².

Il concetto stesso di malattia è plasmato e plasma gli schemi socio-culturali ai quali ci avviciniamo, a volte trascendendo dal sapere biomedico proprio del *disease*, fondando la conoscenza di malattia e cura sulle credenze; è il caso delle cosiddette *Culture Bound Syndromes*¹⁵³ (sindromi culturalmente caratterizzate), che non possono essere comprese pienamente solo in termini biomedici. Queste “sindromi” vengono reinterpretate in pratiche in cui il corpo è lo strumento che somatizza un

¹⁵² Redazione, *Teoria della pratica, agency e incorporazione*, CSI – Centro di Salute Internazionale ed Interculturale, in <https://csiaps.org/temi/equita-e-disuguaglianze-in-salute/>, 15/02/21

¹⁵³ Pow Meng Yap, *The culture bound syndromes. In Mental Health Research in Asia and The Pacific Mental Health Research in Asia and The Pacific*, East West Centre Press, Honolulu, 1969

dolore psicologico, come nel caso del *Tarantismo*¹⁵⁴ nel sud d'Italia, degli *hikikomori*¹⁵⁵ in Giappone o della sindrome di *Dhat*¹⁵⁶ nella penisola indiana; un corpo che attraverso la malattia “protesta” contro un sistema socio-economico impari, come nel caso del *Nervos*¹⁵⁷ in Brasile, il *Latah*¹⁵⁸ in Malesia, o l'*Amok*¹⁵⁹ nell'Asia Sud-Orientale. Malattie o strategie culturali che possono essere comprese solo partendo dal punto di vista del paziente. In questa dimensione, è stato Porter a promuovere un approccio alla cura in grado di tener conto di fattori biologici tanto quanto di quelli culturali:

a “suffer’s history” ought to root itself in the terra firma of the material conditions of communities in time past, the vital statistics of birth, copulation and death, standards of living and bills of mortality, in short, a biology of humans in history from the cradle to the grave. Second, it should devise for our various classes and communities, basic mappings of experience, their belief system, images and symbols. Third, we would need to peer inside the suffers [...] by monitoring how they experienced and expressed pain. [Finally] we ought to ask what did people do when they feel sick? [...] This also include an investigation of the imperatives of choice in the medical market place ¹⁶⁰.

Il corpo diventa, che lo si voglia o meno, strumento (e spesse volte vittima) di un biopotere permeato in tutti gli aspetti dell'agire sociale; Locke e Sheper-Hughes, con la loro interpretazione del multi-corpo politicizzato, sintetizzano magistralmente questo rapporto con una sorta di sineddoche:

¹⁵⁴ Ernesto De Martino, *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, il Saggiatore, Milano, 1961

¹⁵⁵ Tamaki Saitō (1998), trad. inglese *Hikikomori: Adolescence Without End*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 2013

¹⁵⁶ Malhotra HK, *Sindrome di Dhat: una nevrosi sessuale legata alla cultura in Oriente*, Archives of Sexual Behavior. 1975 settembre; 4 (5): 519 - 28

¹⁵⁷ Nancy Scheper-Hughes, *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, University of California Press, Los Angeles, 1993

¹⁵⁸ Alex Cohen, *The Mental Health of Indigenous People: An international overview*, e World Health Organization (WHO), Ginevra, 1999

¹⁵⁹ John Carr, *Ethno-behaviorism and the Culture-bound Syndromes: The Case of Amok*, Culture, Medicine and Psychiatry, 1978, n.2

¹⁶⁰ Roy Porter, *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, Theory and Society, 14(2), 1985, pp. 185, 189

the body in health offers a model of organic wholeness; the body in sickness offers a model of social disharmony, conflict, and disintegration. Reciprocally, society in "sickness" and in "health" offers a model for understanding the body ¹⁶¹.

Capire il corpo per comprendere la società, capire la società per comprendere il corpo; due facce di una stessa medaglia in cui, chi detiene il potere politico ha il controllo su quei corpi “docili” ed il dovere di ridimensionare quelli “resistenti”.

I lacerti d’umanità barcellonesi hanno sicuramente rappresentato un esempio di corpi “resistenti” sui quali bisognava imprimere una qualche forma di biopotere. Resistenti perché ineducati: sporchi, poco curati, fisicamente diversi, psicologicamente ingestibili. La malattia mentale, a cavallo tra XIX e XX secolo, non era certo interpretata come oggi; l’agire immotivato di un paranoico, piuttosto che di uno schizofrenico era più facile venisse ricondotto ad una qualche forma di controllo satanico, o alla più comune criminalità, intesa come naturale categoria in cui classificare tutte quelle strane forme d’agire nel mondo che infrangevano una moltitudine di norme socio-culturali. Era comune entrare in manicomio (civile o giudiziario) solo perché non si era inclini al lavoro, solo perché le famiglie non erano in grado di gestire la malattia, solo perché in preda ad uno stato d’agitazione si rischiava di reagire male alle forze dell’ordine. Tutti questi soggetti, per un motivo o per un altro, erano inadatti a vivere nella società civile, che ne aveva paura, ritrovando come unica casa, il loro unico posto nel mondo, questi istituti; eretti allo scopo di contenere, eliminare, nascondere un problema che la comunità medica, così come la società, non erano ancora capaci di gestire, incardinare nella giusta direzione. Creare una netta linea di demarcazione è stato l’obiettivo, raggiunto, però, a spese di chi una volta varcata quella soglia non è più uscito.

In uno studio del 2006, Rabinow e Rose hanno dato una definizione di quel concetto¹⁶² che tanto è stato discusso dalla metà del secolo XIX ad oggi:

¹⁶¹ Margaret Lock, Nancy Scheper-Hughes, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, no. 1, 1987, p. 7. JSTOR, www.jstor.org/stable/648769, 12/02/21

¹⁶² A proposito di *Biopotere*, tra gli altri, vedi:

At its most general, then, the concept of “biopower” serves to bring into view a field comprised of more or less rationalized attempts to intervene upon the vital characteristics of human existence – human beings, individually and collectively, as living creatures who are born, mature, inhabit a body that can be trained and augmented, and then sicken and die and as collectivities or populations composed of such living beings ¹⁶³.

L'intervento sulle caratteristiche vitali dell'esistenza umana non è certo una novità storica, piuttosto un prodotto della cultura politica che tenta di rimodellare, migliorare, epurare il popolo al fine di suggellare un miglioramento del paese in termini di competitività e successo: ne è un esempio l'attuale situazione degli Uiguri in Cina. Per ciò che concerne il nostro caso-studio, non possiamo certo parlare di epurazione piuttosto di uno strumento per allontanare, distanziare ed evitare preoccupazioni per un'ingestibile parte della società, trovando, nella malattia, il motivo della separazione dalla società civile. Una moltitudine di tipi umani, a vario titolo, ha soggiornato presso il manicomio giudiziario di Barcellona P.G. come di altri istituti simili (compresi carceri e manicomi civili): persone diversissime all'esterno, e per questo allontanate dalla vita sociale comune; soggetti che tra le mura, sebbene con diversi gradi patologici, diverse malattie (se non addirittura nessuna), venivano considerati come un *unicum*, tutti uguali, tutti inesistenti, corpi vuoti, con la medesima espressione, corporei ma intangibili come esseri umani. La malattia come unico elemento distintivo ed allo stesso tempo comune, in un appiattimento dell'esistenza legato ad unico fondamentale fattore: *essere pazzi*. Non è, in questa sede, secondario attenzionare le parole utilizzate;

-
- Michel Foucault, *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Feltrinelli Editore, Milano, 2005;
 - Michel Foucault, *La volontà di sapere. Storia della sessualità*, Feltrinelli Editore, Milano, 2013;
 - Thomas Thorson, *Biopolitics*, Holt, Rinehart and Winston Publisher, New York, 1970;
 - Albert Somit e Steven Peterson (a cura di), *Research in Biopolitics* volumi 1 – 12, Emerald Publishing;
 - Roberto Esposito, *Bíos. Biopolitica e filosofia*, Einaudi Editore, Torino, 2004
 - Roberto Esposito, *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Einaudi Editore, Torino, 2015

¹⁶³ Paul Rabinow, Nikolas Rose, *Biopower Today*, BioSocieties 1, 2006, p. 196

in una prospettiva non dissimile a quella che ci racconta il Professor Zito, rispetto ai bambini affetti da diabete¹⁶⁴, i nostri detenuti/pazienti non sono mai stati considerati come soggetti che hanno una malattia bensì rappresentati, in toto, dalla loro malattia: una generica follia.

Nei prossimi paragrafi andremo ad indagare su quanti sono realmente stati vittime del biopotere; vittime di determinati meccanismi di potere (anche più propriamente politico) che li hanno portati alla segregazione. Analizzando il campione degli istituzionalizzati di Barcellona Pozzo di Gotto, determineremo come e se questo istituto funzionasse per i compiti “legalmente” ascrittigli o fosse solo un baluardo del potere politico italiano.

3.3. Vittime del sistema

«I condannati sono... un altro popolo nello stesso popolo: che ha le sue abitudini, i suoi istinti, i suoi costumi a parte»¹⁶⁵; una realtà altra, parallela, ma non per questo dimenticata o meno significativa. A riguardo, negli anni Settanta del secolo scorso, Foucault parlava di una parodistica zoologia delle specie sociali in cui la delinquenza, scarto psicologico della specie umana, poteva essere analizzata in termini di sindromi morbose o grandi forme teratologiche. La dissertazione prosegue con la descrizione di tre distinte tipologie di condannati:

vi sono quelli dotati di risorse intellettuali superiori alla media [...] ma resi perversi sia dalle tendenze della loro organizzazione e da una predisposizione nativa, sia da una logica perniciosa, una morale iniqua [...] per costoro sarebbero necessari l'isolamento giorno e notte [...] La seconda categoria è costituita da condannati viziosi, limitati, abbruttiti o passivi, che vengono trascinati al male dall'indifferenza per la vergogna come per il bene, per vigliaccheria, per pigrizia e per difetto di resistenza agli incitamenti malvagi; il regime che conviene loro è meno quello della repressione che non dell'educazione [...]: isolamento di notte, lavoro in comune di giorno [...] solo attività controllate e] soggette a ricompensa. Infine esistono dei condannati inetti o incapaci, che un'organizzazione incompleta rende inadatti ad ogni occupazione che richieda sforzi riflessi e consequenzialità nella volontà, che

¹⁶⁴ Eugenio Zito, *Vivere (con) il diabete. Uno sguardo antropologico su corpi, malattia e processi di cura*, Ledizioni, Milano, 2016

¹⁶⁵ Louis Augustin Marquet de Vasselot, *Ethnographie des prisons*, Dolin, Paris, 1841, p. 9

si trovano dunque nell'impossibilità di sostenere la concorrenza nel lavoro da parte degli operai intelligenti, e che non avendo né istruzione sufficiente per capirli e combattere i loro istinti personali, sono condotti al male dalla loro stessa incapacità. Per costoro la solitudine non farebbe altro che incoraggiare l'inerzia; essi devono dunque vivere in comune ma in modo da formare gruppi poco numerosi, sempre stimolati da occupazioni collettive e sottoposti ad una rigida sorveglianza ¹⁶⁶.

Questa interpretazione viene considerata debole anche dallo stesso autore, che, però, ne sottolinea la praticità, in termini di categorizzazione, sebbene in un contesto aprioristicamente positivista. All'interno del nostro campo di ricerca, la categoria che più di tutte trova rappresentazione è certamente la terza, sebbene non manchino espressioni delle prime due; basti pensare ai simulatori-criminali, per la prima categoria, o ai soggetti affetti da dipendenza da alcool o stupefacenti, per la seconda.

Sebbene siano pochi i soggetti incardinati nel prototipo del simulatore (sei casi), questo dato può essere facilmente legato alla diagnosi antropologico-criminale di "criminale" (per nascita, per costituzione, per abitudine), alla quale corrispondono le diagnosi cliniche, se presenti, di "simulatore" e "sano di mente".

I criteri precisi per porre una diagnosi di simulazione sono:

1. non devono essere presenti ovvi segni di malattia o di disturbo di personalità;
2. l'individuo deve essere perfettamente consapevole di quello che sta facendo e della motivazione che determina il suo atteggiamento;
3. egli deve avere ben chiaro lo scopo da raggiungere, cioè un risultato prestabilito.

[In altre parole], la diagnostica differenziale riguardante la simulazione [...] si gioca proprio su questo campo: lo stato di coscienza determinato dal livello attentivo ¹⁶⁷.

I documenti consultati ci informano che ben trentaquattro diversi individui sono rientrati in questa categoria, ma questo dato sembrerebbe destinato ad espandersi alla luce del fatto che oltre la metà del mio campione ha soggiornato in manicomio giudiziario per un periodo compreso tra i tre ed i quindici mesi. Un lasso di tempo veramente breve nell'ottica delle misure

¹⁶⁶ Michel Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi Editore, Torino, 1976, p. 278

¹⁶⁷ Bruno Callieri e Aldo Semerari, *La simulazione di malattia mentale*, Abruzzini Editore, Roma, 1959

di sicurezza preventive (due, cinque o dieci anni), una tempistica troppo lunga in riferimento al periodo di osservazione psichiatrica.

Ovviamente l'intento dei simulatori, dei criminali senza alcun disagio psicologico, era quello di ottenere sconti di pena o, se non altro, vivere una reclusione considerata meno dura, come leggiamo nella cartella clinica n.340: Giuliano A., un quarantenne campano accusato e condannato per omicidio volontario. Leggendo la scheda apprendiamo che il soggetto era colluso con la criminalità organizzata napoletana e fu suo preciso intento essere recluso lontano dal suo territorio di appartenenza, presso un istituto "morbido". Il manicomio giudiziario di Barcellona P. G. fu la sua prima scelta nel febbraio del 1929. Riconosciuto come simulatore, però, sei mesi dopo, venne reindirizzato presso la casa penale di Avellino.

Un altro campano condannato per omicidio: è il curiosissimo caso di Vincenzo V. nella storia clinica n.331. Leggendo la scheda, appare evidente il tentativo di giustificare la presenza del soggetto in un contesto che non gli compete, basti leggere la nota: "causa del delinquere: per la sua malattia", una malattia della quale non si conosce praticamente nulla, perché nulla è indicato alla voce "funzioni psichiche" o nel diario clinico. Il chiaro intento simulatorio e la forte influenza che il detenuto è stato in grado di esercitare, o almeno ha provato ad esercitare, nei confronti delle istituzioni, li si comprende da un allegato proveniente dal manicomio giudiziario di Napoli, dove "la sua malattia" acquista un significato: un leggero deficit nelle capacità di critica e attenzione, sintomi facilmente riscontrabili nella maggioranza della popolazione poco scolarizzata. Un tentativo, quello di restare lontano dal carcere, fallito per ben due volte; il detenuto-paziente, un anno dopo il suo ingresso a Barcellona, verrà trasferito presso l'istituto penitenziario di Lecce, divenendo un semplice detenuto, condannato a scontare quindici anni di reclusione.

O, ancora, il caso di Giovanni D. un tenace sarto trapanese, condannato a due anni ed otto mesi di reclusione per lesioni e detenzione illegale di armi; nelle pagine della cartella clinica leggiamo di come avesse provato ad evitare la pena a causa di una presunta malattia mentale. Giunto in manicomio giudiziario nell'estate del '29, passò il suo tempo tra momenti di catatonìa ed evidenti deliri simulati, sostenendo di essere il padrone di quattro nazioni. Scoperto il bluff, il soggetto venne trasferito, il 29/11/1929, presso il carcere di Palermo per poi essere ricondotto a

Barcellona Pozzo di Gotto solo un mese dopo, dove concluse i suoi ultimi mesi di condanna.

Insieme con i criminali simulatori, un'altra ampia fascia di detenuti, rimasti in istituto per pochi mesi, costituisce la platea di tutti quei soggetti veramente malati, tutte quelle persone che, a causa di gravi problemi psichiatrici, risultavano incompatibili con il regime carcerario, ma difficilmente avrebbero potuto vivere anche il manicomio giudiziario. Individui autori di reato ma fin troppo bisognosi di cure e per questo trasferiti, in breve tempo, presso i manicomi civili. Il primo caso che propongo riguarda Giuseppe P. condannato a soli cinque mesi di reclusione per offese al capo di governo; la cartella clinica n.160 diventa interessante, non tanto per il questionario sul detenuto che lo dipinge come eccentrico, dedito all'alcool e dall'indole perversa, piuttosto per ciò che riscontriamo nel diario clinico. In questa specifica parte della documentazione, apprendiamo come l'appena ventenne, a cui era stata diagnosticata la frenastenia, fosse soggetto ad una pluralità di deliri, sebbene non associati a stati d'agitazione. La religione fu il motore del suo agire; il suo comportamento in istituto fu dedito all'indottrinamento dei compagni, passando le giornate a sciorinare i vangeli. Trascorse solo un mese presso il manicomio giudiziario, quando con una nuova diagnosi di disturbo paranoico di natura religiosa, venne trasferito presso il manicomio civile di Messina.

Un'altra degenza, di appena un anno, riguarda un ventisettenne catanese al quale fu diagnosticata la demenza precoce a seguito di una condanna per tentato omicidio. Nei documenti allegati si legge di testimonianze a sfavore del soggetto, che gli imputavano la colpa a causa dei cattivi rapporti con la mancata vittima; i deliri del detenuto sono stati alimentati da tali argomentazioni al punto da affermare che si stesse ordendo un complotto a sue spese, quando sosteneva che il delitto fosse stato compiuto in circostanze accidentali. Durante i mesi di degenza, la situazione psichiatrica del detenuto Giuseppe I., n. 540, continuò a peggiorare. Da un comportamento lucido e mite passò a continui stati d'agitazione e momenti allucinatori. Nel luglio del 1930 venne trasferito presso il manicomio civile di Palermo.

Un altro caso particolare riguarda Giuseppe C., un contadino siciliano, condannato per un mancato omicidio. Anche nella cartella clinica n.392 leggiamo di circostanze inusuali che hanno condotto al delitto: "la causa

del delitto si viene attribuita a manie di persecuzione in quanto si credeva colpito da fattucchiera da parte dei famigliari delle parti lese”. Il detenuto, inizialmente, sopravvisse in uno stato catatonico che gli rendeva impossibili anche le azioni più elementari (lavarsi, alimentarsi), successivamente iniziò a manifestare degli stati allucinatori che lo portavano a comprimere, con forza, occhi ed orecchie, come a non voler sentire o vedere qualcosa. Viste le condizioni inoffensive e la necessità di cure, il soggetto venne trasferito pochi mesi dopo la reclusione, ad inizio 1929, presso il manicomio civile di Messina.

Non mancano, tra gli altri, esempi di cattiva gestione dei detenuti, in cui soggetti apparentemente sani o con lievi disturbi sono stati trasferiti presso i manicomi civili, solo sulla base di precedenti ricoveri. È il caso dei detenuti n.118 e n.441: il primo, Giovanni M., condannato per furto, senza alcuna diagnosi psichiatrica, è stato immediatamente reindirizzato presso un manicomio civile, in base alla sua storia clinica che lo aveva già visto soggiornare presso un istituto manicomiale; una sorte simile è sopraggiunta anche nel caso di Salvatore M., dove un comportamento mite, un comprovato disagio mentale ma soprattutto dei precedenti ricoveri, hanno reso necessario un ingiustificato trasferimento presso il manicomio civile di Palermo. Stesso esito ma dalle connotazioni, se possibile, più stravaganti, per la vicenda di Francesco M., detenuto n. 1773; condannato a tre anni di reclusione per furto, venne periziato presso il manicomio giudiziario. Sulla cartella clinica leggiamo chiaramente: “Non bisognevole di cure manicomiali”. Nonostante il referto, il detenuto venne immediatamente inviato presso il manicomio civile di Palermo dove, forse, riuscì ad evitare ogni tipo di reclusione o, forse, restò vittima di un sistema che avrebbe limitato per sempre la sua libertà.

Fino alla definitiva chiusura dei manicomi civili, trasferire i detenuti da un istituto all'altro, fu una soluzione pratica per gli amministratori. Questa osservazione, fondata sui dati, appare particolarmente stimolante e comprova quanto sostenuto nelle pagine precedenti, in particolare nel primo capitolo, circa le modalità con cui giudici, polizia e in seguito le stesse istituzioni totali gestissero ed indirizzassero il capitale umano a seconda delle necessità. Un'ulteriore prova di come il manicomio giudiziario fosse non solo un'istituzione ibrida, ma anche un limbo istituzionale in cui hanno alloggiato soggetti dalla dubbia posizione giuridica e psicologica; non sempre un luogo di arrivo, il luogo in cui

scontare la propria pena ed essere assistiti clinicamente, quanto piuttosto un luogo in cui attendere il proprio destino.

Recuperando la foucaultiana categorizzazione iniziale avevo sottolineato come anche la seconda categoria, quella dei condannati “viziosi, pigri e vigliacchi” trovasse un riscontro nei soggetti affetti da dipendenza che, anche se con una rappresentanza irrisoria (appena sette casi di alcolismo diagnosticato ed un caso di tossicodipendenza da cocaina), non mancano tra le fila dei detenuti di Barcellona, nella prima metà del XX secolo. Ne sono un esempio, i detenuti n.110, 250 e 357: tre casi simili di soggetti condannati per piccoli reati, con relative pene brevi, ma con epiloghi differenti. La prima storia clinica riguarda un quarantaduenne messinese, Giuseppe S., responsabile di non aver rispettato i termini della vigilanza speciale. Soggetto iracondo e vendicativo aveva una pluralità di precedenti penali. Trascorrerà poche settimane tra le mura del manicomio giudiziario per poi essere trasferito, con una diagnosi di psicosi alcolica, presso il manicomio civile di Messina dove, presumibilmente, avrà passato il resto dei suoi giorni. Il secondo caso riguarda, invece, un detenuto-paziente che ha scontato la sua intera pena, tre mesi, presso il manicomio giudiziario. Faustino G., condannato per furto, era un calzolaio piemontese affetto da alcolismo cronico, considerato pericoloso solo per se stesso. Infine, il terzo caso riguarda un sessantunenne palermitano, Giuseppe P., accusato di incendio doloso, un crimine commesso sotto gli effetti dell'alcool. Durante la sua degenza in istituto è passato da momenti di grande lucidità ad attimi di forte sofferenza dovuta all'astinenza da sostanze alcoliche (insonnia, animosità); questo suo disturbo lo aveva condotto a due precedenti ricoveri presso il manicomio civile di Palermo, ma a seguito dell'atto delittuoso, diversamente da come abbiamo precedentemente osservato, il detenuto viene trasferito presso la struttura carceraria di Termini Imerese. Tra quelle mura soggiornerà solo un mese, verrà reindirizzato a Barcellona nel luglio del 1929; rinvigorito dai mesi di sobrietà, il detenuto apparirà come guarito e per questo motivo reindirizzato presso un nuovo istituto correzionale, questa volta nella sua città d'origine, per scontare i mesi di reclusione rimastigli.

Ritengo utile riferire anche del caso dell'unico tossicodipendente registrato nel campione. Una personalità che, anche se come unico caso, evidenzia l'esistenza del fenomeno tossicodipendenza già dagli anni '30 del secolo scorso. Mi riferisco alla storia di Francesco P. ed alla sua

cartella clinica, la n.1530. Un ragazzo di ventisette anni condannato per truffa e indirizzato a Barcellona Pozzo di Gotto per accertamenti psichiatrici; non gli verrà diagnosticata una vera e propria malattia; alla voci diagnostiche leggeremo “involuzionismo intellettivo”. Il detenuto trascorrerà, a più riprese, parecchio tempo tra le mura del manicomio giudiziario; considerato in un primo momento come un soggetto molto difficile da gestire. Ai colloqui con i medici si presenta sempre ordinato, tranquillo, distinto (ci tiene a far conoscere la sua discendenza nobile), un atteggiamento non conforme alla sua fisicità: gracile, debole, dimostra il doppio dei suoi anni ed accusa continui dolori ossei: per questo gli verrà diagnosticata e curata la tubercolosi. Nonostante il suo innocuo modo di presentarsi e comunicare, nel fascicolo troviamo una grande quantità di richiami disciplinari a firma dei capoguardia; richiami per cattiva condotta ma, nello specifico, un richiamo per aver provocato una rivolta tra i corridoi dell’istituto. Un atteggiamento ambivalente e di difficile comprensione. Solo leggendo il diario clinico finalmente comprendiamo le motivazioni che hanno indotto il detenuto a un tale comportamento; leggiamo, infatti, la confessione circa la causa della sua irascibilità e debolezza fisica: l’abuso continuato di cocaina per vent’anni, un abuso che si è protratto anche tra le mura del manicomio. Leggendo il diario, capita, più volte, di imbattersi in continue richieste, da parte del detenuto, di “un’ultima dose”; una problematica che sembra essere stata affrontata con efficienza dagli operatori, o almeno così è riportato tra le righe dei documenti, comportando sensibili miglioramenti clinici. In previsione della sua scarcerazione la condizione fisica e psichiatrica sembra migliorare, in un uomo che ha messo su un po’ di peso, un uomo più tranquillo e docile, un uomo che, il giorno della sua dimissione, il 4 novembre 1954, si è preoccupato di salutare e ringraziare felicemente tutti coloro che lo avevano assistito, ritornando, dopo sedici anni, alla libertà.

Ed infine veniamo alla terza categoria foucaultiana, l’unica che avrebbe dovuto rappresentare in toto la popolazione dei manicomi giudiziari così com’erano stati ideati, e che, invece, risulta marginale nel mio campione d’indagine, appena quattordici casi. Paliameo dei “condannati inetti ed incapaci”, le vittime di una reale malattia psichiatrica e, allo stesso tempo, i carnefici dei delitti più disparati. Adesso andremo ad osservare le storie e le esperienze di chi il manicomio giudiziario lo ha vissuto appieno e per periodi più estesi.

La cartella clinica n.330 riguarda un caso da manuale, la vicenda di Giuseppe D. che, per oltre quindici anni, è entrato e uscito dal manicomio giudiziario. Il detenuto, considerato come un uomo dall'indole crudele, fu recidivo nei crimini violenti; autore di tre omicidi, ha soggiornato tre volte distinte a Barcellona Pozzo di Gotto, per periodi sempre più lunghi ma con epiloghi identici. Tutte le volte è stato trasferito presso una casa circondariale. La sua ultima e più lunga degenza è cominciata nell'Aprile del '28 per concludersi nel novembre del '43. Di primo acchito si potrebbe collocare questa storia tra quelle dei simulatori, dei violenti in cerca di sconti di pena o di restrizioni più limitate. Ma, leggendo le fitte pagine del diario clinico, appare una realtà completamente diversa, difatti non viene immediatamente diagnosticata una patologia psichiatrica a causa di un atteggiamento ambiguo tendente al malinconico. Durante i primi mesi il detenuto si limita a mostrare un forte attaccamento alla famiglia soffrendo la distanza, soprattutto dalla madre. Questa fase sarà interrotta da un episodio di agitazione psicomotoria, nell'ottobre 1929, che lo porterà a un breve periodo di contenzione, considerato indispensabile. A seguito di questo episodio, il soggetto melanconico inizierà ad assumere comportamenti e atteggiamenti nuovi (imbrattare la cella con le sue feci o urlare, senza apparenti motivi, ai compagni) che condurranno a una nuova diagnosi di demenza precoce. Gli anni successivi, fino al 1934, saranno caratterizzati da una sorta di circolo vizioso, in cui il detenuto affronterà ciclicamente fasi di depressione, agitazione, catatonia, con tempistiche variabili; i nove anni di degenza successivi, sono stati caratterizzati da una sorta di equilibrio precario, spesso interrotto da crisi di aggressività incontrollata. Nonostante questi alti e bassi, all'interno della scheda, troviamo le bozze di scritti alle persone care e le relative risposte, a riprova di come la famiglia rappresentasse un legame con la realtà, con il mondo esterno. Dunque, ci troviamo di fronte il quadro di un uomo che ha realmente vissuto un disagio psichico, a causa della reclusione ed in particolar modo della contenzione, o forse questi sono stati solo fattori aggiuntivi atti a far sfociare un disagio che covava fin da bambino; nell'anamnesi, infatti, si legge di frequenti malattie febbrili, sonnambulismo, episodi epilettici e dolori al capo. Nonostante le precarie condizioni di salute mentale, ricordiamo che il detenuto fu un omicida multiplo e per questo avrebbe dovuto scontare la sua condanna: nel novembre del '43, venne trasferito presso il carcere della sua città, Agrigento, dove, presumibilmente, concluse la sua condanna.

La seconda vicenda riguarda Gaetano Z., un trentanovenne siracusano, condannato a una pena di cinque anni per incendio doloso, ma che trascorrerà in manicomio giudiziario ben diciannove anni. Nella storia clinica n.395 leggiamo un'anamnesi chiara e verosimile, di un uomo recidivo nel delitto dell'incendio doloso, sempre ai danni del padre. Il gesto delittuoso viene spiegato con grande lucidità da parte del detenuto, lasciando inevitabilmente evincere la presenza di un disturbo psichiatrico: ogni volta che il padre si rivolgeva ai fratelli, in qualsiasi tipo di circostanza, il detenuto maturava sempre più la convinzione che lo stessero schernendo, ordendo complotti contro la sua persona. Provocare l'incendio risultava la conseguenza del desiderio di vendetta. Gli venne diagnosticato un delirio persecutorio, che apparentemente ne avrebbe giustificato la presenza presso l'istituto che, però, in prima istanza, fu breve (meno di un anno); il detenuto venne trasferito per due anni presso il carcere di Siracusa, probabilmente una richiesta della famiglia che, come si evince dalla copiosa corrispondenza, non provava rancore o indifferenza nei confronti del congiunto, piuttosto affetto e dolore per le sue condizioni fisiche e giuridiche. La nuova riammissione presso il manicomio di Barcellona appare, anche questa volta, priva di giustificazione: il soggetto non è più abulico, come nei suoi primi mesi di degenza, ma partecipa alle attività lavorative, così come a quelle sociali, tranquillo e propositivo. Questa fase durerà per un paio d'anni quando la sua sfera sociale si appiattirà nuovamente, riconducendolo alle condizioni semi-catatoniche della prima degenza; le motivazioni non vengono spiegate ma potrebbero essere individuate nell'ambiente, così come in una ciclicità dei turbamenti psicologici di cui era affetto. L'anno 1934 è decisivo per un paziente che da propositivo passa ad essere confuso, illogico ed incline al delirio, fino ad arrivare anche ad atti di violenza nel mese di novembre, nel quale leggiamo una nota del diario clinico che lo descrive così: "egoista, sospettoso, diffidente, instabile, poco socievole, conduce una vita priva di interesse". Nel maggio del 1946 verranno revocate le misure di sicurezza e l'ormai ex detenuto, anche se apparentemente non guarito, verrà riammesso in libertà.

Un'altra lunga degenza, questa volta con un finale tragico, riguarda la scheda clinica di Luigi M., n.342: un trentunenne napoletano poco dedito al lavoro, accusato e condannato a tre anni e quattro mesi di detenzione per rapina. Una detenzione piuttosto breve, ma una condizione psichiatrica che, dopo averlo condotto a Barcellona P. G., gli sarebbe costata un'intera

vita. In un primo momento, il detenuto appare disorientato, mite, privo di qualsiasi forma di attenzione, ma in breve tempo il suo atteggiamento tenderà all'aggressività, rendendolo "ribelle, capriccioso, puntiglioso". Nel corso degli anni, questo comportamento, verrà mitigato da continue e sempre più lunghe contenzioni, considerate l'unico strumento per sopire un'aggressività pericolosa per sé stesso e gli altri. Questo tipo di trattamento verrà interrotto solo nel corso del 1931, anno in cui il detenuto apparirà più collaborativo, tanto da cominciare a lavorare come manovale. Nel corso degli anni successivi le sue condizioni saranno altalenanti; in una nota del luglio del '33 leggiamo della diagnosi di: "frenastenia grave con continui istinti di eccitamento... nella sua mente una negligenza distruttiva". La degenza durerà complessivamente quindici anni, forse sarebbe durata di più se il detenuto non fosse deceduto a causa di una paralisi cardiaca, il 29 gennaio del 1944.

L'ultimo caso che intendo riportare circa le degenze più lunghe, riguarda Giovanni P., cartella clinica n. 479: un trentaseienne romano, accusato di duplice omicidio, e per questo motivo condannato a trent'anni di reclusione, diciannove dei quali trascorsi presso il manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto. Il detenuto appare, da subito, molto lucido, con buone capacità ideative ed ottima memoria, specialmente circa i delitti da lui perpetrati, che racconta con disinvoltura. L'unica lacuna è rappresentata dall'incapacità di comprendere la sua posizione giuridico-sanitaria; non ha coscienza di essere, o quantomeno di essere etichettato, come un malato mentale. L'incapacità di comprendere la sua condizione clinica lo porta ad essere sospettoso circa il mondo circostante, iniziando ad accusare coloro che gli stanno vicino di essergli contrari e, addirittura, responsabili di avergli avvelenato il cibo. Il disturbo persecutorio si accentua sempre più e in breve tempo, accompagnato da allucinazioni e deliri, nel luglio del '33. Infatti, la diagnosi di delirio persecutorio viene mutata in quella di demenza precoce attraverso le seguenti parole: "le sue concezioni deliranti, note tali di assurdità e di deficienza, denotano lo stato demenziale". Durante tutta la degenza, il soggetto, mai violento, tende a cadere in preda a momenti allucinatori che lo allontanano dalla socializzazione, rendendolo abulico e, a tratti, sospettoso. Senza alcun episodio particolare o specifico provvedimento, il detenuto verrà trasferito presso il manicomio giudiziario di Aversa, il 10 novembre del 1948, dove concluse la sua condanna (prevedeva altri undici anni di reclusione) o forse trascorse il resto della sua vita.

Proprio come sosteneva Foucault, i detenuti della “terza categoria”, avrebbero dovuto vivere in comune, in gruppi poco numerosi, sempre stimolati da occupazioni collettive e sottoposti a una rigida sorveglianza con l’obiettivo di tutelare l’ordine ma anche stimolare i singoli detenuti, impedendone l’isolamento così come lo scontro. Quello in cui le istituzioni carcerarie e manicomiali hanno peccato è stata, come abbiamo già sottolineato, la gestione del capitale umano, non solo a livello generale, ma anche a livello individuale, rendendo soprattutto i soggetti di quest’ultima categoria vittime di un sistema che toglie libertà, dignità, socialità, salute, ma non restituisce nulla: non rieduca, non cura, non riabilita. Come i diversi esempi trattati confermano, il sistema manicomio giudiziario non ha mai seguito criteri di efficienza o specifici protocolli circa i trasferimenti, i rilasci o i prolungamenti delle misure di sicurezza; specialmente ai suoi albori, ma anche successivamente. Sebbene con diverse modalità il manicomio giudiziario ha sempre rappresentato un limbo, quel cuscinetto che più di una volta si è stato la soluzione per l’applicazione di determinate pratiche del biopotere.

3.4. Storie di detenzione

Come leggiamo sempre in Foucault,

in un regime disciplinare, coloro sui quali si esercita [il potere] tendono ad essere più fortemente individualizzati [...] In un sistema disciplinare il bambino è più individualizzato dell’adulto, il malato più dell’uomo sano, il pazzo e il delinquente più del normale o del non-delinquente. È verso i primi che, in ogni caso, si rivolgono i meccanismi individualizzanti [...] Il momento in cui si è passati da meccanismi storico-culturali di formazione dell’individualità a meccanismi scientifico-disciplinari, in cui il normale ha dato il cambio all’ancestrale, e la misura ha preso il posto dello status, sostituendo così all’individualità dell’uomo memorabile quella dell’uomo calcolabile, questo momento in cui le scienze dell’uomo sono divenute possibili, è quello in cui furono poste in opera una nuova tecnologia del potere ed una diversa anatomia politica del corpo. E se dal fondo del Medioevo fino ad oggi, l’avventura è il racconto dell’individualità [...] si iscrive anch’esso nella formazione di una società disciplinare ¹⁶⁸.

¹⁶⁸ Ivi, p. 211

3.4.1. I reati intra-familiari: la violenza di genere

Ho riscontrato un'altissima percentuale di delitti compiuti tra le mura domestiche e quindi ho deciso di concedere ampio spazio a quelli che oggi conosciamo come femminicidio, violenza di genere e *stalking*. La violenza di genere che ad inizio '900 venne perpetrata ai danni di mogli, madri e figlie, ripetutamente e spesso nel più lugubre silenzio; una violenza attribuita alla follia, solo se riconosciuta come tale e condannata. Ben il 69% dei crimini commessi dai detenuti esaminati ricade tra i reati contro la persona e molti di questi sono stati compiuti tra le mura domestiche. Si tratta di una chiara espressione della realtà familiare vessata dalla malattia mentale di un suo componente, così come sinonimo di una violenza (in parte) legittimata in quanto endogena al sistema culturale italiano. Tra questi reati, il primo a fare capolino è l'omicidio; non è inusuale leggere il termine "uxoricidio". Seguono i crimini di lesioni e stupro. Tra gli scaffali dell'archivio di Barcellona sono moltissime le vicende relative a questo tipo di violenze, alcune particolarmente curiose e interessanti, atte a rimandare a uno scenario culturale in cui spesso le donne sono percepite alla stregua di oggetti o strumenti su cui sfogare le proprie frustrazioni. Tra le storie riguardanti gli omicidi o i tentati omicidi della coniuge, troviamo gli episodi e le motivazioni più svariate; dal raptus omicida alla premeditazione, dalla difesa dell'onore a delle *avances* dall'esito inaspettato.

La prima storia che intendo riportare riguarda un tentato uxoricidio commesso da Giuseppe D., alla cartella clinica n.1505. La vicenda risulta degna di nota grazie al contesto in cui si sviluppa, trascritto interamente sui documenti: la causa del delitto fu riscontrata nell'ira, il rancore e la gelosia che il soggetto nutriva per la consorte. Il ventottenne cagliaritano fu vittima del tradimento della moglie, rimasta incinta durante il servizio militare del coniuge; questa circostanza rese difficile la vita matrimoniale, da allora costellata da continue liti. Allo scopo di salvare l'onore, la lite degenerò per ben due volte in un tentato omicidio. Sul diario clinico leggiamo delle affermazioni del detenuto, il quale, reputandosi leso nell'onore, giustifica le sue azioni, esplicitando il rammarico per non essere riuscito a completare la sua vendetta. Inoltre sul questionario del detenuto leggiamo di un esplicito consenso circa le azioni delittuose da parte dell'intera comunità a cui il detenuto apparteneva. Il periodo di degenza ci rimanda ad una personalità lucida, cosciente e tranquilla. In un

primo momento, un uomo sano che presumibilmente non avrebbe dovuto trascorrere la detenzione tra le mura del manicomio giudiziario; un uomo che vivrà per ben nove anni in quell'istituto, divenuto causa della sua diagnosticata demenza precoce. Dopo pochi mesi, infatti, le sue condizioni si aggraveranno in un apparente stato depressivo caratterizzato da isolamento e incapacità comunicative; condizioni destinate ad aggravarsi sempre più, definite "gravissime" durante gli ultimi mesi di degenza. Morirà in istituto a causa di una paralisi cardiaca nell'agosto del 1948.

Un altro caso degno di nota, in quanto espressione del contesto socio-culturale, riguarda le vicende espresse nella cartella clinica n.368. Un tentato stupro conclusosi in omicidio da parte di Matteo M., un giovane piemontese, in provincia di Cuneo. Dai documenti evinciamo che il detenuto non soffrì di particolari disturbi psichiatrici; considerato di dubbia morale, fu recidivo nel crimine di violenza carnale, conclusosi, questa volta, con un omicidio. Il detenuto non mostra rammarico o pentimento per le sue azioni, né tantomeno per la sua condizione giuridica, ma è lucido e governabile. Trascorrerà ben tre anni a Barcellona per poi essere trasferito presso le carceri di Palermo, nel febbraio '32, dove in conformità a quanto dichiarato sui documenti, trascorrerà altri ventidue anni.

Sebbene i casi finora affrontati riguardino circostanze particolari, non è insolito individuare la presenza di reati intra-familiari causati da reali disturbi psichiatrici, come nel caso di Guglielmo U., alla storia clinica n.1428. Una vicenda non di difficile interpretazione, emblematica del detenuto in un istituto psichiatrico. Un uomo di sessantotto anni, ammalatosi di psicosi senile, accoltella la moglie intenta in attività domestiche durante un *raptus*. La moglie morirà e l'uomo da Cagliari verrà condotto a Barcellona dove tra continui deliri e agitazioni psicomotorie, perirà a causa di un arresto cardiaco dopo appena sei mesi di degenza.

Infine, un ultimo caso è degno di essere menzionato per le circostanze tragicomiche che lo hanno caratterizzato. Parliamo della storia di un fornaio ventiquattrenne di Reggio Calabria, condannato a venti anni di reclusione per l'omicidio della moglie. Al pari di un novello Mastroianni¹⁶⁹, il detenuto, scontento del suo matrimonio e innamorato di

¹⁶⁹ In riferimento al pluripremiato film interpretato da Marcello Mastroianni: Vittorio De Sica, *Matrimonio all'italiana*, Italia, 1964

un'altra donna, uccide la moglie dopo appena quaranta giorni di matrimonio. L'intento di libertà sentimentale si trasformò in una condanna per uxoricidio; una condanna nei confronti della quale non venne applicato alcuno sconto di pena, il soggetto, riconosciuto immediatamente come "sano di mente" a seguito di confessione, verrà trasferito presso l'istituto penitenziario di Lecce.

Discussa una piccolissima percentuale degli uxoricidi, nei quali mi sono imbattuta, non posso esimermi dal menzionare altri tipi di violenza perpetrata ai danni delle donne, presenti in percentuali certamente minori, ma dalla medesima valenza nel racconto della figura e valore della donna nella nostra società. La cartella clinica n.334 ci restituisce il racconto di Paolo L., un uomo estremamente geloso, incline ai maltrattamenti familiari, convinto che la moglie sia dedita al tradimento: sempre, comunque e con chiunque. In preda ad uno dei suoi deliri, il quarantaduenne palermitano uccide l'uomo per il quale crede di aver subito un tradimento, inoltre colpisce violentemente la moglie. Condotta in manicomio giudiziario, condannato per omicidio e lesioni gravi, è incline al delirio, dichiarando la sua lucidità e vantandosi della giustezza delle sue azioni. Sebbene non lo riconosca, i suoi deliri di gelosia altro non sono che sintomi della paranoia persecutoria diagnosticatagli. Accertata la sua condizione psichiatrica, verrà condotto presso il manicomio civile di Palermo il 17 ottobre del 1929.

Ci restituiscono, il più delle volte, uno scenario conforme alla malattia mentale i casi relativi alla violenza carnale, nello specifico le cartelle cliniche n.361 e 377. La prima vicenda riguarda, il già citato, Calogero V., un bracciante barese, un giovane celibe, condannato a otto anni di reclusione a seguito di una violenza carnale definita "contro natura". Non sappiamo nei confronti di chi la violenza fu perpetrata, ma la lettura dei documenti lascia evincere che si trattasse di un membro della famiglia, probabilmente la madre, forse la sorella. Il soggetto, una volta condotto in istituto, appare disorientato, illogico, con povertà di critica ed ideazione; gli viene diagnosticata la frenastenia e l'avvicinarsi di deliri e crisi convulsive. Il detenuto appare costantemente in balia dei suoi impulsi primordiali, nel diario clinico, infatti, leggiamo a più riprese della sua cattiva condotta: nel giugno 1930, "ricodotto in cella per aver lanciato pietre contro i compagni nel cortile", nel novembre 1931 "si azzuffa con un compagno. Si rende necessario il letto di contenzione". Trascorsi

cinque anni a Barcellona, verrà disposto il suo trasferimento presso il manicomio civile di Nocera, il 24 ottobre del '34.

La vicenda di Vincenzo F., invece, presenta l'esito opposto. Anche in questo caso una diagnosticata frenastenia, che sembra abbandonare dopo pochi mesi l'imputato che, nel giro di un anno, verrà condotto presso il carcere di Caltanissetta. Il ventenne è condannato per violenza carnale, anche in questo caso contro natura, perché ai danni della figlia. Leggendo i documenti, sembra di trovarsi di fronte ad uomo esente da disturbi psichiatrici: è docile, tranquillo, mai aggressivo, non presenta allucinazioni e si lascia ben governare. Unico elemento che lascia credere in un disturbo mentale: il delitto. In questo specifico caso risulta difficile credere alla veridicità della documentazione o, almeno, a qualcuna delle sue componenti. Errori riscontrabili nella sezione diagnostica o probabilmente una denuncia basata sul falso. A prescindere da quale interpretazione si decida di darle, questa storia è solo una tra le tante altre, un altro pezzo di questo intricato reticolo di personalità che stiamo cercando di conoscere.

3.4.2. Omosessuali (?)

In Italia la sodomia in quanto tale non è mai stata classificata come un reato e l'atteggiamento dei fautori dell'introduzione di uno specifico reato nel Codice Penale fu sempre incerto. In un primo momento l'emendamento veniva elaborato per poi essere cassato in fase di revisione. Ciò avvenne con il primo Codice Penale dell'Italia unita, per poi ripetersi con il cosiddetto Codice Rocco. L'articolo 528 recitava:

Chiunque (...) compie atti di libidine su persona dello stesso sesso, ovvero si presta a tali atti, è punito, se dal fatto derivi pubblico scandalo, con la reclusione da sei mesi a tre anni. La pena è della reclusione da uno a cinque anni: se il colpevole, essendo maggiore degli anni ventuno, commetta il fatto su persona minore degli anni diciotto; se il fatto sia commesso abitualmente, o a fine di lucro ¹⁷⁰.

Articolo rigettato perché non considerato necessario vista la scarsa incidenza del "fenomeno" su territorio italiano. Un atteggiamento, quello italiano, apparentemente moderno, ma che in realtà celava una precisa volontà del legislatore: da una parte l'esclusione era stata motivata con l'opportunità che il legislatore non invadesse il campo della morale, e dall'altra con l'idea che tacere sui "delitti di libidine contro natura" fosse

¹⁷⁰ Codice Penale, Bozza art. 528/1927

più utile nella lotta per la repressione del vizio stesso, in quanto il silenzio non permetteva la conoscenza dell'omosessualità. L'Italia scelse la strada della negazione della differenza, del massimo silenzio possibile. Dall'Orto, in un suo saggio, parla di *tolleranza repressiva*¹⁷¹: non si parli dell'omosessualità, per far sì che intorno alla persona omosessuale si creino solitudine, isolamento e nessun sentimento di solidarietà. Un atteggiamento che ottenne sicuramente successo perché, anche se non condannabili per legge, gli omosessuali furono pur sempre vittime del pregiudizio e condannati moralmente.

In fase progettuale, contavo di lavorare lungamente su questi casi, ciò che non avevo preventivato fu la resistenza che gli operatori della prima metà del XX secolo, avrebbero avuto nell'affrontare queste tematiche, ritrovandomi a conteggiare solo un caso conclamato di omosessualità e un altro caso in cui è possibile presumere una tendenza alla sodomia. Vediamo come, rileggendo le cartelle cliniche n. 369 e 1411. I documenti relativi alla storia di Mario L., n.369 ci raccontano di un uomo napoletano di appena 29 anni, sposato. Condannato a otto anni di reclusione a seguito di una rapina. Appare come un detenuto comune, molto probabilmente un simulatore. Nella perizia, infatti, non si fa riferimento ad alcun disturbo psichiatrico. Il detenuto resterà per poco più di un anno tra le mura del manicomio giudiziario; un'attesa giustificata, forse, dal pregiudizio che gli operatori avevano avuto nel trasferire un paziente apparentemente sano, ma con dei trascorsi soggiorni presso il manicomio civile della sua città. Alle voci diagnostiche non troveremo alcun riferimento circa disturbi psichiatrici o particolari inclinazioni sessuali. Lo stesso varrà anche per il questionario del detenuto, dal quale apprenderemo esclusivamente che "vive in continui litigi con la moglie": un dato insignificante, a fronte della facilità con cui possiamo trovare tale dicitura all'interno delle schede. Alcuni elementi, inizialmente considerati irrilevanti, acquisiscono un nuovo significato alla luce di una voce del diario clinico, datata 25 ottobre 1930, dove leggiamo: "Avendo sospetto di rapporti troppo intimi con altro ricoverato (pederastia) si è disposto il trasferimento di quest'ultimo in altro reparto". Interessante osservare il linguaggio utilizzato; si fa riferimento ad un sospetto, non una certezza. Perché? Possiamo immaginare una

¹⁷¹ Giovanni Dall'Orto, Arci gay nazionale (a cura di), *Omosessuali e Stato*, Cassero, Bologna 1988, pp. 37-57, che proponeva gli atti d'un convegno di studi dell'Arcigay sulla legislazione italiana, tenuto a Roma il 20 giugno 1986

pluralità di scenari: qualche operatore ha osservato degli atteggiamenti ambigui? Dei detenuti si sono lamentati di aver visto o sentito qualcosa? “L’altro ricoverato” ha denunciato delle attenzioni non richieste? Secondo me, tutte queste opzioni sono valide, insieme all’idea che fossero stati colti sul fatto; la scelta di utilizzare la parola “sospetto” va ricercata, più che altro, nel voler nascondere di aver permesso che un fatto così “scandaloso” si fosse potuto compiere sotto la supervisione del personale. Una convinzione che reputo corrispondente a verità, anche in virtù del fatto che solo un’altra volta ho riscontrato diciture similari. È strano pensare che tra trecento individui, alcuni con dichiarati forti desideri sessuali e precedenti di violenze carnali (anche in famiglia), solo in questa circostanza sia insorto questo tipo di dubbio. Resta il fatto che in meno di una settimana il detenuto verrà spostato presso un altro reparto; dopo poco più di un mese trasferito presso un nuovo istituto, la Casa Penale a Lecce. Curioso anche il trasferimento, avvenuto in così breve tempo, solo a seguito di tale episodio. Come abbiamo letto, iniziando questa storia, il soggetto si è sempre presentato come lucido, tranquillo e presente a se stesso. Unico elemento discordante i precedenti ricoveri manicomiali che forse, a questo punto, assumono delle connotazioni tutte nuove. Mario L., oltre ad aver dei precedenti in istituti totali ha anche un passato nel Corpo della Regia Guardia di Finanza, alla quale si era arruolato. Un servizio che durò un tempo breve. Ne fu espulso dopo un paio d’anni a causa della cattiva condotta. Ancora una volta, non possiamo non soffermarci sull’idea che questa “cattiva condotta” potesse essere determinata dalla scoperta del suo orientamento sessuale. Anche il solo fatto che tale informazione fosse riportata all’interno del questionario del detenuto appare alquanto ambigua. Il soggetto in questione, a seguito della conferma ottenuta nell’ottobre del ’30, verrà considerato come sano di mente e per questo capace di trascorrere la sua pena in carcere; una pena ottenuta a seguito del crimine di rapina, un crimine determinato dall’immoralità o forse un crimine commesso “per fame”, dalla necessità di sopravvivenza, alla quale il soggetto era impossibilitato, in quanto emarginato, a causa della sua sessualità.

A differenza del caso appena esaminato, la scheda clinica n.1411 ci racconta di Giovanni C., uomo violento, affetto da demenza precoce e al quale viene diagnosticata “un’affettività perversa”. In questa specifica circostanza non posso affermare di essere di fronte a un omosessuale. Ci sono elementi che lo lasciamo pensare, oscurati però dai reali problemi

psichiatrici del detenuto. Accusato di lesioni gravi, il trentatreenne napoletano fu condannato a quattro anni di reclusione; considerato pericoloso, resterà a Barcellona P. G. per oltre diciassette anni, quando gli verranno revocate le misure di sicurezza. Fin da subito, il soggetto si presenterà come estremamente molesto e spesso in preda ad agitazioni psico-motorie; questo suo atteggiamento lo condannerà a continui periodi di contenzione, il più lungo dei quali di ben otto giorni consecutivi. Nel corposo diario clinico, in corrispondenza di uno dei suoi momenti di grande agitazione, leggiamo: “È in preda a delirio. Sempre più molesto: canta, urla, si agita, inveisce contro gli altri. È estremamente perverso nell'affettività e nel carattere”. Appare chiara la difficile condizione del detenuto, mentre meno chiara è la specificazione relativa alla sua affettività, soprattutto a fronte del fatto che tale nota fosse già apparsa tra le righe del questionario del detenuto, nel quale si sottolineava la sua perversione sessuale. Nota la reticenza degli addetti ai lavori all'utilizzo di termini come omosessuale o degenerato, tipica della tolleranza repressiva, potremmo spingerci nel considerare anche questo detenuto come omosessuale. Ma sarebbe una scelta avventata a fronte delle sue condizioni cliniche, che lo hanno visto peggiorare sempre più nel corso degli anni, passando dall'euforia delirante a una totale catatonìa, nell'Aprile del 1941. Probabilmente durante i momenti di agitazione, il soggetto fu solito avvicinarsi in modo inappropriato ai compagni perché attratto dalla possibilità di soddisfare i suoi impulsi, a prescindere dalla sua sessualità, a causa di una disturbata condizione psichiatrica. Dal novembre del 1950, le sue condizioni tenderanno a migliorare, portandolo in uno stato di governabilità e tranquillità. Dimesso, trascorrerà il resto dei suoi giorni presso il manicomio civile di Napoli.

3.4.3. I deportati politici

Gli ultimi casi, di cui occorre occuparci, riguardano quelli che ho definito “deportati politici”; un termine sicuramente forte, ma attinente ad alcuni casi riscontrati analizzando il campione dei detenuti provenienti da altri paesi. Tra le fila degli internati, originari dell'Impero Coloniale Italiano, ho potuto individuare ben sette casi di autori di reato che, tra il 1936 ed il 1939, sono stati condotti, a vario titolo, alle porte del manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto.

Già in fase di stesura del mio progetto, era forte l'idea di indagare questa specifica categoria, sperando di riscontrare la presenza di individui

provenienti da Eritrea, Somalia, Etiopia e Libia, alla scoperta di quello che Beneduce chiama: «abbraccio mortale fra psichiatria razzismo e colonialismo»¹⁷². I dati, però, hanno confermato esclusivamente la presenza di pazienti/detenuti provenienti dall'ultimo paese in questione, riconsegnandoci comunque delle riflessioni alquanto interessanti. Siamo a conoscenza del fatto che in Libia non mancassero le strutture sia carcerarie che manicomiali, quindi, a prescindere dal contenuto degli specifici fascicoli, occorre soffermarci sul perché i detenuti venissero mandati in Italia. La risposta più ovvia evidenzerebbe la specificità dei detenuti, folli e rei, per i quali l'istituzione più adatta si trovava in patria; un eccesso di zelo morale, a mio avviso, a fronte dell'onerosità, difficoltà e lungaggini che questa pratica comportava. Più verosimilmente ci troveremmo di fronte a specifiche scelte giuridiche atte a rimpatriare dei soggetti italiani, così come allontanare individui considerati "scomodi", recludendoli presso una struttura nella quale, attraverso il particolarissimo meccanismo della proroga delle misure di sicurezza causata dalla pericolosità sociale, avrebbero potuto, almeno in potenza, essere condannati all'ergastolo.

Le storie che questi uomini raccontano, attraverso i documenti presenti in archivio, sono simili tra loro; vicende di individui che, ritrovatisi in un mondo altro, straniero, sconosciuto, hanno trascorso la loro degenza in totale solitudine, impossibilitati a comunicare, vivendo come in uno stato catatonico; ricordiamo che oltre allo shock dovuto alla vita nell'istituzione totale, in questo caso, i soggetti erano vere e proprie vittime di uno shock culturale, destinati ad un'asocialità implicita nella diversità, se non altro, linguistica. Una condizione particolarissima, una condanna certamente peggiore del "carcere duro" in patria. Circostanze che avrebbero sicuramente generato dei turbamenti psichici, anche qualora non ve ne fossero stati in origine, in quella che per gli esperti dell'epoca era conosciuta come *psicosi di civilizzazione*, ovvero il conflitto che si produce

al contatto di due civilizzazioni, quando il soggetto è chiamato a sostenere contemporaneamente due modi di esistenza, ma non riesce ad assimilare completamente il modello in cui si trova bruscamente inserito [...] Un'espressione

¹⁷² Roberto Beneduce, *La tormenta onirica. Fanon e le radici di un'etnopsichiatria clinica*. In Frantz Fanon, *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona, 2011, p. 22

[in grado di] racchiudere diversi sintomi e diverse manifestazioni [come psicastenia, depressione melanconica, schizofrenia] in un nuovo contenitore ¹⁷³.

È il caso della storia clinica n.1518, il racconto di Alì S., un uomo di quarant'anni, di umile estrazione sociale, ma responsabile del reato di "lesioni personali". Non ci è dato sapere chi fosse stata la sua vittima, un elemento che sicuramente ci priva della conoscenza circa i motivi della sua degenza a Barcellona. Ciò che è certo, però, sono le sue buone condizioni di salute; come riportato nella sezione funzioni psichiche, il soggetto appare lucido e tranquillo sebbene straniato dalla sua nuova collocazione. Nelle pagine del diario clinico assistiamo al lento declino di questo detenuto, dapprima in salute anche se solitario, successivamente sempre più disturbato nella psiche. Durante i primi tre anni di degenza il soggetto si manterrà sempre lucido, tanto da chiedere più volte di essere rispedito a casa, dichiarando la sua sanità mentale, una richiesta che trova risposta nella frase: "non appena finirà la guerra". Il detenuto aspetterà invano che la guerra finisca, ma soprattutto che le sue richieste siano ascoltate. Trascorsi i mesi, però, le sue condizioni si aggraveranno al punto da renderlo vittima di allucinazioni, responsabili di agitazione ed aggressività: un totale ribaltamento della condizione clinica. Verrà diagnosticata una psicosi paranoide, quella che, a mio avviso, mutuando la terminologia dell'epoca, potremmo considerare come psicosi carceraria. La condizione psichiatrica non tenderà più al miglioramento e, scadute le misure di sicurezza, il detenuto verrà trasferito, nel marzo '47, presso il manicomio civile di Messina, dal quale, presumiamo, non sarebbe più uscito.

Similare è la storia clinica di Naim Z., la n.1431, nella quale leggiamo di un trentenne condannato a due anni di reclusione per il delitto di atti osceni in luogo pubblico. I due anni di pena prestabiliti diventeranno quattordici a causa di continue proroghe delle misure di sicurezza richieste, senza apparente motivo. Il soggetto vivrà esattamente nelle stesse condizioni del detenuto sopracitato a causa del divario culturale e nell'incredulità circa la sua condizione. Afferma di non essere affetto da nessuna malattia e chiede sempre di essere condotto nel suo paese. Anche questa volta le condizioni cliniche tenderanno a degenerare fino a condurlo in fin di vita.

¹⁷³ Marianna Scarfone, *Genere, razza e psichiatria coloniale. Voci e silenzi nel caso clinico di una donna libica (1939)*, DEP – Deportati, esuli e profughe, n. 27, 2015, p. 67

Riuscirà a sopravvivere solo grazie alla bontà dei compagni e del personale medico, responsabili di averlo idratato ed alimentato con la forza. Diagnosticatagli la frenastenia, sembra destinato ad una sorte simile a quella del compagno, quando nell'ottobre del 1952, apprendiamo dal diario clinico che le sue condizioni cliniche migliorano sia fisicamente che dal punto di vista psichiatrico, accrescendo la sua socialità. Grazie a questi miglioramenti, otterrà il trasferimento a Tripoli, anche se presso il manicomio civile, nel giugno del '52.

Anche nella storia clinica n. 1430 leggiamo di Mohamed A., un uomo condannato a due anni di reclusione, questa volta per furto. Il soggetto, a differenza dei casi sopracitati, si presenta in manicomio giudiziario già affetto da demenza precoce, una diagnosi che non abbiamo modo di confutare a causa di una degenza relativamente breve (cinque anni) in cui le sue condizioni psichiatriche non sembrano migliorare: appare allucinato, illogico e refrattario al lavoro ed ogni forma di socialità. Inoltre, dal questionario del detenuto apprendiamo che questo fu il suo secondo ricovero presso un istituto di igiene mentale, avendo dei trascorsi presso il manicomio civile di Tripoli. La sua vicenda si concluderà il 24 gennaio del 1943, quando il detenuto perirà a causa di un arresto cardiaco. Similari saranno anche le storie raccontate dalla cartelle cliniche n. 1517 e 1293.

Adesso vorrei concentrarmi su altre vicende di individui provenienti dal territorio Libico, ma con accezioni molto particolari: la storia di un eccentrico artista di origine italiana, responsabile di aver protestato contro il Regime; e quella che sembrerebbe l'emblema del deportato politico, la storia di un militare omicida, recluso lontano dalla patria alla quale non farà più ritorno.

La storia clinica n. 1417 racconta le vicende di Cosimo A., un ventottenne di Bengasi, un pittore condannato a due anni ed otto mesi di reclusione a causa di "danneggiamenti". L'anamnesi del detenuto è alquanto colorita: non è estraneo al crimine (furti e risse), a comportamenti disdicevoli (dedito al gioco ed al vino) e presenta dei precedenti psichiatrici avendo, più di una volta, tentato il suicidio. Le vicende raccontate da questi documenti potrebbero essere collocate all'interno di svariate categorie interpretative fin qui affrontate: a causa della reclusione durata più del necessario, degli atteggiamenti omosessuali evidenziati durante la reclusione, della sua tendenza all'alcool o della diagnosi affrettata. Ma

andiamo per gradi. Arrivato in istituto, le sue funzioni psichiche lo dipingono come un uomo orientato, calmo, anche se un po' esaltato nelle funzioni intellettive. Interessante notare i suoi deliri a sfondo persecutorio. Tra le note del diario clinico leggiamo delle sue elucubrazioni circa le presunte ingiustizie riservategli dalle autorità, della cattiva fiducia nei confronti dello Stato italiano e del desiderio di giustizia contro tutti coloro che l'hanno danneggiato. Sembrerebbe evidente la presenza di un delirio persecutorio che, però, non gli verrà mai riscontrato a favore di una diagnosi di demenza precoce. Inoltre, il detenuto continuerà a giustificare la bontà delle azioni che lo hanno condotto alla reclusione, considerandole come un atto di protesta, e per questo non condannabile. A prescindere dalla sue convinzioni, il suo comportamento è altalenante, come l'umore: dall'allegria alla depressione, dalla socievolezza all'agitazione. Nel maggio del '39 leggiamo dell'isolamento impostogli a seguito di un tentato rapporto sessuale con un compagno (non siamo a conoscenza se si trattasse di una violenza o di un rapporto consensuale, tentato o effettivamente avvenuto). Gli ultimi anni della degenza sono stati caratterizzati da continue contenzioni, dovute all'accentuarsi dei momenti d'agitazione ed aggressività. Verrà prodotta un'ulteriore diagnosi, questa volta di schizofrenia. A causa del nuovo quadro clinico, il 27 giugno del 1945, il soggetto verrà trasferito presso il manicomio civile di Messina. Infine arriviamo alla storia clinica n. 1292. Il curioso caso di Zeidan E.¹⁷⁴, un giovanissimo (20 anni) militare proveniente dalla Libia, accusato di omicidio premeditato, ma prosciolto per vizio di mente. Il detenuto verrà portato, in prima battuta, presso il manicomio civile di Palermo, dopo pochi mesi trasferito al manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, dove sarà recluso per la custodia cautelare. È opportuno, in questa circostanza, soffermarci sulla documentazione circa i motivi che hanno condotto il soggetto al delitto. Nella cartella biografica leggiamo di una cattiva condotta sul lavoro. Non sappiamo nello specifico cosa significhi questa dicitura, ma avendo contezza dell'intera documentazione appare un elemento rilevante. Lo apprendiamo da un altro importantissimo documento, la sentenza della Corte d'Appello di Bengasi, datata 14 giugno 1936. Tra le righe di questo documento leggiamo che l'omicidio avvenne

¹⁷⁴ L'intero fascicolo del detenuto è visionabile in Appendice. Il *Documento 6* contiene i documenti e gli allegati della Matricola insieme a quelli della Cartella Clinica, pp. 244 – 337

durante un'esercitazione con il fucile, in occasione della quale l'imputato deliberatamente colpì un collega. Dagli atti del processo scopriamo che il crimine fu frutto di una vendetta, cercata a seguito di ripetute violenze sessuali effettuate dalla vittima ai danni dell'accusato. Questa confessione non venne considerata come veritiera, furono molti i colleghi pronti a testimoniare la falsità di quanto riportato, oltre che accusare l'imputato di manie persecutorie e follia. Da queste dichiarazioni nasceranno i procedimenti atti a confermare l'ipotesi della malattia mentale. Non siamo certi su quale di queste versioni rappresenti la verità; entrambe verosimili ed attendibili. Unico elemento capace di suscitare dubbi riguarda il repentino trasferimento presso il manicomio civile di Palermo: qualora il vizio di mente fosse esistito e non ci trovassimo di fronte ad un arzigogolato piano per allontanare l'imputato dal territorio libico, non si spiegherebbe la scelta di Palermo piuttosto che Tripoli per la reclusione manicomiale. Per ciò che riguarda la degenza, i primi momenti del detenuto presso Barcellona, sono simili a quelli riscontrati nelle storie cliniche dei suoi compagni: straniamento, difficoltà di comunicazione ed isolamento. Trascorrerà quasi vent'anni in istituto. Com'è prevedibile, la sua degenza sarà caratterizzata da alti e bassi; lunghi periodi di isolamento intervallati da crisi aggressive e deliri allucinatori. Gli fu diagnosticata la demenza precoce, una diagnosi difficile da credere a causa delle difficoltà comunicative e soprattutto a fronte dell'agitazione collegata al prolungamento delle misure di sicurezza. Ultimo elemento degno di nota è l'epilogo di questa vicenda, il detenuto morirà l'11 agosto 1946, stranamente, appena dieci giorni prima della fine della sua custodia cautelare.

Lavorare in Ospedale Psichiatrico Giudiziario: un ponte tra passato e presente

Nel corso del triennio, che mi ha visto operare all'interno della Casa Circondariale Vittorio Madia, ho conosciuto decine e decine di persone che tra quelle mura hanno trascorso mesi, anni, a volte decenni, operando secondo quelle che erano semplicemente le loro mansioni, altre volte veicolando o soccombendo a vere e proprie rivoluzioni. Tra un caffè e una chiacchierata nei corridoi dell'istituto mi è parso sempre più necessario approfondire quegli episodi raccontati per caso, indagare le esperienze di chi ha vissuto tra i "pazzi" vedendoli andare e venire, appassire in quelle celle, spegnersi definitivamente fino alla totale cacciata dei pazienti a causa delle modifiche legislative e della definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari. Da quella che era una necessità prettamente personale ho poi deciso di impiantare un progetto parallelo in cui le esperienze di tutte le personalità di spicco dell'ex Opg sarebbero state protagoniste.

In questo capitolo leggeremo i racconti di chi ha potuto parlare in prima persona, i racconti di chi, tra vicissitudini ed impegno sociale, ha fatto la storia dell'ospedale psichiatrico giudiziario quando ce n'è stato più bisogno, negli anni della transizione.

In questo progetto sono stata supportata, spesse volte, dalla Professoressa Caterina Benelli¹⁷⁵, mia insostituibile collega di lavoro e profonda conoscitrice delle dinamiche e pratiche operate all'interno delle carceri italiane. La sua esperienza e le sue conoscenze sono state fondamentali in questo progetto, per riuscire ad ottenere i colloqui, soprattutto con chi ancora in carcere ci lavora, nella scelta delle personalità da intervistare, e nello strutturare la modalità delle interviste.

¹⁷⁵ Caterina Benelli è ricercatrice di Pedagogia generale e sociale presso l'Università degli Studi di Messina. È esperta in metodologie narrative ed autobiografiche come dispositivi formativi e di cura di sé. Tra i suoi lavori: *Lib(e)ri di formarsi. Educazione non formale degli adulti e biblioteche in carcere* (2016); *Storie di nessuno, storie di tutti. I giovani alla ricerca dell'identità perduta* (2009); *Autobiografando: interventi formativi per l'inclusione sociale* (2013)

Prima di entrare nel vivo dei racconti vorrei anticipare la struttura di questi; sempre la stessa, ma che ha ottenuto riscontri, ogni volta, diversissimi proprio perché fondata su domande aperte, con il preciso scopo di dar voce, nei modi più disparati e come meglio hanno creduto, agli intervistati.

Intervista semi-strutturata sull'esperienza professionale presso l'Istituto V. Madia

Esperienza

- Com'è approdato in OPG? (Concorso, trasferimento, casualità, scelta)
- Quali sono state le sue prime impressioni?
- Come/Qual è stata la sua esperienza lavorativa. Può raccontare qualche episodio di particolare rilevanza?

Idee

- Vivendo appieno l'istituto, quali sono state le sue impressioni sulla situazione politico/legislativa dell'OPG? Cosa avrebbe cambiato, fatto diversamente, evitato, o avrebbe voluto fare?
- In che momento ha lasciato la struttura? Qual era il clima politico legislativo all'epoca?
- Una sua opinione complessiva dell'istituto (cosa funziona e cosa no? Cosa manca oggi?)
- Cosa ha imparato dall'esperienza al Madia e come (in quale forma) ha contribuito al miglioramento dell'Istituto?
- Cosa auspica per il futuro?

Queste poche domande hanno dato luogo ad ore di appassionanti conversazioni, ricche di aneddoti esperienziali ed emotivi. Racconti autobiografici che hanno permesso di osservare pratiche ed attività lavorative, considerate ostiche, sotto una nuova luce; ad analizzare l'attività dell'ospedale psichiatrico giudiziario e della casa circondariale da nuove ed inedite prospettive.

In ogni paragrafo incontreremo una nuova personalità, conosceremo una sfaccettatura diversa del lavoro in istituto penitenziario, sentiremo di diverse prospettive e progetti sulla situazione delle carceri italiane, ma leggeremo anche di episodi emblematici raccontati dai diversi attori.

4.1. Il Direttore: intervista a Nunzianta Rosania

La prima intervista con cui reputo doveroso cominciare, è quella allo storico Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, Nunzianta Rosania. Storico perché ha speso la sua professionalità in questo specifico istituto per oltre trent'anni, lasciandoci il racconto di un'esperienza fatta di impegno ma anche sofferenza e riscatto. Questo primo contributo risulta quasi un flusso di coscienza, uno sfogo dello psichiatra e criminologo che ci ha raccontato degli aspetti trattamentali ma soprattutto politici che sottendono un'istituzione come quella del manicomio giudiziario, non tralasciando le contingenze più "scandalose". Quello del Direttore Rosania è un racconto che offre un quadro interpretativo risultatomi fondamentale nell'approccio al mio lavoro ed a tutti gli elementi che di questa istituzione fanno parte; non casualmente questa è stata anche la prima intervista effettuata.

Era il pomeriggio del 15 maggio 2019 ed il Direttore Rosania (R) accolse me (P) e la Professoressa Benelli (B) in casa propria. Dopo aver bevuto un caffè, iniziammo a chiacchierare e senza seguire alcuno schema iniziammo ad ascoltare le sentite e concitate parole del nostro intervistato che, personalmente, mi ha incantato per oltre due ore e mezza, non annoiando nemmeno per un secondo. Riporto qui la quasi totalità del nostro incontro, ritenendo ogni singola parola estremamente preziosa, partendo da un quadro generale della situazione vissuta durante gli anni al servizio dell'ospedale psichiatrico giudiziario per poi addentrarci in questioni più specifiche.

B: è stato a Montelupo Fiorentino?

R: sì, sì. Sono stato lì più volte.

B: con Scarpa.

R: sì certo con Franco, siamo rimasti molto amici, ma anche ad Aversa. A Napoli è una storia diversa. A Napoli poi la prima collocazione era sù, a S. Eframo, ma era un vecchio convento poi caduto a pezzi di fatto. E manco farlo apposta quella crisi, soprattutto strutturale di quell'istituto significò l'inizio anche della nostra crisi. Perché in concomitanza ci furono, appunto la chiusura dell'Opg di Napoli e solo successivamente, molto dopo, l'attivazione di un settore per gli Opg nel carcere di Napoli.

E nel contempo anche la parziale chiusura di Montelupo Fiorentino che richiedeva dei grossi lavori di ristrutturazione. La chiusura di questi ambiti significò una vera e propria deportazione a Barcellona Pozzo di Gotto.

B: venivano tutti qua?

R: perché era il più grande, aveva una sua estensione notevole, soprattutto nella sua orizzontalità, si parla di 60mila metri quadri complessivi. Otto padiglioni, come li chiamavamo allora. Poi vi era la vecchia architettura dei vecchi manicomi civili come Santa Maria Pietà...

B: San Salvi.

R: ...San Salvi, eccetera. Ognuno su due piani, due delegazioni e molto verde. Nasce, viene inaugurato nel maggio del 1925, nella progettazione iniziale era stata affidata a degli ingegneri che venivano anche dal nord, però il terremoto di Messina, 1908, si incaricò di azzerare tutto...

B: un po' come tutto il resto. Ma quella piantina che c'è al centro, quella sotto le scale?¹⁷⁶

R: quella l'ho fatta mettere io, quella è la primitiva, non corrisponde esattamente a quella di adesso ma in buona misura sì. La costruzione fu allora affidata all'ingegnere Cutroni che faceva parte del Genio Civile. Ed effettivamente creò non solo le condizioni statiche, chiaramente diciamo così: antisismiche tra le più avanzate. Creò anche delle soluzioni il cui

¹⁷⁶ La Prof.ssa Benelli fa riferimento ad una riproduzione dell'istituto in gesso, posizionata sotto teca, accanto alle scale che conducono agli uffici amministrativi del "Vittorio Madia"



obbiettivo era quello di alleggerire il più possibile gli aspetti custodiali, già allora. Tenga conto di un fatto, siamo nel 1925 e quindi il Codice penale Rocco deve ancora venire, si dovrà aspettare il 1930, con l'istituzione anche delle cosiddette misure di sicurezza detentive, no? [...] Coloro i quali venivano riconosciuti autori di reato e quindi colpevoli naturalmente, venivano affidati ai manicomi civili. Quindi, solo successivamente, anche per il pressing esercitato dalla scuola di impostazione positivista, quindi sulla base dell'azione del Lombroso, che queste realtà vengono via via incentivate e con il Codice Rocco, come dire, si formalizza una diversa gestione dei cosiddetti folli rei, mentre prima erano i rei folli, quelli che trovavano ricetto in queste realtà. E quella di Barcellona è stata essenzialmente, poi alla fine, una delle ultime, ci fu una lunga battaglia...

B: penso l'ultima vero? Tu che dici?

R: sì certo, quella di Pozzuoli in realtà. C'era un Opg anche a Pozzuoli, era l'unico istituto femminile. E poi fu chiuso quando nel 1974, se non erro, un'internata arse viva sul letto di contenzione. Perché se l'erano dimenticata lì, le avevano liberato una mano per fumare, gli infermieri erano occupati a vedere una partita di calcio e lei si addormentò con la sigaretta e quindi letteralmente bruciò viva¹⁷⁷. Ci fu una grossa inchiesta e naturalmente tutto fu chiuso. I responsabili andarono sotto processo e furono condannati. Ivi compreso il buon Professor Tempone, Direttore di allora, che poi era anche Direttore di Aversa, perché? Lui aveva firmato in bianco delle autorizzazioni per la contenzione. Quando c'era necessità, senza bisogno di firma ecc ecc. Quindi questo significò che lui visse una brutta vicenda. Solo anni dopo fu reintegrato. Ma non era stata la prima volta, per esempio i direttori di Aversa e di Napoli, erano degli psichiatri noti, anche dei criminologi si suicidarono in conseguenza di scandali veramente drammatici. È noto che gestissero questi istituti come dei veri e propri satrapi. Un libro che forse dovrebbe essere rieditato, secondo me, è *Il glicine di Sant'Eframo*, che, fra l'altro, descriveva anche le abitudini; per esempio: nelle prospicienze dell'ingresso dall'istituto si creavano delle pozzanghere lui si faceva prendere su una sorta di sedia gestatoria e portare in istituto da parte degli internati lavoranti, che avevano questo

¹⁷⁷ Fa riferimento alla, già citata, triste vicenda di Antonia Bernardini del dicembre del 1974. Vedi p.81 (nota 121)

compito di... per dire da dove veniamo eh! Non è che non sia successo in questo paese, in queste realtà per così dire civili. E quindi, dico, la realtà di questi istituti ha questo tipo di background, di situazione di provenienza. Erano realtà, compresa Barcellona naturalmente, che soffrivano soprattutto di questa cosa. In realtà il numero degli internati si è sempre mantenuto tra i 1500, i 2000 in tutto, e questo ha significato sempre il fatto che laddove ci si occupasse da parte delle forze politiche, delle carceri... soprattutto dei manicomi, i cosiddetti manicomi criminali erano regolarmente dimenticati, ci se ne dimenticava continuamente, e quindi erano, come dire, veramente le ultime istituzioni totali di tutto il panorama: venivano prima manicomi civili, le carceri...

La conversazione poi, continua parlando delle terapie psichiatriche di inizio XX secolo e si dilunga sugli scandali e le questioni legate ai membri delle organizzazioni mafiose che, lungamente, hanno soggiornato presso il "Vittorio Madia".

R: Vabbè noi italiani avevamo inventato l'elettroshock. L'elettroshock terapia, e oltre a tutte le altre terapie di shock: insulinoterapia, la malarioterapia. La malarioterapia non l'avevate mai sentita?

B: no questa mi mancava.

P: **anche l'insulinoterapia mi è nuova.**

R: l'idea era quella di creare uno shock fisico che potesse creare, nell'ambito dell'encefalo, condizioni, diciamo così, di novità fisiologica, quindi attivando delle energie e dei meccanismi che davano una sheckerata, in buona sostanza. La malarioterapia in particolare, inoculare il protozoo della malaria eccetera, con questi picchi febbrili che arrivavano all'encefalo. E poi si curavano con il chinino una volta che si fosse in qualche modo ottenuto un risultato.

B: **con lo scopo di?**

R: lo scopo, ripeto, è lo stesso dell'elettroshock. Il convincimento era che, queste condizioni particolari indotte con questo tipo di modalità, potesse creare delle condizioni di ricomposizione, anche così di natura anatomica del cervello. Vecchie teorie, ma comunque utilizzate dappertutto a livello internazionale. Noi in Italia abbiamo messo appunto l'elettroshock terapia.

Badate bene, l'elettroshock terapia, ben fatta, viene fatta in alcuni centri assolutamente specializzati, anche oggi. Quindi con una terapia preliminare ed un'attenzione, diciamo così, anestesiológica, in alcune condizioni che sono le gravi depressioni endogene, quelle dove è imminente il rischio suicidario, e nelle forme catatoniche della schizofrenia, trova oggettivamente ancora un... ottiene dei risultati. Chiaramente allora questi erano gli strumenti che si avevano.

B: credo che la linea pisana di Cassano¹⁷⁸, no? Se non erro.

R: sì, esattamente. Cassano è stato uno dei primi. Niente la storia di Barcellona poi, conosce due fasi. La prima è quella di un cattivo utilizzo, da parte della magistratura, da parte dei politici, da parte dei periti. Perché le organizzazioni mafiose scoprono questa possibilità e la utilizzarono per varie vicende, con perizie ovviamente di favore. Io ne ho lette alcune.

P: ci sono nell'archivio?

R: ci dovrebbero essere ¹⁷⁹. Con una magistratura connivente ovviamente e certe volte anche con l'intervento di politici, anche di alto bordo che ovviamente, attenzionavano la situazione... ne sono passati parecchi. È passato un po' tutto il gotha, dai Badalamenti ai Bontate, Buscetta, Coppola. Direi tutti, oltre ovviamente anche i camorristi e questa stagione fu davvero scandalosa, anche perché oltre al fatto di riuscire, in questa maniera un po' a bypassare il sistema penale quello ordinario. Ma si crearono anche le condizioni di forte disparità trattamentale all'interno dall'istituto. Ripeto, questo non riguardava solo Barcellona, ma Barcellona in particolare.

B: ma si sta parlando di quale periodo storico?

R: allora, noi abbiamo sicuramente a partire dai primi anni '60, e questa cosa continua, in buona sostanza, fino alla fine degli anni '70 e adesso le spiego perché. A proposito delle diversità trattamentali, lei tenga conto che, questo mi veniva poi raccontato direttamente da chi aveva operato,

¹⁷⁸ In questo passaggio la Prof.ssa Benelli si riferisce al Professore e Psichiatra Giovanni Battista Cassano, autorità negli studi e nell'applicazione della disciplina psichiatrica in Italia. Autore di circa 500 pubblicazioni scientifiche su argomenti relativi alla nosografia, diagnostica e trattamento dei disturbi psichiatrici

¹⁷⁹ Il tempo verbale utilizzato dal Dott. Rosania non è casuale; l'utilizzo del condizionale è stato, probabilmente, frutto di una scelta precisa o dettato dalla reale inconsapevolezza. Dalle mie ricerche si evince la totale assenza di tale documentazione

lavorato tra i detenuti che c'erano stati concretamente in epoche passate. Quindi anzianotti, testimoni diretti. Vi erano dei reparti in cui, diciamo i boss, soggiornavano riveriti un po' da tutti, anche con degli attendenti, nel senso che spesso si portavano dietro individui di vario genere. E le loro stanze erano caratterizzate da tappeti, arazzi alle pareti. Con trattamenti, anche di natura gastronomica, estremamente interessanti. Dove a Napoli c'erano anche i valletti rosa, quindi con una possibilità per prostitute di entrare, questo qui, pare, ce lo siamo risparmiato, però tutto il resto c'era quindi si passeggiava a ostriche e champagne. Questo era un po' l'andazzo. E questa cosa è andata avanti a lungo.

B: quasi un ventennio diciamo.

R: finché, eravamo nel 1983. Un gruppo di camorristi decise di evadere da Barcellona, in maniera poi, estremamente semplice. Lavoravano, avevano preparato tutto un percorso, anche con chiavi, nessuna infrazione in particolare e lasciarono l'istituto attraverso gli alloggi di servizio. Non solo, ma di questi poi non si è saputo più nulla perché probabilmente furono uccisi, perché erano invischiati in una serie di faide, se ne seppe anche poco. Sta di fatto che però questo episodio sollevò uno scandalo di straordinaria portata, era diventato, allora si chiamava ancora così "Direttore Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena", Nicolò Amato, messinese, un magistrato che aveva giudicato diversi personaggi delle Brigate Rosse. Intervenne con tutto il peso politico, oltre che di natura amministrativa. Ci fu una grossa inchiesta che investì la direzione, il Direttore di allora, adesso morto, il Professor Mirabile fu sospeso dal servizio e lo è rimasto per quasi otto anni. Assolto poi, allora c'era il vecchio codice di procedura penale, per insufficienza di prove. La sentenza recitava un vero e proprio atto di accusa, in pratica erano accusati lui ed altri di malversazioni ma soprattutto di fatti corruttivi. Io sono convinto che lui delle pressioni forti le ha avute, non so se fosse un corrotto, ecco questo francamente...

B: o incastrato...

R: ecco, magari è l'espressione giusta. D'altra parte, qui a Barcellona ce li mandavano, quindi la responsabilità andava anche condivisa, in questo senso. Certo è che fu uno spartiacque questa vicenda. E anche poi, come dire, l'approvazione del regolamento di esecuzione penale, che nel frattempo era intervenuto, quindi accentuando gli aspetti premiali nell'ambito dell'esecuzione della pena: sconti di pena, quant'altro,

eccetera. Ad un certo punto fece diventare non più appetibile, da parte delle stesse organizzazioni mafiose, il passaggio in questa realtà. Realtà, che ripeto, con queste caratteristiche aveva investito tutti gli ospedali psichiatrici. D'altra parte, il decollamento di Semerari ¹⁸⁰, il criminologo che fu decapitato a Napoli. Da qui si capisce la ferocia, telefonarono alla moglie dicendo, dopo averlo ammazzato, quindi con il corpo messo nel bagagliaio e la testa poggiata al posto di guida. Telefonarono alla moglie dicendo che il marito si sentiva male, con un problema di forte mal di testa e la poveraccia si trovò di fronte... ma Aldo Semerari aveva i suoi scheletri nell'armadio, cioè nel senso, ho fatto questo nome perché tanti si sono.... lui era un corrotto, cioè era uno che in qualche modo aveva fatto tante perizie di favore ed era entrato in determinate dinamiche che riguardavano la vicenda delle misure di sicurezza ed in particolare gli elementi mafiosi.

B: non deve essere stato facile amministrare un istituto con questa storia, no?

R: assolutamente no! Però, ecco, oltre al discorso di questo spartiacque oggettivo, legato a questa vicenda, ad un certo punto succede che entra un altro tipo di personale.

Conclusasi la doverosa precisazione sui fatti antecedenti alla sua direzione, Rosania si sofferma su una riflessione circa la natura dell'Istituzione Manicomio Giudiziario.

R: Innanzitutto, la riforma portava dentro, per esempio, gli educatori. Appunto l'apertura alla scuola, il volontariato, una serie di progettualità legate... voglio dire, in generale si enfatizza di nuovo l'aspetto dell'emenda no? Quindi del recupero, dare la possibilità e il modo di riabilitare ecco, il soggetto detenuto. Nel caso degli Opg si trova nuova enfasi per il discorso della cura, laddove invece le misure di sicurezza che sapete sono legate alla infermità mentale riconosciuta al momento del fatto e alla pericolosità sociale accertata, quindi con la possibilità di ripetere,

¹⁸⁰ Aldo Semerari fu un criminologo, Professore e psichiatra forense. Particolarmente conosciuto per questa sua ultima competenza professionale, il suo nome è spesso associato alla Banda della Magliana, gruppi di stampo mafioso e personalità di spicco della delinquenza italiana come Raffaele Cutolo. Tristemente ricordato per il brutale omicidio a cui il Dott. Rosania fa riferimento in quest'occasione

ricompire tali atti reiteratamente. Quindi si ritorna a curare per ridurre la pericolosità sociale, e quindi nasce un modo diverso di gestire, di assistere queste persone. In realtà il problema dov'è? Il problema di fondo è quello che diventa eclatante, anche perché nel frattempo poi nel '78 abbiamo la legge di riforma della psichiatria no? Il problema è che diventa incompatibile un discorso di mantenimento di un'opzione di sicurezza così forte, perché poi questi rimangono dei bastioni della difesa sociale, che avrebbero dovuto fare anche psichiatria moderna e assistenza e terapia oltre che riabilitazione. In realtà di fondo carcerarie...

B: sembrano filosofie incomunicabili...

R: assolutamente! Allora, se prima, anche se ci sono stati i mafiosi, una logica ce l'aveva, una sorta di, come dire, di armistizio: io ti do la possibilità di, però noi teniamo in piedi l'organizzazione penitenziaria. Una volta che hai tirato fuori i mafiosi, quindi tutto quello che era spurio l'hai espulso dal circuito, si pone un problema intonso, di come si fa terapia, come si fa assistenza in una realtà di questo genere. Intanto all'esterno era cambiato tutto, e noi ci siamo sempre dovuti misurare, questo mi pare esemplificativo, con una carenza di risorse straordinarie, di cui adesso vi dirò anche i dettagli. Intanto eravamo, i 5 Opg direttamente dipendenti dal Ministero di Giustizia: Regio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli e Barcellona. Direttamente dipendenti, quindi come le carceri, con regolamenti, coordinamenti.

B: Castiglione delle Striviere non era?

R: ci siamo sempre dovuti confrontare con Castiglione delle Striviere perché è un ospedale a tutto tondo, con l'organizzazione, il sistema, le modalità professionali e le potenzialità economiche tipiche di un ospedale, tra l'altro avanzate. Figuratevi, l'istituzione di Castiglione nasce da una convenzione tra Ministero di Giustizia e l'allora USL di Mantova, va bene? Onerosissima. La nostra amministrazione versava nelle casse di quella realtà locale quasi un quinto dell'intera spesa sanitaria penitenziaria nazionale, non solo degli Opg, ma di tutte le carceri. Quindi un quinto andava a finire a Castiglione, dove si declinava sicuramente, pur essendo un'istituzione per carità di livello eccezionale, ma un sistema di natura assistenziale e riabilitativo sicuramente all'avanguardia. Tant'è che quando si doveva presentare una situazione, diciamo così, avanzata ovviamente si faceva riferimento a Castiglione delle Striviere.

B: come eccellenza insomma.

R: il punto è questo, per assicurare l'assistenza a tutto tondo di un paziente in una realtà sanitaria ordinaria quindi: comunità terapeutiche, comunità assistenziali, lo stesso Opg, eccetera. Si parla di qualcosa come 200/220€ al giorno. Noi, tutto compreso ivi parlando degli stipendi, polizia penitenziaria ecc., gestivano con 49€ al giorno. Chiaro il ragionamento? Com'è la questione? Ovviamente, Castiglione non c'era la polizia penitenziaria, c'erano naturalmente medici specializzati, infermieri, operatori socio-sanitari, c'erano tutta una serie di figure professionali. Oltretutto per andare a Castiglione delle Stiviere c'erano le donne, perché chiuso Pozzuoli non c'erano più istituti manicomiali o penitenziari. Le donne sicuramente destano problematiche ma in modo minore a livello di sicurezza. E inoltre soggiornavano soggetti internati preselezionati, cioè quelli più gestibili. Così, come li chiamava Alfredo Sbrana¹⁸¹, a noi lasciavano i gorilla. Io ho avuto, per un lungo periodo, una fortuna. Innanzitutto, quello di costruire a Barcellona un gruppo di lavoro straordinariamente coeso, con una forte motivazione e anche con una capacità progettuale di straordinaria fattura, diciamo. Di avere, delle associazioni cattoliche prima, e poi anche l'ARCI¹⁸².

B: c'era anche l'ARCI.

R: Sì, io ho fatto aprire una sede all'interno dell'istituto, dove abbiamo tenuto anche dei congressi, anche regionali. Dove, per esempio, la stessa Rita Borsellino una volta ha partecipato. Ho avuto modo di poter creare, grazie anche ai poliziotti penitenziari, che si sono molto adoperati e con tanti altri che erano veramente capaci, attenti, sensibili. E abbiamo potuto creare un nucleo per le attività trattamentali, che ha costituito una vera e propria rivoluzione, a quel punto. Anche grazie all'ausilio del Provveditorato, che ha spesso chiuso un occhio su certi aspetti formali. Io ricordo sempre il Provveditore di allora, c'era il provveditorato della Sicilia Orientale, con la sede qui a Messina, a portata di mano. Il quale un giorno mi chiuse nel suo ufficio, in quest'atmosfera fumogena che solo lui riusciva a creare, e mi fa: “senti Nunzio Rosania, tu per l'amministrazione sei una risorsa ma devi essere circondato da persone che ti tengono con i piedi per terra, perché se no qua ci fai passare un guaio a tutti quanti!”

¹⁸¹ Alfredo Sbrana Professore, psichiatra e Direttore della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza di Volterra (PI)

¹⁸² Associazione ricreativa e culturale italiana

B: e aveva ragione?

R: aveva ragione! Io sono sempre convinto che, soprattutto là dove si gestiscono persone, sia necessario stendere il dato normativo fino al limite e magari anche oltre il limite, quando riteniamo che l'obbiettivo da raggiungere sia sostanzialmente quello giusto e quello imprescindibile, a cui ci piacerebbe arrivare. Per esempio: quando io sono arrivato qui, gli internati avevano diritto ad un numero di calorie inferiori rispetto al detenuto ordinario, per il motivo che...

P: per non avere forze...

R: erano per definizione oziosi, questa era la definizione sulla cartella clinica, erano oziosi. Quindi dovevano mangiare meno.

B: a proposito di diritti...

R: infatti noi siamo partiti proprio da lì. Dalla lettera A. Poi nel corso degli anni abbiamo cominciato a fare delle cose, innanzitutto stabilendo dei protocolli d'intesa con una serie di realtà sul nostro territorio. Il Comune di Barcellona innanzitutto, perché mi doveva dare una mano su tutta una serie di versanti...

B: beh insomma, le ricadute di un istituto del genere in un comune come Barcellona sono, insomma, importanti.

R: certo. Poi c'era la Magistratura di sorveglianza, che abbiamo chiamato dentro, quindi nella nostra progettualità, facendola partecipare. La Magistratura di sorveglianza entra a pieno titolo nell'amministrazione interna. Poi non abbiamo parlato del volontariato, cominciando dalla casa di Solidarietà e Accoglienza che, su Barcellona, gestita da un prete quanto mai rompicoglioni, Peppino¹⁸³, con il quale spesso ci siamo confrontati, anche duramente, ma che ha dato una mano fondamentale a gestire una lunghissima serie di casi. Anche perché molte delle licenze, che poi abbiamo cominciato a dare, e le gite che abbiamo cominciato a realizzare, le facevamo insieme anche ad altri gruppi di volontariato, ma soprattutto insieme a lui. Con realtà presenti sul territorio, come ad esempio l'ARCI, noi abbiamo sempre avuto questo problema... Io sarò molto chiaro, io ho fatto quel concorso perché, secondo me, l'Opg andavano chiusi, punto e basta, e ne sono stato sempre convinto, al pari di tutto il gruppo di direttori

¹⁸³ Padre Giuseppe Insana, parroco del carcere e responsabile della Casa di Solidarietà e Accoglienza di Barcellona Pozzo di Gotto. Un membro fondamentale nel panorama dell'assistenzialismo e del volontariato locale

che con me sono entrati in quella tornata [dall'85]. Franco Corleone ci definiva "La compagnia che gira gli ospedali psichiatrici giudiziari", nel senso che ci riunivano un po' dappertutto, tentando di accendere i riflettori su queste realtà in genere misconosciute, anzi sconosciute del tutto. Tutte le volte che qualche politico anche di un certo rilievo, si affacciava alla nostra realtà. Difatti facevamo una sorta di lavaggio del cervello, cercando di fargli capire che cosa si trattasse. Tutte le volte sembravano commossi, grandi pacche sulle spalle, per congratularsi per il lavoro assolutamente difficile, complesso e quant'altro e che sicuramente si sarebbero impegnati... beh! Tranne che il gruppo dei Radicali, grosse cose nel corso degli anni non le abbiamo mai viste, tant'è che quando dopo arrivò la famosa commissione Marino, quella senatoriale.

B: che ha devastato...

R: no, no, no! Il problema è che ci siamo accorti che non sapevano, di questi istituti, assolutamente nulla. Di quella che era stata la storia, di quello che, come dire, negli anni avevamo cercato di mettere in cantiere, delle proposte di riforma che avevamo fatto.

[...]

R: noi abbiamo cambiato tutto. Figuratevi che, uscire dall'istituto, per esempio in gita, era complicatissimo. Io non solo li ho portati in gita ogni giorno, grazie a dei protocolli d'intesa che andavano siglati con comune, volontariato, l'ufficio di sorveglianza, l'allora CSSA il servizio sociale e via dicendo. Ogni giorno c'erano 60/70 internati che a vario titolo erano fuori. O perché lavoravano su rete pubblica, o per i corsi di formazione professionale, che avevamo attivato, tra l'altro con varie competenze. I corsi si svolgevano all'esterno, o perché alcuni corsi scolastici in parte erano dentro, parte erano fuori. Noi ogni giorno avevano 60/70 persone che erano fuori! Però, quando era necessario, per esempio il teatro era all'esterno. Prima gli infermieri o gli agenti, che ci accompagnavano, venivano gratis. No, invece adesso lavoravano, erano a lavoro.

B: dunque un riconoscimento dell'attività trattamentale...

R: certo! Anche addirittura con lo straordinario, ecc.

A questo punto entriamo nel vivo dell'esperienza biografica, dell'esperienza come Direttore.

B: lei quando è entrato qui?

R: io sono entrato, la prima volta che ho messo piede a Barcellona, nel febbraio dell'89. Poi ci fu un rientro del Professore Mirabile, il quale chiaramente, con il quale entrai in conflitto stratosferico, perché poveraccio lui apparteneva ad una psichiatria di vecchio stampo. Quando ci incontrammo per cercare di capirci, conoscerci, lui mi chiese, tirando fuori i compassi per misurare gli indici encefalici. Tant'è vero che io ero convinto che scherzasse, e invece no. Poi è tutto un modo di impostare il rapporto sia con i malati, sia con il personale che era dell'anteguerra. Non solo, poi c'era stata la riforma della Polizia Penitenziaria, un corpo di agenti di custodia militari, erano diventati un corpo civile e quindi c'era stata anche la sindacalizzazione. Per cui questo era completamente fuori dal mondo. Abituato a... Per lui, l'istituto, era il suo istituto. Tutto quello che succedeva... ma era così, l'impostazione precedente era proprio in questi termini, quindi il conflitto fu drammatico, tanto che ad un certo punto il Provveditore di Messina mi incaricò di mantenere i rapporti con i sindacati, sottraendosi al funzionario delegato che era lui, per dirvi. E la cosa si è trascinata per un po' di anni. Poi per fortuna andò in pensione e questa straordinaria polemica, fatta di sofferenza, poi si erano create delle fratture all'interno naturalmente, e appunto potemmo cominciare a lavorare in maniera seria. Per diversi anni noi avremmo avuto una presenza di internati, in istituto, di 160/170.

B: quant'era la capienza?

R: no, la capienza era anche maggiore. Si lavorava bene, veramente bene. Lì è stato il momento, diciamo così, più pieno di attività e di... tutto è andato avanti fino a quando chiusero i due, l'istituto di Napoli e metà di quello di Montelupo. Quando, Dottoressa io vidi arrivare, quella massa, tra l'altro ripeto, in condizioni orribili, portati con degli autobus, sembrava veramente...

B: una deportazione

R: una deportazione vera e propria. Con dei vecchi zaini messi addosso. Era evidente quello che sarebbe successo, anche perché la gran parte di questi qui...

B: che anno era l'anno della “deportazione”?

R: dunque l'anno della deportazione era il 2008. E molti erano degli insufficienti mentali, gravi. Tant'è che quando li visitammo, poi messi in

fila uno per uno. Io ad un certo punto pensai che più che di infermieri avessero bisogno di badanti.

B: non erano autonomi per niente.

R: nessuna autonomia. Come si fa a gestire? Tra l'altro, ripeto, avevamo una carenza di personale che nel frattempo si faceva eclatante, di farmaci. Io dovetti andare dal Direttore della Camera di dipartimento: Tinebra. Il quale mi prese per mano, a fronte del mio grido di dolore e mi portò in via Nibali I a Roma, dove c'era il Ministero della Sanità e mi fece parlare direttamente con Rosy Bindi, dicendole che io non ero in grado nemmeno di assicurare le terapie fondamentali ai tantissimi pazienti, che non erano più i simulatori degli anni prima, ma soggetti con problematiche psicotiche. E dopo questo pellegrinaggio riuscii a farmi ascoltare ad avere quindi la possibilità di restaurare dei protocolli terapeutici. E questa è la storia di questi istituti. E mi ricordo che celebrai la cosa, per festeggiare, facendo attraversare l'istituto, la mia era così una forma di sfida a proposito di sicurezza e via dicendo, dalla processione di Sant'Antonio. Tutti entrarono nell'istituto dalla porta carraia che è a valle, attraversarono, andammo al campo sportivo dove affluiscono i detenuti dall'altra parte e ci fu l'incontro al campo sportivo. I detenuti andarono a prendere il Santo, sugli spalti si erano schierati tutti gli spettatori della processione. E lo portarono al centro del campo sportivo, dove ci fu la messa e dove sostanzialmente dicemmo che così non si poteva andare avanti e bisognava assolutamente battersi per il superamento di queste realtà.

B: a quanti siete arrivati con la deportazione?

R: ecco, con la deportazione siamo arrivati fino a 420. Questo è stato il massimo storico. 420 che io non sapevo neanche dove mettere. Poi c'era la faccenda, a proposito sempre delle realtà. Della cosiddetta contenzione. I letti di contenzione, altro ovviamente elemento di scandalo e di discordia. Dunque, quando io sono arrivato in questo istituto, i letti di contenzione erano 28, cioè un intero piano di un reparto era occupato da letti di contenzione. Concepiti secondo il vecchio modello, cioè erano letti di ospedale di ferro bianchi, con un materasso tri-segmentato di cui la parte centrale presentava un foro per le feci, la rete era bucata e di sotto c'era un lavabo, una specie di water. Lì questi soggetti, questi internati, potevano rimanere per settimane intere. Non erano seguiti direttamente da infermieri, ce n'erano molto pochi. Conseguentemente, con nuove assunzioni, che nel frattempo vennero fatte con urgenza, arrivarono un

sacco di infermieri. Quale fu il modello organizzativo che avevo immaginato? Ogni piano, di ogni reparto aveva la sua équipe infermieristica con una presenza che copriva le 24 ore: 8:00/14:00 – 14:00/20:00 – 20:00/8:00. E pur non potendo avere uno psichiatra perché chiaramente noi eravamo convenzionati, allora la medicina penitenziaria era autonoma, però c'erano dei medici, i cosiddetti medici incaricati i Sias (servizio integrativo assistenza sanitaria) che coprivano per intero, anche loro, le 24 ore. In particolare, la guardia medica era presente, prima si faceva riferimento a quella territoriale invece ora l'avevamo in istituto. Quindi era, da questo punto di vista, cambiato radicalmente il sistema. Per quello che riguarda la contenzione in particolare, la ridussi a tre i letti di contenzione e poi successivamente a uno. Questa sala di contenzione era direttamente adiacente all'ambulatorio medico, con una finestra attraverso la quale il personale medico e infermieristico controllava continuamente, con obbligo per gli psichiatri, qualunque psichiatra entrasse a titolarità da altri settori di non superare le 24 ore di contenzione. Complessivamente direi che almeno avevamo reso vivibile una realtà che vivibile, per lungo tempo, non lo è stata, ma sempre nella prospettiva di un superamento della forma, diciamo di gestione dei malati psichiatrici autori di reato. Convinti come eravamo, del resto la stessa riforma Margara immaginava delle realtà contenute nei numeri con una polizia penitenziaria presente sul perimetro e all'interno dei settori di degenza la presenza esclusiva del personale sanitario. Questa era l'ipotesi di lavoro dalla quale eravamo partiti. Noi in Sicilia siamo arrivati ultimi. Le linee guida le ho scritte io all'assessore alla salute e piano piano stiamo cercando, in qualche modo, di far sì che quel sistema funzioni, anche se ci sono difficoltà di non poco rilievo.

B: quando siete arrivati a questo a Barcellona?

R: 2015. Il decreto è del 2015 quindi noi nel 2016 abbiamo cominciato e insieme a questo c'è stata poi la riforma degli Opg, la 81 del 2014, ma già c'erano i preliminari, erano già stati tracciati sulla base delle risultanze della commissione Marino, alla quale io per molti aspetti devo dire grazie, naturalmente, diciamo ha forzato finalmente la mano là dove noi non eravamo riusciti a far intendere quanto fosse importante e urgente superare quella modalità, però siamo finiti in un tritacarne mediatico e soprattutto in una mal valutazione.

B: ingiusta.

R: profondamente ingiusta! D'altra parte, ci vedemmo, al Senato. Organizzammo anche una grossa conferenza, piena di giornalisti importanti eccetera, dove chiaramente feci un po' la cronistoria del... e come in realtà, la classe politica non si fosse mai accorta e quindi portai anche tutta una serie di scritti, di prese di posizione che noi avevamo tenuto, del lavoro, lungo, fatto anche grazie a Alessandro Margara. Che era stato profondamente sconosciuto o misconosciuto da questa Commissione. La quale sembrava, ad un certo punto, devo dire la verità, più attenta alla ricaduta sulla politica, al personale piuttosto che al vero problema. Quando fui udito dalla Commissione, perché poi andai anche lì, e devo dire la verità mi ascoltarono, mi hanno sempre ascoltato con una grande attenzione, su questo non posso dire che... feci un esempio a proposito del letto di contenzione, e dissi questo: scusate, noi ci troviamo in una realtà penitenziaria, con le potenzialità che voi avete visto, nel senso praticamente... Con agenti di custodia tra l'altro carentissimi, mancanza di tutta una serie di figure professionali, difficoltà naturalmente nel gestire così una realtà penitenziaria eccetera. Può succedere che un soggetto con gravi disturbi ed una condizione psicopatologica, vada in escandescenze. Ora, noi abbiamo spesso, ci siamo trovati a gestire dei giovani adulti, dei giovani maschi di una straordinaria complessità anche fisica. Uno, toscano, il famoso Guadagnolo, tra l'altro campione del calcio Fiorentino, oltre che pugile e buttafuori nelle discoteche, che sembrava un Ercole vero e proprio. Ora, dissi alla commissione, io sono un uomo alto di 1 metro e 90 per 120 kg di peso, anzianotto ormai ma... se io mi trovassi magari stressato dalle domande che voi mi state facendo, dalle condizioni di particolare tensione, eccetera. Andassi in escandescenze e, l'ho visto fare, prendessi quel termosifone, in ghisa, lo divellessi e vi minacciassi con questa modalità, voi... che cosa fareste? Al ché ci fu quell'onorevole, come si chiamava lei? Simpaticissima. La Poli Bortone [Adriana]. Mi guardò in faccia e mi fa: Dott. Rosania non c'è problema, lei non deve avere nessuna preoccupazione perché ove lei avverse di queste agitazioni psicomotorie, io per prima, e tutti i miei colleghi ce la faremmo immediatamente a gambe, e lasceremo il presidente, Dott. Marino, alle prese con lei. Così forse Marino impara qualcosa.

B: veramente disse così?

R: no, simpaticissima, devo dire veramente. La cosa fu, per dire, anche così, che poi, ripeto, per arrivare al cambiamento di quella norma si diede

una tale forza al messaggio mediatico, che poi addirittura con lo stesso Napolitano poverino. Poi ci fu il fatto, il famoso film diciamo, che loro stessi davano, proiettavano un po' dappertutto, mettendo in scena chiaramente, anche alcuni aspetti, soprattutto di degrado, che c'erano, nessuno lo nega anche se alcuni miei colleghi sostenevano fossero immagini dei vecchi manicomi civili.

[...]

R: Io sono sempre stato convinto che una effettiva sanitarizzazione in ambienti, diciamo così, gestibili con personale altamente qualificato, potesse essere una soluzione alternativa. Non pensavo alle Rems così come sono, anzi, anche perché le Rems, secondo me, dovrebbero essere molte di più di quelle che ci sono adesso. Fuori dalla porta ci sono file che non finiscono mai, e tutta una serie poi di problemi che in ampia misura, ricadono sul paziente e su chi non lo fa curare.

P: al di là del numero, sappiamo che quantitativamente sono poche. Ma secondo lei è una giusta soluzione questa? Cioè, lei che è esperto del settore, come la reputa?

R: io sono convinto che, proprio perché la psichiatria oggi, che si avvale anche di strumenti migliori dal punto di vista tecnologico ma anche dal punto di vista psicoterapico, si avvalga molto di un rapporto interpersonale forte. Il primo presidio è riconoscere, nel soggetto malato, la persona, perché quella è, e rimane. Il rapporto rituale, fatto praticamente da due persone che, come dire, ecco narrano le proprie storie, d'accordo? Terapeutiche. Possono entrare in una situazione relazionale che è di fatto terapeutica, non escludendo che poi sulla base di quella relazione si può passare a strategie anche di natura farmacologica, qualora il caso lo necessitasse, avere una compliance che sia come dire plausibile, efficace. E allora lavorare su numeri ristretti, ripeto, da parte di personale altamente qualificato a fare quella cosa lì, secondo me significa risolvere ampia parte, non tutto per carità, perché siamo in settori assai complessi, ma buona parte della problematica. Quando lei aveva i 420 qui, con gente che era, ovviamente, incontinente, incapace di autonomia, affidati ad agenti di polizia penitenziaria scarsamente o per nulla formati. Ad infermieri, i quali avevano fatto tutto un percorso eccetera, ma che a un certo punto si trinceravano, e in parte avevano anche ragione, dietro al fatto che non erano loro competenze e quant'altro, e quindi il clima che alla fine era di tipo custodiale... ripeto, oggi in psichiatria, si guarda alla cura della

malattia, perché tu lo devi aiutare a bilanciare, ad entrare in un discorso, una possibilità, dare un'alternativa. Però si guarda poi agli aspetti riabilitativi, alla componente progettuale, e tu devi riuscire ad innescare, chiamando dentro, naturalmente le risorse del territorio, che tu hai. La grande, il grande problema, l'enorme problema, ecco io questo non l'ho sottolineato ma è fondamentale. Noi ci siamo sempre preoccupati, in un rapporto con i territori di provenienza, visto che questi venivano per un periodo da tutta Italia eh! E i problemi, e le interazioni più complesse, anche polemiche e parlo di polemiche forti, perché quando mi arrabbio, mi arrabbio. Io le ho avuto con le ASL del Nord, per le quali quei soggetti che avevamo preso noi, erano farabutti punto e basta. Miei colleghi che li definivano così e non ne volevano sapere proprio nulla. Non ne parliamo poi di quando c'era una lunga diagnosi eh... Lì potevi andare avanti...

B: proprio gli scarti, veramente.

R: sì!! Assolutamente. E quindi ovviamente non li volevano. Noi abbiamo avuto addirittura pronunciamenti, delle delibere comunali, che poi venivano trasmesse naturalmente... nelle quali mi diffidavano dal dimettere soggetti che eventualmente sarebbero tornati sui loro territori e sarebbero stati, mi ricordo ancora il caso di Tropea, se non sbaglio, del consiglio comunale, sarebbero stati soggetti di scandalo e quindi di nocimento all'economia del paese, che era un'economia soprattutto turistica.

B: ho capito, c'è la componente del matto, del pazzo...

R: sì, sì, sì.

B: Come dire, vi fanno paura e sono da allontanare.

R: ecco tutta questa gente, arrivava da noi, ma non usciva. Perché? Perché le misure di sicurezza, come ben sapete, sono determinate nel minimo e non nel massimo, per cui almeno 2 almeno 5, almeno 10 anni a seconda del rapporto, della natura del reato. Dove la revoca anticipata, pur ad un certo punto possibile, non avveniva mai perché il magistrato di sorveglianza non sapeva mai dove mettere queste persone, non aveva un'alternativa. E allora ci si è creato un involucro drammatico che ha determinato il tracollo di questi istituti. È stato un periodo di sofferenza, e poi vedersi trattati, nonostante tutto questo, male in televisione ecc. Poi la possibilità di risposte, in realtà, che tu hai, soprattutto, che avevi, è chiaramente Davide contro Golia. Ci siamo sentiti veramente annichiti. A Barcellona è successo poi un fatto straordinario perché, del resto Marino

me lo disse chiaramente; lui riteneva, come dire, che Barcellona fosse il migliore, perché veniva descritto anche in epoche precedenti come un buon istituto. E allora secondo lui si era trovato di fronte ad una realtà e lui diceva: ma io non ce l'ho con te! Inutile che ti offendi. Io non mi offendo affatto, intendo che sia fatta un'analisi oggettiva di come si è arrivati a questa situazione e quali siano state le responsabilità anche vostre, legate quindi ad una modalità di gestione delle istituzioni dello Stato. Il... ripeto il... lui quando sono arrivati la prima volta, ricordo un generale dei carabinieri, molto cortesemente, era una delle prime volte, mi disse: noi in Sicilia, qui la conosciamo, sappiamo che è una persona onesta però tenga conto che qua tutto questo non c'entra niente, questi sono venuti perché devono chiudere questi istituti. E allora voi potete dire, fare tutto quello che volete. E allora l'unico modo che loro avevano, e me l'hanno fatto capire in mille modi, era quello di premere affondo l'acceleratore, suscitando il massimo dello scandalo per poter mettere il Parlamento, che in molte parti non era di questa posizione per esempio centro destra, tutte queste cose qui ecc. Forzare la mano e quindi arrivare. E quando poi lo stesso, Giorgio Napolitano, si espresse nei termini di assoluto orrore rappresentato dagli Opg, era chiaramente una sentenza, che a me andava benissimo, anzi era il risultato che ovviamente, per il quale... però arrivarci con queste modalità...

B: anche svalutando lì dove c'è stato un lavoro di gestione, un lavoro anche di finestre d'eccellenza.

R: Poi io sono sempre stato chiamato dappertutto, per carità anzi, devo dire la verità, qualcosa mi è stata riconosciuta. Allora, ai miei interlocutori, sembrava impossibile mettere insieme me, quello che andavo raccontando ecc ecc, e ovviamente quello che era stato tirato fuori. Poi con il tempo, per carità, tutto è stato poi, anzi gli attestati di stima, di affetto non sono mancati. Però questa rimane una pagina che ci ha toccato molto insomma, a me ovviamente come Direttore, ma a tutti gli altri.

B: anche questo forse uno spartiacque no?

R: ho sofferto molto. Sì, effettivamente sì. Dicevo, addirittura dovendo subire il sequestro dell'istituto, perché lì ad un certo punto cosa succede? L'ottavo reparto, dove siete stati, per dei lavori che erano stati consegnati poco tempo prima, dei lavori che erano stati fatti, ma era... Non li eseguiamo noi direttamente, li appalta il Ministero. Dei segmenti di un tubo che correvano all'interno della parete, non erano stati perfettamente

incastrati l'uno con l'altro, e c'erano delle perdite di acqua. Noi avevamo avuto una serie di prescrizioni dalla commissione e oggettivamente avevamo provveduto ad una serie di... manco a farlo apposta, ci si trovò di fronte, ma anche noi, perché era successo in questi giorni. Ci trovammo di fronte a questo problema. Allora fatta questa constatazione si dedusse che tutto l'istituto ormai avesse queste caratteristiche, queste diciamo, fragilità di ordine strutturale, per cui si decretò il sequestro dell'intera realtà, dell'immobile e io fui nominato custode del bene. Quindi per un periodo, mi pare, forse tre mesi, siamo rimasti, era il 2012. Ottenendo però, da questo, un risultato, quello di riuscire ad avere il raddoppio del budget sanitario e quindi di poter per esempio, poter commissionare degli operatori socio-sanitari, aumentare il numero degli infermieri, aumentare il numero degli psichiatri, convenzionando un nuovo psicologo e via dicendo. E la situazione gestionale, è questa la dimostrazione, cioè se noi avessimo avuto una dotazione, negli anni precedenti, come quella che adesso ci veniva data, dimostrano che cosa significava, infatti vennero a constatarlo e dissequestrarono il bene. A questo punto però c'era il problema di legge, e quindi ci avviavamo, ci furono alcune proroghe, come ricorderete. E poi, gli ultimi internati, perché poi cosa succedeva? Non si trovava posto nelle Rems, e in questa famosa articolazione della salute mentale continuavano a rimanere da 13 ai 15 internati, senza titolo, perché di fatto non potevano starci, noi continuavano a gestire dei soggetti che dovevano uscire. I territori non li volevano, e allora facemmo anche qui una bella cosa, venne giù, d'accordo con noi naturalmente, il buon Santino Consolo, fino a ieri capo del dipartimento, ci vedemmo a Messina con la direzione generale dell'ASL di Messina, che a differenza delle altre ASL ha sempre fatto, con noi, un buon lavoro eh! Individuando delle comunità terapeutiche, alcune delle quali si stavano addirittura istituendo in quel momento. Quindi con il capo del dipartimento di salute mentale di allora trovammo i posti per i detenuti e così l'ultimo internato d'Italia, dopo che Basaglia aveva cominciato nel maggio del '78... l'ultimo usciva da Barcellona nel dicembre del 2017, se non sbaglio, o forse i primi del 2018. Così si concludeva ufficialmente. Di fatto abbiamo attivato poi, l'articolazione della salute mentale nel carcere. Articolazione destinata invece, ai detenuti ai quali è sopravvenuto un problema psichico in carcere.

B: quindi 40 anni. Che onore! Quante cose. Ma ce ne sarebbero ancora altre centinaia da chiederle.

R: sì. Spero di non avervi annoiato.

4.2. La “rivoluzione” al femminile: Lia Biondo e la nascita dell’educatore penitenziario

La mattina del 16 ottobre 2019, io (P) e la Professoressa C. Benelli (Be) ci recammo presso il V. Madia, con l’intento d’intervistare la responsabile dell’area trattamentale della Casa Circondariale, Rosalia Biondo (B), conosciuta da tutti come Lia. Già da qualche tempo attendevamo l’autorizzazione da parte del Ministero della Giustizia, impazienti di ascoltare i racconti di chi per quasi quarant’anni aveva operato e vissuto tra quelle mura. L’intervista che segue, nonostante la sua ampiezza, rappresenta solo una parte di un’intera mattinata trascorsa a chiacchierare di ogni aspetto dell’esperienza della responsabile. Leggerete della nuova figura dell’educatore e come questa si sia inserita in un contesto estremamente rigido e complesso; leggerete di tutti gli sforzi e le attività di cooperazione a favore dei pazienti; leggerete di episodi particolarissimi e del rammarico e la frustrazione vissuta nei momenti più difficili.

La Biondo, inaspettatamente, ci ha regalato ore di un racconto a cuore aperto con un contributo certamente preziosissimo. Un racconto emozionante ed emozionante da leggere tutto d’un fiato; quasi un monito al termine della sua lunga carriera che sarebbe terminata solo pochi mesi dopo, nel gennaio 2020 infatti, Lia sarebbe andata in pensione.

B: non c’è più il metodo che c’era prima, e qui chiudo perché non è mia competenza, io mi occupo di attività trattamentali. Però il lavoro che abbiamo fatto in passato mi ha insegnato tante cose.

Be: quando hai lavorato? Raccontaci un po’ com’è partita la tua storia.

B: parlare di certe cose che mi riguardano mi rende un po’ emotiva, non restia. Perché le ho vissute intensamente, alcuni passaggi.

Be: quando hai iniziato te?

B: allora io ho iniziato come educatrice nell'81, con il concorso del '79. Allora, intanto io ero iscritta allora in pedagogia. [...] Devo dire che quegli anni trascorsi in quella facoltà mi hanno dato molto per il mio lavoro. [...] Per me andare e fare quel passaggio è stata una ricchezza, studiare anche pedagogia, perché noi facevamo solo il pensiero filosofico no?

Be: la pedagogia è anche azione, pratica ...

B: la pedagogia è qualcosa di affascinante, quando si studia con interesse e motivazione. Comunque ho fatto delle domande con una legge 285 che era una legge giovane, perché allora la problematica giovanile riguardava molto la disoccupazione. Cioè tu uscivi con un diploma o dopo l'università ed il Sud, come sempre ... Per cui io allora feci una richiesta, c'era questa legge giovani, così la buttai là. Faccio la richiesta all'ufficio di collocamento perché c'erano delle assunzioni trimestrali presso le varie istituzioni. Io lo volevo fare, lo sentivo, dopo il diploma non volevo stare in casa. Dunque mi chiamarono da Barcellona, mio marito mi disse: "guarda è arrivata una lettera dall'ufficio di collocamento, e ti vogliono assumere all'Opg di Barcellona come vigilatrice" perché io avevo segnato che ero disponibile a fare ogni tipo di cosa.

Be: il primo passaggio.

B: esatto! Dissi, adesso andiamo a parlare e vediamo di cosa si tratta. Quindi io non sapevo neanche che cosa dovesse fare una Vigilatrice, non ne avevo idea, quindi sono entrata in questa istituzione, mi hanno messo in ufficio, sotto. In un ufficio dove mi occupavo di tutta la contabilità che riguardava ad esempio i farmaci, cose, ecc. E quindi ho in qualche modo familiarizzato con questo ambiente rigidissimo, maschile, cioè a dominanza proprio di uomini. Il Direttore ci chiamò per capire un pochino...

Be: **chi era in quel periodo?**

B: allora era il Professore Mirabile. Un Direttore autorevole, quando parlava dovevi seguire il filo perché, comunque era preparato, però ...

Be: **era un giurista?**

B: no, era uno psichiatra. Quindi tre mesi. Prima però che scattassero i tre mesi, è uscita un'altra cosa. Dovevamo fare un corso a Catania, perché probabilmente questi tre mesi sarebbero stati prorogati. Nel frattempo sono usciti dei concorsi interni. Quindi io, essendo interna, potevo

partecipare. Ho potuto partecipare a sti concorsi. In contemporanea tre concorsi mi sono ritrovata a fare, quindi figurati, l'università l'ho accantonata. [...] Quindi è uscito questo concorso di educatore, anche se non si sapeva allora cosa dovesse fare un educatore all'interno degli istituti penitenziari. C'erano i vecchi educatori ma noi qui abbiamo avuto un'educatrice che non ha fatto mai niente, stava in ufficio e basta. Quindi non avevi neanche idea di quale dovesse essere il metodo che un educatore operava all'interno di un istituto penitenziario. Noi nasciamo come educatori per adulti negli istituti. La sola fonte di studio erano gli Ordinamento Penitenziario del '75 ed il rispettivo Regolamento di Esecuzione ed un testo di un ispettore del Ministero della Giustizia, quello che creò, che fondò questa figura, che fece nascere questa figura all'interno degli istituti penitenziari. Però era un testo che parlava di esperienza però era molto romantico, molto ... Non ti dava l'idea di come si dovesse sviluppare un lavoro all'interno dell'istituzione penitenziaria. Quindi siamo partiti così. Io devo dire, quello studio che avevo fatto a pedagogia, mi è servito, avevo dato tutte le materie più importanti, qualche cosa ...

Be: gli strumenti li avevi.

B: dunque ho unito un po' la conoscenza della legge alla pedagogia, che diventava una pedagogia penitenziaria applicandola a queste persone. Poi chiaramente la formazione umanistica e quant'altro mi permettono di superare le prove attitudinali. Nel frattempo, allora erano tre prove scritte. [...] Comunque il primo concorso vinto, per il quale mi arrivò la nomina fu quello di educatore. Io sono stata felicissima, però ... Bisognava costruire tutto. Quando io ed il mio collega, nell'81 siamo arrivati in questa sede, non avevamo neanche un ufficio, né un riconoscimento da funzionari di alto profilo.

P: **perché era una figura nuova.**

B: esatto, questi ti guardavano tutti in modo strano. Che cosa eravamo venuti a fare?

Be: **chi erano?**

B: chi erano? Ti etichettavano quasi come rivoluzionario, nel senso che tu aggiungi ...

Be: **si parlava già di Basaglia?**

B: si! Infatti noi, io ed il mio collega, quando eravamo al corso, abbiamo avuto modo di interfacciarci con un gruppo di persone che si occupavano, appunto stavano facendo dei lavori sulla legge Basaglia, su esperienze fatte in Toscana, infatti io ho comprato tanti di quei libri, quando ero a Roma che il mio collega mi voleva lasciare in stazione (ride).

Be: avevi proprio bisogno di approfondire.

B: di conoscere! Ecco però dalla teoria, l'impatto con questa realtà non è stato indolore perché comunque c'era la legge ma mi sono confrontata con un'istituzione, un Manicomio Giudiziario che era disciplinato, si disciplinava con una legge penitenziaria e da un ordinamento penitenziario. La 374/75, dedica una piccola parte, cioè parla di detenuti ed internati, però sai, le patologie sono patologie. Io una volta dissi ad un mio superiore, in un convegno: "ma sai, non si potrebbe risolvere questa problematica inerente gli internati degli Opg", figurati, forse Rosania te l'avrà detto, c'erano delle tabelle vittuarie.

Be: si, ce lo raccontava nell'intervista.

B: perché gli internati dovevano mangiare di meno dei detenuti. Il collega mi rispose: "aaah! guardi signora, l'Opg per noi è un argomento misterioso, anche per i nostri superiori". Comunque, quando noi siamo arrivati qui, la tipologia dei ristretti era molto diversificata, nel senso che, si era un Opg però noi qui avevamo i prosciolti, quindi assolti per incapacità di intendere e di volere e sottoposti a delle misure di sicurezza detentive del ricovero in Opg, e quindi che avevano una durata minima a seconda della gravità del reato, ma questa durata minima poteva essere prorogata all'infinito. I detenuti sottoposti a misure di sicurezza provvisoria, che erano coloro che avevano commesso il reato ma erano in fastidio mentale, erano in osservazione e comunque il giudice doveva decidere che fare di queste persone. Avevamo i condannati in osservazione e lì avevamo gente che, come dire, cercava di utilizzare l'Opg per accorciare la pena, quindi acquisire delle minorazioni e quindi decurtare la pena. Avevamo i giudicabili in osservazione con lo stesso obiettivo, per cui avevamo detenuti appartenenti alla Camorra, n'dranghetisti e mafiosi, che io ho conosciuto. Io ho conosciuto anche Vitale Leonardo, il primo pentito di mafia e insieme a questi avevamo, quindi lo zoccolo duro dei prosciolti. C'è da dire sicuramente, Rosania ve

l'avrà detto, ancora non c'erano i farmaci di nuova generazione, per cui tu qui, entrando vedevi l'inferno. Non un istituto, non un Opg, perché vedevi gente con la testa fasciata, vedevi gente trasandata, gente sporca, abbandonata, che fumava due sigarette contemporaneamente, che si aggrappavano, perché volevano, vedevano un essere nuovo e volevano ascolto ecc. Quindi veramente una realtà terribile.

Be: siamo negli anni ottanta.

B: mi ricordo che il primo colloquio che io feci. Il primo giorno lo abbiamo fatto assieme al mio collega Giancarlo. Avevamo una stecca, una specie di libriccino, eravamo seduti in fondo a quella stanza, avevamo una scrivania in due, e abbiamo chiamato questo detenuto, che si chiamava Imperatore Cesare.

Be: non ci posso credere.

B: incominciò a sciorinare tutto un delirio, perché praticamente, mischino, guarda. Con quel nome e cognome che si ritrovava ... tutto sporco, gli abiti lisi, le unghie poi ... Comunque Imperatore Cesare e poi gli altri ... Io quella notte non ho dormito. Ero in crisi, in crisi totale, un po' di paura anche perché tu scopri quella parte tua che compensi. Perché tutti un po' lo siamo, in tutti c'è quella parte folle. Poi il secondo giorno, poi il terzo, finché non decidemmo, con il mio collega di separare i campi di azione, nel senso che ognuno avrebbe avuto i suoi casi da seguire e da chiamare perché ricordo che allora erano tantissimi, ora non so essere precisa però mi ricordo di aver avuto in carico qualche cento casi io ed altrettanti lui. Ci siamo separati ed abbiamo cominciato a fare i colloqui. Andavo anche dentro (nei reparti carcerati, nelle celle), abbiamo avuto anche qualche piccola minaccia, minaccia così per dire, "ma chi glielo fa fare ad andare dentro, lei ha un bell'ufficio, si sieda, chi la disturba?" E no, noi abbiamo cominciato.

Be: certo, con l'intento di cominciare un processo educativo, diciamo un tentativo di cambiamento.

B: sì un tentativo di cambiamento.

P: c'è stata una resistenza alla vostra figura?

B: sì, alla figura sì! Non ti dico poi quando abbiamo partecipato. Mirabile ci faceva partecipare alle equipe, però il potere decisionale era del medico, del medico di reparto. Poi abbiamo iniziato a proporre degli spettacoli per

tutti, il giorno dopo non ti dico, l'assalto c'era. Perché lui, Mirabile ci diceva di sì, le iniziative che riuscivamo a proporre.

Be: a voi due?

B: sì. Le iniziative che riuscivamo a proporre, sai c'era una compagnia? Io conoscevo una compagnia e chiedevo se ci potessero portare uno spettacolo in Opg. Eh! Piano piano io ho iniziato a fare una lettura del contesto, ho cercato di capire, di leggere, a mio modo, da sola. Abbiamo cercato di creare, intanto uno schedario, intanto capire quali erano i bisogni di queste persone, perché di bisogni si trattava. Abbiamo scoperto anche che, per esempio, gli internati potevano usufruire di 45 giorni di licenza d'esperienza. Questa licenza d'esperienza veniva concessa dai magistrati, per sperimentare il comportamento dei soggetti sul territorio, nel contesto di afferenza, anche nel paese d'origine, per migliorare i rapporti con i famigliari per favorire la riabilitazione di queste persone.

P: ma sempre sotto vigilanza?

B: sì perché le licenze di esperienza in effetti, quando è concessa, il magistrato dà delle prescrizioni a cui il soggetto deve attenersi. Per esempio non uscire di notte da casa, non frequentare locali che abitualmente vengono frequentati da delinquenti o da persone socialmente pericolose.

Be: interessante questa cosa.

B: un'altra alternativa era l'affidamento ai famigliari. Il problema che c'era è che pochissime persone potevano usufruire di questi benefici. Ne poteva usufruire chi aveva la possibilità di pagarsi un albergo e una locanda, infatti queste persone andavano a fare la licenza o al Giorgio Hotel oppure presso una locanda. La locanda Caterina dove... una casa di appuntamenti. Ma non era questo il problema, il problema di fondo era che queste persone venivano usate, venivano sfruttate perché oltre al compenso per la prestazione ecc. gli sciupavano tutti i soldi. È chiaro che questa strada non era percorribile e però c'era un altro problema legato al fatto che chi era povero non poteva uscire perché molti reati, commessi dai prosciolti erano reati commessi in ambito familiare, per cui quando loro entravano qui i famigliari li abbandonavano, quando commettevano reati gravi. Venivano abbandonati dai familiari anche quando commettevano reati di lieve entità perché, può sembrare strano, chi

commetteva un reato grave, molto spesso, dopo un trattamento farmacologico, si compensava; mentre quelli che commettevano un reato minore, senza una risonanza sociale elevata come l'offesa a pubblico ufficiale, la minaccia, rubare un uccellino esposto in una gabbia davanti ad un negozio, non uscivano più! Perché continuavano a star male, erano fastidiosi per la famiglia, per il territorio, erano fastidiosi per l'esterno. I cosiddetti dipartimenti di salute mentale, CIM all'epoca, centri di igiene mentale, non erano né attrezzati, né funzionanti, mi dispiace dirlo. Per cui queste persone arrivavano qui su denuncia dei famigliari. Sai quante mamme e quanti papà ho visto piangere davanti a questa scrivania? Perché praticamente andavano a chiedere aiuto ai servizi territoriali che rispondevano di non poter far nulla perché a seguito della legge 180 è il malato a dover dare l'adesione al trattamento, in mancanza di questa non ci può essere un obbligo, erano dunque i servizi territoriali a consigliare di denunciare il parente malato con la certezza che un paio di mesi di Opg non avrebbero gravato. Dunque quando i genitori venivano a trovare i propri figli, si rendevano conto che questa era un'istituzione penitenziaria già dai controlli, le sbarre, c'è tutta una percezione che sconvolge. Per cui c'è quest'altra componente, che famigliari spesso interrompevano i rapporti perché comunque dicevano no alle licenze, no al riaccogliere il parente a casa perché era disturbante, perché comunque dava problemi. A questo bisogna aggiungere anche che c'erano molto congiunti che abbandonavano, delegavano completamente a questa struttura, la gestione del parente; non solo, gli internati venivano quasi sempre interdetti, i famigliari, pur prendendo la pensione, accumulavano la pensione e questi non avevano neppure un soldino per comprarsi le sigarette o qualsiasi altra cosa. Queste cose noi le abbiamo verificate nel tempo ed allora il primo passo è stato quello di far venire qui, sempre volontariamente, un servizio di patronato, che comunque c'era già in passato e che ne aveva approfittato alla grande, perché pochi prendevano la pensione, io non accuso però il dato certo è che pochi percepivano il loro denaro. Io allora coinvolsi mio marito, che lavorava presso un patronato, per mandare qualcuno. Abbiamo fatto lo screening ed abbiamo visto chi era senza pensione, a molti mancava la pensione. Abbiamo cominciato a scrivere ai tutori.

Be: che bella questa cosa. Che anni erano? Sempre anni ottanta?

B: sì. Abbiamo cominciato a scrivere ai tutori per dire o portate i soldi o mandate i soldi o noi vi denunciemo al giudice tutelare immediatamente. Alcuni li portarono, altri ... A quel punto i detenuti cominciarono a comprarsi, che ti posso dire? Il succo di frutta, piccole cose.

P: una cosa molto piccola ma per loro, in questo contesto, gigantesca.

B: era importante. Parallelamente, nello stesso periodo, quindi, queste persone non potevano andare in licenza. Noi certamente non li mandavamo alla locanda, dove potevano essere strumentalizzati, assolutamente. Sarebbe stato diseducativo. Magari li mandavamo tramite il UEPE¹⁸⁴, perché si iniziò a strutturare un'equipe, perché allora le figure lavoravano in maniera sganciata. Quindi siamo stati noi ad istituire l'equipe di trattamento prevista dalla legge.

P: **ok, quindi c'era un'articolazione ma non veniva messa in pratica.**

B: no perché comunque neanche negli altri istituti ...

P: sempre quella famosa resistenza al cambiamento.

B: noi eravamo definiti rivoluzionari, quasi brigatisti rossi eravamo. Infatti l'anno che abbiamo fatto il corso a Roma c'erano i carri armati, è venuta la DICOS. Erano anni caldi quelli, anni caldissimi. Comunque anche noi abbiamo cercato di capire quale metodo, abbiamo sperimentato. Quindi abbiamo fatto questa equipe allargata, perché era presieduta dal Direttore, poi quella istituzionalmente riconosciuta è formata da Direttore ed educatore e dall'assistente sociale in più negli istituti penitenziari, per legge, è previsto l'esperto ex articolo 80, esperto psicologo o criminologo. Noi abbiamo avuto anche un'altra fortuna, di incontrare sul nostro percorso la criminologa Russo, Gaetana Russo¹⁸⁵ che era Professoressa di medicina legale e per noi è stata una maestra con la emme maiuscola, è

¹⁸⁴ Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna, un ente imprescindibile e con il quale collaborare in progetti di reinserimento come quelli descritti dalla Biondo

¹⁸⁵ Gaetana Russo è stata Professore associato di Criminologia e Difesa sociale presso l'Università di Messina. Ha iniziato la sua attività presso l'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Messina a far data dal 1975 e dal 1984 è Professore associato di Criminologia e Difesa sociale presso la stessa Università. Dall'anno accademico 1997-98 all'anno accademico 2009-2010 ha diretto il Corso di Perfezionamento in Criminologia istituito presso l'Università di Messina. La sua attività scientifica, tutta di interesse criminologico, si è sviluppata attraverso ricerche, condotte prevalentemente con metodologie empiriche, riguardanti prevalentemente gli omicidi

stata eccezionale. Quindi abbiamo istituito questa equipe a cui presenziavano anche gli esperti psicologi e criminologi, di volta in volta a seconda di chi era disponibile ed il medico di reparto che allora aveva una doppia veste perché ancora qui non erano entrati gli psichiatri per cui era il medico di reparto che aveva un ruolo molto importante: faceva da psichiatra, curava i disturbi nervosi e curava anche l'aspetto clinico in senso stretto, internistico ecc. Dunque le decisioni venivano in qualche modo mediate favorendo la condivisione, indispensabile per la tipologia di detenuti che noi avevamo, perché avevamo detenuti che presentavano anche una certa pericolosità e chiedevano permessi, semilibertà, articolo 21 e quant'altro. Nel frattempo arrivò qui un prete, il famoso padre Insana.

Be: Pippo?

B: Pippo Insana. E praticamente lui era un prete lavoratore, e mi ricordo che lui venne a parlare con me perché c'era un ragazzo che lui aveva accolto ma a seguito di un reato lui voleva venire a trovarlo in istituto. Allora io mi prodigai per fargli ottenere il colloquio. La volta successiva, quando lui venne, abbiamo parlato, io gli dissi che in istituto c'era un prete vecchissimo, un tipo impressionante, e gli mostrai il mio interesse a collaborare con lui percependolo subito come una persona colta e con voglia di fare. Da qui nacque questo connubio che, non so come è stato, ma lui divenne cappellano di quest'istituto ed abbiamo iniziato perché da lì si è fondata la Casa di Solidarietà ed Accoglienza¹⁸⁶.

Be: quindi c'era un'equipe davvero allargata.

B: sì, chiunque potesse aiutare partecipava (contestualizzare al periodo di cambiamento e sperimentazione rende meglio il vero significato di queste

familiari, i rapporti tra disturbi psichici e criminalità, il controllo sociale del malato di mente, la donna come autrice e vittima di atti devianti, alcune problematiche del settore penitenziario, la prevenzione nei contesti extra-giudiziari e le infiltrazioni della criminalità organizzata nell'economia legale

¹⁸⁶ Istituitasi come Associazione di volontariato, sul suo sito web si presenta così: L'Associazione di Volontariato "Casa di Solidarietà e Accoglienza" nasce l'1 dicembre 1986 per operare a favore delle persone internate dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (Opg) di Barcellona Pozzo di Gotto. e delle persone con patologia psichiatrica del territorio. Collabora con il MDSM di Barcellona Pozzo di Gotto e della provincia per la promozione dei diritti delle persone con disagio mentale, accogliendoli nella propria struttura e attivando percorsi di reinserimento socio-lavorativo

parole), c'eravamo resi conto che Pippo ci poteva dare a noi ma soprattutto ai detenuti, una grande mano d'aiuto. [...] Noi avevamo cominciato con Pippo, avendo creato la Casa di Solidarietà ed Accoglienza a mandare quei detenuti che stavano benino, in licenza d'esperienza, con tutte le precauzioni e Pippo Insana si coricava da solo con loro in questa casa. Abbiamo fatto, pure, per dare un piccolo supporto ...

Be: viveva di donazioni, e comunque era di Barcellona questo prete?

B: sì, una coppia di farmacisti gli aveva ceduto questi appartamenti in affitto a quattro soldi. Una casa grande con delle stanze, c'era una specie di patio all'interno. Loro sono state delle persone eccezionali. Abbiamo deciso di fare un piccolo statuto in cui, chi aveva la possibilità, dava un'offerta di diecimila lire. Chi poteva, dava un'offerta perché chi non poteva andava gratis e mangiava, c'erano non pochi costi. È chiaro che, quando tu fai una cosa poi c'è la gente che pensa di vederci il marcio, perché comunque Padre Insana era quello che girava all'interno delle sezioni e se vedeva che le persone, gli operatori stavano chiusi nelle stanze, te lo diceva. Se vedeva qualcosa che non andava ne discuteva con noi educatori e così si sollevavano problemi che forse non a tutti stavano bene.

P: in sostanza creava delle problematiche.

B: creava problemi se qualcuno non faceva il proprio lavoro. Dunque ci sono stati momenti di tensione.

Be: certo cambiando i paradigmi ...

B: inizialmente solo quando si promuovevano delle iniziative, successivamente anche quando entravamo nelle sezioni, alcuni non ci potevano vedere (in quanto rappresentanti di un nuovo modo di agire e trattare i detenuti). Però è stata una grande soddisfazione quando siamo riusciti a fargli cambiare idea. Questo mi fa capire che noi siamo gli operatori, gli altri non sanno, non conoscono le regole, non sanno quello che c'è qua, il primo passo verso l'accoglienza dobbiamo farlo sempre noi. Quindi sì, c'era qualcuno rigido ma poi in linea generale, non ti dico poi i detenuti, chi mi doveva fare il baciamento, chi si preoccupava della mia incolumità. [...] Ho visto detenuti in fase di fastidio, che manifestavano comportamenti ed atteggiamenti aggressivi però mai nessuno in 42anni mi ha torto un capello, mai nessuno. Ora, per ritornare

al nostro discorso, con tutto quello che succedeva, incominciarono le maldicenze nei confronti di Pippo: che si prendeva i soldi ...

P: faceva tutto questo a scopo di lucro.

B: esattamente. Quando sono venuti i direttori nuovi, chiaramente, mi chiamavano per chiedermi di questo fatto. Uno mi disse una volta: “oggi andiamo dal Vescovo”, e va bene andiamo dal Vescovo, non ci sono problemi. Poi invece dal Vescovo non ci siamo andati perché spiegata la situazione riuscivo ad ottenere fiducia. Quindi abbiamo cominciato con queste licenze d’esperienza e la Casa di Solidarietà ci ha dato anche la possibilità di agganciare i familiari intimoriti, spaventati e quant’altro e potergli dare conferma che il proprio caro fosse migliorato, ci sono dei progressi, magari qualche volta potete venire a colloquio o a trovarli quando sono in licenza presso la Casa, quindi l’accompagnamento anche attraverso il UEPE che scriveva, e quindi la ricucitura con i familiari, relazioni affettive, non sempre e non per tutti ma in larga parte ricucite.

P: **c’erano resistenze dal territorio?**

B: all’inizio il territorio guardava male. Ma che stavamo dicendo? La ricucitura dei rapporti con i famigliari era molto utile perché si iniziava a fare questo percorso in sede per poi programmare il rientro sul territorio. Alcuni familiari acquisivano fiducia e quindi si aprivano anche all’accoglienza in ambito familiare, con il supporto quando il DSM del territorio rispondeva, con il supporto del DSM: quindi controlli periodici e così qualcuno ha avuto la possibilità di rientrare. Per altri questa possibilità non c’era, anche perché il magistrato, la Magistratura di Sorveglianza per revocare le misure di sicurezza chiedeva; sicuramente faceva riferimento a dati soggettivi inerenti la condizione psichiatrica del paziente ma voleva una rete di supporto che, ovviamente, preveniva l’eventuale commissione di ulteriori reati oltre a garantire il benessere della persona ovviamente. Ma c’era questa difficoltà, che i dipartimenti, i centri di salute mentale, non rispondevano nonostante gli interventi che il UEPE allora faceva. Il servizio sociale scriveva chiedendo di formulare per i soggetti, nell’ottica della loro dimissione, un progetto di reinserimento o comunque, intanto chiedeva la presa in carico dei soggetti afferenti, per esempio se erano di Catania al centro di igiene mentale di Catania, se erano di Siracusa a Siracusa e così via. Ma molto spesso, i

centri di igiene mentale non funzionavano; o non avevano personale, o per esempio andavano in missione e venivano una volta a settimana, non ti rispondevano neanche per la presa in carico. Poi abbiamo studiato che invece c'era un obbligo per i DSM competenti per territorio, in base alla legge quadro, non mi ricordo di quale anno era, del '78. Questa legge quadro imponeva, cioè era previsto che questo servizio dovesse funzionare, imponendo di occuparsi di queste persone. Quando il servizio sentiva parlare di malati di mente autori di reato, già anche lì c'era un pregiudizio, quindi, nel tempo, si è lavorato anche su questo fronte. [...] Qualcuno cominciò a rispondere, qualche medico più sensibile. Ci fu un periodo in cui funzionavano a macchia d'olio, qualcuno, su queste basi, incominciò a rispondere, venivano e visitavano i pazienti, oppure chiedevano la documentazione e poi telefonavano a noi chiedendo informazioni circa il comportamento del soggetto, allora noi lì ad illustrare come il soggetto partecipava alle attività. Erano stati attivati molti corsi di orientamento professionale a carattere pratico più che teorico, privilegiando la pratica e l'aspetto socializzante, erano piccoli momenti conviviali e di scambio anche con noi. Per noi era importante capire come si relazionavano anche con i docenti, in un clima di maggiore apertura. Anche la scuola, era costituita qui la scuola elementare, perché c'erano molte persone che avevano perso completamente le conoscenze acquisite con un analfabetismo di ritorno ecc., però aimè! Anche lì ci sono state, non dico lotte, ma dei momenti di criticità, perché i vecchi docenti erano abituati a venire ed a leggersi il giornale.

Be: poi venivano senza una formazione ...

B: certo! Però quando cominciammo a scendere noi a scuola, loro si sentivano controllati (ride). Allora abbiamo, hanno capito, ci siamo detti perché non leggere il giornale con i detenuti? Incominciare da questo, incominciare a dialogare, a relazionarsi? In fondo quello di cui quelle persone avevano bisogno era l'ascolto, un ascolto attento, interessato. Questo, nient'altro, nient'altro! E quindi cominciò, anche perché noi li abbiamo coinvolti a venire nell'equipe, a parlarci degli alunni.

P: e qualcosa dovevano pur dirlo.

Be: dovevano fare qualcosa.

B: dunque noi facevamo delle equipe allargatissime allora. Poi ad un certo punto, in questo turnover di direttori napoletani, cominciò ad apparire Nunzio (Nunziante Rosania). [...] Lui ha capito che bisognava dare un senso al quotidiano vivere di queste persone e quindi scandire la loro giornata con un offerta di opportunità. Lo volevamo fortemente e così fu, lui fece la richiesta e ci arrivò questo Direttore con il quale, in effetti abbiamo cominciato a costruire tante belle cose, forse non andava bene per un istituto penitenziario ma andava bene per le persone malate, non c'è ombra di dubbio su questo. Quindi si istituì una squadra interna per le pulizie per le sezioni, le contenzioni diminuirono, furono assunti alcuni psichiatri giovani. Questo fatto di questi giovani psichiatri che entravano e lavoravano a stretto contatto con noi educatori, perché comunque avevamo fatto gruppo, fronte schierato rispetto a certe cose ...

P: dunque la tripartizione che c'era tra le diverse aree cominciò a sparire a favore di una cooperazione.

B: esattamente. E allora questa integrazione ha favorito lo sviluppo di una metodologia di lavoro più significativa e più mirata, e più strutturata. Perché dico questo? Innanzitutto perché questi psichiatri hanno cominciato a mandare via tutte quelle persone che venivano qui in osservazione, i giudicabili in osservazione, che molto spesso giocavano su questa cosa per attenuare le loro pene. Loro quindi chiudevano l'osservazione ... quindi il numero diminuì, delle persone. Rimasero qui, via via sempre più malati. Persone che ti impedivano di muoverti, perché erano comunque persone pericolose. Quindi la sicurezza doveva essere garantita. Quindi non potevi aprire, quando abbiamo organizzato il karaoke sotto i portici, le celle e fare uscire tutti gli internati sotto i portici per fare questo karaoke. Oppure quando facevamo le feste di carnevale nelle sezioni, non potevi pensare di mettere insieme detenuti di un certo tipo con gli internati. Quindi questa cosa, come dire, della non presenza di certe persone, ha favorito lo sviluppo di attività trattamentali anche più, come dire, meno codificate. Certo, salvaguardando sempre quello che era l'aspetto della sicurezza generale, ma comunque permettendoci di muoverci con maggior libertà, permettendo soprattutto ai malati di muoversi.

P: permettendogli comunque di sentirsi persone, una cosa che prima non c'era.

B: certo, di vivere spazi anche più ampi, di avere una percezione dello spazio e del tempo, che si alterava danneggiando queste persone. Un conto è che tu ci metti una persona normale in una stanza dove legge un libro, che magari, che ne so, fa un cruciverba. Un conto è che tu ci metti due o tre persone deliranti che si contagiano a vicenda, che comunque non sanno cosa fare, è chiaro. Quindi abbiamo coinvolto quelli che stavano un po' meglio per le pulizie delle sezioni, abbiamo strutturato anche dei momenti di incontro, perché nel frattempo anche il mondo del volontariato era entrato qui e diciamo che c'erano molti giovani che giravano intorno alla Casa di Solidarietà ed Accoglienza, ma avevamo anche i gruppi del circolo ARCI esterno, avevamo tutte le parrocchie che venivano ad offrire feste nelle sezioni, ancora oggi alcuni continuano, avevamo tutti i giovani tirocinanti, ne avevamo moltissimi tirocinanti qua perché comunque all'epoca avevamo anche molti psichiatri che potevano, come dire, fare da tutor a coloro che frequentavano la facoltà di psicologia o di medicina. Quindi c'era la presenza di un altro mondo all'interno che quindi riportava un pezzo di mondo interno all'esterno.

Be: quindi c'era una grande partecipazione.

B: poi avevamo la casa che si era aperta ad ospitare le persone che andavano in semilibertà. Perché molti di questi internati poi venivano rilasciati, con gli psichiatri che svolgevano un buon lavoro con la neutralizzazione anche di alcune patologie.

P: andando avanti ovviamente cambiavano anche i farmaci, iniziavano ad essere più efficaci.

B: certo, con i farmaci di nuova generazione è chiaro che queste persone hanno potuto vivere una condizione migliore, penso. Però andavano comunque seguiti, quindi le licenze venivano date frequentemente, i dipartimenti rispondevano di più, anche se questa cosa dei dipartimenti di salute mentale ci ha accompagnato fino alla chiusura del 2015, perché le resistenze ci sono sempre state per l'accoglienza del malato, anche per le comunità. Per il CTA [Centri Terapeutici Assistiti] è l'ASP che paga, mentre per le case famiglia dove tu ci puoi mandare persone che comunque stavano un po' meglio, occorre una delibera per integrare la

spesa della retta. Quindi noi chiedevamo al dipartimento di salute mentale di mandare un progetto riabilitativo di reinserimento del soggetto che sta finendo la misura di sicurezza, consci che per noi quella persona stava bene ma solo con un progetto, con un accompagnamento poteva essere rilasciata. Per prima cosa, in base al tipo di malattia, loro decidevano se poteva andare in CTA, se poteva essere riaccolto in famiglia o andare in una casa famiglia. Quando il dipartimento o il centro di igiene mentale ci diceva “questo per noi può andare in famiglia perché può essere gestito. Noi lo visitiamo settimanalmente” oppure “può andare nella CTA però deve essere messo in elenco perché i posti sono pochi, il “posto non c’è”, così l’internato restava in Opg in proroga per un tempo indefinito.

P: come oggi con le Rems, è la stessa identica cosa.

B: esatto, lo stesso meccanismo. Noi dopo che passavano un anno, due anni, anche prima, scrivevamo attraverso il UEPE all’inizio, poi scrivevamo direttamente noi, perché la legge ci ha imposto, che quando c’è stata la chiusura dell’Opg, a bussare a sollecitare i dipartimenti per l’individuazione delle comunità terapeutiche assistite e quindi, è da questo che dipendevano le proroghe. Numerose proroghe, pensate che noi qui abbiamo avuto soggetti che per vent’anni sono stati internati in Opg, per aver fatto semplicemente un reato di offesa a pubblico ufficiale.

Be: no vabbé ... queste son cose ...

B: dolorosissime!

Be: son pagine della storia. Di qua, ma di tutti questi istituti, che dovrebbe insegnare tanto adesso.

B: e quindi. L’alternativa erano le case famiglia. Vedevano che era gente che non poteva rientrare in ambito familiare e che comunque era gente gestibile sul territorio, gente per la quale si poteva pensare anche un progetto lavorativo, di inclusione lavorativa, o di inclusione in attività territoriali.

Be: ma sì, poi con l’invalidità ci sono delle possibilità.

B: sì ma loro già ce l’avevano, perché quando dovevano andare in delle case, sia nelle comunità ma soprattutto nelle case famiglia; gli operatori che facevano? Prendevano la pensione e la gestivano. Veniva gestita dagli operatori, quindi gli davano un tot, anche perché, molto spesso, questa gente non aveva la capacità di capire il valore del denaro. Anche da Padre

Pippo si dava spesso un tot all'internato sotto la supervisione di Padre Pippo, magari qualcuno che aveva il vizio del vino se ne andava a bere ...

Be: o magari alla famosa locanda Caterina.

B: Però per le case famiglia era necessaria la delibera del comune di appartenenza dei soggetti perché dovevano integrare la retta. Quando il comune non ti rispondeva la situazione rimaneva bloccata, da qui appunto, tutte le numerose proroghe e i rifiuti, perché noi abbiamo tribolato per il superamento dell'Opg, e all'ultimo la legge imponeva la dimissione di queste persone, poi è subentrato che non poteva superare la pena iniziale.

P: **cioè?**

B: se per esempio per un reato, il codice penale per un soggetto sano prevedeva vent'anni e per un internato dieci anni, arrivato a dieci anni noi lo dovevamo scarcerare comunque, anche se di una misura di sicurezza si trattava. Però la Magistratura, cioè noi abbiamo lavorato assieme alla magistratura, io ringrazio Iddio per la nostra Magistratura, perché ci è stata molto vicina. Quindi abbiamo avuto una magistratura che ci ha accompagnato negli ultimi anni di superamento dell'Opg, è importante! Ci è stata molto vicina. Sorge però un nuovo problema, spesso telefonavano qui chiedendo chi avrebbe accompagnato il detenuto, questa mansione ovviamente ricadeva su di noi e lì subito a chiamare Pippo: "Pippo ti prego trova un volontario per accompagnare il detenuto in comunità". Magari poi Pippo non aveva più risorse e non sapevamo come fare e allora telefonavamo ai famigliari per trovare un volontario, magari pagavamo noi le spese vive. È stato un periodo molto, molto duro. Comunque alla fine ci siamo riusciti.

P: **comunque lei ha vissuto una rivoluzione ... Più di una a dire il vero.**

B: sì, più di una, perché poi dopo la chiusura, ho dovuto vivere quest'altro passaggio. Però questo è un pezzettino, rispetto a tutto quello che abbiamo fatto. Perché abbiamo fatto anche delle belle cose, abbiamo fatto dei laboratori teatrali con il coinvolgimento degli internati, loro recitavano, sono stati attori. Sono stati loro artefici e protagonisti di quegli anni, non noi. Noi gli facevamo da accompagnatori, gli davamo sostegno, orientavamo, ma anche i volontari a volte avevano bisogno di sostegno. Loro stessi sono stati autori del circolo ARCI che abbiamo all'interno con un chioschetto, i soldi che si accumulavano andavano investiti a loro

favore. A favore degli internati più bisognosi, dei detenuti, per le telefonate, per l'acquisto delle sigarette e quant'altro. Abbiamo un po' creato, modestamente, dei meccanismi per migliorare le condizioni di vita interne ma anche esterne, è quella la parte per cui abbiamo fatto tanto, perché noi siamo stati a contatto con la sofferenza quotidiana di queste persone. Siamo stati a contatto con delle persone, tu pensa, c'erano delle persone lievissimi, per esempio quello che aveva fatto scappare tutti gli uccellini, a Messina, e quello lo aveva denunciato, però la sentenza di proscioglimento è intervenuta all'epoca, dopo cinque anni dalla commissione del fatto, il che significa che quella persona era già ben compensata, già cominciava a fare qualche lavoretto, è stata presa e portata qui, quindi... Scompenso totale, sconvolgimento totale di una persona, per cui, cioè, non era bello. Ora, però, è peggio! Ora, comunque sono nell'articolazione di tutela della salute mentale, ma sono condannati, quindi restano qua per l'esecuzione del 148, vengono qua come condannati in osservazione per infermità sopravvenuta e quindi ...

Be: in cosa vedi il peggioramento?

B: guarda, io ... Magari può sembrare di parte, il discorso, capito?

Be: ma più che altro è la tua esperienza che parla.

B: per me da quando c'è stato il passaggio dal servizio sanitario penitenziario al servizio sanitario nazionale, formalmente siamo in due, apparteniamo a due famiglie diverse. Dico, con tutto il rispetto. Io con gli psichiatri, con gli infermieri ho continuato a lavorare, anche da parte loro c'è il desiderio a lavorare come abbiamo sempre fatto, sì, però è da due anni ...

Be: sono stati due anni diversi.

B: non c'è più un direttore psichiatra che unisce.

P: che coordina le due parti.

Be: che le unisce. Quindi questo è stato un grave danno?

B: dico, questo non è proprio vero ma dopo più di quarant'anni in cui ho operato in un certo modo, per me è così, per esempio l'area medica ha i suoi progetti ma una volta approvati da loro anche noi, come dipartimento della giustizia, dobbiamo richiedere le nostre autorizzazioni, burocratizzando sempre di più. È stato questo il maggiore cambiamento, prima il problema non si poneva, si discuteva ed agiva. Probabilmente sarò

io ad essere limitata, non facendo parte della Sanità, io non posso decidere quale sia la cosa più appropriata.

P: dunque la componente trattamentale non è più la stessa, non dal punto di vista clinico.

B: loro vengono alle riunioni, però ultimamente io vedo che i colleghi chiedono per iscritto le relazioni psichiatriche sul paziente. Per capire se è migliorato ecc. Qualche volta li vedo in riunione assieme, però dobbiamo lavorare con quello che abbiamo e come meglio si può lavorare. Allora noi facevamo le riunioni di equipe a reparti, nelle sezioni, si chiamavano i pazienti a uno ad uno e si rilevavano i bisogni e le necessità tutti insieme, e ognuno faceva il proprio pezzettino. Io non voglio dire che allora era meglio ma io mi sono trovata bene con quel metodo, può darsi che nel tempo ne svilupperanno altri migliori chi lo sa?

Be: e che idea avresti per fare un ulteriore passo avanti? Visto che ne hai fatti tanti, hai attraversato tanti momenti chiave, hai raccolto tante sfide, molte io non le sapevo neanche ...

B: tante non te le ho neanche dette.

Be: però insomma, sei una che ha le idee inquadrare, una sfida che tu vedresti, cosa lanceresti?

B: ma per chi?

Be: per questo istituto.

B: allora per quest'istituto ci sono due aspetti, secondo me, da attenzionare seriamente. La prima è quella di creare, come dire, io in passato ho formulato dei progetti su integrazione professionale, dei progetti che noi abbiamo fatto in sede, perché per esempio, la mia collega mi diceva che ancora ieri, dopo trent'anni di nostro operato c'è gente che pensa che la sicurezza sia l'elemento principale quando la legge non fa altro che dire che le due anime devono integrarsi, sicurezza e trattamento. Intanto parliamo di questa realtà penitenziaria in senso stretto, quindi. Sicurezza e trattamento non sono due cose disgiunte, devono andare di pari passo, devono integrarsi anche perché ormai quest'aspetto è formalizzato, tant'è che la Polizia Penitenziaria partecipa a pieno titolo nelle riunioni d'equipe, partecipa a pieno titolo nelle attività trattamentali intramurarie, gestisce e coordina insieme a noi dell'area trattamentale i progetti, le attività, la

scuola, i corsi e quant'altro. Quindi è la filosofia anche della Polizia che deve cambiare in qualche modo, secondo me.

Be: quindi questa potrebbe essere una grande sfida, anche qua dentro...

B: si è per qua dentro, però vedi qua dentro, quello che si fa qua è propedeutico all'esternalizzazione di queste persone, perchè io posso avere pure un soggetto che entra qua oggi e tra un mese può essere fuori, perché io gli faccio fare immediatamente la domanda 199 e se i famigliari mi rispondono immediatamente e se le informazioni non sono negative, quello non ha necessità di stare qui altri due anni o diciotto mesi quanto prevede la legge, perché i diciotto mesi li può scontare benissimo a casa, se ci sono le condizioni e se viene fatta un'osservazione partecipata, seria.

Be: questa potrebbe essere una seconda sfida.

B: non è una seconda sfida, è già! È una norma. Quella della seconda sfida dovrebbe essere favorire sempre più l'integrazione delle due componenti area della sicurezza e area trattamentale, perché tutto si gioca su queste due componenti. Se non c'è integrazione non c'è operatività, non c'è funzionalità dell'operato.

P: Forse il problema è che ogni parte crede che il suo punto di vista sia più importante, senza capire che è solo un punto di vista.

B: brava. Bisogna capire che noi abbiamo bisogno di loro per poter lavorare e loro hanno bisogno di noi, per poter lavorare in un contesto gratificante, separati non si va da nessuna parte, perché noi gestiamo persone umane, noi e loro, più di noi. Loro hanno una parte più pesante che è quella del frontline diretto e continuo con queste persone. Quindi la sfida è quella di implementare al massimo le misure alternative per soggetti che aderiscono all'attività di osservazione e trattamento, perché il trattamento extra murario che deve essere potenziato, perché non è vero che se tu tratti una persona in un ambiente esterno in semi libertà o in articolo 21 o in affidamento, hai perso il polso della situazione. Queste forme o queste misure alternative vengono governate a loro volta da regole che la Magistratura impone e comunque noi mandiamo persone in esterno non allo sbando, ma persone che verranno governate, guidate, orientate anche dai servizi territoriali: quindi dal UEPE, dal Comune, ma anche da

associazioni esterne come cooperative, piccole industrie, da risorse del territorio. Cioè, la sfida secondo me è questa, che ogni istituto deve porsi come obiettivo. Perché se tu lasci una persona qua, anche se ti esce con una semi libertà, o con un affidamento e comunque non hai una rete sul territorio ...

P: ritorna qui.

B: ritorna qui. Ma se tu puoi fare un lavoro, in itinere, durante. Forse, forse diventa più difficile che tornino. Magari ne attiri uno ...

P: ma quell'uno è un successo.

B: Certo! Sono queste le sfide! Sono queste le sfide che noi facciamo rispetto alle istituzioni, sono queste le sfide che noi lanciamo alla società affinché ci possa dare sempre più proposte di reinserimento, perché nessuno è immune. [...] L'altra sfida invece è che funzionino intanto le Rems, perché noi abbiamo avuto qua dei soggetti, in misura cautelare provvisoria, perché non c'è posto nelle Rems, e quando commettono reati gravissimi non si sa dove mandarli. Poi ovviamente fare dell'articolazione, ridurre l'articolazione di tutela di salute mentale il numero dei presenti. Riducendo il numero intanto i soggetti vivrebbero in una condizione migliore, potrebbero essere seguiti meglio perché il rapporto tra operatori e utenti diventa un rapporto accettabile. Però, se vengono strutturate, così come a suo tempo si era pensato, di fare, mi pare, tre moduli da venti persone o comunque ridurre il numero a quaranta e stabilizzarlo, è chiaro che a quel punto ci sono più operatori, ci sono più tecnici, potenziamento degli OSA e degli OSS. La prima caratteristica del disturbato mentale è quella dell'abbandono, della cura del sé e quindi non ritrovare più sé stessi, non ritrovare più la cura per sé stessi. Ci saranno, ci sono le articolazioni di tutela mentale, e oggi non è più solo un fatto rilegato alla Sicilia, è un fatto presente in tutta Italia. Io ho fiducia nei medici, negli psichiatri, nei tecnici però anche loro devono essere messi in condizione di lavorare con efficienza, con più personale, anche se io mi augurerei che non ci fossero più agenti di polizia all'interno di queste sezioni, però con più personale sanitario, ci dovrebbe essere un tecnico della riabilitazione ogni dieci persone.

Be: una bellissima intervista, davvero.

B: no, non posso parlare che altrimenti mi emozionano.

Be: va bene però un'altra domanda: mi chiedevo come secondo te un'Università, un territorio, un'istituzione universitaria come la nostra, può? Potrebbe integrarsi, avvicinarsi, collaborare con un istituto come questo? Cioè, tra le sfide ce la vedi questa? Come vedi due istituzioni che si confrontano? Ti volevo proprio chiedere un parere personale e professionale.

B: io lo vedo, cioè io credo in questo connubio, come dire, in questa integrazione, io credo che sia necessaria l'integrazione. Perché l'integrazione fa sì che questo ambiente esca fuori dal suo chiuso, diciamo così, tra virgolette. [...] È importante per tutti, non solo per noi educatori. Un mio parere, perché comunque ti dà la possibilità per capire come relazionarsi con gli altri. È importante la relazione in questo ambiente perché se tu non la sviluppi ... Lo sforzo maggiore, in questi anni, credimi, è stato far passare certi messaggi e farli passare in maniera indolore. Perché si fanno le cose solo se gli altri sono convinti e quindi la prima educazione va fatta agli attori in campo.

Be: grazie anche di questa pillola di saggezza.

B: è quello che sento!

4.3. La Polizia Penitenziaria e l'impegno sindacale. L'esperienza di Vito Fazio

Il 30 gennaio 2020, mi recai presso il Vittorio Madia nel primo pomeriggio; in questa occasione da sola (P). L'appuntamento era fissato con il Sig. Vito Fazio (F), ex agente della Polizia Penitenziaria presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario prima, e della Casa Circondariale in un secondo momento. Non avevo mai incontrato il signor Fazio, essendo un membro del personale ormai in pensione, ma mi era stato largamente raccomandato di ascoltare le sue parole da più parti, lasciandomi sottendere che c'era, forse, qualcosa che solo lui avrebbe potuto raccontare. Quel pomeriggio, entrambi ospiti degli uffici amministrativi del V. Madia cominciammo la nostra intervista. In una prima fase, misi al corrente il mio interlocutore degli intenti della mia ricerca e poi lasciai che iniziasse il suo racconto. Fin da subito capii il perché di quelle calde

raccomandazioni. Il sovrintendente Fazio non è certo uno che “le manda a dire”, appare come un uomo tutto d’un pezzo, integerrimo, vigile e sicuramente appassionato del suo lavoro, tanto quanto del suo impegno sindacale.

Più di ogni altra, questa intervista mi ha permesso di delineare un quadro abbastanza chiaro di quelli che sono stati gli eventi ed i periodi di commissariamento dell’Istituto e di ripercorrere i fatti di natura politica che fin qui ci hanno condotti. Un’esposizione accorata (lo si capisce dalla terminologia utilizzata) ma che, sicuramente, va inserita in un preciso campo interpretativo, filtrato dalla forte ed inquadrata soggettività dell’intervistato.

P: innanzitutto, lei come è approdato qui? Quando ha cominciato a lavorare...

F: le spiego. Io mi sono arruolato nel 1980, sono stato inviato, dopo la formazione fatta a Napoli, a Portici per l'esattezza, presso la Scuola di Formazione della Polizia Penitenziaria. Sono stato inviato in quel di San Vittore. Qui ho vissuto, appunto perché era la prima esperienza, un momento terribile, di quelli che erano gli istituti di pena nazionali, erano gli anni '80, gli anni delle BR [Brigate Rosse], gli anni del terrorismo, quindi ci sono stati degli eventi gravissimi, sono stati fatti oggetto di attenzione e di minaccia parecchie persone, fra cui io e tra l'altro sono stati uccisi dei colleghi. Dopo sono stato mandato al supercarcere di Palmi. Qui ho fatto altri sette anni...

P: un'altra situazione semplice.

F: un'altra situazione terribile anche quella, però diversa rispetto a quella di Milano perché... Milano viveva una situazione di particolare sofferenza sia dal punto di vista dell'organico, sia dal punto di vista dell'approccio. Erano i primi anni di questa “invasione” pacifica di extra comunitari, quindi lì c'era una situazione di delirio. Ti trovavi ad interfacciarti con delle culture totalmente diverse. [...] Niente, dopo questa ulteriore parentesi arrivo qui a Barcellona.

P: ma questi trasferimenti le sono stati imposti o richiesti da lei?

F: no, no. I trasferimenti richiesti da me per avvicinarmi a casa.

P: lei è di Messina allora...

F: Io sono di Barcellona Pozzo di Gotto.

P: quindi arrivare a Barcellona per lei fu il massimo, giustamente.

F: esattamente. Arrivo qui nel lontano 1992 e il Direttore era già il Dottore Nunziante Rosania. Arrivo qui ed era un ambiente totalmente nuovo per me. Io non conoscevo questo tipo di realtà, si sapevo dell'esistenza del manicomio, però non conoscevo la realtà vissuta, non conoscevo la realtà della malattia mentale. Arrivo qui e subito chiedo di parlare con il Direttore, perché? Perché non riuscivo ad applicare la mia professionalità lavorativa in un istituto diverso come questo. Perché l'approccio che avevano i miei colleghi con l'utenza, era un approccio totalmente diverso rispetto ad un istituto di pena ordinario. E forse questa è la ragione che oggi ci porta ad avere un attimino di difficoltà, oggi 2020. Dunque chiedo al Direttore di andare via, dopo aver fatto 12 anni di attesa per arrivare vicino casa, chiedo di andare via. Testuali parole: "Mandatemi dove volete, io qui non voglio stare perché questo posto non è per me". Il Direttore non lo dimenticherò mai, mi rispose: "lei sta vivendo una nuova condizione, non riesce, in ragione di quello che è il suo operare in un istituto di primo livello come Palmi, non riesce ad operare ed è evidente che ha bisogno di rinfrancarsi. Faccia il punto, poi se in lei permane questo stato di malessere, valuteremo il farla". In soldoni, riesco ad entrare nell'ottica di questo lavoro ed inizio la mia avventura presso l'Opg di Barcellona. Questa avventura è stata un crescendo di modifiche, in maniera camaleontica, del mio operare, senza mai venir meno a quelli che erano i miei punti cardine, improntati alla serietà, professionalità, gentilezza, al modo di porsi e quant'altro. Però riuscendo, appunto a capire cos'era la malattia mentale e chi erano gli utenti che avevi davanti.

P: anche perché non sempre questi utenti erano ciò che ci si aspettava. O sbaglio?

F: questi utenti. In realtà avevamo delle situazioni che in istituti ordinari non si vivono. Ora si, purtroppo. Ora in tutti gli istituti nazionali ci sono delle sezioni per l'articolazione della salute mentale o, diciamo meglio, per gli psichiatri o psichiatrici. Ma in realtà non c'è una peculiarità o una conoscenza di una tematica come quella della malattia mentale. Quindi quando ho preso coscienza di ciò, ho modificato il mio agire e da lì, in un

crescendo di approcciarsi, ragionare, il porsi, il condividere quelle che potevano essere le ansie e le preoccupazioni di chiunque con l'utenza. Nel frattempo era sopravvenuto, da parte del Direttore. Il Direttore era un progressista, lo è. E si era inventato delle situazioni che permettevano sia all'utenza, sia al personale di Polizia Penitenziaria di vivere delle situazioni che rendevano più sereno l'approccio con la malattia mentale e quindi si era creato un gruppo di agenti che facevano parte del NAT, il Nucleo delle Attività Trattamentali. Lo inventammo di sana pianta perché non esiste una peculiarità del corpo della Polizia Penitenziaria così definita.

P: si da tutte le interviste fatte finora emerge la compartecipazione al fine di creare anche nuovi metodi di agire a beneficio di tutti gli utenti.

F: sì, insieme, siamo intervenuti al fine di annullare gli eventi critici. Questi erano all'ordine del giorno, anche gravi come i suicidi, aggressioni tra i detenuti per banalità, aggressioni a danno del personale per delle stupidate. Quindi lui [Rosania] mettendo in campo, con l'ausilio della PP ed un pensiero che andava ad annullare i momenti di attrito, metteva in campo degli accorgimenti senza ledere i regolamenti dell'ordinamento penitenziario, l'ordinamento del Corpo e quant'altro, senza ledere assolutamente le impostazioni di Polizia Penitenziaria. Così si riusciva ad affrontare, in lungo e in largo, quelle che erano le quotidianità.

P: perfetto. Lei prima ha raccontato della sua difficoltà nel inserirsi in un contesto del genere. Cosa l'ha convinta a restare? Una valutazione costi/benefici o è stato convinto, non so...

F: no! Non è stata una valutazione costi/benefici nella maniera più assoluta, perché non mi sono fatto condizionare da questo, perché dovunque andavo non sarebbe stato un problema approcciarsi o realizzare la propria vita privata. La mia professionalità, appunto, l'ho sempre improntata nell'essere utile. Io non posso essere solamente, come qualcuno osava dire in questo istituto, quello che apre e chiude le porte, o il classico maggiordomo in blu. Io sono un uomo che pensa e che cerca, in ragione dello stipendio che cerco di guadagnarmi, di dare il suo apporto.

P: quindi, in sostanza, l'ha vissuta come una nuova sfida.

F: certo! Per me è stata senz'altro una sfida, ed ho cercato di migliorarmi anch'io, dal punto di vista professionale. Perché ho iniziato a studiare, con

particolari sforzi, non essendo la mia scolarità molto alta, facendo particolare violenza al mio pensiero e ritagliandomi dei tempi anche durante la notte. Ho studiato ed ho cercato di affermarmi per avanzare nella carriera, nella qualifica, infatti mi sono congedato da sovrintendente capo. Ho fatto un paio di concorsi, li ho superati tutti quanti e poi sono stato promosso e ho affrontato la mia attività ricoprendo dei ruoli all'interno dell'istituto con... posti di particolare rilievo come l'ufficio comando. Il Direttore usava dire che io ero la coscienza critica del suo agire, perché tra l'altro, quando sono arrivato, sono diventato anche rappresentante sindacale di categoria del Corpo. Faccio parte ancora oggi di un'organizzazione sindacale del corpo di Polizia Penitenziaria, la sigla più rappresentativa, il SAPPE¹⁸⁷, capitanata dal Dottor Donato Capece¹⁸⁸ e ancora oggi...

P: bene. Non so, adesso... mi vuole raccontare qualche episodio? Come i detenuti venivano gestiti...

F: allora. Le giornate, se noi... in ragione di quello che deve essere il lavoro, le gestiamo senza vedere ed aprendo e chiudendo le porte, non gestiamo niente, non ci occupiamo di niente, siamo come i maggiordomi in blu. Invece le giornate, le quotidianità di persone che fanno qualcosa, in ragione del mandato istituzionale, hanno un'altra impronta. Devi avere modo di interfacciarsi con quelle che sono le peculiarità e le esigenze che accompagnano ognuno degli utenti. Perché è facile dire pregiudicato, è

¹⁸⁷ Il S.A.P.P.E. è il Sindacato Autonomo di Polizia Penitenziaria

¹⁸⁸ Donato Capece segretario generale del Sappe e già Commissario Coordinatore del corpo di Polizia Penitenziaria. Giovanissimo, nel 1969 si è arruolato nel Corpo degli Agenti di custodia (oggi polizia penitenziaria), dove ha costruito la sua brillantissima carriera. Tra gli innumerevoli incarichi in seguito rivestiti, quello di comandante di reparto al "Regina Coeli" di Roma e quella di commissario coordinatore del Corpo di polizia penitenziaria, che corrisponde al grado di tenente colonnello, ovvero di vice questore aggiunto, il primo in assoluto a svolgere nel "Corpo" questa mansione. Numerose le onorificenze acquisite nel corso della sua lunga carriera: medaglia d'oro al merito di lungo comando; medaglia di bronzo al merito di servizio; onorificenza di "Cavaliere al merito della Repubblica italiana"; onorificenza di "Gran ufficiale al merito della Repubblica italiana"; onorificenza di Commendatore all'Ordine "Al merito della Repubblica italiana"; medaglia d'argento di benemerita del Sacro Militare Ordine Costantiniano di San Giorgio, Croce Rossa Garibaldina del Corpi sanitari internazionali

facile dire non c'è futuro, è facile dire è scemo, è facile dire è pazzo, ma non è così. Anche la persona con un quoziente intellettivo basso o con un malattia che lo porta in una condizione di disagio forse, proprio per questo, e senza forse, ha bisogno di più attenzioni. E se l'attenzione non è data nella maniera dovuta, senza dimenticarsi il ruolo, si rischia, tante volte, di arrivare in situazione di grossa criticità. Quindi la quotidianità, la mia quotidianità, le parlo di quando ancora ero agente, è quindi mi occupavo direttamente di quelle che erano la quotidianità: apertura e chiusura delle stanze, la conta, questo, quell'altro, tutto quello che era attinente alla quotidianità. Io avevo un mio modo di avvicinarmi, entravo e per mia indole salutavo, scherzavo e questa era la cosa che mi aveva condizionato di più quando ero arrivato, io non comprendevo il modo di agire dei miei colleghi verso l'utente.

P: perché si comportavano con indifferenza?

F: no assolutamente, si comportavano benissimo. Ero io che non avevo capito con chi mi dovevo avvicinare. Tant'è che poi il rapporto, era un rapporto diretto non il classico distacco in uso negli istituti di pena nazionale: “lei cosa vuole? A lei cosa serve?”. Proprio in ragione del disagio della malattia ti interfacciano direttamente. È ovvio che qui entra in gioco la professionalità che riesci a modulare a seconda di chi è l'interlocutore, perché se è il soggetto con la malattia psichiatrica conclamata e ha bisogno di un approccio che non sia rigido, distaccato, basato su quello che dice il regolamento, è evidente che non vai da nessuna parte. Ti devi avvicinare diversamente, con il “tu”, chiedere “cosa fai?, hai bisogno di qualcosa e cosa posso fare?” la situazione diventa più lineare perché il soggetto che vive il disagio e sta chiuso in una stanza è evidente che così sta fuori più tranquillo. È una relazione diversa e quindi improntavo il mio lavoro su questo. Quindi entravo con molta serenità, tranquillità, addirittura c'era gente che non riusciva nemmeno a lavarsi il viso e io lì la costringevo, tra molte virgolette, con le parole, anche a lavarsi la camera. All'epoca c'era il lavorante addetto a tutte le stanze, io invece, per responsabilizzare e per creare un ambiente di quotidianità e di vita, io gli fornivo lo straccio, lo spazzolino, io gli fornivo tutto affinché diventassero proprietari di quell'ambiente e creassero loro, a loro volta, un ambiente ed un modo di porsi. Da lì è partita una crescita continua, poi

torno a ripetere, per volontà del Direttore e dell'equipe del trattamento, si era creato questo gruppo è da lì era partito, all'interno delle sezioni... le stanze erano quotidianamente aperte, si aprivano alle otto e si chiudevano alle ventuno, quindi l'istituto era sempre aperto. Una continua evoluzione che ci aveva portati ad annullare quasi completamente gli eventi di criticità, non c'erano situazioni di aggressività.

P: dunque avendo un occhio di riguardo al trattamento e cercando di creare un contesto vivibile, anche chi aveva grosse difficoltà si ammorbidiva.

F: perfetto.

P: la Dottoressa Biondo mi parlava proprio di questo, della compliance del trattamento. Ha fatto riferimento alle gite. Lei ha partecipato qualche volta?

F: certo, tantissime volte, però anche lì... vede le gite nel contesto esterno, se non organizzate bene, con un'unica unità di Polizia Penitenziaria, potevano essere equivocate, perché il disagio mentale lo è comunque, io che non riesco a realizzare dove sono e cosa faccio ho bisogno sicuramente di una persona che mi attenziona, e se la persona non si preoccupa delle esigenze del contesto, si può disperdere quello che è la gita. Noi usciamo in gita, era quindici, diciotto, venti, sette, uno internati ed un operatore di PP a volte, con gli operatori parasanitari, più o meno. Però io le gite non le ho mai viste in maniera fruttuosa, bello uscire, però quando andavi fuori e non c'era la possibilità di vivere singolarmente le venti persone, diventava una cosa un pochettino distorta perché tutti quanti, come le dicevo prima, hanno bisogno ognuno della propria attenzione, ognuno di noi ha il proprio essere.

P: quindi, secondo lei, era più fruttuosa l'apertura delle celle rispetto alla gita.

F: no, non dico questo. Fuori bisognava uscire però...

P: bisognava organizzare diversamente.

F: sì, doveva essere più raccolto. Se il numero fosse stato più raccolto... io non mi dimenticherò mai una gita fatta con il Direttore. Siamo andati a Montelupo Fiorentino, ci siamo stati per fare una rappresentazione teatrale, fatta da soggetti nostri tra cui dei soggetti difficili da gestire, infatti in quell'occasione il Direttore volle me per fare il "pitbull" per un

soggetto specifico, conoscendo le mie attitudini. Senza pesare nella mia rigidità o forma mentis, io sono stato lì a fare il cane da guardia, letteralmente. Però non è successo niente rispetto a quello che poteva succedere perché siamo andati in bus, siamo stati lì, abbiamo fatto la nostra rappresentazione, la loro, erano loro gli attori, gli internati. Poi noi operatori abbiamo fatto un piccolo intervento presso il teatro dell'istituto di Montelupo Fiorentino. Sì, mi ricordo questa cosa perché fu una delle più fruttuose. Il gruppo era più ristretto, c'era un mandato specifico, ognuno di noi aveva una linearità ed un mandato da seguire allo scopo di raggiungere un obiettivo.

P: una maggiore progettualità dunque.

F: era perfetta. Mentre invece la quotidianità delle gite, pur fruttuose, nel contesto locale, secondo me non erano...

P: **lei le avrebbe impostate in modo più strutturato.**

F: certo assolutamente ma torno a ripetere, è una mia opinione. Finché ho operato, ho avuto la fortuna di non aver visto mai un suicidio, ho avuto la fortuna di non vivere mai particolari criticità, non sono mai stato vittima di violenza diretta, ho vissuto la mia carriera in modo tranquillo.

P: aveva già dato a San Vittore.

F: già, lì avevo dato parecchio. Ma pure a Palmi. Questo comunque resta l'istituto per antonomasia per i dipendenti di PP. Nel 2020 per conoscere a pieno il mandato istituzionale, chiunque dovrebbe fare almeno un mese qui. Ora qui c'è una difficoltà oggettiva, una difficoltà su molteplici aspetti.

P: **io, vivendo solo una stanza di questo istituto, percepisco la dissonanza tra la legislazione e la realtà delle cose, credo che l'Opg non ci sia più, ma solo sulla carta...**

F: questa è tutta una grande ipocrisia messa in campo, in primis dai politici nazionali. A cominciare dall'allora presidente della Repubblica Giorgio Napolitano e dal fu Senatore... era un senatore della Repubblica, ha fatto il sindaco di Roma, un uomo del PD, all'epoca DS [democratici di sinistra]. Era il responsabile in una commissione parlamentare, quella per la Efficienza ed Efficacia del servizio Sanitario Nazionale. Un giorno, il senatore Marino insieme a tutto un seguito di politici, perché appunto era una commissione senatoriale, erano, se ricordo bene diciotto senatori, di

tutte le estrazioni politiche, però il capo era Marino, era lui il Presidente della Commissione. È arrivato qui a Barcellona credendo di trovare un ospedale ordinario e cercava il primario, non le descrivo il modo di porsi, di muoversi... credeva di trovare, appunto, un ospedale ordinario...

P: si era fermato solo al primo termine.

F: sì, non aveva coscienza e prontezza del fatto che questo fosse un istituto penitenziario, con una vocazione particolare ed interamente gestito da Ministero della Giustizia. È arrivato qui dentro e chiedeva del primario, chiedeva dove fosse il medico di pronto soccorso, chiedeva dove fossero... delle cose obbrobriose, solo a pensarle. Quando sono arrivati in elicottero sono atterrati al Dalcontres¹⁸⁹, lì c'erano dei furgoncini con i vetri oscurati e sono arrivati qui [presso l'Opg] con circa sei, sette di questi furgoncini, con staffette di carabinieri e polizia. Un corteo importante. Arrivano nella portineria, dove ora ho difficoltà ad entrare pure io [il signor Fazio è ormai in pensione], suonano e in ragione del mio percorso, il loro interlocutore ero io. Ovviamente invitai i pomposi ospiti ad entrare attraverso la comune porta, erano il Capitano dei Carabinieri ecc, ecc. ed il senatore Marino. Io seguii l'iter chiedendo cosa dovessero fare, se avessero armi, è li pregai di aspettare il Direttore che mi accingeva a chiamare. Loro risposero con insistenza che non avrebbero aspettato nessuno ed era un loro diritto accedere dove volevano e quando volevano, insinuando che io stessi intralciando il loro lavoro.

P: in realtà meritava un plauso per aver svolto correttamente il proprio lavoro, nonostante le importanti personalità.

F: è invece no! Avevo leso la loro pazienza, la loro importanza, avevo leso tutto. Fatto sta che sono arrivati in portineria, ho fatto rimanere tutti i mezzi fuori, nessuno è entrato con il mezzo, in quell'occasione, poi sono entrati con i mezzi quando sono venuti altre sei volte, fino a sequestrare tutto l'ambiente, c'era tutto l'istituto sequestrato. È questo è stato, diciamo, l'avvio del declino dell'istituto perché, e torno a ripetere, per chi non conosce delle realtà, cercare di mettere delle cartine di tornasole davanti al problema non serve a niente. Il problema c'è e va affrontato per quello

¹⁸⁹ Il Sig. Fazio fa riferimento ad un istituto barcellonese; l'Istituto Comprensivo D'Alcontres, Barcellona Pozzo di Gotto

che è. Le Rems o le stronzate, scusi il lessico scurrile, ma non servono a niente. L'articolazione della salute mentale che c'è al settimo reparto [in realtà è all'ottavo] così com'è, non serve a nulla, se non ad imbruttire ed incattivire.

P: ma infatti la mia collega Benelli sta cercando di realizzare un progetto per i detenuti di questo reparto ed in fase di progettazione sono venute fuori tutte le difficoltà e criticità legate a questo reparto. Prima mi dicevano ci fosse un "caposala" che incitava gli utenti all'igiene personale piuttosto che all'ordine. Ora questa cosa è svanita, le persone non vengono seguite allo stesso modo.

F: di questa situazione se non si fa carico, in maniera coscienziosa, dell'incarico che tu hai. Tu sei pagato dallo Stato e ti devi fare carico di ciò che lo Stato ti chiede, ti chiede di rispettare la dignità della persona che ti è affidata senza travalicare. Quando tu non riesci a mettere in atto tutte le azioni idonee per fare questo, è evidente che il mandato è fallito in partenza. Non c'è dubbio su questo. Dunque è questa la situazione in questo momento. Il senatore Marino, all'epoca, facendo con i media...

P: un polverone.

F: ma un polverone enorme. È usando il Presidente della Repubblica come cassa di risonanza, hanno creato una serie di istituzioni, di associazioni, che hanno fatto proprio una cordata per il superamento degli Opg. C'era tutto un movimento di giornali, associazioni, organizzazioni, tutte di estrazione di sinistra, che si muovevano per il superamento degli Opg. Ma così, com'è stato fatto, non ha fatto altro che causare dei danni. E lo dico con molta tranquillità, causare dei danni sia alle persone che hanno il disagio psichiatrico, sia al personale che ci lavorano, perché superarlo così, senza mettere in atto nessun accorgimento per individuare il nuovo modo di agire ed il nuovo modo di porsi, non si va da nessuna parte. A seguito di tutto questo "fumo" che era stato creato, ed alla volontà di superamento pompata da tutte le parti, era proprio la quotidianità. Qui dentro sembrava che ci fosse una Auschwitz e io non sapevo dove fosse. [...] Le giuro, hanno dipinto un campo di concentramento con aguzzini, fruste.

P: beh! Comunque i media hanno fatto passare questo messaggio.

F: ma non solo i media. Nelle camere del Senato della Repubblica, dentro l'aula del Senato, il Senatore Marino ha proiettato un video, insieme al presidente Napolitano, sostenendo che loro, da Roma, avendo visitato sei volte l'istituto, sentivano "il lezzo nauseabondo". Loro a Roma? Si erano portati una bottiglietta di questo lezzo. Io che ho vissuto venticinque anni di carriera qui, questo lezzo lo sentivo, ma solo quando venivano loro. Un lezzo pieno di grandezza, smania, boriosità.

P: il problema è sempre lo stesso, le politiche le fanno coloro che non hanno alcuna competenza, non vivendo appieno il contesto sul quale sono chiamati a legiferare.

F: associandomi al suo pensiero. Quando la chiusura degli Opg era ormai cosa fatta, in ragione del fatto di essere sindacalista, ho fatto diverse note, a livello dipartimentale e di provveditore regionale, dove dicevo che prima di pensare al superamento di questi istituti, bisognava adeguare la struttura e formare il personale, per chi era qui da vent'anni, come me, riformarlo per la nuova realtà a cui si andava incontro. Non è stata fatta né la prima cosa, tant'è vero che ci sono state le evasioni, né tantomeno la seconda cosa. A questo si aggiunge la carenza di personale, il cambio del Direttore. È stato, è ancora oggi è, una spada di Damocle sulla testa di ognuno. Mi creda, io non la faccio tragica perché voglio pompare questa situazione, questa situazione è tragica perché mai si era detto in nessun comunicato, ci sono stati oltre, nell'anno passato, oltre mille eventi critici. Ci rendiamo conto della gravità della cosa? Dico, io agente di Polizia Penitenziaria vengo a lavorare, metto a repentaglio la mia vita ed ovviamente non ho più la prontezza e la volontà di avvicinarmi con il disagio psichico. All'epoca era tutto diverso: l'approccio, il modo, la tematica, l'apertura. L'istituto era aperto. L'istituto non era fuori legge, è evidente che c'erano delle cose da correggere anche allora, non che fosse tutto oro colato. Ma se gli eventi critici erano scomparsi, o quasi azzerati, una ragione c'era. Eravamo tutti corrotti? No! Portavano delle cose assurde in istituto? No! Avevamo improntato l'istituto a rispecchiare il mandato istituzionale, osservare diligentemente le ragioni del regolamento e dell'ordinamento penitenziario, senza irrigidirsi sui codici. Perché? C'è una ragione per tutto, è ovvio che non ci fosse il buonismo a piene mani, se una situazione critica non poteva essere corretta in nessun modo, allora subentravano i

codici. Se prima di arrivare al codice si intravedeva una soluzione, senza ledere i codici perché sono prioritari, si andavano a percorrere tutte le strade. Questo era il mandato.

P: quindi, secondo lei, l'Opg, con qualche piccolo accorgimento in più, funzionava.

F: per me superare l'Opg in questo modo non ha fatto altro che dissimulare sul problema della malattia mentale e creare una polveriera, una mina accesa in tutti gli istituti di pena nazionale, e sono molto serio su questo, perché il disagio psichico che non riesce ad essere inserito nei quattro macro-contenitori della nazione e rimane nell'istituto deve essere gestito, ma continua a non esserlo nel modo adeguato. Ci sono report quotidiani di cattiva gestione, gente che si appende per i calzini, gente che lancia le proprie feci, gente che cammina con le lamette in mano, che fa le cose più assurde. Perché? Perché ormai si è perso di vista tutto quanto.

P: la sua esperienza qui è evidente che le abbia lasciato tanto.

F: [...] Il vero problema è la malattia mentale, chi si crede la reincarnazione di Napoleone non può pensare di essere malato, lo è ma non sa di esserlo, quindi il compito è quello di fargli capire, senza additarlo, senza perderlo, senza fare cose che vanno al di là, si deve far capire che ha la necessità di terapia. La terapia non può essere una cosa meccanica, la terapia deve essere accolta dai pazienti come un momento importantissimo. Se il personale di Polizia Penitenziaria, che si interfaccia con l'utente 24 ore su 24, ha gli strumenti e la serenità per lavorare, pur con le carenze gravissime che lo Stato ci fa vivere quotidianamente, tante problematiche posso essere affrontate. Questo è il punto. Invece la politica ha deciso di agire come si fa con il classico tappeto, nascondendo la polvere, questo è. Questa è la storia terribile, costruita sulla pelle delle persone, perché sono ipocriti. Si parla di buonismo, attenzione, superamento, ergastolo bianco, tutte le gran cazzate de proscioglimento, il fine pena mai... non è vero! Sono tutte stronzate! Il fine pena mai subentrava perché la cosiddetta società civile non era e non è pronta ad accogliere le persone che hanno un disagio conclamato, vero, reale. La reincarnazione di Napoleone o quella di Mussolini sono delle realtà che fanno parte del sistema penitenziario. Dove le mettiamo? Le sopprimiamo? O li nascondiamo in topaie come il settimo reparto? Perché

quel reparto è messo lì, è un contenitore. Io mi interrogo su un punto in particolare: perché l'amministrazione penitenziaria nazionale, che ha un unico, un unico, numero uno! Proprio ce n'è uno solo, si chiama Nunziante Rosania. Non si avvale della sua professionalità? Non per rimandarlo a Barcellona ma per fare le politiche funzionali per questa tipologia di soggetti. Uno ce n'è che è medico, psichiatra, criminologo, Direttore. Chi meglio di lui potrebbe esprimersi in questo campo trovando soluzioni? [...] Io personalmente ho detto che c'è il rischio che qualche poliziotto ci lasci le penne, e c'è il rischio concreto, è storia di qualche mese fa, un agente è stato fatto oggetto di uno sfregio in viso, e se non si mettono in campo accorgimenti per parare il colpo... l'accorgimento, attenzione, non è buttare le chiavi, perché questo può servire solo a tamponare ed imbruttire. Questo porta solo ad incattivire ed imbruttire i soggetti che appena usciti dalla stanza si possono sfogare solo in modo violento. Cosa si fa? Come ci si approccia?

P: in effetti noi non abbiamo le soluzioni, ci sono persone molto più competenti e forse dovrebbero essere ascoltate.

F: il senatore Marino... (ride). Io personalmente, in aula di Senato, gli dissi: "Senatore il lezzo nauseabondo che ha sentito lei, in venti e passa anni non l'ho sentito mai. Lei ha strumentalizzato e ha fatto della struttura Opg, dei suoi uomini e delle persone che lo compongono con tutte le realtà e le professionalità, compresi gli internati... ha fatto un calderone indicibile. Ha creato una situazione di disagio nell'opinione pubblica e non ha fatto del bene a nessuno. Lei riuscirà a superare gli Opg perché l'Italia è questa, l'Italia è il paese del buonismo per forza, però senza vedere le vere problematiche". Questo è quanto.

In seguito, durante una pausa caffè, il sovrintendente Fazio continuò nell'asserire la bontà di una struttura come l'Opg, sottolineandone la necessità a favore degli utenti in primis e della società civile, incosciente ed incapace di accogliere quella popolazione così strana e difficile da capire, quella dei malati mentali. In quest'occasione, a microfoni spenti, ci tenne a sottolineare un altro fondamentale fattore relativo alla sua esperienza personale: il sovrintendente, a seguito della conversione da

Opg a Casa Circondariale, ha continuato il suo servizio come agente di Polizia Penitenziaria ma non ritrovandosi più in un sistema che non condivideva e gli è sempre stato stretto. La sua scelta è stata quella della pensione anticipata con l'obiettivo di dedicarsi interamente al suo impegno sindacale.

4.4. La psichiatria e il trattamento

Nei prossimi paragrafi leggeremo delle storie e del pensiero dei rappresentanti dell'area medica, membri insostituibili dell'equipe trattamentale e rappresentanti del Ministero della Salute nella realtà carceraria. In primis poche battute rilasciate dalla responsabile della sezione femminile, la Psichiatra Mariarosa Magistro e in seconda istanza l'appassionato racconto del terapeuta della riabilitazione psichiatrica Nunzio Giuliano.

4.4.1. Il ruolo dello psichiatra: Mariarosa Magistro

La mattina del 5 ottobre 2020 incontrai la Dottoressa Psichiatra Mariarosa Magistro (M) per un'intervista formale. Così come il Dott. Pizzino, anche la Magistro è stata un punto di riferimento, un perno intorno a cui ho costruito le relazioni e la mia attività presso il Vittorio Madia.

Le pagine che seguono sono un estratto di quanto mi ha raccontato con molta precisione nella terminologia ma poco trasporto dal punto di vista emotivo, evidenziando forse una sorta di deformazione professionale, più "scientifica", se così vogliamo definirla. Una psichiatra dalla grande competenza e professionalità che nel rispetto della privacy non si è lasciata andare a ricordi imprecisi dilungandosi in una narrazione che forse non le apparteneva, ma ha puntualmente chiarito una realtà che, dopo più di un anno di permanenza presso l'istituto, non mi era ancora chiara: il ruolo dello psichiatra e la sua collocazione legislativa durante e dopo l'Opg.

P: Iniziamo con il raccontare quali vicissitudini l'hanno condotta in Opg.

M: dunque, allora... Come? Facendo una regolare domanda per essere inserita nelle graduatorie. Quando? Circa dieci anni fa. Ho lavorato

ininterrottamente fino ad ora. Per un paio d'anni, non ho più lavorato, quando c'è stato il passaggio, diciamo, dalla Sanità Penitenziaria al Ministero della Salute, per questioni di carattere amministrativo, e poi ho ripreso.

P: qual è stato l'iter di questo rientro? Quali sono stati i passaggi burocratici?

M: allora premettiamo che io non lavoro all'ATSM¹⁹⁰ maschile ma in quella femminile ma non sono un medico dipendente dell'istituto. Lavoro presso l'ASP [Azienda Sanitaria Provinciale] ma con un contratto di natura diversa: un contratto in convenzione di tipo libero professionale.

P: bene. Ovviamente tutti gli aspetti relativi allo shock culturale nel vedere la vita in Opg non le sono mai appartenuti, data la sua formazione professionale. Magari, però, ha individuato delle differenze dall'ambito ospedaliero, quali sono state le sue prime impressioni?

M: nulla mi è apparso strano. Avevo già chiaro il concetto di quella che potesse essere la restrizione e la cura in ambito detentivo. È chiaro che mi si è presentata un'organizzazione diversa da quella che avevo vissuto durante gli anni universitari, al Policlinico. Ho dovuto prendere atto delle divergenze che ci potevano essere. La differenza principale riguardava, principalmente il più alto numero di agitati che ho trovato qui rispetto al Policlinico dove avevo lavorato prima dove non fanno neanche TSO.

P: quindi una mole diversa di lavoro ed una conseguente gestione differenziata, questo incideva sulla sua professione? I pazienti erano seguiti nel loro percorso terapeutico in modo diverso?

M: no, i pazienti li seguivo allo stesso modo, perché si faceva, e si fa, il colloquio e poi la terapia. Magari la terapia era un po' diversa, a seconda delle esigenze del paziente, perché in effetti il paziente, qui, è un po' diverso. Il paziente autore di reato, rispetto a quello che non lo è ha delle caratteristiche diverse [...].

P: in termini terapeutici, ci sia approccia allo stesso modo al paziente?

M: diciamo di sì. Io gestisco la terapia in base ai problemi clinici, non in base alla posizione giuridica del soggetto, utilizzando i farmaci che ho a

¹⁹⁰ Questo acronimo fa riferimento alla sezione carceraria in cui vige l'Articolazione per la Tutela della Salute Mentale, dove vengono reclusi i detenuti in fase di osservazione o con conclamati problemi psichiatrici in attesa di essere trasferiti negli istituti competenti. Presso il Vittorio Madia ci si riferisce all'ottavo reparto

disposizione. Poi la posizione giuridica è un fatto di cui tengo conto ma fino ad un certo punto.

P: può raccontarmi un po' in cosa consiste il suo lavoro?

M: certo. Come tutti i medici, facciamo un colloquio e successivamente prescriviamo una terapia.

P: può raccontarmi di qualche aneddoto, per permettermi di capire meglio? Ad esempio dalle mie precedenti conversazioni è saltato spesso il nome di un ex detenuto, convinto di essere Napoleone Bonaparte. Lei operava già qui all'epoca?

M: personalmente, i casi specifici, non li ho così presenti, essendo passati tanti anni, per poterne parlare in maniera adeguata. Con una cartella clinica in mano potrei darle qualche ragguaglio in più ma così, in maniera grossolana, non mi pare il caso (sorride).

P: allora restiamo più sul generale, mi parli un po' della farmacologia. Capisco che, forse, dieci anni sono un periodo di tempo relativamente breve, ma per la sua esperienza, come è mutata la farmacologia? Soffermandoci sui farmaci ma anche sulla somministrazione: ci sono delle differenze tra la somministrazione dei farmaci in Opg e in carcere?

M: cominciamo dicendo che negli ultimi dieci anni sono stati immessi nuovi farmaci nel mercato che ovviamente utilizziamo. Sono di più rispetto agli anni precedenti...

P: sono più specifici?

M: sì. Un nodo controverso è quello relativo alla terapia forzata. È una procedura, un po' diversa perché richiede la compilazione dei moduli del Trattamento Sanitario Obbligatorio.

P: che richiede la firma del sindaco se non erro.

M: sì, successivamente, ma serve. La modulistica è cambiata, la procedura è cambiata, prima non necessitavamo di fare richieste all'esterno.

P: Invece, sempre in generale, quali sono state le sue impressioni sulla rimodulazione di tutto l'istituto? Dal cambio del Direttore alle nuove procedure amministrative.

M: vabbè è chiaro che ogni Direttore dà la sua impronta alla guida, quindi in base alla persona, in base al lavoro che viene impostato, si ha, dal punto di vista pratico, una gestione un po' diversa. Comunque una sorta di continuità c'è stata.

P: escludendo il periodo in cui è stata interrotta l'attività psichiatrica.

M: non è mai stata interrotta. La mia ha avuto un'interruzione perché io lavoro in un altro carcere e in quel momento non potevo lavorare in entrambi. Quando è intercorsa una legge che, ha determinato il passaggio della Sanità Penitenziaria, dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, io, a causa di questo passaggio e delle normative ad esso legate, non ho più potuto lavorare in due differenti carceri. Ne ho scelto uno e poi sono stata richiamata qui, essendo nuovamente, nelle condizioni "legali" di riprendere la doppia attività.

P: bene. A questo punto mi piacerebbe conoscere una sua opinione sulla struttura Opg e la sua chiusura. Come interpreta questo passaggio e le modalità con le quali si è presentato. Da un punto di vista legislativo o pratico?

M: io ritengo che sia stato corretto mettere in atto una riforma che era già stata progettata nel '68. È chiaro che noi ci impegniamo e cerchiamo di fare il massimo ma si può sempre fare di più, si può sempre cercare di migliorare.

P: invece sulla situazione attuale? Vorrei approfondire un tema di cui si è parlato a più riprese, sul generale contesto carcerario italiano. Il fatto che anche i detenuti comuni spesso siano sottoposti a terapia psichiatrica. Mi conferma questo dato?

M: sì certo, la terapia psichiatrica viene richiesta se ci sono dei disturbi psichiatrici, come in tutto. Se c'è una patologia psichiatrica viene curata, viceversa no.

P: ma nel momento in cui un detenuto comune inizia ad assumere una terapia per problematiche psichiatriche il suo status di detenuto cambia? Cioè, viene spostato presso un reparto con altri malati psichiatrici o resta dov'è?

M: resta al suo posto.

P: nel caso di una depressione magari. Se parlassimo di qualcosa di più pericoloso? Come una psicosi, ad esempio.

M: no, nemmeno. Non può lo psichiatra prendere queste decisioni. Ci sono delle precise caratterizzazioni giuridiche per cui si va in ATSM. Poi c'è la possibilità di richiedere un periodo di osservazione psichiatrica e questo può essere richiesto dallo psichiatra, ma deve essere, poi, validato all'esterno.

P: quindi questo presunto passaggio da uno status ad un altro non può in alcun modo essere messo in atto da lei o da qualunque altro

operatore dell'istituto? Mi spiego meglio, la richiesta del passaggio da “una sezione ad un'altra” non prevede un iter che può essere messo in moto da lei o altri quando il detenuto diventa, magari, molesto o pericoloso?

M: si può solo richiedere il periodo di osservazione psichiatrica. Io non posso cambiare l'articolo di legge a cui è sottoposto il detenuto. Se, per esempio, un soggetto ha l'art. 111 per una minorazione psichica, io non essendo giudice, non posso cambiare la sua posizione giuridica. Posso solo richiedere l'osservazione, comunque limitata nel tempo. Trenta giorni standard e poi eventualmente prolungata.

P: finiamo con una nota personale. Come trova lavorare in questo contesto?

M: io mi trovo bene.

P: cosa si augura per il futuro? Per il suo lavoro e per ciò che riguarda la psichiatria in carcere? Ha dei consigli?

M: io consigli non ne ho. Spero che si continui a lavorare bene e che ognuno continui a fare il possibile per fare stare meglio i detenuti.

4.4.2. L'alleanza terapeutica. La riabilitazione “tra le mura” raccontata da Nunzio Giuliano

Il 29 settembre del 2020 ebbi il piacere di incontrare il Dottor Nunzio Giuliano (G), tecnico della riabilitazione psichiatrica. Spesse volte mi era capitato di incontrarlo tra i corridoi, ma ignara del suo ruolo o della sua esperienza professionale; fu la Dott.ssa Magistro ad indicarmi il collega come una fonte certamente valida di informazioni.

Le ore trascorse in compagnia di Giuliano sono state intense ed avvincenti; una personalità votata alla sua professione vissuta più come una vocazione o uno scopo di vita; una professionalità spesa in diversi contesti, alle volte anche molto difficili, ma sempre con lo stesso entusiasmo e passione. Nelle pagine che seguono leggeremo aneddoti e riflessioni sull'Ospedale psichiatrico giudiziario, sulle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, ma anche del manicomio civile. Quello che riporto è solo un estratto, tralasciando le toccanti parole circa il volontariato ed il lavoro trentennale svolto nella riabilitazione dei bambini affetti da autismo; delle piccole deviazioni sul tema ma elementi fondamentali per comprendere l'attitudine dell'intervistato.

P: Cominciamo raccontando della sua esperienza professionale. Mi diceva che aveva svolto il tirocinio presso il manicomio civile di Messina, il Mandalari. Questo è molto interessante, perché non partiamo proprio da lì?

G: sì, dunque. Io sono un tecnico della riabilitazione ed ho iniziato la mia attività negli anni '90. In un mondo che, per lo più, era un tabù per la società.

P: lo credo bene.

G: lì al Mandalari, parliamo per lo più di un “contenitore”: circa 700/800 malati, ricoverati in un solo istituto. Andare in un contesto come quello, in totale abbandono, e cercare di praticare la riabilitazione psichiatrica... diventava difficile lavorare, ma nonostante tutto, ci abbiamo provato. Abbiamo cominciato con le uscite in esterno con un numero ristretto di ricoverati. Appunto a prova del tabù, che la società viveva, ricordo che nel Viale Giostra ¹⁹¹, non ci facevano entrare nemmeno nei bar a prendere un caffè. Entravamo e ci buttavano immediatamente fuori: questo è stato l'inizio.

P: è stata dura.

G: Il manicomio era strutturato in reparti; il più difficile di tutti era il “I Uomini”. Ricordo che c'era il primo, il secondo uomini, il primo donna, il secondo donna e via dicendo. C'era tutta una serie di promiscuità essendo comunque in troppi, troppi anche rispetto al personale. Era difficile anche da gestire. Ricordo che realizzammo, con il responsabile psichiatra, questo progetto, che si chiamava “Progetto Uomo”, grazie a dei fondi regionali: un piccolo fondo, in lire parliamo di circa 10milioni. Abbiamo fatto questo progetto con dieci ricoverati, mettendo in piedi tutta una serie di attività tra cui la cura e l'igiene della persona. Inevitabilmente questo primo step causò uno scontro con il personale che lavorava in istituto. Io all'epoca ero un universitario ed il dipendente, infermiere non mi prendeva neanche in considerazione.

P: immagino. Lei era all'inizio della sua carriera, pieno di iniziativa e passione, scontrarsi con l'inerzia degli operatori non sarà stato facile.

¹⁹¹ Un grande viale in provincia di Messina, dove era situato il Manicomio Civile “Lorenzo Mandalari”

G: certo. Questi dieci che dovevamo “riabilitare” necessitavano di essere cambiati, lavati, vestiti per bene. Ricordo che abbiamo acquistato capi d’abbigliamento grazie al fondo, però puntualmente ci scontravamo con l’“istituzionalizzazione” del personale stesso che non ci credeva in ciò che facevamo. Nonostante tutto, però, non ci siamo abbattuti e siamo andati avanti. Ricordo che un giorno, al comune di Messina, ci fu una mostra di stampe spagnole. Un contesto completamente diverso da quello manicomiale: un luogo bello, illuminato, con lampadari bellissimi, un arredamento sfarzoso e questa mostra d’arte. Si immagini me che arrivai con questi dieci ricoverati del Mandalari... la cosa più bella, nei termini della riabilitazione, fu che uno dei dieci un soggetto che difficilmente comunicava attraverso le parole, ebbe la necessità di usare il bagno. Questo era un soggetto che, senza alcun tipo di remora o pudore, rispondeva ai suoi bisogni in qualsiasi contesto e in presenza di chiunque, però in un contesto come quello scelse di tirarmi da un braccio dicendo: “dutturi, a annari n’to bagnu, comu fazzu?” [“Dottore necessito di utilizzare un bagno, come faccio?”]. A quel punto lo accompagnai al bagno tra i suoi fischi e le sue canzoncine cantate a voce troppo alta, tutti ci guardavano, ma fu, senz’altro, una bella esperienza.

P: capisco. E questo progetto, in termini riabilitativi, che effetti ha sortito?

G: un ottimo risultato. Da lì in poi ci siamo impegnati in vari tipi di attività: escursioni, gite, cercavo sempre gli eventi, le rappresentazioni a cui farli partecipare, lì ho portati a teatro. Cose mai viste per loro. La particolarità di questo lavoro, ricordo che ero giovane, avevo vent’anni, ad inizio carriera, perché ora è trent’anni che faccio questo lavoro. All’epoca, tutte le mattine, scendevo dal pullman e facevo la salita del Viale Giostra, arrivato all’ingresso del Mandalari c’erano sempre due malati che mi guardavano, si davano una gomitata e si avvicinavano; ogni giorno la stessa richiesta: “mi duni mille lire, mi duni una sigaretta? mi duni mille lire, mi duni una sigaretta? mi duni mille lire, mi duni una sigaretta?”. Io all’epoca gli davo le mille lire, ogni mattina. Io elaborai questa pratica come un problema terapeutico e mi interrogavo su come risolvere questo dilemma. Fu il primo caso di problem solving che ho risolto. Ogni mattina mi fregavano le mille lire e io, ogni giorno, rimuginavo su come non farmele fregare. Il lunedì successivo, solita routine, i due si davano la solita pacca sulle spalle, ma una volta

avvicinatisi iniziai a dirgli: “mi duni mille lire, mi duni mille lire...”. La risposta dei due fu esilarante: “cumpari namuninni che chistu è pacciu” [“amico andiamo via perché questo ragazzo è pazzo”].

(risate)

Sembra una barzelletta ma non lo è affatto. Un altro episodio che mi ricordo fu quello di un soggetto molto conosciuto a Messina, Turi Rizzo. Non era un malato di mente, era il classico barbone senza fissa dimora. Un giorno venne preso e portato al Mandalari. Lui, giustamente, essendo una persona libera, si sentiva rinchiuso lì dentro ed un giorno scappò. Era trent'anni che entrava e usciva dal manicomio, puntualmente scappava ogni volta. Un giorno, durante una delle sue fughe, rubò un motorino, entrò in autostrada contromano inseguito dalla polizia stradale che, dopo tanti e tanti km riuscì a bloccarlo. Finito l'inseguimento il poliziotto della stradale gli chiese se fosse pazzo e Turi Rizzo rispose: “e allura picchi avi trent'anni che sugnu o manicomio?” [“per quale altro motivo dovrei essere chiuso in manicomio da trent'anni?”].

P: questa è stata l'esperienza del suo tirocinio. Dopo cosa ha fatto? Come è approdato all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Barcellona?

G: in realtà ho sempre lavorato, ho fatto un particolare excursus. Io già lavoravo all'AIAS (Associazione Italiana Assistenza Spastici). Di mattina andavo all'Università ed il pomeriggio lavoravo in questa associazione. Ma come è in uso in alcuni contesti del nostro paese, hanno dilapidato i fondi economici a beneficio dei singoli ed a ventisei anni mi sono ritrovato senza lavoro. Ho iniziato a fare molti colloqui, partendo da Milano, Padova, Firenze, Roma. Uno degli ultimi posti in cui mi sono candidato è stato a Catanzaro dove sono entrato nell'equipe scientifica del Professor Crepet [...].

G: Finita questa esperienza tornai in Sicilia lavorando in un centro di riabilitazione per bambini autistici ed esercitando la libera professione qui all'Opg.

P: dunque non è un dipendente a tutti gli effetti.

G: adesso sì. Allora, io sono arrivato qui alla fine del 1998 ed ho lavorato da esterno fino al 2015.

P: c'era già Rosania, giusto?

G: sì, assolutamente. Io lavoravo a stretto contatto con lui, una persona eccezionale, splendida. È stata l'unica persona che mi ha sempre dato

assoluta fiducia. Pensi che ogni mio progetto riabilitativo veniva immediatamente approvato vista la sua incondizionata fiducia nei miei confronti, sapeva che il mio obiettivo ultimo era il bene dei pazienti e condividevamo questa filosofia. Ho avuto sempre il suo appoggio in tutto e per tutto.

P: è stata una figura importantissima per questo istituto...

G: anche perché essendo un medico psichiatra era predisposto, aveva apertura mentale. Lui mi diceva sempre: “la riabilitazione non è dentro, è oltre il muro”. Dunque in questo contesto lavora fino al 2015, poi si parlava di chiusura degli Opg, non si sapeva a cosa stavamo andando incontro, stavano nascendo le Rems ed io, da libero professionista, rischiavo di rimanere disoccupato. Ho partecipato ad una graduatoria dell’ASP e ho lavorato per tre anni alla Rems di Naso (ME). Questo avveniva nel 2015, mentre nel 2016 l’Opg diventa carcere, si apre il reparto dell’articolazione della salute mentale sotto la direzione dell’ASP. Nonostante lavorassi a Naso, non appena si è presentata l’opportunità, avendo sempre mantenuto i rapporti con questo istituto, essendo i degenti di Naso quelli che in fin dei conti venivano dall’Opg, ho deciso di ritornare.

P: quindi tutta la popolazione dell’Opg è riuscita ad entrare nelle Rems?

G: no, perché le Rems possono ospitare al massimo venti persone ed in tutta la Sicilia ce ne sono solo due [la seconda è a Caltagirone (CT)], ma siamo riusciti attraverso le comunità piuttosto che gli enti territoriali ad inserirli in un contesto altro.

P: dunque adesso non vi è più alcuna residualità di quella realtà nella casa circondariale.

G: assolutamente no. Adesso ci sono i delinquenti che ha seguito di carcerazione non risultano idonei e vengono inviati in quel reparto specifico, o per osservazione 30 – 40 giorni o per preservarli perché a rischio con gli altri detenuti. Ripeto comunque che la riabilitazione si fa oltre le mura ed è per questo che io ed il Dott. Rosania elaborammo tutta una serie di attività specialmente all’esterno. Siamo, se non altro, riusciti ad abbattere il tabù del “pazzo” nel paese di Barcellona. A furia di uscire, organizzare e fare diverse attività, alla fine ci hanno accettato.

P: in fin dei conti, questo istituto è stato un vero e proprio quartiere di Barcellona per molto tempo.

G: nel cuore di Barcellona. All'inizio magari c'era un po' di ritrosia ma poi con il tempo e tantissime attività siamo riusciti a diventare parte del tessuto cittadino. Certo, non è stato facile perché, al solito, non c'erano fondi, non c'erano gli strumenti. Io spesso, quando instauravo l'alleanza terapeutica ¹⁹² con il paziente... Con gli educatori facevamo delle stanze con il magistrato di sorveglianza con lo scopo di autorizzare ai pazienti delle "ore di libertà". Io prendevo il paziente e trascorrevamo il monte ore in giro per la città facendo le più svariate attività: ristorante piuttosto che shopping o una semplice passeggiata. Ovviamente, non c'era la disponibilità di un mezzo di trasporto e dopo aver costruito l'alleanza terapeutica era impensabile tirarsi indietro, ecco perché spesso volte presi la decisione di utilizzare mezzi e strumenti personali a mie spese. Il caso più difficile che ho affrontato, qui, è stato quello di un ragazzo che a diciott'anni: per una canna, ha ucciso un suo amico, ed è stato rinchiuso qui. Ricordo che al sesto reparto erano rinchiusi come animali, era talmente pericoloso ed aggressivo che nemmeno gli veniva aperta la cella, il pasto gli veniva passato da una fessura nella porta. Dopo otto anni di reclusione, ricordo che questo ragazzo uscì per la prima volta con me: ben dodici ore di permesso, dalle otto del mattino alle otto di sera. Immagini, dopo tutto quel tempo, non aveva idea di cosa fare prima, una vera esplosione di gioia. Un'altra cosa molto bella che è stata fatta all'Opg è stata realizzata dal circolo ARCI, l'istituzione di un baretto nell'area comune dove, tutti i giorni, dopo la cena, si organizzavano un'ora, un'ora e mezza di socialità, libertà, musica e karaoke. Una cosa molto bella.

P: sicuramente. Lei mi correggerà se sbaglio ma la percezione che si ha è che prima dell'avvento di Rosania, nello specifico, e della figura dell'educatore, piuttosto che quella del riabilitatore; il mandato dell'Opg, così come quello del manicomio era contenere, recludere a scapito della presunta riabilitazione.

G: certo. Deve pensare che all'epoca c'erano cinque Opg in tutta Italia ed io sono stato il primo riabilitatore psichiatrico ad essere assunto in questo tipo di struttura. Rosania ha fortemente voluto i tecnici della riabilitazione.

P: una vera e propria scelta pionieristica.

¹⁹² L'alleanza terapeutica è un compromesso con il paziente: una pratica attraverso la quale avviene un'accettazione reciproca che sfocia, se ben eseguita, in una relazione di fiducia, fondamentale nella terapia riabilitativa

G: sì, sotto questo punto di vista noi facciamo storia.

[...]

P: Un lavoro vissuto sempre con entusiasmo e soprattutto passione.

G: io, a dire il vero, non ho mai vissuto la mia professione come un lavoro. Non lo sceglieresti, la gente preferisce fare altro. Alzarsi ogni mattina e sapere che il proprio equilibrio mentale verrà messo in gioco, non è facile. Chiunque è impegnato in una professione di aiuto fa questo. Io ho sempre inteso il rapporto con i pazienti come quello con un amico con cui scambio quattro chiacchiere al bar e tutti l'hanno sempre percepito.

P: così la relazione terapeutica nasce naturalmente.

G: ma non è facile, perché il malato di mente è molto diffidente a causa delle loro fobie, le loro esperienze di TSO, inganno, coercizione. È naturale non fidarsi. Ma nel momento in cui lo fanno non si può disattendere la loro fiducia. Una delle cose più belle in tutti quegli anni ha riguardato un paziente con un delirio di onnipotenza...

P: si riferisce a Napoleone Bonaparte?

G: sì.

P: ne ho già sentito parlare.

G: allora facevamo le riunioni d'equipe e si parlava di questo caso specifico. Un po' tutti erano andati a parlare con questo Napoleone ma nessuno era riuscito a comunicare ed ottenere qualche informazione da lui. Dopo molti tentativi mi proposi per andare ad instaurare io una relazione con questo paziente sebbene non con la piena fiducia dei colleghi d'equipe. Mi diressi in reparto e mi avvicinai alla cella, dopo un diffidente scambio di sguardi esclamai: "mio generale! Sono il suo nuovo attendente, il cavallo è pronto." Mi immedesimai nella sua pazzia ed ottenni un risultato positivo, ottenendo non solo una risposta ma una forma di benevolenza che mi permise, tra la recitazione e dei momenti di serietà, di carpire le informazioni utili. Ero l'unico che Napoleone accettava grazie a questo escamotage.

P: nelle terapie, cosa è cambiato tra ieri ed oggi?

G: più che delle terapie farmacologiche io posso parlare della contenzione che in passato, quando i farmaci non erano pienamente efficaci, ha salvato delle vite. Molti si sono suicidati e la coercizione era l'unico modo per salvare le loro vite.

P: tutt'oggi non ci sono delle linee perentorie circa la contenzione.

G: no qua in ATSM è assolutamente vietata. Non possiamo toccare in alcun modo i pazienti, bisogna richiedere un TSO ed è il sindaco a doverlo firmare. Prima [con l'Opg] se si riteneva opportuno esercitare la coercizione lo si poteva fare e si salvavano le vite se i farmaci fallivano ed ogni altro tipo di intervento non trova un riscontro nel breve termine. Era un modo per tutelare sia loro che noi. Prima si rischiava davvero la vita, come la si rischia ora, ma prima erano malati ora sono delinquenti.

P: una situazione certamente difficile.

G: certo. Ora, se vuole, il paziente può decidere di rifiutare ogni tipo di terapia. Prima magari potevi osare di più: più tentativi, più discussioni, gli si poteva aprire la bocca ed avvicinarli la compressa, perché malati. Uno status differente. Qui, adesso, sono detenuti, ed hanno i loro diritti, se vogliono, anche il diritto di rifiutare la terapia.

P: **quindi prima avevate maggiore autonomia.**

G: per me, non sono paragonabili, sono due istituzioni completamente differenti. Certo l'Opg era un'istituzione totalizzante. Ricordo un giorno, eravamo 200, 220 ricoverati, quando chiusero due reparti di Castiglione delle Stiviere. In tre giorni siamo arrivati a 400. L'ordinamento Giudiziario cosa prevedeva? Un budget giornaliero per ogni degente. Se ne abbiamo 200 e poi arrivano a 400, ma il budget resta uguale, cosa significa? Che un panino diventa mezzo panino, una pillola diventa mezza pillola. Quello è stato un periodo in cui abbiamo avuto tanti e tanti problemi.

P: **ricordo che anche Rosania me ne aveva parlato facendo accenno ad un conteggio delle calorie, giusto?**

G: sì. Pensi che il costo medio giornaliero pro capite, se non ricordo male, non arrivava a duemila lire. Cosa gli dai da mangiare? Colazione, pranzo e cena. Però nonostante tutto il Dottore Rosania oltre ad essere un medico doveva anche essere un contabile, perché era capo della Polizia Penitenziaria, capo dell'area amministrativa...

P: tutto.

G: era tutto. Perciò oltre a fare il medico psichiatra, e lo faceva bene bene. Pensi che quando lui scendeva nei reparti era sempre una festa. Era ben voluto da tutti, grazie al suo approccio. Io ho imparato tantissimo da lui lavorandoci a stretto contatto. Tutti lo salutavano, baciavano, volevano aperte le celle per poterlo abbracciare. Ha fatto davvero tanto. Purtroppo si è perso tutto.

P: approfondiamo adesso questo aspetto. Tutto si è perso perché tutto è cambiato con la nuova legislazione ed il passaggio da Opg a carcere con una sezione per l'articolazione per la tutela della salute mentale. Qual è la sua opinione in merito? Avrebbe auspicato una diversa attività legislativa?

G: a dire il vero, non posso entrare nel merito perché la interpreto come un'attività determinata dai giochi della politica e dai "soldi". Tutto si basa su questo. Diventa immensamente difficile fare tutto quando non si hanno fondi. Forse si è passato da un eccesso all'altro da troppo a troppo poco.

P: cosa intende?

G: nel senso che si è speso troppo in sanità, si è fatto di tutto e di più e si è passato da troppo a troppo poco. La questione dell'ATSM qui all'ottava sezione, è un reparto che ha una capienza di cento posti. Ma non si può pensare di apparecchiare una tavola per quaranta, cinquanta posti ed invitare al tavolo cento persone. Io mi sono ritrovato a fare il tecnico della riabilitazione da solo con ottanta ammalati. Cosa potevo fare? [...] Consideri che nelle condizioni in cui ho lavorato, solo per salutare tutti i pazienti, un'intera giornata lavorativa non mi bastava. Fortunatamente ora siamo tre i tecnici della riabilitazione, ma di ruolo ci sono soltanto io.

P: quindi ancora un punto interrogativo. Ma invece mi diceva delle Rems, quelle funzionano in modo ottimale.

G: sì, però sono fallite sotto un altro punto di vista. Perché se avevi un Ospedale Giudiziario di 220 pazienti e in Sicilia apri solo due Rems con 20 posti ciascuna, il problema è evidente. Si creano lunghissime liste d'attesa. Parliamo di persone che necessitano di una misura di sicurezza, sebbene in Rems non ci sia personale di Polizia Penitenziaria, pur sempre di misure di sicurezza si tratta, lo dice il termine stesso. Dunque molte persone restano bloccate qui a Barcellona in attesa che il posto si liberi, ci sono tempi lunghi.

P: quindi un problema di fondo c'è. Funzionano bene, ma solo per chi riesce ad entrarci. Lo scorrimento non sarà veloce, la riabilitazione non può avvenire in dieci giorni.

G: consideri che noi in un anno abbiamo dimesso oltre cento pazienti.

P: certo, con un'assistenza adeguata i risultati arrivano.

G: decisamente.

[...]

P: Data la situazione attuale, cosa auspica per il futuro, quali potrebbero essere delle proposte per migliorare il suo lavoro e le condizioni dei pazienti?

G: purtroppo queste sono cose che passano sopra la nostra testa...

P: se dovesse decidere lei.

G: il problema è che è un discorso molto più ampio. Le faccio un esempio. Io vorrei proseguire il progetto del cineforum, già fatto in passato, per due anni di fila. Purtroppo l'anno scorso, nella sezione femminile, una paziente ha rotto lo strumentario. O ancora, l'anno scorso, mi sono impegnato con i pazienti nel creare un calendario con delle foto che li ritraevano. Alla fine mi sono dovuto occupare io, personalmente, delle spese. Quindi i progetti si possono realizzare ma non a costo zero.

P: non è sostenibile doversi avvalere solo della beneficenza o sostenere individualmente tutti i costi.

G: no, infatti in occasione del calendario feci una colletta con i miei colleghi, provando anche un leggero imbarazzo. Fu un costo impegnativo e quindi, naturalmente, questo progetto non verrà rifatto quest'anno. Anche se è stato bello non si può rifare. Inoltre non abbiamo fatto solo le foto ma tutto un percorso, su come è nata la fotografia, la macchina fotografica. Storie e curiosità che poi li hanno interessati molto, gli sono piaciute tantissimo. Una bella esperienza di vita. Ricordo che i ragazzi mi abbracciavano, mi baciavano e mi chiedevano se fosse possibile fare delle ore aggiuntive del corso.

P: per chi non vive questo lavoro come tale, deve essere un'esperienza bellissima, saper di aver condiviso un lavoro con un gruppo di persone che ci credevano davvero.

G: si infatti ognuno di loro ha avuto la sua copia del calendario. Inoltre, sempre lo stesso gruppo, ha fatto un bellissimo progetto sulle emozioni, durato per otto mesi. Un progetto non facile, soprattutto, ad esempio, per un soggetto che aveva commesso un omicidio bruttissimo: abusando di sostanze, cocaina. Si introdusse in una casa per un furto ed essendo stato scoperto reagì con la violenza. Sono cose ovviamente, tremende. Un soggetto come questo, ma anche gli altri, perché su dieci partecipanti, cinque erano omicidi. Ha difficoltà ad esternare le proprie emozioni, proprio per questo il percorso è durato così tanto; per dargli la possibilità di una nuova consapevolezza sulle proprie azioni e la possibilità di considerarsi una persona nuova, che ha sbagliato, ma cambiata. Purtroppo

questo bisognerebbe farlo sempre ma se non si hanno riscontri o anche una stanza in cui riunirsi è un continuo lottare contro i mulini a vento. Nonostante la passione, a volte le energie mancano. Io è una vita che sono in prima linea, da trent'anni. Non è facile, però ...

P: l'importante è trovare degli alleati che ti aiutino.

G: alleati è facile trovarli ma spesso non ci sono le condizioni. Io al momento ho istituito un gruppo di discussione all'area aperta all'Area Verde: un grande giardino con una fontana con i pesci, dove si fanno i colloqui d'estate, e io lo sto utilizzando, quando è vuoto, per questi gruppi di discussione. Poi da agosto sto facendo un corso di computer. Ovviamente lo scopo non è farli diventare tecnici informatici, quanto piuttosto spezzare la monotonia. Loro scrivono la lettera alla mamma o alla moglie al computer. Certo poi però manca la stampante e facciamo le cose dei pazzi. Perché la scrivono al computer poi non hanno la stampante...

P: figuriamoci internet.

G: no, assolutamente! Non posso nemmeno portare la chiavetta USB perché è vietata dal "regolamento del 1800". Quindi che fanno? Le scrivono al computer, poi le ricopiano a penna, le danno a me ed io le riscivo al computer, nella mia stanza dove posso stamparle.

P: assurdo.

G: stendiamo un velo pietoso. È la stessa cosa del ragazzo che doveva uscire ma non c'era il mezzo disponibile. Cosa gli dici? Bisogna far buon viso a cattivo gioco [...] Ciò che ti fa andare davvero avanti, in questo lavoro sono la riconoscenza ed i gesti dei pazienti, doni che non hanno alcun prezzo. Io nella mia vita non ho mai chiesto nulla a nessuno, ultimo di sette fratelli, mi sono fatto da solo senza mai chiedere una raccomandazione né è la prova il fatto che sia stato assunto definitivamente solo a cinquant'anni. La mia è una filosofia di vita, non ho mai chiesto niente a nessuno e per questo sono libero, una libertà mentale che mi permette di svolgere appieno e al meglio la mia professione.

4.5. Il terzo Ministero. La Scuola della Prof.ssa Liggieri

La scelta di questo titolo non è casuale ma sottintesa nel racconto, nelle parole del Responsabile della Scuola Media della Casa Circondariale V.

Madia: la Professoressa Lucia Liggieri (L). Il mattino del 21 febbraio del 2020 mi recai, ancora una volta, presso l'istituto penitenziario. Anche in questo caso avrei incontrato una persona che non avevo mai incrociato durante il mio percorso, e non solo; avrei, anche, visitato un'area dello stabile a me, fino a qual momento, preclusa, gli uffici del personale scolastico.

La Professoressa mi accolse, fin da subito, con un grosso sorriso ed infinito entusiasmo, lasciando trasparire il suo interesse per il mio progetto e la volontà di partecipare al meglio. Anche in questo caso, l'intervista ha richiesto un paio d'ore in cui, senza fronzoli, senza mezzi termini ed in assoluta sincerità, la Liggieri ha raccontato la sua esperienza, le sue opinioni e le sue speranze; nella conversazione è intervenuta anche un'altra collega, la Professoressa Luisa La Rosa (La), con cui ho avuto la possibilità di parlare una volta terminata la sua lezione in sezione. Un vivido spaccato di una realtà della quale, spesso, non si tiene conto quando si parla di istituti carcerari; ma che, come hanno lasciato trasparire in più punti, è fondamentale nella logica della ricostruzione, riabilitazione e del reinserimento sociale.

Nella prossime pagine leggeremo di come un lavoro, spesso difficile, può essere intrapreso ogni giorno con il medesimo entusiasmo, e di come, proprio quest'entusiasmo sia la chiave per svolgerlo al meglio, superando ostacoli, resistenze e criticità.

P: Innanzitutto, lei è arrivata qui a Barcellona nel 2012.

L: sì, io arrivo qua nel 2012, nell'anno scolastico 2012/2013. Non sapevo. Dobbiamo tenere conto di una cosa, spiegare una cosa: prima la Scuola non era così com'è ora qua. Nel senso che ora abbiamo proprio un presidio scolastico, una scuola vera e propria all'interno del carcere, tutta la settimana, un gruppo di docenti che sono in servizio qua... una volta non era così. [...] Era Opg allora. Io devo dire la verità, il primo impatto non è stato positivo. Non sapevo neanche, quando ho scelto la sede di Barcellona, non sapevo che ci fosse questa sezione staccata, assolutamente. Quindi me la sono trovata così, forse non ero neanche preparata, però chi ha conosciuto quella realtà sa che è una realtà molto

dura, un impatto forte, troppo forte. Per quanto tu ti possa preparare non è mai abbastanza per quello che hai di fronte e per quello che devi affrontare soprattutto, è come lo devi affrontare. Non sei preparata sotto ogni punto di vista, non sei preparata come insegnante, non sei preparata come persona, perché io certe immagini le ho solo viste in televisione e credimi... È tutt'altra cosa. La televisione è molto distante, sì ok, esiste vabbè, ma è là. Ci si può sentire sensibili ma è solo un'immagine, la realtà è un'altra cosa. Mi ricordo ancora il primo giorno quando sono entrata. Io me lo ricordo ancora ora, è stato traumatico. Io me lo ricordo, vede il carcere non era così prima.

P: certo, erano tutti liberi di circolare durante il giorno.

L: c'erano quelli che stavano male, giustamente erano ristretti perché, giustamente avevo delle condizioni un po' particolari. E poi era pieno... c'era tanta gente, ma proprio tanta gente. Il regime carcerario non era così, insomma, era molto più soft sicuramente, pensi che nella piazzetta qua si faceva pure karaoke la sera. Con gli agenti e con tutti si instaurano una sorta di, il rapporto tra i detenuti e gli agenti era quello di una famiglia. C'erano detenuti che stavano per tanto tempo, per loro questa era la loro casa, con tutte le difficoltà. Poi c'era questo adorato Direttore che era un punto di riferimento per tutti! Mi ricordo che avevamo una classe all'ottavo... ce l'abbiamo ancora. L'ottavo è l'unico ambiente rimasto come area trattamentale. Mi ricordo che c'era quel reparto pieno, con un sacco di gente! Gente strana.

P: **giustamente una non conoscenza genera un po' di timore, paura... è normale.**

L: sì, assolutamente. Non mi vergogno a dirlo. Assolutamente sì. Ho dovuto combattere con la mia coscienza perché lì per lì, una sorta di "rigetto". Mi sono preoccupata: "sto diventando razzista? Stai andando contro i tuoi principi, contro quello che tu hai sempre creduto e hai perseguito, nel tuo piccolo, altrimenti in questa scuola, un CTA (allora, CTP oggi), non ci saresti mai andata. Nessuno ti ha obbligata ad andarci". E ricordo allora, gente in giro, sdraiata per terra, che fumava continuamente, che cercavano per terra i mozziconi di sigaretta. Non era semplice, caos! Come fai ad insegnare a delle persone così? E soprattutto, la prima volta che mi sono trovata con la classe davanti, mi sono detta: "io

a questi adesso che cosa gli dico?” Tieni conto di una cosa importante, le terapie di allora non erano come quelle odierne. Oggi vai all'ottavo e trovi gente che per quanto possa avere terapia, per quanto possa star male, in qualche modo, reagisce. Quelli erano deformati, avevano tutti lo stesso viso, avevano tutti lo stesso modo di muoversi. Ognuno di loro aveva perso...

P: l'individualità.

L: sì. Mi sono ritrovata in classe gente che dopo un po' crollava o si addormentata e tu parlavi a gente che non riusciva a tenere aperti gli occhi. Poi il trauma più grosso... però ancora quando ci penso sono contenta, mi viene...

P: il magone...

L: sì! Però sono contenta perché l'ho superato. Una sfida che ho dovuto affrontare e sono contentissima di averlo fatto nel modo migliore. Sono stata contenta di me stessa. Mi ricordo un giorno ero in classe, con il caos, la gente nei corridoi [...] Si avvicina uno alla porta, sempre con il viso in quel modo, è mi dice: “Io mi devo iscrivere a scuola”. Mi giro ed era un mostro, fisicamente un mostro. Aveva due palle sulla testa, due... mi sono sentita morire e gli risposi di iscriversi, allo stesso tempo pensavo come mai avessi potuto fare.

P: **ebbe una sorta di rigetto inconscio, naturale.**

L: come faccio? Tutto quel contesto e per giunta lui, un po' di più! È venuto a scuola... Io all'inizio non riuscivo nemmeno a guardarlo in faccia, poi piano piano... ma è stato lui ad aiutarmi. Mi ha aiutata con la sua intelligenza, era una persona intelligentissima e io non potevo assolutamente togliergli nulla, nulla per il sol fatto che avesse quell'aspetto fisico. I primi giorni sono stati difficili ma poi è diventato il mio miglior alunno, ancora oggi me lo ricordo positivamente. Poi è stato trasferito, non ha fatto gli esami, perché quegli anni 2012/2013/2014/2015 io non ho fatto esami, cioè, non siamo riusciti, con quel gruppetto che avevamo, non siamo riusciti a fargli fare gli esami. Il 2015 è stato il migliore. Mi ricordo che avevamo una classe bellissima perché già le terapie erano migliorate, erano entrate in un regime più leggero immagino, ordinamenti diversi, protocolli diversi. Avevamo una bella classe ed è stato l'unico anno che noi abbiamo fatto veramente lezione con gente che

voleva, veramente, fare scuola. Abbiamo instaurato dei rapporti bellissimi, il primo anno che abbiamo fatto la “vera” scuola. Il problema è stato uno... Nel 2015 dovevano uscire tutti. Quindi tutti dovevano andare nelle famose Rems, ed abbiamo avuto la bellissima soddisfazione, proprio bellissima, queste sono le cose che ti rimangono per tutta la vita. Uno di questi alunni, che è uscito, è andato in una di queste Rems a Palermo. Ci hanno scritto, hanno voluto tutto le sue presenze, ricordo che l’abbiamo pure scrutinato e tutto perché aveva chiesto di fare esami a Palermo. È stato, una soddisfazione immensa. Vedere una persona che sta male in quel modo, con tutte le sue problematiche, non normali, veramente enormi. Vedere che tu l'hai fatto appassionare alla scuola, vedere che tu gli hai fatto intraprendere un percorso che lui ha amato e che fuori ha concluso... guarda è...

P: non si può descrivere...

L: no, no. Una grandissima soddisfazione.

P: lo credo. Superato il periodo di straniamento e di adattamento ha iniziato a raccogliere i suoi frutti.

L: sì, sì!

P: e invece oggi? Com'è cambiata la situazione?

L: è cambiata moltissimo. Perché, dunque innanzi tutto dobbiamo dire che dal punto di vista scolastico noi abbiamo proprio la sede scolastica nel carcere, abbiamo proprio il ministero presente nel carcere, anche perché per legge ci deve essere la Scuola d'obbligo nel carcere. Grazie alla nascita della casa circondariale la preside ha potuto richiedere personale e tutto, quindi io sono ufficialmente una docente del carcere, faccio parte dell'istituzione carcere. Il carcere funziona con diversi ministeri, è una realtà molto complessa. Giustizia, Sanità e poi c'è la Scuola. È cambiata molto perché innanzitutto abbiamo delle persone che... alcuni vedono la Scuola come un qualcosa che li possa fare distrarre dai loro problemi quindi la rigettando perché affermano di avere troppe cose da fare o a cui pensare. Gli devi far capire che la Scuola può essere un qualcosa che i problemi li può risolvere. Io gli dico sempre: “vedete che la Scuola vi insegna la vita. Vi insegna le regole della vita”. Già la Scuola è piena di regole, abituarsi alle regole della scuola significa anche abituarsi a delle regole della vita. Dunque, abbiamo diverse categorie, dobbiamo dire la

verità. Innanzitutto, dobbiamo dire che la Scuola prima di conquistarsi un posticino, ci ha impiegato un po' di tempo. Ci abbiamo lavorato tanto, ci ha lavorato tanto la Dottoressa Biondo, perché dobbiamo tener conto del fatto che gli agenti non erano abituati, ora non più, giustamente. Ci vedevano come delle intruse, ci chiedevano che cosa dovessimo fare in reparto, si rifiutavano di collaborare a pieno, cancellavano o non chiamavano gli studenti.

P: una sorta di ostracismo...

L: noi abbiamo un'istituzione scolastica, con delle regole scolastiche che vanno rispettate, come noi rispettiamo le loro. Poi è ovvio che le cose si devono integrare nel migliore dei modi, questo è sicuro. Ti facevano percepire come delle intruse, noi davamo fastidio, eravamo un lavoro in più. Ci abbiamo impiegato un po' di tempo a farci amare, ma adesso gli agenti sono le prime persone che ci aiutano: sensibili, hanno capito l'importanza della scuola, hanno capito che anche se un solo alunno viene a scuola e un alunno di cui loro non dovranno occuparsi durante la mattinata.

P: ma qui, fino a che grado d'istruzione si arriva?

L: da qualche anno abbiamo anche la Scuola superiore, dal 2012 siamo stati sempre da soli (scuola media), poi due anni fa ha avuto una classe d'agraria e l'anno dopo il geometra, quindi loro hanno cominciato da poco, sono nuovi qua.

P: certo bisogna vedere se anche i detenuti colgono l'opportunità della scuola superiore.

L: assolutamente sì, la accolgono. Abbiamo avuto non pochi problemi all'inizio ma poi piano, piano... viene accolta assolutamente.

P: d'altra parte è un modo per impiegare, in modo fruttuoso, il tempo in carcere.

L: allora... qui l'ozio impera e non solo... dobbiamo dirci una realtà: l'ozio è maestro di delinquenza. Tu ozi, ma intorno a te non hai bravissime persone e quelle persone ti insegnano tanto, ma proprio tanto. L'ozio innanzitutto ti fa entrare anche in un meccanismo psicologico particolare, hai questa scuola di delinquenza, che qua esiste! Poi dobbiamo tener conto del fatto che sono persone che difficilmente si aprono ad un miglioramento di vita perché andare a scuola significa cambiare radicalmente il loro

modo di vedere la vita. Fino ad ora cosa hanno visto? La loro maestra di vita chi è stata?

P: la strada.

L: se non hanno concluso la Scuola dell'obbligo, è ovvio che c'è qualcosa che non è andato nel loro percorso di vita, quindi, sicuramente, la loro maestra di vita è stata la strada. Adesso devono sostituire, nella loro formazione, la strada con dei veri docenti. La scuola non è più scuola di strada ma scuola scuola! Ecco! E ci è voluto un pochino. Io devo dire la verità, quest'anno, ho avuto la prova che c'era qualcosa che non andava negli anni passati, questo lo abbiamo constatato con la mia collega, anche lei presente qua da parecchio tempo, l'abbiamo capito solo qualche mese fa... prima nel carcere c'erano scafisti, avevamo le classi strapiena di extra-comunitari, perché noi qua abbiamo un percorso che comincia dall'alfabetizzazione, per legge tutti gli stranieri devono raggiungere l'A2 della lingua italiana, questo è utile a loro oltre che imposto per legge. Hanno cinque anni di tempo per raggiungere questo obiettivo, un titolo minimo su territorio italiano, dopo di che, si passa alla scuola media.

P: **quindi magari persone che hanno poco interesse ad apprendere, sono solo costrette dalla legge.**

L: sì, sono costrette, ma no, gli stranieri hanno un grande interesse. Per loro la Scuola era una manna, non avevano mai usufruito di un servizio del genere nel loro paese e quindi lo accoglievano con interesse ed entusiasmo. Erano magari abituati alla scuola militare, alla scuola della guerra, la nostra scuola è stata sempre apprezzata. Ed avevamo queste classi piene di stranieri, nessun italiano. Mi venne spontaneo chiedermi: "ma è possibile che in tutta questa popolazione [carceraria], tutti gli italiani hanno il titolo?". Guarda caso, con tutto quello che è successo in politica, ormai abbiamo le classi piene di italiani.

P: **quindi un motivo razziale...**

L: sì, abbiamo capito questo, ecco perché non venivano.

P: **non vorrei fare di tutta l'erba un fascio ma, in genere, chi vive in carcere, non è una persona di grande cultura e va da sé che l'ignoranza genera razzismo.**

L: assolutamente sì! Comunque, ripeto, è stata dura organizzare una classe, organizzare la Scuola in sé e noi ancora combattiamo tutti i giorni.

P: ma solo con l'utenza o anche con la legge, con le altre istituzioni qui dentro...

L: no, no... con la Scuola. Ad esempio, tre mesi fa doveva partire il corso di alfabetizzazione con tre persone già iscritte ma stiamo ancora aspettando. Abbiamo fatto le domandine, ma perché non parte? Ti ritrovi a spiegare le tue leggi a chi vive con leggi diverse, si creano molti equivoci rispondendo tutti a diversi ordinamenti.

P: dunque la differenza più grande tra il prima ed il dopo Opg è che adesso ci sono, tre istituzioni diverse che si devono... anzi quattro, se inseriamo anche l'ambito amministrativo sono quattro, non è facile interfacciarsi. Prima invece si faceva capo ad un'unica persona.

L: sì, assolutamente sì! Rosania era apertissimo, non gli ho mai sentito dire no. L'ultimo gentiluomo che io ho incontrato, e sono contenta di aver incontrato un gentiluomo. Comunque, le difficoltà della scuola... cominciamo con il dire che noi all'inizio dell'anno abbiamo tanti iscritti, loro si iscrivono a tutto! Una gran quantità di gente che arriva. Però poi l'abbandono, e tanto... questa è, forse, la nostra più grande frustrazione. Perché per quanto tu ti possa impegnare, l'abbandono è sempre una sconfitta. Molti abbandonano perché fisicamente non ce la fanno, noi abbiamo un ragazzo che si iscrive da tre anni: incomincia ma dopo un po' non ce la fa perché entra in depressione. Qua la depressione è all'ordine del giorno. Questo è il terzo anno ed anche quest'anno, purtroppo, ha fallito. Quindi per una questione proprio fisica. Altri abbandonano perché per la Scuola devono rinunciare ad una cosa importante, all'aria. Perché la Scuola è di mattina, quando loro hanno l'aria. Voi pensate a persone chiuse in una stanza, stanze piene, alle volte anche otto persone in una stanza non grandissima. L'ora d'aria per loro è vitale, per venire a scuola, vi devono rinunciare. Non tutti lo fanno, non tutti ce la fanno. Altri abbandonano perché si sentono inadeguati, e fondamentalmente lo sono, però non hanno l'umiltà. Magari molti di loro vivono il carcere forti di un certo prestigio personale (dovuto ai crimini), qui esiste questo. Quindi il fatto di venire a scuola e capire meno di quello che ha una posizione inferiore diciamo...

P: crea imbarazzo, può modificare una sorta di gerarchia.

L: già. E non è facile da accertare. Altri invece non si appassionano, perché rimangono immersi nei loro pensieri, sono là ma fundamentalmente non ci sono. Per forza di cose non ti seguono più, non ce la fanno, non ce la fanno a distinguere le cose nonostante tu perda tantissimo tempo. Mettiamo in chiaro una cosa, noi siamo degli insegnanti ma il nostro ruolo non è solo quello di insegnare. Noi siamo: amici, mamma, insegnante, medico, psicologo, noi siamo tutto. Se tu un giorno hai deciso di spiegare le espressioni, a c'è quello che vuole parlare di un problema... perché sono combinati così, prima sono chiusi, stanno sulle loro...

P: poi quando si aprono...

L: capiscono che di te si possono fidare e vedono nella scuola un luogo tranquillo, sicuro, con dei punti di riferimento positivi.

P: preferiscono dunque parlare con lei piuttosto che con l'educatore.

L: questo non lo so, però a me, mi vedono tutti i giorni, per l'educatore bisogna fare richiesta, l'educatore ne segue tanti, l'educatore è impegnato, l'educatore va di fretta. Io sono lì tutti i giorni, viviamo diverse ore al giorno assieme, sono il rapporto con la realtà esterna.

P: lei è pure un po' psicologa.

L: sempre, tutti i giorni! Anche perché è mio compito aumentargli l'autostima. La scuola li aiuta su diversi fronti. In primis li porta ad un ragionamento razionale, cosa che qua dentro non c'è, qui c'è tanto istinto. La scuola li aiuta anche dal punto di vista burocratico, siamo chiari ed obiettivi. Quando si fa la relazione e si segnala che la Scuola viene frequentata con buon rendimento, è ovvio che gli dà qualche punticino in più, buon comportamento che fa osservare il soggetto sotto un'altra luce. Poi gli dà la speranza di un nuovo futuro, per loro può essere un punto di partenza nuovo, non si sa se succederà, il più delle volte non succede, perché fuori non si continua il percorso. Ma solo il fatto di avere completato la Scuola dell'obbligo significa entrare nella società "normale", tu puoi fare qualsiasi cosa, se non hai la Scuola dell'obbligo sei fuori! La scuola gli dà la speranza di un nuovo futuro. Io dico sempre che gli diamo la possibilità di aprire quella finestra [metaforica]. Noi ci crediamo! Ci crediamo nella possibilità del recupero, perché recupero dal punto di vista scolastico è un recupero sociale. Io sostengo che bisogna lavorare credendoci, ma anche con tanto egoismo. Bisogna essere egoisti,

perché? Queste persone, quando andranno fuori, incontreranno mia figlia, tua cugina, il tuo amico... se io riabilito una persona prima che esca dal carcere, questi non creeranno danni alla società, quindi io devo lavorare anche perché mia figlia ed il suo parente possano incontrare persone rinviate, persone riabilite, ed anche questo è importante.

P: comunque sto apprezzando tantissimo questo entusiasmo, se non fosse così...

L: no, cambia mestiere! Noi ci crediamo tanto. Tanta gente non si adatta a questa realtà, tante colleghe scappano via, perché o ci credi, o tutti i giorni ci lavori, ma lavori veramente, oppure no, vai a farti la tua scuola, la tua lezioncina. La nostra lezione è altro, la nostra lezione va molto al di là, ma molto al di là. Ripeto, se tu un giorno vuoi spiegare le espressioni ma un alunno ti vuole raccontare perché non sta bene, tu devi stare là ad ascoltarlo perché se tu non lo ascolti, appena esce da là, da quella stanza dove si sentono protetti... noi diciamo sempre, attenzione, che c'è un varco, un'altra realtà: là è carcere, qua è scuola. Totalmente diverso, un altro modo di vedere la vita. Tu non sai appena escono da lì, ma per il solo fatto che non li ho ascoltati, che non gli ho dato forse qualche buon consiglio, forse. Quindi devi avere una grossa sensibilità e creatività. Voglio dire la didattica viene fatta con nulla, non abbiamo libri, quaderni, non abbiamo nulla, la nostra aula è bella vuota. Vivendo tra due ministeri si imputa sempre all'altro l'acquisto dei materiali ma entrambi sostengono di non avere i fondi.

P: **poi non costa nulla un quaderno ma non potete portarlo voi.**

L: no, assolutamente. Non bisogna creare precedenti. Ripeto, noi siamo il rapporto con l'esterno, ricevere qualcosa da fuori significa poter ricevere anche altro dell'esterno. Questa situazione va gestita dal punto di vista psicologico, loro sono qua e sono dei reclusi, non dobbiamo dimenticarlo. [...] Quindi... anche se noi abbiamo questo abbandono, anche se riusciamo a portare un terzo delle persone agli esami, anche se noi riusciamo a "salvare", ecco salvare forse è un termine sbagliato, sbagliatissimo. Anche se noi riusciamo a far capire l'importanza della cultura e della scuola a solo uno di loro, per noi è una vittoria. Vedere quello che tutte le mattine viene a scuola perché ci crede, perché ci vuole

venire, facendo anche sacrifici perché fa dopo la pulizia della stanza, non si fa chiamare due volte...

P: ripensando alla rinuncia dell'aria mi rendo conto che è veramente un sacrificio.

L: sì assolutamente. Tant'è che noi abbiamo formulato un orario un po' diverso perché bisogna anche tener conto di queste loro esigenze. Il nostro orario, infatti, è formulato in modo tale che facciamo un giorno in più di scuola ma incominciamo un'ora dopo la mattina, in modo che appena aperte le celle, loro riescano ad andare un po' fuori, la mattina. Altrimenti diventerebbe un sacrificio notevole.

P: bisogna andargli incontro in questo senso.

L: sì, certo. Devono capire che loro hanno un grande beneficio ma non gli viene tolta l'anima, il sole, la luce...

P: una serie di incentivi per favorire la partecipazione.

L: necessariamente. Fondamentalmente io nella scuola nel carcere ci credo. Poi una cosa, purtroppo l'ho notata ultimamente, forse prima avevo un po' chiuso gli occhi, quest'anno non li ho potuti più chiudere, nel carcere ci sono troppi ragazzi, troppi giovani, troppi, troppo, troppi.

Entrano nella stanza le colleghe della Professoressa Liggieri. Dopo presentazioni e convenevoli scopro che la Professoressa La Rosa stava rientrando dall'ottava sezione.

P: quindi c'è una classe pure all'ottavo.

L: sì certo... l'ha voluta fortissimamente Rosania. Abbiamo una sola classe, naturalmente i detenuti che son lì sono pochini, molti sono di passaggio perché in osservazione, questi noi non possiamo prenderli. Molti quando ci vedono, ci chiedono della scuola ma non possiamo accettarli perché vanno subito via. Quindi i detenuti veri e propri, a parte che sono pochi, altri hanno patologie notevoli, quindi abbiamo una classe sulla carta con quattro, poi in realtà è stato seguito da uno che ha avuto un po' di problemi fisici per diverso tempo e adesso ne abbiamo uno. Questo ragazzo si è iscritto l'anno scorso. Molto intelligente, però ha un reato pesante, ha un vissuto molto pesante, quindi l'anno scorso, malgrado si

sforzasse, era uno di quelli che ti crollava in classe, crollava proprio quindi non ce l'ha fatta. Quest'anno si è armato di tanta buona volontà, ogni tanto lo vedi che crolla, però lo stiamo aiutando perché è tanto intelligente. L'altro giorno sono riuscita a farlo andare alla lavagna ed era tanto felice, mi ha detto: "Professoressa io in vita mia, non sono mai stato alla lavagna". Gli ho risposto di comunicarlo alla mamma ed il giorno dopo mi ha raccontato con gioia della conversazione avuta con la madre. Piccole cose, però importanti. Speriamo di farcela, speriamo di portarlo agli esami quest'anno, perché gli dà un po' di autostima, lo aiuta ad uscire da un tunnel micidiale, non si può capire.

P: parlando con diverse personalità, ho sempre chiesto, se ci sia stato un reale beneficio nella chiusura degli Opg. Il Direttore Rosania mi aveva confidato di voler chiudere questa struttura da quando ci ha messo piede, altri invece non erano della stessa opinione. Quindi vorrei sentire una vostra opinione rispetto alla legge ed alla situazione attuale.

L: Noi preferiamo sicuramente così, non esiste quel discorso. No, no, assolutamente! Erano persone che sicuramente con i loro reati, i loro problemi, però dovevano essere recuperati in un altro modo. Noi abbiamo avuto, sempre, tantissima difficoltà, molta di più di quella che incontriamo ora. Quindi no, io sono perfettamente d'accordo con il Dottor Rosania. Meglio così.

P: ma rispetto al fatto che i malati mentali si ritrovano a vivere in carcere che ne pensa? Sa che la realtà delle Rems è ancora troppo piccola per contenere le utenze.

L: io non so bene come funzionino le Rems onestamente, però è ovvio che da qui sono uscite tantissime persone e forse dovevano essere gestite diversamente. Persone che... non c'erano, non c'erano completamente. Noi abbiamo avuto un alunno che ricordo ancora. [Ride] Un alunno che abbiamo avuto per sempre, da sempre, fino all'ultimo giorno quando l'hanno buttato fuori. Noi avevamo paura, ci chiedevano dove sarebbe andato a finire, chi se lo sarebbe preso... Io lo avrei lasciato qui, è con lui chissà quanti. Persone non recuperabili.

La: persone che poi abbiamo saputo avere grossi problemi, suicidi.

L: qualcuno non ha accettato la chiusura e già qui dentro ha tentato il suicidio. Qualcuno è andato alle Rems, altri in centri di accoglienza, a volte venivano riportati indietro perché non si aspettavano. C'erano persone che conoscevano solo questo.

La: per loro, quella qui, era più della famiglia naturale. Una volta sradicati da qui perdevamo il loro equilibrio.

P: certo, non era facile.

L: questo era un luogo protetto per loro, era il loro modo, qui dentro nessuno poteva fargli del male. Fuori la famiglia non li voleva, la società non li vuole. Le loro patologie devono essere affrontate in modo serio, perché possono diventare un problema enorme per tutti.

P: la malattia mentale, purtroppo, è ancora un tabù. Non viene affrontata, nel modo giusto, dalla società perché si ha paura. Non si sa come prenderli. I manicomi sono stati chiusi, gli Opg anche, giustamente non essendo dei trattamenti auspicabili, quelli. Però si crea un problema, magari è cambiata anche un po' la mentalità delle famiglie, anche grazie ai farmaci magari.

L: non sono pienamente d'accordo. Noi abbiamo avuto dei ragazzini, dei disabili che combattevano dei piccoli reati apposta, noi abbiamo capito questo, per avere un posto dove andare. Il famoso ergastolo bianco, non uscivano più. Ma loro qua stavano bene, era la loro famiglia.

La: poi non abbiamo avuto notizia di tutti quelli che sono usciti, ci è arrivata solo qualche cattiva notizia.

L: poi le volevo anche dire che dal punto di vista scolastico, noi ci impegniamo in delle attività che vanno oltre la didattica rendendoli felici. Capiscono che sono in grado di fare anche altro, sono felici gratificanti anche dalla sola idea di aiutare l'insegnante. Per due anni abbiamo fatto il progetto cinema, molto importante. Abbiamo avuto un regista della Rai. Due anni fa abbiamo cominciato, con grande fatica per far entrare qui le telecamere, la cinepresa, abbiamo dovuto chiedere l'autorizzazione del Ministero, non è stato semplice. Lo abbiamo cominciato con Rosania che, appena ha sentito una cosa del genere, si è illuminato di immenso. Quando abbiamo proposto il progetto lui ha espresso anche il desiderio di produrre qualcosa di scritto. È cominciato proprio l'anno che lui è andato via e chi l'ha sostituito ha avuto qualche problemino ritrovandosi in una realtà da fondare, da creare [...] Quindi con grandissima difficoltà ma immensa

soddisfazione, siamo riusciti a portare a compimento il primo anno di progetto, con il risultato di un trailer. Il secondo anno di progetto prevedeva di creare il vero e proprio film, è così è stato fatto. Quindi siamo in attesa del prodotto finale, il regista mi ha chiamato la settimana scorsa e manca solo la ripresa degli esterni e la fase di montaggio. Il regista è una persona un po' particolare, parla di ristrutturazione dei detenuti, riconosce che queste persone hanno vissuto una lacerazione riconoscendo però che c'è sempre un modo di ricucire. [...] Siamo in attesa, entro l'anno. Anche perché siamo un po' in ritardo, ora meno, ma prima ogni giorno i detenuti chiedevano, perché c'è tanto di loro, si parte da un ricordo, da un'esperienza personale di ognuno di loro, non è un classico film sulla vita del detenuto. Poi ognuno di loro recita delle poesie di un autore particolare, sempre sulla ricucitura.

P: molto bene. Adesso un'ultima domanda, quali sono i vostri auspici per il futuro? Se c'è qualcosa da migliorare, come migliorarla...

L: sì, sì. Il mio auspicio è che ci sia... che la Scuola, che gli insegnanti vengano visti come parte integrante del carcere. La materia prima, anche se è brutto utilizzare questo termine, ma la materia prima del carcere sono i detenuti e ci lavoriamo tutti su di loro. Ci lavora l'agente per far rispettare ciò che ha deciso un giudice, ci lavoriamo noi perché abbiamo un'azione di recupero come gli educatori. Tutti lavoriamo sulla stessa materia prima, ecco sarebbe bene essere una mano.

La: manca la sinergia.

L: adesso è migliorato tanto, ripeto, rispetto a qualche anno fa in cui noi eravamo lo straniero che dava fastidio, l'estraneo. Noi non siamo estranei, il ministero è qua. Io da questo posto me ne andrò se vorrò, se mi licenziano o se muoio, altrimenti qua io lavoro, a tempo indeterminato. Tant'è che quando abbiamo avuto la possibilità della sinergia si sono ottenuti splendidi risultati, ad esempio l'anno scorso con un detenuto. Questo si era fatto il giro delle carceri, veniva buttato fuori sempre per violenza ed insubordinazione: aveva bruciato la stanza, aveva combinato di tutto e di più. Quando è arrivato qua, la prima cosa a cui abbiamo pensato è stata di togliercelo di torno, convinte che ci avrebbe creato non pochi problemi, perché poi questi soggetti creano scompiglio in classe. Tu devi creare un equilibrio ed anche favorire un legame tra i compagni,

quindi questo soggetto era un problema. All'inizio era parecchio disturbante finché un giorno non si è aperto. Attenzione! Noi non sappiamo i loro reati, perché io ribadisco a tutti loro, sempre, che io non sono un giudice e non devo giudicare. Io sono l'insegnante, per me è solo un alunno.

P: in effetti è un bene pure per lei non sapere. L'aiuta a lavorare serenamente.

L: li guarderei con occhi diversi. Ovviamente dopo li so, c'è un momento, quando loro hanno fiducia in te, ti fermano e ti raccontano la loro vita.

P: però già lì avete conosciuti, non avete un primo impatto deviato.

L: assolutamente. Pensi che noi avevamo un ergastolano in classe, che aveva ammazzato la fidanzata con trenta coltellate. Lei pensi solo se noi avessimo saputo una cosa del genere prima.

La: lo guardi con un occhio diverso se non li conosci.

P: infatti non sapere è la cosa migliore.

L: assolutamente. Quando lo abbiamo saputo, è stata dura, lo abbiamo visto con occhi diversi. Eravamo già affezionate a lui e lui ribadiva sempre che questo era il suo posto, che se lo meritava.

P: era cosciente.

L: assolutamente.

La: si giustificava sempre dicendo che era stato un momento di totale blackout, aveva perso la testa. Che ragionando non l'avrebbe mai fatto. Lui raccontava tutto con estrema lucidità, come un film.

L: tant'è che noi, quell'anno, abbiamo fatto uno spettacolo sulla violenza sulle donne e lui voleva recitare, ma non ce l'ha fatta. Addirittura, lui disse che non voleva niente di scritto perché sapeva cosa doveva dire, ma durante le prove ha avuto un crollo. Non è venuto neanche a teatro. È stato male, per quanto drammatico lui aveva un equilibrio ed in quella situazione si è spezzato. Invece un'altra cosa positiva... abbiamo avuto l'anno scorso questa persona violenta, ignorante da morire, sapeva appena leggere e scrivere. Come fu, come non fu, si è aperto pure lui è si è affezionato a noi, non lo so perché. Con questo soggetto i risultati sono arrivati grazie al lavoro di équipe con la sua educatrice, una persona meravigliosa che conosco da tanti anni e con la quale ho sempre lavorato

alla grande [la Dott.ssa Fazio]. Insomma, questo si è calmato, è riuscito ad avere un permesso che non otteneva da anni.

P: parliamo del violento che aveva girato diverse carceri.

L: sì, sì. Quindi è riuscito ad andare a trovare la mamma malata, si è iscritto alla scuola superiore, non ha fatto più “manicomio”, ha partecipato al progetto cinema. Ha trovato un suo equilibrio, perché fondamentalmente era un ingenuo, ho capito che aveva bisogno di qualcuno a cui appoggiarsi e qualcuno che gli impartisse delle regole. Ripeto, si è affezionato, ma ci siamo riusciti solo grazie al lavoro di sinergia. Ci vuole molta pazienza e soprattutto crederci.

P: allora per questo già avete vinto! Traspare, si vede che ci credete davvero.

L: se volete raccontarmi qualche altro piccolo episodio, o come avete affrontato qualche momento più critico.

Le due insegnanti si guardarono brevemente negli occhi e la Prof.ssa La Rosa esordì parlando di un fatto molto recente, forse proprio per questo glissato, fino a quel momento, dalla Prof.ssa Liggieri.

L: si un fatto che non mi era mai capitato. Io sono un tipo molto forte, incoraggio sempre tutti, anche perché sono il loro “capo”, devo aiutarle. Non mi era mai capitato, in tantissimi anni, un detenuto. Allora noi questo ragazzo lo conoscevamo dai tempi dell’Opg, è stato sempre un ragazzo molto irrequieto però era sedato... all'inizio dell'anno l'educatrice mi ha chiesto di inserirlo a scuola ed eravamo entrambe molto contente perché l'avevamo trovato molto cambiato, sia dal punto di vista fisico che psicologico. Veniva contento a scuola, per un attimo ci siamo illuse di poterlo recuperare: parlava di scuola alberghiera, di un futuro fuori dal carcere con una scuola ed un lavoro ben preciso. Io non so cosa sia successo, ad un certo punto ha avuto un crollo pazzesco, nell'arco di pochissimo è tornato indietro fino a diventare violento così com'era prima. Ha combinato tanto all'ottavo, veri e propri danni. Un giorno ce lo siamo visti arrivare a scuola tipo cane bastonato, io ho subito capito che qualcosa non andava, fortunatamente c'ero io quel giorno. Lui poco prima aveva

ridotto in fin di vita il compagno di cella, aveva avuto un raptus vero e proprio. Arrivato in aula gli prestai attenzione perché era da un po' che si rifiutava di partecipare, perché troppo agitato, e lui mi ha tranquillamente raccontato cosa aveva appena fatto. Da lì a poco ci sarebbe stata una commissione disciplinare con conseguenze anche abbastanza pesanti. Ricordo che lo stavo salutandolo raccomandandogli che io l'avrei aiutato qualora lo avrebbe voluto... tutto d'un tratto si poggia le mani sulla testa ed inizia ad urlare che qualcosa stava per arrivare, spaventandomi, non poco. È scappato verso un agente. Io dico che mi ha voluta salvare, fosse rimasto là mi avrebbe sicuramente fatto male, molto male. È andato verso l'agente e da lì qualsiasi cosa gli passava per le mani veniva buttata per aria, un vero e proprio raptus, finché non è crollato. In questa occasione sono stata male... sono stata anche molto fortunata, io credo che lui mi abbia voluta proteggere scappando. Sono stata fortunata, ma questo è l'unico episodio del genere, in tanti anni non mi è mai successo nulla.

La: ci hanno trattate sempre con molto rispetto, alcuni ogni tanto si straniscono, ma sempre cose molto lievi.

L: poi questa persona è stata trasferita, non poteva stare più qui.

P: certo sono sempre situazioni non facili.

L: ma sono esperienze.

4.6. Interpretazione e soggettività

Le interviste sono state uno strumento fondamentale per districare la complessità ed il più volte citato, alone di mistero che avvolge questo tipo di istituzioni. Sebbene un'attenta disamina storica e legislativa aiuti nella comprensione del fenomeno "Ospedale psichiatrico giudiziario", dal punto di vista legale e sociale; è attraverso i racconti dei protagonisti che l'evanescenza normativa acquisisce forma, divenendo pienamente tangibile. È attraverso i racconti di vita quotidiana, le impressioni, i sentimenti e le opinioni di chi ha vissuto quella realtà, che si comprendono le difficoltà, la rigidità e l'impegno che si cela dietro le istituzioni totali; realtà che, in questo specifico contesto, appare tanto chiusa e statica quanto transitabile e mutevole.

In questo capitolo ho cercato di rimandare al lettore una lettura del lavoro in Ospedale psichiatrico giudiziario, seguendo un ordine che, quanto più possibile, potesse partire da una rappresentazione generale fino ad arrivare ai racconti più confessionali e soggettivi, dunque, al particolare. Una scelta esule da criteri cronologici o spaziali, funzionale ad una comprensione sempre più approfondita e che potesse generare curiosità; aggiungendo un tassello ad ogni pagina attraverso un ordine logico che io stessa avrei voluto osservare durante la mia ricerca etnografica; alla scoperta di ciò che si cela sotto i formalismi e le leggi, ovvero gli spazi di condivisione e la creazione di una comunità, in una

relazione dialettica, e a tratti conflittuale, tra i codici e le grammatiche informali e il codice formale si possono rintracciare un numero indefinito di zone grigie e spazi liminali entro i quali i soggetti possono rinegoziare costantemente la propria identità ed i termini provvisoriamente ultimi delle proprie capacità agentive ¹⁹³.

Le prime due interviste ci hanno catapultato nel mondo dell'Ospedale psichiatrico giudiziario permettendoci di comprendere, dalla voce dei diretti protagonisti, in cosa consistesse questa specifica realtà manicomiale, con tutte le sue vicissitudini politico-economiche ed un focus sulle pratiche d'uso e gli stili di vita correlati. Il Dottor Rosania ci ha concesso una vera e propria cronistoria della realtà Opg in modo lucido ed accurato, forse, memore dei lunghi anni di attivismo spesi a narrare, a livello locale, nazionale ed accademico, quella realtà così difficile e sconosciuta. Dal suo racconto, estremamente accurato, traspaiono due momenti fondamentali che hanno segnato la storia degli Ospedali psichiatrici giudiziari; da sovrapporre alle rivoluzioni operate in ambito legale di cui abbiamo ampiamente letto al capitolo 1.

Il primo spartiacque fu, senz'altro, rappresentato dalla distanza intercorsa, dopo decenni, tra le cosche mafiose e gli istituti manicomiali: spesso considerati come dei luoghi di ritiro, per evitare condanne carcerarie ed allo stesso tempo, luoghi in cui seguitare nei propri affari illegali, con il benessere degli operatori corrotti o soggetti a minacce, assicurandosi uno stile di vita simile (o quasi) a quello che avrebbero mantenuto presso le

¹⁹³ Luigigiovanni Quarta, *Resti tra noi. Etnografia di un manicomio criminale*, Meltemi, Roma, 2019, p. 135

loro abitazioni. Barcellona, per anni, fu una delle mete predilette per tale tipo di operazioni con buona connivenza di tutto il sistema custodiale italiano, lasciando che la polveriera esplodesse nel 1983, quando un gruppo di camorristi evasero generando scandalo generale ed una Commissione d'inchiesta sull'istituto ed il suo Direttore. Questo momento fu di apicale importanza per le sorti dell'Opg messinese che, da quel momento, tese a prendere le distanze da quell'appellativo di "albergo per mafiosi" che fino a quel momento lo aveva accompagnato. Il secondo spartiacque fu rappresentato da quella che abbiamo rinominato bonariamente come "deportazione". Era il 2008 quando l'istituto di Montelupo Fiorentino e parte di quello di Napoli chiusero i battenti; a Barcellona Pozzo di Gotto vennero condotti decine e decine di pazienti non solo incapaci d'intendere e di volere ma completamente insufficienti a sé stessi. La popolazione dell'Ospedale psichiatrico giudiziario salì a circa 420 unità generando una crisi dell'attività d'istituto e come ci ha raccontato Rosania, il suo lento declino, rappresentando un punto di non ritorno.

Allo stesso tempo anche Rosalia Biondo ci ha regalato un'analisi generale dell'istituzione Opg, forse in modo più introspettivo ma focalizzandosi molto sulle esigenze dell'istituto, sulla gestione del capitale umano, i rapporti con i Dipartimenti di salute mentale e la nascita della figura dell'allora educatore, oggi operatore giuridico-pedagogico. Uno spaccato interessantissimo a fronte della sua più lunga esperienza in istituto, fin dal 1981; un arco di tempo che le ha permesso di toccare con mano tutti gli stravolgimenti, le rivoluzioni, le criticità ed i successi che una realtà come questa ha attraversato.

Ogni racconto ci ha permesso di scorgere un mondo altro, delle specifiche finestre sulla stessa realtà ma fortemente filtrate dal ruolo, dalle mansioni, da una soggettività emotiva, professionale ed intellettuale imprescindibile. Come afferma la Professoressa Rasini, citando l'opera di Viktor von Weizsäcker (1940):

se la fisica è soltanto oggettiva, "la biologia è anche soggettiva" e da questo dato non può e non deve prescindere. La ricerca sul vivente è dunque vincolata al

principio della similarità tra conoscente e conosciuto e alla loro dipendenza da un fondamento comune ¹⁹⁴.

Da questa affermazione appare evidente l'importanza della percezione e dell'affermazione della soggettività a fronte di una ricostruzione significativa, piena di informazioni, sfaccettature e proprio per questo scientifica, almeno quando si parla di capitale umano. Sempre secondo i dettami della Rasini, è necessario un ritorno alla "cultura", intesa come ancoraggio ad una rigorosa analisi etnografica interrogando opportunamente l'agency individuale e collettiva, da considerare come «capacity of social beings to interpret and morally evaluate their situation and to formulate projects and try to enact them»¹⁹⁵.

È stato facile sovrapporre le diverse esperienze raccontate, lo si intravede da alcune delle mie domande, veicolate dalle conoscenze apprese durante le interviste precedenti; il lettore più attento avrà certamente osservato i punti comuni ai diversi racconti, il riproporsi delle stesse esperienze critiche, delle stesse difficoltà, come delle medesime vittorie o gli stessi emblematici incontri: vi ricordate di Napoleone?

A prescindere dalle difficoltà endogene della complessa e particolarissima area di studio, come le carenze economiche, politiche, di personale e quant'altro, di cui abbiamo ampiamente discusso all'interno dell'intero lavoro; in questo specifico capitolo abbiamo potuto osservare vicissitudini e sfide comuni a tutti gli operatori presi in causa. Il primo grande ostacolo, ad eccezione dei sanitari, è stato senz'altro rappresentato dal senso di straniamento ed alienazione percepito una volta catapultati "in mezzo ai pazzi"; un incontro/scontro con il diverso e lo sconosciuto che in più di un intervistato ha generato reazioni di sconcerto: "entrando qui vedevi l'inferno [...] Io quella notte non ho dormito"; o di fuga: "mandatemi dove volete, io qui non voglio stare perché questo posto non è per me" e ancora,

¹⁹⁴ Vallori Rasini, *Antropologia della soggettività. Il destino dell'ente "patico" e l'uomo*, Scienza&Filosofia.com, in http://www.scienzae filosofia.com/2018/03/25/antropologia-della-soggettivita-il-destino-dellente-patico-e-luomo/#_ftnref5, 04/10/2021

¹⁹⁵ Sherry B. Ortner, *Resistance and the Problem of Ethnographic Refusal*, *Comparative Studies in Society and History*, vol. 37, no.1, Cambridge University Press, 1995, p. 185

“ho dovuto combattere con la mia coscienza perché lì per lì, ho avuto una sorta di rigetto”. Espressioni che lasciano trasparire una naturale resistenza all’alterità, sanata solo con molto impegno, una maggiore comprensione della realtà istituzionale ed una precisa individuazione del proprio mandato, atta a superare i dittami del contratto di lavoro nella ricerca del miglior modo per ottenere risultati tangibili.

Quasi tutti i nostri intervistati hanno dovuto lottare con un sistema resistente alle novità operative e reticente nell’accettare nuove figure professionali; dal Direttore, scontratosi immediatamente con il suo predecessore: “il Professore Mirabile, con il quale entrai in conflitto stratosferico, perché lui apparteneva ad una psichiatria di vecchio stampo. Quando ci incontrammo per cercare di capirci, conoscerci, lui tirò fuori i compassi per misurare gli indici encefalici. Tant’è vero che io ero convinto che scherzasse, e invece no. Aveva tutto un modo di impostare il rapporto sia con i malati, sia con il personale che era dell’anteguerra”. All’insegnate, sentitasi inizialmente ostracizzata dalla Polizia Penitenziaria: “ti facevano percepire come delle intruse, noi davamo fastidio, eravamo un lavoro in più. Ci abbiamo impiegato un po’ di tempo a farci amare, ma adesso gli agenti sono le prime persone che ci aiutano”. Sicuramente più emblematiche le reazioni a figure professionali completamente nuove, pensiamo alla figura del riabilitatore psichiatrico, completamente sconosciuta all’interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari e formalizzata per la prima volta a Barcellona P. G., “sotto questo punto di vista noi facciamo storia”; o ancor meglio alla figura dell’educatore, nei confronti della quale ci sono state non poche resistenze, considerati come “rivoluzionari, quasi brigatisti rossi eravamo”.

Comuni a diversi profili professionali sono stati anche i successi e quel sentimento di vittoria legato all’ottenimento di buoni risultati, in termini di relazione con un paziente: “il caso più difficile che ho affrontato, qui, è stato quello di un ragazzo che a diciott’anni ha ucciso un suo amico [...] era talmente pericoloso ed aggressivo che nemmeno gli veniva aperta la cella, il pasto gli veniva passato da una fessura nella porta. Dopo otto anni di reclusione, ricordo che questo ragazzo uscì per la prima volta con me: ben dodici ore di permesso, dalle otto del mattino alle otto di sera.

Immagini, dopo tutto quel tempo, non aveva idea di cosa fare prima, una vera esplosione di gioia”; o per il raggiungimento delle finalità professionali: “uno di questi alunni, che è uscito, è andato in una Rems. Ci hanno scritto, hanno voluto tutto le sue presenze, ricordo che l’abbiamo pure scrutinato e tutto perché aveva chiesto di fare esami. È stato, una soddisfazione immensa. Vedere una persona che sta male in quel modo, con tutte le sue problematiche, non normali, veramente enormi. Vedere che tu l’hai fatto appassionare alla scuola, vedere che tu gli hai fatto intraprendere un percorso che lui ha amato e che fuori ha concluso...”. Esperienze che in un contesto così difficile come quello dell’Ospedale psichiatrico giudiziario, lasciano un segno, fondamentali per incentivare la naturale predisposizione all’assistenzialismo che l’operatore, come si legge in più punti, deve avere.

Infine l’altro grande elemento comune, riguarda la nostalgia nei confronti di uno stile di lavoro, dei modi d’uso e delle pratiche di aiuto che nel corso degli ultimi vent’anni del XX secolo fino alla chiusura degli Opg, si erano ormai consolidati all’insegna della cooperazione e dell’estensione al limite delle norme con l’obiettivo di abbattere quanto più possibile i muri e regalare ai detenuti/pazienti una vita dignitosa. Una nostalgia forse dettata da un inevitabile adattamento al modus operandi precedente, rispetto alle nuove sfide che un’istituzione in trasformazione stenta ad accogliere; è facile empatizzare con chi afferma “ora, però, è peggio [...] dopo più di quarant’anni in cui ho operato in un certo modo, per me è così” o “purtroppo si è perso tutto”, di fronte alla demolizione di quello che per anni era stato costruito a piccoli passi. È evidente una simmetria in molti dei racconti proposti, delle narrazioni che svelano la necessità di cambiamento all’inizio e si concludono con il rammarico per aver visto sfumare quanto era stato costruito a favore di una nuova struttura, una nuova legislazione una nuova realtà da modellare da cima a fondo, dopo decenni e, probabilmente, in assenza delle energie o del giusto incentivo, come era stato in passato, demoralizzati e spesso convinti che: “per me superare l’Opg in questo modo non ha fatto altro che dissimulare sul problema della malattia mentale e creare una polveriera, una mina accesa in tutti gli istituti di pena nazionale, e sono molto serio su questo, perché

il disagio psichico che non riesce ad essere inserito nei quattro macro-contenitori della nazione e rimane nell'istituto deve essere gestito, ma continua a non esserlo nel modo adeguato. Ci sono report quotidiani di cattiva gestione, gente che si appende per i calzini, gente che lancia le proprie feci, gente che cammina con le lamette in mano, che fa le cose più assurde. Perché? Perché ormai si è perso di vista tutto quanto”.

Quanto mi è stato raccontato, al pari dei testi normativi e degli storici documenti archivistici, rappresenta un piccolo tesoro da custodire in quanto auto-rappresentazione di sé stessi, del proprio lavoro, di un'istituzione ormai in declino ma che ha lasciato solchi tanto profondi da essere visibili a distanza di anni. All'interno di una logica interpretativista «le forme culturali si possono trattare come dei testi. Il vero principio guida è che le società, come le vite umane, contengono la propria interpretazione. Si deve solo imparare come averne accesso»¹⁹⁶. Questo tipo di esperienze/documenti hanno senz'altro rappresentato una chiave di lettura, adatta «a muoversi sul piano dei simboli e dei significati, comunicare con gli altri e, in questo modo, farmi un'idea di come gli altri interpretano le loro istituzioni»¹⁹⁷, aiutandomi nella ricostruzione di una realtà culturale specifica ma plastica e composta da centinaia di sfaccettature. Sperando di aver concesso al lettore un quadro quanto più ampio e completo possibile, suscitando la sua curiosità e guidandolo attraverso la mia capacità interpretativa, maturata all'interno di una rete di significati composta da plurime soggettività e diversi punti d'angolazione, nessuno prevaricante ma al contrario, ponendo l'accento su diverse prospettive in grado di dipanare nel bene o nel male, che dir si voglia, la matassa sottesa ad uno specifico tipo di istituzione totale.

¹⁹⁶ Clifford Geertz, *Interpretation of culture*, Basic Books, New York, 1973

¹⁹⁷ Ibidem

Conclusioni

A seguito della stesura di questo lavoro, reputo necessario soffermarmi, approfondire e ribadire alcuni concetti fondamentali con l'intento di tirare le somme di quanto analizzato ed individuato durante la mia ricerca.

Il manicomio criminale nasce, a cavallo tra XIX e XX secolo, come una necessità: un'istituzione totale (e per questo brutale) della quale, secondo le più illustri personalità dell'alienismo italiano, andavano smussati piccoli spigoli per ottenere la *terza via*. All'epoca si riteneva fondamentale ed imprescindibile l'idea di un sistema custodialistico tripartito, in cui i diversi istituti, carceri, manicomi civili e criminali, avrebbero raccolto e custodito tutti gli "scarti" della società: delinquenti, pazzi, criminali nati. Una logica impeccabile sottendeva tale intento: la ricerca dell'ordine, della sicurezza, la possibilità di gettare tutto ciò che era di difficile comprensione e gestione, all'interno di un sistema dal quale, una volta entrati, sarebbe stato semi-impossibile uscire. Un sacrificio calcolato, in nome di quel *processo di civilizzazione*¹⁹⁸ che Norbert Elias ha interpretato come: il processo in cui l'affermazione dello stato centrale nazionale va di pari passo con una riduzione della violenza e dell'arbitrio, nell'esercizio delle autorità a tutti i livelli della società.

Aumento dell'ordine e riduzione della violenza grazie ad un sistemico meccanismo della porta girevole elevato a potenza, là dove, l'internato, una volta uscito da uno di questi istituti, si sarebbe visto reinserito presso un'altra istituzione totale. Sono i dati a confermarlo, specialmente quando si parla di manicomi giudiziari; solo una piccolissima percentuale del campione preso in analisi ha, infatti, terminato la sua permanenza in Manicomio giudiziario tornando alla libertà: appena ventisette uomini su un campione di trecento. Le voci "trasferito presso manicomio civile di...", "trasferito presso il carcere di ..." o ancora "deceduto in data ..." sono senz'altro più semplici da individuare a fronte di un'istituzione che spesso, come abbiamo letto, fungeva da limbo, da stazione di servizio, da centro di smistamento in cui decidere le sorti del delinquente; un uomo

¹⁹⁸ Norbert Elias, *The Civilizing Process: The History of Manners*, Urizen Books, New York, 1978

capace di gestire la vita carceraria o definitivamente condannato a sparire, a diventare evanescente se inserito presso un manicomio civile.

A livello locale, tutte le componenti del sistema custodialistico nazionale, si sono configurate, all'occorrenza, come espressione di potere politico; sopraffazioni da parte delle forze dell'ordine, dei giudici, delle famiglie, anche degli esperti psichiatri alienisti nei confronti di individui che, anche se autori dei più svariati reati, meritavano equi processi ed una più equa gestione sia della malattia quanto del loro reinserimento sociale, piuttosto che un viaggio di sola andata all'interno di quel sistema senza uscita. Facciamo riferimento a condanne perpetrate attraverso la proroga dell'esecuzione delle misure di sicurezza, fondata sul principio della presunzione di pericolosità sociale; un meccanismo utilissimo alla procrastinazione di decisioni più o meno scomode: rinviare di due, cinque o dieci anni la possibilità di un ritorno alla libertà, tutelando, da una parte, l'ordine sociale e illudendo, dall'altra parte, il detenuto circa la possibilità di una via d'uscita, ignaro che stesse vivendo un vero e proprio ergastolo. Oltre agli individui autori di reato, spesso vittime di un sistema distorto, pensiamo a chi, fin da subito, veniva inserito nel sistema custodiale con accuse totalmente infondate, senza un processo o con pene sproporzionate al crimine, solo allo scopo di tutelare qualcuno o un intero regime. È quanto abbiamo percepito leggendo la storia di Cosimo A. al paragrafo 3.4.3, un uomo condannato a due anni di reclusione per "danneggiamenti", un crimine commesso a scopo di protesta contro il Regime, un'insubordinazione che gli sarebbe costata l'intera vita: sette anni in Manicomio giudiziario, il resto presso un ospedale psichiatrico.

Una tendenza che si riconferma anche con le vicende di Zeidan E., condannato all'ergastolo bianco in terra straniera, condannato ad uno spostamento ingiustificato, alla solitudine, all'incomunicabilità, condannato a morire tra le mura del Manicomio giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto non per aver ucciso, ma per aver assassinato la persona sbagliata.

Una pratica che in qualsiasi sistema dittatoriale si perpetua nel tempo e nello spazio con le medesime modalità; è ciò che è avvenuto nel passato, è ciò che succede ancora oggi, spesso sommessamente, altre volte in modo più eclatante come nel caso egiziano dove: il sistema dittatoriale e paramilitare di Abdel Fattah al-Sisi promuove l'arresto e l'incarcerazione di

chiunque si presuma possa ledere lo status quo politico, legittimando la violazione di diritti umani, in carceri sempre più sovraffollate ed invivibili. A prescindere dalla locazione storico-geografica e dalla specificità delle dinamiche, l'idea di sottomettere ciò che non è produttivo, ciò che non si capisce, ciò che è disturbante per chi detiene il potere, si è perpetuata e continua a dilagare come prassi in modo più o meno legittimo, pensiamo, ad esempio, all'orrore dell' Aktion T4¹⁹⁹, piena espressione del biopotere. Il Manicomio giudiziario italiano, sebbene lontanissimo dalle brutalità perpetrate dal Terzo Reich, è stata un'istituzione non solo legittima, ma come ho espresso ampiamente nel primo capitolo di questo lavoro, legalmente costituita e regolamentata; un'istituzione nata liberamente da un'apparente necessità e lentamente regolamentata con l'intento di tutelare, dapprima la struttura sistemica che si era ormai incardinata nel nostro complesso custodiale nazionale e solo in un secondo momento cercando di ottemperare agli oneri che gli internati esigevano.

Proprio quelle esigenze come la tutela dei diritti umani, la tutela dei diritti civili ed il diritto alla salute, hanno fatto sì che la realtà custodiale italiana assomigliasse sempre più ad un castello di carte pronto a cadere. Negli ultimi decenni dello scorso secolo abbiamo, infatti, visto la malattia mentale mettersi *tra parentesi*, abbiamo assistito, grazie a menti illuminate, al lento emergere dei diritti degli internati manicomiali fino alla definitiva chiusura dei manicomi civili. Il venir meno di uno dei più importanti tasselli del microcosmo custodiale nazionale ha, inesorabilmente, decretato il lento sfaldamento di quel castello di carte, determinandone una sempre più evidente carenza gestionale e strutturale. Alla luce dei nuovi parametri, il Manicomio giudiziario, ormai Ospedale Psichiatrico Giudiziario, fu destinato a trasformarsi da *terza via*, da limbo in cui attendere circa i casi più complessi, ad un calderone indistinto di individui dalle più svariate necessità: autori di reati con disturbi psichiatrici, malati mentali denunciati dalle famiglie stremate dall'assenza di supporto territoriale e com'era sempre stato, "signorotti" che sceglievano la comodità del manicomio per sfuggire al carcere duro e

¹⁹⁹ L'Aktion T4 è il nome convenzionale con cui si designa il programma nazista di eutanasia (1933 - 1941) che, sotto responsabilità medica, prevedeva in Germania la soppressione di persone affette da malattie genetiche inguaribili e da portatori di handicap mentali

lunghi periodi di reclusione. Una realtà non solo carente ma così ricca di storture da rendere impensabile alcun miglioramento; lo abbiamo letto nell'intervista al Dottor Rosania, dove ha convintamente affermato: "Sarò molto chiaro, io ho fatto quel concorso perché, secondo me, gli Opg andavano chiusi, punto e basta, e ne sono stato sempre convinto". Una convinzione che, negli anni, è stata sempre più, oggetto di condivisione dapprima delle alte sfere politiche, fino ad arrivare, grazie alla più permeante copertura mediatica, alla società civile in toto. La chiara convinzione che, in questi istituti, fossero legittimate e perpetuate delle barbarie, ma anche la consapevolezza che una volta chiusi pure questi luoghi ci sarebbe stato un enorme baratro; dove collocare personalità incompatibili con il sistema carcerario tanto quanto con la società civile? Non furono casuali le lungaggini riguardanti la questione: chiusura Ospedali psichiatrici giudiziari. L'equilibrio e la sicurezza sociale dovuta alla tripartizione custodiale, già mutilata enormemente dalla chiusura dei manicomi civili, si sarebbe avvalsa di un unico ed insufficiente strumento: il carcere come ultimo bastione del contenimento. La società civile doveva essere pronta ad accogliere, attraverso i servizi territoriali, la malattia mentale, rinunciando al comodo espediente della reclusione. Nonostante le evidenti criticità, nonostante i cinque anni trascorsi dalla legge che ne decretava lo scioglimento, nel 2017 tutti gli Ospedali psichiatrici giudiziari chiudevano i battenti; un'epocale conquista di legalità e di giustizia per alcuni, solo un modo per nascondere la "polvere sotto il tappeto", per altri. Ovviamente il problema della malattia mentale e degli autori di reato non imputabili a causa delle loro condizioni psichiatriche, persiste; sono assolutamente concorde nell'affermare che oggi vi è, senz'altro, una migliore gestione della questione, attraverso i Dipartimenti di salute mentale operanti presso le Aziende sanitarie locali, attraverso le efficienti Residenze per l'esecuzione della misure di sicurezza, ma ciò non significa che non vi persistano limiti e limitazioni, difetti e storture, carenze ed esempi di inefficienza.

Abbiamo già letto di come il più grande problema relativo al sostituto degli Opg, le Rems, riguardi la disponibilità numerica a fronte dell'ingente richiesta; un esubero di persone che necessitano di terapie e cure psichiatriche personalizzate ma che, dopo aver compiuto un reato, con un evidente fallimento dei DSM, rischiano di trascorrere anni prima di poter

essere sottoposti ai trattamenti legalmente ascritti. L'ultimo reale bastione del sistema di contenimento italiano restano le carceri ed in particolare, per questo specifico tipo di detenuto, le sezioni per l'articolazione e la tutela della salute mentale: specifici padiglioni, reparti, sezioni delle carceri nazionali in cui è come se il tempo si fosse fermato, in cui la realtà del manicomio criminale è tutt'oggi viva con una serie di complicazioni ed abbruttimenti superiori a quelli vissuti dall'Opg.

Come ho avuto modo di percepire e come, in fin dei conti, mi è stato ribadito da quasi tutti gli intervistati, la realtà dell'ATSM è ancor peggiore di quella vissuta dagli internati Opg. Parliamo di una condizione a tutti gli effetti carceraria sottoposta al controllo del Ministero della Giustizia, al quale va associata la compartecipazione del personale sanitario gestito dal Ministero della Salute; è importantissimo sottolineare questa differenziazione che, sebbene possa sembrare solo formale, è origine di una serie di reali difficoltà pratiche, dovendo rispondere a diversi ordinamenti e diverse specificità d'azione. Non esistono più le équipes allargate di cui ci parlava la Dottoressa Biondo, non esiste più il detenuto/paziente gestito dall'istituto manicomiale in toto, esistono solamente i detenuti e gli operatori, che possono agire secondo le loro regole, nel rispetto dei diritti del detenuto e con strumenti che nelle ATSM risultano sempre più limitati. Una situazione estremamente difficile da gestire, ancor più, se con un personale sottodimensionato per le sezioni ATSM che dovrebbero, apparentemente, contenere un numero di detenuti esiguo ed invece si trovano a fronteggiarne delle decine: individui chiusi in cella, lontani dall'idea della comunità terapeutica e liberi di rifiutare con noncuranza le terapie concesse; una realtà lontana dagli esempi di *plasticità* propria degli Opg:

ovvero la capacità dell'istituzione di essere rimodellata attraverso le quotidiane interazioni informali tra soggetti che acquisiscono costantemente un differente posizionamento e che usano diverse forme di poteri per negoziare la loro rilevanza sociale all'interno del campo²⁰⁰.

Non sorprende che proprio in queste sezioni ci sia il più alto tasso di criticità; specifiche criticità che fino a qualche anno fa, erano spalmate su

²⁰⁰ Luigigiovanni Quarta, *Resti tra noi. Etnografia di un manicomio criminale*, Meltemi, Roma, 2019, p. 137

soli sei istituti nazionali e che oggi ritroviamo in quasi ogni carcere d'Italia.

In conclusione vorrei sottolineare come tutte le mie asserzioni non vogliano dare dei giudizi o decretare quale sia il migliore modo d'agire, io non lo conosco, com'è evidente che nessuno ne sia veramente a conoscenza. Basandomi sui dati legali, storici, archivistici e sulle esperienze di chi, da operatore, è certamente più legittimato della sottoscritta a dare giudizi e proporre soluzioni basate sull'esperienza pluriennale, mi sono limitata a ricostruire l'evoluzione di un'istituzione. Un'istituzione che sebbene oggi sia sparita è come se ne percepissimo ancora la presenza, un'istituzione che senz'altro si fa rimpiangere, almeno nella logica positiva e totalizzante dell'ordine con cui ho aperto questa dissertazione. Oggi siamo lontanissimi da quella mentalità e poniamo un occhio di riguardo ai veri protagonisti di queste vicende: le persone affette da disturbi mentali, non più dei lacerti di umanità, non più delle sagome vuote ma delle persone in carne, ossa e anima; persone che in una società veramente equa, hanno bisogno di qualcosa in più da parte dello Stato e della comunità. Purtroppo questo obiettivo, in questo specifico campo d'indagine, è ancora lontano, ma come abbiamo visto è in atto un processo di trasformazione che forse tra vent'anni potremmo definire efficace o meno. Pensiamo al primo capitolo di questo lavoro, io stessa ho seguito i passi della legislazione circa i manicomi criminali sottendendo che l'obiettivo fosse quello di legittimarli, ed in effetti così è stato per decenni, fino a giungere alla nuova consapevolezza che questi istituti, che tanto si era faticato per incardinare, normare e normalizzare, in realtà non sarebbero mai dovuti esistere. Solo dopo oltre cento anni possiamo affermare convintamente queste parole e forse, solo tra altri cento saremo finalmente liberi dall'idea culturalmente ascritta e tutt'oggi fortemente presente che il soggetto con disturbi psichiatrici debba essere nascosto, recluso, internato; una persona per la quale provare rispetto e compassione ma allo stesso tempo da tenere ben lontana.

A prescindere dall'analisi culturale del fenomeno "manicomio criminale", vorrei concludere questo lavoro sottolineando le ampie possibilità di ricerca che questo campo d'indagine lascia ancora aperte. Sicuramente gli archivi di tutti gli ex manicomi criminali sono una fonte inesauribile di informazioni, che se comparati potrebbero darci contezza non solo delle

pratiche operate tra i diversi istituti, ma potrebbero permetterci anche di ricostruire le vicende di singoli individui che sono passati da un istituto ad un altro, come ne caso di Antonino N.: nella sua cartella clinica, la n. 412 apprendiamo di come, dal 1929, sia stato trasferito presso diversi istituti carcerari e manicomiali, ultime informazioni riguardano un spostamento presso il Manicomio giudiziario di Napoli. O ancora Matteo S. che nel 1938 veniva portato a Barcellona e nonostante non gli fosse stata diagnosticata alcuna malattia mentale, almeno da quanto apprendiamo dalla cartella clinica n. 1440, venne misteriosamente trasferito presso il Manicomio giudiziario di Aversa piuttosto che presso un istituto carcerario. Altro interessantissimo campo d'indagine potrebbe essere la ricerca etnografica presso una Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza, allo scopo di indagare queste nuove istituzioni, carpirne il funzionamento e soprattutto ricreare delle biografie dalla viva voce dei residenti, una fetta della nostra popolazione alla quale dare una voce. Con gli stessi intenti, sarebbe altresì interessante, promuovere questo tipo di ricerca in una specifica sezione ATSM, un'attività purtroppo di difficile realizzazione in un contesto così reticente alla ricerca scientifica sociale, come è il carcere.

Questi e tanti altri elementi e prospettive di osservazione in un contesto oramai conosciuto ma di cui resta veramente tanto altro da indagare.

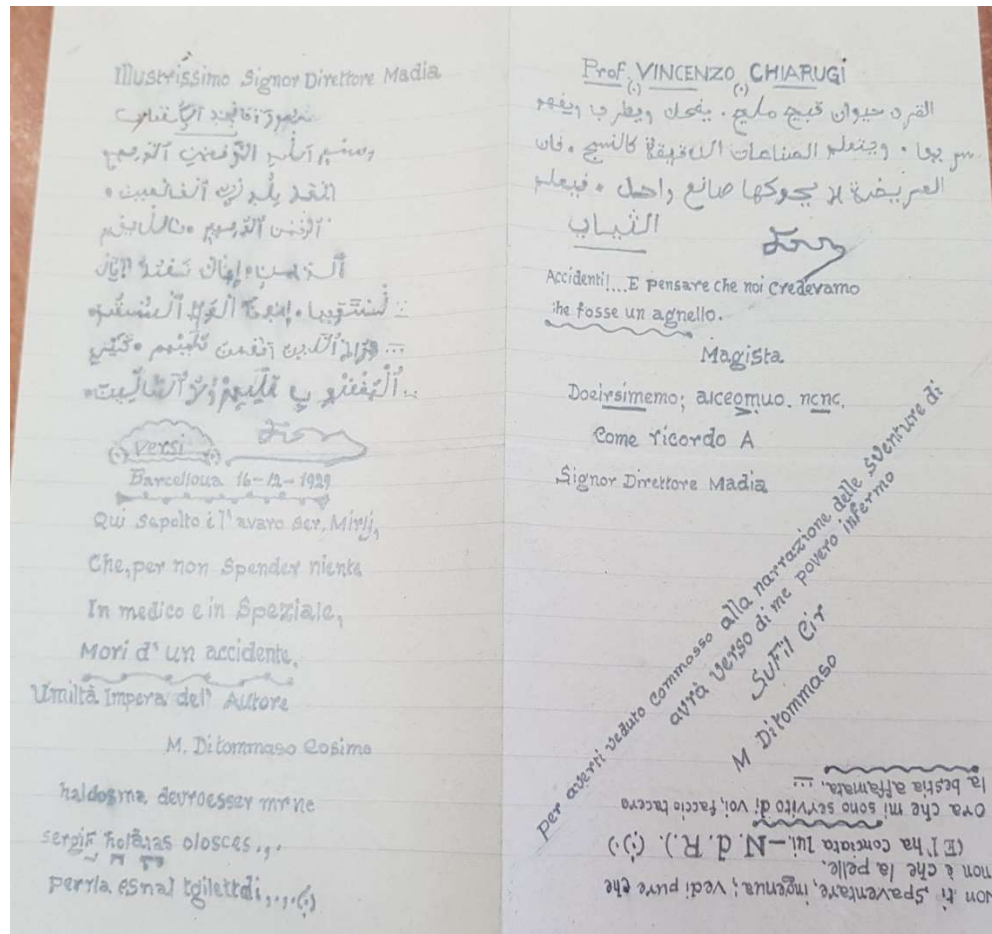
Appendice

In questa sezione ho deciso di presentare alcuni dei documenti archivistici. L'obiettivo è quello di rimandare il lettore alla visione dei materiali originali, oggetto della mia ricerca.

Ovviamente, quella proposta, è solo una campionatura dei materiali considerati più interessanti, curiosi o emblematici della documentazione analizzata. Seguiranno una serie di fotografie raffiguranti materiali autoprodotti dai detenuti, particolari allegati documentali ed un fascicolo del detenuto per intero.

Ogni documento sarà contrassegnato da numerazione ed una didascalia, eccezion fatta per la scheda del detenuto, accompagnata da una più approfondita descrizione.

Documento 1: Componenti del detenuto Cosimo D.



Illustrissimo Signor Direttore Madia VITTORIO

Attento ai versi interpellati Umiltà Impera. del' Autore Di Tomaso

Sentite Signor, e non vi scomendati e questo è il momento che potete
a profittare. Ogni dimpesta origini caggionando dei danni che dai
Spamento agli uomini della terra. Causticandosi ogni danno di se stesso
D'origine caudioso a liggenni ^I della vita e no colpa ai musulmani.
il tepo scghier provvedi i Fatti che avvicinava la tempesta.
Ma nell'orion sentimento nello scritto assumetā le caudiose danno

III

Nella limpita e trepita nei singolari ragione. Nella calanteristica.
psicotonica alla parte originale nella rpateria pusitiva.
Quali scrocchi avvenne nelle tenabrose ore che bandonasti a me

IV

Non sei civile ma bensì cagliardo nei tui moti che vorresti avere. P
Hai...! La creanza pei il brutto avrete la numerazione con il timbro
che assegna la sentiera vita calcolando i sigoli maniere germi

V

Nelle ore suonate nella cubba terra nel sundo mi chiamano stremo
Oriente. Orario preciso enelle trepite sogini il cantor mi chiama
AVVERTENZA attendo! attendo! lo scrittore dice Ha tradimento!...
Già astronomo Filantropico lo scrittore conosceva il caso che
avveniva

VI

AH!. a.H!... dissero allo scrittore scleamando su su Cosimo svegliatovi
prendo la spada tagliato il Fulmine calmando la tempesta.
Nella mareggiata. si appresentò nella tromba marina che capovolve
la nave intando l'autre di questi versi salvo il cupaggio

VII

Nell'oristaglio la cobba celibra la nistria esotica. esotica caratteristica
Di moetico sentistica. midotico intellettuale cotonico sodo stai mise
nello Sghier essere vuole sapere il brano del ramo secco di Foglia. a
il cielo lampeggia nella trepita via mancando calcolo doppo sodo
Brillano le Sireni e locenti d'auri del loro viso nello scritto delle loro v

VIII

Amia chunna

Stamenteramo a tempo della Topa vita, così ricordavà iterno.
Nella chiusa dei miei versi o resta limpida tenendo calcolo dei
versi. E vi dico autore di questi versi mettete intenzione questa
mia letteratura

Autore M Di Tommaso Cosimo

Il teatro è stato sempre considerato come l'indizio della
cultura di una nazione. I primi ad aver teatro furono i Chi-
nesi; e tale era l'importanza con cui davano le sceniche rap-
presentazioni, che da re facevano i re, da ministri i ministri:
così tutti nella finta adombravano la vera loro situazione. Gli
scrittori dell'America trovarono in essa orme di teatro; e
perché erano barbari quei popoli, barbara dovevano es-
sere le loro orgie teatrali. Come i Greci cominciasse dagli inni
dionisiaci; come Tespi conducendo la tragedia nel plaustrò Ya-
gante, sfogasse con essa la libera bile contro il tiranno Mi-
nosse, che imposto avea il tributo delle vergini al Minotauro;
come, per tacere di altri, Eschilo introducesse gli interlocutori, e
Sofocle ed Euripide portassero la tragedia ad un grado cui
male hanno saputo dipoi gli scrittori di altre nazioni aggiun-
gere, tralascero di dirlo, come cosa per se nota: osserverà
soltanto che la vera tragedia cominciò a fiorire nei tempi del più
alto splendore della Grecia, cioè dopo la disfatta dei Persiani,
la quale da Eschilo fu posta. Sotto gli occhi di quel popolo libero,
esponendo così un fatto in cui lo stesso tragico aveva avuto parte.
In Roma si videro rappresentazioni teatrali poco avanti la con-
quista dell'Asia, quando i Romani si erano spogliati di quella
libera rozzezza che faceva loro abortire tutto quello che non ser-
viva ad alimentare le virtù patrie, esercitandosi solo nelle armi,
nella politica e nell'eloquenza. Gli Italiani, di cui imprendo qui
Non olos ola. Hcse E di Ettibnoc illen ialgittib di inetirim, ma Eheni in
Ellaug di ietaIF E di inimilis

Cordiali Saluti D. povero infermo Ditommaso Cosimo

S. E. Attentoi l. Tali si avanza.
Qui sepolto è l'avarò sey Capo

Che, per non spender niente

In medico e in speziale,

Mori d'un accidente,

Di fare il contadin Capo ha cessato,
E si è messo a studiare la medicina:

Il perché facilmente s'indovina

vuol riempir la fosse che ha scavato.

Morto è Nicandro, il sai?

- Morir non puote chi non visse mai,

PERIO (:) A. D. S. EIXYVORI

Documento 2: lettera del detenuto Filippo C. alla famiglia.

Caro madre di dolore, e caro fratello. La mia di
sgrazia, e la mia sventura è più nera della
mezzanotte. Nell'uscire io da carcerato so ben cer-
to che non mi accettate in casa vostra. E io inve-
ce di venire in casa vostra nell'uscire da carcerato
5 minuti dopo giunto a libertà metto fine alla
mia vita mi tolgo la vita Perché voi lo sapete che
non posso lavorare. Quando era assieme colla mia
moglie voi lo sapete che pochissimo lavoro io faceva
ma per me era troppo sforzato che il miglior me-
dico di Bari mi riscontrò sforzo al cuore disse di
non lavorare. La pleurite porta riposo, e vitto di so-
stanza. Voi madre lo sapete che io sono uno che
non voglio morire perché ho cercato sempre di
curarmi della mia malattia non voglio mo-
rire. Ma stare a libertà non avendo proprie-
tà, io non posso lavorare sono costretto tu
mi capisci. Stare nel manicomio non si à bi-
sogno né di proprietà, e né di lavorare
non mi costringe nessuno di lavorare. Si
significa che stare nel manicomio 1000 anni
salva la vita per me a non morire
anche per gli altri. Mentre stare a libe-
tà chi sa come potrà andare a finire.

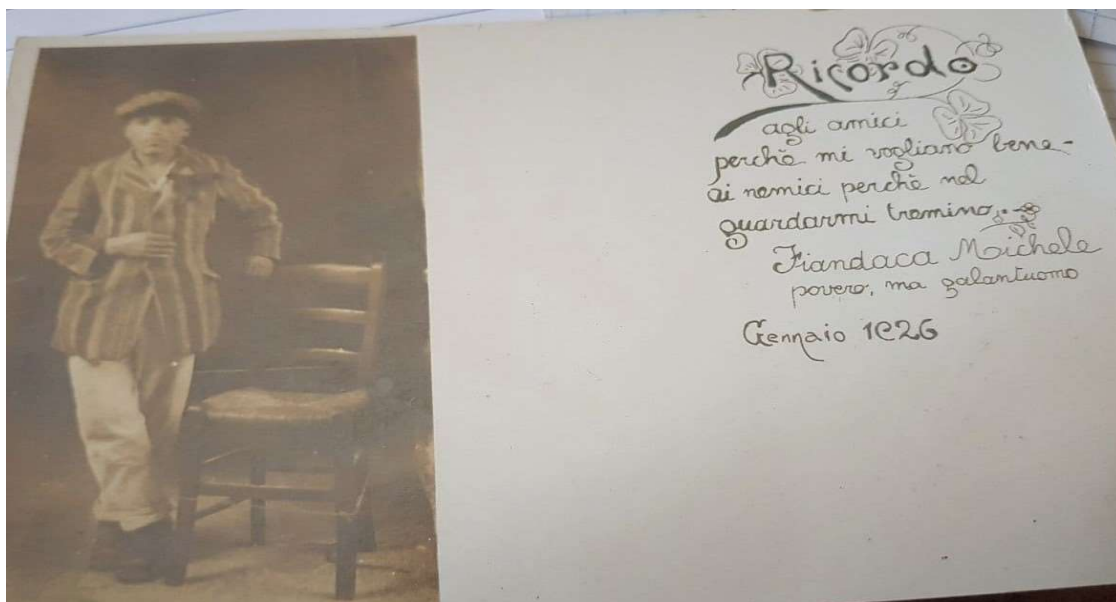
o a togliermi la vita mia O togliere
la vita di qualcuno. Ma se mi manda
no via dal manicomio naturalmente andrò
a libertà Da qui a pochi giorni non è notizia
di voi significa che non mi accettate nella
vostre casa Quel che facevo a casa vostra il
medesimo faccio nel manicomio. Stare corica
to stare coricato vado qualche giorno all'aria
vado qualche giorno all'aria mi corico. Lara
madre il gonfiare le gambe fu un mal
segno per la mia vita. Se mia madre for-
se sarà morta questo parlamento vale
per il mio fratello se mi accettate in
casa vostra. Nel manicomio si sta male. Ma io ci
voglio stare per non venirvi ad uccidere a tutti.
Se io era sano di fisico oggi il giorno doveva stare
assieme colla moglie e non doveva essere com-
messo i 2 reati Il riassunto qui sopra di questa letti-
ra è che per non togliermi io la mia vita quando
sarò a libertà devo entrare per forza nella
vostre casa, e se non mi accettate io vi devo ma-
sacrare, vi ucciderò a tutti. Voi madre lo sai
quando io voleva avere ucciso mio padre con
la spada la cetta mi pensava che mio padre
mi veniva ad uccidere a me nella mia casa

giorno mi appiattava per uccidere mio pa-
dre la notte mi era sognato che mio padre mi veni-
va ad uccidere a me, e che si trovò Nicolantonio che
chiuse la porta altrimenti io lo fosse ucciso mio
padre. To la notte mi sogno che mi vogliono uccidere
mi viene uno sopra di me mi acciappa non posso
prendere il respiro faccio un lamento nel sogno
in questo fra tempo io parlo nel sonno cara ma-
dre lo sapete quando mi accasai non portai imba-
cciata di matrimonio a nessuna ragazza, solo che
mia moglie e mi disse subito si se mia moglie
si rifiutava la doveva uccidere alla presenza
del marito che doveva avere vedi che pensiero
aveva io che voleva che mi diceva si per forza
è cattivo il mio pensiero che uccisi mia moglie
con 3 revoltelle tirai 12 colpi di revoltelle due
tra venne il momento della separazione fra
tra me, e mia moglie Dunque il momento
che tu madre mi mettevai fuori della casa
paterna uccisi mia sorella mi volevi
mandare al manicomio civile cara madre
mi comandava a fare un servizio te lo face-
va certe volte poi mi comandava e io non
voleva obbedire, voi lo voleva essere

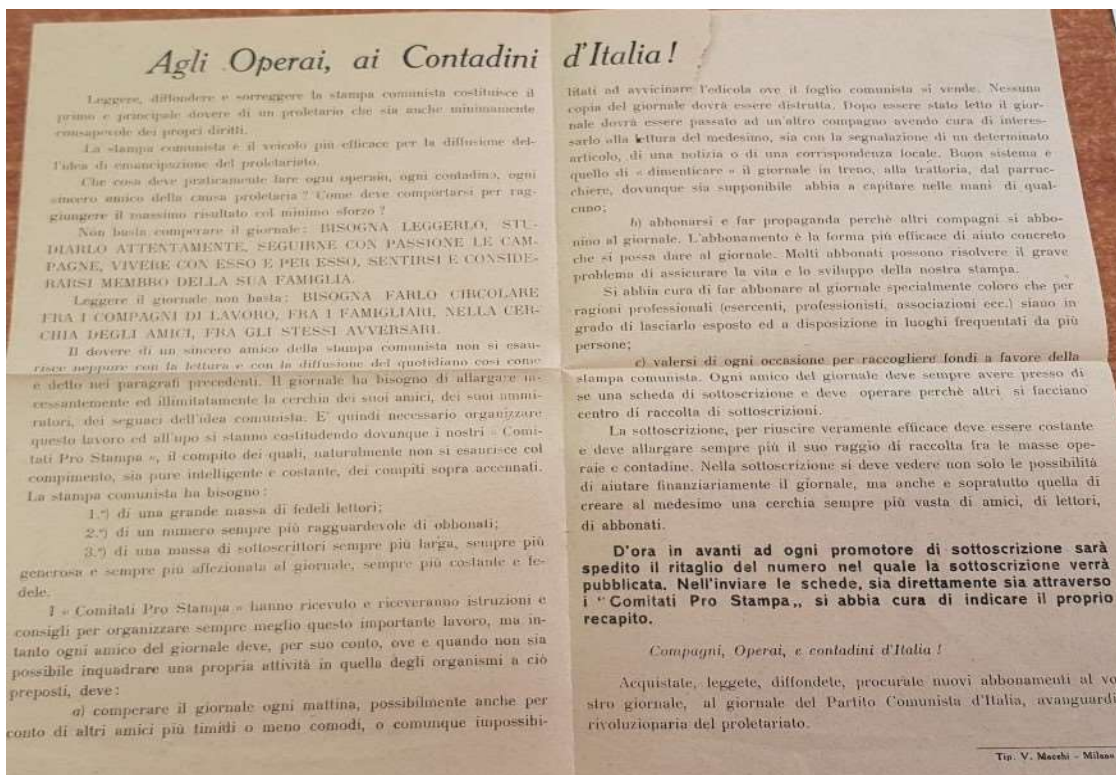
Fa
fatto per forza, e io non lo volevo fare
mi dava tante bastonate, io piangevo che
volevo fare il servizio, si ritirava tanta
a guardare la curiosità mi pare che aveva
anni. Il fatto di quando bruciai la me
grano in campagna era accasato. Il fatto
quando spezzai gli alberi a Vito Guerra
piccolo. Adesso è messo giudizio. Il fatto di que
ndo trovammo fatte rubate le fiche passavano 2
uomini ferronia ferronia io dissi a quei 2 uomini
che erano stato loro a rubare le fiche quelli 2 poveri
uomini non ne sapevano niente mi lettero tante
bastonate mia madre se ne scapò fu una sciocche
zza mia. E quando insultai 2 donne per bene on
ste mezza la strada andarono a ricorrere a
mio nonno. Il riassunto di questa presente è che io mi so
no rianimato, come se mi fosse tolto, con quella risolu
zione, voi lo sapete come era io, e perciò se non
mi fate entrare nella nostra casa peggio per voi
vi ucciderò Io per adesso vi lascio alla mam
ma, e al fratello i più distinti saluti
14 Luglio 1932

Ciulla Filippo

Documento 3: Cartolina auto-prodotta del detenuto Michele F.

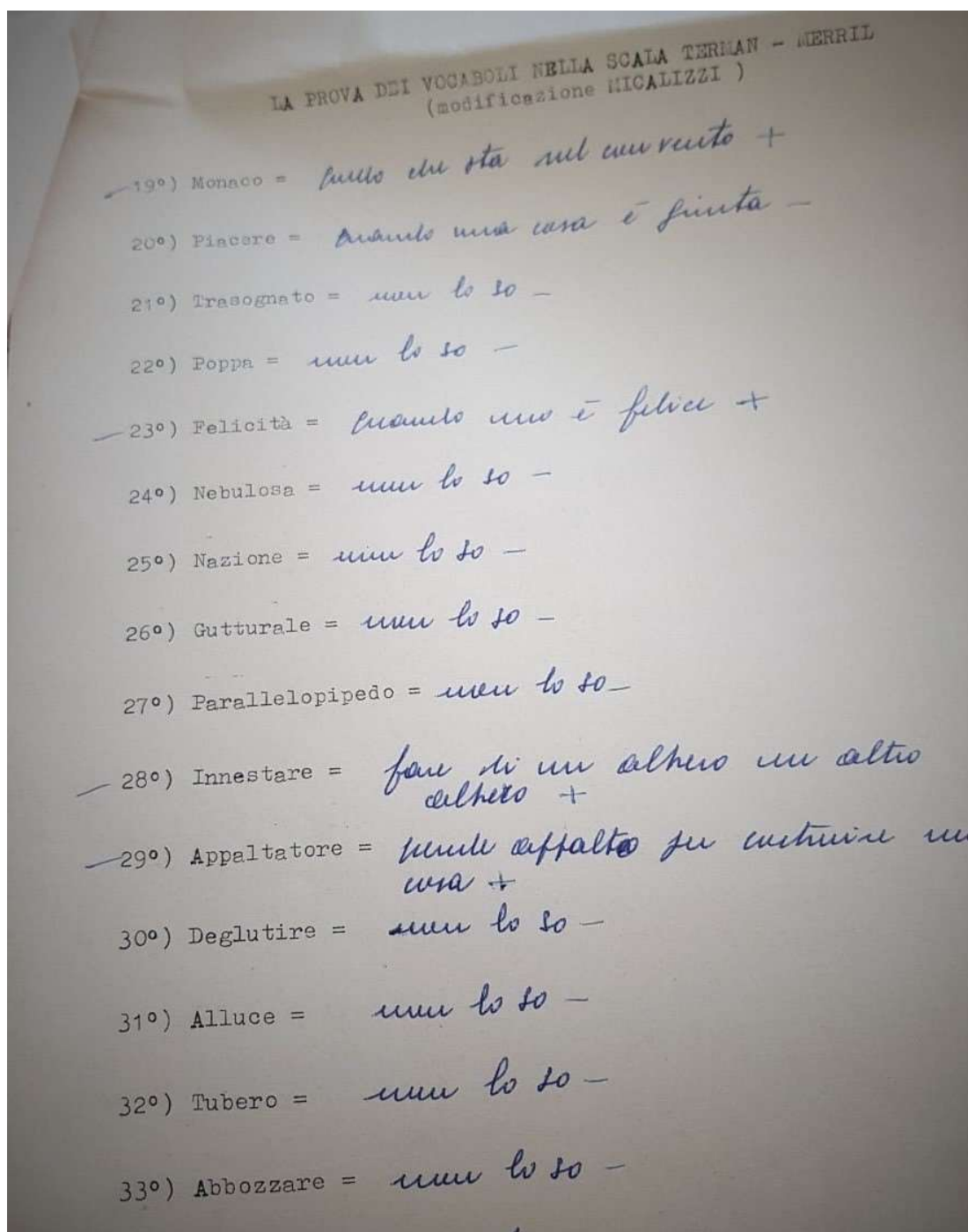


Documento 4: Volantino promozionale per il giornale del Partito Comunista Italiano.



Documento 5: Prova dei vocaboli nella scala Merrill-Terman.

Esame cognitivo sfruttato per la misurazione dell'intelligenza, un documento unico all'interno del campione raccolto, altresì un chiaro esempio di analisi psicologica atta nella valutazione di una patologia.



Documento 6: Fascicolo del detenuto Zeidan E. - Matricola n. 1541 e Cartella Clinica n. 1292

Quanto segue è l'intera documentazione (Matricola e Cartella clinica) del detenuto El Mensi ben Zeidan.

Con il preciso intento di riproporre solo un fascicolo per intero, così da poter dare ulteriore contezza al lettore sul tipo di materiale con il quale mi sono approcciata; la scelta della vicenda da riportare non è stata casuale. Il mio obiettivo è quello proporre una visione campionaria del materiale archivistico ma allo stesso tempo di porre l'accento su una delle vicende che maggiormente hanno colpito la mia attenzione, suscitando la mia curiosità.

Come ho già sottolineato al sottoparagrafo 3.4.3, particolare attenzione è stata posta nei confronti di tutti quei detenuti riconducibili alla stagione coloniale italiana (1912-1939), nel corso della quale gli Opg sono stati meta costante di trasferimento di pazienti psichiatrici o presunti tali. Durante la campagna coloniale erano molti gli italiani (ma non solo) rimpatriati a causa di problematiche di carattere psichiatrico. Riuscire a visionare tali documenti, magari coadiuvati dalla presenza di scritti personali, mi avrebbe permesso di gettare nuova luce sulle pratiche coloniali, o quantomeno capire come la malattia mentale dello straniero venisse affrontata in Italia, ad implemento di un già ampio e florido ambito di ricerca²⁰¹. È possibile immaginare scenari in cui fosse il paziente stesso a dichiararsi folle per ottenere il rimpatrio, scenari in cui il manicomio criminale avrebbe rappresentato una valida alternativa per soggetti ritenuti scomodi, o ancora, errate diagnosi mediche enunciate in corrispondenza di vuoti di memoria o debolezza dovuti a più banali colpi di calore o ad un lento recupero dalla malaria.

²⁰¹ In proposito vedi:

- Marianna Scarfone, *La psichiatria coloniale italiana. Traiettorie di una disciplina e delle sue istituzioni*, in (a cura di) Francesco Paolella, *La psichiatria nelle colonie. Una storia del Novecento*, FrancoAngeli, Milano, 2017, pp. 66 – 91
- Marianna Scarfone, *La nevrastenia sotto i tropici. I disturbi mentali dei bianchi in colonia*, (a cura di) Valeria Deplano e Alessandro Pes, *Quel che resta dell'Impero. La cultura coloniale degli italiani*, Mimesis, Milano, 2014, pp. 19 - 38

Dalla documentazione rinvenuta appare evidente come il caso maggiormente riscontrabile fosse quello legato ad una precisa volontà di allontanare il reo il più possibile: sfruttando la sua malattia mentale, qualora questa fosse esistita o fabbricando le prove di quest'ultima onde assicurarsi il mancato ritorno del "soggetto scomodo" in patria.

In quest'ottica il caso di Zeidan appare ancora più emblematico dato che l'analisi dei documenti può portare a due antitetiche interpretazioni: la prima (quella che ho presentato nel sottoparagrafo menzionato in calce) che vede il soggetto vittima di un complotto di cui anche lo psichiatra e Direttore V. Madia sembrerebbe essere complice con una perizia atta a certificare il cattivo stato di salute psichiatrica del detenuto (vedi il documento che porta la sua firma a pp. 287 - 288); e la seconda interpretazione, o meglio un'oggettiva lettura dei documenti che riportano lo stato legale e di salute del detenuto certificando la correttezza delle decisioni della corte circa il luogo di detenzione attribuitogli.

Inoltre il fascicolo in questione vanta una buona completezza nella compilazione dell'esame somatico piuttosto che il diario clinico; e nella quantità di allegati, atta a testimoniare come avvenissero le comunicazioni tra diversi uffici, anche al di là del territorio italiano: troviamo infatti copia di molti telegrammi scambiati tra Direzione del Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (vedi ad esempio p. 260), Ministero di Grazia e Giustizia (pp. 271, 281), Prefettura di Barcellona (pp. 282 - 285), il Comando del 4° Reggimento di Fanteria Coloniale (p. 292), la Divisione dei Carabinieri Reali della Libia Orientale (p. 329) ed in ultimo anche una comunicazione dal Manicomio Civile di Palermo (p. 337).

Altri elementi degni di nota sono rappresentati sicuramente dal Foglio Caratteristico del soggetto in questione: un documento che ne attesta la sua appartenenza militare al Regio Corpo delle Truppe Coloniali della Cirenaica (p. 332). Interessantissima la lettura del Fascicolo degli Atti riguardante l'Esecuzione emanata dalla Procura del Re di Bengasi (pp. 265 - 268), un'assoluzione con rimando all'esecuzione delle misure di sicurezza presso il Manicomio Giudiziario ed un'ulteriore sentenza della Corte d'Assise di Bengasi (pp. 277 - 280), in cui è leggibile il resoconto dell'intera vicenda delittuosa, l'omicidio di cui Zeidan fu responsabile.

In ultimo è emblematica la conclusione della Scheda Clinica: un Esito (p. 327) simile a tutte le documentazioni in cui il detenuto decede in istituto. Viene riportata la data del decesso, il numero di giorni spesi in Manicomio Giudiziario ed una sommaria indicazione delle cause del decesso; come era in uso presso questo istituto, la causa della morte è sempre la “paralisi cardiaca” o l’“arresto cardiaco”. Una verità innegabile, la vita termina non appena il cuore smette di battere ma a cosa questo arresto cardiaco possa essere attribuito non è mai specificato, come si evince dal sommario della necropsia, mai compilato (nel campione delle 300 schede analizzate, dieci sono i pazienti deceduti in istituto e nel 100% dei casi questa sezione non è stata compilata), verosimilmente in assenza dell’esame specifico.

N. 1511
DI MATRICOLA

Careeri Giudiziarie
El Meusi ben Leidan

figlio di _____
di _____ nato il _____ 19____
(provincia di _____
di stato civile _____
il professione _____
strato il _____ 19____ per _____

Deceduto il 11-8-1966 alle ore 3-

Ord. 222 - 30-5-38-xvi - Roma, Tip. Mantellate (c. 200.000)

N. **1541** di Matricola

CARCERI GIUDIZIARIE

El Moensi *bu Leidan* figlio di *El Keiki*
 e di *Hana Ben Hsein* nato il *7* anni *20* 19__
 di *Sidi Buzaid - Cabila Aulad el Juiik* (provincia di *Cirenaica*)
 di professione *Orsani* di stato civile *Libero*

Entrato il *22 Agosto* 19*36* per *l'impegno della*
misura di sicurezza quista anzuarium Minikuisel
del 21-7-1936-IV # 015280/99582

Uscito il _____ 19__ per _____



ISTITUTO DI PREVENZIONE E DI PENA	NUMERO di matricola
MARICOMIO GIUDIZIARIO BARCELLONA (Sicilia)	2: 1541

CARTELLA BIOGRAFICA

(Cognome) El Mensi di (Nome) Bu Zeidan
 figlio di El Sciki e di Hana bu Hsein
 nato a Dioli Buzaid (Cirenaica) addi 9 anni 20
 domiciliato a _____ (_____) _____
 di professione o mestiere Oscari
 di religione Musulmana
 di istruzione Analfabeta
 di stato civile Celibe

Cognome, nome, luogo d'origine, data di nascita e residenza della moglie :

FIGLI				ALTRE NOTIZIE
NOME	Data di nascita		RESIDENZA	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Ricevuto il *22.8.1935* ^{proveniente dalle Carceri Regionali di Bergamo} arrestato il *12 Aprile 1935* in *Barce*
in virtù dell'assegnazione Ministeriale del *31.7.1936* n. *51583/59532*
proceduto nel reato di *omicidio* premeditato.

compresso il *12 Aprile 1935*
in *Barce*

per restare a disposizione del *Giudice di Sorveglianza di Merano*
passato a disposizione di _____ il _____

Dichiarazioni fatte dal detenuto al suo ingresso nello stabilimento:

Condizione penale del detenuto al tempo del commesso reato.

CONNOTATI

Statura m. *1.67* il _____ Peso: kg. *64.500* il _____ kg. _____ il _____
 > m. _____ il _____ > > _____ il _____ > _____ il _____
 Apertura delle braccia m. *1.80* il _____ > > _____ il _____ > _____ il _____
 > > m. _____ il _____ > > _____ il _____ > _____ il _____

Colore { cute: pigmento _____ sangue _____
 iride: aureola _____ periferia _____
 capelli *neri* _____ sopracciglia *nera* _____ baffi // _____ barba *nera* _____

Testa _____
 capelli *neri* _____
 sopracciglia *nera* _____
 viso *allungato* _____ guancie // _____
 fronte *normale* _____
 occhi *scuri* _____
 naso *grosso e schiacciato* _____
 zigomi *sporgenti* _____
 orecchie _____

labbra: superiore *prominente* inferiore *prominente*
 baffi _____ barba _____
 bocca *larg-* _____
 mandibola _____
 mento _____
 collo *costo* _____
 spalle *stette* _____
 dorso // _____
 addome // _____

Fotografia eseguita il _____



Contrassegni particolari

Anomalie morfologiche:
Plagiocefalia - plagio prosopia - orecchie con lobuli adremiti e con tubercoli di Darwin, naso schiacciato, narici ampie, labbra prominenti e carune

Note funzionali più salienti:
Reflessi tendinei esagerati

Stato di salute:

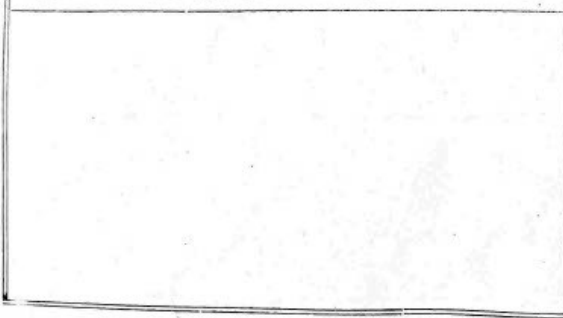
Discauto

Scrittura (autografa) _____

Cicatrici ed altri segni:

Piccole cicatrici al cuoio capillato. Una cicatrice estesa, irregolare, in forma di arco sottile alla regione parieto-occipitale sinistra. Altre cicatrici da + all'orecchio, sulla gamba. Una cicatrice alla parte centrale dell'addome.
 Tatuaggi: parti del corpo tatuate _____
 e segni del tatuaggio: _____

Impronte simultanee delle quattro dita lunghe della mano destra



Callosità ed altri caratteri professionali

Prosciolto dal reato di omicidio premeditato
 con decisione pronunciata dalla Corte di Amice di Bergamo il 20-5-1936
 motivo del proscioglimento infermità mentale

C o n

DATA della sentenza e Autorità che l'ha pronunciata	TITOLO del reato	DATA del reato	PENA PRINCIPALE			PENA ACCESSORIA			DATA della decorrenza della pena									
			Specie della pena	Durata			Specie	Durata										
				dello stabilimento o sezione	anni	mesi		giorni		anni	mesi	giorni						

Misure di sicurezza.

Sottoposto con decisione pronunciata dalla Corte di Amice di Bergamo il 20-5-1936
 alla misura di sicurezza (1) Definitiva
 da eseguirsi in un Manciamo Giudiziaro sezione speciale _____
 la durata minima della misura di sicurezza è di Anni 10 -
 e cessa il 20-5-1946
 Nuovo termine per un esame ulteriore della pericolosità 20-5-1948

La misura di sicurezza è stata revocata da Devento il 11-8-1946

L'escarcerazione è avvenuta il _____
 in base a _____

(1) Indicarsi anche se provvisoria.

Autorità a disposizione della quale deve essere posto, cessata la detenzione.

d a n n e

Carcera- zione pre- ventiva- mente sofferita	Sospensione dell'esecuzione della pena						Amnistie, indulti e grazie sovrane		Scadenza della pena	Ammissione alla liberazione condizionale — Data del decreto ministeriale
	Principio		Termine		Durata		Data del R. decreto	Quantità di pena condonata		
	anni mesi giorni				anni mesi giorni					

Isolamento continuo

Annotazioni diverse

Con sentenza 23.10.1939 il Pretore di Barcellona dichiarò non doversi procedere per infermità mentale contro Et Mensi, per il delitto di lesioni da lui compiuto in Barcellona il 19. maggio 1939.

Il Giudice di Sorveglianza La del Encina di Mettina, su suo decreto del 15.1.1940, ordina l'unificazione delle misure di sicurezza cui è sottoposto Et Mensi (Corte Assise di Bengodi 25.5.1936 e R. Pretura di Barcellona 25.10.1939), stabilendone la durata in un tempo non inferiore a 10 anni.

Precedenti morbose

Familiari

- pazzia *No*
- suicidio *-*
- alcolismo *-*
- eff. de *-*
- altre malattie salienti *-*

Individuali

- malattie dell'infanzia *o Deficiente*
- altre malattie sofferte *o*

Precedenti morali

Nella famiglia *buona*

nella scuola

nel lavoro *non ha mai lavorato*

nella vita militare *Artista combattente*

Criminalità nella famiglia

Precedenti giudiziari

DATA delle sentenze	PENE	TITOLO DEI DELITTI	Data dell'ultima liberazione	Stabilimento dal quale fu liberato
	<i>M - M</i>			

(1)

Libretto di conto corrente
del *ricoverato El Mensi Ben Zeidan*
matr. 1541

(1) Indicazione dello stabilimento.

Avvertenze

In caso di trasferimento si totalizzino le riscossioni e i pagamenti e se ne faccia la differenza per avere il debito o il credito. Al lato della rimanenza si richieda la firma del titolare in segno di benestare del credito e quindi il libretto si spedisca allo stabilimento nel quale egli è trasferito.

Ord. 153 - 4-4-1925-2111 - Roma, Tip. Mantellate (C. 10000)

15/11
 15/11
 15/11

El Merit
 15/11
 15/11
 15/11
 CONTO CORRIENTE

DATA	DESCRIZIONE DEL DEBITO O CREDITO	RISCOSSIONI		PAGAMENTI		RIMANENZA	
		parte del lavoro	parte del lavoro	parte del lavoro	parte del lavoro	parte del lavoro	parte del lavoro
19/10	1° Trimestre 38-39	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	1° Trimestre 39-40	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	2° Trimestre 39-40	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	3° Trimestre 39-40	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	4° Trimestre 39-40	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	1° Trimestre 40-41	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	2° Trimestre 40-41	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	3° Trimestre 40-41	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	4° Trimestre 40-41	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=

Handwritten notes:
 1° Trimestre 38-39
 2° Trimestre 39-40
 3° Trimestre 39-40
 4° Trimestre 39-40
 1° Trimestre 40-41
 2° Trimestre 40-41
 3° Trimestre 40-41
 4° Trimestre 40-41

15/11
 15/11
 15/11
 CONTO CORRIENTE

DATA	DESCRIZIONE DEL DEBITO O CREDITO	RISCOSSIONI		PAGAMENTI		RIMANENZA	
		parte del lavoro	parte del lavoro	parte del lavoro	parte del lavoro	parte del lavoro	parte del lavoro
19/10	1° Trimestre 38-39	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	1° Trimestre 39-40	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	2° Trimestre 39-40	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	3° Trimestre 39-40	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	4° Trimestre 39-40	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	1° Trimestre 40-41	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	2° Trimestre 40-41	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	3° Trimestre 40-41	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=
31/10	4° Trimestre 40-41	80/55	80/55	80/55	80/55	=	=

Handwritten notes:
 1° Trimestre 38-39
 2° Trimestre 39-40
 3° Trimestre 39-40
 4° Trimestre 39-40
 1° Trimestre 40-41
 2° Trimestre 40-41
 3° Trimestre 40-41
 4° Trimestre 40-41

M. S. H. CONTI CONSULTORUM

DATA	DESCRIZIONE DEL DEBITO O CREDITO	RISCOSSIONI		PAGAMENTI		RIMANENZA	
		importo	partita del lavoro	importo	partita del lavoro	importo	partita del lavoro
3/10	11/10/10	9555	280	9550	1605	005	910
4/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
0/55	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
0/55	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
0/55	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
0/55	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
0/55	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
0/55	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
0/55	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905

M. S. H. CONTI CONSULTORUM

DATA	DESCRIZIONE DEL DEBITO O CREDITO	RISCOSSIONI		PAGAMENTI		RIMANENZA	
		importo	partita del lavoro	importo	partita del lavoro	importo	partita del lavoro
11/10	11/10/10	9555	280	9550	1605	005	910
12/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
13/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
14/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
15/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
16/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
17/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
18/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
19/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905
20/10	11/10/10	9555	520	9550	1305	005	905



MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

DIREZIONE
DEL
R. MANDAMENTO GIUDIZIARIO
BARCELONA (SICILIA)

_____ H _____ 193__ A _____
Barcellona 17 gennaio 40
Anno XVIII°

N. 333 Tit. _____ Fasc. 3 Lett. 1 E.

ILL.MO
SIGNOR P R E T O R E
del Mandamento di

Risposta alla lettera

del _____

BARCELONA

Uff. _____

OGGETTO

:Ricoverato EL MENSU BU ZEIDAN EL SCEIKI -

Prego rimettermi copia integrale della sentenza
ALLEGATA N. _____ rescissa da Codesto On. Ufficio il 23 ottobre 1939
contro il ricoverato in oggetto per lesioni.

Ringrazio.

Riprodurre il _____ IL DIRETTORE
Minutato da _____ (Vittorio Madia)
Copiato da _____



MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

DIREZIONE
DEL

**MANICOMIO GIUDIZIARIO
BARCELONA**

N. 5233 Fasc. 1 Lett. 1

Risposta alla lettera

del _____

Uff. _____

OGGETTO

: Ricoverato EL MENSI BU ZEIDAN EL SCEIKI

Vi trasmetto copia della sentenza emessa dal Pretore di questo Mandamento il 23 Ottobre u.s., con la quale l'individuo in ALLEGATI N. ~~oggetto~~ venne prosciolto, per infermità mentale, del reato di lesioni personali, (commesse in questo Istituto sulla persona dell'internato Mohamed ben Ibrahim) ed ordinato il ricovero di lui in un Manicomio Giudiziario per un tempo Riprodurre il _____ non inferiore ad anni due.

Minutato da _____ Essendo il ricoverato El Mensi già assegnato a questo Copiata da _____ Istituto, quale sottoposto a misura di sicurezza detentiva (sentenza della Corte di Assise di Bengasi del 20 Maggio 1936, che si unisce), ~~etc~~ Vi prego volere provvedere per la

Alti

Evidenza

Sollecito

Modello N. 25 (Carceri)
e 51 (Riformatori)

Barcellona 11 1937 A. 11
22 Novembre 9.XVIII

Ill.mo
Signor GIUDICE DI SORVEGLIANZA
presso il Regio Tribunale di
M E S S I N A
=====

3 GEN 1937
fatto sollecito
Poly

77

DIREZIONE
DEL

Barcellona

22 Novembre 9
Anno XVIII

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
BARCELLONA (Sicilia)

N. 5734 Tit. 3 Fasc. 1 Lett. 3

Risposta alla lettera

del _____

Uff. _____

Ecc.mo

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
DIREZIONE GEN. PER GLI ISTITUTI
DI PREVENZIONE E DI PENA

R O M A

OGGETTO

: Ricovrato EL MENSI BU ZEIDAN EL SCBIKI

Facendo seguito a precorsa corrispondenza comunico che
l'individuo in oggetto, con sentenza del Pretore di questo
Manicomio ^{ALLEGATI N.} emessa in data 23 Ottobre u.s., è stato prosciolti,
per infermità mentale, dal reato di lesioni personali,
commesse in questo Istituto in persona del compagno Mohamed
ben Ibrakim ^{ed ordinato} il di lui ricovero in un Manicomio
Giudiziario per un tempo non inferiore ad anni due.
^{Minutato da} in data odierna ho rimesso la copia di detta sentenza al
^{Copiato da} Giudice di Sorveglianza di Messina per l'unificazione
delle due misure di sicurezza.

IL DIRETTORE
(Vittorio Madia)

Ord. 71 - 31-5-937-xv - Roma, Tip. Mantellate (c. 300.000)

Evidenza

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

DIREZIONE
DEL
R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
BARCELLONA (Sicilia)

H 193 A
Barcellona 21 novembre 9.18

N. 5721 Tit. 3 Fasc. 1 Lett. F.

Risposta alla lettera

ILLMO

del 17 corr.
Uff. 3886

SIGNOR PRETORE

BARCELLONA POZZO DI GOTTO

OGGETTO

: Ricoverato EL MENSU BU ZEIDAN-

Accuso ricevuta della sentenza pronunciata il
23 ~~ottobre~~ ^{ALLEGATA} N. S. contro il ricoverato in oggetto, nel con-
tempo Vi prego volere provvedere per l'invio a questo
Ufficio di altra copia per dare ulteriore corso alla pra-
tica di unificazione ~~delle~~ misure di sicurezza.

Riprodurre il _____

Minutato da _____ IL DIRETTORE

Copiato da _____ (Vittorio Madia)



REPUBBLICA ITALIANA

UFFICIO DI GOTTO

2719

POSTA ALLA LETTERA
27.22.-II-1939 XVIII
5721

Barcellona li 29-II-1939 XVIII

In riscontro alla nota a margine indicata vi comunico che questo Ufficio ha già provveduto per la unificazione delle misure di sicurezza informandone il Giudice di Sorveglianza cui è stata trasmessa copia integrale della sentenza

El Mensi Bu Zeidan

IL PRETORE

30. II. 1939 XVIII

Al del giudice di Sorveglianza in persona del signor Antonio...

Al Sig.
Direttore del Manicomio Giudiziario
di
Barcellona

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
BARCELLONA
30 NOV 1939 XVIII
Protocollo N. 5857
Fasc. 1 Lett. C

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

DIREZIONE
DEL

Barcellona 29 Novembre 1943 A. XVIII

MANICOMIO GIUDIZIARIO
PABUSSAONA (Sidi)

Alla REGIA QUESTURA
di

5851 N. 3 Tit. 1 Fasc. 1 E Lett.

MESSINA

Risposta alla lettera
28 corrente
del 32365
Uff. _____

OGGETTO

: Ricoverato EL MENSI BU ZEIDAN di anni 20
da Sidi Buzei.

In risposta alla nota sopradistinta, comunico che il
periodo minimo d'internamento stabilito con sentenza del-
la Corte ^{ALLEGATI N.} di Assise di Bengasi in data 20 Maggio 1936 (anni
16) verrà a scadere il 20 Maggio 1946.

Questa Direzione ha già interessato il giudice di Sorve-
glianza del Tribunale di Codesta Città per l'unificazione
~~Copie del~~ ^{Riprodurre di} misure di sicurezza (art. 209 C.P.) e cioè quella
~~Minutato d'arte~~ di Assise di Bengasi e quella del Pretore di
~~Copiale d'art.~~ ^{Copiale d'art.} ~~mandamento~~ del 23 Ottobre scorso.

IL DIRETTORE
(Vittorio Ladis)



Modello N. 25 Carceri

Barcellona 22 agosto 6.XIV
Li 93. A.

DIREZIONE
DEL

MANICOMIO GIUDIZIARIO
R. MANICOMIO GIUDIZIARIO

Ill.mo

Signor Podestà
di

BARCELLONA

N. *122* 3 Fasc. Lett. **E**

Risposta alla lettera

del

Div. Sez. N.

OGGETTO

: Comunicazioni

Oggi è stato immesso in questo Istituto il ricoverato:
EL MERSE BU ZEIDAN di El Sceiki e di Hana bent Hsein, di
anni 20, nato a Sidi Buzeid (Cirenaica), ascari, celibe,
proveniente dalle Carceri Regionali di Bengasi.

Allegati N.

IL DIRETTORE

Riprodurre il

Minutato da

Copiato da

Procura del Re di Bengasi

FASCICOLO

degli atti riguardanti l'esecuzione^(*)

*per misure di sicurezza - assegnazione
in un manicomio giudiziario -*

CONTRO

El Mezzi Bu Leidan El Seiki

detenuto dal 12.4.1935

*assolto dalla Corte di Assise di Bengasi
con sentenza 20.5.1936 dal delitto di omicidio
premeditato e ordinato il ricovero
in un manicomio giudiziario per
un periodo non inferiore a dieci
anni. —*

(*) Deve contenere, oltre l'estratto autentico della sentenza o del decreto penale, tutti gli atti riguardanti l'esecuzione, l'istruzione della domanda per grazia, i relativi provvedimenti di sospensione dell'esecuzione e la proposta di assegnazione ad uno stabilimento di prevenzione o di pena (art. 34, n. 2, Regolamento esecuz. Cod. proc. pen. 28 maggio 1931, n. 603).

1171

IL GIUDICE DI SORVEGLIANZA PRESSO IL TRIBUNALE
DI MESSINA

Visti gli atti relativi al ricoverato:

EL HENSI BU ZSIDAN DI EL SCEIKI E DI HANA BEN HSCIN,
nato a Sidi Lazaid, di anni 30

Considerato che il El Hensi resosi colpevole di
omicidio con sentenza del 20-5-1936
della Corte di Assisi di Barzani venne dichia-
rato non punibile perchè nel momento in cui ebbe a commettere i
fatti ascrittigli non aveva la capacità di intendere e di volere e, a
norma di legge, si ordinava il di lui ricovero in un manicomio
giudiziario per un tempo non inferiore ad anni dieci

Vist i precedent decreti in data _____
co i qual venne prorogato il termine per un ulteriore esame
delle pericolosità del _____

Letta la relazione sanitaria del Direttore del Manicomio Giu-
diziario di Barcellona, dalla quale risulta che il El Hensi
_____ è tuttora socialmente pericoloso.

P. Q. M.

Su conforme richiesta del P. M.; Visti gli art. 208 C. P. e 647 C. P. P.

STABILISCE

Un nuovo termine di anni due a partire dalla scadenza di
quello precedente (20-5-1945) per un ulteriore esame
della pericolosità di esso El Hensi

Messina, li 10-5 1946

Il Giudice di Sorveglianza

E' copia conforme all'originale.

f. to Aragona

Messina, 10-5-1946

Il Cancelliere

PROV. 3132
Fasc. 6
Lett.

Barcellona 29 Marzo 1945

OGGETTO: Accusatorio di Agui su delitti - relazione medica -

È un soggetto accusato di delitti e di Muhammad Haidi, nato a Sidj
Burela (Algeria), di anni 37, marocchino, reo di colpevole del
delitto di omicidio art. 321 e 322 n. 3 C.P., per avere il 12 Aprile
1935 nella località di Sidj Burela, in territorio di Burela, con premedita-
zione, sparato, con un colpo di fucile mod. 31, la morte di Bekel
Ben Bekella, con sentenza della Corte di Assise di Bengasi del 20
Maggio 1935, veniva dichiarato non punibile, perché, nel momento in
cui ebbe a commettere il fatto ascrittogli, non aveva la capacità
di intendere e di volere.

Peraltro, a norma di Legge, si ordinava il ricovero di lui in un mani-
comio giudiziario per un tempo non inferiore ad anni dieci.

Su richiesta del Procuratore del Regno di Bengasi, il Ministero
di Grazia e Giustizia lo assegnava per l'esecuzione della misura di
sicurezza a questo Istituto, dove venne ammesso il 22 Agosto 1935.

Il predetto El Haidi su Zeidan essendosi nell'Istituto regosi col-
pevole del delitto di cui all'art. 592 C.P. per avere, mediante mezzo
cagionato al ricoverato (Hamed Ben Ibrahim), lesioni personali guarite
in 40 giorni, il Pretore del Mandamento di Barcellona dichiarava
non dover procedere contro El Haidi su Zeidan per il reato ascrit-
togli perché non imputabile avendolo commesso in istato di incapaci-
tà di intendere e di volere derivante da infermità mentale e ne ordi-
nava il di lui ricovero in un manicomio giudiziario per un tempo
non inferiore ad anni due, di cui alla sentenza del 23 Ottobre 1939.

Il Giudice di sorveglianza del Tribunale di Messina, con suo de-
creto del 15 Gennaio 1940, ordinava l'unificazione delle misure di
sicurezza cui era sottoposto lo El Haidi (Corte di Assise di Bengasi
20 Maggio 1935 e P. Pretura di Barcellona 23 Ottobre 1939), stabilen-
done la durata per un tempo non inferiore ad anni dieci.

EL HAIDI SU ZEIDAN è un soggetto psichicamente dissociato, defi-
ciente d'orientamento, torpido nelle percezioni, mancante di critica
con incoerenza ideativa.

Alimenta assurde ed illogiche concezioni deliranti di persecuzio-
ne, a sfondo sessuale, su base allucinatoria, che influenzano l'umore,
rendendolo depresso ed irritabile.

È perverso negli affetti e mancante di sentimenti di ordine
superiore.

Durante la degenza in questo Istituto ha tenuto una condotta dis-
ordinata, mostrandosi poco socievole, scarsamente inibito, automati-
co ed impulsivo.

Si fa diagnosi di "Demenza precoce", psicopatologia per la quale si giu-
dica El Haidi su Zeidan persona socialmente pericolosa ed abbesog-
na

IL GIUDICE DI SOVRIGLIANZA PRESSO IL TRIBUNALE DI MESSINA

Ritenuto che con sentenza 20 marzo 1936 della Corte di Assise di Bengasi ad ONSI DU ZEIDAN EL SCEIKI e di Houa bent Hsein di anni 20 da Sidi Bureid - Gabila Aulad El Sceik (Cirenaica) venne assolto per totale infermità di mente dal delitto di omicidio premeditato ed ordinato il di lui ricovero in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore ad anni dieci.

Ritenuto che con sentenza 23 ottobre 1939 il Pretore di Barcellona dichiarò non doversi procedere per infermità di mente contro lo stesso EL MANSI per il delitto di lesioni ed ordinò il ricovero del EL MANSI in un manicomio giudiziario per un termine non inferiore ad anni due.

Considerato che lo EL MANSI fu quindi sottoposto a due misure di sicurezza della medesima specie, e che esse vanno unificate e che va determinata unica misura di sicurezza;

P. Q. M.

su conforme richiesta del P. M.

Applicati gli artt. 209 C. P. e 635 C. P. P.

UNIFICA

le due misure di sicurezza della medesima specie, (ricovero in un manicomio giudiziario) cui fu sottoposto EL Mansi Bu Zaidan con la sentenza della Corte di Assise di Bengasi del 20 marzo 1936 e con la sentenza del Pretore di Barcellona del 23 ottobre 1939;

ORDINA

una sola misura di sicurezza, ricovero in un manicomio giudiziario e determina la durata della stessa per un tempo non inferiore a dieci anni.

R. UFFICIO GIUDIZIARIO
DI BARCELONA

17 GEN 1940

3/151 copia conforme.

Protocollo 11. Messina 15 gennaio 1940 XVIII. =

Tit. 2 Fasc. 1 Lett. 2

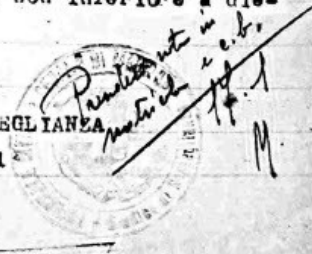
Messina 15 gennaio 1940 XVIII. =

IL GIUDICE DI SOVRIGLIANZA

f/to Ruggeri

IL CANCELLIERE

Parzialmente in arch. 1/1/40 M.



Telegramma

Dal Ministero di Grazia e Giustizia di

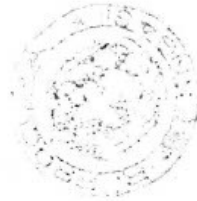
R O M A

Relazione richiesta telegrafica disponesi ricovero demente
indigeno El Mensi Ba Zeidan Menicomio Giudiziario Barcellona
Pozzo di Gotto punto Pregsasi provvedere traduzione assicurando
et invio questo Ministero due copie sentenza et due modelli 3I
con tutte notizie richieste -

Ministro Solmi

Per copia conforme.
Bengasi, 7 agosto 1936 - XIV

IL SEGRETARIO CAPO



[Handwritten signature]



N. 806 N. G.

Roma, 31 LUG 1936

Ministero di Grazia e Giustizia
DIREZIONE GENERALE
PER GLI ISTITUTI DI PREVENZIONE E DI PENA

Sig. Direttore del Manicomio
Giudiziario di
Barcellona Pozzo di Got

Ufficio VII
Prot. N.° 015280/59582

Risposta al N.° del

OGGETTO El Manji Bu Zeidan.

Si avverte la S.V. che su richiesta del Procuratore Generale di Tripoli, si è disposta l'assegnazione a codesto stabilimento dell'internato in oggetto.

Con riserva di trasmettere i relativi documenti si attende conoscere il giorno dell'arrivo.

H-8 M

d'ordine del Ministro

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
BARCELONA
4 AGO. 1936 XIV
Protocollo il. *3873*
Tit. *3* Fasc. *1* Lett. *6*

ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO

RACCOMANDATA

Modello N. 25 (Carcere)
Mod. N. 31 (Riformatori)



MINISTERO
DI GRAZIA E GIUSTIZIA

DIREZIONE
DEL

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO

74928/3 - cas. 1 - Lett. B

Risposta alla lettera

del

Ufficio

N. 100

Allegato: 1 UNO

Barcellona addì 22 agosto 1936.XIV

On.le

Regia P R O C U R A

di

B E N G A S I

Oggetto: Ricoverato EL MENSU BU ZEIDAN

Oggi è stato immesso in questo Istituto il ricoverato in oggetto, proveniente dalle Carceri Regionali di Codesta Città.

Pertanto, si ritorna l'unito Mod.31 (foglietto informativo) relativo al suddetto, con preghiera di esaminare se sia esatta la data della decorrenza della misura di sicurezza che, a parere di questa Direzione, dovrebbe decorrere dalla data della sentenza e cioè 20 maggio 1936, e non dalla data di arresto.

ai sensi del disp. dell'art. 576 C.P.P.

Si resta in attesa di sollecita restituzione dell'allegato.

IL DIRETTORE

RACCOMANDATA

Modello N. 25 Carceri

5
uno



DIREZIONE
DEL

MANICOMIO GIUDIZIARIO
R. MANICOMIO GIUDIZIARIO

N. 1290 Tit. 3 Fasc. 1 Lett. B

Risposta alla lettera

del _____

Dir. _____ Sez. _____ N. _____

OGGETTO

: Ricoverato EL MENSI BU ZEIDAN

On.le

Regia PROCURA

di

BENGASI

Oggi è stato immesso in questo Istituto il ricoverato in oggetto, proveniente dalle Carceri Regionali di Codesta Città.

Pertanto, si ritorna l'unito Mod.31 (foglietto informativo) relativo al suddetto, con preghiera di esaminare se sia esatta

~~la data della decorrenza della misura di sicurezza che, a para-~~
~~te di questa Direzione, dovrebbe decorrere dalla data della~~
senterza e cioè 20 maggio 1936 e non dalla data di arresto.

Si resta in attesa di sollecita restituzione dell'allegato.

IL DIRETTORE

Riprodurre il _____

Minutato da _____

Copiato da _____

Modulo Informativo col quale si accompagna la domanda di assegnazione ad uno stabilimento per misure di sicurezza del nominato El Mensi Bu Zeidan

I. - Notizie personali

(Le seguenti notizie devono riferirsi al tempo del commesso reato).

1. Cognome, nome e paternità El Mensi Bu Zeidan El Soeki

2. Luogo di nascita (Comune e Provincia, o se è straniero, lo Stato) Sidi Buseid (Cirenaica)

3. Data di nascita Anno 20 ~~MessXXXXXXXXXX~~ ~~00000~~

4. Stato civile :

a) Se era legittimo o illegittimo legittimo

b) Se era celibe, vedovo o coniugato celibe

 Maschi -

 Femmine -

c) (Per coniugato o vedovo) Se aveva figli e quanti

5. Religione professata

 Quale musulmana

6. Professione od occupazione principale - Specie (Se padrone o principale, ovvero se dirigente, impiegato, commesso, operaio, giornaliero, ecc.

 Ascari I.a Comp. - VII Batt. Libico

7. Se aveva prestato servizio in armate regolari :

 Per quanto tempo si - mesi due

8. Mezzi di esistenza

a) Nullatenente nullatenente

b) Possiede qualche cosa

c) Agiato

9. Grado d'istruzione :

a) Illetterato illetterato

b) Istruzione primaria

c) Istruzione superiore

10. Se era dedito all'ubriachezza no

11. Se apparteneva a qualche setta :

 A quale nessuna

12. Se ha confessato il delitto si

13. Condizione penale :

a) Se trovasi in istato di ammonizione no

b) Se sottoposto alla libertà vigilata no

c) Se in istato di custodia preventiva no

d) Se in libertà provvisoria per altro procedimento no

e) Se in un stabilimento penale e di quale specie no

f) Se in libertà condizionale no

14. Precedenti giudiziari

6) Se era stato arrestato e quale volta

7) Se era stato a carico e quale volta

8) Se era stato, nella minor età, condannato al carcere o se lo stesso fatto o lo stesso reato si è verificato per questo fatto

9) Condanne riportate per ciascuna delle sezioni di carcere si indicano, nel caso di carcere di reclusione, tutti i reati per i quali la condanna è inflitta.

10) Si _____ alla pena di _____ per reati di _____

11) Si _____ alla pena di _____ per reati di _____

12) Si _____ alla pena di _____ per reati di _____

13) Si _____ alla pena di _____ per reati di _____

14) Si _____ alla pena di _____ per reati di _____

15) Si _____ alla pena di _____ per reati di _____

16) Si _____ alla pena di _____ per reati di _____

17) Si _____ alla pena di _____ per reati di _____

18) Data della liberazione Anno _____ Mese _____ Giorno _____

19) Stabilimento dal quale fu liberato

20) Se era stato sottoposto a misure di sicurezza A quali

Ed in quale data

15. Note sull'arresto

1) Casa dell'arresto

2) Spese esse liberamente

3) Danni

4) Arresti del Colpevole per altri in dipendenza

5) Stabilimento ove deve essere liberato

Impedito di calcolo premeditato.

Assolto dalla imputazione per infamità o ordinato il rinvio in manicomio giudiziale

Manicomio giudiziario

Anni 10 Mesi Giorni

479 C.P.P., 88, 22, 575, 577 n.3 C.P.

Barcellona-Pozzo di Gotto

16. Data della quale la sentenza ha effetto

17. Data dell'arresto

18. Data della decorrenza della misura

19. Data della sentenza

20. Data della liberazione

Anno 1936 Mese VI Giorno 18

1935 IV 12

1936 V 20

21. Data della sentenza

22. Data della liberazione

23. Data della sentenza

24. Data della liberazione

25. Data della sentenza

26. Data della liberazione

27. Data della sentenza

28. Data della liberazione

29. Data della sentenza

30. Data della liberazione

31. Data della sentenza

32. Data della liberazione

33. Data della sentenza

34. Data della liberazione

35. Data della sentenza

36. Data della liberazione

37. Data della sentenza

38. Data della liberazione

39. Data della sentenza

40. Data della liberazione

41. Data della sentenza

42. Data della liberazione

43. Data della sentenza

44. Data della liberazione

45. Data della sentenza

46. Data della liberazione

47. Data della sentenza

48. Data della liberazione

49. Data della sentenza

50. Data della liberazione

51. Data della sentenza

52. Data della liberazione

53. Data della sentenza

54. Data della liberazione

55. Data della sentenza

56. Data della liberazione

57. Data della sentenza

58. Data della liberazione

59. Data della sentenza

60. Data della liberazione

DIVISIONE DEI CARABINIERI REALI DELLA LIBIA ORIENTALE

STAZIONE DI BENGASI PRINCIPALE

1541

R I G L I E T T O di Carcerazione

Si prega cotesta On/le Direzione voler chiudere in cotesto manicomio giudiziario il detenuto:

EL KENSI bu Zeidan el Sceiki e di Hava bent Hassen, di anni 20, da Sidi Buzeid - cabila Aulad Scek ailet Buscenef, a disposizione del Direttore del predetto Manicomio.

Bengasi, li 20/8/1936 XIV°

Il Maresciallo Maggiore Comandante la Stazione
(Dott. Francesco)

RICHIESTA DI CERTIFICATO

Modello N. 40
Formato carta legale

N.

R. G. IN CARTA LIBERA

del Re di Es

Al nome di (cognome e nome) El Mansi ben Reida el
(di o in) Sasli e (di o fu) Hana bent Hussain
nat. il 20 di anni 19 in Sidi Guefid
circondario (o Stato) di Cinaica
si richiede il certificato (generale, penale o di capacità civile) penale
per (motivo della richiesta) uso giudiziale

(Data) _____ 193_____

AL PROCURATORE DEL RE
presso il R. Tribunale

di _____

(Firma) [Firma]
(Qualità) _____

CERTIFICATO

PROCURA DEL RE PRESSO IL TRIBUNALE di BENGASI

Si attesta che in questo Casellario giudiziale al nome suindicato risulta:

(Segnare le decisioni in ordine cronologico, indicando per ciascuna: 1° la data della decisione; 2° il magistrato che la pronunziò e la sua sede; 3° il dispositivo; 4° (per le decisioni penali di condanna) il titolo del reato, indicando se tentato e se continuato, con le aggravanti, compresa la recidiva, attenuanti e diminuenti, - benefici di legge concessi, le pene inflitte, la dichiarazione di abitudine o professionalità nel reato, o di tendenze a delinquere e le misure di sicurezza applicate; 5° gli articoli di legge applicati; 6° le pene accessorie che con seguono alla condanna; 7° la data di esecuzione dell'ultima pena, ossia giorno, mese e anno in cui cessò di essera scontata ovvero: NULLA).

- 1) 20.5.1936. Sentenza Corte di Assise di Bengasi - assolto da omicidio premeditato (art. 275, 277 4.3 C.P.) per totale infermità di mente, ordinandosi il suo ricovero in un manicomio giudiziario per una durata minima non inferiore ai dieci anni.
- 2) Risultava inoltre, però al nome

C O R T E D' A M M I R I D I B E N G H A I I

N° 2/36 Amase *Leut* no
1° 5/36 R.G. Pao. 935

IN NOME DI SUA MAESTÀ
VITTORIO EMANUELE III° -

PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTÀ DELLA NAZIONE
RE D' ITALIA ED IMPERATORE D' ETIOPIA

La Corte d' Amase di Bengasi, composta dei Signori :

- 1°) Dott. Cav. Uff. Edgardo Agnelli Presidente
2°) Dr. Alberto Hoffman Assessore
3°) Dr. Salvatore Margani id
4°) Cav. Semasi el Matar di id
5°) Monsur ben Sued id

con l'intervento del Pubblico Ministero rappresentato dal
procuratore del Re Sig. Avv. Comm. Carlo Gentilucci, e con
l'assistenza del Cancelliere Giuseppe Sampietro, ha pronunciato
la seguente

S E N T E N Z A

nella causa penale

C O N T R O

EL MENSI HU ZEIDAN EL SCEIKI e di Hama bent Hsein di anni 20
da Sidi Buzaid - Cabila Aulad El Sceik - Ailet Bascenef -
Ancari alla 1ª Compagnia del VII° Battaglione Labico di stanza
a Barce - celibe - analfabeta - incensurato

Arrestato il 12 Aprile 1935-XIII°

I M P U T A T O

del delitto p. e p. dagli art. 575 e 577 n. 3 Cod. Pen. per
avere il 12 Aprile 1935 nella località El Meiniga, in territorio
di Barce, con premeditazione, caionato, con un colpo di fucile
Mod. 91, la morte di Regeb Ben Reagalla. =

In esito all'odierno dibattimento, celebratosi a porte chiuse
in contraddittorio dell'imputato -

*auto alla Procura
1935 10 1935 XI
IL SEGREARIO*

Sentiti il P.M. e l'imputato che col suo difensore ha avuto per primo ed ultimo la parola.

F A T T O :

Ritenute che, verso le ore sette del 12 aprile 1935, in regione El Meiniga del territorio di Barce, mentre si svolgevano le esercitazioni di tiro di combattimento di squadra nella terza Compagnia del VII° battaglione libico, l'Ascari El Mensi bu Zeidan esplodeva improvvisamente, ad un passo di distanza, un colpo di fucile contro il commilitone Regeb ben Rezgalla ferendolo mortalmente alla nuca e così facendolo stramazzone a terra cadavere in una pozza di sangue. Appena compiute il misfatto, l'El Mensi si allontanò di corsa dopo avere gettato via il fucile; ma venne subito fermato e ridotto all'impotenza da alcuni ascari della Compagnia, i quali lo consegnarono al Comando dopo averlo legato con una fune. Interrogato sul movente dell'uccisione, l'El Mensi rispose dichiarando che aveva in tal modo voluto vendicare l'onta che l'ucciso, quando erano entrambi borghesi, aveva gli inflitta molti mesi addietro introducendogli, durante il sonno, il membro virile nell'ano.

Ritenuto che, istruttoria penale procedimento per omicidio premeditato, l'imputato venne rinviato a giudizio davanti alla Corte di Assise di Bengasi per rispondere di tale grave imputazione. Ma la Corte, con ordinanza del giorno 19 Novembre 1935, pronunciata in fine di dibattimento, ordinò che si procedesse a perizia psichiatrica dell'imputato per stabilire con precisione se egli, al momento del fatto, si fosse trovato in condizioni d'infermità di mente tale da escludere e diminuire la sua capacità d'intendere e di volere.

La perizia venne eseguita regolarmente presso l'Ospedale psichiatrico di Palermo e la prescritta relazione venne depositata il 26 febbraio 1936 presso l'Ufficio di Istruzione di quel Tribunale e poscia trasmessa a questa Cancelleria. Indi l'imputato, a termini del disposto dell'art.456 del Codice di Procedura penale, venne nuovamente citato a comparire davanti a questa Corte per il giudizio.

Ma il P.M., sulla scorta delle risultanze della perizia che conclude con l'affermare la piena infermità mentale dell'El Mensi nel momento del fatto, quale debole di mente originarie di medie grade

(Erenanomia ombropatica) ed invertito sessuale, ha conchiuso alla
l'udienza/odierna chiedendo l'assoluzione dell'imputato con l'ordi-
ne di ricovero dello stesso in un manicomio giudiziario a mente di
legge. Negli stessi sensi ha conchiuso il difensore.

D I R I T T O :

Considera la Corte che, in realtà, l'imputato non può essere
ritenuto imputabile per avere agito in istato di infermità mentale
da escludere la capacità d'intendere e di volere.

E per ferme:

L'El Mansi, già nel corso del primo dibattimento (19 Novembre 1935)
era apparso alla Corte come un individuo quanto mai anormale. Egli
si era mostrato lieto del misfatto compiuto e più volte aveva chie-
sto al Presidente il permesso di poter uccidere anche tutti quegli
altri suoi correligionari che, a suo dire, l'avevano posseduto con-
tro natura. Perfino contro qualche testimone, assunto al dibatti-
mento, aveva manifestata la stessa intensione. Quanto poi alla sua
condizione personale di pederasta passivo, si era lamentato sempre
di essere stato preso per forza e nel sonno e di non aver mai avu-
ti rapporti con donne a causa dell'invadenza "del suo ano" da parte
di maschi "con la stessa invincibile potenza che gli italiani spie-
gano nella guerra contro gli Abissini" e ciò nel senso che l'assal-
to al suo dettano da parte degli uomini lo equiparava, per l'impos-
sibilità di resistere, alla condizione degli abissini nei riguardi
dell'Italia. E di consimili stramberie egli ha seguitato a pronun-
ziare in abbondanza anche nel corso di questo dibattimento.

Nò difettano di particolari stranissimi e pietosi le risultanze
della istruttoria scritta dalla quale apprendesi che, in una preceden-
te sua assunzione in servizio militare nella regione desertica, l'im-
putato aveva spesso dato luogo a curiosi litigi e petulanti reclami
ai superiori, accusando continuamente i compagni di congressi carna-
li compiuti ai suoi danni e con violenza e con inganno. Senonchè l'in-
felice anzichè venir preso in considerazione ed espulso, era invece
sempre divenuto oggetto di sgarbo e di ludibrio fra i compagni che
lo accusavano di mania di persecuzione, ecc. ecc. =

La perizia medico-legale, infine, disposta dalla Corte è venuta

con l'archivio di supervisione scientifica fatta sulla base di osservazioni e di ricerche compiute sull'imputato nel suo ricovero nell'ospedale Psichiatrico di Palermo - a tradurre in convinzione il sospetto che la Corte aveva già formulato della totale infermità mentale dell'El Mensi. Il quale è risultato un debole di intenzione e di volere anche nel momento in cui commise il fatto. Conseguenza da queste risultanze dell'indagine peritale compiuta sulle state di mente dell'imputato, che questi, non essendo imputabile, deve essere assolto dal reato ascrittogli.

Ma, avute debite riguardo alla gravità del delitto commesso da questo alienato e quindi alla sua grande pericolosità sociale, dovessi ordinare il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario per una durata non inferiore nel minimo ai dieci anni a norma dell'art.222 del codice penale.

P. Q. M.

Visto l'art.479 Codice Procedura Penale in relazione agli art.68 - 222 - 575 - 577 n° 3 Codice Penale,

A S S O L V E

IL MENSI BU ZEIDAN dal delitto di omicidio premeditato ascrittogli, non essendo egli imputabile perchè, nel momento in cui commise il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere e di volere.

O R D I N A

il ricovero dello stesso El Mensi bu Zeidan in un manicomio giudiziario, avvertendo che la durata minima del ricovero stesso non può essere inferiore ai dieci anni.

Così decise a Bengasi, riaperto le porte al pubblico, alla udienza penale delli 20 Maggio 1936.XIV°, in presenza del P.M. dell'imputato e del difensore.

IL PRESIDENTE
(Agnelli)

IL CANCELLIERE
(Sampietro)

Depositata in Cancelleria oggi 14 Giugno 1936.XIV°
IL CANCELLIERE
(Bruno)



Mod. 806 M.G.

Roma. 7 SET. 1936 Anno XIV

Ministero di Grazia e Giustizia
DIREZIONE GENERALE
PER GLI ISTITUTI DI PREVENZIONE E DI PENA

Il Sig. Direttore del manicomio giudiziario di
BARCELLONA POZZO DI
GOTTO

Ufficio VII
Prot. N. 015280/59582

Risposta al f. N. 2 del

OGGETTO Internando: El Mansi Bu Zeidan.

Sciogliendo la riserva fatta con la ministeriale del 31 luglio 1936 pari numero si trasmettono il mod. 31 e copia della sentenza che dispose la misura relativi al sottoposto a misura amministrativa di sicurezza indicato in oggetto.

d'ordine del Ministro

11-9 m

ISTITUTO PENITENZIARIO DELLO STATO

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
BARCELLONA
11 SET. 1936 XIV
Protocollo N. *4924*
Tit. *3* Fasc. *1* Lett. *2*



Ulterio

IN NOME DI SUA MAESTA
VITTORIO EMANUELE III.
PER GRAZIA DI DIO E PER VOLONTÀ DELLA NAZIONE RE D'ITALIA E D'ALBANIA
IMPERATORE DI ETIOPIA

N. Reg. Gen.

Sentenza N.

Il Pretore di Barcellona Pezzo di Gotto
Dett. Cav. Francesco Rizzo
ha pronunziato la seguente

SENTENZA

Nella causa penale di azione

CONTRO

El Mensi bu Zeidan di El Sceikie di Haua Ben Hsein
nato in Bidi Buzei (Cirenaica) di anni 20 -
ricoverato nel Manicomio Giudiziario di Barcellona
Pezzo di Gotto.

IMPUTAT

del delitto di cui all'art. 582 C.P. per avere, mediante
morse cagionato al ricoverato Mohamed ben Ibrakin le-
sioni personali guarite in giorni 40.

Nel Manicomio Giudiziario di Barcellona il 13/6/1939 XVII

In fatto e in diritto

La mattina del 13/6/1939 i ricoverati nel Manicomio
Giudiziario Mohamed ben Ibrakin, e El Mensi bu Zeidan
vennero a diverbio e dalle parole passarono alle vie
di fatto. Il Mohamed in tali circostanze riportò lesio-
ne al dito medio della mano destra prodotta da morse
e per sopravvenuti fatti fligistici eccorse inter-

vente chirurgico e la guarigione si verificò al 40°
giorno.

Con verbale del 14/6/1939 XVII il Direttore del lo-
cale manicomio Giudiziario denunciò l'El Mensi bu Zei-
da per il reato di lesioni personali in danno del Mohamed
facendo presente che i fatti si erano svolti verso le
ore otto del 13/6/1939 nel dormitorio N°9 del piano
terreno (padiglione prosciolti) e che mentre il Meha
med dichiarò che il movente doveva ricercarsi nel fatto
che l'El Mensi essendosi avvicinato al suo letto non
si era allontanato ad analogo invito rivolto gli ed
anzi; all'invito, in un primo momento gli assestava
vari colpi con una sputacchiera di legno e quindi lo
addentava alla mano destra producendogli la lesione di
cui sopra, l'El mensi dichiarò di avere aggredito perché
il Mohamed durante il sonno abusava di lui, così come
tutti i ricoverati, introducendogli il membro virile
nell'ano.

Il compagno di camerata Mohamed Ben Affaied ha affermato,
come risulta dal rapporto del direttore del manicomio,
che l'El Mensi s'era sempre lamentato che tutti i com-
pagni di camera la notte abusavano di lui e che la
mattina dell'8/6/1939 i fatti s'erano svolti così come
narrati dal Mohamed Ben Ibrahim. Altro compagno di ca-
merata Zaki Nain ha affermato che l'El Mensi é aggres-

sive e che nell'occasione nessuna colpa poteva attribuirsi a Mohamed perché nulla questi aveva fatto.

Con rapporto del 14/6/ detto lo stesso direttore del manicomio comunicò che l'El Mensi con sentenza della Corte di Assise di Bangasi 20/5/1956 venne prosciolto per infermità mentale dal reato di omicidio premeditato e sottoposto a misura di sicurezza detentiva (ricovero in un manicomio giudiziario) per la durata minima di anni dieci. Tale delitto fu commesso dall'El Mensi trovandosi alle armi quelle ascare il 13/4/1955 e precisamente mentre si svolgevano esercitazioni di tiro di combattimento. Fu proprio in tale circostanza che improvvisamente l'El Mensi esplose un colpo di fucile contro il commilitone Regel Ben Rezgolla uccidendolo e giustificando successivamente la sua azione col dire che il Regel molti mesi prima gli aveva introdotto il membro virile nell'ano.

Lo stesso direttore fa presente che l'El Mensi è stato riconosciuto affetto da demenza precoce, come del resto risulta dagli atti processuali che è un infermo di mente dissociato, allucinato, delirante, impulsivo, aggressivo e violento e che i fatti da lui commessi in danno del Mohamed debbono attribuirsi ad impulso morboso repentino immedicabile imprevedibile.

Allo stato non occorre procedere ad alcuna indagine per

ascertare le condizioni mentali dell'El Mensi poiché
la natura, specie e mezzi del reato, le circostanze
che lo accompagnarono, il movente, la condotta contem-
poranea e susseguente al reato non che i precedenti
danno le prove evidenti per stabilire senz'altre
la relazione tra le state psichiche e gli atti esterni
da lui commessi e gli affetti della imputabilità.

Partante ritenute che l'El Mensi, come risulta dalla
di lui posizione presso il locale manicomio giudiziar-
rio, e effetto da demenza precoce, e che nel momento in
cui commise il fatto ascrittogli per lo stato di eccita-
mento in cui versava non aveva la capacità di intendere
e di volere, che é persona socialmente pericolosa.

Ritenute che mancando il requisito soggettivo della capa-
cità d'intendere e di volere per determinare l'imputabili-
tà occorre dichiarare non doversi procedere ed applicare
una misura di sicurezza detentiva per un periodo non
inferiore a due anni trattandosi di persona socialmente
pericolosa. P/Q/M: Visti gli art. 582 C.P. 85, 88, 202,
203, 205, 206, 222 stesso codice e gli art. 378-384-398
576 C.P.P. dichiara non doversi procedere contro El Mensi bu
Zeidan per il reato ascrittogli perché non imputabile aven-
dele commesso in istato d'incapacità d'intendere e di volere
derivante da infermità mentale. Ordina il ricovero dell'El

Mensi in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore
a due anni. Così decisa in Barcellona il 23/10/1939 XVII.

Il Pretore F:te Rizze - L'A. Cancelliere F:te Minolfi.

V: il P.M. 10/II/1939 F:te Macca. *Chiffin conf. - Minolfi*





456 Sent.

697. R. 9.

Modello N. 25 (Carceri)
Mod. N. 51 (Riformatori)

MINISTERO
DI GRAZIA E GIUSTIZIA Barcellona addì 17 gennaio 1940 -
Anno XVIII°

DIREZIONE
R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
DEL
BARCELLONA (Sicilia)

7.333 Cat. 3 Fasc. 1 Lett. E.

ILL. MO
SIGNOR P R E T O R E
del Mandamento di

Risposta alla lettera

del _____
Ufficio _____ Num. _____

BARCELLONA

Allegati N.° _____

OGGETTO: Ricoverato EL MENSU BU ZEIDAN EL SCEIKI -

Prego rimettermi copia integrale della sentenza
pronunciata da Godesto On. Ufficio il 23 ottobre 1939
contro il ricoverato in oggetto per lesioni.

Ringrazio.

IL DIRETTORE
(Vittorio Madia)

V. Madia

1.2

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO	
- BARCELLONA	
1 FEB. 1940 XVIII	
Protocollo N. _____	
11. _____	Fasc. _____ Lett. _____



Spontanea 28/11/1917

Mod. N. 25 (Carcera)
Mod. N. 31 (Riformatori)

MINISTERO
DI GRAZIA E GIUSTIZIA *Barcellona addi 16 Giugno 1919, XVII*
DIREZIONE
DEL

Ecc.mo
MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
DIREZIONE GEN. PER GLI ISTITUTI
DI PREVENZIONE E DI PENA

N. 2826 Lit. 3 Fasc. 6 Lett.
Risposta alla lettera
del
Ufficio *N. 1111*

R O M A

Allegati 16.

Oggetto : Lesione personale sagionata dal ricoverato El Mensi bu Zeidan al ricoverato Mohamed ben Ibrahim.-

Ai sensi del secondo capoverso dell'art. 94 del Regolamento per gli Istituti di Prevenzione e di Pena, mi onoro di trasmettere in copia gli atti inviati all'Autorità Giudiziarla locale, riferentisi al fatto in oggetto.

Con osservanza.

IL DIRETTORE
fto: V. Madia



MINISTERO
DI GRAZIA E GIUSTIZIA Barcellona *addi* 14 Giugno 1929. XVI:
DIREZIONE
DEL

Ill. mo

Signor P R E T O R E

del Mandamento di

N. 2825 Lit. 3 Fasc. 6 Lett.

Risposta alla lettera:

del

Ufficio _____ Num. _____

B A R C E L L O N A

Allegati N. _____

Oggetto: Denuncia di lesione personale cagionata dal ricoverato El Mensi bu Zeidan al ricoverato Mohamed ben Ibrahim.

Si trasmette l'unito processo verbale di denuncia di lesione personale cagionata dal ricoverato El Mensi bu Zeidan di El Sceiki e di Hana ben Hsein, nato a Sidi Buzeid (Cirenaica) di anni 23, al ricoverato Mohamed ben Ibrahim di Bahameda e di Salak bent Mohamed, nato a Tripoli, di anni 35.

Il ricoverato El Mensi bu Zeidan, del quale si unisce l'estratto della cartella biografica, con sentenza della Corte di Assise di Bengasi del 20 Maggio 1936, veniva prosciolto, per infemità mentale, dal reato di omicidio premeditato ed assegnato al Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto per l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva (ricovero in Manicomio Giudiziario per la durata minima di anni dieci).

Dalla copia della sentenza, esistente nel fascicolo personale, risulta che, trovandosi alle armi quale Ascari alla 1^a Compagnia del 7° Battaglione Libico, verso le ore 7 del 12 aprile

%

1935 in regione El Miniga del territorio di Barce, mentre si svolgevano le esercitazioni di tiro di combattimento, esplodeva improvvisamente, ad un passo di distanza, un colpo di fucile contro il commilitone Regel ben Rezzolla che uccideva. Interrogato, dichiarò che aveva in tal modo voluto vendicare l'onta che l'ucciso, quando erano entrambi borghesi, aveva gli inflitta, molti mesi addietro, introducendogli, durante il sonno, il membro virile nell'ano. Risulta ancora dalla sentenza che "più volte aveva chiesto al Presidente il permesso di poter uccidere anche tutti quegli altri suoi correligionari che, a suo dire, l'avevano posseduto contro natura".

El Menei bu Zeidan, ricoverato in questo Manicomio Giudiziario il 22 agosto 1936, proveniente dalle Carceri Regionali di Bengasi, è stato riconosciuto affetto da "demenza precoce".

E' un infermo di mente dissociato, allucinato, delirante, impulsivo, aggressivo, violento.

L'atto delittuoso contro Mohamed ben Ibrahim deve, pertanto, attribuirsi ad un impulso morboso repentino, immotivato, del tutto imprevedibile, scatenatosi tempestosamente con i caratteri di una violenza cieca.

Egli, per le sue peculiari condizioni mentali, non ha la capacità di intendere e di volere.

E' da escludere nel fatto in parola qualsiasi responsabilità del personale di custodia.

IL DIRETTORE

fto: V. Madia

REG. MANIPOLAZIONE GUARDIA CARCERALE (ROMA)

Copia di rapporto a carico dei ricoverati Mohamed ben Ibrahim ed Al Mansi bu Leidan

13/6.1939

Signor Capoguardia

Stamane verso le ore 8 i due controscritti ricoverati, per futtili motivi sono venuti a diverbio e, dalle parole, sono passati subito a vie di fatto scambiandosi calci, pugni e morsi.

Nella rissa il Mohamed ha riportato una ferita di poca entità al dito medio della mano destra, che gli è stata prontamente medicata nella locale infermeria.

Poichè i due predetti ricoverati si mantenevano in stato di violenta agitazione, dietro ordine di V.S. sono stati provvisoriamente assicurati sui letti di contenzione.

Per dovere

Il Sottocapo f.to Scalzo.

=====

Informazioni del Capoguardia.

Per quanto a provocare il diverbio fosse stato l'Ibrahim pure, per misure precauzionali, è stato necessario assicurare provvisoriamente tutti e due i controscritti ricoverati, perchè tutti e due dopo che sono stati divisi versavano in uno stato di violenta agitazione.

Ho fatto medicare la lievissima ferita riportata dall'Ibrahim ed ho informato il Medico di servizio.

Il Capoguardia f.to Ferrone.

=====

Informazioni dell'Autorità Dirigente

Sono ritornati calmi, si possono liberare dal letto di repressione; bisogna però tenerli isolati di camera.

V° Si conferma

Il Direttore f.to Madia

Il Medico di servizio

f.to A. Bonomolo



DIREZIONE
DEL

N. 345 Carceri

Barcellona add. 13/6 1939 A XVII

UFFICIO DEL MEDICO CHIRURGO

N. 268

OGGETTO

Ricoverati Mohamed ben
Ibrahim e El Mensi bu
Zeidan.

I ricoverati in oggetto,
questa mattina, trovandosi in
stato di agitazione si azzuf-
farono per futili motivi.

Nella rissa il Mohamed ben
Ibrahim riportò una ferita da
morso al dito medio della mano
destra.

Si giudica detta lesione
guaribile in giorni otto salvo
complicanze o successioni mor-
bose.

Il Medico Alineista

f.to A. Bonomolo.

Il Direttore

f.to V. Madia



DIREZIONE DEL MANICOMIO GIUDIZIARIO DI BARCELLONA POZZO DI GOTTO

Ill.mo Sig. PRETORE
del Mandamento di

BARCELLONA

OGGETTO : Processo verbale di denuncia per lesione personale
cagionata dal ricoverato El Mensi bu Zeidan al ri-
coverato Mohamed ben Ibrahim.

L'anno millenovecentotrentanove (XVII) addì quattordici
del mese di giugno, noi Dott. Vittorio Madia Autorità Dirigente,
riferiamo alla competente Autorità Giudiziaria quanto appresso:
Ieri, 13 giugno, verso le ore otto, come risulta dalla copia del
rapporto che si unisce (allegato n° 1), nel dormitorio n° 9
del piano terreno del padiglione prosciolti, il ricoverato El
Mensi bu Zeidan di El Sceiki e di Hana ben Hsein, da Sidi Buzeid,
anno approssimativo di nascita 1915, improvvisamente assentava
un morso al ricoverato Mohamed ben Ibrahim Buhameda e di Salah
bent Mohamed, nato a Tripoli, di anni 35, addentandolo al dito medi-
della mano destra e producendogli la lesione di cui al referto
medico, che pure si unisce (allegato n° 2).

Interrogato il ferito MOHAMED BEN IBRAHIM ha dichiarato che
il compagno El Mensi bu Zeidan si era soffermato accanto al let-
to di lui. Egli cercò allontanarlo, ma l'altro, presa da terra la

./.

sputacchiara di legno, cominciò a tirare colpi all'impar-
zata. Mentre tentava di difendersi, prendendo il bicchier-
e sulla mensola di granito sovrastante al letto, il
Mensù lo alzava alla mano destra.

IL MENSÙ BU NURJAN, sentito a mezzo del ricoverato Mo-
hamed Selam, ha affermato di avere aggredito Mohamed ben
Ibrahim, perché questi, durante il sonno, abusava di lui, ce-
al come tutti i ricoverati, introducendogli il membro vi-
rile nell'ano.

Interrogati i ricoverati dello stesso dormitorio, han-
no ciascuno dichiarato quanto segue:

MOHAMED BEN AYON (sentito a mezzo del ricoverato
Abdullatif ben Murfik Solamib), non ha saputo dire come
avvenne il fatto.

ALI BEN MOHAMMED (sentito a mezzo del ricoverato
Abdullatif ben Murfik Solamib) ha pronunciato fra-
si sconnesse e precisamente: " io do spiegazioni a qual-
la persona che voleva picchiarmi vicino la finestra. Due
volte voleva picchiarmi ma non è riuscito. Questo mi ha
bastonato " (inteso l'Abdullatif che fu da interpretare).

MOHAMED BEN AYVAND (sentito a mezzo del ricoverato
Abdullatif ben Murfik Solamib) ha riferito che il Men-
sù bu Selam si lamentava sempre che tutti i compagni di
camera, la notte, abusavano di lui? Ieri mattina il Mensù
bu Selam si intratteneva vicino al letto di Mohamad ben
Ibrahim. Questi cercò di allontanarlo, ma l'altro prese
la sputacchiara e cominciò a tirare colpi/ contro il com-
pagno. Egli immediatamente si avviò verso la porta per
avvertire la guardia di servizio.

./.

ZAKI HAIR (sentito a mezzo del ricoverato Abdullatif
ben Murfik Solamib) ha risposto: " Il colpevole sarà
il Mensù bu Selam. L' aggressivo. Non vi fu motivo da
parte di Mohamed ben Ibrahim ".

SALIM BEN MOHAMMED è un frenetico grave, dal quale
nulla si riesce ad apprendere.

Dal che il presente processo verbale, che viene da noi
conformato e sottoscritto.

IL DIRETTORE
F.to Nadia

Barcellona, li 24 ottobre 1935, XIV

DIREZIONE

MANICOMIO GIUDIZIARIO

F. MANICOMIO GIUDIZIARIO

IOI Risposta alla lettera E.

del

Dir. Sez. N.

OGGETTO

Quarta 19. 11. 1935

RACCOMANDATA

On.le
Direzione delle Carceri
Regionali di
BENGASI

XI
Ze

:Copia del foglio matricolare del ricoverato
EL MENSU BU ZEIDAN DI EL SCEIH E DI HANA BEN
HSEIN DI ANNI 20 EX ASCARI .

Pregasi Codesta On.le Direzione compiacersi far tenere,
con cortese sollecitudine, copia del foglio matricolare del
ricoverato in oggetto trasmesso a Codesto Ufficio con nota
N.V/1/195 di prot. in data 5-6-1935 dal Comando del 2° Reggiam
mento Fanteria D'Africa.

Detto documento occorre per regolarizzare il fascicolo del
predetto ricoverato.

Riprodurre il P. IL DIRETTORE IN LICENZA
Minutato da IL MEDICO ASSISTENTE
Copiato da

[Handwritten signature]

COMANDO DEPOSITO 2° REGGIMENTO FANTERIA D'A RICA
Ufficio Matricola

N° 3689 di protocelle Ind.

Bangasi, li 16 ottobre 1936 - XIV°

Allegati N°/

O G G E T T O: Copia foglio matricolare ex militare libico El Mensi bu Zeidan.

AL COMANDO DEPOSITO 4° REGGIMENTO FAN. COLONIALE
e per conoscenza

BARCE

AL R. MANICOMIO GIUDIZIARIO - DIREZIONE -

BERGELLONA

In relazione al foglio n° 00/1507 di pret. A. in data 7 corr. dirette per conoscenza al R. Manicomio Giudiziario di Bergellona (Sicilia), si comunica che i documenti matricolari relativi all'ex ascari libico

EL M E N S I B. Z E I D A N (8459),

furono spediti alla Direzione del Carcere regionale di Bangasi - Sezione Mil. - col foglio n° V/I/195 di pret. Ind. in data 5/6/1935, e la predetta sezione accusò ricevuta col n° 297 in data 7 s.m. -

Per la copia del foglio matricolare, prego rivolgere la richiesta direttamente al predetto carcere, che probabilmente conserva ancora i documenti matricolari del militare. =

IL TEN. COL. COMANDANTE DEL DEPOSITO
(Adolfo Allievi)





COMANDO 4° REGGIMENTO FANTERIA COLONIALE

(1) UFFICIO MATRICOLA

N. 00/1507/ di prot. MA Barce. 7 Ottobre 1936 A. XIV°
Allegati N.

Risposta al foglio N. del
OGGETTO: Copia foglio matricolare ex ascari EL MENSI BU ZEIDAN

AL R. MANICOMIO GIUDIZIARIO - DIREZIONE -
(Rif. f. IOI del 26/9/36) BARCELONA

e, per conoscenza:

AL COMANDO DEPOSITO 2° REGGIMENTO FANTERIA D'AFRICA -
-Ufficio o Matricola- BENGAZI

Riferimento al foglio cui si risponde, si fa presente che i documenti matricolari dell'ascari in oggetto, ricoverato presso R. Manicomio, furono spediti al Comando 2° Reggimento Fanteria D'Africa il 19 aprile 1935 col foglio N°00/I744/MA. =

Per quanto sopra, qualora il 2° Reggimento Fanteria non abbia ancora provveduto ad inviare la copia del foglio matricolare dell'ascari in questione al R. Manicomio, pregasi voler aderire sollecitamente, in quanto questo Comando col foglio N°I290 in data 31/8/36, diretto agli indirizzi suddetti, faceva presente tale richiesta. =

IL TENENTE COLONNELLO
COMANDANTE DEL DEPOSITO
(Francesco Carrara)

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO	
BARCELONA	
11 OTT. 1936	101
Protocollo	3
Fasc. 1	Let. 6

Si prega trattare per ogni lettera un solo argomento e di indicare nella risposta la Sezione.

BARCE 31 AGOSTO 1936 Anno XIV

REGGIMENTO COLONIALE
UFFICIO MATRICOLA

IL COMANDO DEPOSITO 2° REGG. FAN-
TERIA d'AFRICA=B E N G A S I=
per conoscenza:
R. MANICCHIO GIUDIZIARIO=BARCELLONA=
(Rif. P.ICI del 22 corrente)

Risposta al foglio del
Dir. Sec. A.

Prot. N. 4290 Allegati

OGGETTO ex ascari EL MENSU BU ZEIDAN

Indirizzo telegrafico: ...
Indirizzo postale n. ...
... nel solo argomento ed indicare nella risposta il numero di protocollo e l'ufficio cui si risponde.

Pregasi voler trasmettere copia del foglio matricolare
relative all'ascari in oggetto al numero 8459 di ruolo, inter-
state al Carcere militare di Bengasi il 12/4/1935 per omicidio=

I documenti matricolari dell'ascari in questione, furono
trasmessi a questo Comando il 19 aprile 1935 con foglio
N° 00/1744.=

IL MAGGIORE
COMANDANTE INT. DEL DEPOSITO
(Giacinto Ricci)

R. MANICCHIO GIUDIZIARIO
BARCELLONA
6 SET. 1936 XV
Protocollo II. 108
Tit. 3 Fasc. 1 Lett. 2

Attendo foglio su indicazione



Barcellona 22 agosto 6.XIV

DIREZIONE DEL MANICOMIO GIUDIZIARIO

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO N. 1229 Tit. 3 Fasc. 1 Lett. B

On.le Direzione dell'OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE di

PALERMO

Risposta alla lettera del Dic. Sez. N.

OGGETTO

: Ricoverato EL MENSI BU ZEIDAN

Risulta a questa Direzione che il ricoverato in oggetto fu degente in Codesto Ospedale Psichiatrico dal novembre 1935 al marzo 1936, per perizia psichiatrica.

Si prega pertanto volersi compiacere far tenere copia della storia clinica relativa al predetto.

Allegati N. Ringraziamenti ed ossequi

6 settembre 1936 XIV

IL DIRETTORE

Si sollecita IL DIRETTORE

Riprodurre il Minutato da Copiato da

Handwritten signature and notes: 'Presente a storia clinica 22/8/36'

N. 148/16-2 di protocollo div. 5° Barce, li 6 ottobre 1936 A. XIV°



GRUPPO
Divisione Carabinieri Reali della Libia Orientale

UFFICIO: Tenenza di Barce

Risposta al foglio del 22 agosto u/s. N. 101 Carte annesse N. //

OGGETTO: Internato El Menai bu Zeidan.-

ON/LE DIREZIONE DEL MANICOMIO GIUDIZIARIO di n. BARCELLONA
(Messina)

L'indigeno EL MENSI bu Zeidan di El Sceiki e di Haua bent Hsein, di anni 20, cabila Aulat El Sceik, da Sidi Buseid, internato in questo Istituto, risulta sconosciuto e non è stato finora possibile rintracciare suoi parenti.-

Un concabilla, certo Kalifa bu Mragia, pare si trovi a Bengasi, ma se ne sconosce il recapito.-

Sono in corso opportune ricerche ed appena possibile si daranno successive notizie.-

Trattare per ogni lettera un solo argomento e indicare nell'ultima riga il numero di protocollo. Ufficio per risposta. Indirizzo Telegrafico: CARABINIERI DIVISIONE - BENGASI.

*Pervenuto al questurario
l'8-11-1936*

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO BARCELLONA
11 OTT. 1936
Protocollo n. 101
Tit. 3 - Fasc. 1 - Lett. 8

ILS. TENENTE
COMANDANTE DELLA TENENZA
(Vetrano Alfonso)

36.
ela-

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
DIREZIONE
DEL
R. MANICOMIO GIUDIZIARIO

N. IOI Tit. 3 Fasc. I Lett. B Barcellona, addì 28 settembre 1936.
OGGETTO: Si sollecita risposta alla lettera del 22 agosto u.s. N. IOI relativa alle informazioni richieste sul conto del riuoverato EL MENSI BU ZEIDAN EL SCEIHI E DI HARA BEN HSEIN DI ANNI 20 da Sidi Buzaid - Cabila Aulad El Sceik (ex ascari) da Bengasi.

AL COMANDO COMPAGNIA DEI CC. RR. DI

B E N G A S I

Prego la S.V. di favorire risposta alla mia lettera contraddistinta.

Il Direttore

Fto: Illeggibile

GRUPPO DEI CARABINIERI REALI DELLA LIBIA ORIENTALE
COMPAGNIA DI BENGASI

N. 74/65-I di prot.

Bengasi, li 7 Ottobre 1936. A. XIV.

AL COMANDO DELLA COMPAGNIA DEI CC. RR. DI BARCE
e, per conoscenza:

AL R. MANICOMIO GIUDIZIARIO

DI BARCELLONA. /

..... a seguito del foglio pari numero in data 30 agosto u/s.

IL CAPITANO COMANDANTE DELLA COMPAGNIA
(Gaetano Montagna)



Montagna

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
BARCELLONA
11 OTT. 1936 XIV



DIREZIONE
DEL

MANICOMIO GIUDIZIARIO

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO

N. _____ Tit. _____ Fasc. _____ Lett. _____

IOI 3 I E.
Risposta alla lettera

del 6 corrente

Div. _____ Sez. _____ 148/16-2

OGGETTO
- - -

Modello N. 25 Carceri

Barcellona 24 ott. 6 XIV.

RACCOMANDATA

On.le

Comando della
Tenenza dei CC.RR.

BARCE
=====
(Cirenaica)

:Ricoverato EL MENSI BU ZEIDAN DI EL SCEIH E DI
HANA BEN HSEIN DI ANNI 20 EX ASCARI.

In esito al foglio sopradistinto si prega Codesto Coman-
do di far conoscere a questa Direzione, al più presto possi-
bile, le informazioni del ricoverato in oggetto per poter
regolarizzare il fascicolo personale.

Allegati N. _____

P. IL DIRETTORE IN LICENZA
IL MEDICO ASSISTENTE

Riprodurre il _____
Minutato da _____
Copiato da _____

ANNO 193 CVI

Storia Clinica N. 1292

El Moersi bu Scidan
 figlio di *El Sciki* e di *Hana ben Hsein*
 nato addi *21 annu '20* in *Sidi Buzeid* provincia di *Cirenaica*
 ammigliato in " " provincia di " "
 professione o mestiere *esc Ascari* di stato civile *celibe*
 condizione " di istruzione *analfabeta*
 ammesso addi *22 agosto 1936 XIV* col numero di matricola *1541*
 via assegnazione ministeriale del *31 luglio 1936 XV* numero *015280/S.*
 proveniente dalle *C. P. Bengasi* arrestato addi *12. 4. 1935*
 quale ~~imputato, accusato o appellante~~ per *promolto dal reato di Omicidio pre-*
 ammesso addi *12. 4. 1935* in *Burce (Cirenaica)*
 sta sentenza o ordinanza di ricovero del di _____
 messa da _____
 sottoposto a perizia psichiatrica con verbale del _____
 eseguirsi da _____ nel termine di _____
 aiuto dai periti _____
 sciolto con *sentenza della Corte di Assise di Bengasi, il 20. 11. 1935*
 sottoposto a misura di sicurezza detentiva per la durata di anni *10*
 sentenza addi *20-5-1936*
 è stato condannato con sentenza del _____
 _____ alla pena di _____

701 - 21-11-1934-2112 - Roma. Fin. Montebate 10-11-35

Esame somatico

Dati morfologici.

Fotografia eseguita il 23 AGO 1938



*Malis capalis
 Golefiotropia
 orecchio con tuber.
 a serent. e con tuber.
 Poli. di Darwin
 spesso accennato
 in ambidue
 naso schiacciato,
 narici amplie.
 labbra prominenti
 e carnose.*

Dati antropometrici.

Statura m.	167	apertura delle braccia mm.	1800		
Lunghezza del braccio destro mm.	720			sinistro mm.	700
" della mano " " "	200			" " "	200
Larghezza " " " "	90			" " "	90
Lunghezza dell'orecchio " " "	60			" " "	60
Larghezza " " " "	35			" " "	35
Distanza dal mento al condotto uditivo destro mm.	132			sinistro mm.	135
Circonferenza del braccio destro mm.	270			sinistro mm.	270
" della coscia " " "	540			" " "	540
" della gamba " " "	320			" " "	320
Diametro anteriore-posteriore del capo mm.	218			} Indice cefalico	
" trasverso " " "	145				
Circonferenza totale " " "	590				
Curva longitudinale " " "	360				
" trasversale " " "	300				
Somma delle curve e dei diametri " " "					
Emicurve anteriore mm.	300			posteriore mm.	290
" laterale destra mm.	300			laterale sinistra mm.	290
Diametro frontale minimo " " "	125			altezza frontale	55
Diametro bizigomatico mm.	130				

Anomalie acquisite (stortature, cicatrici, segni di involuzione, tatuaggi).

piccole cicatrici H Curio capelluto
una cicatrice esterna, irregolare,
infiltrata all'angolo sottostante, alla
regione parieto-occipitale sinistra.
Vene cicatrici aderenti all'angolo della
gamba - una cicatrice alla
parte centrale dell'epipartito

Vita vegetativa
- esami dei visceri, funzioni atrofiche, secrezioni, termogenesi.

Sviluppo scheletrico sovraccresciuto
muscoli, tronco teso, per
piccolo adiposo ben conservato.
Pelle di colorito scuro,
pigmento della tua razza africana.
Nulla di importante ai vari organi
e sistemi della vita vegetativa

Peso del corpo nel giorno dell'ammissione Kg. 64,500

* * * addi

Vita di Relazione

Funzioni sensitive e sensoriali

Sensibilità tattile

appare normale

Soglia spaziale tattile

REGIONI ESPLORATE	Oss. I		Oss. II		Oss. III		Oss. IV		Oss. V		Oss. VI		Oss. VII		Oss. VIII	
	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.
	Apice della lingua															
Polpastrello dell'indice																
Polpastrello																
Mento																
Dorso della mano																
Avambraccio (linea med.)																
Dorso o collo del piede																
Regione dorsale																

Sensibilità dolorifica

appare normale

Soglia dolorifica

Algesimetro di

REGIONI ESPLORATE	Oss. I		Oss. II		Oss. III		Oss. IV		Oss. V		Oss. VI		Oss. VII		Oss. VIII	
	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.
Tempia																
Avambraccio (faccia ant.)																
Polpastrello del dito medio																
Dorso della mano																

Sensibilità elettrica — Apparechio di _____

REGIONI ESPLORATE	OssERVAZIONE I				OssERVAZIONE II				OssERVAZIONE III			
	Soglia della sensibilità		Soglia del dolore		Soglia della sensibilità		Soglia del dolore		Soglia della sensibilità		Soglia del dolore	
	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.

Sensibilità termica con il pretesto

Sensibilità barica _____

Senso muscolare _____

Sensibilità ossea _____

Senso stereognostico _____

Sensibilità topografica _____

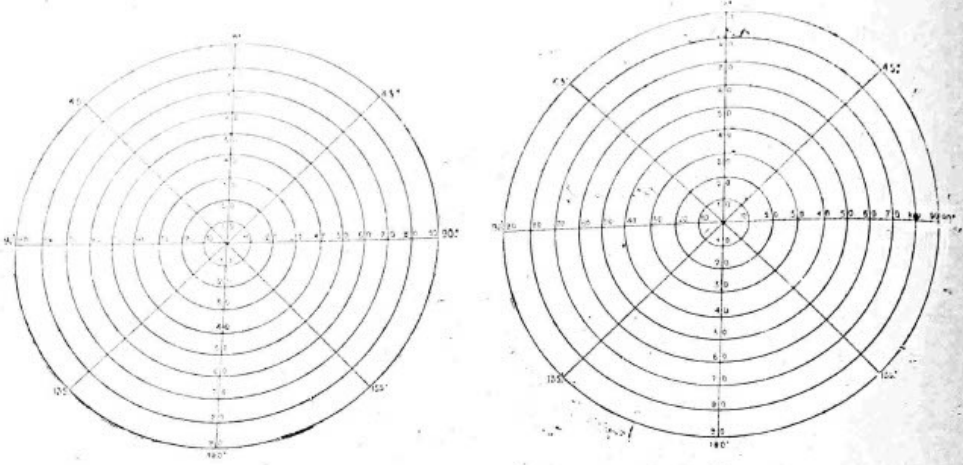
Sensibilità gustativa _____

Sensibilità olfattiva _____

Sensibilità uditiva _____

Sensibilità visiva (forza visiva, senso cromatico, esame oftalmoscopico) *normale*

Campo visivo



Sensibilità genitale *normale*

Sensibilità viscerale

Sensibilità atmosferica

Senso dello spazio (equilibrio - orientazione)

Sensibilità cenestesica

Motilità riflessa

Riflessi cutanei:

Plantare *normale*
Cremasterico *v*
Addominale *.*
Gluteo *.*
Ascellare *.*
Di Babinsky *assente*

Riflessi tendinei:

Rotuleo *esagerato*
Achilleo *normale*

Riflessi delle mucose:

Congiuntivale *normale*
Auricolare *.*
Nasale *.*
Faringeo *.*
Rettale *.*
Vescicale *.*

Stato delle pupille: *Regolari - uguali*

Riflessi iridei:

Alla luce *normali*
All'accomodazione *.*
Alla convergenza *.*
Al dolore *.*

Riflessi vasomotori:

Dermografismo *.*
Stigmogramma *.*
Pletismogramma *.*

Motilità volontaria

velocità di lavoro

Stazione, andatura, paralisi, paresi incoordinazioni, contratture, spastici, motonia, tremori, igrificati dicchi, attacchi.

Dinamometria — Apparecchio di _____

DATA DELL'OSSERVAZIONE	I		II		III		IV		V		VI		VII		Riposo		Media		
	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	D.	S.	
	30	31	31	30	32	26	30	24	34	28	32	28	30	24	30	25			

Ergogramma :

Diario clinico

DATA	ANNOTAZIONI
21 Agosto 1936	<p>Trasferimento Valle C.P. di S. Giuseppe viene ricoverato in questo Ospedale per malattia di S. Giuseppe. Scuriti istruttoria, anni 10. All'atto dell'ammissione è piuttosto sano, un po' irrequieto e loquace. Arrivato da S. Giuseppe (Cortina) parla il linguaggio del suo paese e viene incomprendibile. Sa dire solo qualche parola in italiano, e s'intende un po' di più. In S. Giuseppe che, un suo compagno, prima ^{con un pezzo di carta} gli ha fatto la testa e poi si è rivisto di lì un mese. Il corso cortico indurito. Un esame primitivo completo, mancando l'interista, non si può fare, ma, si è visto, si può dire che il paziente appare confuso e disorientato. L'amore tuo è improntato a pietà; i tuoi discorsi lunghi e incomprendibili sono rarrivati in continui rrrri.</p>
22 AGO 1936 P. Hill	<p>È indifferente a tutto quanto si svolge attorno clinico e non.</p>
Settembre 1936 1991 Anno XV P. Hill	<p>Si rivela confuso, disorientato, incoerente. È fatisco, disaffettivo, irritabile, impulsivo; tiene una condotta sintomatica.</p>

DATA	ANNOTAZIONI
Novembre C. M.	Inquieto ed impulsivo, chiede spesso visita medica per dir sempre la stessa cosa e cioè che un criminologo ha abusato di lui col conto contro natura. Non scrive mai rapporti, non si occupa di nulla. Si presenta superficiale e sorridente. Finesco buono. - R.
Dicembre 30 DIC. 1936 Anno XV C. M.	Fattivo, automatico ed impulsivo; furore e depressioni dell'umore ed inquietezza. Si lascia governare appena finisce buono. - R.
Gennaio 1937 C. M.	In alto e calmo, e si lascia governare - notati fatti di disprezzo di tutto il mondo di sentimenti con depressioni dell'animo e qualche movimento impulsivo. Finesco buono. - R.
29 GEN. 1937 Anno XV C. M. febbraio	A volte si copre in atteggiamento di allucinazione. Si disprezza gli affetti ed impulsivo. Dorme e si nutre regolarmente. Finesco buono. - R.
28 FEB. 1937 Anno XV C. M. marzo	Fattivo, delirante, spesso allucinato ed impulsivo. Inadattabile al lavoro. Finesco buono. - R.
7 MAR. 1937 Anno XV C. M.	Inquieto le sue condizioni mentali. Finesco buono. - R.
aprile 9 APR. 1937 Anno XV C. M.	Inquieto le sue condizioni mentali. Finesco buono. - R.

ANNOFAZIONI

DATA	
Staggio	In fase di espiazione del reato con un colpo di scappa ho perito un compagno alla testa come veduto appurato nel atto di repressione.
22 MAG 1937 L. M. M.	Stato di nutrizione buono. <i>Be</i>
Giugno 22 GIU 1937 L. M. M.	Mentalmente invariato. <i>Be</i> Fino buono.
Luglio 12 LUG 1937 L. M. M.	Fattivo nel cantiere ed impulsivo sivo - Morosa di un'esplicita inibitoria, agito per istinto. Condizioni nutrizionali buone.
Agosto 2 AGO 1937 L. M. M.	L'è mantenuto relativamente calmo e tranquillo, si è lasciato governare. <i>Be</i>
Settembre	Di umore piuttosto esaltato spesso divenne automatico ed impulsivo. <i>Be</i>
17 SET 1937 L. M. M.	Difficile governo Stato di nutrizione buono.
Ottobre 31 OTT 1937 L. M. M.	Invariato. Fino buono. <i>Be</i>
Novembre 15 NOV 1937 L. M. M.	nessun cambiamento ideo-affet- tivo. Si rivela sempre più risvegliato automatico ed impulsivo.
Dicembre 18 DIC 1937 L. M. M.	Fino buono. <i>Be</i> Invariato il precedente diario.
	Fino buono. <i>Be</i>

DATA	ANNOTAZIONI
17 GEN. 1938 Chiodi	delirante, ipocrite, paranoiche sull'effettività, serio bisbiglio nella volontà. Imperato - primo turno. <i>PP</i>
Febbraio 8 FEB. 1938 Chiodi	Nel corrente mese si è mantenuto più governabile - Primo turno - <i>PP</i>
15 MAR. 1938 Chiodi	Condanno e mantenimento calmo, tranquillo e governa- bile - Primo turno. <i>PP</i>
Aprile 15 APR. 1938 Chiodi	Si mantiene delirante autornatico ed impulsivo Primo è stato ferito di intossicazione. <i>PP</i>
Maggio Chiodi	Invariato mantenimento e fin- camerale - <i>PP</i>
2 Maggio - <i>PP</i>	Si deve esplicare nel letto di depressione perché apatico, autornatico ed impulsivo <i>Chiodi</i>
8.5.438	Entrato nella calma e nella tranquillità non ha più bisogno di essere tenuto ingenuo. <i>Chiodi</i>
8.5.438 Chiodi	Chiodi
Giugno 29 GIU. 1938 Chiodi	Nel corrente mese si è lasciato governare. Primo turno. <i>PP</i>

DATA	ANNOTAZIONI
<p>Luigio. Agosto</p> <p>10 AGO. 1938</p> <p>L. L. L. L. L.</p>	<p>Per ripristini del sensorio in soggetto a frequenti periodi di apoplezia con automatismi ed impulsiviti nell'offendere e pervertito. Finis bono. H</p>
<p>Levente</p> <p>14 SET. 1938</p> <p>L. L. L. L. L.</p>	<p>Per i suoi automatismi; per i suoi impulsi violenti non è tollerato nemmeno dal suo compagno D. camera Finis bono. H</p>
<p>Offoby</p> <p>18 OTT. 1938</p> <p>L. L. L. L. L.</p>	<p>Attraverso un periodo di eccitabilità delirante di grave natura dal pazzismo - H</p>
<p>December</p> <p>17 DIC. 1938</p> <p>L. L. L. L. L.</p> <p>Marzo</p>	<p>essenzialmente invariato Finis bono. H</p>
<p>192 MAR. 1939</p> <p>L. L. L. L. L.</p>	<p>La malattia è caratterizzata dal dominio di idee deliranti, velle accompagnate da numerosi errori sensoriali che lo deleranziano e atti automatici ed impulsivi. H</p>
<p>14. 8. 1939 XVII</p>	<p>- Sottoposto alla vaccinazione antitifoidea, per via orale, col P. B. Vaccino "de Lavo" dal 25 al 31 mag- gio 1938 XXI L'esame del sangue praticato dal Laboratorio Provin- ciale d'Igiene e Profilassi di Messina ha dato come</p>

DATA	ANNOTAZIONI
<u>L. Hadde</u>	esito: "diagnostici negativi" 7. 12. 1938 VIII H.
<p>11 MAG. 1939 <u>L. Hadde</u> Maggio</p> <p>3 AGO 1939 <u>L. Hadde</u></p>	<p>Delirante automatico, impul- sivo, a tratti affrettivo. Furioso buono - H</p> <p>È un neofario infernale perché in stato di eccitamento delirante affrediva un compagno frisco buono. H</p>
<p>19 OTT. 1939 <u>L. Hadde</u> Ottobre</p>	<p>Presenta varie fasi di eccitamento e di agitazione inconsuete - H</p> <p>frisco buono - H</p>
<p>11 NOV. 1939 <u>L. Hadde</u> Genova</p>	<p>Deviato dai suoi deliri, reattivo: non ha che un'idea impulsiva. Il frisco è buono. H</p> <p>Insensibile, disorientato, delirante impulsivo.</p>
<p>14 GEN. 1940 <u>L. Hadde</u></p>	<p>Spesso si presenta alla visita medica perché ridene che i compagni si abusano di lui con atti osceni.</p>
<p>13 MAR. 1940 <u>L. Hadde</u> Maggio</p>	<p>Delirante illogico, incoerente, automatico, impulsivo - buono lo stato di nutrizione.</p>
<p>16 MAG. 1940 <u>L. Hadde</u> Superio</p>	<p>Dispreziato nella mente e nel contatto - Inadattabile al lavoro - Finalmente sta bene - H</p>
<p>18 LUG. 1940 <u>L. Hadde</u></p>	<p>Ha sofferto a crisi d'eccitamento delirante con impulsi violenti et affrettivi - frisco buono - H</p>

Informazioni alle autorità ed ai congiunti

DOCUMENTO a cui si risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Settembre 15 SET. 1940 b. h. h. h. h.		Nel corrente mese il ricovero tranquillo e governabile, finito a buon fine - M
Novembre 17 NOV. 1940 b. h. h. h. h.		Levento una progressiva ripresa governabile mantell. affetto governabile per i suo l'autonomia di senso - M
Gennaio 9 DIC. 1941 b. h. h. h. h.		Presente franti esaltazione di unore; i disturbi della condotta sono saltuari; un impulsivo - M
Maggio 17 MAR 1941 b. h. h. h. h.		di unore e dei ricordi. I suoi deliri a base di allucinazioni razionali delle creature, lo 2 mantengono più o meno eccitata - M
Aprile 17 APR. 1941 b. h. h. h. h.		Esprime senza alcun proprio convincimento deliri a cont unto persecutorio ed ipocan driaci - base di un'intento affettivo. Sui rapporti con la madre - M
Maggio 8 MAG. 1941 b. h. h. h. h.		Nei suoi ricorsi è condottivo nei suoi deliri il tipo, incol nente, benemerziale, come nella sua condotta - M
Giugno 7 GIU. 1941 b. h. h. h. h.		Delirante, fatto, spesso allucinate ed impulsivo. Per affettivo e perverso; mostra perverse tendenze in senso di un senso - M

DOCUMENTO che si risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Luglio 11 LUG. 1941 b. h. h. h. h.		È un individuo automatico, insensibile al dolore, insensibile al tutto, affettuoso irrazionale incoercibile. H
10 AGO. 1941 b. h. h. h. h.		Al caratteristico disturbo del sentimento, adunato e perversamente affettivo, si associa il disturbo del pensiero e della volontà con deliri, impulsi, inibizioni, negativismo, uncin- ismo. H
L. h. h. h. h.		L'ideazione è alterata per le concezioni deliranti di persecuzione ed ipocandria che esprimono sempre proprio accusamenti per la stessa causa della critica. L'ideata perdita del rapporto normale fra le rappresen- tazioni ed i sentimenti. Il Com. Depressivo è demerenziale facile agli impulsi inibitori.
12 SET. 1941 b. h. h. h. h.		Inadattabile al lavoro? Il giudizio è buono. H
24 OTT. 1941 b. h. h. h. h.		Conversione a l'ideazione per i continui disturbi deliranti e allucinazioni. È reattivo inadattabile al lavoro, deboli le funzioni inibitorie; talvolta impulsi inibitori. H
22 NOV. 1941 b. h. h. h. h.		deliranti, reattivo inibizione di ordine di condotta e contiguo demerenziale H

Crabbe
21

DOCUMENTO a cui si risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Dicembre 19 DIC. 1941 L. L. L.		Nelle espressioni verbali e non verbali, nei deliri e illogico incoerente, nella condotta automatica e istintiva, ma calmo e ben governato. <i>Crab</i>
Gennaio 19 GEN. 1942 L. L. L.		La sfera intellettuale sembra un po' molto colpita dalla malattia. E' altrettanto incoerente nelle espressioni verbali; illogico e feroce si critica nella sua sfera. Non ha guizzi notevoli nel futuro creativo - fu genere i calmo e ben governato. <i>Crab</i>
Febbraio 16 FEB. 1942 L. L. L.		Funzionamento psichicamente trascorre le giornate adattandosi alla vita nel lavoro di pulizia del reparto. Alquanto socievole e governabile. <i>Crab</i>
Marzo 17 MAR. 1942 L. L. L.		Lavoro non fatto senza intima coscienza. La ha potuto ogni aspirazione ideale in genere i calmo e ben governato. <i>Crab</i>
13 IV - 1942 - 13 APR. 1942 L. L. L.		Condizione - Funzionamento, illogico con mentalità simile tra copie desiderate un quantitativo maggiore di parole e che per esprimersi anche l'interposto. <i>Crab</i>
Maggio L. L. L.		Condizioni mentali invariate. <i>Crab</i>

DOCUMENTO che risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Giugno 6 GIU. 1942 b. h. a. e.		Mantene carteggio parente e dimandato all'epoca di ogni agenzia sociale. L'account di soddisfare i bisogni per eleminare fisiche buone - <i>CF</i>
Luglio 7 LUG. 1942 b. h. a. e.		Piside quasi orot. medica. Chiamato. Pato puote finire di fare una donth. orot. con questo senza alcuna conclusione e senza estrinsecare alcun decisio - Condizioni fisiche buone - <i>CF?</i>
Agosto 1 AGO. 1942 b. h. a. e.		Preservato mentalmente. Condizioni fisiche buone - <i>CF</i>
Settembre 8 SET. 1942 b. h. a. e.		Zelus, invertebrate, allegro. Sufficiente. Non controlla la volontà Condizioni fisiche buone - <i>CF</i>
Ottobre 22 OTT. 1942 b. h. a. e.		Si conferma il diario precedente - <i>CF</i>
Novembre 13 NOV. 1942 b. h. a. e.		7 punti. Sufficiente, istantivo. Condizioni fisiche buone - <i>CF</i>
Dicembre 18 DIC. 1942 b. h. a. e.		Si conferma il diario precedente. <i>CF</i>

DOCUMENTO a cui si risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Almanico 8 GEN 1942 b. b. b. b.		È inconfessato, obliqua, superficialità nel ragionamento. presente. Non ha nessun affettivo Si nota soltanto che psichologicamente si muove più slovenchianamente: bisogna domandarsi la sua parola. L'ordine è finché buono. <i>Stonetta</i>
Feltrin 10 DEC 1942 b. b. b. b.		Mentalmente e psicamente invariato <i>Mirco</i>
Almanico 18 APR 1943 b. b. b. b.		È fatto il paragrafo nel carteggio. Torpido, senza alcuna sorta affettiva. Non manifesta nessun desiderio. È arido e qualche piccolo lavoro di carteggio nel reparto <i>Mirco</i>
Almanico b. b. b. b.		Non è assolutamente invariato. <i>Baronessa</i>
Almanico b. b. b. b.		Superficialità nel ragionamento, non ha nessun affettivo, presente nel carteggio, impuro, dice sempre di volere due piani ed una condotta piena di insubordinazione. L'ordine non risponde. Falso buono <i>Pegues</i>
Pegues 12 GIU 1943 b. b. b. b.		Mentalmente e psicamente invariato <i>Pegues</i>
Almanico 12 LUG 1943 b. b. b. b.		Disorientato nel tempo e nelle spaz. È fatto paragrafo nel carteggio, dice sempre, non ha nessun affettivo. I centri inibitori sono controllati affetto la volontà. Falso buono <i>Pegues</i>

DOCUMENTO di cui si risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Aprile 8.9.1943 L. 1122		Diario precedente invariato Phagor
Luglio 27 SET. 1943 L. 1122		Disprezzo mentalmente, slancio idee religiose, inibizione da parte allucinazioni. Molto imperfetta nelle critiche e nel giudizio condice una vita fortemente illusione. F. B. C. medior
Settembre 27 OTT. 1943 L. 1122		Mentalmente e fisicamente invariato Miroslav
Novembre 12 NOV. 1943 L. 1122		Ha un continuo fatto, ed una unione fasciologica. Non ha alcuna ripresa affettiva e dimostra persistentemente sermone. Fisicamente appare depresso Miroslav
Dicembre 28 DIC. 1943 L. 1122		Lo conferma il precedente diario Miroslav
Gennaio 1944 L. 1122		È diventatamente ordinato nelle esatte l'aspetto disturbi allucinazioni. Talvolta un'idea idee deliranti. Le visioni affettive si limitano al soddisfacimento degli istinti. Il finis è un'idea Miroslav
Febbraio 25 FEB. 1944 L. 1122		Mentalmente e fisicamente invariato Miroslav
Marzo 12 MAR. 1944 L. 1122		Continua a manifestare concezioni deliranti. Di inscrizione 2. Ha una sermone. È fermata nelle affettive, disordinato nelle esatte. F. B. C. Miroslav

DOCUMENTO a cui si risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Aprile 11/4	Corchione	mentale e fisico anormale Murolo
Maggio 11 MAG 1904		Melanostia compromessa con cognome. Deliranti a sfondo persecutorio, sessuale. Tale istant. e in lui anche pervasiva E un'ante nel loro. Murolo
Giugno 17 GIU 1904		Reato invariato il precedente diaris - Non è stato possibile aiutarlo e ritorna al lavoro Murolo
Luglio 15 LUG 1904		Severità lato psichico, dichiara di volere essere sposato da un belles e in conto naturale - è incoerente, disordinato nella condotta, presentato nel carattere, frasi nella storia delirica Murolo
Agosto 8 AGO 1904		Incoerente mentalmente - frasi disordinate Murolo
Settembre 22 SET 1904		Peristonia invariata, "suo" delir. a sfondo sessuale e persecutorio - dichiara sempre di di lui r. è abusato sessualmente e pretende di essere sposato - ha un'ita a lungo appoggiato al uomo faticando ad estendersi. Il d. è indice della un'idea detta come se firmava ripetuta mente nel grilletto di un'arena da fuoco Murolo
Ottobre 7 OTT 1904		Si comprime il precedente diaris Murolo
Novembre 29 NOV 1904		Lo Stato illogico, allucinato, delirante - Ha un'criticismo disordinato e contrastante ed è incoerente ai sentimenti di ordine superiore Stato disordinato Murolo

DOCUMENTO dal quale si risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Orlando 1048 1048 1048		Neuralmente e fisicamente invariato Murolo
18 GEN. 1048 1048		Continuamente allucinato, delirante la sera contingente contrastante per le dissociazioni delle spine psichiche - Stato d'incoscienza sul lavoro. Discreto lo stato delle contingenze Murolo
18 FEB. 1048 1048		Condizioni mentali e fisiche invariate Murolo
10 MAR. 1048 1048		È associato nei vari esperimenti psichici, sempre allucinato, manifesta grandi difetti di critica e di giudizio deliri a contenuto persecutorio formale e ideato annuale del contiguo e delle contingenze Fisicamente sta bene Murolo
1 APR. 1048 1048		Lo confermo il precedente diario Murolo
2 MAG. 1048 1048		Devota sul suo contiguo una sempre esistente dissociazione psichica - Frequenti sono i fenomeni allucinatori, persistenti le concezioni deliranti a sfondo sessuale e persecutorio a pervertito l'istinto sessuale. Poco diritto Murolo
2 GIU. 1048 1048		Resta invariato il diario precedente Murolo
1 LUG. 1048 1048		Permette le dette note schizofreniche caratterizzate da disturbi allucinatori ed idee deliranti e persecuzioni, incoerenza ideativa, persistentemente affettive - L. mantiene calmo e disturbamenti parzialmente Poco bene Murolo

DOCUMENTO a cui si risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Ago 7		Mentalmente e fisicamente invariato. <i>Chirico.</i>
10 Agosto		Ha presentato stomaconi con rialzo termico apparentemente mi 38° e esame obiettivo non ha fatto rilevare che tutti i catari della prima ore respiratorie. Si viene somministrata una compressa di aspirina. <i>Chirico.</i>
12 Agosto		Presenta stomaconi una temperatura subfebbrile. Persistono da parte di catari bronchiali. Si viene somministrata un'altra compressa di aspirina. <i>Chirico.</i>
13 Agosto		La temperatura presentata da ieri una nuova rialzo termico. L'è infatti elevata a 38° 5 e tale si è mantenuta fino alla visita odierna. L'esame obiettivo ha fatto rilevare una ipofonia all'emi-torace sinistro con diminuzione del fremito vocale. Tattilo ed indubbiamente del movimento vescicolare. L'osservazione anche esami alle estremità inferiori. L'è ritenuto opportuno di con somministrazione pleurica e pertanto si propone il trasferimento all' infermeria. <i>Chirico.</i>
15 Agosto		Presenta la genesi di ipofonia, da la I ^a e la II ^a corda dell'arteria sinistra e l'indebitamento del suono di risonanza, anche gli esami oggettivi inferiori non comparso. La pleura è risultata al malloca e si ripete mi 38° viene sottoposto ad iniezioni topiche subcutanee anverate e vengono ed al corso di cura per os. <i>Chirico.</i>
16 AGO. 1945		

DOCUMENTO risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
10-15 1005 P. R. 2		La genesi di "Stivita" va ripulendo: si tratta però qualche dubbio, non che è composta le fibre. Le emulsioni quindi sono buone. Allport
10-15 1005 P. R. 2		È sempre liberante, allucinato e inconfondibile con emulsione di mandorle ed una emulsione di iperico ed inconfondibile. Forse anche: sta bene. La genesi di "Stivita" all'antica sembra è composta. Allport
10-15 1005 P. R. 2		Mentalmente e fisicamente indebiti: quanto bene si viene dall'ipocrite Allport
10-15 1005 P. R. 2		Invariata è la tua sintomatologia mentale caratterizzata da allucinazioni: visive ed uditive e emulsioni delicanti. E - forse emulsione sempre a Spadolini E - emulsione e forse emulsione in ipocrite. Misony
10-15 1005 P. R. 2		La conferma di basis precedente Misony
10-15 1005 P. R. 2		Esprimi emulsioni delicanti a Spadolini normale, fortemente da allucinazioni: emulsioni. È stereotipato nei gesti, faticoso, forse emulsione varie emulsioni, apatico, inconfondibile nel lavoro. "Stivita" E - emulsione Misony
10-15 1005 P. R. 2		Mentalmente e fisicamente indebiti. Allport
10-15 1005 P. R. 2		È sempre liberante, allucinato, stereotipato nei gesti, apatico, inconfondibile. Forse anche: sta bene. Allport
10-15 1005 P. R. 2		Vedi religione medica alligata Allport

DOCUMENTO a cui si risponde	DATA della risposta	NOTIZIE
Aprile 12.11.1947 S. P. 1112		È un soggetto devoto, continuamente in piedi o inondati alle cerchi del abitudine conosci deliranti di passione, a piedi spinti. Ritorna una cordata bruciata contorni naturali ed impudico. Piacente sta bene. S. P. 1112
Maggio S. P. 1112 20.9.1947		Si colpisce il nervo spinale. L'urto sempre difeso, allucinato, delirante, bisbetico nel castagno e nella cordata. Figio. bene. S. P. 1112
Luglio S. P. 1112		Mentalmente devoto. Lo stato fisico è alquanto decaduto presenza di febbre della temperatura la sera e qualche vomito della sera periodicamente una volta per settimana esposita o solo caduto, niente per i disturbi questi di comunicazione con la salute e cura al di. S. P. 1112
4 Agosto S. P. 1112		Presenza stenosi. Trachea a tipo normale - All'esame dell'apparato respiratorio si osservano all'ausculto torace sinistra. Diminuita espansione. Sibilanze abbondanti del fessure orali tattile. Probabilmente del mucosa bronchiale - Rautti. a fine della. e iperemico pleurico. Si fa diagnosi di Pleurite fess. fibrosa. Le indagini dei circoli sono per dissidatanti e intraducibili : segni di una endite ipertrofica - M. S. 1112
8 Agosto S. P. 1112		Si riceve l'incarico alle ore 3 per paragrafo S. P. 1112 (D. G. V. Madio). M. S. 1112

Barcellona 25 Marzo 1946

OGGETTO: Ricoverato EL MENSI BU ZEIDAN -Relazione medica -

EL MENSI BU ZEIDAN di El Masidi e di Hama bent Hada, nato a Sidj Ruzaid (Trenico), di anni 20, ascario, delibe, reso colpevole del delitto p. e n. dagli art. 575 e 577 n. 3 C.P. per avere il 12 Aprile 1935 nella località di Mehiniga, in territorio di Berce, con premeditazione, cagionato, con un colpo di fucila Mod. 21, la morte di Regob Ben Regalle, con sentenza della Corte di Assise di Bengasi del 20 Maggio 1935, veniva dichiarato non punibile, perché, nel momento in cui ebbe a commettere il fatto sucrittogli, non aveva la capacità di intendere e di volere.

Per tanto, a norma di legge, si ordinava il ricovero di lui in un Manicomio giudiziario per un tempo non inferiore ad anni dieci.

Su richiesta del Procuratore del Regno di Bengasi, il Ministero di Grazia e Giustizia lo assegnava per l'esecuzione della misura di sicurezza a Questo Istituto, dove venne ammesso il 22 Agosto 1935.

Il predetto El Mensi Bu Zeidan essendosi nell'Istituto reso colpevole del delitto di cui all'art. 582 C.P. per avere, mediante morsa cagionato al ricoverato Phamed ben Ibrakin, lesioni personali guarite in 40 giorni, il Pretore del Mandamento di Barcellona dichiarava non doversi procedere contro El Mensi Bu Zeidan per il reato ascrittogli perché non imputabile avendolo commesso in istato di incapacità di intendere e di volere derivante da infermità mentale e ne ordinava il di lui ricovero in un Manicomio giudiziario per un tempo non inferiore ad anni due, di cui alla sentenza del 23 Ottobre 1939.

Il Giudice di Sorveglianza del Tribunale di Messina, con suo decreto del 15 Gennaio 1940, ordinava l'unificazione delle misure di sicurezza cui era sottoposto lo El Mensi (Corte di Assise di Bengasi 20 Maggio 1935 e R. Pretura di Barcellona 23 Ottobre 1939), stabilendosi la durata in un tempo non inferiore ad anni dieci.

EL MENSI BU ZEIDAN é un soggetto psichicamente dissociato, deficiente d'orientamento, torpido nelle percezioni, mancante di critica con incoerenza ideativa.

Alimenta assurde ed illogiche concezioni deliranti di persecuzione, a sfondo sessuale, su base allucinatoria, che influenzano l'umore, rendendolo depresso ed irritabile.

è perverso negli affetti e mancante di sentimenti di ordine superiore.

Durante la degenza in questo Istituto ha tenuto una condotta disordinata, mostrandosi poco socievole, scarsamente inibito, automatico ed impulsivo.

Si fa diagnosi di "demenza precoce", psicopatia per la quale si giudica El Mensi Bu Zeidan persona socialmente pericolosa ed bisognosa

N. 148/16-8

di protocollo div. 3^a

Barce, li 3 novemb, 1936 A. XV^o



GRUPPO
Divisione Carabinieri Reali della Libia Orientale

UFFICIO: Tenenza di Barce

Risposta al foglio del 24 ottobre u/s. n. 101 - Tit. 3^o - fasc. 1^o - Lett. B -
N. Carte annesso N.

OGGETTO: Riceverato EL LENSU bu Zeidan.

ON. DIREZIONE DEL MANICOMIO GIUDIZIARIO di BARCELLONA
(Messina)

Si restituisce il questionario riflettente il ricoverato indigeno
EL LENSU bu Zeidan El Sceiki e di Haua bent Hussein, cabila Aulad
El Sceik, nato a Sidi bu Zeid nel 1916 circa, dopo averlo completa-
to dei dati richiesti.

IL S. TENENTE
COMANDANTE LA TENENZA
(Vetrano Alfonso)

*e. b.
ff. ed.
8. 11. 36*

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO	
BARCELLONA	
8 NOV. 1936	101/36
Protocollo n. 101	lett. B
Tit. 3 - Fasc. 1	

Trattare per ogni lettera un solo argomento e indicare nella risposta il numero di protocollo e ufficio cui si risponde.
Indirizzo integrale: CARABINIERI DIVISIONE - BENGASI.

GOVERNO DELLA LIBIA
Commissariato Provinciale di Bengasi

DIREZIONE ISTITUTI PREVENZIONE E PENA

Bengasi, li 10 Novembre 1936 A.XV F.F.

N. 320 di protocollo

Risposta alla nota del 24/10/1936

N. 101

Allegati uno

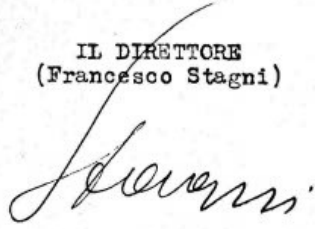
OGGETTO: El Mensi bu Zeidan.

Alla On.Direzione del Manicomio Giudiziario

Barcellona Pozzo di Gotto

Foglio matricolare relativo al ricoverato in oggetto, che si rimette
in esito alla nota sopraindicata.

IL DIRETTORE
(Francesco Stagni)



SP. 11 M

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
BARCELLONA
15 NOV 1936 XI
Protocollo N. 101
Lit. 1 Fasc. 1 Lett. B

MATRICOLA

Mod. 15 del Catalogo
(R. 1931)



REGIO CORPO TRUPPE COLONIALI

DELLA CIRENAICA

IV REGGIMENTO FANTACOLONIALE

(1) UFFICIO MATRICOLA



Stemma
Segni particolari

Impronta digitale o firma

FOGLIO CARATTERISTICO

del *Ascari El Maoui Kaidan*
al N. *5459* di Ruolo *Haud bent Hussein*
di religione *musulmana* nato a *Sidi Buzid*
Commissariato di *Sidi* Regione *Laet Loch a Sidi*
anno approssimativo di nascita *1915* sa leggere e
scrivere le lingue _____
parla e comprende le lingue _____

Foglio numero 117

STATO DI SERVIZIO

ARRUOLAMENTO SERVIZI, PROMOZIONI E ALTRE VARIAZIONI INDIVIDUALI	DATA
ASCARI volontario nel <i>111. Bta. Libico</i> con la ferma speciale di <i>anni due</i> a datare dal <i>5-8-1915</i> il <i>6 febbraio 1915</i> <i>nel reparto C. C. di Sidi Buzid per la instruzione</i> <i>so all'incarico militare - servizio militare -</i> <i>per amministrazione. C. d. G. 104 del 12 febbraio 1915</i>	
PARIFICATO IL <i>19-4-1915</i> L'Ufficiale di Matricola <i>[Signature]</i>	

(1) Reparto a cui il graduato appartiene. - (2) Indicazione del Reparto.

Prot. N. 101.....



R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
DI
BARCELLONA (Messina)

Richiesta di Certificato
(IN CARTA LIBERA)

Al nome di **EL MENSI BU ZEIDAN**
(di o fu) **El Sceiki** e (di o fu) **Haua bent Hsein**
nat. il di anni 20 18 in **Sidi Buzaid**
Prov. di **Cirenaica** si richiede il certificato (generale, ~~particolare~~)
per uso di ufficio.
Barcellona P. di Gotto, **22 agosto** 1936 - Anno **XIV**

Al (Procuratore del Re o Cancelliere)

presso il R. Tribunale di

BENGASI

Il Direttore

CERTIFICATO

Tribunale di del Re di Bengasi

1690

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO BARCELLONA
6 SET. 1936
Protocollo N. 101
Tit. 3 - Fasc. 1 - Lett. 6

Si attesta che in questo Casellario giudiziale al nome suindicato risulta:
(Segnare le decisioni in ordine cronologico, indicando per ciascuna: 1° la data; 2° il magistrato che la pronunziò e la sua sede; 3° ispositivo o il provvedimento; 4° (per le decisioni penali) il titolo del reato, con le aggravanti e diminuenti, e indicando se tentato o mancato e se continuato; 5° gli articoli di legge applicati — ovvero; NULLA.

20. 5. 1936. Sentenza della Corte di Assise di Bengasi: assolto da omicidio premeditato (art. 575. 577) 7. 3 Cod. Pen.) per totale infermità di mente, ordinandosi il suo ricovero in un manicomio giudiziario per una durata minima non inferiore ai dieci anni.

BENGASI 31 AGO 1936 XIV

Il Procuratore del Re
Tipografia Municipale - Roma



Il Segretario G. P. P.
E. G. P.

Il Segretario
E. G. P.



MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

Direzione Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena

R. Manicomio Giudiziario di Barcellona (MESSINA)

Prot. N. 101

Barcellona, addì 22 agosto 1936.XIV

Interesso la S. V. Ill.ma affinché, con la maggiore diligenza ed esattezza, avvalendosi possibilmente del concorso del Medico Condotta, dell'Ufficiale Sanitario e del Parroco, siano raccolte e trasmesse a questa Direzione, con cortese sollecitudine, le notizie contenute nel presente

QUESTIONARIO

relativo all'internato EL MENSI BU ZEIDAN
 figlio di El Sceiki e della Hana bent Hsein
 nat il anni 20 in Sidi Buzeid Prov. di Cirenaica
 domiciliato a Sidi Buzeid Prov. di Cirenaica Via Cabila Aulad El Sceik-
Aile N. Buscenef di stato civile celibe di professione Ascari del VII Batt. Libico
di stanza a Barce
 Ringrazio ed ossequio.

IL DIRETTORE

All' Ill.mo Sig.

**Comandante la Compagnia Interna
dei Carabinieri Reali di**

BENGASI

Quesiti sui parenti

Risposto

Nella famiglia, dal lato paterno, materno, in linea ascendente, discendente o collaterale (1) vi furono casi di:

- delitti?
- malattie mentali?
- alcoolismo?
- sifilide?
- epilessia?
- eccentricità o stranezza?
- nevropatie?
- indole perversa o immoralità?
- cancro, tisi, diabete, scorbuto, rachitismo o impaludismo?

Nella famiglia vi furono soggetti zoppi, strabici, balbuzienti, mancini o in qualsiasi modo deformati? (1)

La famiglia godeva fama buona, mediocre, equivoca o addirittura cattiva?

I genitori erano consanguinei?

A quale età si unirono in matrimonio?

Quanti figli ebbero?

Quale ordine occupa il soggetto nella serie?

Vi furono aborti o parti prematuri e quanti?

Dei fratelli e delle sorelle del soggetto, quanti sono superstiti? Sono sani o malati?

I fratelli e le sorelle defunti di che malattia si estinsero?

Se i genitori (o uno di essi) sono trapassati, di che malattia morirono e a quale età?

(1) Precisare il grado di parentela della persona colpita rispetto al soggetto.

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

No

Brava

Cugini consanguinei

Si sa

Solo 3. Meno

Si

Si ignora

Si

Si

Si sa

Quesiti sul soggetto

Risposte

Il soggetto nacque a termine?	<i>Sì, scaturisce</i>
Fu nutrito dalla madre?	<i>Sì</i>
Subì ritardo nella dentizione, nel cammino e nella favella?	<i>Sì, scaturisce</i>
Elle malattie nella età prima e quali?	<i>Sì, scaturisce</i>
Fino a quale età ha orinato in letto?	<i>Sì, scaturisce</i>
Fu sonnambulo o sonnoloso?	<i>No</i>
Fu ricoverato in Istituto di educazione o di correzione e quale?	<i>No</i>
Se andò alla scuola, mostrò attitudine, amore e capacità ad apprendere?	<i>N. N.</i>
Da fanciullo fu obbediente, affettuoso, rispettoso: o fu ribelle, irascibile, impulsivo?	<i>obbediente</i>
Che cosa consta circa la vita sessuale? (precocità, ritardi, perversioni?)	<i>Sì, scaturisce</i>
A che età ebbe a fare con la Polizia o con la Giustizia?	<i>a 17 anni</i>
Fu mai colpito da malattie infettive con concomitanti meningi o convulsivi?	<i>Sì, scaturisce</i>
Soffrì mai traumi, spaventi o infortuni?	<i>Sì, scaturisce</i>
Era dedito al vino, ai liquori, agli stupefacenti?	<i>Sì, scaturisce</i>
Fu mai ricoverato in luoghi di cura e quale? (indicare il motivo, l'epoca e la durata del ricovero)	<i>Sì, scaturisce</i>
Era dissoluto, giocatore, attaccabrighe, violento, prodigo od avaro?	<i>Era violento</i>
Era pietoso o crudele verso i simili o verso gli animati?	<i>crudele</i>
Disimpegnò il servizio militare e con quale condotta?	<i>Cattiva</i>
Se ne fu esente o lo interruppe quale ne fu il motivo?	<i>lo interruppe per avere</i> <i>ammucchiato sette omicidii</i>
Contrasse matrimonio e a quale età?	<i>No</i>
Vi furono aborti o parti prematuri?	<i>No</i>

Quesiti sul soggetto

Risposte

Quanto del negli sopravvive? (Quanti ne notano?) Di che malattia e a quale età?

N. N.

Viveva d'accordo o in litigio col coniuge e con la famiglia?

N. N.

Quale il contegno nei rapporti religiosi?

N. N.

Quale il contegno in società e in politica?

Nemuno - È stato sempre deficiente.

Esercitò il suo mestiere con interesse e costanza o fu volubile e trasandato nel lavoro?

Non lavoro mai

Vi fu mai cambiamento rapido o lento di contegno e di condotta rispetto alla famiglia o alla società e quali se ne presunono le cause?

N. N.

Fu mai malato di mente altra volta? Per quanto tempo? Dove venne curata la di lui malattia?

All'età di nove anni, in seguito a quella con altro trauma, riportò una lesione alla testa e da quell'epoca dette segni di alienazione mentale.

Riferire quanto altro possa eventualmente illustrare la personalità del soggetto.

Baree addì *3 Novembre 1955*



(*) Il *capo a turno* comandante la stazione (Paciangeli, Dante)

[Handwritten signature]

(*) Qualità e firma di chi redige il questionario.

OSPEDALE PSICHIATRICO DI PALERMO

N. di protocollo 4907 Palermo 5 Settembre 1936a. XIV

Risposta alla nota N.4229 Tit.3 del 22/8/36

Foglio di trasmissione all'Ill.mo Signor Direttore del
Manicomio Giudiziario di BARCELLONA

NUMERI degli atti che si trasmettono	OGGETTO	SCOPO della trasmissione
1	Copia storia clinica di El Mensi fu Zeidau	A richiesta

TIP. ASS. LIBERATI DAL CARCERE — PALERMO

R. MANICOMIO GIUDIZIARIO
BARCELLONA
9 SET. 1936 XIV
Protocollo N. 4907
Tit. 3 Fasc. 1 Lett. 3

ad H. R.
G. S. M.

II DIRETTORE

hy

Bibliografia

Andreoli Vittorino, Cassano Giovanni Battista e Rossi Romina, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision ICD- 10/ICD-9-CM. Classificazione parallela*. Masson, Milano, 2002

Babini Valeria, *Liberi tutti*, Il Mulino, Bologna, 2011

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

Beneduce Roberto, *La tormentata onirica. Fanon e le radici di un'etnopsichiatria clinica*. In Frantz Fanon, *Decolonizzare la follia. Scritti sulla psichiatria coloniale*, Ombre Corte, Verona, 2011

Berti Antonio, *Pazzia e omicidio: pareri medico legali*, Fontana-Ottolini, Venezia, 1876

Biffi Serafino, *Provvedimenti che occorrerebbero in Italia per i delinquenti divenuti pazzi*, Rendiconti del Regio Istituto Lombardo Scienze, Lettere e Arti, 2(5), 1872, pp. 583 - 599

Bloch Marc, *Apologia della storia o Mestiere di storico*, Einaudi Editore, Torino, 2009

Bourdieu Pierre, *Questa non è un'autobiografia*, Milano, Feltrinelli, 2005

Callieri Bruno e Semerari Aldo, *La simulazione di malattia mentale*, Abruzzini Editore, Roma, 1959

Carothers John Colin, *The African Mind in Health and Disease: A Study in Ethnopsychiatry*, WHO, Ginevra, 1953

Carr John, *Ethno-behaviorism and the Culture-bound Syndromes: The Case of Amok*, Culture, Medicine and Psychiatry, n.2, 1978, pp. 269 - 293

Casale Giuseppina, *Le difficoltà di accesso al carcere e i limiti alla ricerca qualitativa*, Culture e Studi del Sociale, 4(1), 2019, pp. 77 - 93

Cohen Alex, *The Mental Health of Indigenous People: An international overview*, e *World Health Organization*, WHO, Ginevra, 1999

Collica Maria Teresa, *Ruolo del giudice e del perito nell'accertamento del vizio di mente*, in Giovannangelo De Francesco (a cura di), *La prova dei fatti psichici*, G. Giappichelli Editore, Torino, 2010

Colucci Michele e Di Vittorio Pierangelo, *Franco Basaglia*, Mondadori, Milano, 2001

Coser Rose Laub, *Life in the Ward*, Michigan State University Press, East Lansing, 1962

Csordas Thomas, *Embodiement as a Paradigm of Anthropology*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994

Csordas Thomas, *Incorporazione e fenomenologia culturale*, Annuario di Antropologia, n.3, Meltemi Editore, Roma, 2003

Dall'Orto Giovanni, *Omosessuali e Stato*, Cassero, Bologna, 1988

De Vita Luana e Martini Mimosa, *Il volo del cuculo 1978-2008: trent'anni senza manicomi*, Nutrimenti, Roma, 2008

Eisenberg Leon, *Disease and Illness. Distinction Between Professional and Popular Ideas of Sickness, Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol. 1, 1977, pp. 9 - 23

Elias Norbert, *The Civilizing Process: The History of Manners*, Urizen Books, New York, 1978

Esposito Roberto, *Bios. Biopolitica e filosofia*, Einaudi Editore, Torino, 2004

Esposito Roberto, *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Einaudi Editore, Torino, 2015

Faranda Laura, *Vite di scarto e memoria manicomiale: uno sguardo antropologico tra carte, archivi e pagine bianche*, Cartografie sociali: rivista di sociologia e scienze umane, V (9), 2020

Ferri Enrico, *Manicomio criminale di Montelupo*, Archivio di psichiatria, 1887, pp. 519 - 528

Ferri Enrico, *Studi sulla criminalità*, Utet, Torino, 1926

Foucault Michel, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi Editore, Torino, 1976

Foucault Michel, *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Feltrinelli Editore, Milano, 2005

Foucault Michel, *La volontà di sapere. Storia della sessualità*, Feltrinelli Editore, Milano, 2013

Foucault Michel, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2015

Geertz Clifford, *Interpretation of culture*, Basic Books, New York, 1973

Goffman Erving, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi Editore, Torino, 2003

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

Inhorn Marcia e Wentzell Emily, *Medical anthropology at the intersections. Histories, activism, and futures*, Duke University Press, Durham, 2012

Jones Maxwell, *The Therapeutic Community: a new treatment Method in Psychiatry*, Basic Books, New York, 1953

Kleinman Arthur, Eisenberg Leon e Good Byron, *Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*, Annals of Internal Medicine, 88(2), 1978, pp. 251 - 258

Le Goff Jacques, *Storia e Memoria*, Einaudi, Torino, 1982

Lock Margaret e Scheper-Hughes Nancy, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, Medical Anthropology Quarterly, vol. 1, no. 1, 1987

Lodolini Elio, *Archivistica: principi e problemi*, Milano, Franco Angeli, 1995

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

Lombroso Cesare, *Delitto, genio, follia*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000

Madia Vittorio, *Il Manicomio Giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto*, rivista di Diritto Penitenziario: Studi teorici e pratici, Anno III, luglio-agosto, 1932

Malhotra Harish K., *Sindrome di Dhat: una nevrosi sessuale legata alla cultura in Oriente*, Archives of Sexual Behavior. 4(5), 1975

Marquet de Vasselot Louis Augustin, *Ethnographie des prisons*, Dolin, Paris, 1841

Mastronardi Vincenzo e Del Casale Antonio, *Simulazione di malattia mentale*, Supplemento alla Rivista di psichiatria, 47, 4, 2012, pp. 26 - 41

Mattalucci-Yilmaz Claudia, *Introduzione*, Annuario di Antropologia, n.3, Meltemi Editore, Roma, 2003

Mauss Marcel, *Le tecniche del corpo* (1936), Trad. it. in M. Mauss, *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi Editore, Torino, 1991

Merini Alda, *L'altra verità*, RCS Libri S.p. a., Milano, 2000

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

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

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

Ongaro Basaglia Franca, *L'itinerario di Franco Basaglia attraverso i suoi scritti*, Sapere, novembre-dicembre, 1982

Ortner Sherry B., *Resistance and the Problem of Ethnographic Refusal*, *Comparative Studies in Society and History*, 37(1), Cambridge University Press, 1995, pp. 173 - 193

Paoletta Francesco, *Disagio psichico e dimensione culturale. Un'introduzione*, in (a cura di) Francesco Paoletta, *La psichiatria nelle colonie. Una storia del Novecento*, FrancoAngeli, Milano, 2017, pp. 9 - 25

Peloso Paolo Francesco e Bandini Tullio, *Follia e reato nella storia della psichiatria. Osservazioni storiche sul rapporto tra assistenza psichiatrica e carcere*, *Rassegna italiana di criminologia*, 1(2), 2007, pp. 245 – 265

Pizza Giovanni, *Antropologia medica e governo dei corpi. Appunti per una prospettiva italiana*, *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 4, 2014, pp. 51 - 58

Porter Roy, *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, *Theory and Society*, 14(2), 1985, pp. 175 - 198

Quaranta Ivo, *La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura*, *Antropologia e teatro. Rivista di studi*, Bologna, 3, 2012, pp. 264 - 290

Quarta Luigigiovanni, *Resti tra noi. Etnografia di un manicomio criminale*, Meltemi, Roma, 2019

Rabinow Paul e Rose Nikolas, *Biopower Today*, *BioSocieties*, 1, 2006, pp. 195 - 217

Rosenberg Harriet, *Un mondo negoziato*, Carocci, Roma, 2000

Saitō Tamaki, *Hikikomori: Adolescence Without End*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 2013

Scarfone Marianna, *La nevrastenia sotto i tropici. I disturbi mentali dei bianchi in colonia*, (a cura di) Valeria Deplano e Alessandro Pes, *Quel che resta dell'Impero. La cultura coloniale degli italiani*, Mimesis, Milano, 2014, pp. 19 – 38

Scarfone Marianna, *Genere, razza e psichiatria coloniale. Voci e silenzi nel caso clinico di una donna libica (1939)*, DEP – Deportati, esuli e profughe, n. 27, 2015

Scarfone Marianna, *La psichiatria coloniale italiana. Traiettorie di una disciplina e delle sue istituzioni*, in (a cura di) Francesco Paoletta, *La psichiatria nelle colonie. Una storia del Novecento*, FrancoAngeli, Milano, 2017, pp. 66 - 91

Scheper-Hughes Nancy, *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, University of California Press, Los Angeles, 1993

Somit Albert e Peterson Steven (a cura di), *Research in Biopolitics*, volumi 1 – 12, Emerald Publishing

Sorgoni Barbara e Viazzo Pier Paolo, *Documenti*, in (a cura di) Cecilia Pennacini, *La ricerca sul campo in antropologia. Oggetti e metodi*, Carocci Editore, Roma, 2010, pp. 323 - 345

Thorson Thomas, *Biopolitics*, Holt, Rinehart and Winston Publisher, New York, 1970

Torrisi Claudio, *Ambivalenze e polivalenze dell'archivio, L'apporto del pensiero di Filippo Valenti alle discipline archivistiche*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato-Libreria dello Stato, Roma, 2014

Valenti Filippo, *Riflessioni sulla natura e struttura degli archivi*, in (a cura di) Grana Daniela, *Scritti e lezioni di archivistica, diplomatica e storia istituzionale*, Roma, 2000, pp. 83 - 114

Vassalli Giuliano, *A prima lettura. L'abolizione della pericolosità presunta degli infermi di mente attraverso la cruna dell'ago*, Giurisprudenza Costituzionale, I, Roma, 1982

Virgilio Gaspare, *Le origini e le vicende del Manicomio Giudiziario di Aversa*, Rivista di discipline carcerarie, n. 25, 1900

Yap Pow Meng, *The culture bound syndromes. In Mental Health Research in Asia and The Pacific Mental Health Research in Asia and The Pacific*, East West Centre Press, Honolulu, 1969

Young Allan, *The anthropologies of illness and sickness*, Annual Review of Anthropology, 11, 1982, pp. 257 - 285

Zeni Marco, *La moglie di Mussolini*, Effe e Erre Edizioni, Trento, 2005

Zito Eugenio, *Vivere (con) il diabete. Uno sguardo antropologico su corpi, malattia e processi di cura*, Ledizioni, Milano, 2016

Testi normativi

Codice Civile, 16 marzo 1942, Art. n. 2220, *Conservazione delle Scritture Contabili*

Codice Penale Italiano, 19 ottobre 1930, art. n. 45, *Caso fortuito o forza maggiore*

Codice Penale Italiano, 19 ottobre 1930, art. n. 46, *Costringimento fisico*

Codice Penale Italiano, 19 ottobre 1930, art. n. 61, *Circostanze aggravanti comuni*

Codice Penale Italiano, 19 ottobre 1930, art. n. 62, *Circostanza aggravante del reato transnazionale*

Codice Penale Italiano, 19 ottobre 1930, art. n. 85, *Capacità d'intendere e di volere*

Codice Penale Italiano, 19 ottobre 1930, art. n. 88, *Vizio totale di mente*

Codice Penale Italiano, 19 ottobre 1930, art. n.148, *Infermità psichica sopravvenuta al condannato*

Codice Penale Italiano, 19 ottobre 1930, art. n. 203, *Pericolosità sociale*

Codice Penale Italiano, 19 ottobre 1930, art. n. 222, *Ricovero in un manicomio giudiziario*

Codice di Procedura Penale, 22 settembre 1988, art. n. 220, *Oggetto della perizia*

Decreto Legge 19 novembre 2012, n. 270, *Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia*

Decreto Legge 31 marzo 2014, n. 52, *Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*

Decreto del Presidente della Repubblica, 8 gennaio 2001, n. 37, *Regolamento di semplificazione dei procedimenti di costituzione e rinnovo delle Commissioni di sorveglianza sugli archivi e per lo scarto dei documenti degli uffici dello Stato*

Legge 14 febbraio 1904, n. 36, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*

Legge 18 marzo 1968, n. 431, *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*

Legge 26 luglio 1975, n. 354, *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*

Legge 16 maggio 1978, n. 180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori*

Legge 10 ottobre 1986, n. 663, *Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*

Legge 17 febbraio 2012, n. 9, *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*

Sentenza Corte Costituzionale 9 giugno 1972, n. 106

Sentenza Corte Costituzionale 14 luglio 1988, n. 324

Sentenza Corte Costituzionale 18 luglio 2003, n. 253

Sitografia

Ausilio Manuela, *Uno spazio di comunità pazzesco – ex Opg di Napoli*, Cooperative city magazine, in <https://cooperativecity.org/2019/12/12/uno-spazio-di-comunita-pazzesco-ex-opg-di-napoli/#:~:text=Sotto%20il%20fascismo%2C%20circa%20sessant,e%20moltissime%20ci%20sono%20morte>

Carvigno Maurizio, *“Il tempo stesso viene meno e le notti si dilatano”*. *La chiusura dei manicomi in Italia*, PassaggiLenti, 20 Aprile 2018, in <https://www.passaggilenti.com/legge-basaglia-chiusura-dei-manicomi/>

Carvigno Maurizio, *E l'ultimo spenga la luce. Quando i manicomi furono chiusi per sempre*, PassaggiLenti, 17 maggio 2019, in <https://www.passaggilenti.com/quando-i-manicomi-furono-chiusi>

Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, *Chiuso l'OPG di Reggio Emilia*, 9 maggio 2016, in [https://www.polpenuil.it/circolari/7090-opg-reggio-emilia-chiusura-definitiva-della-struttura.html#:~:text=Con%20il%20trasferimento%20degli%20ultimi,Napoli%20Secondigliano%20\(dicembre%202015\)](https://www.polpenuil.it/circolari/7090-opg-reggio-emilia-chiusura-definitiva-della-struttura.html#:~:text=Con%20il%20trasferimento%20degli%20ultimi,Napoli%20Secondigliano%20(dicembre%202015))

Giannichedda Maria Grazia, *Opg: chiuderne sei... ma per aprirne quanti?*, il Manifesto, 17/02/2012, in <https://www.manifestosardo.org/opg-chiuderne-sei...-ma-per-aprirne-quant/>

Giordano Gianni, *Il contributo della perizia psichiatrica alla valutazione della responsabilità penale*, ADIR- L'altro diritto: Centro di Ricerca Universitario su carcere, devianza, marginalità e governo delle migrazioni, 2006, in <http://www.adir.unifi.it/rivista/2006/giordano/cap2.htm#n7>

Insana Giuseppe, *Lettera aperta sugli OPG*, stopopg.it – per l'abolizione degli ospedali psichiatrici giudiziari, in <http://www.stopopg.it/node/1075>

Lanza Maria Gabriella e Sala Daniela, *Matti per sempre*, in <http://www.mattipersempre.it/>

Melani Giulia, *Il manicomio giudiziario: l'origine della nuova istituzione*, ADIR: l'altro diritto -Centro di Ricerca Interuniversitario su Carcere, Devianza, Marginalità e Governo delle Migrazioni, 2014, in <http://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/index.htm>

Napolitano Giorgio, *Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica*, 2012, min. 15:10, in <https://www.youtube.com/watch?v=hq1flZV46OE>

Rasini Vallori, *Antropologia della soggettività. Il destino dell'ente "patico" e l'uomo*, Scienza&Filosofia.com, in http://www.scienzaefilosofia.com/2018/03/25/antropologia-della-soggettivita-il-destino-dellente-patico-e-luomo/#_ftnref5

Redazione, *Chiude l'Opg di Aversa, primo manicomio giudiziario italiano*, Redattore sociale, in https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/chiude_1_opg_di_aversa_primo_manicomio_giudiziario_italiano#:~:text=ROMA%20%E2%80%93%20Chiude%20il%20primo%20manicomio,Reggio%20Emilia%20dei%20mesi%20scorsi

Redazione, *OPG di Montelupo, Saccardi: "La chiusura è un fatto epocale"*, Humanitas Scandicci, in <https://www.humanitas-scandicci.it/2017/02/opg-montelupo-saccardi-la-chiusura-un-epocale/>

Redazione, *La salute mentale nella storia*, La Tartavela Onlus – Associazione di familiari per la salute mentale, in <http://www.tartavela.it/la-salute-mentale-nella-storia.html>

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

Redazione, *Teoria della pratica, agency e incorporazione*, CSI – Centro di Salute Internazionale ed Interculturale, in <https://csiaps.org/temi/equita-e-disuguaglianze-in-salute/>