



STORIA, POLITICA, SOCIETÀ

Comitato editoriale

*Barbara Bracco, Marco Cuzzi, Nicola Del Corno,
Daniela Saresella, Giovanni Scirocco e Marco Soresina*



Storia e psichiatria
Problemi, ricerche, fonti

A cura di Graziano Mamone e Fabio Milazzo

BIBLION
edizioni

Le opere pubblicate in questa collana
sono sottoposte a un processo di *peer review* anonima
che ne attesta la validità scientifica.

ISBN 978-88-33830-33-9
1ª Edizione dicembre 2019

I diritti di riproduzione e di adattamento
totale o parziale e con qualsiasi mezzo
sono riservati per tutti i Paesi.

Nessuna parte di questo libro
può essere riprodotta senza il consenso dell'Editore.

© 2019 Biblion Edizioni srl Milano
www.biblionedizioni.it
info@biblionedizioni.it

In copertina: *Caduti d'umanità caduta*, fotografia in luce di eclissi parziale; Marco
Mamone, Ventimiglia, Monumento ai Caduti, 2015.

Archivi

Archivio Centrale dello Stato, Roma (ACS)

Archivio del Comune di Cuneo (ACC)

Archivio dell'Istituto Medico-Pedagogico di Marocco, Mogliano Veneto, Treviso (AIMP)

Archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Cogoleto e fondi aggregati, Genova (AOPC)

Archivio dell'Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito, Roma (AUSSME)

Archivio della Provincia di Cuneo (APCN)

Archivio di Stato di Caserta (ASCE)

Archivio di Stato di Lucca, Ospedale Psichiatrico Provinciale (ASLu, OPP)

Archivio di Stato di Trieste (AST)

Archivio Ligure della Scrittura Popolare, Genova (ALSP)

Archivio Ospedale Psichiatrico Barcellona Pozzo di Gotto, Messina (AOPG)

Archivio Ospedale Psichiatrico di Quarto, Genova (AOPQ)

Archivio privato di Luisa Levi, presso famiglia Levi, Venezia (ALL)

Archivio Storico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo (ASO-NA)

Archivio Storico ex Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi, Cuneo
(ASONR)

Archivio Storico Manicomio Santa Maria di Pietà, Roma (ASMP)

La concezione di follia morale e psicopatia nel discorso psichiatrico e nelle cartelle del manicomio civico di Trieste (1908-1930)

di Filip Čeč e Vanni D'Alessio¹

1. L'evoluzione di un concetto poliedrico e sfuggente

Nella seconda metà del XIX secolo la psichiatria crebbe come ambizioni e riconoscimenti istituzionali e scientifici, e i suoi rappresentanti conquistarono uno spazio in pratiche e in discussioni legate al problema del controllo sociale e della punizione, della repressione e prevenzione del crimine e dei comportamenti devianti.² Osservati come comportamenti o come elementi intrinseci nella natura di alcuni individui, la «follia morale, la degenerazione, il criminale nato, la perversione» furono elementi centrali adottati per spiegare un'anormalità vista come «il residuo irriducibile della *sragione*», da cui non era possibile proteggersi «se non in modo assolutamente negativo, col rifiuto e l'assoluta condanna».³ È opinione diffusa tra studiosi che «dinanzi all'allarme per la crescente criminalità, l'adesione alla morale consolidata era identificata da parte della scienza medica con la sanità e la normalità».⁴ Il concetto di follia morale rispose a un'esigenza di criminalizzazione e patologizzazione che si espresse attraverso costrutti medici e cognizioni etiche e morali. Nella necessità di convertire questi costrutti in categorie spendibili in ambito giudiziario, ma anche in raccomandazioni per il riconoscimento, la profilassi e il trattamento medico-terapeutico, questo concetto continuò a viaggiare lungo un binario in cui si incontravano elementi di disturbo mentale e sociale.

Le basi dello sviluppo del concetto di follia morale si fanno generalmente risalire a Philippe Pinel, che all'inizio del XIX secolo adoperò l'espressione «mania senza delirio» per indicare i comportamenti violenti, impulsivi e antisociali di individui le cui capacità intellettuali erano inalterate. Questi comportamenti vennero ulteriormente stigmatizzati da Benjamin Rush e con il termine di monomania furono descritti da Jean-Etienne Esquirol come disordini del lato non cognitivo della personalità: cleptomania, piromania, mania erotica e mania omicida. James Prichard legò questi comportamenti a una mancanza di senso morale, introducendo negli anni Trenta il termine di «follia morale».⁵ Nella seconda metà del secolo, il dibattito si arricchì con la popolarità e la diffusione della dottrina evolucionista, che amplificò l'idea per cui i comportamenti criminali intesi come degenerazione dell'individuo andassero spiegati evolutivamente.⁶ Ciò favorì un dibattito sul legame stretto tra criminalità e malattia mentale in cui si distinse lo psichiatra tedesco Richard von Krafft-Ebing e che in Italia fu elaborato da Carlo Livi, Enrico Morselli, Augusto Tamburini, Andrea Verga, Eugenio Tanzi e da Cesare Lombroso con le sue teorie sul «delinquente nato».⁷ Non a caso Lombroso riportò le parole di Krafft-Ebing per spiegare le caratteristiche dei «pazzi morali»:

Manca in essi la facoltà di formare, utilizzare nozioni di estetica, di morale, cosicché gli istinti latenti nel fondo di ogni uomo prendono il sopravvento. Le nozioni di interesse personale, dell'utile o notevole, dedotte dalla logica pura possono essere normali: di là un freddo egoismo che rinnega il bello, ed assenza di amor filiale [...]; indifferenza alla sventura altrui e al giudizio altrui; da ciò un'esagerazione dell'egoismo che dà a sua volta la spinta alla soddisfazione degli interessi personali, calpestando i diritti altrui. Se vengono in collisione colla legge, allora l'indifferenza si muta in odio, vendetta, ferocia, nella persuasione di essere in diritto di fare il male [...]. In generale [...] costoro mancano d'attività di energia, quando non si tratti del soddisfacimento dei loro desideri immorali, odiano il lavoro. Mendicizia e vagabondaggio sono le loro vocazioni.⁸

La teoria della degenerazione ebbe un impatto profondo sull'antropologia criminale, divenendo il «cavallo della freniatria italiana»

che alimentava e giustificava «un aggancio sempre più organicistico del reato d'impeto alla malattia mentale».⁹ Nell'area di lingua tedesca Julius Koch, poco convinto, a differenza di Lombroso, di poter individuare delle specificità anatomiche nei criminali, divise questi ultimi in mentalmente sani e individui anormali, ossia «psicopatici». Koch era del parere che in alcuni psicopatici il comportamento criminale fosse primariamente causato da circostanze esterne ma suggeriva che in altri individui la causa dell'abitudinario comportamento criminale andasse ricercata nella stessa «psicopatia», sostenendo la presenza di «inferiorità costituzionali» ereditarie o acquisite, fra le quali includeva anche il concetto di follia morale.¹⁰

L'idea di legare questo tipo di patologia a un elemento costitutivo di un individuo fu ulteriormente sviluppata da Theodore Ziehen, che utilizzò il concetto di «costituzione psicopatica» quale degenerazione dell'individuo che veniva specificata come isterica, depressiva, paranoide, ecc.¹¹ Nella stessa direzione di un legame chiaramente organico e congenito tra malattia mentale e criminalità, Emil Kraepelin e altri psichiatri di inizio Novecento come Karl Birnbaum e Kurt Schneider introdussero la nozione di «personalità psicopatica». Questa, che si ricollegava all'idea di degenerazione, univa in una sola categoria sia i criminali nati sia altri soggetti che manifestavano comportamenti antisociali, come gli instabili, i bugiardi patologici, i truffatori e gli attaccabrighe.¹²

Non sorprende che il dibattito su questi disturbi e sul problema del trattamento dei soggetti pericolosi trovasse attenzione in ambito giuridico, intorno alla questione della responsabilità penale. Ciò dipendeva anche dal fatto che sullo sguardo verso tali disturbi pesavano un approccio patologico della criminalità e una prospettiva culturale che rispecchiava una scala di valori propria di una classe media istruita e urbana, con i suoi timori per la degradazione del tessuto sociale che questi soggetti esprimevano e incarnavano. I ragionamenti di Koch, di Kraepelin e degli altri psichiatri erano, in effetti, intrisi dall'incertezza nella pratica medica di trovarsi di fronte a individui i cui comportamenti e attitudini erano difficilmente categorizzabili, in quanto si posizionavano su un crinale tra normalità, criminalità e patologia.¹³

L'incertezza nella classificazione e nella formulazione di una diagnosi per identificare al meglio chi dovesse essere considerato un infermo

di mente e per definire come dovesse essere trattato era, infatti, una questione scottante, che si avvertiva non solo nei manicomi, ma anche nelle aule dei tribunali e nelle carceri e che si rifletteva negli spazi di vita quotidiana. Le diverse definizioni di follia morale, degenerazione, costituzione e personalità psicopatica esprimevano una cifra comune data dall'imprevedibilità e dalla potenziale o concreta pericolosità di soggetti che, invece, specie quando non in preda ad alcool o droghe, avevano comportamenti apparentemente *normali*, che li rendevano difficili da scoprire, decifrare, controllare.

Oltre a criminalità, pericolosità e apparente normalità dei soggetti osservati, una cifra comune delle considerazioni fatte su questo insieme di disturbi mentali dalla psichiatria europea tra XIX e XX secolo va cercata anche in un certo grado di vaghezza e indeterminatezza diagnostica. Ciò risulta più chiaro osservando come questo dibattito si ancorava a vicende concrete, ossia nel processo diagnostico, tra perizie psichiatriche e anamnesi di pazienti ricoverati nelle sezioni psichiatriche degli ospedali e nei manicomi del tempo. La presente ricerca, condotta sui materiali del manicomio civico di Trieste nella prima metà del XIX secolo, ha cercato di fare luce su quanto e come nella prassi medica tra i ricoverati fossero adoperate queste categorie e come venissero identificate e descritte le persone che vi erano incluse. In particolare, ci siamo rivolti alle cartelle cliniche, per capire cosa ci possono dire sulla ricezione di queste categorie e quanto del dibattito succitato filtrasse dell'approccio psichiatrico nei confronti di soggetti che erano internati in manicomio con questo tipo di diagnosi.

Le cartelle cliniche, è stato notato, riproducono un soliloquio, una rappresentazione a una voce di un supposto dialogo, una lettura di una relazione costruita solo dal punto di vista del medico valutatore.¹⁴ Tuttavia, anche in un documento condizionato da questo disequilibrio di potere, pur se compilato in funzione di una legittimazione di una diagnosi già stabilita da altri o aprioristica, o per categorizzare il paziente più che per capirlo, rimangono tra le righe o in trasparenza elementi inseriti casualmente o anche volutamente, che rendono il quadro più articolato e utilizzabile per letture diverse.¹⁵ Le cartelle, come è stato rilevato, consegnano, anche annotati a margine, quei «frammenti di esperienze di follia», attraverso i quali capire meglio i caratteri di un «incontro»

in cui lo «sguardo medico» non è solo.¹⁶ Quegli «elementi stereotipati» del racconto dello psichiatra di turno, se non aiutano a capire le problematiche legate ai sintomi e alle conseguenze di una «malattia» o i motivi per cui si siano sviluppati i problemi del paziente, offrono spunti utili sugli schemi mentali e interpretativi dell'esaminatore e sul rilievo dato in determinati contesti e periodi alcune determinate patologie, caratteristiche e problematiche.

2. *Folli morali e psicopatici a Trieste*

Pur in una posizione periferica in Europa, Trieste era all'intersezione delle scuole e culture mediche italiana e tedesca, che in Europa furono entrambe rilevanti per l'evoluzione del concetto di pericolosità ancorato a disturbi mentali. Il personale neurologico e psichiatrico triestino, di svariata provenienza o origine (dal trentino Canestrini alla galiziana Raviz, ai triestini De Pastrovich e Gusina, ai greci e ormai triestini Costantinides e Xydias, ai vari Marina e Veronese, Fleischman e Salom, Seuneg, Licen, Saiz e Weiss), si era per lo più formato tra Vienna e Graz in contatto con personalità come Krafft-Ebing e Ziehen, e ormai più raramente anche a Padova (come Tanzi, il quale come l'altro triestino Vittorio Benussi, studiò a Graz e si trasferì in Italia), in un intreccio culturale, scientifico, accademico e medico tra i mondi italiano, austriaco e tedesco.¹⁷ In alcuni campi, in particolare la neurologia e poi la psicoanalisi, i medici praticanti a Trieste espressero una voce oltre i confini locali ma, tranne poche eccezioni, scarsi furono i contributi e la riflessione su temi psichiatrici e in particolare su quello di cui ci occupiamo in questa sede.¹⁸

Come nel resto dell'Impero asburgico, a Trieste non esisteva un manicomio giudiziario. Fino ai primi del Novecento i soggetti pericolosi e pacifici coabitavano nel vecchio frenocomio di San Giusto e, dal 1908, nel nuovo manicomio civico; furono in seguito destinati ad aree specifiche, separati in base alla pericolosità, oltre che al loro status economico.¹⁹ Cosa possono dirci le cartelle cliniche triestine su questi concetti immersi nella congiunzione tra criminalità e malattia mentale?

A Trieste la diagnosi di follia morale fu adoperata soprattutto nell'Ottocento, per pazienti anche molto pericolosi, come un celebre assassino

di metà secolo, che tuttavia non fu internato, ma condannato a morte.²⁰ Nel nuovo manicomio questa diagnosi non scomparve e rimase ancorata a un comportamento criminale e fu diagnosticata solo cinque volte negli anni Dieci e un'ultima volta in una diagnosi dei primi anni Venti del Novecento, anni in cui in 56 pazienti venne invece rilevata una «costituzione psicopatica», adottata per pazienti difficili, scomodi, potenzialmente pericolosi, lungo un crinale tra capacità e incapacità mentale.

Questa diagnosi scompare a partire dagli anni Trenta, quando si rilevano invece cinque casi di personalità psicopatica, che aumentano negli anni successivi, secondo uno schema comune alla diagnostica europea. Lampante il caso di Edoardo C., soggetto internato già verso la fine del XIX secolo al vecchio manicomio per follia morale, e nel nuovo per ben 29 volte, dal 1911 al 1946, per un totale di 2.313 i giorni di degenza. Le sue cartelle segnalano, in successione, la follia morale e poi sia la costruzione psicopatica sia la personalità psicopatica.²¹ Come abbiamo già notato, entrambe queste diagnosi nacquero in ambito psichiatrico tedesco e furono ampiamente diffuse in quello asburgico, mentre nelle cartelle triestine era assente la monomania, concetto molto dibattuto in Francia, e diffuso anche in Italia.²²

Una difficoltà di individuare nelle cartelle i tipi di disturbi sopra menzionati è che solitamente essi si accompagnavano ad altre diagnosi, in particolare all'alcolismo, spesso cronico, o in alcuni casi alla tossicodipendenza, al cocainismo o al morfinismo, che potevano essere privilegiati come diagnosi principali rispetto alla follia morale o alla costituzione psicopatica. Nelle donne la costituzione psicopatica era sovente associata all'isteria, solitamente formulata secondo la classificazione di Ziehen di «costituzione psicopatica isterica», generalmente in alternativa alla diagnosi di «costituzione psicopatica degenerativa» e riguardava soprattutto casi di prostitute, ma anche di casalinghe.²³ I casi esaminati suggeriscono, in generale, una arbitrarietà e vaghezza del processo diagnostico, confermata dagli stessi psichiatri triestini Costantino Costantinides ed Ettore Licen in una perizia: «Campo vasto ed eziologicamente non sempre ben chiaro, a confini talvolta arbitrari, è quello delle costituzioni psicopatiche».²⁴ Nel caso dello stesso Edoardo C. l'alcolismo si alternava con la follia morale e con la costituzione psicopatica senza che si potesse individuare un motivo, a meno di non

interpretare la stessa diagnosi in funzione di, o quantomeno in rapporto a, una pericolosità sociale del soggetto.

La sensazione di pericolosità del soggetto, filo conduttore in questo tipo di diagnosi, poteva essere evidenziata da problemi giudiziari o dallo stesso paziente, come nel caso di due internati a cui venne diagnosticata la costituzione psicopatica degenerativa tra 1912 e 1915: Mario V.,²⁵ che sentiva di essere una minaccia per la propria omosessualità (o “sessualità sbagliata”), e Dusan J.,²⁶ incapace di frenare la propria aggressività. Tra 1911 e 1925, cinque dei sei pazienti diagnosticati invece con follia morale, tutti di sesso maschile, vennero arrestati più volte per vari crimini (truffe, risse, ubriachezza, vagabondaggio, violazioni della morale pubblica, o danni a cose più che a persone), anche se non si trattava di assassini o stupratori. Ciò che anzi caratterizza la follia morale è che era applicata a soggetti autori di crimini sia piccoli sia gravi.²⁷ Tuttavia, nelle carte del manicomio, oltre che a responsabili di crimini veri e propri, seppur non gravi, questo insieme di diagnosi, dalla follia morale alla costituzione psicopatica degenerativa e alla personalità psicopatica, fu assegnato a soggetti di cui venivano stigmatizzati dei comportamenti, legati all'alcolismo,²⁸ alla cocainomania o morfinitismo,²⁹ alla prostituzione,³⁰ a forme di sessualità considerata errata,³¹ al vagabondaggio. Il nesso tra questi tipi di diagnosi sembra essere quello dell'infrazione delle norme sociali, ossia di un pericolo, anche solo potenziale, per la comunità.

In alcuni di questi casi il pericolo che venissero commessi crimini era concreto. Nel caso del cocainomane Giuseppe P., arrestato per centinaia di truffe lungo la penisola italiana, i medici suggerivano un prolungato internamento: «non si» poteva «certo pretendere che la congenita deficienza morale di P.» potesse «in Manicomio, migliorare, ma col passare degli anni scompariranno gli effetti dei tossici ai quali è abituato e si attenuerà la vivacità degli istinti e si infiacchirà la fantasia che ora prevale sulla ragione e che forse si infiltrerà lentamente un salutare timore», ossia «di un definitivo ricovero in Manicomio se egli, riacquisita la libertà, commette[sse] di nuovo qualche reato».³²

Tuttavia gli stessi dottori erano consci che, a causa delle loro abitudini comportamentali (e, aggiungeremmo al loro ambiente di riferimento), una volta dimessi, questi individui sarebbero stati nuovamente

attratti da comportamenti criminali. Per gli alcolisti e tossicomani i dottori consideravano il trattamento manicomiale comunque utile, sperando che la forzata disintossicazione portasse a un miglioramento, ma al tempo stesso essi stessi temevano che una volta dimessi in quanto «migliorati» o addirittura «guariti», potevano tornare alla dipendenza e a comportamenti antisociali.³³ Non a caso, quando questi soggetti già dimessi venivano nuovamente ricoverati in manicomio, per ubriachezza molesta o vagabondaggio, perché portati dai parenti che non riuscivano ad accudirli, o perché loro stessi pativano freddo o fame, i dottori si rifacevano alle vecchie diagnosi e nelle nuove l'internamento veniva giustificato menzionando una pericolosità basata su atti che erano stati commessi in precedenza, ossia al tempo delle originarie valutazioni.

Non discuteremo, in questa sede, il problema della cura psichiatrica, pur condividendo che essa non si riducesse alle sole «pratiche di custodia e repressione».³⁴ Ad alcuni di questi pazienti, in particolare quelli luogodegenti, nonostante l'etichetta di pericolosi, era data una certa libertà di movimento, attraverso attività di lavoro nella struttura (remunerate certamente nel caso di Edoardo C.) con la preoccupazione e la speranza degli psichiatri di prepararli a una futura dimissione e all'adattamento alla vita fuori la struttura. Eppure, nei casi osservati in questo saggio, gli psichiatri evitavano di affrontare il problema medico sociale imposto da tali personaggi, ma pragmaticamente riproponevano schemi usando una diagnosi *segnalino*. In molti casi la struttura era spinta a liberarsi di questi soggetti per problemi di sovraffollamento o per mancanza di personale qualificato o anche per i problemi che ponevano alcuni di questi soggetti, fonti di continua tensione, perché coinvolgevano altri degenti nei loro piani di fuga o in macchinazioni varie o addirittura corrompevano gli infermieri. Ad ogni modo, quando venivano rilasciati ai familiari come «migliorati» o «in esperimento», erano comunque inseriti in un meccanismo di schedatura, a causa della loro pericolosità (effettiva o potenziale) per l'ordine e la morale pubblica, un tentativo di gestire una situazione all'insegna dell'emergenza.

Note

¹ Il lavoro è stato scritto a quattro mani (Filip Čeč è autore responsabile del primo paragrafo; Vanni D'Alessio è autore responsabile del secondo), per il progetto di ricerca *Classification and explanations of antisocial personality disorder and moral and legal responsibility in the context of the Croatian mental health and care law (CEASCRO)* finanziato dalla Fondazione di ricerca scientifica croata (HRZZ, n. 8017).

² Su questo vedi: V.P. Babini, M. Cotti, F. Minuz e A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Il Mulino, Bologna, 1982; F. De Peri, *Il medico e il folle, istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra otto e novecento*, in *Storia d'Italia*, Annale 7: *Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Einaudi, Torino, 1984, pp. 1057-1140.

³ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1981, p. 519.

⁴ D. Palano, *Il potere della moltitudine: l'invenzione dell'inconscio collettivo nella teoria politica e nelle scienze sociali italiane tra Otto e Novecento*, Vita e Pensiero, Milano, 2002, pp. 95-96.

⁵ Per una ricostruzione sintetica dello sviluppo di queste formulazioni vedi: J. Jalava, S. Griffiths, M. Maraun, *The Myth of the Born Criminal. Psychopathy, Neurobiology, and the Creation of the Modern Degenerate*, University of Toronto Press, Toronto, 2015; D.W. Jones, *Disordered Personalities and Crime*, Routledge, New York, 2016; G.E. Berrios, *History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.

⁶ Sugli sviluppi del concetto di degenerazione, in particolare in Bénédict Morel, Cesare Lombroso e Henry Maudsley, vedi: D. Pick, *Faces of Degeneration: A European Disorder; c.1848-c.1918*, Cambridge University Press, Cambridge, 1989; J. Jalava, *The Modern Degenerate: Nineteenth-Century Degeneration Theory and Modern Psychopathy Research*, in «Theory & Psychology», XVI, 2006, 3, pp. 416-432.

⁷ Sulla pazzia morale furono numerosi, in particolare tra gli anni Settanta e Ottanta, gli interventi di questi e altri autori italiani come Clodomiro Bonfigli, Arrigo Tamassia e Ugo Palmerini sulla «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale» (pubblicata da Livi assieme agli allievi Morselli e Tamburini), sull'«Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le

alienazioni mentali» e sul lombrosiano «Archivio di Psichiatria, antropologia criminale e scienze penali per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente».

⁸ J. Von Krafft-Ebing, *Lehrbuch der Gerichtlichen Psychopathologie*, Leipzig, 1882, p. 248. Riportato da C. Lombroso, *La pazzia morale e il delinquente nato*, in «Archivio di Psichiatria, antropologia criminale e scienze penali per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente», III, 1983, 4, p. 366.

⁹ U. Fornari, *Concetti vecchi e nuovi in psichiatria forense: dalla monomania al disturbo borderline di personalità*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», CXII, 1988, 6, p. 1265.

¹⁰ P. Gutmann *Julius Ludwig August Koch (1841-1908): Christian, philosopher and psychiatrist*, in «History of Psychiatry», XIX, 2008, 2, pp. 202-214.

¹¹ H. Sass, A. Felthous, *The Heterogeneous Construct of Psychopathy*, in *Being Amoral – Psychopathy and Moral Incapacity*, a cura di T. Schramme, Cambridge, 2014, pp. 41-68. Su Ziehen e l'approccio organicistico vedi Fornari, *Concetti*, cit., p. 1265.

¹² Jones, *Disordered* cit., p. 128.; G. Eghigian, *A Drifting Concept for an Unruly Menace: A History of Psychopathy in Germany*, in «Isis», CVI, 2015, 2, p. 289.

¹³ Eghigian, *A Drifting*, cit., p. 288.

¹⁴ Su una discussione delle cartelle come fonte storica, in particolare su quelle del manicomio di Trieste, che guarda anche al contributo di Franca Ongaro e Franco Basaglia sul ruolo del processo diagnostico nella psichiatria istituzionale, vedi: G. Nemeč, *Dopo venuti a Trieste: storie di esuli giuliano-dalmati attraverso un manicomio di confine, 1945-1970*, Alphabeta Verlag, Merano, 2015, pp. 50-54.

¹⁵ A. Scartabellati, *L'umanità inutile: la «questione follia» in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del Manicomio provinciale di Cremona*, Franco Angeli, Milano, 2001; V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia, 2002.

¹⁶ V. Fiorino, *La Cartella Clinica: Un'utile Fonte Storiografica?*, in F. Alberico, *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, DI-SMEC, Genova, 2010, pp. 56-57.

¹⁷ L. Premuda, *Il Contributo Scientifico Dei Medici Triestini Nell'ultimo Secolo*, in «Atti Del II Convegno Medico Giuliano», Trieste, 1968, pp. 13-28; Id., *Medicina tra realtà e storia: memorie in libertà di un medico mitteleuropeo*,

Venezia 2003; *Atti del X Convegno di Storia medica giuliana. Classe Medica e società tra Ottocento e Novecento a Trieste*, numero speciale de «Il Lanter-nino», XVII, 1994, 3.

¹⁸ Tra 1897 e 1942 il Bollettino dell'Associazione medica triestina pubblicò un solo articolo su temi psichiatrici e nessuno su questi problemi, di cui altrove scrisse lo psichiatra e perito triestino Pietro Xydias (*Stati psicopatici e respon-sabilità penale*, Trieste, 1909).

¹⁹ Sul manicomio triestino: *In celebrazione del cinquantenario dell'Ospedale psichiatrico provinciale «Andrea di Sergio Galatti» di Trieste 1908-1958*, a cura di F. Donini, Editoriale Libreria, Trieste, 1959; R. Dobrina, *L'Ospeda-le psichiatrico di Trieste dal 1908 al 1970*, in «Il Lanter-nino», Trieste, XVI, 1993, 4, pp. 17-22; D. De Rosa, *L'archivio della follia nell'Ospedale psichia-trico di Trieste*, in *Le carte di Ippocrate. Gli archivi per la sanità nel Friuli Venezia Giulia*, a cura di P. Dorsi e G. Tatò, Anai, Trieste, 2005, pp. 53-59; L. Meli, G. Polita, *C'era una volta un Manicomio: origine e cronologia del nuovo Frenocomio di Trieste*, Italo Svevo, Trieste, 2008.

²⁰ Su questo vedi G. Nemeč, *Psichiatria e criminologia a Trieste nel primo '900. Una perizia*, «Qualestoria», XVIII, 1990, 2-3, pp. 133-174; F. Braulin, *La que-stione sanitaria nella Trieste di fine '800: i caratteri antropologici della medici-na ospedaliera sul Litorale Austriaco*, Franco Angeli, Milano, 2002, pp. 72-73.

²¹ Archivio di Stato di Trieste (d'ora in poi AST), Fondo dell'Ospedale psichia-trico provinciale (d'ora in poi OPP), 1922 uomini, 1923 uomini e 1946 uomini, Cartelle cliniche di Edoardo C.

²² Vedi: Fornari, *Concetti*, cit., p. 1262.; Sass, Felthous *The Heterogeneous*, cit., p. 43.

²³ Su questo vedi E. Schneider, *Zois in Nighttown: Prostitution and Syphilis in the Trieste of James Joyce and Italo Svevo (1880-1920)*, Ashgrove, London, 2014.

²⁴ Vedi «Perizia medica sulle condizioni di mente di I. Paola», 17 aprile 1928, AST, OPP, 1928 donne, Cartella clinica di Paola I.

²⁵ AST, OPP, 1912 uomini, Cartella clinica di Mario V.

²⁶ Lettera inviata al primario in AST, OPP, 1915 uomini, Cartella clinica di Dusan J.

²⁷ Su un caso triestino di celebre assassino, diagnosticato pazzo morale e poi condannato a morte, vedi: Nemeč, *Psichiatria*, cit. e P. Guarnieri, *L'ammaz-zabambini. Legge e scienza in un processo toscano di fine Ottocento*, Laterza, Roma-Bari, 2006.

²⁸ Edoardo C. (cit.), Guido P. (AST, OPP, 1915 uomini), Raimondo U. (AST, OPP, 1912 uomini) e Beniamino M. (AST, OPP, 1917 uomini); Giovanni G. (AST, OPP, 1925 uomini). Cfr. Braulin (*La questione*, cit.) per i casi Coen, Gherzon e Vidali.

²⁹ Vedi le cartelle cliniche di Giuseppe P. (AST, OPP, 1925 Uomini, Cartella clinica di Giuseppe P.), Angela C. (AST, OPP, 1928 donne), Bruno V. (AST, OPP, 1929 Uomini), di cui scrive anche Rita Corsa (*Edoardo Weiss a Trieste con Freud: alle origini della psicoanalisi italiana: le vicende di Nathan, Bartol e Veneziani*, Alpes Italia, Roma, 2013, pp. 135-146.)

³⁰ Anna G. (AST, OPP, 1909 donne).

³¹ Come nei casi già citati di Mario V. e Bruno V.

³² Cartella clinica di Giuseppe P. (cit.), Perizia, 1921.

³³ Vedi i casi dei già citati Guido P. e Edoardo C.

³⁴ A. Scartabellati, *Culture psichiatriche & cultura nazionale. Per una storia sociale (1909-1929)*, in «Frenis Zero. Scienze della Mente, Filosofia, Psicoterapia e Creatività», III, 2006, 5, p. 99.

INDICE

- 5 *Introduzione*
di Graziano Mamone e Fabio Milazzo
- 21 PROBLEMI
- 23 *Brevi note in tema di simulazione (1863-1906)*
di Andrea Scartabellati
- 35 *Psichiatria e psicopatologia delle migrazioni a cavallo del
XX secolo*
di Oscar Greco
- 47 *Non vietare, ma spiegare. L'impegno della psichiatra Luisa
Levi per l'educazione sessuale (1928-1962)*
di Elisabetta Benetti
- 63 *La storia della psichiatria e gli psichiatri: considerazioni
sul VI congresso nazionale dell'AMOP (1969)*
di Gerardo Favaretto
- 75 *Il rinnovamento psichiatrico in Sicilia prima della legge
180 (1968-1978)*
di Manoela Patti

201	FONTI
203	<i>Note sul metodo. Fonti psichiatriche e histoire du présent</i> di Stefania Ferraro
217	<i>Una fonte per la storia della psichiatria. Il poema sul manicomio di Luigia Brovelli</i> di Elena Cennini
231	<i>Carte da legare: l'attuazione locale di un progetto nazionale</i> di Francesca Mambrini
243	<i>Manicomi a Genova. Gli archivi, la storia e le storie (1841-1999)</i> di Simonetta Ottani e Paolo Francesco Peloso
257	<i>Il riuso delle fonti d'archivio: il caso del Museo Laboratorio della Mente di Roma</i> di Vera Fusco
269	<i>L'archivio dell'ex Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca a Maggiano: stato di fatto e prospettive di intervento</i> di Veronica Bagnai Losacco
281	<i>Bibliografia</i>
311	<i>Autori</i>
319	<i>Indice dei nomi</i>