UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Corso di laurea magistrale a ciclo unico in

Medicina e Chirurgia

Tesi di laurea

Perizie psichiatriche e psichiatria forense: analisi di una ricerca nell'archivio dell'ex ospedale psichiatrico di Treviso.

Relatore: Prof. Santonastaso Paolo

Correlatore: Prof. Favaretto Gerardo

Paolo Fava

INDICE

ABSTRACT pag. 3

CAPITOLO 1- Storia della psichiatria forense pag. 7

- 1.1 La psichiatria nel corso della storia
- 1.2 Codice Zanardelli
- 1.3 Codice Rocco
- 1.4 Legge 180 del 1978, poi 833
- 1.5 I manicomi e i manicomi criminali
- 1.6 Pazienti psichiatrici nel primo '900

CAPITOLO 2- La psichiatria italiana tra l'800 e il '900 pag. 17

- 2.1 La nascita della psichiatria italiana
- 2.2 Le divisioni interne
- 2.3 Cesare Lombroso
- 2.4 La scuola lombrosiana
- 2.5 Influenze estere
  - 2.5.1 Kraepelin
  - 2.5.2 Bleuler
- 2.6 La classificazione delle malattie psichiatriche in Italia
- 2.7 Gli psichiatri italiani del '900
- 2.8 Tanzi e Lugaro

CAPITOLO 3- Psichiatra forense pag. 27

- 3.1 Lo psichiatra forense
- 3.2 I compiti dello psichiatra forense
- 3.3 Criteri per disporre una perizia psichiatrica
- 3.4 Perizie in caso di reato
- 3.5 Differenze con l'attività peritale degli anni '20 e '30

CAPITOLO 4- Sant'Artemio pag. 34

- 4.1 S. Artemio
- 4.2 Luigi Zanon dal Bò
- 4.3 Alessandro Tronconi

CAPITOLO 5- Le perizie pag. 36

- 5.1 Schema di analisi delle perizie
- 5.2 Prima perizia: Calunnia 03/1922
- 5.3 Seconda perizia: Omicidio 08/1922
- 5.4 Terza perizia: Furto e lesioni 11/1928

- 5.5 Quarta perizia: Lesioni e detenzione di armi 07/1930
- 5.6 Quinta perizia: Falso e peculato 11/1930
- 5.7 Sesta perizia: Interdizione 05/1932
- 5.8 Settima perizia: Revisione di pensione di guerra 12/1934

CAPITOLO 6- Analisi delle perizie pag. 51

BIBLIOGRAFIA pag. 53

SITOGRAFIA pag. 55

ABSTRACT

Nella storia moderna dell'uomo, in tema di responsabilità personale è presente in modo significativo la questione di valutare se una persona che compie un qualunque reato l'abbia compiuto di sua volontà o in conseguenza di una patologia mentale: prima del 1600 la lettura religiosa dei fenomeni e dei comportamenti umani faceva interpretare alcuni comportamenti come possessioni o plagi da parte di entità soprannaturali. Nel corso dei secoli successivi la scienza ha cercato invece altre risposte che sono state poi l'oggetto stesso della psichiatria e della comprensione della malattia mentale. Da queste considerazioni è nata la domanda che mi ha portato a scrivere questa tesi: quanto è cambiato in un secolo il ruolo dello psichiatra forense e in cosa si differenzia un perito forense di oggi da uno del '900? Potendo consultare gli archivi dell'ospedale Ca Foncello di Treviso ho potuto rispondere a queste due domande, trovando delle perizie dell'ex Manicomio provinciale Sant'Artemio di Treviso, dismesso dopo la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica del 1978. La possibilità di consultare queste mi ha permesso di approfondire il ruolo che aveva lo psichiatra forense cento anni fa comprendendo a fondo le differenze sostanziali tra queste due epoche. Questo periodo ci porta alla memoria le grandi dittature del '900 e l'uso dei manicomi che veniva fatto in quei periodi.

Lo scopo di questo studio è quindi quello di analizzare approfonditamente alcune perizie psichiatriche degli anni '20 e '30 del secolo scorso ed esaminarle dal punto di vista del rapporto tra attività medico-peritale e giustizia.

Sono state utilizzare perizie dell'archivio storico del Manicomio Provinciale Sant'Artemio di Treviso, sito all'interno dell'archivio del Dipartimento di salute mentale di Treviso collocate nell'ospedale Ca' Foncello di Treviso e perizie dalla pubblicazione ''Perizie Medico-legali'' di Luigi Zanon dal Bo (1943), che raccoglie diversi casi di perizie fatte dal primo direttore del Manicomio Provinciale. L'analisi è iniziata con una raccolta dei dati da tutte le perizie trovate riguardanti il periodo storico scelto, successivamente sono state scelte quelle idonee perché rappresentative di tutte le possibili cause di reato o di questione giuridica. Raccolte queste testimonianze, si è proceduto all'analisi più approfondita di ogni perizia con focalizzazione su alcuni punti salienti e schematizzazione delle stesse.

Il risultato delle consultazioni è uno schema dettagliato delle sette perizie selezionate che contiene sia una parte clinica che una giuridica e che sintetizza appieno tutto il contenuto delle perizie stesse. Dopo le dovute analisi e considerazioni si è concluso che il rapporto tra psichiatria forense e apparato giuridico fosse già consolidato nel secolo scorso: il focus era molto incentrato sul periziando in totale e la valutazione psichiatrica era coerente e rappresentativa delle conoscenze e degli strumenti dell'epoca.

ABSTRACT

In the human modern history, about personal responsibility subject it is present significantly the question of evaluate if a person who commits a crime do it of his own free will or he's only mentally ill: before 1600 the religious reading about phenomena and human behavior religious reading made us interpret some behaviors as possession or plagiarism by supernatural entities. During following centuries Science tried to find more answers which were the very object of psychiatry and the understanding of mental illness. Some questions arose from these pushed me to write thesis: how much the role of the forensic psychiatrist has changed in a century and how a today forensic expert differs from one of the twentieth century? Being able to consult the archives of the Ca' Foncello hospital in Treviso, I was able to answer these two questions, finding expert reports from the former Provincial Asylum Sant'Artemio di Treviso, decommissioned after the psychiatric care reform law of 1978. The opportunity to consult these reports allowed me to deepen the role that the forensic psychiatrist had a hundred years ago, fully understanding the substantial differences between these two eras. This dramatic period recalls the great dictatorships of the 1900s and their use of asylums in these periods.

The purpose of this study is to thoroughly analyze and examine some psychiatric reports from the 1920s and 1930s from all points of view, particularly the relationship between medical expertise and justice.

They were used some reports from the Provincial Asylum Sant'Artemio of Treviso, located within the archive of the mental health department of the Ca 'Foncello hospital in Treviso and reports from the ``Perizie Medico-legali'' Luigi Zanon dal Bò's collection (1943), which collects several cases of appraisals made by the first director of the Provincial Asylum. The analysis began with a data collection from all the reports found regarding the historical period chosen, then the appropriate reports representative of all the possible crime causes present in the pool were chosen. After the collection of these testimonies, we proceeded with a more in-depth analysis of each appraisal with a focus on some salient points and schematize them.

The result of consultations is a detailed outline of the seven selected expert reports which contains both a clinical and a legal part and which fully summarizes the entire content of the expert reports. After the necessary analyzes and considerations, it was

concluded that the relationship between forensic psychiatry and the legal system had already been consolidated over the past century and was in the vanguard: the focus was very the total body examination and the psychiatric evaluation was coherent and representative of the knowledge and tools of these times.

CAPITOLO 1 – STORIA DELLA PSICHIATRIA FORENSE

1.1 La psichiatria nel corso della storia.

I primi cenni di malattie mentali nella storia sono riportati in epoca medioevale dove, dopo l'anno 1000, in Europa ed in Italia iniziarono a dominare indirizzi religiosi che interpretavano la follia, come eresia religiosa o fenomeno di impossessamento demoniaco da affrontare con l'esorcismo (Fornari 2020). Alla fine del medioevo venne pubblicato il Malleus Maleficarum (1487) che divenne il testo principale da cui l'inquisizione traeva i suoi giudizi e le sue condanne. Era un'epoca in cui non c'era spazio per la scienza e la medicina era ancora lontana dal suo pieno sviluppo per cui la religione dirigeva ogni aspetto del vivere umano dai ritmi lavorativi al giudizio a seguito di un reato e questo portava a relegare i malati mentali come dei posseduti o degli emissari del diavolo ma anche a considerare i delitti alla stregua dei peccati.

Nei secoli successivi il diritto ecclesiastico continuò a svilupparsi ma parallelamente iniziò a nascere e crescere una dottrina parallela a quella religiosa che considerava maggiormente una visone medico scientifica: i primi cenni di psichiatria forense furono contenuti nella Lex Carolina, promulgata da Carlo V d'Asburgo nl 1532 in cui veniva dichiarato che *''immune da pena è il furioso come l'infante''* (1532). Questo è stato uno dei primi tentativi di introdurre una condizione di vizio di mente all'interno di una legge penale e non solo: la legge poi introduceva la possibilità che il reo diventasse ''pazzo'' dopo il reato e una punizione straordinaria in quel caso (Fornari 2020). Contemporaneamente in Italia e per tutto il XVI e il XVII secolo si iniziava a parlare di imputabilità e si cominciava ad escluderla per quanto concerneva gli alienati: precursore di questo movimento fu Paolo Zacchia un medico pontificio che, con le sue idee all'avanguardia, cercò di dare una veste di dottrina scientifica alle sue esperienze medico-psicologiche (Fornari 2020).

La nascita della psichiatria moderna viene fatta coincidere con il lavoro e le opere di Philippe Pinel che , verso la fine del Settecento, posto alla direzione dell'ospedale della Bicetre , durante la rivoluzione francese , stabilì che gli alienati ivi accolti, fossero degli ammalati, che la causa della loro alienazione fosse la perdita della funzione regolativa della ragione e che fosse a causa dell'eccesso delle loro passioni che manifestavano quei comportamenti alterati che li aveva portati ad essere legati con delle

catene. L'affermarsi di una concezione legata al funzionamento della persona portò Pinel al gesto di liberazione dei folli dalle loro catene affinché fossero curati tramite un trattamento che oggi potremo assimilare a una psicoterapia o a una psicoeducazione ovvero il trattamento "morale'' (Esquirol 1805).

Quegli anni furono fondamentali anche per la costituzione di un diritto moderno: da fine 1700 alla prima metà del 1800 nacquero molti codici e insiemi di leggi che furono precursori del diritto contemporaneo. Un riferimento italiano di questi anni fu il codice Leopoldino, molto avanzato per l'epoca, che fu sostituito dopo pochi anni: conteneva concetti molto all'avanguardia come la parità di fronte alla legge, il superamento della pena di morte e della tortura, introducendo l'ergastolo, tutto questo prima ancora della Rivoluzione francese, nel 1786.

La Rivoluzione francese, con la Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino del 26 agosto 1789, iniziò a dare delle basi solide anche per il diritto dei malati mentali ma è solo con il Codice penale napoleonico che si parlò di stato di demenza[1] come stato di costrizione da una forza alla quale non si può resistere e che quindi non può essere imputata. La caduta di Napoleone con la conseguente Restaurazione fece tornare in vigore le vecchie leggi: in Italia però iniziarono ad essere promulgati una serie di codici per le diverse regioni italiane che accennavano e introducevano concetti nuovi come l'esclusione della colpa in caso di privazione totale della ragione (Fornari 2020). Ogni stato, da quello pontificio a tutti i regni, ha modificato nel periodo pre-Unità il suo diritto sia civile che penale a causa della iniziale introduzione delle leggi francesi in epoca napoleonica e la successiva restaurazione delle vecchie leggi dopo la caduta del suo impero.

Dopo l'unità d'Italia si è unificato anche l'apparato legislativo e così fu promulgato nel 1889 il ''primo Codice penale dell'Italia Unita'' in cui veniva accennata la prima non imputabilità per alcune classi di malati mentali.[2]

---

[1] Con stato di demenza, il codice napoleonico intendeva un'espressione generale che racchiudeva in sé la *stupidezza*, *l'imbecillità e il furore,* che significa il non riconoscere più amici, parenti, coniugi o tutto quello che prima era caro (Fornari 2020).

[2] Art. 94: '*'Non vi è reato se l'imputato trovatasi in istato di assoluta imbecillità, di pazzia, o di morboso furore quando commise l'azione, ovvero se vi fu tratto da una forza alla quale non poté resistere*'' (Fornari 2020).

1.2 Codice Zanardelli

Dal 1889 in Italia la parte penale del diritto era regolamentata dal Codice Zanardelli, chiamato così dall'allora ministro di Grazia e Giustizia Giuseppe Zanardelli, che rimase in vigore fino al 1930. Uno dei tanti punti fondamentali del codice era l'abolizione della pena di morte, fortemente criticata da Lombroso in tutte le sue opere, con l'eccezione di alcuni reati militari in tempo di guerra, consentiva la libertà di sciopero, senza violenza o intimidazione. Inoltre, introduceva la libertà condizionale e, per la prima volta, ammetteva l'infermità mentale come causa di esonero dal processo: eliminò poi i lavori forzati, previse le attenuanti generiche, stabilì la non imputabilità dei minorenni dai 14 ai 18 anni a meno che fossero ritenuti dal tribunale capaci di intendere e di volere. Previse anche la libertà provvisoria in attesa di giudizio tranne che per i rei colti in fragrante, i sospettati di delitti contro lo stato, i disoccupati. A livello psichiatrico eliminò anche la cosiddetta ''forza irresistibile''. Il Codice stabilì inoltre che in caso di reato commesso in stato di infermità mentale tale da togliere la coscienza o la libertà dei propri atti, l'individuo, seppure prosciolto perché non punibile, poteva essere consegnato all'autorità di pubblica sicurezza, laddove il giudice ne avesse stimato pericolosa la liberazione. L'autorità competente provvedeva in seguito al ricovero provvisorio in un manicomio in stato di osservazione; se dopo tale periodo la prognosi di pericolosità veniva confermata, il giudice ne ordinava il ricovero definitivo. Non si parlava di manicomi giudiziari ma nel frattempo erano sorte le prime strutture come quella di Montelupo Fiorentino già nel 1886.

1.3 Codice Rocco

Il Codice Zanardelli fu soppresso e sostituito nel 1930 dal Codice Rocco[3] che, dopo profonde modifiche, ammodernamenti ed epurazioni delle disposizioni più anacronistiche e autoritarie di matrice fascista che risultavano in contrasto con la Costituzione dopo la Seconda guerra mondiale. In seguito, sono poi avvenute riforme in materia di reati politici, delitti sessuali, di delitti contro la persona, il patrimonio, la pubblica amministrazione, ed eliminate tutte le discriminazioni religiose e di genere, i

[3] Il codice Rocco stabilì, fra le altre cose, l'obbligo della annotazione nel casellario giudiziario personale anche del ricovero ordinario in Ospedale psichiatrico come stabilito dalla legge istitutiva dei manicomi del 1904 (L. 36/04, 14 febbraio 1904). Tale norma fu abrogata, con la parallela ammissione del ricovero volontario solo nel 1968 con il decreto Mariotti (DL. 17/68, 31 gennaio 1968)

reati di adulterio, concubinato, propaganda sovversiva e antinazionale, duello e turpiloquio. Istituzionalizzò il ricorso al manicomio giudiziario quale misura di sicurezza da disporsi sempre nei confronti dell'imputato prosciolto per infermità psichica.

Nel 1975 con il nuovo ordinamento penitenziario i manicomi giudiziari diventano Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) iniziando un lento cambio di visione dell'internato da condannato che deve scontare la pena a paziente che deve essere principalmente curato.

1.4 Legge 180 del 1978, poi 833

La Legge 180 del maggio del 1978 e la conseguente riforma fondante il Sistema Sanitario Nazionale del dicembre dello stesso anno[4] permisero di fare un ulteriore passo in avanti in quella direzione facendo diventare l'Italia la prima, e finora l'unica, nazione ad aver abolito gli ospedali psichiatrici. A differenza delle altre nazioni europee che già prima degli anni 2000 avevano un sistema psichiatrico-forense molto organizzato e integrato coi relativi sistemi sanitari nazionali, come ad esempio la Gran Bretagna, l'Olanda o la Danimarca, nazioni in cui gli OPG, divisi in diversi gradi di sicurezza, erano affiancati agli ospedali psichiatrici ordinari e sono coinvolti pienamente all'interno dei dipartimenti sanitari, in Italia i suddetti ospedali sono gestiti dal Ministero di Grazia e Giustizia fino al 2015, anno della definitiva chiusura degli OPG. Da lì sono nate le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), la cui gestione interna è di esclusiva competenza sanitaria, poiché afferenti al Dipartimento di Salute Mentale delle ASL di competenza. Nel maggio 2019 esistevano 30 strutture specializzate a differenza degli OPG che erano in tutto 6. Questo passaggio e collaborazione tra Giustizia e Sanità è stato attuato per ''umanizzare'' lo sconto della pena e per evitare il cosiddetto ''ergastolo bianco''. Già all'epoca fascista, la costruzione dei manicomi e la regolamentazione di essi sono stati attuati per la concezione stigmatizzata che la società aveva e che continua ad avere nei confronti dei pazienti psichiatrici: ancora ai giorni nostri, lo scoglio più grosso da affrontare resta sempre la visione che si ha di loro fortemente influenzata anche da una paura mediatica costantemente proposta e ampliata; l'immagine del malato mentale è ancora concettualmente stigmatizzata e relegata ad un

[4] Legge 833/78 del 23 dicembre del 1978

mondo che deve essere chiuso e inaccessibile a tutti gli altri, diviso dal mondo di tutti. Permane un forte desiderio di neutralizzare il reo piuttosto che rieducarlo e riabilitarlo: è necessario invece tutelare quel diritto alla salute che il paziente psichiatrico ha perduto o che risulta gravemente compromesso dalla patologia mentale e non mettere sempre in primo piano la difesa sociale.

La vera svolta epocale però fu fatta dalla Corte costituzionale nel 2003 con la sentenza n.253 che si oppone alla rigidità istituzionale del ricovero in OPG non giustificata né dal punto di vista normativo perché crea disparità tra i soggetti appartenenti alla stessa categoria giuridica degli infermi di mente, né scientifico perché sottintende una maggiore pericolosità degli autori di reato affetti da vizio totale di mente rispetto ai seminfermi e ai minori non imputabili, né etico perché non tutela la salute degli internati come previsto a livello costituzionale dall'art. 32. Al contrario viene valorizzata di più la libertà vigilata applicata sia in una clinica apposita che in una comunità terapeutica o anche, se possibile, in famiglia al proprio domicilio.

Solo nel 2008, 104 anni dopo la legge sulla disposizione dei manicomi, la Presidenza del Consiglio riconosce gli OPG come parte integrante della medicina penitenziaria e di conseguenza dà l'incarico alle Regioni di prevedere percorsi riabilitativi per i pazienti dimissibili dal regime carcerario: restano ancora dei problemi che a tutt'oggi risultano irrisolti e riguardano la territorialità, la doppia direzione e come gestire le eventuali dimissioni o proroghe.

1.5 I manicomi e i manicomi criminali

I manicomi, intesi come strutture in cui poter curare e monitorare i pazienti malati di patologie mentali, sono stati costruiti già nel Medioevo ma erano intesi come edifici in cui ospitare persone con disturbi mentali: all'epoca venivano usate strutture già esistenti come monasteri o istituti di carità dove i malati però venivano custoditi con qualche rara eccezione nelle grandi città come Parigi, in cui era presente l'antico ospedale Hotel-Dieu, o come alcune città spagnole che hanno visto la fondazione di istituti psichiatrici come quello di Valencia, di Saragozza, di Siviglia e di Barcellona o la straordinaria esperienza di Gheel in Belgio.

La vera svolta fu fatta nel XIX secolo quando iniziarono a diventare più comuni le strutture d'accoglienza di classe media piuttosto che le cliniche private per persone

abbienti anche se allora molto affollate. Grande differenza fu fatta dalle riforme dei sistemi di giustizia penale che iniziavano a includere reati per persone affette da malattie psichiatriche. Infatti, essere classificati ed etichettati come malati di mente era un requisito necessario per essere ammessi in un ospedale psichiatrico e fino al 1890 c'era poca differenza tra il pazzo e il criminale con una forte distinzione per limitare i mendicanti e i vagabondi.

Lo sviluppo dell'attività nosocomiale anche per la parte psichiatrica iniziò già dalla metà dell'Ottocento a diffondersi quello che era chiamato Lunacy panic, ossia il classificare molte persone in realtà sane di mente come malate perché scomode o di imbarazzo per le famiglie che preferivano segregarle nei manicomi piuttosto che occuparsene (Babini 2012). Già allora i manicomi venivano visti sia come ''contenitore'' per i malati pericolosi per la società e per le persone ''normali'' sia come luogo dove scaricare le persone indesiderate che finivano così dimenticate (Babini 2012). Nel corso degli anni '70 del XIX secolo, iniziarono a far la loro apparizione nei dibattiti i manicomi criminali, degli speciali asili per quelli che erano classificati come folli rei e rei folli: con rei folli lei si riferiva a quei soggetti che, dopo aver commesso un reato e dopo essere stati ritenuti imputabili e colpevoli, erano stati condannati e in fasi successive al reato si riteneva fossero impazziti mentre con folli rei si intendevano quei soggetti che hanno commesso un reato in stato di malattia mentale (Melani 2014). Si stava delineando l'idea di un personaggio ben definito come criminale-folle con delle caratteristiche ben precise: veniva definito così un selvaggio, un primitivo fisicamente deforme nascosto in mezzo alla gente ''normale'' molto prima delle idee lombrosiane. In pochi anni è cresciuta la tendenza a medicalizzare questa figura affermando l'esistenza del criminale-folle la cui volontà a delinquere è costitutiva della sua natura atavica, morbosa, ereditaria e incurabile. Intorno al cambio di secolo si fecero numerosi studi riguardanti la letteratura e le figure criminali in essa prendendo in considerazione Leopardi, Manzoni e Dante (Melani 2014). Si delineava così una scienza criminologica che aveva delle pretese di occuparsi di un soggetto che riteneva parte integrante del proprio campo disciplinare: le opere letterarie. In contrapposizione alla critica estetica nasceva questa critica scientifica che voleva analizzare e giudicare le opere letterarie per fare una diagnosi dello stato d'animo sia dell'artista che del suo pubblico studiando non solo la scrittura di per sé ma anche gli effetti prodotti, gli apprezzamenti, le polemiche e le imitazioni (Melani 2014).

Il manicomio quindi per molti anni è stato parte integrante della psichiatria sia a livello forense che no: già da inizio Novecento si parlava di regolamentazione dei nosocomi psichiatrici facendo notare come non ci fosse una legge che disciplinava e unificava le varie realtà assistenziali. La confusione burocratica inizia già dalla suddivisione di tipi diversi di manicomi: esistevano i manicomi provinciali, i manicomi costituiti sotto forma di opere pie più o meno soggette all'ingerenza dei corpi pubblici, sezioni di ospedali amministrate da congregazioni indipendenti e manicomi privati. Di conseguenza la gestione varia di manicomio in manicomio, in alcuni il direttore medico ha pieni poteri sanitari e amministrativi mentre in altri non esercita alcuna influenza sulle spese.

La situazione dei pazienti non è comunque buona: in tutte le strutture il sovraffollamento è presente con conseguente scarsità del personale medico e inadeguatezza del personale infermieristico con trascuratezza dei locali e cattiva alimentazione dei degenti. Numerose sono state le segnalazioni anche a livello regionale sui modi brutali degli infermieri e sulle condizioni pietose dei pazienti ma soprattutto sono famosi sono gli abusi dei mezzi di contenimento sia nella quantità che nella qualità: sono stati trovati istituti con prigioni e catene.[5] Per definire una regolamentazione nazionale relativa alla assistenza psichiatrica e quindi per dare una normativa relativa agli istituti manicomiali, il governo Giolitti promulgò a inizio Novecento la legge 36 che fu approvata il 12 febbraio 1904 che attribuiva agli psichiatri la piena autorità sul servizio sanitario, l'alta sorveglianza sulla gestione economica e finanziaria nonché il potere disciplinare[6]. La situazione nosocomiale sembrava a questo punto risolta e si iniziava a delineare una nuova psichiatria unita e allo stesso tempo divisa dalla neurologia. Questa legge sulla regolamentazione dei manicomi e della relativa motivazione di internamento limitata alla pericolosità sociale e al pubblico scandalo rimase in vigore fino alla promulgazione della legge Basaglia nel 1978. In questo periodo gli ''alienati'' non erano per niente aiutati ma solo allontanati dalla società con una funzione di custodia e non di cura: in più i malati psichiatrici non avevano alcun diritto né durante l'internamento né

[5] Paradigmatico il caso della commissione Belmondo che investigò su alcune segnalazioni sulle condizioni dei malati presso gli istituti manicomiali del Veneto gestito a san Servolo dal Fatebenefratelli

[6] Art. 4, '' Il direttore ha piena autorità sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e della esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni. esercita pure il potere disciplinare nei limiti del seguente articolo.''

nel caso di dimissione in cui comunque veniva assegnato ad un tutore e privato dei suoi diritti civili come quello a ereditare, sposare, votare o essere genitori.

1.6 Pazienti psichiatrici nel primo '900

Dopo la prima guerra mondiale, l'Italia affrontava un grande periodo di crisi anche gravata dal fatto che il Trattato di Versailles non aveva pienamente portato a compimento il percorso di annessioni previste dal governo italiano nel 1915: inoltre, la situazione economica e finanziaria era peggiorata con un incremento del costo della vita a fronte di una perdita di valore della Lira, in più bisognava assorbire tutta la manodopera bellica data dai soldati a sfavore di una trasformazione dell'industria di armi in produzioni di ''pace''. Tutte le classi sociali erano scontente, dalle più povere a quelle più benestanti, le quali avevano timore per una possibile rivoluzione comunista come avvenuta in Russia anni prima. Tutto il malcontento generato da queste cause provocò dei disordini ma anche un incremento di propaganda nazionalista alimentata dalla ''vittoria mutilata'' che fece nascere nel 1919 la prima idea fascista a Milano da parte di Benito Mussolini con la fondazione dei fasci di combattimento che aumentavano il consenso da parte delle persone più ricche, protette da possibili disordini. Dopo qualche scontro, a distanza di 2 anni, Mussolini fonda nel 12 novembre 1921 il PNF o Partito Nazionale Fascista, forte di più di 300'000 iscritti accumulati anche grazie ad omicidi: la Marcia su Roma diede inizio al vero e proprio regime fascista con le conseguenti famose azioni che contraddistinsero come il delitto Matteotti. L'avvento della dittatura fascista fece sì che gli anni successivi furono costellati di una serie di provvedimenti atti a impedire qualunque forma di opposizione al regime: vennero sciolti tutti i partiti e le associazioni sindacali non fasciste, venne soppressa la libertà di stampa, di riunione o di parola, venne ripristinata la pena di morte e venne creato un tribunale apposito per la cognizione dei reati di matrice politica. Negli anni 20 e 30 il fascismo rappresenta quindi uno stato come soggetto che deve intervenire a favore delle condizioni di vita dei cittadini con ogni forma di assistenzialismo che, peraltro, assumono una forma di strumenti di controllo delle masse (Madonia 2021). Uno di questi fu potenziare il sistema nosocomiale psichiatrico sia per aumentare il consenso per il partito da parte della popolazione che si sentiva più al sicuro sia per poter far tacere le voci delle opposizioni politiche.

Durante il periodo fascista in Italia si stima morirono dai 24 ai 30 mila pazienti psichiatrici per semplice mancanza di cure ed assistenza con, comunque, manicomi pieni di dissidenti, nemici del regime, avversari scomodi e soggetti da silenziare (Madonia 2021). L'internamento veniva usato anche per le devianze sociali come il vagabondaggio o l'alcolismo e l'ozio (famosa è la tassa sul celibato) o per comportamenti sessuali ritenuti devianti come l'omosessualità. Tutto questo si traduceva in un controllo capillare dei comportamenti dei cittadini con un potere tale da decidere chi eliminare dalla vita pubblica e come punirlo, maggiormente le donne: alcune di loro sono state internate con diagnosi di devianza sociale descritta come stravagante, loquace, capricciosa, erotica, piacente, civettuola o smorfiosa (Valeriano 2017). A quel tempo qualunque donna che non volevano più partorire anche dopo numerose gravidanze, che non erano in grado di fare lavori domestici o prestare attenzione alla propria prole era etichettata come madri snaturate e donne contro natura e per questo internate nei manicomi per essere rieducate e ricondotte all'ordine: questo succedeva anche con metodi violenti e lesivi, esempio lampante era la malarioterapia in cui si inoculava nel ''malato'' la malaria per provocare uno shock con febbre a 42 gradi, delirio e debilitazione fisica o, introdotto nel 1938, l'elettroshock (Passione 2004). La Società Italiana di Psichiatria, che prima del 1932 si chiamava Società Italiana di Freniatria, è stata legata al regime fascista poiché il suo presidente nel 1925 fu uno dei firmatari del Manifesto degli intellettuali fascisti e il suo successore Arturo Donaggio nel 1938 firmò il Manifesto degli scienziati razzisti innalzando così la razza ariana che includeva anche quella italiana (Valeriano 2017). Fu una svolta anche per la società stessa perché molti esponenti erano ebrei come Lombroso come anche alcuni fondatori: molti psichiatri ebrei furono privati dei loro titoli professionali, esempio lampante è quello di Giuseppe Muggia, direttore dell'ospedale psichiatrico di Bergamo, che venne arrestato e deportato ad Auschwitz nel 1944. La Società fu anche complice di veri e propri rastrellamenti nei manicomi da parte delle SS soprattutto nel Nord Est occupato dalle truppe nazifasciste dopo l'8 settembre 1943: si legge da alcune cartelle cliniche di pazienti ''ritirati da un ufficiale delle SS'' e trasferiti in una destinazione ignota che erano, di solito, dei campi di sterminio.

Solo nel 2017 il presidente della Sip si è ufficialmente scusato per le posizioni assunte dalla Società durante il ventennio fascista (Schedati, perseguitati, sterminati. Malati psichici e disabili durante il nazionalsocialismo, 2018)

Le prime statistiche relative ai ricoveri negli ospedali Psichiatrici Italiani sono state redatte nel 1926 da Gustavo Modena, (archivio manicomio di Ancona, 1926) allora direttore ad Ancona dell'ufficio statistico per le malattie mentali e vicepresidente della Società freniatrica italiana per poi essere pubblicate nel 1928: si sono distinti in ospedali psichiatrici pubblici con accettazione diretta e osservazione il cui numero è 60, manicomi giudiziari che erano 5 e succursali staccate, 37 ricoveri per cronici ''innocui'' dislocati in reparti annessi ad ospedali o altri istituti come le Opere pie. Sono aggiunte anche 34 Case di Salute per abbienti e 20 cliniche psichiatriche, alcune delle quali con anche un reparto di osservazione. Sono stati aggiunti poi vari gruppi diagnostici che hanno aggiornato la lista in:

Frenastenia;
Degenerazione;
Psicosi epilettica;
Psicosi affettiva;
Demenza precoce o altri tipi di schizofrenia;
Schizofrenia;
Psicosi tossiche endogene;
Psicosi tossiche esogene infettive;
Psicosi senili;
Psicosi da encefalopatie organiche;
Non competenti al ricovero.

La statistica ha contato in tutto 60'127 pazienti di cui 32'029 maschi e 28'098 femmine di gran lunga superiore ai decenni precedenti, addirittura in 50 anni sono quintuplicati.

CAPITOLO 2 – LA PSICHIATRIA IN ITALIA NEL 1900

2.1 La nascita della psichiatria italiana

Nonostante in Italia vi fossero personaggi molto significativi nell'ambito dello studi della malattia mentale[7] Si fa risalire la nascita della psichiatria italiana , o meglio della sua forma associativa al 1872, quando in occasione del II Congresso degli Scienziati Italiani C. Livi propose di costituire una sezione di psichiatria: l'anno dopo, nel corso dell'XI Congresso degli Scienziati Italiani, fu creata la Società Freniatrica Italiana, l'organo istituzionale di tutta la psichiatra italiana, che si sarebbe successivamente trasformata nella Società Italiana di Psichiatria nel 1932 (Peloso 2015).

Dal punto di vista editoriale invece, la prima rivista di psichiatria nazionale, "Appendice Psichiatrica", era stata pubblicata solo due decenni prima, il 2 febbraio 1852, e nel 1864 era stata rinominata "Archivio Italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali", rivista che avrebbe accompagnato e rappresentato la psichiatria italiana fino al 1891, anno in cui venne fusa con la "Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale". E' indiscutibile che agli inizi del '900 permanesse un certo fermento nella disciplina: si stava compiendo la separazione tra psichiatria e neurologia, con la costituzione, avvenuta nel 1907, della "Società italiana di neurologia", che si distaccò dalla relativamente giovane Società Freniatrica italiana, ed anche tra gli stessi alienisti si assisteva ad una separazione tra psichiatri "giovani", freschi di studi e spesso arricchiti nel proprio bagaglio culturale da esperienze all'estero, e psichiatri con idee più tradizionali, legati al sistema di classificare le malattie secondo criteri biologici, anatomici ed anatomopatologici, anche a scapito della clinica.

2.2 Le divisioni interne

Le giovani leve sono attratte dalla novità d'impostazione, avvertono il fascino della clinica cui chiedono un orientamento nell'insieme magmatico dello studio delle malattie mentali, mentre gli anziani e autorevoli cattedratici, insomma i rappresentanti dell'establishment psichiatrico italiano, esprimono prudenza, quando non diffidenza,

[7] Uno su tutti Vincenzo Chiarugi autore di *''Della pazzia in genere e in specie''* che si distinse, alla fine del 700 in contrapposizione all'approccio di Pinel, per una visone organicista della malattia mentale. Chiamato anche il Pinel italiano. Divenne direttore del manicomio di Bonifazio a Firenze nel 1788 e pose le basi, assieme a Pinel, di una psichiatria libera da catene e costrizioni.

cercando di contenere l'entusiasmo ai loro occhi eccessivo dei «giovani kraepeliniani" (Babini 2012). Allo stesso tempo, questa discussione rimaneva limitata: come fa notare Andrea Scartabellati: "Erano, in realtà, movimenti ampi, ma epidermici, incapaci d'intaccare il nucleo duro ancora saldamente ancorato alla combinazione di somato-organicismo di matrice tedesca e lombrosianesimo." (Scartabellati 2008). Non si può trascurare infatti come molti alienisti italiani fossero rimasti ancorati alle teorie di Cesare Lombroso, che visse proprio a cavallo tra i due secoli, tra il 1835 ed il 1909.

2.3 Cesare Lombroso

Cesare Lombroso è stato un medico, filosofo, giurista e criminologo ma soprattutto pioniere e fondatore dell'antropologia criminale, tutte le teorie di Lombroso possono essere riassunte nella sua frase '*'il criminale è un essere atavistico che riproduce sulla propria persona i feroci istinti dell'umanità primitiva e degli animali inferiori*'', sua frase contenuta nella sua ricerca ''L'uomo delinquente'' del 1876 (Lombroso 1876). Egli ipotizzava un legame tra genio e follia e aveva collegato a questi due fattori peculiarità fisiche riscontrate nei pazzi[8]: per lui il pazzo aveva dei momenti non epilettici in cui erano presenti delle distrazioni da genio. Sempre nella sua ricerca descrive fisicamente i folli con la predominanza tra i geni di caratteristiche quali il pallore, la magrezza, l'obesità o l'essere rachitici, sterili o celibi. Continuò poi con numerosi studi di fisiognomica e teorizzò la frenologia forense, disciplina pseudoscientifica ormai in disuso. Tutto il suo lavoro fu usato ed abusato nella prima metà del Novecento per tutte le teorie eugenetiche[9] con qualche forma di ''razzismo scientifico'' fino ad arrivare alle deviazioni pseudo-scientifiche fasciste e naziste. I caratteri atavici sono quelli che hanno permesso a Lombroso di differenziare i delinquenti dagli alienati non delinquenti e dal delinquente di occasione: dai suoi scritti si apprende che antropologicamente il delinquente appariva come un primitivo più prossimo ai primati infra-umani con caratteristiche come grandi mandibole, canini forti, incisivi mediani molto sviluppati a discapito dei laterali, denti soprannumerari, zigomi sporgenti, prominenti arcate sopraccigliari, apertura degli arti

[8] Di fatto sviluppo le teorie frenologiche di Gull, medico britannico del 1800 e la fisiognomica di Lavater, scrittore, filosofo e teologo svizzero.

[9] L'eugenetica ebbe un particolare sviluppo nel dibattito scientifico del primo Novecento e norme relativa alla difesa della razza si ritrovano nella legislazione di diversi stati anche prima del Nazismo (Morselli 1923).

superiori di lunghezza superiore alla statura, piedi prensili, la borsa guanciale, il naso schiacciato, il prognatismo e altre caratteristiche lontane dall'uomo moderno come la discromatopsia.

Nella sua fase più matura, Lombroso giunse ad elaborare il concetto di criminalità evolutiva quale tipologia di delinquenza propria della civiltà avanzata e individuò nei reati economici come la truffa la manifestazione delinquenziale tipica delle società moderne non spiegabile dal criminale atavico o degenerativo: iniziò a considerare la figura del delinquente occasionale su cui influivano fattori ambientali, sociali e culturali. Si delineava così il Metodo lombrosiano fatto di indagini che iniziavano a comprendere lo studio della craniometria, del peso del corpo e di altre caratteristiche che aprono sia alla medicina legale che alla psichiatria un campo fino ad allora inesplorato.

2.4 La scuola lombrosiana

La scuola lombrosiana e quella penale positiva erano accomunate dalla terminologia che descriveva le varie tipologie di criminale: il delinquente occasionale che trasgredivano la legge per caso, i delinquenti d'abitudine che erano gli occasionali recidivi, i rei latenti a cui non si era ancora presentata l'occasione di delinquere, sebbene per circostanze o predisposizione potessero più facilmente esserne trasportati e si pensava socialmente facessero parte di questa categoria le prostitute, i marinai, gli artigiani, i soldati e i professionisti. Esistevano poi i delinquenti ''per passione'', chiamati così perché compivano delitti per una certa causa altruistica, come sottrarre dal pericolo una persona amata, senza quindi premeditazione, spesso ripiegando nel suicidio. L'istruzione, secondo Lombroso, diminuiva i reati di sangue ma aumentava quelli di truffa e sessuali come anche alcune malattie causate dalla povertà potevano influenzare il gesto criminale, le quali la pellagra, l'alcolismo, la scrofola o lo scorbuto. Altre ''linee guida'' dettate da Lombroso sempre nella sua ricerca ''l'uomo delinquente'' erano: la donna era propensa a compiere meno omicidio e truffa che aborto ed infanticidio, i celibi e gli sposati senza prole delinquerebbero più facilmente.

Idea del medico veronese era anche quella di trasformare le carceri in manicomi criminali per allontanare dalla società il pericolo dei criminali nati, riconoscibili dalle loro caratteristiche, e dei pazzi morali, che erano le due specie ritenute (Melani 2014).
In sintesi, Lombroso voleva reclamare il primato dell'antropologia criminale sul diritto

penale con idee di cripto-abolizionismo riformando l'esperienza penale su basi scientifiche dando un'oggettività a quella che dovrebbe una scienza empirica e quindi basata su delle ipotesi. Le teorie dell'uomo delinquente sono state formulate anche a carattere ideologico-politico: erano gli anni post-unitaristi ed erano vivide la questione meridionale e il brigantaggio. Lombroso però non sapeva che le sue scoperte e idee sarebbero state usate nel secolo successivo per sviluppare teorie che avrebbero aperto le strade alle famose dittature europee.

Dall'inizio del XX secolo, in questo contesto socioculturale, si inizia a sviluppare la pratica dello psichiatra forense, fortemente condizionata dall'operato della scuola criminologica italiana di Cesare Lombroso che si è battuto lungo tutta la sua vita accademica affinché le cattedre di psichiatria forense fossero assegnate alle scuole di criminologia e di medicina legale. Ciò produsse una scissione tra l'ambito clinico ordinario, per molti decenni limitato agli istituti di malattie nervose e mentali ed ai manicomi provinciali, e quello forense, tradizionalmente gestito dall'amministrazione penitenziaria e con un forte senso di appartenenza alla cultura criminologica e medico-legale. Infatti, ancora oggi, in Italia sia nella percezione comune che nei fatti, il campo di competenza dello psichiatra forense è limitato a fornire un supporto tecnico alle decisioni del mondo giudiziario: in altri stati invece a questo compito si aggiungono quello di identificare e praticare le cure e la riabilitazione psichiatrica ai malati di mente autori di reato, gestendo clinicamente i sistemi assistenziali preposti, di collaborare con il mondo politico ed amministrativo nell'opera di costante verifica dell'organizzazione dei sistemi stessi e degli strumenti normativi che li governano e di svolgere attività di ricerca e formazione sui sistemi di prevenzione, i processi ed i presidi terapeutici più efficaci in questa sottopopolazione psichiatrica. Così facendo a livello nazionale sono arrivati a coesistere il sistema di assistenza psichiatrica territoriale più radicale e radicato del mondo, con soluzioni estremamente innovative e coraggiose e un sistema psichiatrico forense arretrato prettamente custodialistico gestito da specialisti con margini di autonomia clinici modesti.

2.5 Influenze dall'Europa

2.5.1 Emil Kraepelin

Tra gli alienisti il cui lavoro influenzò la psichiatria italiana ci fu sicuramente E. Kraepelin,[10] che nel 1896 propose una propria classificazione delle patologie mentali, basata su un approccio organicistico, anatomo-patologico e neuro-fisiologico. Per Kraepelin la nosologia dovrebbe basarsi sull'attenta osservazione del paziente, poiché la sintomatologia psichica è strettamente correlata sia alla causa sia alla alterazione anatomo-strutturale o biochimica da cui la patologia dipende: seguendo l'evoluzione della malattia è possibile quindi avere gli elementi per classificarla nel modo corretto.

Kraepelin propose una divisione tra le psicosi in esogene ed endogene a seconda della causa determinante, e tra le psicosi endogene classificò la psicosi maniaco-depressiva e la demenza precoce. La demenza precoce, o dementia praecox, venne a sua volta suddivisa in tre sottotipi: ebefrenica, in cui l'esordio è precoce e ben caratterizzato; catatonica, in cui le principali manifestazioni sono quelle di un arresto psicomotorio, e paranoide, in cui compaiono i deliri (definiti come giudizi rigidi ed errati sulla realtà non modificabili dal ragionamento) momentanei, organizzati o con allucinazioni in prevalenza uditive (cioè i pazienti sentono delle voci coerenti con i temi deliranti). Questa patologia inizia nell'età giovanile, presenta sin dall'inizio un indebolimento intellettuale che rappresenta il fenomeno primitivo, e, secondo Kraepelin, ha un decorso cronico con acutizzazioni e remissioni ed è inguaribile. Kraepelin inoltre descrisse altri due disturbi psichiatrici: la paranoia, simile alla demenza precoce paranoide perché caratterizzata da un delirio prevalentemente persecutorio (anche se nella paranoia possono esistere altri deliri organizzati) ma che, a differenza di essa, non insorge in età giovanile e non va incontro ad un deterioramento progressivo; e la psicosi maniaco depressiva, quella che oggi è denominata disturbo bipolare.

Risulta evidente, dunque, che la prognosi fosse un aspetto essenziale in questa classificazione: Kraepelin individuò nella demenza precoce una patologia progressiva ed inguaribile, mentre la psicosi maniaco depressiva sarebbe potenzialmente guaribile e non sempre progressiva. Alla base dei disturbi maniaco-depressivi Kraepelin individuò

[10] Psichiatra e psicologo tedesco vissuto a cavallo tra 1800 e 1900, elaborò alcuni concetti come la parafrenia o la demenza precoce. Considerato il padre delle moderne classificazioni delle patologie psichiche.

comunque un meccanismo biologico, circolatorio: iperemia nella fase di esaltazione ed anemia cerebrale in quella inibitoria. Anche la demenza precoce avrebbe una base organica, ma di tipo diverso: sarebbe infatti sostenuta da un lieve danno cerebrale strutturale rappresentato dall'atrofia prefrontale e dalla debolezza psichica conseguente connesse con un processo degenerativo.

2.5.2 Eugen Bleuler

Non tutti gli psichiatri concordarono con le tesi di Kraepelin, e la discussione si concentrò soprattutto sul termine "demenza precoce". Tra gli alienisti che elaborarono questa critica va ricordato in modo particolare un medico svizzero, E. Bleuler[11], che nel 1911 propose di sostituire a questo termine il più corretto, a suo parere, "schizofrenia", la cui etimologia deriva dal greco e significa "mente divisa". Bleuler, così come altri psichiatri, aveva inoltre osservato come non tutti i dementi precoci peggiorassero evolvendo verso la demenza, ma che, al contrario, una percentuale significativa di essi migliorava nel tempo. Bleuler rispettò la divisione in sottotipi che Kraepelin aveva proposto nella demenza precoce: classificò infatti schizofrenia ebefrenica, catatonica e paranoide, che si possono sovrapporre ai quadri descritti da Kraepelin, a cui aggiunse una quarta forma, che chiamò "simplex", che comprendeva persone con manifestazioni psicopatologiche molto povere, che non presentavano catatonia, deliri o affettività fatua ma solo una chiusura in sé stessi. Il nucleo psicopatologico fondamentale della schizofrenia è la dissociazione tra i contenuti ideativi e l'affettività ad essi correlata (da qui il termine "schizofrenia").

2.6 La classificazione delle malattie psichiatriche in Italia

Per quanto riguarda invece la classificazione delle malattie psichiatriche in Italia, la prima che ebbe una vera rilevanza fu quella proposta al primo congresso della Società Freniatrica Italiana, tenutosi ad Imola nel settembre del 1874. L'autore fu A. Verga, che si basò sulla sintomatologia poiché l'assunto di partenza è che il tipo di alterazione si potesse capire dai sintomi e quindi dalle manifestazioni esteriori. Questa classificazione suddivideva le malattie in due gruppi: frenopatie o frenosi acquisite e frenestesie o frenosi congenite. Le frenopatie, secondo questa classificazione, colpiscono l'uomo alterandone

[11] Psichiatra svizzero, ha lavorato a stretto contatto con Kraepelin. Ha ridefinito clinicamente la schizofrenia e l'autismo.

le facoltà intellettuali e morali già sviluppate; le frenestesie sono invece dovute ad una infermità congenita o ad una affezione che ha impedito il normale sviluppo organico o funzionale dell'encefalo. Le frenopatie sono causate da un insieme di cause ed il loro decorso è variabile: possono guarire, cronicizzare o essere letali. Le frenestesie sono, invece, una degenerazione organica "… imbecillità delle funzioni cerebrali, difetto radicale e incurabile delle attitudini intellettuali e morali" e Verga non le ritiene di competenza dell'alienista né necessitanti del ricovero in manicomio. (Verga 1874)

Questa classificazione verrà utilizzata fino al 1883, anno in cui Enrico Morselli ne proporrà una propria che distingueva gli arresti e le anomalie dello sviluppo della personalità dalle affezioni morbose che colpiscono la personalità sviluppata, effettuando quindi una prima suddivisione tra stati "teratologici" e "patologici". Tra gli stati teratologici vengono inclusi gli stati mentali degenerativi, ovvero la degenerazione ereditaria o frenastenie e la degenerazione acquisita durante la fase formativa della personalità o parafrenie; gli stati patologici invece sono le malattie mentali in cui la causa, più che la predisposizione ereditaria, sono i fattori morbigeni esterni o le frenopatie. Le parafrenie comprendono le degenerazioni psichiche come le psicosi criminale o la pazzia ragionante; le psicopatie costituzionali, che a loro volta si possono distinguere tra quelle su costituzione neuropatica semplice e quelle su costituzione neuropatica grave; e le psicopatie critiche come l'ebefrenia, la demenza senile o la pazzia climaterica. Anche le frenopatie possono essere ulteriormente divise in due famiglie: le psiconevrosi e le cerebro-psicopatie o encefalopatie con psicosi.

Nel 1901 si tenne ad Ancona l'XI congresso della Società Freniatrica Italiana, dove tra gli argomenti che vennero discussi ci fu il tema della classificazione delle malattie mentali (Tamburini, 1906) Venne proposta quindi una classificazione diversa, che suddivideva le psicosi in sette gruppi:

- psicosi semplici acute (stati maniaci, stati melanconici, amenza, frenosi sensoria);
- psicosi congenite (arresti e deviazioni dello sviluppo psichico, frenastenie, pazzia morale, psicopatie sessuali);
- psicosi croniche primitive e consecutive (paranoia, psicosi periodiche, psicosi senili, stati di demenza);
- psicosi paralitiche (demenza paralitica classica, luetica, alcoolica, encefalomalacia);

- psicosi da nevrosi (psicosi epilettica, isterica, neurastenica, coreica);
- psicosi tossiche (psicosi alcoolica, morfinica, cocainica);
- psicosi infettive (psicosi post-influenzale, tifica, da sifilide, delirio acuto).

2.7 Gli psichiatri italiani del '900

Tra i primi psichiatri italiani che si esposero a inizio '900 sicuramente è da ricordare Augusto Tamburini,[12] che ha tradotto il ''Trattato di psichiatria'' di Kraepelin nel 1907 con traduzione basato sulla settima edizione, che era quella più completa: Tamburini spinse molto affinché questo trattato arrivasse agli psichiatri italiani e fu molto attento alle innovazioni psichiatriche anche del resto d'Europa in modo da poter insegnare alle nuove leve tutto il possibile. Ha curato inoltre la traduzione italiana de ''Principi di psicologia'' di William James (James, 1890): con questo era convinto che i futuri psichiatri necessitavano di trascorrere del tempo nelle cliniche psichiatriche tedesche per ampliare i propri bagagli culturali. Tamburini non si può definire un kraepeliniano in senso stretto: per lui l'impostazione clinica suggerita dall'alienista tedesco doveva fondersi, e non sostituire, la tradizione anatomopatologica italiana. La clinica e l'anatomia patologica non andavano viste come alternative, quanto piuttosto come parti complementari: erano le lesioni anatomopatologiche a spiegare i sintomi clinici. Un nuovo punto di vista che non rigettava quindi la psichiatria per così dire "tradizionale", ma che proponeva un suo rinnovamento; si trattava di trovare un punto d'incontro tra i due indirizzi, ed a sostegno della sua ipotesi Tamburini ricordava come le ricerche istopatologiche di Nissl ed Alzheimer avessero permesso di definire il processo patogenetico di alcune psicosi: lo stesso Kraepelin, inoltre, aveva accolto i risultati di questi studi e, quando possibile, integrava i dati dell'osservazione clinica con le conoscenze anatomopatologiche. Per citare Tamburini, era necessario quindi non abbandonare la psichiatria scientifica, ma analizzare sia le lesioni anatomiche che i sintomi clinici, "rintracciando in queste la genesi di quelle" (Tamburini 1918).

Sotto la guida di Tamburini si formarono, tra gli altri, Gaetano Perusini, Francesco Bonfiglio e Ugo Cerletti, che compirono importanti studi su patologie nervose.

[12] Psichiatra e accademico italiano, diresse il manicomio di Ancona e la Rivista sperimentale di freniatria. Ideò la classificazione dei Pazzi criminali.

Cerletti era stato allievo di Mingazzini, titolare della cattedra di neuropatologia alla facoltà di Medicina a Roma, e da lui era stato inviato in Germania per lavorare con Nissl sulle patologie dei vasi cerebrali e della nevroglia.

Perusini, invece, dopo aver lavorato con Tamburini si dedicò al laboratorio anatomo-istologico che avrebbe permesso di compiere molti passi avanti in ambito neuropsichiatrico, maggiormente nelle forme presenili: infatti, la malattia nota oggi, spesso con il nome di ‘’Morbo di Alzheimer’’ sarebbe più propriamente chiamata ‘’Morbo di Alzheimer-Perusini’’. Perusini aveva seguito sia Kraepelin che Alzheimer, apprezzando entrambi: di Kraepelin mise in luce la grande capacità didattica, il ragionamento clinico, lo scarso ricorso a definizioni e l'accento posto ai pazienti, più che alle teorie. Nelle ricerche di istopatologia del sistema nervoso di Alzheimer, però, aveva trovato il suo indirizzo di studi, ed un ambiente ideale alla sua crescita: le ricerche per cui oggi è conosciuto, quelle sulla degenerazione senile del cervello, furono intraprese proprio a Monaco per essere poi portate avanti a Roma sotto la guida di Tamburini.

2.8 Tanzi e Lugaro

L'impostazione di fondo di gran parte della psichiatria italiana rimase però di stampo organicista: uscì nel 1914 un'opera che sarebbe stata il riferimento di molti alienisti, il "Trattato delle malattie mentali” di E. Tanzi e E. Lugaro (Tanzi e Lugaro 1914) direttori rispettivamente delle cliniche psichiatriche di Firenze e Torino che nella prefazione della loro opera scrivono che “La psichiatria è ancora, più che altro, un’esposizione di sintomi. Sotto un’apparente ricchezza di quadri clinici, essa nasconde lacune ed incertezze che lasciano insoluti i suoi problemi più essenziali” ma soprattutto sottolineano come "La propensione generale che oggi si rafforza sempre più, mira ad interpretare ogni disturbo come una manifestazione patologica e ad integrare la psichiatria con la clinica generale. Sulla guida dell'anatomia patologica e della nuova patologia generale, che viene disegnandosi a riguardo del sistema nervoso, si indaga oggi la genesi dei processi organici che si svolgono nel cervello ammalato o per azioni dirette o per influenze indirette di lesioni primitive che alterano le funzioni di altri visceri, i più svariati" (Tanzi e Lugaro 1914). La base della psichiatria doveva rimanere, quindi, l'anatomia patologica, la ricerca dei processi organici alla base dei sintomi psichiatrici.

In quest’opera c’è un chiaro allontanamento dalle idee di Lombroso ma anche da quello che per loro era l’antiscientifico atteggiamento psicologista che ‘’ sovrappone ai dati dell’esperienza principi trascendenti che l’esperienza non giustifica e spesso condanna. (...) non si venga a intorbidare le acque con l'equivoco di una psicologia che pretende di essere scientifica e non lo è." (Tanzi e Lugaro 1914). La classificazione, dunque, deve partire ancora una volta dall'anatomia patologica, mentre i sintomi, per quanto siano la manifestazione evidente della malattia, non sono determinanti. "Il meccanismo psicologico delle malattie mentali, espressione ultima e più visibile del pervertimento funzionale che travaglia il cervello, sempre colpito, passa spesso in seconda linea e vengono invece in prima linea lo studio delle cause (che nel loro insieme non differiscono da quelle di tutte le altre malattie) e quello del meccanismo patogenetico, studio che solo può fornire i dati per giungere alla cura e alla profilassi, oggetti pratici della medicina’’.

I medici dell’Ospedale Provinciale S. Artemio per il loro lavoro sui pazienti militari e civili ricoverati usarono proprio la classificazione di Tanzi e Lugaro, che aveva quattro forme di demenza precoce non comprendendo la diagnosi di schizofrenia. Infatti, tra le perizie del S. Artemio troviamo un poll di sintomi e diagnosi che si ritrovano tutti nel ‘’Trattato di malattie mentali’’ di Tanzi e Lugaro.

Riflettendo sulla psichiatria italiana degli inizi del '900, c'è un evento che non è possibile trascurare: la "legge Giolitti", che disciplinò l'assistenza manicomiale a livello nazionale per la prima volta. Fu, questa, una legge fortemente voluta dagli alienisti italiani, anche se nel loro "Trattato" Tanzi e Lugaro si espressero in modo abbastanza negativo. "Che cosa si può capire di preciso, che cosa si può ordinare di utile in mezzo ad una calca di malati che gemono, supplicano, minacciano, ingiuriano, cantano, cercano di sopraffarsi l’un l’altro con le braccia e con le voci per disputarsi il cibo o per raggiungere il medico, arbitro dei loro destini?” (Tanzi e Lugaro 1914).

CAPITOLO 3 – LA PSICHIATRIA FORENSE

La psichiatria forense è quel settore della psichiatria che studia i risvolti medico-legali e le problematiche forensi che spesso si affrontano in campo penale e civile con soggetti affetti da patologia psichica: è una scienza ausiliare della criminologia che spazia dalla giurisprudenza alla salute mentale che fornisce un giudizio diagnostico-valutativo e prognostico che serve a stabilire le condizione mentali di un soggetto in riferimento a un particolare reato e ad un preciso momento del corso giudiziario.

3.1 Lo Psichiatra forense

La figura dello psichiatra forense lavora con il giudice o con il magistrato per vedere e valutare la competenza individuale di poter assistere ad un processo sulla base di un disturbo mentale o un'anomalia: ha la responsabilità professionale dello psichiatra con attività connesse alla magistratura per valutare l'imputabilità, cioè se è possibile che il soggetto riesca a comprendere e sostenere un processo, e se il reo fosse capace di intendere e volere durante il reato e quindi il suo status mentale all'atto. Valuta poi le testimonianza con un punto di vista neutrale e le recidive che vengono valutate con un'equipe di professionisti come psicologi, infermieri e assistenti sociali. Lo psichiatra forense è una figura professionale che si colloca a metà tra la medicina e la giurisprudenza e che deve aver seguito un training specifico e aver imparato come applicare le sue conoscenze in ambito psicodinamico e psicodiagnostico. Per questo uno psichiatra non è in grado di svolgere le attività peritali senza aver prima approfondito le proprie conoscenze e capacità in tre grandi ambiti: culturale o criminologico, metodologico preso dal contesto medico-legale e giuridico di cui appunto lo psichiatra forense deve padroneggiare le norme contenute nei codici. Il lavoro peritale, infatti, comporta un'attività di formazione continua che va oltre la preparazione fornita dalle scuole di psichiatria perché riguarda un committente che è il magistrato e un utente ovvero il periziando ben diversi da coloro che si incontrano tendenzialmente negli ambulatori. Due dei concetti chiave della psichiatria forense sono la capacità di intendere e di volere: generalmente sono intesi come idoneità che un soggetto possedeva a comprendere il valore e, quindi, il disvalore sociale di quell'azione od omissione per quanto riguarda l'intendere e l'idoneità che il soggetto ha avuto ad autodeterminarsi in vista del

compimento o dell'evitamento di quell'azione che si è costituita in reato. Nella fase di cognizione di un processo penale si può disporre di 3 tipi di indagine peritale psichiatrica e sono una consulenza tecnica per il pubblico ministero, una perizia disposta dal GIP o una perizia dibattimentale mentre in fase di esecuzione processuale il perito può essere chiamato a fare accertamenti solo per quanto riguarda lo stabilire la presenza e persistenza di pericolosità sociale psichiatrica al momento dell'applicazione della misura di sicurezza dell'internamento in una Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza o di quella di libertà vigilata con l'affidamento al Dipartimento di Salute Mentale, ma anche le condizioni di mente attuali del condannato o dell'internato ai fini della compatibilità dell'esecuzione o della prosecuzione della pena o di una misura di sicurezza psichiatrica. Infine, stabilisce le condizioni di mente dell'internato in vista della concessione di misure alternative all'internamento.

3.2 I compiti dello psichiatra forense

I compiti del perito psichiatrico, come distinti nel Trattato di Psichiatria Forense scritto da Ugo Fornari, sono svariati e mediante la perizia si vanno ad indagare molti campi. In fase di cognizione lo scopo varia a seconda del destinatario:

- Se si tratta di un autore di reato i quesiti sono finalizzati a stabilire l'eventuale presenza di un vizio totale o parziale di mente nell'indagato o nell'imputato, la maturità o meno del minorenne infradiciottenne nonché l'eventuale presenza di vizio di mente, le condizioni di mente dell'autore di reato durante le fasi dell'indagini preliminari o la presenza e la persistenza di pericolosità sociale psichiatrica;
- In caso di vittima di reato, l'accertamento psichiatrico si usa per individuare le condizioni di inferiorità psichica dei soggetti che hanno subito reati sessuali, eventuale presenza di danni psichici sopravvenuti nelle vittime di maltrattamenti e violenze sessuali, le condizioni psichiche delle vittime di circonvenzione;
- Nei confronti di un testimone la prestazione forense si prefigge di stabilire l'idoneità a testimoniare.
- In fase di esecuzione invece gli accertamenti disposti dal giudice sono volti a stabilire le condizioni di mente del condannato o dell'internato, la presenza o persistenza della pericolosità sociale psichiatrica nell'autore di reato al momento dell'applicazione della misura stessa, le condizioni di mente dell'internato in vista della concessione di una misura di esperimento come licenza o della revoca-trasformazione della misura di sicurezza.

Compito peritale è comunque ubbidire, al diritto come norme contenute nei codici e previste dalle relative procedure, analizzare gli aspetti oggettivi di comportamenti costituitisi in fatti aventi rilevanza giuridica e conferire ad essi dei significati utilizzando referenti teorici e metodologie appropriate oltre a valutarne la rilevanza in ambito psico-forense.

Nella struttura del processo penale odierno l'attività del perito psichiatra relativa all'indagato o all'imputato può venire richiesta in determinati momenti:

- Accertamenti tecnici ripetibili svolti autonomamente dal pubblico ministero o dalle parti private nella fase delle indagini preliminari con nomina di propri consulenti tecnici a cui si rifà l'art. 359 c.p.p. ''*il pubblico ministero, quando procede ad accertamenti, rilievi segnaletici, descrittivi o fotografici e ad ogni altra operazione tecnica per cui sono necessarie specifiche competenze, può nominare e avvalersi di consulenti, che non possono rifiutare la loro opera.''*
- Accertamenti non ripetibili a cui si rifà l'art. 360 c.p.p. *''1. Quando gli accertamenti previsti dall'art. 359 riguardano persone, cose o luoghi il cui è stato soggetto a modificazione, il pubblico ministero avvisa, senza ritardo, la persona sottoposta alle indagini, la persona offesa dal reato e i difensori del giorno, dell'ora e del luogo fissati per il conferimento dell'incarico e della facoltà di nominare consulenti tecnici. 2. Si applicano le disposizioni dell'art. 364 comma 2. 3. I difensori nonché i consulenti tecnici eventualmente nominati hanno diritto di assistere al conferimento dell'incarico, di partecipare agli accertamenti e di formulare osservazioni e riserve. 4. Qualora, prima del conferimento dell'incarico, la persona sottoposta alle indagini formuli riserva di promuovere incidente probatorio, il pubblico ministero dispone che non si proceda agli accertamenti salvo che questi, se differiti, non possano più essere utilmente compiuti. 5. Se il pubblico ministero, malgrado l'espressa riserva formulata dalla persona sottoposta alle indagini e pur non sussistendo le condizioni indicate nell'ultima parte del comma 4, ha ugualmente disposto di procedere agli accertamenti, i relativi risultati non possono essere utilizzati nel dibattimento. I consulenti tecnici delle parti possono presentare memorie o eseguire consulenze anche fuori dei casi di perizia.''* E quando non è disposta la perizia ciascuna parte può nominare, in numero non superiore a due, propri consulenti tecnici, che possono esporre al giudice il proprio parere, anche presentando memorie a norma dell'art. 121. Anche la polizia giudiziaria può nominare propri consulenti tecnici in veste di ausiliari.
- Accertamenti richiesti dalle parti e disposti attraverso l'incidente probatorio nella fase delle indagini preliminari dal G.I.P.
- Accertamenti disposti nel dibattimento; se il giudice, di ufficio o su richiesta di parte, dispone una perizia, il perito è immediatamente citato a comparire e deve esporre il suo parere nello stesso dibattimento. Quando non è possibile

provvedere in tal modo, il giudice pronuncia ordinanza con la quale, se è necessario, sospende il dibattimento e fissa la data della nuova udienza nel termine massimo di sessanta giorni.

In ogni caso i periti e i consulenti sono esaminati come i testimoni. (Fornari 2020)

3.3 Criteri per disporre una perizia psichiatrica

Per disporre di una buona perizia psichiatrica ci devono essere dei criteri che possono essere oggettivi o soggettivi: i primi comprendono la notizia diretta o indiretta della presenza di disturbi mentali nell'autore o nella vittima, la cui possibile incidenza sul fatto reato deve essere accertata, la presenza di un quadro di scompenso psichico in atto, che faccia parte o meno di una storia psichiatrica, il verificarsi di uno scompenso durante la custodia cautelare o l'esecuzione di una condanna o l'applicazione di una misura di sicurezza non psichiatrica e l'incongruenza e la bizzarria del comportamento oggetto di indagine. Tra quelli soggettivi troviamo la gravità e l'efferatezza del delitto e/o la reazione sociale da esso suscitata, l'appartenenza a una classe sociale che preconcetti e pregiudizi vogliono immune da condotte criminali, la recidiva di reato e il comportamento non conforme che la persona oggetto di indagine tiene durante gli accertamenti di polizia giudiziaria o del magistrato. i dati in base ai quali può essere disposta perizia, inoltre, sono soltanto quelli anamnestici ed eziologici relativi a vere e proprie infermità mentali, non il carattere, la personalità e le qualità psichiche dell'imputato indipendenti da cause patologiche. (Fornari 2020)

Concluse le formalità del conferimento, il procedimento comprende gli accertamenti necessari da parte del perito che poi risponderà ai quesiti con parere raccolto nel verbale. Se per la complessità dei quesiti il perito ritiene di non poter rispondere adeguatamente può richiedere al giudice un termine; quando il giudice non ritiene di concedere un termine provvederà alla sostituzione del perito altrimenti fissa la data entro 90 giorni con possibili richieste di proroghe su richiesta motivata del perito anche per più volte.

3.4 Perizie in caso di reato

I periti dopo aver esaminato tutti gli atti, acquisita la documentazione necessaria sia clinica che no:

- Accertino se al momento dei fatti il periziando fosse o meno affetto da disturbo psicotico o da un disturbo della personalità di gravità, consistenza, intensità e rilevanza tali da escludere o scemare grandemente per infermità, la sua capacità di intendere o di volere;
- Descrivano le attuali condizioni mentali del periziando e accertino se sono compatibili con la partecipazione al processo;
- Se non sono compatibili, dicano se le condizioni accertate siano reversibili o irreversibili;
- Se reversibili, sentiti eventuali curanti, dicano quale sia provvedimento più idoneo per ristabilire le sue capacità mentali;
- Se malattia mentale presente e persistente, accertino che il periziando sia da considerare o meno una persona socialmente pericolosa sotto il profilo psichiatrico e se, questa pericolosità, sia elevata o attenuata precisandone gli indicatori clinici;
- Se in attenuazione indichino i percorsi e le modalità di esecuzione del relativo programma terapeutico. (Fornari 2020)

In sintesi, 3 sono i quesiti in fase di cognizione posti al perito e sono l'accertamento della presenza di un vizio di mente al momento dei fatti, della presenza di pericolosità sociale psichiatrica, delle condizioni di mente attuale. L'accertamento può essere rinnovato anche in fase di esecuzione al fine di applicare, mantenere, revocare o modificare le misure terapeutiche.

Dall'imputabilità dell'autore di reato dipende la sua punibilità e dalla sua pericolosità sociale psichiatrica deriva l'applicazione delle misure di sicurezza psichiatriche: in ogni caso l'autore come soggetto giuridico è giuridicamente sempre responsabile. Nei confronti dell'autore di reato la perizia richiesta in fase cognitiva è sempre e solo psichiatrica perché ogni autore di reato è imputabile fino a prova contraria ed è regolato secondo queste norme:

- Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui l'ha commesso, non era imputabile[13];

[13] Art. 85 c.p.

- 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[14];
- Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita[15].

Quindi tutti coloro che, compiuti i 18 anni di età, commettono un reato sono imputabili salvo prova contraria: la punibilità di una persona consegue quindi all'accertamento della sua responsabilità e della sua imputabilità.

Per convenzione si utilizzano finzioni del tipo del ''come se'', concetti di vario genere carenti di obiettività e di scientificità dove si cerca un possibile connubio tra nozioni giuridico-filosofiche e categorie psichiatrico-cliniche e si esercita il libero convincimento del giudicante.

Alcuni esempi di impunibilità quando un vizio di mente esclude o scema grandemente l'imputabilità dell'autore di reato sono:

- Intossicazione acuta da alcol o da stupefacenti derivata da caso fortuito o forza maggiore;
- L'autore è stato reso da altri incapace di intendere e volere;
- Il soggetto presenta, al momento del commesso delitto, un quadro di infermità mentale;
- Minore in età compresa tra i 14 e i 18 anni che, per immaturità, non ha ancora capacità di intendere e volere al momento del fatto.

Nosograficamente parlando per convenzione possono venire esclusi dalle nozioni di infermità di mente i tratti della personalità che si costituiscono in quadri di stato, in modi di essere della persona come disabilità intellettive medio-lievi, psicopatie, stili nevrotici e perversioni (Fornari 2020); i quadri psicopatologici in fase di remissione o di buona stabilizzazione e quelli di scarsa, controversa e vaga rappresentatività sintomatologica.

Sono presi invece in considerazione i quadri in cui è in atto un evidente scompenso patologico psichico, disturbi mentali organici in cui si registra un quid novi o un quid pluris, le infermità fisiche purché incidano in maniera evidente, rilevante e grave sul funzionamento mentale dell'agente al momento e in riferimento al fatto reato e un

[14] Art. 88 c.p.
[15] Art. 89 c.p.

disturbo grave di personalità in cui sono documentabili episodi di ‘’scompensi’’ borderline o francamente psicotico.

3.5 Differenze con l’attività peritale degli anni ’20 e ‘30

Lo psichiatra forense al giorno d’oggi applica degli schemi frutto dell’esperienza di anni e anni di attività peritali e che differiscono totalmente dagli schemi che venivano utilizzati negli anni ’20 e ’30 del secolo scorso.

La perizia psichiatrica dei primi decenni del Novecento aveva una struttura che cambiava molto in base ad ogni psichiatra che esercitava la professione forense ma con uno schema di base che comprendeva:

- Un’introduzione in cui si riassumeva il caso giuridico e la richiesta di perizia al medico;
- Un’anamnesi familiare in cui venivano elencate le patologie mentali dei familiari;
- Un’anamnesi personale in cui si descriveva accuratamente tutte le patologie precedenti dal momento della nascita alla perizia;
- La parte peritale in cui veniva prima eseguito un esame obiettivo completo di tutto il corpo, in cui si valutava genericamente la costituzione e i vari distretti corporei, un esame neurologico con una analisi approfondita, un esame psichico in cui venivano anche riportate tutte le documentazioni psichiatriche a carico del paziente;
- Seguiva poi la parte analitica del perito che andava a riportare le proprie considerazioni del caso con anche la sua ipotesi diagnostica e peritale e che serviva ai fini giuridici.

CAPITOLO 4 – SANT'ARTEMIO

Durante la mia esperienza svolta all'ospedale Ca' Foncello di Treviso, ho avuto la possibilità di revisionare alcune perizie psichiatriche di provenienza dall'ospedale psichiatrico Sant'Artemio di Treviso redatte dal Dottor Luigi Zanon Dal Bo, che è stato anche direttore dell'ospedale psichiatrico provinciale, e dal Dottor Alessandro Tronconi, neuropsichiatra dell'ospedale psichiatrico primario dal 1913 della sezione uomini e direttore dal 1942 per 17 anni durante i quali aiutò anche alcuni ebrei ospitandoli all'interno dell'ospedale con false diagnosi.

4.1 Sant'Artemio

Il manicomio di Treviso Sant'Artemio è stato inaugurato nel novembre del 1911: è un edificio moderno, pensato per essere funzionale alle attività che si dovranno svolgere. Prende il nome dal quartiere in cui è collocato ma piace pensare anche a un riferimento biblico dato che Artemio si è convertito al cristianesimo per liberare la figlia posseduta. Prima della nascita dell'ospedale psichiatrico la cura e l'osservazione degli alienati venivano fatte in un reparto annesso allo storico Ospedale civile di Treviso, Santa Maria dei Battuti, in un reparto unico istituito nel 1902 con 50 posti letto diretto prima dal Dottor Bianchi e poi dal Dottor Zanon Dal Bo. (Favaretto 2020)

Erano presenti, inoltre, le Case di Salute, istituti asili usati per il ricovero di malati di mente per i quali la tranquillità di ambiente, la nutrizione e l'ordinamento familiare della casa potevano portare a guarigione più rapida; erano dotate di autonomia sull'ammissione di malati. Dopo la legge del 1904 a favore dell'assistenza agli alienati, si fece concreta l'opportunità di costruire un ospedale psichiatrico a Treviso o comunque nelle sue immediate vicinanze. Le Case di Salute diventarono sottoposte alla gestione del direttore del Manicomio Provinciale in modo che non agissero in modo indipendente e autonomo ma come parte di un percorso assistenziale. All'epoca della sua realizzazione il Sant'Artemio disponeva di 350 posti letto in sede centrale e altrettanti 350 nelle succursali. Il primo direttore, il Dottor Luigi Zanon dal Bò, era un convinto sostenitore dei sistemi ''no restrain'' e dell'uso della sede centrale per le acuzie mentre le succursali per i malati cronici, in totale contrapposizione con tutte le ideologie del XX secolo. L'ospedale psichiatrico venne insignito di due alte onorificenze all'Esposizione

Internazionale d'Igiene del 1913 e alla Mostra degli ospedali italiani del 1935. L'attività dell'ospedale psichiatrico si intensificò durante la Prima guerra mondiale andando a ricoverare oltre 1500 militari e durante la fine della guerra, in prossimità della disfatta di Caporetto alcune succursali alla sinistra del Piave passarono sotto controllo austriaco costringendo molti pazienti a situazioni di sovraffollamento. Secondo il censimento del 1926 analizzato da Gustavo Modena, il Sant'Artemio viene classificato negli ospedali che accolgono da gli 800 ai 999 ricoverati poiché al momento del censimento l'Ospedale provinciale vantava 430 posti letto in sede centrale è 750 nelle 6 succursali con 125 posti aggiuntivi nelle succursali per ''deficienti'' di Asolo e Marocco: il personale in sede centrale comprendeva 4 medici e 5 persone con incarichi amministrativi, nelle succursali era presente il direttore e, nel caso di Oderzo, un secondo medico. Per quanto riguarda il personale infermieristico contava 56 maschi e 51 femmine a cui si aggiungevano 18 suore mentre i pazienti erano 947 con le diagnosi più frequenti tra demenza precoce e altre forme di schizofrenia con il 40% dei ricoverati. (Favaretto 2020)

4.2 Luigi Zanon Dal Bò

Il primo direttore del S. Artemio fu il dottor Luigi Zanon dal Bò: diventò direttore nel 1908 e ne rimarrà capo fino al 1940, anno in cui morì. È nato a Vittorio Veneto il 15 agosto 1876, studiò medicina a Padova: dopo la laurea lavorò in due diversi manicomi friulani, il S. Daniele del Friuli e il manicomio provinciale di Udine. Da sempre contrario al sistema di restrizioni del paziente psichiatrico, applicò subito un sistema no-restrain abolendo pure le inferriate dal manicomio. Durante la Prima guerra mondiale ottenne il grado di maggiore e diresse le operazioni più complicate anche dopo la disfatta di Caporetto con il successivo sgombero dell'ospedale.

4.3 Alessandro Tronconi

Il dottor Tronconi è stato diretto del S. Artemio dal 1942 al 1959; è stato anche medico della struttura dal 1911 sotto la guida del direttore Dal Bò e nel 1913 divenne primario della sezione uomini. Durante gli anni della guerra aiutò anche alcuni ebrei all'interno dell'ospedale con false diagnosi di malattie psichiatriche. Fu anche sindaco di Treviso per due mandati dal 1952 al 1959

CAPITOLO 5 – LE PERIZIE

5.1 Schema di analisi delle perizie

Presenterò ora 7 perizie, selezionate da un pool di circa 30 perizie perché illustrative dei diversi ambiti della psichiatria forense e rappresentative dell'ambito forense del ventennio tra il 1920 e il 1940. Nello specifico gli argomenti trattati dalle perizie sono:

- imputabilità di un paziente psichiatrico accusato di omicidio;
- interdizione di una paziente psichiatrica;
- imputabilità penale di un paziente psichiatrico accusato di falso e peculato;
- imputabilità di un periziando accusato di lesioni personali e detenzione illegale di armi
- imputabilità di un periziando accusato di furto;
- imputabilità di una paziente psichiatrica accusata di calunnia;

Le perizie che mi sono state consegnate sono state analizzate secondo una schema fisso andando a valutare in linea teorica la presenza di alcuni punti specifici:

- Il presunto reato del paziente in questione per cui si è richiesta la perizia psichiatrica e le richieste del Magistrato;
- Un'anamnesi remota delle precedenti operazioni e malattie;
- Un esame obiettivo completo con una parte neuro-psichiatrica;
- Una conclusione diagnostica-peritale che include anche le risposte alle richieste del Magistrato.

5.2 Prima perizia: Calunnia 03/1922

La prima perizia che mi è stata data in revisione è stata redatta e compilata dal Dottor Dal Bo riguardo A., indagata nel 1922 per calunnia; dopo aver letto e analizzato gli atti acquisiti anche del ricovero della perizianda dal 23 marzo 1922 al 6 aprile 1922 e le notizie sui precedenti sia familiari che personali, il dottor Dal Bo ha redatto la perizia in questo modo:

- Richiesta per la signora A. in quanto il magistrato ha ritenuto utile porre il quesito di imputabilità per l'accusa di calunnia in questa signora.
- Per quanto riguarda l'anamnesi familiare si è riscontrato una sorella suicida per una causa amorosa, un fratello ipo-etico e ipoaffettivo di carattere abitualmente irascibile però con idoneità al lavoro nell'ambiente familiare. Nessun altro fatto noto è stato rilevato nell'archivio della Polizia a parte una condanna per truffa

per A. sotto un altro nome nell'aprile del 1918 e una denuncia per calunnia dell'ottobre 1918; nel febbraio 1919 è stata arrestata e ricoverata perché imputata del crimine di calunnia. Durante quella degenza A. ha dimostrato delirio di persecuzione sistematizzato contro il delegato dei parenti e contro altre persone: questo delirio paranoico si è radicato su un fondo di limitazione mentale originaria. Inoltre, la perizianda risultava irrequieta, disordinata, pettegola, facilmente ingiuriosa e incosciente del suo stato, costantemente bugiarda e allucinata, poco socievole e sempre preda di sbalzi d'umore, ha lavorato sempre molto poco. Con questa sintomatologia hanno formulato una diagnosi di paranoia con delirio di persecuzione in base alla quale il 22 maggio 1919 la Corte d'Appello ordinala il proscioglimento di A. per totale infermità di mente: il marito in quella sede ha chiesto la custodia della perizianda anche se la malattia è risultata dagli atti nosografici cronica allo scopo di continuare la cura in famiglia e in ambiente probabilmente lontano da persone e cose che avrebbero potuto suscitare il delirio. Il 26 marzo 1921 il marito spostò il suo domicilio per cercare un'abitazione che potesse contenere e rendere più confortevole la vita alla moglie; in estate la perizianda ha tenuto un contegno tranquillo, in autunno il marito ha osservato che A. passava il tempo a leggere e scrivere con particolare lamento per furti consumati in casa e per questo al Comando dei Carabinieri venivano recapitate delle lettere ingiuriose che denunciavano fatti di cui A. riteneva di esserne vittima avvenuti con la complicità di altri ed anche degli stessi funzionari a cui erano destinate le lettere. Dopo pochi mesi dalla dimissione quindi la perizianda aveva riassunto le vesti da persecutrice-perseguitata che l'aveva già resa denunciabile per calunnia e che ne ha determinato l'ospedalizzazione manicomiale. Si era vista un'analogia di condotta abbastanza palese sempre di metodo grafomanico e di obiettivazione del delirio. Inoltre, nel quartiere militare dove il marito era stato richiamato alle armi circolavano delle lettere anonime ledenti l'onorabilità e la reputazione di ufficiali e subalterni delle quali si iniziava a sospettare che l'autore fosse proprio il marito; grazie all'aiuto di un perito calligrafo si è scoperta la fitta trama che aveva intessuto A, che si riteneva innocente ingiuriando contro anche il marito dichiarando di essere vittima di persecuzioni del marito stesso e di pubblici ufficiali, di violenze di privati, di sottrazione e ritardi della corrispondenza, assillando poi di telegrammi, cartoline e lettere. Separata violentemente dal marito e sfrattata dalla sua regione, accusò spesso le autorità di spietata persecuzione e fu vista dormire sulle panchine di giardini pubblici e a mendicare.

- All'esame fisico, A. si è contraddistinta da costituzione mediocre, dentatura deteriorata, funzioni vegetative deteriorate, l'arto inferiore destro era più corto, ipotrofico e ruotato del sinistro per esiti di frattura dell'anca per caduta accidentale da una carrozza tranviaria. All'indagine neurologica non emergono segni meritevoli di speciale rilievo mentre all'esame psichico non si notano

turbe psico-sensoriali con esclusione di dissimulazioni di fatti illusori o allucinatori: la paziente risultava sempre in preda a un continuo delirio persecutorio obiettivato in modo speciale su un delegato ufficiale, che, a suo dire, voleva possederla. Frequenti espressioni verbali turpiloquenti con spunti ironici, palese ipertrofia dell'Io e scarsa reattività affettiva, volontà sostanzialmente ipotonica ma con orientamento spazio-tempo integro e sonno regolare, marcata grafomania attraverso la quale si estrinseca l'evidente delirio a contenuto persecutorio spesso sessuale. La massa imponente di scritti ha costituito la più chiara documentazione del tipo mentale e delle deviazioni intellettive della perizianda perché ha sempre affidato di buon grado alle pagine tutto il suo pensiero fluente.

- Vista tutta la situazione sia fisica che sentimentale causata dalla guerra e la salute condizionata dalla tossi-infezione luetica si è delineata una figura psico-patologica ben nota e studiata: dal 1916 al 1922 ad eccezione di qualche tregua fugace la perizianda ha riprodotto il fenotipo paranoide inquadrato e distinto con visione della realtà tragica, questo disturbo tra le anomalie degenerative della mente. Come ogni paranoico, A. è rimasta sempre lucida e senza mai presentare tumulti psichici che possono degenerare in automatismi, non è mai stata confusa e rare volte allucinata. Le sue passioni, emozioni non hanno mai differito dalle reazioni emozionali più violente degli individui sani ad eccezion fatta per la loro causa che è parzialmente o totalmente immaginaria e che nasce da errori di giudizio, falsi apprezzamenti dettati dalla passione. Il contenuto del delirio per quanto romanzesco è sostenuto da una dialettica vigorosa e con l'aiuto di una memoria valida: i deliri della paranoia sono svariati e tutti rispecchiano esagerando di gran lunga i caratteri fondamentali delle passioni e degli istinti umani. Secondo tutte queste considerazioni, A. che ha sempre avuto una tempra irritabile e un carattere scontroso ed è sempre stata sotto l'influenza di cause deprimenti come il periodo travagliato della guerra e quindi in peculiari circostanze, ha rivelato il suo delirio persecutorio la cui radice si è dovuta ricercare in un forte sentimento egoistico, della privazione del marito a causa del richiamo alle armi. A. però non è sempre stata lucida a causa dell'infezione luetica che le ha portato perturbazioni episodiche confusionali e per questo il perito ha ritenuto che la perizianda non avesse mai dissimulato il fatto che si protestava innocente e ingiuriava altri contro l'accusa di diffamazione e calunnia e in quel caso non ha avuto attività sintetica della coscienza. Prima di essere internata nell'Ospedale Provinciale di Treviso la perizianda ha attraversato un periodo di disordine con una fase sub-confusionale con errori di giudizio e falsi apprezzamenti e date le analisi, è risultata subito affetta da sifilide e bisognosa di cure: il trattamento aveva rimosso la maggior parte dei turbamenti esteriori ed interiori transitori imputabili al contagio ma ha sempre mantenuto intatto il proprio delirio con pensieri mostruosamente erotici. Tale delirio era ormai stabile norma, talvolta celata talvolta palese, della sua condotta e, in base alla

diagnosi di infermità mentale conclamata da parecchi anni, il perito ha concluso che nel momento in cui A. ha commesso i fatti non possedeva né la libertà né la coscienza degli atti perché paranoica e infetta da sifilide e avrà trovato l'ambiente adatto per la cura e custodia nel manicomio dove è rimasta senza limiti di tempo per suo vantaggio e per sicurezza dell'ambiente sociale.

5.3 Seconda perizia: Omicidio 08/1922

La seconda perizia presentatami è stata redatta dal Dottor Tronconi e tratta il caso del signor Poloni P.:

- Il signor P., già ricoverato nell'Ospedale Provinciale di Treviso, nel mattino dell'11 agosto 1922, ha colpito mortalmente alla testa un'infermiera mentre svolgeva alcune mansioni di manutenzione del viale dell'ospedale. Dai primi rilievi sembrano non esserci stati segni palesi che potessero indicare la presenza di turbe psico-sensoriali o di deliri né all'atto della violenza né prima di essa tali da influire sulla sua condotta. Dopo l'atto P. si è chiuso in sé stesso comunicando solo attraverso gemiti o invocazioni spontanee o provocate con impronte psicalgiche e un puerilismo marcato. Il reato per cui si è richiesta la perizia è omicidio volontario.
- Il periziato non ricorda di patologie ereditarie, durante il servizio militare nel 1917 è stato travolto da una valanga esitando in un quadro di afasia e sintomi di confusione mentale; viene riformato dall'Esercito in degenza al Manicomio di Cogolato di Genova e poi trasferito dentro la struttura del Sant'Artemio nel febbraio 1919. Nell'istituto genovese viene diagnosticata una psicopatia con ''notevole confusionismo, depressione dell'umore, deboli idee deliranti, indifferentismo, negativismo, contegno disordinato e manierismi''; nell'ospedale trevigiano è stato descritto come ''paziente dal contegno tranquillo e laborioso, innocuo con stereotipie demenziali, poco loquace, senza estrinseche idee deliranti e tendenza a impinguare''. In data 31 luglio 1921 si ha riportato ''fisionomia clinica invariata nelle caratteristiche anideismo, indifferenza affettiva, mimica fatua e modi di fare puerili con attacchi di tipo ansiosiforme''.
- All'esame obiettivo il paziente ha una robusta costituzione fisica, trofismo generale florido, vita vegetativa regolare, termogenesi normale, riflessi profondi di norma e cutanee deboli a sinistra, riflesso faringeo debolissimo, riflesso oculo-cardiaco di Aschner positivo, dermografismo vivace con strie rilevate, rosse e persistenti, ipoestesia e ipoalgesia diffusa, ''fisionomicamente mongoloide'' con cranio medio, mandibola pronunciata. All'indagine neuro-psichiatrica risulta un accentuato deficit psichico globale con torpore percettivo, anideismo, ottusa memoria evocatrice, indifferenza affettiva: il paziente risulta, inoltre, goffo, ricco di manierismi e stereotipi di tipo puerile, sonno regolare, talvolta catatonico e talvolta irritabile. Il quadro esaminato è quello di una

demenza precoce, che consiste in un processo di disorganizzazione mentale a decorso cronico ma irregolare, con miglioramenti anche notevoli più o meno lunghi.

- Tronconi pone il dubbio se P. possa aver agito sotto un'improvvisa idea delirante, una cieca e subitanea obbedienza ad una allucinazione imperativa, un repentino insorgere di turbe cenestesiche forse per stimolo pervertito. Il dubbio rimane perché il periziato rimane in uno stato di disgregazione psichica in cui ha continuato a vivere P. che frustra ogni tentativo di interrogatorio. Unica certezza è che il campo è quello della demenza precoce in atto da vari anni e che l'azione delittuosa è un tipico sintomo della psicosi. La diagnosi porta ad una incapacità di P. di intendere e volere al momento del fatto e continuerà la sua vita manicomiale.

5.4 Terza perizia: Furto e lesioni 11/1928

La terza perizia analizzata è stata sempre redatta dal Dottor Zanon Dal Bò sul signor P. di anni 25, celibe, contadino. È stato indagato per furto e il magistrato ha posto il quesito di imputabilità al momento dei fatti. Il periziato è stato ospite dell'ospedale psichiatrico provinciale dal 9 novembre 1928 al 31 dicembre dello stesso anno:

- Il signor P è stato accusato di furto e lesioni, il Magistrato ha deciso di richiedere la perizia psichiatrica anche dati i precedenti del paziente soprattutto familiari sotto il quadro psico-patologico. La perizia è stata richiesta per un episodio di furto e lesioni.
- Per quanto riguarda la famiglia di P. il nonno materno e la stessa madre furono ricoverati per riconosciuta malattia mentale mentre in anamnesi patologica remota sono risultati il ritardo e l'insufficienza dello sviluppo psichico ben distinto da una caratteristica svogliatezza che hanno portato a due episodi di insorgenza prossima alla perizia di importanza notevole che hanno slatentizzato una specifica morbilità del periziando cioè una grave forma di meningismo sofferta all'epoca del servizio militare durata all'incirca 50 giorni e pure nel settembre del 1928 caratterizzata da un'immotivata manifestazione sporadica di aggressività brutale nei confronti di un giovane inerme contro il quale era stato aizzato da alcuni compagni di lavoro. L'episodio di violenza combinato con il contegno extra-sociale, caratterizzato da taciturnità abituale, misantropia, vagabondaggio e piccoli furti hanno portato al ricovero provvisorio in osservazione: dopo 50 giorni di degenza manicomiale e alla fine è stata posta una diagnosi di Frenastenia che ha perdurato di conseguenza l'ordinanza del contegno e l'innocuità di P. offrendo una serie di garanzie alla famiglia di assistenza e custodia domiciliare al momento della dimissione in via di esperimento. Il padre del periziando ha riferito che P. ha mantenuto abitudini normali collaborando con la famiglia prestandosi anche ai lavori campestri e alle

faccende domestiche. Dopo aver praticato una visita di controllo da parte del perito sullo stato di P. che si è prestato all'esame con calma indifferente e compostezza non ha rilevato fatti nuovi sia somatici che psichici, di notevole importanza o tali da imporre una revisione del giudizio clinico.

- Il periziando aveva una costituzione robusta e nutrizione generale buona con funzioni vegetative nella norma, il contegno è tranquillo e ordinato ma atono con ristretto orizzonte intellettivo. Era presente una marcata indifferenza affettiva senza però evidenti turbe psico-sensoriali o deliri, nessun segno di pervertimento etico ma scarseggiavano i sentimenti morali.
- Accertata l'eredità in linea materna per le psicopatie passibili di ricovero in manicomio, gli antecedenti individuali avevano un segno inequivocabile di uno sviluppo mentale ritardato e deficiente, rilevato anche da una spiccata svogliatezza sul luogo di lavoro, dalla misantropia e dalla taciturnità con anche una povertà intellettiva non disgiunta da fatuità di espressione fisionomica. Una grave malattia cerebrale, il meningismo insorta nel 1924, deve essere considerata come tipico esponente della morbilità nervosa del soggetto e, insieme a una causa organica, ha aggravato l'ottusità mentale di P. Riferendosi all'osservazione bimestrale del 1928 e in base a ulteriore verifica medico-forense sula natura e sul grado dell'infermità mentale, il perito ha ripetuto la diagnosi già espressa in precedenza e ha ritenuto il periziando affetto da Frenastenia di tale entità da aver abolito in lui il potere di distinzione tra lecito e illecito e da averlo reso strumento passivo dell'altrui spinta: riporta il perito che sia sempre stato risaputo che i frenastenici, per la loro insufficiente volontà, per il carattere malfermo e per il poco giudizio a riguardo sono facilmente suggestionabili; la frenastenia conclamata quindi ha permesso la diagnosi di non imputabilità penale. Gli atti compiuti da P. confermano la fondatezza le cognizione scientifica e pratica della vicenda, e il fatto che P. quando si è avventato brutalmente sul compagno di lavoro era travolto dal malvagio incitamento degli amici come quando ha rubato un secchio di rame e un sacco di grano. Mentre si stava adattando alla vigile custodia del padre come frenastenico ha continuato ad avere una misera affettività pur sentendo l'autorità paterna a cui obbedisce. Il perito aveva comunque consigliato la continuazione dell'assistenza omo-familiare.

5.5 Quarta perizia: Lesione e detenzione di armi 07/1930

La quarta perizia riguarda un incarico dato al Dottor Dal Bò dal giudice istruttore che contempla un'indagine peritale del signor Z. accusato di lesioni personali volontarie e detenzione di una rivoltella illegalmente e, successivamente, internato nell'ospedale psichiatrico di Treviso:

- Il signor Z. è stato accusato di lesioni volontarie dopo un diverbio avvenuto il 3 luglio 1930 per divergenze sui lavori campestri col figlio A e, successivamente, aveva sfogato la sua rabbia con la moglie presente allontanandola lanciandole addosso un bastone che le ha ferito il naso. Avvenuta la violenza, il feritore ha abbandonato il campo in bicicletta ed è andato a costituirsi al comando dei carabinieri che hanno poi trovato la rivoltella trovata a detta di Z. dopo l'invasione nemica nel podere coltivato di sua proprietà.
- Anamnesticamente la famiglia di Z era priva di malattie nervose e mentali, terzogenito di dieci figli. Normale sviluppo somatico e psichico con buona scolarità ma sospesa per iniziare il lavoro campestre: ha sofferto di scarlattina, sciatica e di itterizia ed era molto dedito all'alcol, ubriacandoti frequentemente specie nei giorni festivi. Da due anni i familiari si sono accorti di una modificazione del carattere e dell'umore, veniva riferito che per un nonnulla si inaspriva e si irritava urlando contro senza ragione ai figli e alla moglie spesso passando alle vie di fatto. In momenti di ebbrezza alcolica ha presentato crisi nervose con allucinazioni e idee deliranti quali rapporti incestuosi tra il figlio diciottenne e la moglie: è intervenuto anche il Medico per ammonire e tentare di curare il periziato ma senza risultati efficaci tanto che comunque si è giunti alla reazione impulsiva violenta. Durante il servizio militare non aveva mai avuto problemi anzi è stato descritto come persona dalla moralità notoriamente buona a parte quando si lascia vincere dall'alcol. La moglie, interrogata dal perito, riferisce che dopo il servizio militare soprattutto la prigionia si sia alterato il carattere che fino ad allora non era mai stato uno smodato bevitore ma da allora ha manifestato l'inclinazione all'uso delle sostanze alcoliche e la progressiva intolleranza delle stesse: aggiunge poi che da due anni minaccia a parole e con il forcone l'intera famiglia.
- Somaticamente normale con sviluppo scheletrico regolare, ambidestro con sviluppo pressoché uguale tra i due arti superiori: tiroide non palpabile su collo piccolo. Torace leggermente asimmetrico per abbassamento della spalla destra con spazi sovra-claveari infossati, aree di ottusità cardiache nella norma con toni frequenti e timbro metallico. Presente turgore giugulare e polso radiale teso con pareti vasali discretamente resistenti. Addome tonico con stomaco lievemente ectasico e fegato non debordante con milza non palpabile. All'esame neurologico si nota una sensibilità cutanea e muscolare vigile con soglia normale del dolore, muscoli ben sviluppati e tonici; nella prova della motilità comandata degli arti emerge una lieve precedenza a sinistra sulla destra, riflessi profondi praticamente normali mentre i superficiali abbastanza spiccati, pupille reagenti, tremore delle mani e della lingua mai scomparsi neanche durante la degenza con aumento che a prima vista balza all'occhio anche a un osservatore profano. All'esame psichiatrico la percezione è pronta ed esatta con buona rievocazione mnemonica, senza alcun nucleo delirante: ribadisce però che a casa ha manifestato più volte il concetto che la moglie proteggesse molto fortemente il

figlio maggiore che non corrispondeva, a detta di Z, agli sforzi fatti per la sua istruzione. Nega invece che il sospetto sia arrivato fino alla sfera sessuale con azioni incestuose: riferisce che se l'ha detto o lasciato intendere sicuramente è avvenuto in stato di disordine mentale causato da un consumo smodato di alcol dato da una preoccupazione che dura da due anni per impegni finanziari. A causa di ciò il suo stato d'animo era piuttosto rigido con tutti in casa, nei campi ma soprattutto col figlio primogenito ma a suo modo di vedere l'intenzione era quella di mantenere l'obbedienza verso un solo capo e che quindi la moglie sbagliava ad intervenire sempre in difesa del figlio provocando l'accentuazione dello stato di irritabilità emotiva e gli scatti di collera. Durante la rievocazione di questi pensieri Z. diventava rosso in viso con clonismi per lo più emilaterali ai muscoli mimici con linguaggio affrettato e impreciso e il suo disturbo viene più accentuato con anche tremore alle mani e spiccata iperidrosi. A parte questa ipertensione emotiva si sono rilevati pochi altri dati sia all'esame psichico che nei successivi due mesi di osservazione praticamente ininterrotta in cui Z. è sempre stato calmo e quasi sottomesso, con molta cura per l'igiene personale e una buona affettività familiare con un'attenzione per l'avvenire dei figli ma con un sentimento costante di rimorso. Dai test sperimentali è risultata una discreta rapidità associativa pur avendo un grado limitato di istruzione, la logica è abbastanza serrata senza alterazioni della coscienza e pervertimenti degli istinti. Durante la degenza tutti i fenomeni di ipertonia muscolare, tremore, disartria e disgrafia e le turbe nevritiche si sono tutti attenuati ma non scomparsi. All'esame biopsichico si sono evidenziati tutti i segni di una sindrome tossica esogena come i segni somatici tra cui tremori, l'ipertonia muscolare, la disartria, la disgrafia e l'iperidrosi e quelli psichici come l'emotività morbosa e la reattività esuberante senza però un andamento tumultuario caratteristico dell'intossicazione alcolica che ha spinto a ipotizzare che l'alcolismo in questo caso non rappresenta tutta la malattia né il fattore eziologico unico ma appare come l'elemento rivelatore di un'individualità nelle sue deficienze organiche.

- Il perito a questo punto conclude che Z. non poteva essere considerato come un tossicomane immorale dati, comunque, i precedenti ma non si esclude che avesse potuto presentare saltuariamente turbe allucinatorie o idee deliranti in stato di ebbrezza e all'infuori di quegli stati è stato iperemotivo ed estremamente irritabile, egocentrico e diffidente con spesso incapacità a dominare i propri atti. La diagnosi patologica che ne è conseguita è quella di stato di *Affettività patologica* equivalente a vere e proprie psicosi poiché sdoppiano la personalità e determinano un automatismo psicologico che nega ogni potere di critica e di controllo inibitorio. Per questo Z. non poteva avere e non ha avuto la libertà dei propri atti perché dominato da un travolgente eccitamento emozionale equiparabile a una psicosi acuta che ha abolito in lui le condizioni essenziali dell'imputabilità penale.

5.6 Quinta perizia: Falso e peculato 11/1930

La quinta perizia presa in esame tratta del paziente Y, già ammesso in provvisoria osservazione con un accusa di falso e peculato:

- Il 10 novembre del 1930 il giudice ha affidato l'incarico al Dottor Zanon di sottoporre a perizia psichiatrica Y per stabilire il grado di imputabilità penale al tempo dei reati commessi.
- Padre morto di polmonite franca, madre morta a 32 anni di mastite, zia materna mancata per cardiopatia. Primo di nove figli, tutti con note di nervosismo e impressionabilità, alcuni processati per reati di lieve entità e altri con periodi di mutismo e idee di suicidio. Di carattere docile e laborioso con buonissima condotta all'interno dell'Esercito, si è sposato nel 1916 già con idee di grandiosità inadeguate ai propri mezzi viste anche dalla qualità e dalla raffinatezza degli oggetti che comprava: padre di due bambine, la prima morta all'età di 3 anni di meningite, la seconda nata all'ottavo mese visse solamente 9 giorni: da giovane ha contratto una malattia venerea che però non ha mai suscitato dei dubbi in lui, anzi, ha accusato la moglie di essere malata già alla morte della prima figlia. Morta la prima bambina Y si è chiuso in un mutismo impressionante perdendo ore davanti a circa una trentina di foto della figlia persa tra cui alcune a grandezza naturale: il rapporto con la moglie si è logorato man mano con tante scenate, tra cui quelle causate dalla sua convinzione che la causa della morte della figlia sia stata proprio la moglie (ha dormito per mesi con un pugnale e una rivoltella sotto il cuscino). La convivenza si è fatta via via più difficile: la sorella e la moglie dovevano essere sempre eleganti e vestite bene ogni volta che Y si presentava a casa e non tollerava fossero disabbigliate e sempre in orario per i pasti mentre in pubblico era sempre ammirato dai numerosi amici per il carisma e per l'equilibrio e i buoni modi. C'è stato un episodio in cui Y è tornato velocemente dall'ufficio per dissotterrare la figlia per accertarsi che non fosse stata sepolta viva; in seguito l'umore e il carattere si sono modificati e si alternavano da estrema allegria a depressione e irascibilità per futili motivi con generosità eccessiva verso terzi con interessamento spinto verso gli interessi altrui, si sono sviluppati anche i primi disturbi disartrici con qualche segno di impotenza sessuale compensati a sua decisione da afrodisiaci ma con un calo del pudore tale da vantarsi in pubblico di una relazione extra-coniugale con la cameriera. La separazione legale ha portato la famiglia in uno stato di tolleranza di alcuni segni di degrado psichico da parte della moglie, anche viaggi lunghi con risvolti negativi per i progetti grandiosi che raccontava. Ha iniziato a lamentare dolori gastrici acuti e di tipo reumatico, gli amici riferivano anche inceppamento sillabico e consigliavano a Y di cambiare stile di vita senza ottenere grandi risultati in privato anche se in pubblico continuava a mantenere un certo contegno che illudeva amici e parenti. Quando i disturbi

somatici e psichici sono precipitati, hanno preso tutti coscienza della grave morbosità e subito sono ricorsi allo psichiatra.

- All'esame obiettivo risultava proporzionato nel corpo con bozzi molto sporgenti ad altezza parietale che determinavano una sellatura importante e avvertibile alla palpazione: altri dati antropologici facevano pensare a un quadro di distiroidismo franco, le masse muscolari erano poco sviluppate con trofismo generale scaduto e colorito pallido, tiroide non avvertibile con murmure vescicolare presente, aie di ottusità cardiaca normali, ipoteso, addome trattabile senza alterazioni palpabili. All'esame neuropsichiatrico la sensibilità generale sembrava pressoché conservata, sensibilità oculare normale con percezioni uditive, invece, più nette a destra: inceppamento disartrico notevole, disgrafia. Reazione di wassermann sul siero fortemente positiva e intensamente positiva nel liquor con alta pressione e globuline abbondanti. Alle visite con lo psichiatra indicavano spesso sindromi con impronte di tipo maniacale, un'alta gamma del tono umorale e di euforia, dopo quattro mesi di cure i sintomi sono scemati di molto: i segni completamente patognomonici del processo demenziale sono sempre stati evidenti come lacune dovute a deficit di attenzione e di interesse e lacune dipendenti da turbe affettive e reali di memoria. Il conseguente indebolimento del giudizio e della critica grazie a fenomeni di esaltazione e di depressione, dallo stato di euforia o di sofferenza somatica hanno portato a una tempesta affettiva in contrasto a fasi di depressione e a una devastazione intellettuale con impoverimento del patrimonio rappresentativo che lasciava un certo sfogo alla forza immaginativa aggravata dall'apprezzamento soggettivo di modesti episodi di vita bellica o conquiste amorose che assumevano vesti di avventure eroiche. Il profondo indebolimento di critica e dei sentimenti morali e affettivi, gli accenni a interpretazione persecutoria e gli spunti di idee fastose davano una conclamata disgregazione psichica.
- Fermo restante che il periziato non aveva eccessive patologie ereditarie né altri precedenti personali di grande rilievo, il perito constatava che era un tipico ''paralitico progressivo'' senza alcun bisogno di discussioni in argomento di diagnosi differenziale: il processo di smantellamento cerebrale si è svolto attraverso stati depressivi e stati maniacali. Questo è stato chiarito non tanto per specificare la diagnosi quanto per richiamare l'attenzione sul primo quadro depressivo intenso che costituiva un'eccessiva e patologica reazione allo stimolo emotivo pur comunque grave della perdita della figlia, complicato anche con una serie di atti assurdi e accompagnati da un'attività ideativa che rivelava in modo indubbio la tendenza decisa ad un orientamento delirante: le crisi di disperazione, l'improvviso impulso che lo stava portando a disseppellire il cadavere della figlia, la colpa della malattia e della morte riversate sulla moglie. La paralisi generale progressiva, detta anche neuro-psicosi infettiva, di origine quasi certamente luetica, è una malattia di diagnosi certa anatomo-patologica: elementi rilevanti sono alterazioni microscopiche che attestano un processo

diffuso di distruzione di elementi nervosi come atrofia delle circonvoluzioni con assottigliamento della corteccia fino a metà del normale spessore e facile idrocefalo esterno e interno, fino allo sfaldamento totale delle guaine mieliniche con proliferazione cronica e ispessimenti degli intrecci gialli con fibre anche negli strati medi e profondi della corteccia. Era quindi da intendere che tutti gli atti portati a giudizio per Y come omissione, dispersione di documenti, violazione di segreti d'ufficio, abbandono del servizio senza motivazioni chiare o la minima preoccupazione siano stati commessi in periodo di malattia e il parere del giudice era quello di applicare l'articolo 46 del Codice penale anche se il dubbio del perito fosse sul fatto che la malattia fosse in remissione al momento degli eventi. Ma in questo caso non si poteva prospettare poiché non era presente mai una fase di tregua da quando la malattia mentale si è palesata in modo indubbio ma solo un andamento progressivo. Si è disposto che Y fosse pericoloso per sé e per gli altri e che: al tempo dei commessi reati era in stato di mente tale da aver tolta la coscienza e la libertà dei propri atti e Y risulterà non più pericoloso a sé e agli altri solo quando la disgregazione psichica avrà raggiunto il suo massimo grado.

5.7 Sesta perizia: Interdizione 05/1932

La sesta perizia che ho potuto esaminare è stata redatta dal Dottor Zanon Dal Bo e tratta il caso di un processo che vedeva l'interdizione di X. del 31 maggio 1932:

- In appoggio alla domanda di interdizione, R. aggiunge che X era a quell'epoca ricoverata nell'Ospedale provinciale psichiatrico in stato di infermità di mente che la rende incapace di provvedere ai propri interessi. È stata ordinata la perizia da parte del tribunale civile e penale di Trieste per accertare quale fosse lo stato di infermità mentale di X., e cioè se si trova in condizione di infermità tale da essere incapace di provvedere ai propri interessi;
- X. è stata ricoverata prima nell'Ospedale Provinciale di Trieste e poi, dall'agosto del 1928 anche in quello di Treviso, la nonna paterna era paranoide mentre una cugina materna è morta suicida. La periziata ha contratto in infanzia le più comuni malattie esantematiche senza patologie somatiche gravi, menarca a 15 anni con turni abbastanza regolari. Ha avuto 5 gravidanze con 1 aborto, 1 parto prematuro e 3 femmine con l'ultima che ha contratto una polioencefalite residuante con paralisi spastica, mutismo e deficienza di sviluppo mentale nel 1914. Primi segni di turbe psichiche risalenti al 1927 con vago delirio interpretativo a carico della cognata che abitava con lei: questo atteggiamento subito sopito poi ha preso piede alimentato da allucinazioni uditive vivissime. X. credeva di ''sentire dappertutto la cognata che la insultava e di percepire per telepatia fatti lontani nel tempo e nello spazio''. Internata per la prima volta a Trieste perché si assentava per tutto il giorno e talvolta anche di notte, essendo anche irascibile e violenta con i familiari: dopo l'entrata in istituto la

sintomatologia si è prolungata accentuandosi con allucinazioni uditive e cenestetiche, la sensazione era quella di essere toccata nelle varie parti del corpo, specialmente a letto dove ha inveito contro la cognata che ha sempre ritenuto artefice del suo sequestro manicomiale. Frequenti sono stati gli scoppi d'ira motivati dal fatto che si sentisse fuori posto dentro l'istituto e si è sempre disperata: c'è stato anche un tentativo di suicidio mediante strozzamento con un asciugamano senza farsi del male. All'esame obiettivo le pupille sono uguali scarsamente reagenti alla luce, riflessi tendinei positivi con Babinski assente; i toni cardiaci sono cupi. Gli era già stata diagnosticata una demenza paranoide ma per tutta la durata del 1928 ha tenuto un contegno ritenuto tranquillo salvo qualche episodio di rilievo contrassegnato da allucinazioni uditive arrivate anche dalla linea elettrica. Nel 1929 l'orientamento rimane integro la stessa ideologia paranoica alimentata da vivaci turbe sensoriali, la paziente si sente sempre minacciata da un nemico invisibile, spinto e controllato dall'acerrima nemica, la cognata. Nel 1930 la sindrome vesanica diventa conclamata con continui disturbi sensoriali uditivi, visivi e cenestetici, iniziano atti di scontrosità con le persone che la assistono e contrastano le sue affermazioni. Nel 1931 la sintomatologia rimane pressoché immutata: continua a sentire delle voci e le grida delle figlie che non la salutano: inizia a creare dei neologismi del parlato con espressione fisionomica paradossale di autorità e disorientamento sociale, incapacità di sintesi creativa e decadimento fisico per un'insufficiente nutrizione generale.

- Corporatura normale con impalcatura scheletrica regolare, iniziale calvizie, conformazione regolare del torace, no alterazioni patologiche dell'apparato respiratorio, il cuore si presenta lievemente ingrandito, addome a pareti atrofiche ben trattabile, il fegato non è dolente né la cistifellea, la milza non è palpabile. Dolore in zona ovarica sinistra accentuato alla palpazione. A livello neuropsichiatrico, la sensibilità nelle sue forme è relativamente fisiologica per soglia e rapidità. La periziata appare vigile a prescindere dalla diminuzione del visus binoculare causa presbiopia: i riflessi patellari sono vivaci, quelli achillei presenti mentre quelli congiuntivale e faringeo sono assenti. Le pupille sono spesso midriatiche e per questo è stata praticata la ricerca della reazione sierica Wassermann con il sospetto che possa esserci un contagio luetico ma la negatività del test si accorda con la mancanza di alterazioni delle ghiandole linfatiche e di altri sintomi somatici e funzionali. I disturbi sensori e le idee deliranti esercitano un'influenza meno inquietante sul contegno della malata che li accoglie con rassegnazione di un elemento inscindibile della sua esistenza, una scarsa reattività agli stimoli che potrebbe essere spiegata per un indebolimento intellettivo e volontario, attenzione scarsamente vigile con poco interessamento alla vita sociale, l'orientamento è quasi integro ma non comprende più bene quanto avviene attorno a lei ne riesce a sintetizzare lo stato delle cose, non riflette o consente a sé e agli altri alcuna obiezione alle proprie idee

completamente sbagliate. Apatica sentimentalmente a parte un leggero attaccamento per la sorte delle figlie: il nucleo delirante di grandezza e di persecuzione è invece man mano affermandosi a sistematizzarsi anche nel campo genealogico.

- La diagnosi formulata a Trieste e poi confermata a Treviso allo scadere del periodo di osservazione legale era quella di Demenza paranoide anche se dopo il ricovero al Sant'Artemio hanno aggiunto l'accezione ''precoce'' il tutto supposto su basi solide tra cui: predisposizione ereditaria, in parte omologa, inizio subdolo con delirio persecutivo alimentato da allucinazioni uditive e cenestesiche, contegno sostenuto e scontroso con manifestazioni di ostilità verso il personale e alcuni familiari, tendenza del delirio a sistematizzarsi, iniziale processo di psicolisi con manifesta apatia ambientale, disgrafia, grafomania con particolare indirizzo alle Autorità. Un dubbio che allo psichiatra potrebbe venire riguardo questo complesso insieme di sintomi è la diagnosi differenziale con la paralisi generale progressiva e, per l'appunto, la demenza precoce paranoide. A favore della periziata P. potrebbero deporre l'insorgenza tardiva, la disgrafia, il decadimento quasi marantico della nutrizione generale che si osserva da qualche mese. Il vivace stato allucinatorio, l'atteggiamento di grandezza, la scontrosità di contegno con tendenza alla violenza contro di sé partecipano a entrambi i quadri clinici. Assenza di micropoliadenite, la reazione di Wassermann negativa, la perfezione di linguaggio articolato, la continuità e, anzi, l'evoluzione sistematica del delirio di grandezza, l'assenza di alcun dato che attesti il contagio luetico individuale consentono di riaffermare che la periziata è affetta da demenza precoce paranoide riproducendo appieno i precedenti giudizi clinici. Risulta in modo incontrovertibile che la periziata non presentava a quell'epoca un episodio psicopatico isolato, anche di marca dissociativa, non si trattava neanche di sindrome transitoria o alternante con intervalli di notevole riordinamento durante i quali potrebbe essere legittimamente discutibile la possibilità di diritto privare la periziata della capacità civile. Inoltre, nel caso analizzato si osservavano nelle fasi terminali della malattia le conseguenze del logorio psichico sotto forma di una graduale e marcata riduzione della capacità mentale, della volizione e della critica particolarmente: a fronte del fallimento delle attività che erano residuate in primo tempo si era ingrandito il delirio di grandezza e di persecuzione. Il perito qui decreta che non sarebbe consigliabile lasciare libertà di amministrazione alla periziata le cui facoltà psichiche avevano subito un grave processo di dissolvimento che non lasciava speranze di reminiscenza e decreta, inoltre, di impedire che essa possa danneggiare il proprio interesse e quello altrui con atti insani.

5.8 Settima perizia: Revisione di pensione di guerra 12/1934

La settima perizia che mi è stata data ad analizzare è una perizia richiesta dalla Magistratura che riguarda il signor P., paziente ritenuto psicastenico con alcuni sintomi distimici con una relazione alla Corte dei conti per le pensioni di guerra:

- Il signor P., dopo essere stato accolto nell'Ospedale Psichiatrico nell'8 dicembre 1934 è stato sottoposto a perizia psichiatrica richiesta dalla Magistratura per un caso di revisione delle pensioni di guerra data tutta la storia
- In anamnesi familiare nessuna notizia psichiatricamente rilevante, mentre per quanto riguarda l'anamnesi remota si è posta l'attenzione su una spermatorrea con disturbi nervosi inerenti per quattro anni e ha sempre riferito traumi emotivi bellici con ripetuti accertamenti medico-legali militari con esito di aspettativa di psicastenia. All'esame fisico è risultato pallido con cianosi delle labbra e delle zone ungueali; qualche ronco a livello polmonare con irregolarità del ritmo cardiaco con interferenze alternate a itti avvicinati, addome trattabile. All'esame neurologico si è rivelato una patologia nervosa dalla nascita che si accentua negli stati emotivi: tale carattere di emotività organica si è rivelata anche nell'esame dell'equilibrio, il quale a occhi chiusi è apparso turbato a seconda della minore o maggiore partecipazione psicogena al fattore somatico. La riflessività profonda è stata vivace con torpido il riflesso cremasterico mentre erano molto spiccati i riflessi plantare, addominale, faringeo, congiuntivale e periostei, come quelli bicipitale e scapolare. La sensibilità è sempre stata vigile con sonno spontaneo scarso e funzioni digestive torpide. All'esame psichiatrico è risultata una sub-depressione sentimentale abitudinaria con tendenza a crisi ansiose nelle quali sono emersi dei propositi di suicidio con inclinazione all'auto violenza: la percezione non è mai apparsa turbata da alcun fatto illusorio o allucinatorio mentre il campo ideativo è sempre stato non solo disturbato ma dominato da un nucleo malinconico e a contenuto autocritico e di colpevolezza. Nonostante tutto P. è sempre apparso sensibile alla parola di conforto del personale sanitario anche se la carica positiva si esaurisce velocemente per l'instabilità del tono sentimentale e la sua debolezza volitiva.
- Il 14 gennaio 1935 la diagnosi ''psicastenia in soggetto con sintomi distimici'' ha avuto conferma date le severe indagini in fase sub-acuta della sua evoluzione e della sua semeiotica: gli episodi distimici, sia di origine depressiva che di natura esaltante, migliorarono via via che la terapia razionale e il regime dietetico furono instaurati. Dopo quattro mesi di degenza nosocomiale, P. era in un tale grado di riordinamento da giustificare la sua dimissione dall'ambiente ospedaliero anche per evitare il cosiddetto ''contagio psichico''. Per questo la direzione dell'istituto ha ritenuto giusto dare l'opportunità di far beneficiare P. di assistenza etero-familiare vigilata dallo psichiatra e condizionata da precise istruzioni ed è stato dimesso l'8 aprile 1935: in seguito furono eseguite periodiche visite mediche e trattamenti terapeutici sintomatici hanno aiutato P. a migliorare la sua condizione biopsichica in corso di vita tranquilla che hanno

permesso anche un riavvicinamento di P. con la famiglia. Tutto questo alleggerimento di sorveglianza ad personam ha rinfrancato il tono umorale del soggetto facendo cedere così la depressione sentimentale e la frequente tristezza dell'animo. Il rapporto della direzione dell'Istituto a cui faceva riferimento P. dell'8 agosto 1936 dichiarava che si è presentato in tal giorno tranquillo ed in buone condizioni fisiche ma, anche se migliorato, ha bisogno ancora di quell'ambiente tranquillo e sereno lontano da ogni preoccupazione per permettere il completo ristabilimento delle sue facoltà psichiche. A completamento degli esami fisici e psichici ai fini della perizia, il perito si è riguardato tutti gli atti delle Commissioni Mediche per le Pensioni di Guerra: a Livorno il 9 gennaio 1933 la Commissione ha confermato la diagnosi di Sindrome psicastenica grave e persistente, a Roma il 4 luglio 1934 la Direzione Sanità Militare ha confermato con diagnosi di sindrome psicastenica su fondo costituzionale leggero e sostenuta anche dall'arteriosclerosi, ripetuta anche l'11 ottobre dello stesso anno sempre a Roma. Tutte le diagnosi formulate sono: grave stato nevrastenico del 1919, psicastenia suscettibile di utili modificazioni del 1919, psicastenia del 1928, megalosplancnia e labilità neuropatica costituzionale con stati ripetuti e protratti di astenia nervosa e psichica del1931, sindrome psicastenica grave e persistente del 1933, sindrome astenica neuro-psichica su fondo costituzionale di grado leggero e sostenuto dall'arteriosclerosi e dell'abito disindocrino-megalosplancnico del 1934. Il perito conclude con l'insieme di tutte le diagnosi che sono certamente state confermate da quella del perito che aveva sicuramente una visione d'insieme erano sicuramente rafforzate dai gravi traumi emozionali sia di indole depressiva che esaltante, dal sovraffaticamento e dalle angosce prolungate: infatti, dopo la ripresa a servizio nel 1927 si sono ridestati tanti aspri patemi d'animo che sono sfociati in crisi depressive della sfera affettiva e hanno intensificato le idee fobiche e ossessive affievolendo l'istinto di conservazione. Ha concluso dicendo che P. è stato affetto da oltre 15 anni da psicastenia con sintomi distimici pronunciati e persistenti, che la malattia contratta in servizio e per le cause di servizio in zona di guerra a cominciare dal novembre 1918 è stata legata con vincolo di causa/effetto ai disagi e alle sofferenze belliche, andando così a confermare la pensione per malattia di guerra.

CAPITOLO 6 – ANALISI DELLE PERIZIE

Dopo la consultazione delle perizie e aver scelto quali analizzare ho confrontato il metodo di quelle degli anni ’20 e ’30 e quello dei giorni nostri, appreso grazie ai manuali di psichiatria forense, primo fra tutti quelli di Fornari.
Le prime cose che si sono evidenziate sono che, nonostante gli sviluppi tecnologici globali, sia in generale che per quanto riguarda la medicina, le similarità di metodo sono molteplici.

Innanzitutto, il modo con cui vengono svolte le perizie psichiatriche: certamente un secolo fa non c’erano tutte quelle conoscenze neuro-psichiatriche che ci hanno permesso di apprendere molte eziologie di patologie mentali e neurologiche ma il perito psichiatrico del Novecento affrontava una perizia con metodo e rigore trasponibile anche ai giorni nostri. Consultare inizialmente la documentazione clinica del periziato, avere un quadro generale della situazione prima di avere la persona da valutare davanti è una buona pratica medica applicabile a tutti i campi della medicina adottata anche dagli psichiatri del secolo scorso: questo ci mostra che, nonostante la storia ci ha insegnato che la psichiatria è stata un mezzo per poter eliminare persone scomode, i periti svolgevano un lavoro serio ed esemplare già da allora. All’opposto però il progresso ha permesso di evolvere il metodo di esame obiettivo che, per quanto riguarda il 1900 presentava le caratteristiche di un esame completo, con riferimenti a fenotipi e patologie non psichiatriche che puntavano più al riconoscimento di una possibile malattia mentale sottostante rispetto ad un vizio di mente con tutti i vari sintomi: ai giorni nostri invece la perizia psichiatrica è più incentrata sulla parte giuridica rispetto a quella medica composta da un’intervista più che una visita vera e propria atta ad identificare il quadro psicologico del paziente sia in generale che specifico dell’atto per cui è stata chiesta la perizia.

L’introduzione di un concetto come la capacità di intendere e volere nel 1930 era ancora troppo avanzata e, infatti, non usato nelle perizie trattate: invece il focus era più clinico e improntato alla diagnosi della malattia sottostante più che alla valutazione di un eventuale vizio di mente. Già si vede la volontà di approfondire non solo la mera parte peritale ma tutto il complesso meccanismo della mente del paziente e, quindi, già da allora, si preferiva sostenere più sedute per caratterizzare al meglio il periziato così come lo si fa al giorno d’oggi.

Altra cosa da evidenziare è il proposito delle conseguenze della perizia: al contrario di tutte le testimonianze storiche che ci portano a pensare alla perizia psichiatrica come la psichiatria stessa fosse sempre ‘’usata’’ per scopi politici o comunque per eliminare persone scomode isolandole e recludendole in strutture come i manicomi ma le perizie analizzate raccontano un’altra realtà. In alcune la soluzione è stata la totale presa in carico del paziente da parte della famiglia che per molti pazienti psichiatrici è anche la soluzione migliore rimanere all’interno di un ambiente familiare rispetto ad uno nosocomiale, in altre la reclusione è stata necessaria per circostanze come un reato di omicidio, in altre ancora ci sono stati dei passaggi intermedi che hanno permesso un miglior outcome da parte del paziente. Questo non sta a significare che l’uso e l’abuso della psichiatria in politica è un falso ma che non tutte le perizie o gli atti psichiatrici erano sotto tale giogo. La macchina psichiatrica nel territorio provinciale di Treviso, seguendo e analizzando tutte le perizie a disposizione, ne risulta priva e, anzi, già allora all’avanguardia per quanto riguarda il benessere del paziente psichiatrico durante e dopo un processo giuridico.

Il rapporto che c’era tra l’apparato medico peritale e la giustizia italiana era molto forte: dalle perizie del ‘900 si denota una certa importanza del perito psichiatrico nella decisione finale con una certa influenza sulla scelta della destinazione e terapia del paziente che comunque era data dal giudice. A differenza da ciò che troviamo nei manuali di psichiatria forense odierni, quindi, si è sempre posto su un piano diverso lo psichiatra, un ruolo meno marginale e una partecipazione più attiva al processo anche per quanto riguarda la condanna in caso di assenza di vizio mentale o di terapia in caso di perizia positiva. Il perito, quindi, veniva chiamato dalla magistratura non solo per un chiarimento sullo stato di mente dell’imputato ma anche per proporre e indicare un continuum post processuale che il giudice prendeva in considerazione: lo psichiatra, quindi, svolgeva sia la sua funzione peritale ma anche quella psichiatrica andando a formare così una figura equilibrata tra il mondo medico e quello giuridico già un secolo fa.

BIBLIOGRAFIA

Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense,* Utet giuridica, 7 ed., 2019

Babini V., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento,* il Mulino, 2011

Galanti M. A., Paolini M., *Un manicomio dismesso e le sue storie. Frammenti di vita e relazioni di cura dal 1904 al 1944*, Edizioni ETS, 2020

Colombo G., *Elementi di Psichiatria*, Padova, CLEUP SC, 2008

Dario M., Del Missier G., Stocco E., Testa L., *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi,* Roma, L'asino d'oro, 2016, pp. 398-426

Luca Tedesco, *Lasciti lombrosiani fin nel cuore degli anni Settanta. «Costituzione delinquenziale» e prostituzione in Benigno Di Tullio, fondatore della criminologia clinica, in* ''Giornale di storia'', a. MMXX n. **34,** 2020

Alessio Berrè, *Il <<birbante>> e l'alienista. Per uno statuto del personaggio delinquente nell'Italia postunitaria, in* ''Poetiche'', a. MMXIV n. **40,** 2014, pp. 29-52

Angelo Fioritti e Vittorio Melega, *Psichiatria forense in Italia: una storia ancora da scrivere, in* ''Epidemiologia e Psichiatria sociale'', a. MM n. **9,** 2000

Stocco E., *Il manicomio invisibile: una storia italiana*, in ''Nuova rassegna di studi psichiatrici'', a. MMXX n. **19,** 21 gennaio 2020

Esquirol J.E., *Delle passioni. Considerate come cause, sintomi e mezzi curativi dell'alienazione mentale*, Mimesis, 2008

Peloso P. F., *The birth of Italian society of psychiatry, in* ''Evidence-based psychiatric care'', a MMXV n. **1,** 2015

Scartabellati A., *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella grane guerra,* Marco Valerio, 2008

Chiariugi V., *Della Pazzia in genere e in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni,* 1793

Verga A., *Journal of Neurology*, a. MDCCCLXXIV, n. **253**, 1115-1116

Bleuler E., *Trattato di psichiatria*, La Scuola, 2014

Franzolini F., *Nozioni di freniatria forense per i giurati, i magistrati ed i legali,* Venezia, 1877

Tamburini A., *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, 1918

Tanzi E., Lugaro E., *Trattato delle malattie mentali*, Libraria editrice, 1914

Romano M., *Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra*, 2019

Peloso P. F., *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945),* Ombre Corte, 2008

'*'Lex Carolina''* in Fornari U., *Trattato di psichiatria forense*, 7 ed., 2020

Pinel P., *Trattato medico filosofico sull'alienazione mentale*, ETS, 1987

Foucault M, *Storia della follia nell'età classica*, 1961

Esquirol J. E., *Delle Passioni,* Mimesi, 1805

Legge 36/04, 14 febbraio 1904
Decreto-legge Mariotti, 31 gennaio 1968
Valeriano A., *''Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista'',* Donzelli editore, 2017
Passione R., *Italian Psychiatry in an International Context: Ugo Cerletti and the Case of Electroshock,* 2004
Morselli E., *L'uccisione pietosa in rapporto alla medicina, alla morale ed all'eugenica*, 1923

SITOGRAFIA

Dagli O.P.G. alle R.E.M.S.: il difficile superamento, Ilaria Bagnulo e Marco Tanini, https://www.stateofmind.it/2019/07/opg-rems-psichiatria/ , 11 luglio 2019

Il regime fascista e l'utilizzo dei manicomi per il controllo degli antifascisti, Simona Salustri, https://e-review.it/salustri_regime_fascista_e_utilizzo_dei_manicomi_per_il_controllo_degli_antifascisti , 06 agosto 2015

Il manicomio giudiziario: l'origine della nuova istituzione, Giulia Melani, http://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/cap1.htm , 2014

QUANDO NOI "ITALIANI BRAVA GENTE" STERMINAMMO MIGLIAIA DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PSICHIATRICI

Quando noi ''italiani brava gente'' sterminammo migliaia di persone affette da disturbi psichiatrici, Mattia Madonia, https://thevision.com/cultura/fascismo-manicomi/ , 4 febbraio 2021