IL CONFLITTO, I TRAUMI

Psichiatria e Prima Guerra Mondiale

A cura di:

Paolo Francesco Peloso

e Chiara Bombardieri

IL CONFLITTO, I TRAUMI

Psichiatria e Prima Guerra Mondiale

A cura di:

Paolo Francesco Peloso

e Chiara Bombardieri

IL CONFLITTO, I TRAUMI
Psichiatria e Prima Guerra Mondiale

A cura di:
Paolo Francesco Peloso
e Chiara Bombardieri

Copyright 2019 Azienda USL di Reggio Emilia

Indice

Psichiatria e trauma al tempo della Grande guerra: tra vicende manicomiali e questioni aperte, di *Paolo Francesco Peloso*	pag.	9

Parte I. Gli Ospedali Psichiatrici

Il San Lazzaro di Reggio Emilia e una guerra da amministrare, di *Francesco Paolella*	«	37
«Non atto a prestare ulteriore servizio sotto le armi. La selezione del corpo militare nella pratica alienista del dott. Salerni all'Ospedale psichiatrico di Verona, di *Gabriele Licciardi*	«	55
Il manicomio di Treviso e la Prima Guerra Mondiale, *di Gerardo Favaretto*	«	70
Cesare Colucci e il Manicomio di Capodichino durante la Grande Guerra, di *Marco Romano*	«	85
Interno cremonese. Tra guerra fuori e conflitti dentro un manicomio modello (1916-17), di *Andrea Scartabellati*	«	103

Parte II. Follia e altro

Work in psychiatry in the First World War – between therapy and economy, di *Felicitas Söhner* « 161

Teorie del conflitto e critica della modernità nell'eugenetica europea: Georges Vacher de Lapouge e Auguste Forel, di *Giovanni Cerro* « 170

Fraternal Traumas: South-Slavic Psychiatric Casualties in the Opposed Armies of the First World War, di *Mirza Redžić* « 188

Tragedie silenziose. I «folli» di guerra nella visione dello Stato Italiano e dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra, di *Ugo Pavan Dalla Torre* « 202

Lungo un incerto confine: psicologia e psichiatria di fronte alla Grande Guerra, di *Glauco Ceccarelli* « 216

Parte III. Il cinema

Nevrosi in fotogramma: documenti sulle nevrosi di guerra negli archivi cinematografici e militari. Approccio storiografico pionieristico di un quarto di secolo fa, di *Giovanni Nobili Vitelleschi* « 255

La guerra e i traumi psichici. "Raffiche" di Aldo Molinari, un esempio dalle immagini d'archivio della Cineteca Nazionale, di *Francesca Angelucci* « 268

Bibliografia « 279

Gli Autori « 305

Psichiatria e trauma al tempo della Grande guerra: tra vicende manicomiali e questioni aperte

di *Paolo Francesco Peloso*

Ci pare di vederli, ormai, questi fanti, sprofondati nel fango, schiaffeggiati dal fragore e lo spostamento d'aria delle cannonate e delle bombe, asfissiati come insetti dall'improvvisa esalazione dei gas o falciati dalle sventagliate della mitraglia, tanto se n'è parlato da cinque anni a questa parte. Rinviati scioccati nelle retrovie, a cercare la pietà e la comprensione di uno psichiatra in abito militare nella rete degli avamposti sanitari, nei centri di prima raccolta, nelle sezioni militari dei manicomi; cercare pietà e incontrare invece, spesso, inflessibile richiamo alla virilità, sospetto, scosse elettriche dolorose, parole che non potevano che ribadire: «da che mondo è mondo, è la guerra. È la guerra e l'uomo adulto deve sapervi far fronte».

Che sarebbe stato spaventoso lo si sapeva anche prima. Lo insegnavano - e lo ha ricordato in Italia tra i primi Antonio Gibelli (1991) - i resoconti spaventosi della guerra Russo-Giapponese e lo riferivano ormai anche le cronache dai vari fronti europei durante quell'anno in più che l'Italia ebbe a disposizione per decidere se gettarsi o non gettarsi nel macello. La guerra era diventata industriale, di massa. Gli esiti sul mondo mentale catastrofici.

Si scelse ugualmente di gettarsi nella mischia. I risultati - che citiamo qui da una recente pubblicazione dello storico militare Nicola Labanca (2016) - furono quelli che si sarebbero potuti attendere. Dei 4.200.000 soldati che nei poco più di tre anni di conflitto raggiunsero il fronte, 650.000 furono i morti, oltre due terzi di loro in combattimento e gli altri per malattia o in prigionia; circa 1.000.000 i feriti, più di 120.000 dei quali rimasero mutilati.

In questo scenario apocalittico, i numeri della psichiatria possono sembrare meno impressionanti, ma non sono trascurabili: circa 40.000 furono i militari sottoposti a osservazione psichiatrica nel periodo del conflitto secondo Bruna Bianchi (2001a).

Una parte di questi casi si risolse nei centri di osservazione avanzata organizzati a ridosso del fronte, uno presso ciascun corpo d'armata, perché si era visto che consentire al soldato di allontanarsi dalla zona delle operazioni ne rendeva più difficile il rientro. E poterono rientrare subito in zona di guerra; altri venivano inviati in alcuni manicomi del nord-est, presso i quali erano stati allestiti i Centri di prima raccolta, che dopo Caporetto furono concentrati in un unico Centro, a Reggio Emilia. In questi Centri veniva svolta la vera e propria operazione di filtro: chi poteva rientrare al fronte dopo un'osservazione un po' più accurata, chi veniva assegnato al manicomio della propria zona per proseguire la degenza, chi inviato per una licenza a casa e chi definitivamente in congedo.

Ma di tutto questo molto si è parlato. E non è, evidentemente, tra gli obiettivi di questa introduzione operare una sintesi dell'immensa mole di ricerca inerente il rapporto tra Grande guerra e assistenza psichiatrica nel nostro Paese, che ha visto la luce già a partire dall'epoca stessa dei fatti. Né dei testi che, a partire dal lavoro di Antonio Gibelli e Bruna Bianchi (2001), ha visto storici e psichiatri volgersi all'indietro negli ultimi cinquant'anni e ancora ritornare più insistentemente sul tema in occasione di questo centenario, a partire dal 2014.

A cosa è servito allora l'ennesimo convegno, questo *Il conflitto, i traumi. Psichiatria e Prima guerra mondiale* organizzato dal Centro Studi di Storia della Psichiatria della AUSL di Reggio Emilia diretto da Gaddomaria Grassi il 30 settembre 2016; e dopo di esso a cosa serve la pubblicazione di questo ennesimo volume sulla relazione tra assistenza psichiatrica e primo conflitto mondiale?

Beh, probabilmente ad aggiungere poco, ma qualcosa sì credo. Perché mi pare difficile comprendere una realtà così gigantesca e complessa da meritare l'aggettivo di "mondiale", che ha direttamente o indirettamente interessato centinaia di milioni di uomini, donne e bambini, se non si entra nel dettaglio di ciò che essa è stata nel piccolo delle singole realtà urbane e rurali, delle singole istituzioni. Ma anche di ciò che la guerra ha significato per la vita degli asili,

l'evoluzione delle pratiche di cura, quella delle ideologie, delle discipline scientifiche, della relazione tra psichiatria e tecniche di riproduzione iconografica e comunicazione, questioni spesso che si ponevano per la prima volta in quella gigantesca spinta verso la modernità che la guerra ha rappresentato o venivano reimpostate in quel momento e spesso sono ancora aperte.

Aprirei dunque con un commento ai cinque contributi relativi ad altrettante realtà manicomiali.

In primo luogo quella di Reggio Emilia, il luogo del nostro ritrovarci, che è al centro dell'intervento dello storico Francesco Paolella *Il San Lazzaro di Reggio Emilia e una guerra da amministrare,* nel quale focalizza l'attenzione sugli aspetti amministrativi relativi alla partecipazione indiretta del San Lazzaro, per varie ragioni un manicomio particolarmente importante nella rete assistenziale italiana, alla guerra. La disponibilità a internare militari e profughi provenienti dal nord-est soprattutto (ma non solo) dopo Caporetto, portò gli ingressi in manicomio - secondo i dati di Paolella - a raddoppiare rispetto all'anno precedente già nel 1916, quadruplicare nel 1917, divenire addirittura sei volte quelli iniziali nel 1918, per poi degradare solo lentamente negli anni successivi.

Questo pose, evidentemente, problemi all'amministrazione, con una parte significativa dei medici e degli infermieri mobilitati nell'esercito, una decurtazione nella proporzione tra organici e internati prevista per legge per tutti i manicomi italiani, una parte degli edifici ceduta all'esercito per ricoveri di militari a carattere medico.

Il San Lazzaro si trovò così ad affrontare anche momenti drammatici: come quello in cui fu necessario circoscrivere e risolvere, al termine del 1915, un'epidemia di colera «portata in dote», verosimilmente, dagli ospiti militari; o quello in cui la scarsità di vettovaglie, fattasi drammatica nel 1918, determinò una rivolta proprio tra gli stessi internati militari, evidentemente meno ammansiti e rassegnati rispetto alla popolazione stanziale del manicomio.

Un capitolo particolare affrontato da Paolella, che se ne è già occupato più diffusamente altrove (2008), è poi l'insediamento proprio a Reggio Emilia, con l'appoggio logistico - specie nella prima fase - del San Lazzaro, del Centro psichiatrico-militare di

prima raccolta diretto dallo psichiatra militare Placido Consiglio[1], reduce da una convivenza non priva di momenti di spigolosità a Padova con quello che era in quegli anni lo psichiatra italiano più sensibile ai diritti degli internati, Ernesto Belmondo[2].

Il centro nasceva, evidentemente, dalla necessità di arretrare dopo Caporetto, ma forse anche da un disegno dell'esercito di avocare a sé l'attività di filtro per i ricoveri, le licenze e i congedi per ragioni psichiatriche, per la quale Consiglio, militare di formazione rigorosamente lombrosiana, offriva evidentemente la garanzia di criteri più restrittivi rispetto ai colleghi direttori dei manicomi presso i quali i centri di prima raccolta erano in precedenza collocati.

Al manicomio di Verona è poi dedicato «*Non atto a prestare ulteriore servizio sotto le armi». La selezione del corpo militare nella pratica alienista del dott. Salerni all'Ospedale psichiatrico di Verona*, nel quale Gabriele Licciardi presenta la figura di Aleardo Salerni, lo psichiatra incaricato del reparto osservazione del San Giacomo, per il quale tra il 1915 e il 1920 passarono 850 militari. Nella presentazione di Licciardi, il Salerni ci appare come l'esponente di quella «psicofobia» - prendo a prestito l'efficace espressione usata nel 1920 in un articolo su *Guerra e malattie mentali* da Zanon dal Bò (cit. in Peloso, 2016a) - che animò la maggior parte degli psichiatri impegnati sui vari fronti nel corso del conflitto. Altrove ho tentato di individuare alcune delle ragioni di questo atteggiamento, identificandone quattro che qui riporto:

1. la prima è di carattere *storico-psichiatrico* e ha a che fare con un'impostazione difensiva degli psichiatri volta - a partire soprattutto dalla seconda metà del XIX secolo - a rinnegare la possibilità di un'eziologia non organica per le malattie mentali per il timore di

1 Il Consiglio, uno dei pochissimi psichiatri inquadrati nell'esercito già prima della guerra, era stato autore tra il 1911 e il 1914 di un corposo saggio di psichiatria militare pubblicato in quattro parti sulla *Rivista Sperimentale di Freniatria* e attualmente disponibile sul sito web della rivista.

2 Il Belmondo aveva sollevato, nel 1902, lo scandalo con il quale erano emerse sulla stampa nazionale le pessime condizioni in cui erano tenuti gli internati dei manicomi veneziani di San Servolo e San Clemente, e durante il XII congresso della Società Freniatrica tenutosi a Genova nel 1904 aveva proposto, senza successo, l'abolizione assoluta dei mezzi di contenzione nei manicomi italiani (Peloso, 1995).

vedere la psichiatria allontanata dall'ambito della medicina e delle scienze naturali, e vederne così messo in discussione lo statuto di «scientificità»;

2. la seconda è di carattere *clinico-epidemiologico*, e ha a che fare con la difficoltà ad ammettere il trauma emotivo come fattore eziologico principale perché non ci si spiegava (e oggi ancora non ci si spiega, peraltro) la ragione per cui, di tanti soggetti esposti allo stesso fattore traumatico, non è in genere che un'esigua minoranza ad ammalare;
3. la terza è di carattere *politico-ideologico* e ha a che fare col fatto che la guerra doveva in quella società imbevuta di cultura patriarcale e nazionalistica essere considerata un'attività «normale» che il maschio adulto sano doveva essere in grado, all'occorrenza, di garantire, né sarebbe stato facile considerarla, nel momento in cui tanto sangue veniva «gloriosamente» versato sul suo altare, fattore patogeno;
4. la quarta è di carattere *psichiatrico-forense* e ha a che fare con l'importanza della valutazione che, in quella sede, lo psichiatra era chiamato a esprimere: l'inferno della punizione o del rientro al fronte, o il paradiso del ritorno a casa. E la psichiatria poteva forse affidare questa scelta a oggetti volatili e d'incerta consistenza come le emozioni? Un pur vago riferimento al corpo non avrebbe dato a buon mercato quella patina di serietà che era necessaria, non avrebbe forse fatto sentire più sicuri? (Peloso, 2016a, pp. 198-206)

Nella ricostruzione di Licciardi, Salerni pare avere uno sguardo critico verso le modalità sommarie, dettate dall'incombenza delle esigenze belliche, con le quali il materiale umano per il fronte era stato selezionato. E, più in generale, mantenere un'anacronistica posizione aristocratica e sprezzante, in base alla quale la guerra è attività élitaria dalla quale coloro che se ne dimostrano indegni e incapaci devono essere esclusi; il che lo pone implicitamente in contrasto con le esigenze della guerra di massa, nella quale a contare era più la quantità che la qualità dei soldati che si era in grado di schierare. Un numero che, per l'Italia, poteva essere più difficile garantire rispetto agli altri Paesi, anche in ragione dei massicci fenomeni migratori che l'avevano interessata nei precedenti decenni.

Gerardo Favaretto con l'intervento *Luigi Zanon Dal Bò, l'ospedale psichiatrico di Treviso e le sue succursali fra il 1915 e il 1917* ci porta nel piccolo manicomio di S. Artemio a Treviso, inaugurato solo nel 1911, che aveva per principale caratteristica

accanto a quella di essere stato concepito secondo i criteri del *no restraint* assoluto, quella di prevedere un ospedale di piccole dimensioni per gli acuti e una distribuzione dei cronici in varie succursali. La guerra interessò il S. Artemio per due ragioni: la prima è che ospitò un ospedale militare di riserva per alienati per il quale transitarono circa 1700 militari; la seconda che dopo la rotta di Caporetto dovette essere sottoposto a massicci provvedimenti di evacuazione assieme alle succursali, parte delle quali vennero a trovarsi in zona occupata. Tanto delle operazioni di evacuazione che delle condizioni drammatiche di sovraffollamento e difficoltà di approvvigionamento degli internati nelle succursali cadute in mano austriaca Favaretto fornisce notizie preziose, e una commuovente casistica.

La figura del direttore Luigi Zanon Dal Bò (1876-1940), allievo del già ricordato Ernesto Belmondo, giganteggia nella psichiatria italiana di quel periodo ed è giustamente approfondita dal collega veneto, perché, dalla puntuale documentazione raccolta da Favaretto risulta che egli non derogò neppure in ambito di psichiatria militare e durante la guerra ai principi del *no restraint* assoluto appresi da Belmondo. Così come risulta la sua sollecitudine nel cercare di garantire comunque, pur in quella situazione drammatica e difficile, i mezzi indispensabili per sopravvivere alla popolazione manicomiale che gli era affidata. E ancora perché dalla stessa documentazione risulta che, rispetto al suo personale servizio psichiatrico all'esercito, l'atteggiamento di Zanon Dal Bò fu di piena disponibilità; il che rende più interessante il fatto che, al termine del conflitto - mentre l'atmosfera non cessava di essere ammorbata da una roboante retorica patriottica che si sarebbe protratta senza soluzione di continuità nel bellicismo fascista (Peloso, 2008) - egli tragga le sue conclusioni e faccia riferimento all'area in cui opera come «terra straziata dagli orrori della guerra infame» (Peloso, 2016a, p. 182).

E segnalo così, ancora, come Favaretto riporti un accenno soddisfatto di Zanon Dal Bò al fatto che nel dopoguerra gli enti previdenziali avessero finito per riconoscere, superando nei fatti la polemica scientifica in atto tra gli psichiatri, la possibilità di un riconoscimento per la malattia mentale della "causa di guerra", testimonianza di quanto i temi che vedremo poi affrontare da Pavan Dalla Torre in questo volume fossero sentiti.

Con il saggio dello storico Marco Romano *Cesare Colucci e il manicomio di Capodichino durante la Grande guerra* passiamo all'impatto della guerra su un manicomio molto distante dal fronte, quello della provincia di Napoli, nel quale i militari accolti non ricevevano il trattamento particolare previsto altrove, ma quello della generalità degli internati.

Il contributo mi pare prezioso per due ragioni. La prima è che, dopo avere succintamente ripercorso la storia di quell'istituzione e le difficoltà - comuni alla generalità dei manicomi del resto - ad accogliere internati criminali, Romano analizza 430 cartelle relative a ricoveri di militari, mettendo in luce due problemi. Il primo riguarda la vera natura della «patologia» sofferta da molti di quei militari: una insofferenza alla disciplina che, evidente già nella vita normale di quei soggetti, era destinata ad esplodere col farsi più stringenti delle regole caratteristico della vita militare, specialmente in tempo di guerra. È una questione evidentemente questa dell'indisponibilità a piegarsi alle regole di determinati individui - non necessariamente malati di mente, o quanto meno non in modo scontato - destinata a fare venire l'ulcera (anche oggi peraltro!) ai bravi borghesi in tempo di pace, come ai lugubri generali in tempo di guerra.

Romano fotografa perfettamente il problema: «Dalle descrizioni dei diari clinici sembra molto sottile il confine che divideva gli atteggiamenti per esempio, di un individuo dalla *scarsa evoluzione psichica,* ritenuto non bisognoso delle cure manicomiali, rispetto a quelli di un vero *pazzo*». Nel primo caso, Colucci non ha remore a dimettere il soggetto come "non folle" e non bisognoso di cure psichiatriche[3.]

Ed è un atteggiamento questo di Colucci - e qui è il punto più interessante - che lo pone in contrasto a tratti anche aspro con Consiglio in merito ad alcuni casi che, ritenuti bisognosi di cure psichiatriche a Reggio, erano stati invece ritenuti non bisognosi a Capodichino. Una questione per la quale, da psichiatra, mi pare di

3 Si tratta di un problema particolarmente avvertito nella psichiatria italiana di oggi, che si è accentuato dopo la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, come è evidente dall'appello pubblicato da Biondi *et al*., 2016. Ma è anche un problema che, passando dal dibattito sulla monomania e la follia morale, accompagna la psichiatria dalla sua nascita (Peloso, 2016b).

poter avanzare tre ipotesi esplicative. La prima, più generale, rimanda all'alta componente soggettiva, interpersonale che ha sempre la diagnosi psichiatria, la poco precisa delimitazione delle categorie che presentano spesso ampie aree di sovrapposizione e la sua stretta relazione con la situazione in cui viene formulata, tutti fattori che fanno sì che la non concordanza diagnostica sia in psichiatria un fenomeno sempre piuttosto comune. La seconda, più specifica, rimanda al differente obiettivo in riferimento al quale il paziente era valutato dagli psichiatri militari reggiani e da quelli civili napoletani. Che corrispondeva per i primi all'esigenza di definire se c'era idoneità a servire nell'esercito senza creare più problemi che vantaggi; e corrispondeva invece per i secondi a definire la competenza psichiatrica della situazione secondo i normali criteri del tempo di pace. Non stupisce perciò che i due gruppi di psichiatri pervenissero a risultati opposti, perché ricercavano cose diverse; in particolare la categoria di «follia morale», o sociopatia, era ragione di esclusione dall'esercito a Reggio, e ragione di esclusione dalla psichiatria a Napoli. Ma c'è una terza ipotesi anche: che gli uni e gli altri sbagliassero a imprigionarsi nella rigida dicotomia malato/simulatore, perché non tenevano presente la possibilità che il soggetto manifestasse in modo autentico un quadro psicopatologico più florido a Reggio, quando aveva a che fare con personale militare e la prospettiva di ritorno alla situazione traumatica del fronte era più incombente, e che questo quadro venisse meno a Napoli, di fronte a personale civile e più lontano dalla guerra. Senza che in ciò vi fosse perciò nessuna simulazione, né ragione di polemica. Comunque, appare rimarchevole che, almeno in questo caso, i criteri diagnostici degli psichiatri civili appaiano più restrittivi di quelli dei colleghi militari.

Il saggio di Romano, poi, si sofferma sulla figura di Cesare Colucci, (1865-1942), che a seguito della riforma Gentile del 1923 avrebbe lasciato la direzione del manicomio optando esclusivamente per la cattedra di Psicologia sperimentale, concorrendo in tal modo da psichiatra alla nascita, al confine tra medicina e filosofia, della psicologia in Italia, un tema questo sul quale ritorna, più diffusamente, in questo volume Ceccarelli.

Mi pare così che le quattro figure di Consiglio, Salerni, Zanon Dal Bò e Colucci, che abbiamo visto emergere da questi primi interventi,

incarnino quattro diversi atteggiamenti di fronte al problema - cruciale in quel momento - dell'altezza a cui fissare la soglia al di sotto della quale gli osservandi per patologia psichiatrica dovevano essere esentati per ragioni di salute dalla guerra; e al di sopra della quale potevano/dovevano far rientro, dopo l'osservazione, nella zona delle operazioni. Tanto Salerni che Zanon Dal Bò sembrano infatti propensi a tenere la soglia più alta, ma per ragioni opposte. Il primo, per proteggere l'esercito dai problemi che avrebbero creato soggetti non pienamente efficienti; il secondo all'opposto perché soprattutto preoccupato di proteggere il soldato dai rischi che avrebbe comportato per la sua salute mentale il ritorno in situazione traumatica. Ad entrambi si contrappone l'atteggiamento di Consiglio, preoccupato di tenere la soglia più bassa per il duplice obiettivo di impedire che potessero approfittarne soggetti paurosi e antisociali, non veramente malati (i simulatori), che avrebbero finito così per ricevere paradossalmente un trattamento di favore; e di recepire, da psichiatra militare di carriera qual era, le esigenze dei comandi militari attente più alla quantità di massa umana a disposizione che non alla sua qualità sotto il profilo della tenuta emotiva. Sul versante opposto, lo stesso Consiglio si trova in polemica con Colucci, il quale, più lontano fisicamente ma anche, parrebbe, emotivamente dalla guerra, si dimostra preoccupato più che di difendere i confini della patria, di difendere quelli della psichiatria dall'invasione da parte di soggetti la cui inidoneità alla guerra nasce da cattiva volontà anziché da malattia mentale. E anche da quei soggetti malati che, una volta lontani dal fronte e da quel suo prolungamento costituito dal Centro di Prima Raccolta, guarivano.

Ritorniamo in area più prossima alla zona di guerra con il contributo dello storico Andrea Scartabellati[4], *Interno cremonese. Tra guerra fuori e conflitti dentro un manicomio modello (1916-17),* che differisce nell'impostazione dai precedenti perché focalizza, all'interno della vicenda del manicomio di Cremona la cui storia

4 Scartabellati è autore di importanti studi sulla psichiatria durante la Grande guerra, e curatore di un importante testo collettaneo (Scartabellati, 2008).

sinteticamente ricostruisce dall'apertura nel 1890[5], una vicenda particolare consumatasi negli anni della guerra, ma ad essa legata solo in modo indiretto. Si tratta dell'episodio del pestaggio di un malato, si sospetta, da parte di tre infermieri, e dei fatti che vi fecero seguito.

E cosa c'entra questo con la guerra, verrebbe da obiettare a prima vista? C'entra invece, perché sullo sfondo c'è la polemica tra neutralisti e interventisti nel mondo socialista cremonese, che non accenna ad attenuarsi e anzi si inasprisce via via che lo sforzo richiesto dalla guerra si fa più intenso ed è più facile constatare le sofferenze che essa causa. È una polemica che non osserviamo, in questo caso, sulla ribalta della grande storia; ma che viene documentata dall'autore, con il metodo della microstoria, nelle pieghe della vita quotidiana che è soprattutto, per la storia della psichiatria, la vita nel manicomio.

L'episodio è affrontato da Scartabellati incrociando - come sempre sarebbe utile - fonti diverse: la stampa locale dell'epoca, l'Archivio della Provincia, gli archivi giudiziari, nonché fondamentali notizie di contesto sulla storia del manicomio e la situazione politica che era aspramente conflittuale, a Cremona come altrove, in quegli anni.

Ne esce un quadro d'insieme avvincente dei dissapori che attraversano l'amministrazione e il personale medico e infermieristico. Dove s'incrociano questioni di conflitto politico in rapporto alla guerra, relazioni mai serene di potere tra Amministrazione e Direzione medica, beghe personali, invidie e gelosie di carriera e piccanti questioni sessuali, anche. Il che, in un microcosmo come quello manicomiale, tende a catalizzarsi intorno all'episodio giunto all'attenzione della giustizia e della stampa, il cui carattere emblematico è stato giustamente colto da Scartabellati.

5 Tra le altre cose, mi ha colpito il fatto che Scartabellati ricordi come, seguendo una lunga tradizione, anche a Cremona i folli rinchiusi fossero fatti vistare, la domenica, dai bambini. L'abitudine di vistare i pazzi come una curiosità è già documentata dallo schiavo genovese Gio. Antonio Menavino nel suo resoconto sul manicomio di Costantinopoli, all'inizio del Cinquecento (Peloso, 1998). Per maggiori notizie sul tema della curiosità verso la follia e delle visite ai folli nei manicomi come forma di occasionale spasso per la cittadinanza si veda anche Foucault (1961).

Intorno al pestaggio del malato, insomma, ciascuno tenta di trarre vantaggi per la propria situazione e alla fine ci saranno vincitori e vinti, ma del manicomio e dei soprusi consumati al suo interno - l'autore commenta - stampa e giustizia riprenderanno poi a disinteressarsi per decenni.

È una storia ricca di colpi di scena della quale non voglio rovinare il gusto della lettura anticipando qui troppo. Noterò soltanto come elemento di particolare interesse dal mio punto di vista di clinico che in un clima nel quale lo schieramento pro o contro la guerra pare aver rotto oltre che il Partito Socialista anche le solidarietà e l'omertà di gruppo nel personale del manicomio, si creino fenditure attraverso le quali riesce a emergere - e non è un fatto frequente - a livello pubblico la voce di internati ed ex internati. Non solo la vittima del pestaggio, l'attendibilità della cui testimonianza si vorrebbe negata dalla difesa degli imputati e ha invece almeno un certo valore per i giudici. Ma anche due ex ricoverati, che sulla stampa documentano le condizioni di abbandono e violenza nelle quali sono tenuti gli internati, il triste vissuto che hanno della loro condizione e la crudeltà e la violenza - persino il pericolo di vita - insito nel provvedimento, non infrequente, di «mettere alla paglia» (o «all'alga») gli agitati e i ribelli.

E qui non può non venirmi alla mente quanto il ginecologo e consigliere provinciale socialista Luigi Maria Bossi scriveva durante un'ispezione al manicomio di Quarto, a Genova, nel 1911 (cit. in Maura e Peloso, 1999):

> In Istituti di questa natura – dice l'oratore - è cosa di massima importanza che la vita si svolga nella perfetta armonia di tutti gli ordini del personale. Si tratta di ambienti di delicatezza estrema. Si debbono nel Manicomio curare e tutelare uomini e donne che non possono tutelarsi da sé e nemmeno possono testimoniare del modo che sono trattati. In un ambiente di altra natura, pur funzionando male i servizi, l'infermo può reagire o quanto meno denunciare le manchevolezze. Il pazzo invece non è cosciente e non ha facoltà di testimonianza (p. 278).

E qui sta l'eccezionalità del fatto, documentato da Scartabellati, che in una circostanza certo di estremo conflitto tra il personale, anche il pazzo trovi ascolto. Ma è un'apertura, questa del Tribunale e della società cremonese, alla parola del matto che non va, comunque,

esente dalle sue contraddizioni; ad esempio quando vediamo sostenere dai giudici il principio per cui, tra i compiti dell'infermiere verso il ricoverato, possa stare anche quello di «punirlo».

E per il resto, non posso che rimandare all'avvincente scritto, in grado di tenere fino alla fine la tensione intorno alla domanda: chi l'avrà vinta?

A questa prima sezione, centrata sulle vicende consumatesi in cinque manicomi italiani, ne segue un'altra, costituita da sette contributi in ciascuno dei quali viene focalizzata una questione specifica di ordine più generale.

Nel primo di essi, *Work in psychiatry in the First World War - between therapy and economy,* la storica tedesca Felicitas Söhner ripercorre la vicenda dell'ergoterapia nei manicomi tedeschi della Grande guerra.

La terapia del lavoro ha costituito l'anima della psichiatria manicomiale fin dal suo inizio, agli albori dell'Ottocento. Philippe Pinel, che ne è considerato il fondatore, scriveva, prima di tessere gli elogi del manicomio di Saragozza, dove il lavoro era utilizzato da tempo su larga scala (Pinel, 1801):

> Quale mezzo potrebbe essere più adatto a controllare l'euforia dell'immaginazione, l'abitudine ad accessi violenti e a tutti gli scatti di un'esaltazione delirante? Al contrario un lavoro costante spezza la morbosa concatenazione delle idee, rinsalda le facoltà intellettive con l'esercizio, mantiene l'ordine in qualunque gruppo di alienati (…) (p. 45).

Basandosi su materiale recuperato negli archivi dei manicomi di Kaufbeuren e Günzburg, Felicitas Söhner prende dunque le mosse dalla fine di quel secolo - che come in una parabola aveva visto crescere e poi venir meno la fiducia nel manicomio e con essa quella nel lavoro[6] come strumento di cura e guarigione - quando la terapia del lavoro subisce, in particolare nella realtà tedesca, un rilancio che

6 Un'eccezione, al riguardo, è rappresentata dal lavoro di Luigi Scabia a Volterra (Fiorino, 2011).

culminerà nel 1927 con l'opera di Hermann Simon (1927)[7] sotto la spinta di due fattori culturali: la ricerca di maggiore efficienza nel lavoro e lo spostamento d'accento dagli interessi del soggetto a quelli della collettività, del quale il movimento eugenetico, qui al centro dell'interesse di Giovanni Cerro, è un esempio.

Inoltre, in quegli anni si era assistito a un rilancio della terapia extraasilare, cui concorse evidentemente in Germania come in Italia il movimento per l'igiene mentale.

La guerra determinò alcune condizioni favorevoli a un ulteriore rilancio della terapia, tra le quali la Söhner ricorda la gravissima carenza di risorse nella quale vennero a trovarsi gli asili, che andarono incontro in alcuni casi a vere e proprie carestie; una mancanza di personale, sottratto dalla mobilitazione; un aumentato bisogno, per la stessa ragione, di recuperare forza-lavoro anche per attività all'esterno del manicomio.

Il fenomeno dunque di un rilancio, in quell'occasione, della pratica ergoterapica coinvolse anche gli internati militari, i quali evidentemente anche quando non potevano più essere utilizzati per la guerra, potevano comunque contribuire allo sforzo della nazione con il lavoro.

Ed è una possibilità, questa di recuperare attraverso il lavoro ai patri destini anche coloro che non erano, o non erano più, abili per la guerra, della quale si discusse anche in realtà italiane (Peloso, 1992), senza che però, mi pare, questo abbia conosciuto concreta realizzazione nella misura in cui l'autrice lo documenta per la Germania. Le ragioni di ciò mi pare che possano certo essere individuate anche nella minore durata della guerra per l'Italia; ma forse soprattutto nella forza maggiore con la quale l'etica del lavoro si è imposta nella cultura tedesca, a fronte di un maggior perdurare di una mentalità prevalentemente assistenziale e caritativa in quella italiana.

Le conclusioni della storica tedesca la portano a ritenere che da una parte l'enfasi sul lavoro, dentro e fuori l'asilo, degli alienati

7 È noto il commento al riguardo di Antonio Slavich e Letizia Comba (1967) in *Che cos'è la psichiatria,* il primo resoconto sull'esperienza del gruppo di Basaglia a Gorizia, sul quale rimando anche a Peloso (2016c).

determinò un maggiore impulso volto al loro recupero, il che in genere nella storia - come ha ben documentato qualche anno fa Richard Warner (1985) - si associa a un decorso migliore delle malattie mentali; ma dall'altra ciò abbia avuto due ricadute negative. In primo luogo, che alla maggiore ricerca dell'efficienza lavorativa negli internati non si accompagnava in genere un'analoga maggiore preoccupazione per il loro benessere individuale. E in secondo luogo che se al lavoro degli internati corrispondeva un aumento della considerazione nella quale erano tenuti dalla società, specularmente aumentavano i meccanismi di stigmatizzazione nei confronti di quegli alienati che non erano comunque recuperabili al lavoro. E non resisto alla tentazione di chiedermi, a questo proposito, se quest'ultimo meccanismo non possa avere giocato qualche ruolo nella pubblicazione, nel 1920 e dunque nell'immediato dopoguerra, del noto libro di Binding e Hoche (1920) *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* al quale si sarebbero ispirate le pratiche di eutanasia degli individui inutili poste in essere dal nazionalsocialismo, le quali tra l'altro ebbero proprio a Kaufbeuren uno dei centri direttamente coinvolti.

Giovanni Cerro con il saggio *Teorie del conflitto e critica della modernità nell'eugenetica europea: Georges Vacher de Lapouge e Auguste Forel* entra nel merito del dibattito sulla guerra nell'ambito dell'eugenetica attraverso la rivisitazione di due esponenti di punta di quella corrente, il francese Georges Vacher de Lapouge (1854-1936) e lo svizzero Auguste Forel (1848-1931). Secondo l'autore, entrambi attribuirono alla guerra presso i popoli primitivi un valore eugenetico in quanto a soccombere erano gli elementi più deboli, mentre nella modernità essa avrebbe un valore controselettivo, «cacogenetico» secondo l'espressione di Forel, in quanto determina l'eliminazione degli elementi migliori oltre a un depauperamento della società in generale sia per la perdita di individui attivi che per i danni economici che da essa derivano. È un dibattito, questo, che ebbe luogo anche in Italia e un esempio dei risultati lo abbiamo visto nella preoccupazione che non fossero proprio i più degenerati e più vili a scampare il pericolo, che vide coinvolto Consiglio insieme a molti colleghi.

È peraltro interessante, mi pare - e spero non paia azzardato guardare tanto indietro - cogliere almeno un'assonanza tra questo

pacifismo eugenetico e le obiezioni che avevano accompagnato, già all'origine, l'introduzione delle prime armi da fuoco - delle quali infondo gli spaventosi ordigni dell'inizio del Novecento (e quelli ancora più spaventosi di oggi) non rappresentano che l'evoluzione – nel Cinque-Seicento, come mi è capitato recentemente di evidenziare a proposito di alcuni passaggi de *L'Orlando furioso* di Lodovico Ariosto e del *Don Chisciotte della Mancia* di Miguel de Cervantes (Peloso, 2018).

E mi riferisco, per il primo, all'episodio narrato nel IX canto nel quale Orlando si scontra col Re di Frisa, possessore di una sorta di prototipo dell'archibugio che Orlando cerca di eliminare gettandolo negli abissi, da dove poi Satana lo recupera per restituirlo, a lor danno, agli uomini; e nel gettarlo, il paladino commenta:

> O maledetto, o abominoso ordigno, / che fabbricato nel tartareo fondo / fosti per man di Belzebù maligno / che ruinar per te disegnò il mondo / all'inferno, onde uscisti, ti rasigno.

E la voce autoriale a sua volta:

> Come trovasti, o scelerata e brutta / invenzion, mai loco in uman core? / Per te la militar gloria è distrutta, / per te il mestier de l'armi è senza onore; / per te è il valore e la virtù ridutta, / che spesso par del buono il rio migliore. / Non più la gagliardia, non più l'ardire / per te può in campo al paragon venire.

Quanto a Cervantes, il riferimento è al famoso *Discorso delle armi e delle lettere,* nel XXXVIII capitolo della prima parte del *Don Chisciotte,* che esprime concetti sostanzialmente identici.

Certo, in questi due casi siamo all'interno del persistere di una mentalità cavalleresca, dove è per ragioni morali che dispiace il fatto che il forte e valoroso abbia la stessa probabilità di perire del debole e vile; in quello dell'eugenetica siamo all'interno di una cultura positivista, dove il fatto che il più forte corra lo stesso rischio di perire in battaglia del più debole dispiace per la perdita di patrimonio genetico di buona qualità Ma mi pare che queste polemiche letterarie e quella più recente dell'eugenetica abbiano comunque lo stesso bersaglio: l'effetto livellatore delle armi, che quanto più diventano

potenti, tanto meno spazio lasciano al valore - morale o genetico che sia - dell'individuo che le manovra[8].

Ma, scusandomi per questa lunga - e forse un po' azzardata - digressione, ritorno ai due personaggi dei quali Cerro si occupa. Tra i quali, al di là di questo elemento che è tra loro comune come del resto lo è un'impostazione dichiaratamente razzista, l'autore evidenzia anche importanti differenze rispetto a temi importanti che erano in quegli anni in discussione. Per Lapouge, infatti, la guerra ha comunque un'utilità in quanto consente l'affermazione delle razze più forti sulle più deboli e tempra e rende più virili i cittadini delle nazioni che la combattono; mentre Forel appare più convinto della necessità di perseguire la pace attraverso organismi internazionali nei quali le nazioni possano comporre i propri conflitti, preconizzando quindi, parrebbe, quelle che saranno le aspirazioni, purtroppo spesso disattese, della Società delle Nazioni e poi dell'ONU.

Altri temi allora ampiamente discussi, poi, portano i due eugenetisti ad esprimere posizioni divergenti: la sterilizzazione obbligatoria, già praticata in molti Stati degli USA, la possibilità di eliminare gli individui tarati, la democrazia, il socialismo.

Nella conclusione di Cerro, comune ai due autori parrebbe dunque uno sguardo preoccupato sulla modernità e l'idea di doverne governare, attraverso processi razionali, le contraddizioni; diversi sono invece, spesso, gli strumenti individuati per raggiungere quest'obiettivo. E mi pare che il secolo che in quel momento si apriva abbia confermato come, a volte nella storia, quelli che sono proposti con le migliori intenzioni come rimedi possano poi rivelarsi peggiori dei mali per i quali sono stati pensati; e come l'ossessione - un po' onnipotente - di voler governare razionalmente la vita non sia sempre buona consigliera.

Lo storico serbo Mirza Redzic, poi, ci porta sul fronte dei Balcani e nel contributo *Fraternal traumas: south-Slavic psychiatric causalities in the opposed armies of the First world war* si interroga

8 Di diverso parere parrebbe Freud, il quale, rispondendo sul tema della guerra ad Einstein nel 1932, con uno sguardo più disincantato sui tempi antichi sembra cogliere nell'introduzione delle armi da fuoco un ridimensionamento dell'importanza della forza fisica come fattore determinante.

sul fenomeno della minore vulnerabilità ai traumi della guerra riscontrata tra i serbi che combattevano per il Regno di Serbia da un lato rispetto ai serbi - ma anche gli appartenenti ad altre popolazioni della ex Jugoslavia – che combattevano per l'impero asburgico dall'altro. E accanto ad altre possibili spiegazioni invoca quella, che mi pare davvero suggestiva, che la maggiore resilienza del Serbi di Serbia possa essere fatta risalire alla consapevolezza di combattere per la patria, mentre gli altri avrebbero avuto minore motivazione a sopportare traumi e fatiche perché consapevoli di combattere sotto un comando straniero e bandiere che non consideravano proprie.

Il che parrebbe confermare, su altro fronte della stessa guerra, quanto osserva Agostino Gemelli (1917a) a proposito del soldato italiano:

> L'uomo, soprattutto l'anima dell'uomo, essa, e direi essa sola, costituisce, oggi come ieri, come sempre, come domani certo, l'anima della battaglia, il vero fattore della vittoria […]. La battaglia si vince prima da ciascun soldato nel proprio cuor, più tardi, da tutti insieme sul campo di battaglia. E vince la guerra quell'esercito, i cui soldati hanno il cuore più caldo e sono animati dal pensiero che la guerra che combattono è giusta e santa (p. 19).

Rendono poi molto interessante il contributo di Ugo Pavan Dalla Torre, *Tragedie silenziose. I «folli» di guerra nella visione dello Stato Italiano e dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra*, l'inusuale vertice d'osservazione e la particolarità delle fonti utilizzate. Al centro del contributo è infatti la questione del destino dei mutilati e invalidi di guerra negli anni del conflitto e in quelli successivi. Tra di essi, avrebbero dovuto figurare anche quelli che furono definiti i "mutilati della mente", ma invece essi incontrarono maggiori difficoltà rispetto ad altre categorie a vedersi riconoscere un risarcimento, nella duplice forma del sussidio economico o delle agevolazioni per il reinserimento al lavoro. Tra le ragioni di questo fenomeno, mi pare interessante che Pavan Dalla Torre individui proprio la difficoltà degli psichiatri a riconoscere nella guerra un fattore in sé sufficiente a determinare l'insorgenza del quadro morboso, ammettendola al più come fattore scatenante di una patologia preesistente, il che contrastava evidentemente con il concetto di «causa di guerra» che stava alla base di tutta l'impostazione risarcitoria delle organizzazioni e delle associazioni

dei mutilati. A questo si aggiungono poi il pesante stigma ma anche le obiettive difficoltà dell'inserimento al lavoro dei soggetti portatori di un'invalidità per ragioni psichiatriche rispetto a quelli portatori di altre forme di invalidità, problemi con i quali si scontra del resto anche oggi la politica d'inserimento al lavoro dei nostri servizi di salute mentale.

Pavan Dalla Torre ricostruisce così in modo approfondito attraverso le pubblicazioni e i documenti dell'ANMIG i dibattiti che ebbero luogo su quanti fossero i mutilati nella mente e come li si dovesse aiutare, dando anche voce a due dei più noti psichiatri di quegli anni, Paolo Amaldi e Giuseppe Antonini, a proposito di entrambi i quali non manca di sottolineare aperture di estremo interesse in direzione della riforma del manicomio, l'assistenza extramanicomiale, l'utilizzo terapeutico del lavoro (per il quale rimando alle considerazioni già svolte a proposito dell'intervento di Söhner), l'importanza del supporto economico per la costruzione di percorsi di reintegrazione nella comunità.

Infine, nel ricostruire in modo convincente le vicende della normativa postbellica sui mutilati, quelle dell'Opera Nazionale Invalidi di Guerra e delle loro esperienze associative - l'ANMIG innanzitutto, ma non manca un accenno anche per una più effimera e assai meno nota «Lega Proletaria mutilati invalidi reduci orfani e vedove di guerra», sorta nel 1918 - noto che Pavan Dalla Torre identifica tra le possibili cause del peggiore trattamento degli invalidi psichiatrici di guerra rispetto agli altri la maggiore difficoltà, proprio perché colpiti nel funzionamento di quell'organo particolare che è la mente, a dare vita o partecipare a realtà associative e altre forme di tutela dei propri diritti. Il che ci riporta a quanto abbiamo già commentato a proposito di Scartabellati sulla difficoltà del malato mentale a vedere pienamente riconosciuto il suo punto di vista in tribunale o sulla stampa, nonché alle note di Antonini che lo stesso Pavan Dalla Torre riporta.

Con l'intervento *Lungo un confine incerto: psicologia e psichiatria di fronte alla Grande Guerra* Glauco Ceccarelli affronta il problema di un altro confine disputato, ma in modo per fortuna meno cruento rispetto a quello italo-austriaco: ed è quello tra psichiatria e psicologia. È una questione che si apriva in quegli anni, e – direi per quella che è la mia esperienza nel servizio psichiatrico

pubblico – non si è poi chiusa. Perché quelli erano gli anni nei quali si ponevano le premesse perché la psicologia passasse da costituire un campo d'intervento – lo studio del funzionamento mentale sano – aperto a soggetti provenienti dal sapere medico (per lo più, ma non sempre, psichiatri), così come dal sapere filosofico o da altri; a costituire un campo disciplinare appalto di un professionista specifico, lo psicologo[9].

La questione della relazione tra psichiatria e psicologia, del resto, è ancora aperta, a partire dal fatto se il confine tra le due riguardi l'utilizzo di strumenti in parte diversi (la psicofarmacologia e il ricovero gli uni, la testistica gli altri) e in parte uguali (la psicopatologia e la psicoterapia). O l'avere oggetti e problematiche diverse: la mente malata l'una, quella sana l'altra; o l'area psicotica e la patologia grave l'una, l'area nevrotica e i disturbi di personalità l'altra.

Ma come si poneva il problema allora, quando cominciava ad essere riconosciuta sì la psicologia intesa come campo di studio coabitato da più soggetti interessati a un discorso sulla mente, ma "non c'erano" - secondo l'efficace espressione proposta da Ceccarelli - "gli psicologi"?

Per comprenderlo, mi pare che possa essere utile un passo indietro, quando la psichiatria nasce come un ponte che dalla medicina si protende verso la filosofia e le scienze umane perché la medicina – con il passaggio dall'umorismo al solidismo e l'inizio della medicina sperimentale - tende a distanziarsene per accentuare il suo carattere di scienza naturale. Poi, un secolo dopo, con l'ampliarsi del campo delle conoscenze e del mandato, cominciano a staccarsi dalla psichiatria la neurologia, che è un ritorno verso il corpo e le scienze naturali; e la psicologia, che nasce da un'ulteriore presa di distanza dal corpo biologico. E ciò avviene in Italia proprio alla vigilia della guerra: quando dalla Società Freniatrica gemmano la

9 Il quale, giova ricordare, otterrà pieno riconoscimento normativo soltanto con la legge n. 56 del 18 febbraio 1989.

Società Italiana di Neurologia (1902) e la Società Italiana di Psicologia (1910)[10].

Il distacco, ovviamente, non avviene in modo netto, e tanto neurologia che psicologia continuano in una prima fase a essere abitate dagli psichiatri, in un caso con gli specialisti di medicina interna; e nell'altro con i filosofi e i cultori di un'altra disciplina dagli incerti confini e praticata da figure eterogenee, l'antropologia, che - meno fortunata della psicologia - non approderà poi a costituire una disciplina consacrata da relativi corso di laurea e identità professionale. Ed entrambe sono oggetto in quella prima fase di aspirazioni egemoniche da parte degli psichiatri (emblematiche le citazioni di Tanzi o Tamburini che Ceccarelli riporta); che finiranno però per essere soffocati, per un lungo periodo, dai neurologi, e a intrappolarsi in conflitti di potere e competenza non ancora sopiti, con gli psicologi.

Ma nel periodo del quale Ceccarelli si occupa la psicologia è ancora un campo disciplinare in costruzione - privo di una connotazione precisa e di cultori ad essa dediti in modo esclusivo o prevalente - nel quale a mio parere parlare di "confini" e "sconfinamenti" della psichiatria, o di altre discipline, nella psicologia, è prematuro ed esporrebbe al rischio di avallare l'illusione che questi campi in gran parte embricati e sovrapposti, e le professioni che ne rivendicano il monopolio, possano essere considerati quasi enti di natura. E non, come invece io credo siano, oggetti sociali, ripartizioni su base meramente convenzionale di un sapere che è per sua natura privo di salti e discontinuità, soprattutto quando riguarda l'uomo. Campi, insomma, la cui definizione e dimensione dipende in buona parte dal potere politico delle diverse corporazioni che vi si incontrano, o anche dei diversi gruppi che operano all'interno di ciascuna di esse.

Quanto a Ceccarelli, ripercorre qui la storia della psicologia in Italia a partire dagli ultimi decenni dell'Ottocento, quando di essa si

10 La prima ebbe come primo presidente Leonardo Bianchi, uno psichiatra, e vicepresidenti Augusto Tamburini, che era contemporaneamente presidente della Società Freniatrica; ed Enrico Morselli, che era vicepresidente di entrambe. La seconda ebbe anch'essa tra i suoi fondatori due psichiatri, Sante de Sanctis e Giulio Cesare Ferrari.

cominciò a parlare da parte dei principali esponenti della psichiatria e di illustri protagonisti del dibattito filosofico-scientifico che alla psichiatria non appartenevano - a partire da Roberto Ardigò o Giuseppe Sergi - per illustrare un'ampia bibliografia dei principali studi di psicologia durante la Grande guerra, in grande maggioranza opera di medici (non necessariamente psichiatri). Entra quindi nel merito della definizione dei confini della psicologia in quella particolare situazione, nella quale non solo essa era coltivata da tutti, fuorché dagli psicologi, ma l'idea stessa che quella dello psicologo potesse essere una professione a sé stante pareva lontana da venire. E dei rapporti tra psicologia e psicologia, illustrando molteplici possibilità, che andavano dalla collaborazione, alla competizione, il sostegno, l'egemonia ecc. Per poi proporre, richiamando anche soluzioni al problema in buona misura opposte prospettate allora da padre Gemelli e da Ferrio, una propria ipotesi per un modello complessivo dei rapporti tra le scienze della mente, considerate all'interno di un'area complessiva.

Nel finale del saggio, poi, ritorna sulla questione del rapporto tra psichiatria e psicologia, per chiarire come essa possa declinarsi diversamente a seconda che si prenda in esame il livello delle discipline in quanto tali, o quello dei rispettivi cultori, che erano allora in molti casi gli stessi. Quanto a questi ultimi, evidentemente (e non possiamo che concordare con lui), l'idea di "due schiere contrapposte", non ha in quella fase fondamento; proprio perché all'epoca "psicologi" non ne esistevano. Per alcuni psichiatri, osserva, pare fosse possibile muoversi con disinvoltura in entrambi i campi. E nella puntuale ricostruzione precedente ha infatti colto negli anni Venti Arthur Kronfeld, e poi in qualche misura Carlo Ferrio, a parlare di psicologia *nella* psichiatria e quindi di psichiatra e psicologo come un'unica figura[11]. Per altri psichiatri, invece, la psicologia sembrava andare già acquisendo i contorni di una disciplina distinta, pur senza avere ancora cultori specificamente ad

11 E si potrebbe ricordare, a mio parere, il fatto che ancora oggi in Francia si continui a riferirsi alla psichiatria come a un'area "medico-psicologica", il che fotografa bene la sua natura anfibia e la sua inevitabile parziale appropriazione di quanto rivendica a sé la psicologia.

essa dedicati e senza che ci fosse perciò la possibilità di una vera prospettiva interdisciplinare. Tra le due situazioni, poi, mi pare di vederne emergere una terza: quella di coloro che cominciavano a considerare la psicologia (e analogo discorso potrebbe forse valere in quella fase per l'antropologia, o l'antropologia criminale/criminologia) un campo disciplinare sì a sé stante, ma caratterizzato da confini sfumati e porosi in una molteplicità di direzioni che autorizzavano (e anzi rendevano ineludibile) l'attraversamento. Nelle parole di Ceccarelli, mi pare, non ancora una vera e propria disciplina, ma piuttosto in quella fase «una sorta di "entità" declinabile in chiave psichiatrica, filosofica, medica, o fisiologica».

Se così è avvenuta la faticosa gestazione della psicologia in Italia, l'Autore invita quindi a riconoscere il debito da essa contratto verso i cultori di altre discipline, in particolare psichiatri, che l'hanno, per così dire, tenuta a balia; ma che così facendo hanno posto le premesse per un'impossibilità, io credo, di definire con rigore i confini tra psichiatria e psicologia[12] - così come tra l'una e l'altra e altre discipline e professionalità[13].

Ciò detto circa il filone principale del ragionamento di Ceccarelli, non posso però esimermi dal segnalare preziosi "sconfinamenti" - se così posso esprimermi - anche da parte sua rispetto alla questione dei confini disciplinari, che ci offrono una messe ricca e affascinante di notizie sulle ricerche di psicologia condotte sui combattenti. Tra le quali, svettano quelle di padre Agostino Gemelli che - anche per il potere accademico del quale godette tanto durante il fascismo che nell'Italia repubblicana - giocò un ruolo fondamentale nell'affermarsi

12 Certo, uno psicologo clinico e uno psichiatra orientato alla psicopatologia e alla psicoterapia hanno inevitabilmente una vasta area di coabitazione, che può diventare competizione o collaborazione (né mi pare che la distinzione tra psicopatologia e patopsicologia possa aiutarli a stabilire confini). Uno psicologo sperimentale e uno psichiatra a orientamento biologico non si dovranno invece preoccupare di avere sovrapposizioni delle aree di competenza rispettive; ma la psicopatologia, e la clinica e cioè lo studio di ciò che avviene nella mente malata - e quindi al malato - saranno tanto dall'uno che dall'altro disattese.

13 Mi riferisco, ad esempio, ai conflitti di competenza all'ordine del giorno in ogni Pronto Soccorso tra neurologo e psichiatra; o, per lo psicologo, agli attacchi dei quali il suo campo è oggi oggetto da parte della "consulenza filosofica".

della psicologia in Italia come professione autonoma dalla psichiatria, anche se non necessariamente dalla medicina, il che costituirebbe un'altra questione nella quale non entro.

Padre Gemelli fu però, prima di questo, un acuto osservatore sul campo di battaglia dei fenomeni psicologici e psicopatologici della guerra di trincea e Ceccarelli ne approfondisce opportunamente i contributi a partire dall'aver evidenziato con più chiarezza di altri come la guerra moderna chieda, soprattutto, al soldato una prestazione da automa (ancora la questione di Orlando!), ma chieda anche sentimento di appartenenza al gruppo, di fiducia nell'ufficiale e di adesione all'ideale senza i quali gli sarebbe impossibile affrontare rischi e sacrifici. E poi le osservazioni nel campo della patologia psichiatrica emersa sul fronte e la sua posizione nell'intenso dibattito europeo sulla patogenesi delle malattie mentali del sodato.

Infine, ho trovato davvero curioso e gravido anche di possibili interrogativi sulla liceità dell'uso della scienza a fini bellici e giudiziari, il riferimento allo studio di Casali e Pullè sul *fiffometro,* il simpatico soprannome che i soldati avevano appioppato a uno strumento di indagine psicologica, e non anticipo qui di più su ciò di cui si tratta, rimandando al testo chi fosse curioso di saperlo.

Il primo è quello di Giovanni Nobili Vitelleschi che nell'intervento *Nevrosi in fotogramma: documenti sulle nevrosi di guerra negli archivi cinematografici e militari. Approccio storiografico pionieristico di un quarto di secolo fa* ripercorre l'intreccio tra storia del cinema, storia della grande guerra e storia della psichiatria.

Nobili Vitelleschi ricostruisce la riscoperta di filmati relativi all'assistenza sanitaria durante la Grande guerra a partire dal Festival del Cinema Ritrovato di Bologna, nel 1993. Da allora, sono andate accumulandosi riscoperte e restauri, principalmente relativi a discipline mediche dove occorreva documentare con un'iconografia adeguata i successi della medicina a fronte dei disastri della guerra industriale, chirurgia maxillo-faciale e ortopedia in primo luogo. Nobili Vitelleschi ricorda l'influenza delle emozioni legate alle impressionanti commistioni tra corpo umano e parti meccaniche (cfr. Wilcox, 2016 e, per la questione generale delle protesi, Montella, 2016) sulle arti, la pittura innanzitutto a proposito nella quale ricorda

giustamente il nome di Giorgio De Chirico, ospite per qualche tempo come Carlo Carrà dell'ospedale Villa Seminario diretta da Gaetano Boschi, che è a sua volta uno dei protagonisti italiani del dibattito sulle nevrosi di guerra. Da qui passiamo agli ultimi due saggi, dedicati all'importanza del cinema nella documentazione della malattia mentale, della psichiatria e del manicomio negli anni della guerra.

Per quanto riguarda in modo più specifico la neuropsichiatria e soprattutto le nevrosi di guerra ricorda, prima della guerra, il lavoro pioneristico del rumeno George Marinescu sull'utilizzo della tecnica cinematografica nella ricerca medica e neuropsicologica. Da allora il cinema si aggiunse alla fotografia (Schinaia, 2001; Peloso, 2011) come strumento di lavoro e comunicazione in ambito neuropsichiatrico, e oggi documentazione di interesse storico-medico.

Per ciò che riguarda in particolare la guerra, Nobili Vitelleschi ripercorre la scoperta di materiale d'archivio interessantissimo in ambito francese, britannico e tedesco. Molto più recente e limitata è la riproposizione di materiale filmico italiano realizzato dal neurologo Camillo Negro e dal documentarista scientifico Roberto Omegna all'Ospedale Militare di Torino, attualmente conservato presso il Museo del Cinema, mentre altro materiale sempre risalente a Negro è conservato a Bucarest. Ma Negro non fu, nei primi decenni del Novecento, il solo neuropsichiatra a utilizzare lo strumento filmico nel suo lavoro di ricerca e di docenza, e Nobili Vitelleschi presenta anche i casi meno noti di Gaetano Rummo a Napoli, Vincenzo Neri presso l'istituto diretto da Babinski a Parigi, Vittorio Putti a Bologna.

Per la fiction, poi, Nobili Vitelleschi ricorda l'anomalia rappresentata dal film *Camicia nera* girato nel 1933 da Gioacchino Forzano, autore cinematografico e teatrale tra i più prossimi al regime[14].

14 Non posso qui esimermi dal ricordare, a proposito dell'eclettico personaggio, un aneddoto curioso: Edoardo Weiss aveva in cura la figlia di Forzano e, non riuscendo a guarirla, aderì al desiderio dell'attore di avere un consulto con Freud. Si recarono tutti e tre dal maestro a Vienna e dopo la visita tale fu l'entusiasmo di Forzano da chiedere di poter portare a Mussolini un libro con la dedica di Freud. Questi, prese una copia del suo scritto

Mi pare, perciò, che questo intervento sia prezioso nell'economia del volume perché, ricostruendo con la competenza dello specialista la realizzazione, il recupero e il restauro di materiale filmico relativo a casi clinici del periodo bellico e di quello immediatamente precedente, offre agli storici della psichiatria la possibilità di conoscere il capitolo poco noto di come i pionieri del cinema contribuirono alla documentazione delle sintomatologie e delle pratiche di cura.

Sempre alla prospettiva della storia del cinema, poi, è attento il saggio *La guerra e i traumi psichici.* Raffiche *di Aldo Molinari, un esempio dalle immagini d'archivio della Cineteca Nazionale* di Francesca Angelucci, la quale si concentra appunto su questo film di fiction che è stato, nel 1914, uno dei primi tentativi del cinema di rappresentare uno spazio manicomiale, protagonista una vedova di guerra. E, nonostante sia giunto a noi mutilo, il film costituisce una testimonianza eloquente di quelle che potevano essere allora le idee di un artista come Molinari sul trauma, sulla follia e sull'ospedale psichiatrico.

Concludendo questo lungo ragionamento introduttivo, vorrei sottolineare ancora come nel volume saggi diversi per impostazione - si va dal singolo caso giudiziario, alla vicenda di una particolare istituzione, a ragionamenti più complessivi su questioni nessuna delle quali mi pare priva di un qualche aggancio ai problemi dell'oggi - possano contribuire tutti a cogliere le diverse sfaccettature di un momento nel quale - un'ampia storiografia è ormai concorde al riguardo - è stato compiuto un passo decisivo verso la modernità nella quale ancora viviamo, con le luci e le ombre che la caratterizzano.

con Einstein dal titolo *Perché la guerra*, e vi scrisse: «*A Benito Mussolini, con rispettosi saluti da un vecchio che nel Governante riconosce l'eroe della cultura*». La dedica era verosimilmente motivata dall'impressione suscitata in Freud, appassionato di archeologia, dai nuovi scavi romani ordinati dal regime, e forse anche dalla speranza che l'Italia avrebbe continuato nella politica di contenimento della Germania nazista a tutela dell'indipendenza austriaca. Quanto alla scelta di quel testo particolare, corrispondeva probabilmente a un desiderio destinato, evidentemente, a essere deluso (Maura e Peloso, 1999, pp. 209-210).

Parte I

Gli Ospedali psichiatrici

Il San Lazzaro di Reggio Emilia e una guerra da amministrare

di *Francesco Paolella*

Luigi Saccani, uno dei consiglieri socialisti della Commissione amministrativa che governava già da tempo il Frenocomio San Lazzaro di Reggio Emilia, scrisse nel 1917 una serie di brevi resoconti su *La Giustizia*, organo del partito socialista reggiano, per rappresentare le innovazioni apportate nella gestione dell'Istituto. Nell'articolo pubblicato il 25 settembre leggiamo (Saccani, 1917):

> Per rispondere sempre più degnamente al decoro dell'Istituto, alle sue esigenze, al suo sviluppo, si è fatto da parte nostra quanto è stato possibile. […] Tutti questi lavori, richiesti dalla Direzione per esigenze di servizio e per evitare un eccessivo agglomeramento di malati, non era ancora tutto ultimato, quando le necessità della guerra consigliarono le autorità militari a chiedere un locale per un ospedale.
>
> Tenuto conto che detti militari sarebbero stati ricoverati nei padiglioni non completamente ultimati e ammobigliati; che per dichiarazione del Direttore, che ne è responsabile, non si sarebbe verificato un agglomeramento dei nostri malati tale da provocare seri inconvenienti, l'Amministrazione à accondisceso, e per circa quattro mesi si diede ospitalità a 400 feriti (p. 2).

In queste poche righe sono condensati i principali temi di cui vogliamo occuparci nelle prossime pagine: il contributo patriottico del manicomio reggiano allo sforzo bellico e, in modo particolare, il modo in cui l'Amministrazione socialista del San Lazzaro gestì lo sconvolgimento che la Grande guerra provocò in quello come negli altri ospedali psichiatrici del Paese. La Commissione amministrativa era guidata, come voleva lo Statuto, da un presidente (all'epoca Luigi Morchiari), nominato dalla prefettura reggiana, mentre i consiglieri

che la componevano erano indicati dal Consiglio comunale di Reggio Emilia. Questo organo doveva garantire il buon governo economico del Pio Luogo (stabilendo le rette dei degenti, le convenzioni con altri manicomi, le attività commerciali) e, assieme al Direttore medico (che allora era Giuseppe Guicciardi), doveva promuovere l'Istituto. O, per meglio dire, doveva cercare di mantenerne alta la fama, conquistata nei decenni a cavallo fra Otto e Novecento, nei quali era stato direttore Augusto Tamburini. I socialisti al San Lazzaro (vi sarebbero rimasti fino al 1922) si diedero come priorità la tutela dei diritti del personale, accogliendo diverse rivendicazioni portate avanti dai suoi rappresentanti; d'altra parte, promossero tutta una serie di attività economiche dell'Istituto, tali da portarlo quasi all'autosufficienza:

> Si promuove lo sviluppo dell'industria interna, per gravare il meno possibile sulle rette e quindi sulle amministrazioni provinciali, si potenzia l'azienda agricola, che alleva bestiame poi macellato all'interno; dal grano prodotto, grazie alla costruzione di un mulino, una impastatrice e un forno, si ottengono pane e pasta; il latte viene lavorato in una cascina interna. Si producono gazzose e seltz (Pezzi, 1987, p. 405).

E l'elenco potrebbe continuare a lungo.

I problemi, o meglio le tante emergenze che toccarono il San Lazzaro durante i lunghi anni del conflitto, travolgendone l'organizzazione degli spazi e delle «risorse umane» (dai medici agli infermieri ai lavoranti) possono essere ben riassunti considerando l'aumento impressionante del numero dei ricoverati. Mettendo assieme civili e militari, uomini e donne, e senza dimenticare la quota dei degenti “profughi” provenienti dai manicomi del Nord-est, ci fu a partire dal 1915 una crescita esponenziale dei nuovi ingressi: se nel primo anno di guerra essi furono 562, l'anno successivo furono 1.125; nel 1917 si arrivò a 2.059 ammissioni, ma il punto più alto fu raggiunto l'anno della vittoria: 3.273 ingressi nel 1918. Il dopoguerra vide un ritorno relativamente lento ai numeri del periodo prebellico: gli ammessi furono 1.157 nel 1919, 545 l'anno successivo e 551 quello ancora seguente (Baraldi, 1975).

Come è noto, il San Lazzaro era un “manicomio-villaggio” e nel 1918 contava 24 padiglioni disseminati su una vasta area a est della

città reggiana. Già da diversi anni l'Amministrazione socialista aveva promosso una serie di lavori per realizzare nuove costruzioni; ma l'ingresso in guerra dell'Italia – come abbiamo saputo dalle parole del consigliere Saccani – costrinse immediatamente a modificare la destinazione degli edifici: già il 24 maggio del 1915 la Commissione Amministrativa deliberò di contribuire alla causa bellica ospitando al San Lazzaro ed allestendo un ospedale per i militari feriti: le strutture, per circa 400 posti – ricavate da alcuni padiglioni (come il "Livi" e la Nuova Infermeria "Rossi") vennero offerte allo Stato, così come alcuni servizi essenziali (lavanderia, cucina, magazzini). L'ospedale militare fu gestito dal San Lazzaro per circa 4 mesi, ma per l'Istituto non si trattò di una perdita economica, e questa osservazione sarebbe ritornata sempre durante gli anni di guerra: «Giova notare che i militari non gravarono sul bilancio del Manicomio, perché l'Amm. ebbe un equo profitto sui servizi vittuario, di lavanderia e farmaceutico, pur facendo contemporaneamente l'interesse dell'Amm. militare» (Saccani, 1917, p. 2).

La presenza dell'ospedale per i militari ebbe però immediate ripercussioni sulla vita del Frenocomio; e si trattò di ripercussioni drammatiche: a settembre del 1915 scoppiò al San Lazzaro una epidemia di colera. La malattia si manifestò alla metà del mese fra le donne addette al guardaroba, dove venivano ritirate e pulite le divise dei soldati feriti ricoverati. I casi furono almeno 150, e soprattutto fra le donne, provocando diverse decine di morti. Il 20 settembre, per ordine governativo, il San Lazzaro venne isolato. Di quei giorni drammatici abbiamo a disposizione diverse testimonianze, e in particolare quelle di due donne: le parole di Virginia Fiastri (che era Presidente del Comitato di preparazione civile reggiano e moglie del direttore Guicciardi) e quella di Maria Del Rio, prima donna a essere assunta (e proprio in quei mesi) come psichiatra in un manicomio italiano[15]. La Fiastri, che decise di rimanere al San Lazzaro con il

15 «Il Signor Presidente, ricordato come sia tuttora scoperto uno dei posti di Medico Praticante, portato dalla Pianta organica del Manicomio, dà lettura di un referto 23 corrente del Signor Direttore nel quale, in seguito a domanda dell'interessata, si fa formale proposta che a detto posto venga nominata con decorrenza del 15 giugno p. v. la Signorina Maria Del Rio, che ebbe già in passato a frequentare per ragioni di studio i laboratori scientifici

marito, contò più di venti casi al giorno, anche se le misure sanitarie adottate permisero di circoscrivere ben presto l'epidemia (Paterlini Brianti, 2008). Così scriveva anni dopo Maria Del Rio: «Poco dopo l'inizio della guerra, durante l'estate del 1915, l'Istituto attraversò momenti drammatici per una epidemia di colera, che, data la tempestiva e sagace organizzazione sanitaria, venne presto circoscritta e domata. Le vittime furono poche e soltanto fra ammalati. Naturalmente le spese per ottenere la vittoria sul flagello furono ingenti ed ebbero una dannosa ripercussione sul bilancio dell'Istituto» (Del Rio, 1954, p. 7). L'ultimo caso di colera fu registrato il 28 settembre e già l'11 ottobre furono permesse le prime uscite[16].

Tra la fine del 1915 e l'inizio del 1916 anche il San Lazzaro, come molti altri manicomi della zona, creò un apposito Reparto per i militari che accusavano sintomi psichiatrici e che vi erano inviati dagli Ospedali militari di riserva, ma direttamente anche dai Consulenti neuropsichiatrici che operavano al fronte (Tamburini, 1916). I militari rappresentarono senza dubbio il *grosso* delle nuove ammissioni e provocarono l'aumento della massa dei ricoverati di cui dicevamo più sopra. I verbali delle riunioni della Commissione amministrativa riportano frequenti riferimenti ai nuovi arrivi dei soldati, per i quali la retta era corrisposta dalle Autorità militari, e in particolare si citano gli invii dall'Ospedale militare di Piacenza e da San Giorgio di Nogaro, località della bassa friulana dove avevano sede diverse strutture sanitarie (Baldo, Galasso e Vianello, 2010). L'afflusso fu incessante e non venne mai meno fino alla fine del

dell'Istituto dove ebbe a dare ottima prova di sé. Il Signor Presidente esprime voto favorevole, lieto che il Manicomio di San Lazzaro, come lo è stato in tante altre cose notevoli, sia il primo in Italia ad accogliere una donna fra il proprio personale medico» (Archivio storico dell'ex ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia -d'ora in poi Aslre-, Verbali della Commissione amministrativa, 28 maggio 1915, 16° oggetto).

16 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 11 ottobre 1915, 2° oggetto. Alla fine dello stesso mese di ottobre il Presidente Luigi Morchiari annunciava alla Commissione che il Ministero dell'Interno, tramite la prefettura reggiana, aveva deciso un riconoscimento ufficiale per il direttore Guicciardi per la sua opera svolta durante l'epidemia, vinta così rapidamente (Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 29 ottobre 1915, 6° oggetto).

conflitto: in media il Reparto militare ospitava circa 300/350 uomini[17].

A essere ricoverati erano soprattutto soldati di truppa, ma non mancarono parecchi fra ufficiali e sottufficiali. Questi ultimi non venivano collocati nella «classe comune» (la quarta, quella dei poveri), ma nella terza, garantendo così loro un migliore servizio[18]. Sempre nei verbali, troviamo citati diversi episodi di ufficiali che, una volta lasciato il San Lazzaro perché guariti o perché trasferiti in altre strutture, non intendevano pagare il conto per le spese personali (tabacco e biancheria soprattutto): in questi casi l'Amministrazione del manicomio, che di solito era molto attenta a recuperare i propri crediti, decideva solitamente di soprassedere, considerando il momento eccezionale e l'inopportunità di esigere quel denaro da dei graduati: «Quando all'uscita di detti ufficiali si presentava loro il conto delle spese particolari erano sempre sgradevoli discussioni, che specialmente si aggravavano sul diritto dell'Amministrazione di pretendere il rimborso delle spese […]. Data la specialità del caso, il margine che la retta di lire 7,25 lascia e il forte contributo dell'elemento militare al bilancio, il Signor Presidente crede che il provvedimento [di non richiedere il dovuto] sia saggio ed opportuno»[19].

Medici, infermieri, profughi

La Grande guerra causò la defezione, perché richiamati alle armi, di tanti fra medici, infermieri e, in generale, di uomini addetti a diverse attività lavorative nel San Lazzaro. I primi di cui si sentì l'assenza furono ovviamente i medici, e specie alla luce della crescita del numero dei ricoverati: è interessante seguire brevemente la loro carriera militare durante il conflitto. L'unico a partire volontario fu Giacomo Pighini, che lavorava al San Lazzaro già da dieci anni quando si arruolò nel 1915 col grado di sottotenente. Pighini era il

17 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 12 luglio 1917, 6° oggetto.
18 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 28 febbraio 1917, 4° oggetto.
19 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 14 marzo 1918, 14° oggetto.

responsabile dei laboratori scientifici dell'Istituto. Dopo aver trascorso qualche mese al fronte, alla 8° sezione di Sanità, Pighini, su indicazione di Tamburini, suo maestro e responsabile dei Servizi neuropsichiatrici dell'Esercito, fu nominato Consulente neuropsichiatrico per la IV Armata, che aveva sede a Belluno (Pighini, 1968; Paolella, 2010). Egli rimase in quel ruolo fino alla fine della guerra, raggiungendo il grado di tenente colonnello.

Diversi altri alienisti del San Lazzaro (ne abbiamo contati almeno 6) vennero richiamati sotto le armi e svolsero la loro attività come ufficiali medici presso Ospedali di riserva e, nel caso che fossero rimasti a lavorare a Reggio, continuarono per quanto possibile a prestare servizio anche in manicomio. Medici assistenti al San Lazzaro come Emilio Riva, Aldo Bertolani e Francesco Giacchi, proseguirono appunto in questa doppia attività: per loro e per sostenere le loro famiglie, la Commissione amministrativa dispose già dal 1915 e fino a tutto il 1919, il pagamento di una speciale indennità che rimpinguasse lo stipendio militare. Dopo alcune traversie burocratiche e il superamento di alcuni vincoli legislativi, si giunse alla corresponsione da parte dell'Istituto di una cifra pari alla metà dello stipendio militare, tenendo conto ovviamente del tempo da loro effettivamente dedicato ai degenti del San Lazzaro[20]. Questi soldi aumentavano naturalmente in relazione alle promozioni ottenute dagli stessi ufficiali medici: nel 1918 gli psichiatri Riva, Giacchi e Barbieri raggiunsero ad esempio tutti il grado di capitano.

Anche molti infermieri furono richiamati: per sostituirli, si dovette ricorrere a frequenti assunzioni d'urgenza fatte dal direttore Guicciardi e poi ratificate dalla Commissione. Gli “avventizi” chiamati al San Lazzaro erano spesso ragazzi molto giovani, anche di 18 o 19 anni, e provenivano dalla Scuola Infermieri. Col passare del tempo, fu sempre più difficile reperire personale idoneo a lavorare in manicomio, tanto che, sul finire della guerra, rimasero a lungo scoperti diversi posti[21], e senza dimenticare poi il fatto che gli stessi avventizi potevano da un momento all'altro essere a loro volta richiamati alle armi.

20 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 11 ottobre 1915, 4° oggetto.
21 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 11 aprile 1918, 4° oggetto.

L'aumento dei ricoverati comportò più in generale un aumento del personale infermieristico, anche femminile: era però comunque essenziale rispettare il vincolo della riduzione di un sesto del rapporto fra infermieri e degenti, riduzione stabilita dalle autorità e che era condizione necessaria per garantire alcuni esoneri proprio tra gli infermieri.

Il Signor Presidente espone che al principio dell'anno [1919] erano in servizio, chiamativi per sostituire personale richiamato alle armi, 19 infermieri, con che, dato il fortissimo aumento di malati, era pur sempre rimasta rispettata la riduzione della proporzione degli infermieri ai malati stessi in ragione di un sesto dell'avanti-guerra, condizione per far luogo all'esonero degli infermieri effettivi necessari e a mantenere in servizio gli altri cinque sesti. Da tale riduzione della proporzione degli infermieri agli ammalati l'Amministrazione ha avuto non piccolo vantaggio finanziario[22].

Fin dal 1915, ovviamente, il problema degli esoneri fu cruciale anche per il personale del San Lazzaro: il consigliere Saccani, parlando nella riunione del 24 maggio 1915, si fece portavoce appunto di quanto proposto dalla Lega degli infermieri:

Il Signor Consigliere Saccani chiesta la parola e richiamata la circolare numero 435 - 2 ottobre 1914 del Ministero della Guerra relativa alle esenzioni dalla chiamata alle armi degli infermieri dei Manicomi, a nome della locale Lega degli Infermieri porta la proposta che si debba fare in modo che esenzioni cadano su quelli che hanno famiglia e con preferenza su quelli la cui famiglia è numerosa. Ha parole di vivissimo elogio per tale proposta che rivela un altissimo sentimento di altruismo e non comune spirito di sacrificio. [Il Presidente è d'accordo e assicura che] già col Direttore aveva appunto pensato di adottare, potendolo, tale criterio che non sembra in contraddizione con la Circolare Ministeriale la quale afferma soltanto vagamente a una preferenza da darsi agli ascritti alle classi più anziane. Aggiunge però che dato lo stato degli organici e la possibilità di numerosissime sostituzioni della quali secondo la Circolare si deve tenere conto, le esenzioni non potranno essere che poche[23].

22 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 12 maggio 1919, 6° oggetto.
23 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 24 maggio 1915, 2° oggetto.

Oltre agli infermieri, anche altre categorie di lavoratori del San Lazzaro partirono per la guerra, lasciando sguarniti incarichi anche importanti, se non indispensabili alla vita del manicomio: dal portiere (sostituito a luglio del 1916 dal padre) all'ortolano, dal fornaio al macchinista al calzolaio. A tutti, senza distinzione di ruolo e di "contratto" (cioè sia in pianta organica sia avventizi, se con un minimo di anzianità), la Commissione amministrativa stabilì di estendere le tutele previste, come la corresponsione di sussidi alle famiglie, a seconda del numero dei familiari a carico. Anche nel caso dei caduti, il San Lazzaro garantì dei sussidi ai superstiti, almeno per tutta la durata della guerra[24]. Col passare del tempo e col peggiorare delle condizioni economiche (caroviveri, difficoltà di approvvigionamento), le domande di aiuto all'istituzione da parte di dipendenti e di loro familiari si moltiplicarono e la Commissione dovette prendere più volte provvedimenti per aumentare i sussidi destinati in particolare alle famiglie dei richiamati.

Il problema della miseria crescente e della carenza dei beni di prima necessità riguardava ovviamente anche i degenti del San Lazzaro: soprattutto l'ultimo anno di guerra fu veramente drammatico. Facciamo un solo esempio: la sera del 14 febbraio 1918 ci fu una vera e propria rivolta da parte dei militari ricoverati nella

24 Eccone un esempio: «Il Signor Presidente dopo aver annunciato alla On. Commissione amministrativa la morte dell'infermiere F. Serafino avvenuta il 9 settembre, in seguito a ferite riportate in guerra, dà lettura d'una domanda inoltrata dal padre per ottenere che l'Amministrazione per tutta la durata della guerra gli corrisponda il salario di mensili lire 8.000 che spettava al figlio, e di una lettera di condoglianze scritta dalla Presidenza alla famiglia; e della risposta del padre che alla prima domanda ne aggiunge una seconda, quella che al termine della guerra un altro suo figlio in armi, Francesco, il quale pure si trova al campo, venga assunto quale infermiere. Il defunto era un ottimo infermiere, e ne attesta in modo lusinghiero il Signor Direttore con suo referto 27 settembre n. 1171, non lascia né moglie né figli, ma i vecchi genitori dei quali era il principale sostegno, specialmente ora che un fratello ha occupazioni d'indole non continuativa. Il Signor Presidente è favorevole a che si prenda in benevola considerazione la domanda del padre, non però nella sua ampiezza ma limitatamente a una lira al giorno, come limitato doveva essere l'aiuto che il figlio portava alla casa paterna. Quanto alla domanda che il F. Francesco sia, alla fine della guerra, assunto come infermiere, la Medica Direzione ha qui preso nota, soggiungendo però che devesi consigliare la iscrizione di esso Francesco alla Scuola degli Infermieri. Ad ogni modo, pur con le migliori disposizioni, non sembra opportuno prendersi al riguardo finora impegni di qualsiasi sorta» (Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 11 ottobre 1915, 7° oggetto).

Sezione «Lombroso»: causa dei disordini la razione giornaliera di pane, considerata troppo scarsa[25]. A quei soldati toccava infatti soltanto la razione prevista per i ricoverati civili, razione più volte ridotta negli ultimi tempi. Così scriveva in quei giorni il Presidente Morchiari al Prefetto di Reggio Emilia: «Se fra i malati civili la riduzione fortissima della razione del pane non dà luogo, almeno per ora, a fenomeni pericolosi, altrettanto non è fra i soldati, perché più grave è per questi il mutamento di regime, dacché, anche quando provengono dagli Ospedali Militari, debbono passare dalla normale razione giornaliera di grammi 600 di pane a quella scarsa del Manicomio»[26]. L'Amministrazione del San Lazzaro cercò di rimediare a questa scarsità, pensando in primo luogo proprio a migliorare il vitto dei militari. Interessò, oltre al Prefetto, anche le Autorità militari, ma senza fortuna: ai soldati ricoverati spettava soltanto il pane dei degenti civili[27]. Altre piccole notizie, contenute nei verbali della Commissione, ci danno l'idea di quanto difficile fosse provvedere in misura sufficiente a nutrire le migliaia di ricoverati. Così, nell'estate del 1918, fu deciso di iniziare a macellare anche la carne di cavallo, dovendo comunque chiedere aiuto all'Esercito per procurarsene e a prezzi sostenibili[28].

È chiaro che per chi governava il San Lazzaro, quella di cui ci stiamo occupando fu anche una “guerra economica”. I bilanci dell'Istituto furono presto gravati da diversi fattori (l'allestimento dell'Ospedale militare, l'aumento del personale, il caroviveri), ma,

25 «Ieri sera, dopo l'ora delle cene, nella Sezione Lombroso, fra i militari ivi accolti si acutizzò un fermento, che insistentemente da qualche giorno perdurava, per la scarsa razione di pane, e il fermento degenerò presto, quando i malati entrarono nei dormitori, in una rivolta capeggiata da cinque o sei già fra di loro concertati, con grida, minacce e pitali branditi. L'accorrere di parecchi altri infermieri da tutte le Sezioni e dei Medici militari vinse a stento la grave ribellione; ma cessò il rumore delle invettive soltanto quando a forza furono allontanati i più scalmanati e pericolosi e vennero fissati in letto con i corpetti di forza» (Aslre, titolo 1, rubrica 1, filza 4, fascicolo 8, oggetto: Direzione Centro Neuro Psichiatrico 1° raccolta, busta 11, Lettera del Direttore al Presidente del Manicomio San Lazzaro, 15 febbraio 1918).

26 Ivi, Lettera del Presidente del Manicomio San Lazzaro al Prefetto di Reggio Emilia, 16 febbraio 1918.

27 Ivi, Lettera del Prefetto di Reggio Emilia al Presidente del Manicomio San Lazzaro, 2 marzo 1918.

28 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 11 luglio 1918, 2° oggetto.

per converso, poterono contare proprio sulle rette che i più numerosi degenti garantivano (e, in primo luogo, proprio i militari). Possiamo dire anzi che gli anni della Grande guerra videro una intensificazione degli sforzi, da parte degli amministratori del San Lazzaro, di avere sempre nuovi degenti, con cui riempire tutti gli spazi disponibili. Finché non fosse stato necessario costruire ed allestire nuovi padiglioni, ammettere nuovi ammalati portava a una salutare riduzione delle spese di gestione: «Fin che non è necessario provvedere a nuove costruzioni per accoglierli, l'aumento dei malati rappresenta già di per se stesso una diminuzione di spese generali e quindi un vantaggio anche se la loro retta non è maggiore di quella richiesta per i malati appartenenti ai territori ex-estensi, che è la minima necessaria per coprire le spese»[29]. Anche per questo, al San Lazzaro si dissero sempre disponibili ad ammettere, dietro la stipula di convenzioni con le rispettive amministrazioni provinciali che provvedevano a pagare le rette per la «classe comune», gruppi di malati provenienti da altre zone d'Italia: in tal senso, anche la ripetuta accoglienza di ricoverati profughi dal Nord-est non fu visto dai dirigenti del manicomio reggiano soltanto come un atto di solidarietà davanti all'emergenza bellica, ma anche un sostegno economico all'Istituto. Si trattava di mantenere un equilibrio comunque precario, ossia quello fra il numero dei ricoverati e la loro gestione. In generale, chi amministrava il Pio Luogo doveva puntare ad aumentare i numeri anziché contenerli. Così, nel 1917, la Commissione amministrativa, se da un lato non smetteva di sollecitare le Autorità militari a versare sostanziosi anticipi sui pagamenti previsti, dall'altro lato iniziò a progettare la requisizione di alcuni edifici, prossimi al manicomio, dove accogliere nuovi militari: l'investimento sarebbe stato ovviamente compensato dalle rette versate dall'Esercito:

> Si stanno quindi facendo pratiche per ottenere dalle Autorità la requisizione di un immobile, che sia adatto allo scopo, e quindi che si trovi nelle vicinanze

29 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 21 aprile 1917, 6° oggetto. Le rette per le diverse classi di ammissione erano differenziate per degenti provenienti dalle province ex-estensi (ossia di Reggio Emilia e di Modena) e per degenti provenienti dai cosiddetti territori extra-estensi.

dell'Istituto, e che non potrà non essere la Villa Levi, ben nota ai Signori Consiglieri. Tale immobile potrà adattarsi a Sezione Manicomiale con una spesa che si reputa non possa nella peggiore delle ipotesi superare le lire 10.000, spesa che sarà ad usura compensata dal risparmio di spese generali per l'aumento della popolazione dell'Istituto e dalla differenza di retta che pagano i malati ai territori non ex-estensi, fra i quali van calcolati precipuamente i numerosi militari[30].

Già in precedenza, e cioè a metà del 1915, di fronte a un preoccupante aumento delle spese, la Commissione dovette comunque stabilire un aumento delle rette. Non venne deciso però di toccare le rette previste per i «pensionanti», cioè per i malati che avevano diritto a servizi speciali: ciò avrebbe procurato – si disse – una diminuzione dei paganti, provocando un danno economico, oltre che d'immagine. Si stabilì invece di intervenire iniziando a tagliare le spese per il vitto dei ricoverati e, soprattutto, di aumentare, per tutta la durata della guerra, di qualche centesimo la tariffa giornaliera per i degenti di quarta classe, ossia per le amministrazioni provinciali che pagavano[31].

Veniamo a questo punto ai profughi ospitati al San Lazzaro. Non si trattò di malati giunti a Reggio soltanto in conseguenza della disfatta di Caporetto. Già a maggio del 1916, furono inviati circa 100 ricoverati dal manicomio di Udine, sgomberato per ragioni militari. La retta applicata a questi primi profughi fu ridotta, certamente tenendo conto della gravità della situazione, e venne uniformata a quella dei degenti provenienti dalla provincia di Udine, con la cui amministrazione esisteva da tempo una convenzione per il ricovero di pazienti[32]. Nelle settimane seguenti ci furono altri contatti fra l'amministrazione del San Lazzaro e quelle di diverse province, fra cui Parma, Venezia e Vicenza: non tutte le contrattazioni andarono a buon fine, ma giunsero comunque dall'Istituto medico-pedagogico di Thiene circa 35 giovani frenastenici. Nella primavera dell'anno seguente, la Commissione amministrativa prese un provvedimento di ordine generale per garantire rette agevolate in tutti i nuovi casi di

30 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 12 luglio 1917, 6° oggetto.
31 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 29 maggio 1915, 1° oggetto.
32 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 26 maggio 1916, 3° oggetto.

invii di profughi in manicomio[33]. Nei giorni subito dopo Caporetto, il San Lazzaro dovette farsi carico di parecchie centinaia di pazienti psichiatrici sfollati, sia militari sia civili, provenienti dai manicomi di Treviso, Udine e Venezia. Anche gli assistenti che accompagnavano i malati delle province venete furono assunti come infermieri o addetti al guardaroba[34]. Fra gli assunti ci fu anche uno psichiatra: il dottor Alfredo Perugia, che aveva già lavorato al San Lazzaro alla fine dell'Ottocento e che nel 1917 era al San Servolo di Venezia. Perugia rimase a Reggio fino al gennaio del 1919.

Il Centro psichiatrico-militare di prima raccolta

Quella del maggiore Placido Consiglio è forse quella più interessante fra le figure che compongono il quadro della psichiatria militare (o castrense) italiana negli anni della Grande guerra.

Consiglio era psichiatra militare di formazione lombrosiana, autore di molti saggi sulla criminalità nell'esercito. Nelle sue pubblicazioni egli sostenne sempre che i disturbi mentali in tempo di guerra erano l'espressività di primitività e incompletezza evolutiva. «In guerra – affermò – si vedono fallire, per fatalità organica, tutti gli anormali». Nel 1916 egli propose di formare reparti speciali composti da «anomali», da assegnare alle zone più pericolose «onde ottenere una fatale selezione benefica» (Bianchi, 2001, p. 152).

Consiglio può essere considerato anzi uno dei fondatori della stessa psichiatria castrense italiana. Fin dai tempi della guerra di Libia, e ancor prima, si era specializzato nello studio dei disturbi mentali accusati dai militari, nei quali riconosceva invariabilmente la manifestazione di tare ereditare e degenerazioni, che dovevano essere individuate e neutralizzate[35]. Il maggiore (promosso poi tenente

33 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 21 aprile 1917, 6° oggetto.

34 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 24 novembre 1917, 6° oggetto.

35 «Forte di centinaia di casi di psichiatria militare analizzati e studiati durante la guerra di Libia, Consiglio non esita a contestare le più popolari argomentazioni del lombrosismo in materia: né il genio né l'eroismo guerriero possono infatti scaturire, secondo il medico militare, dalla degenerazione. L'"anormale" è sempre "un non valore sociale,

colonnello) Consiglio fu, durante la Grande guerra e negli anni seguenti, l'alfiere di un ardito «sperimentalismo sociale»: la psichiatria castrense, come più in generale tutta la medicina legale militare, avrebbe potuto anzi rappresentare un vero e proprio laboratorio, un banco di prova da cui trarre i principi per un controllo *energico* di tutta la società, e i metodi di lotta altrettanto vigorosi contro ogni anormalità sociale (Pogliano, 1999; Mantovani, 2004). Per Consiglio il vero nemico da battere era indubbiamente il «sentimentalismo» verso i deboli e gli inadeguati, dal quale non poteva che derivare una grande ingiustizia:

> Tutto ciò [la mancanza di rigore verso gli anormali] costituisce un problema grave, che ha un grande interesse sociale e biologico, oltreché militare, in quanto sottrae dai pericoli della guerra i meno meritevoli, con un senso grave di ingiustizia verso il normale, sano ed onesto, che dà il suo sangue e la sua vita per la patria, mentre ad esso la Nazione deve affidare i suoi destini non solo nel periodo della lotta contro i nemici esterni, ma anche nella continuità del lavoro fecondo del tempo di pace, e per la trasmissione di un sempre migliore patrimonio biologico alla discendenza (Consiglio, 1919a, p. 353).

Le sue preoccupazioni non erano rivolte dunque soltanto alle potenza e all'efficienza dell'esercito italiano, ma allo stesso destino biologico della nazione.

Consiglio arrivò a Reggio Emilia negli ultimi giorni del 1917 per istituire il Centro psichiatrico-militare di prima raccolta. Egli proveniva da Padova, dove, presso il manicomio locale, aveva dato vita a un primo centro, su indicazione della Direzione generale di Sanità militare, destinato a rendere più rigorose le osservazioni sui soldati che presentavano sintomi neuropsichiatrici. Allo stesso modo, il Centro reggiano non era tanto un luogo di cura, ma un grande *filtro*, la sede dove mettere in atto i principi medico-militari del rigore e della repressione verso simulatori, anormali, criminali (Paolella, 2008). Così il maggiore Consiglio avrebbe spiegato in seguito le ragioni della scelta della città di Reggio da parte del Ministero della Guerra per allestire il Centro:

spesso di danno, sempre pericoloso e dissipatore di energie bio-psichiche" » (Cassata, 2006, pp. 68-69).

> [Il Centro] doveva stare al limite fra la zona di guerra e il territorio nazionale, meglio ancora se si fosse potuto valere di un manicomio locale, e perciò il Ministero lo volle a Reggio Emilia. […] Doveva funzionare come lo stretto di una enorme clessidra, chiuso da un diaframma cribrato, onde, raccogliendo tutta la zona di guerra, si smistassero gli ammalati, veramente riconosciuti, a tutto il territorio nazionale, secondo il criterio regionale (Consiglio, 1919a, p. 341).

Quello reggiano fu il Centro *unico* di osservazione per tutta la zona di guerra e Consiglio, che ne fu il creatore e il direttore, ottenne così la più alta responsabilità nel Servizio neuropsichiatrico militare. Questa nuova struttura doveva superare le gravi deficienze che l'osservazione degli psichiatri militari aveva fino ad allora evidenziato. La rotta di Caporetto non aveva fatto che rilanciare tutte le lamentele che, da più parti, si avanzavano per la mancanza di severità nel concedere licenze e riforme ai malati che accusavano disturbi neuropsichiatrici. Emilio Riva, psichiatra del San Lazzaro a cui già abbiamo fatto riferimento nelle pagine precedenti, fu il principale aiutante di Consiglio nella gestione del Centro psichiatrico-militare, lavorando come Caporeparto, quindi come Aiutante Maggiore e coadiutore del Direttore nei controlli medico-legali dei ricoverati; e così, alla fine della guerra, lo stesso Riva avrebbe descritto i problemi della psichiatria militare italiana: «I Reparti neuropsichiatrici delle armate, in numero troppo esiguo e con scarsa disponibilità, erano costretti a fare un'osservazione troppo affrettata, a sgomberare troppo presto, ed accadeva così che molti simulatori od esageratori riuscivano ad allontanarsi dalla Z. G. [zona di guerra] e a guadagnare, per lo meno, tempo – quando purtroppo non riuscivano ad ottenere anche di più, carpendo cioè qualche mese di licenza» (Riva, 1920, p. 443). Ciò che importava a Consiglio e ai suoi collaboratori era dunque la severità, assieme alla celerità nelle diagnosi e, possibilmente, nella capacità di restituire alle forze combattenti il maggior numero di uomini.

Al Centro neuropsichiatrico, distribuito su più sedi fra città e periferia, giunsero in meno di un anno e mezzo più di 11.000 militari, fra ufficiali e soldati di truppa (Buscaino, 1919; Riva, 1919 e 1920). Il maggiore Consiglio divenne per l'ultimo anno di guerra anche l'autorità militare di riferimento per i dirigenti del manicomio civile

reggiano: al suo ufficio si rivolgevano il direttore Guicciardi e il presidente Morchiari per risolvere problemi legati al pagamento delle rette dei ricoverati o all'approvvigionamento di viveri e materiali. L'apertura del Centro di prima raccolta, agli inizi di gennaio del 1918, fu resa possibile dalla collaborazione proprio con il San Lazzaro, perché le diverse sedi scelte da Consiglio dovevano essere ancora allestite quando giunsero i primi soldati in osservazione. La Direzione fu posta nei locali del vecchio Collegio civico, in pieno centro[36]. Il grosso dei ricoverati fu accolto nella «Villa Corbelli», un fabbricato nella periferia cittadina che offriva circa 400 posti. Il Seminario estivo di Albinea, un piccolo paese a dieci chilometri da Reggio, fu requisito, mentre il Castello della stessa località fu ceduto gratuitamente dai proprietari ed utilizzato come convalescenziario per i soli ufficiali. Nella primavera del 1918 il Centro funzionava a pieno regime, ed aveva una capacità media di circa 1.300 letti, fra soldati semplici e ufficiali, ma arrivò spesso ad ospitare più di 1.400 uomini. La gestione quotidiana delle diverse sedi era indubbiamente difficoltosa, data anche l'esiguità del personale: i medici erano – ormai alla fine del 1918 – soltanto 14 e c'era a disposizione soltanto una decina di infermieri professionali, mentre il resto del personale era formato da semplici militari, senza alcuna preparazione specifica.

«I militari osservandi, al loro giungere, sono tutti raccolti nella Sezione Collegio; quivi sono smistati secondo il criterio della forma morbosa e della pericolosità (agitati, impulsivi contro sé e gli altri, detenuti) e poi sono subito inviati alle varie sezioni le quali provvedono subito al bagno e alla sterilizzazione degli indumenti» (Riva, 1919, p. 344): come abbiamo visto già a proposito dei primi mesi di guerra, la questione «igienica» era davvero centrale in strutture che dovevano accogliere centinaia di uomini che provenivano in gran parte direttamente dal fronte. Il periodo in cui più numerose furono le ammissioni fu l'estate del 1918, con una

36 «Si ebbe così in primo tempo il Collegio civico, fabbricato antico ed in cattivissime condizioni nell'interno della città, nel quale si impiantarono subito la Direzione e gli Uffici e si allestirono alla meglio circa 240 letti per la truppa e 25 per ufficiali» (Riva, 1919, p. 311).

media di più di 50 militari al giorno, ma con punte che superarono il centinaio.

È importante soffermarsi, seppur brevemente, sul lavoro che gli psichiatri militari compirono nei mesi di vita del Centro psichiatrico-militare. Come dicevamo sopra, si trattava tanto non di un luogo di cura, ma di accertamento medico-legale: ciò che contava era stabilire l'idoneità o meno al servizio militare. I periodi di osservazione duravano mediamente un mese e, durante questo tempo, tutto doveva essere fatto per smascherare i simulatori e stabilire per gli altri la *reale* entità dell'infermità. Per far questo, la disciplina doveva essere rigorosa e, allo stesso tempo, l'isolamento dal mondo esterno doveva essere completo, in modo che i medici del Centro «vi vivessero quasi la vita degli infermi, e fossero quindi in grado di rilevarne continuativamente gli atteggiamenti abituali, le oscillazioni di umore e di contegno, i modi di condotta, le espressioni del carattere» (Consiglio, 1919b, pp. 1030-1031). Alla base di quello sguardo medico-militare c'era una radicale diffidenza verso le sofferenze che i soldati ricoverati mostravano di provare. Dal Centro si doveva uscire il più rapidamente possibile e con l'attribuzione di un giudizio certo e severo: un'altra finalità era appunto quella di accelerare le pratiche medico-burocratiche, in primo luogo la compilazione delle perizie psichiatriche (Riva, 1920).

Va da sé, le riforme dovevano essere concesse nel minor numero possibile. Meglio era concedere brevi periodi di riposo; al Centro si tendeva a considerare transitorie le forme morbose accertate, senza azzardarsi ad emettere giudizi sulla inguaribilità e sulla cronicità delle stesse: «Si deve parlare, ora, di sindromi e di stati psicopatici, anziché far diagnosi di forme cliniche definite, tranne che in casi veramente chiari e ben manifesti, e duraturi; ed allora, per lo più, si prenderanno provvedimenti temporanei, da 3 a 12 mesi di licenza, magari in prova, e specificando la utilità di una nuova osservazione preventiva» (Consiglio, 1919a, p. 347). Davanti a questo quadro, è facile immaginare come i principi sostenuti da Consiglio, votati alla severità e al rigore, si sposassero bene con dispositivi disciplinari pure energici, come gli inevitabili mezzi di contenzione o le terapie di shock utilizzati anche con un chiaro proposito «terrorizzante» verso i malati, e sempre in primo luogo per riuscire a smascherare i simulatori (Consiglio, 1919a). D'altra parte, è Emilio Riva a insistere

più volte sul fatto che nel Centro reggiano si facesse anche uso della psicoterapia, nel tentativo di rieducare gli uomini considerati più facilmente guaribili. Sicuramente, i simulatori erano l'oggetto di una particolare attività di osservazione: i sospetti simulatori erano controllati continuamente, nella speranza di vederli tradirsi: «Nei casi più difficili, qualche giorno di dieta rigorosa e di coercizione sono un balsamo magico che fa improvvisamente rinsavire il soggetto e fa confessare la tentata simulazione» (Riva, 1919, p. 316). I riformati furono circa il 18% di tutti gli osservati; gli uomini considerati idonei al servizio di guerra furono circa il 35%, mentre un altro 30% fu inviato in licenza (di solito, per 3 mesi al massimo). Il Centro psichiatrico-militare lavorò per circa 15 mesi e venne ufficialmente chiuso il 20 marzo 1919, e proprio a Riva fu assegnato il compito di gestire il Reparto residuale.

In conclusione: tra guerra e dopoguerra

Gli anni dell'immediato dopoguerra videro l'amministrazione del San Lazzaro cercare di cogliere tutte le opportunità per consolidare i conti dell'Istituto. Così, ad esempio, si cercò di vendere rapidamente – prima che i prezzi scendessero troppo – tutti i prodotti e gli arredi non più necessari con la fine del conflitto e la fine conseguente del periodo delle ammissioni di massa dei militari. D'altra parte, la Presidenza cercò di sostenere, per quanto possibile, tutti quei lavoratori avventizi che dovevano essere licenziati man mano che i richiamati alle armi riprendevano servizio e che il numero dei ricoverati tornava alla normalità:

> Questo personale avventizio è stato licenziato di mano in mano che i richiamati alle armi, in seguito alla comunicata smobilitazione hanno ripreso servizio. Tali licenziamenti hanno avuto principio il 4 febbraio p. p. e termine il 30 marzo succ. Gli interessati non hanno mancato di chiedere che fosse loro corrisposto il salario per un certo periodo di tempo posteriore al loro licenziamento, conformemente a quanto anche è stato disposto dalla legge per gli operai dell'industria privata. Anche l'amministrazione dell'Ospedale di Santa Maria Nuova ha riconosciuto la equità di tale richiesta e ha concesso un mese di salario […]. Pertanto, urgendo provvedere data l'insistenza degli interessati e il loro stato di bisogno, il Signor Presidente […] ha disposto che si corrispondesse agli stessi appunto un mese di

salario e annessa indennità carovivere decorrente dal giorno successivo a quello del licenziamento[37].

La Presidenza e la Direzione medica del San Lazzaro candidarono poi il loro Istituto a un ruolo di primo piano nella cura dei cosiddetti «invalidi mentali di guerra» (Bracco, 2012). Dai verbali della Commissione veniamo a sapere infatti che il vice direttore Pietro Petrazzani fu inviato a Milano nel dicembre del 1918 per partecipare al convegno nazionale dedicato appunto all'assistenza degli invalidi di guerra. Petrazzani propose l'istituzione di centri interprovinciali per la custodia, il mantenimento e la cura dei militari neuropsicopatici per causa di servizio. Il San Lazzaro avrebbe potuto diventare il centro di riferimento per tutta l'Emilia e la Romagna. «Così – notò poi il presidente Morchiari – il nostro istituto potrebbe continuare l'opera benefica esercitata durante la guerra per i bisogni sanitari dell'esercito e delle popolazioni delle Province invase, e mantenere alte le proprie tradizioni»[38]. La proposta (e l'autocandidatura) reggiana non ebbe successo al convegno, essendo preferita la soluzione del ricovero dei militari nei manicomi civili esistenti. Nonostante ciò, i dirigenti del Pio Luogo pensavano di avere comunque a sostegno del proprio progetto «importanti argomenti morali» (garantire un trattamento migliore per i militari, distinguendoli dalla massa dei malati comuni) e «scientifici» (la specializzazione delle terapie e della rieducazione).

37 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 12 maggio 1919, 6° oggetto.
38 Aslre, Verbali della Commissione amministrativa, 7 gennaio 1919, 1° oggetto.

«Non atto a prestare ulteriore servizio sotto le armi. La selezione del corpo militare nella pratica alienista del dott. Salerni all'Ospedale psichiatrico di Verona

di Gabriele Licciardi

Tutti al fronte, o quasi

L'ospedale psichiatrico di Verona ha avuto un ruolo cruciale all'interno delle vicende che hanno caratterizzato il rapporto fra la psichiatria e la guerra. Il dott. Aleardo Salerni, primario presso il San Giacomo, responsabile del reparto d'Osservazione e dedito al compito specifico della cura delle malattie mentali nei soldati, fu lo specialista che incrociò gli oltre mille militari ricoverati presso il nosocomio veronese, dei quali 850 occuparono le stanze del San Giacomo fra il 1915 e il 1920.

L'orizzonte culturale entro il quale va ascritta l'azione del dott. Salerni è quello della predisposizione ereditaria (Adami, 2007; Scartabellati, 2008), ponendosi in perfetta sintonia con le principali elaborazioni eugeniche che la psichiatria di inizio Novecento aveva iniziato a concepire. Lo psichiatra veronese, abbondando nell'uso dei concetti quali *eredità psicopatica* e *degenerazione antropologica*, era convinto che le nevrosi emerse fra i militari durante il conflitto fossero preesistenti e quindi non derivassero dalla guerra; quest'ultima, semmai, avrebbe agito da fattore scatenante. Come molti psichiatri che trattarono la psicosi di guerra, anche Salerni

elaborò il suo profilo teorico confrontandosi con alcuni casi provenienti dagli scontri libici del 1911. Ebbe modo di osservare direttamente quattro casi e le conclusioni alle quali giunse non si discostarono per niente da quanto già era stato affermato al riguardo.

> Riassumendo le svolte considerazioni col contributo alla casistica, risulta essere che: Non esiste una psicosi caratteristica conseguente alle emozioni di guerra. La cosiddetta amentia depressivo stuporosa dello Schaikievitch non è che un'accolta di sintomi depressivo-confusionali prodromici delle comuni psicosi. È evidente però in dette sindromi iniziali una speciale rapidità di evoluzione, e nei fenomeni allucinatori, l'impronta degli avvenimenti della guerra. L'emozione di guerra non deve ritenersi di per sé stessa sufficiente a produrre stati psicopatici […] un tale complesso di fattori determina la psicosi, in quanto agisce sopra gli individui compromessi in via ereditaria, o nevrotici, o psicopatici in latenza (Adami, 2008, p. 378).

Per Salerni non era possibile quindi parlare di una nevrosi di guerra ma, rifacendosi a quanto affermato da Cazzamalli e tracciando una solida linea di continuità con il bioantropologismo di Morel e Lombroso, affermava l'esistenza di una predisposizione originaria**,** una degenerazione della psiche e del soma che, se adeguatamente sollecitata come avevano fatto i traumi di guerra, avrebbe fatto emergere in tutta la sua potenza lesiva la psicosi, con le emozioni turbate e l'incapacità, da parte dei soldati, di mantenere un equilibrio interno in grado di farne ancora degli uomini sani e forti.

La psichiatria italiana, e quindi anche quella veronese per mano di Salerni, allo snodo di quella ch'è stata definita un'esperienza totalizzante, si trovò a poter sfruttare il fatto che lo Stato italiano, impegnato nel balbettante esperimento di nazionalizzazione delle masse, aveva deciso di fare dell'esperienza militare un vero e proprio laboratorio antropologico e culturale. Lo psichiatra fu investito del ruolo di educatore dell'anima della nazione, disciplinando e razionalizzando gli ingressi nella leva nazionale.

In questo modo il corpo psichiatrico aveva trovato la via per sfuggire a un duplice ingorgo in cui era caduto: da un lato rientrava al centro del processo di formazione del carattere della nazione che avrebbe dovuto plasmare un popolo forte e sano; dall'altro, nello stesso tempo, la nuova funzione sociale del medico psichiatra forniva alla corporazione un'occasione di riscatto rispetto all'incapacità

terapeutica che aveva caratterizzato la stagione manicomiale di fine Ottocento. La funzione psichiatrica veniva così a consistere in un compito di selezione del migliore corpo militare possibile, caratterizzato dalla superba tempra morale che il compito di combattere per la patria richiedeva. E queste premesse hanno ispirato la formazione di un efficace servizio di medicina psichiatrica da organizzare nelle linee del fronte durante gli anni della guerra.

In Italia, nei mesi dell'estate del 1915, il Comando Supremo, su proposta dell'Ispettorato Medico Generale dell'esercito, decreta l'istituzione di uno speciale Servizio Neurologico e Psichiatrico, presso ciascuna Direzione e Intendenza di Sanità Militare delle quattro armate al fronte. I quattro consulenti preposti alle armate – Arturo Morselli, figlio del più noto Enrico, per la prima armata di Verona, Vincenzo Bianchi per la seconda, di Udine, Angelo Alberti per la terza di stanza in San Giorgio di Nogaro e Giacomo Pighini per la quarta armata in Belluno – sono riusciti a istituire più reparti nelle rispettive zone (Petrò, 1917). Nelle retrovie sono in funzione anche reparti psichiatrici militari di osservazione, creati all'interno di preesistenti strutture manicomiali, dove i militari vengono internati senza particolare procedura legislativa e solo in osservazione, prima di essere smistati nei rispettivi luoghi di degenza. Per avere un'idea della mole di osservati in questi piccoli «villaggetti psichiatrici», nel maggio del 1916 il conto era salito a circa ventimila degenti. Tamburini nel 1916, in una sua relazione nella rubrica «Questioni di attualità per la nostra guerra», poteva così manifestare la sua soddisfazione per la capacità organizzativa che il Paese aveva dimostrato, per primo in Europa.

Di pari passo la psichiatria castrense, come ha sottolineato Francesco Cassata, si collegava all'ideologia eugenetica nella misura in cui si poneva il problema della selezione dei soldati su base biologica. Una questione che avrebbe condizionato la prassi alienista per gli anni e i decenni a seguire, e che anche al San Giacomo di Verona, viste le premesse culturali che avevano caratterizzato la formazione di Salerni, avrebbe trovato espressioni in linea con i dettami della biologia positivista.

In definitiva, la psichiatria italiana dalle convulse vicende che avevano caratterizzato gli anni immediatamente antecedenti la

Grande Guerra non aveva tratto alcun giovamento, rifiutando qualsiasi relazione fra psicosi ed evento bellico.

La Grande guerra entra a San Giacomo

Presenta un delirio paranoide caotico e mentale, a tinta prevalentemente persecutoria con allucinazioni visive ed acustiche, e disordine psicosomatico. Ha episodi di eccitamento con impulsività. La malattia non dipende dai disagi di guerra[39].

La prima guerra mondiale – afferma Antonio Gibelli (2007) – segnò la trasformazione del campo percettivo degli uomini. Trasformò le esperienze visive e acustiche di milioni di soldati, destrutturò un paesaggio culturale per sostituirlo con i traumi assordanti della modernità. La Grande Guerra ne fu una prima grande manifestazione. Il passo caratterizzante di questa nuova immagine fu la distruzione di quello che c'era stato fino ad allora. Distruzione non solo materiale, ma soprattutto psicologica quindi, attraverso la frantumazione di ogni percezione visiva e sonora che fino a quel momento aveva filtrato la realtà. Vincenzo Bianchi, responsabile del reparto psichiatrico della prima armata, fornì una descrizione molto precisa di cosa fosse l'esperienza della trincea, e così scrisse in un articolo dal titolo *L'anima del soldato sul campo di battaglia* (1916):

> contro un reparto di truppa che avanza, specie se in piano, si rovescia un uragano di piombo e di acciaio rovente, sono proiettili di fucile, di mitragliatrici, di shrapnels, di granate, da ogni parte fischiano con ritmo diverso questi proiettili di calibri molto differenti. Alcuni acuti e rapidissimi, altri come un fruscio che sta fra il rumore e il sibilo, altri con una particolare specie di ronzio che rassomiglia al rumore di un treno in corsa udito a distanza (p. 38).

Sono dunque la detonazione, il lampo, il calore dell'esplosione e i fumi soffocanti che producono un disorientamento sensoriale combinato alle urla e alle grida dei corpi lacerati. Il

39 Archivio Ospedale Psichiatrico di Verona (di seguito AOPVr), sez. G II, cartella clinica di S. T. , n. 742.

bombardamento sensoriale spesso non si conclude nel momento dell'attacco, ma continua nei giorni e nelle settimane che seguono, attanagliando il soldato durante la fase onirica, impedendogli il sonno, provocando incubi, completando la devastazione iniziata nei giorni o settimane precedenti.

Tutto questo produsse un fenomeno tipico dell'esperienza di guerra, la *dissociazione*, ovvero l'incapacità del soldato di correlare gli stimoli a cui era sottoposto. Uno smarrimento visivo e acustico che si traduce inevitabilmente in una compromissione psichica: venuta meno la bussola per orientarsi nel mondo reale, anche l'anima subisce colpi durissimi. Salerni classificò questi disturbi attraverso la categoria nosografica del delirio acuto**,** individuandone una forma primitiva e una secondaria, dovuta a infezione. Nella prima categoria, secondo lo psichiatra veronese, ricadevano principalmente i soldati provenienti dal fronte, quindi fortemente soggetti ad alterazioni sensoriali. Il delirio acuto primitivo era caratterizzato da una profonda agitazione, confusione ideativa, allucinazioni visive e uditive, ma Salerni - rimanendo ben ancorato al positivismo biologico - giudicò lo stato confusionale e dissociativo come un segno dell'incapacità dell'uomo di resistere alle fatiche della guerra, che non poteva di per sé essere causa di malattia.

> È evidente come la diversa gravità delle alterazioni organiche, e specialmente dei fatti degenerativi, debba ritenersi in rapporto alla maggiore o minore resistenza fisica dell'individuo (Adami, 2007, p. 70).

Non tutti i pareri clinici certo erano conformi nel giudicare le nevrosi dei militari avulse da qualsiasi collegamento con le esperienze belliche vissute, ma la tendenza generale, e così anche quella di Salerni, fu di appiattire le diverse nevrosi sorte durante il conflitto sulle categorie diagnostiche tradizionali. All'interno delle cartelle cliniche esse si tradussero per lo più in termini come stati confusionali, amenze, depressioni e stati paranoidi.

La guerra continuava ad essere mantenuta sullo sfondo al pari di qualsiasi altro fenomeno occasionale o causa coadiuvante. Come era accaduto per i giovani alienati durante il servizio di leva, anche per i militari al fronte durante la prima guerra mondiale la stragrande maggioranza dei disturbi psichici fu attribuita a un terreno di labilità

precostituita, sulla quale i traumi del combattimento attecchivano con maggiore facilità. Questo si tradusse, all'interno delle cartelle cliniche, in una ricerca metodica di tare familiari che potessero giustificare lo stato patologico del militare.

Un giovane soldato, F.M., colpito da delirio persecutorio, «che costituisce il sintomo fondamentale della paranoia, di cui è affetto», è stato processato per insubordinazione. Nella sentenza del magistrato militare possiamo leggere fra i motivi della sua assoluzione il fatto che il giovane «proviene da famiglia fortemente inquinata da labe psicopatica». Durante una perizia psichiatrica per decidere sull'infermità mentale di un giovane soldato tornato dal fronte in grave stato confusionale, ma portatore di una cospicua eredità contesa fra moglie e fratelli, il medico si inoltra nell'analisi della genealogia del soggetto in esame fino a trovare che «sarebbe degno di menzione il particolare che una prozia materna avrebbe sofferto, per una volta soltanto, in seguito ad un parto, leggeri e affatto transitori disturbi mentali, i quali però non le lasciarono tracce di sorta». Il perito continua raccontando alcuni episodi della fanciullezza del giovane dove «i congiunti narrano che il V. ancora bambino si abbandonava per cose da nulla a scene di violenza. Nella scuola era indocile». Se continuiamo nella lettura degli esempi che ci forniscono le cartelle cliniche, troviamo soldati internati dove la tara ereditaria è una costante. «Il nonno materno era uno squilibrato e si annegò in un pozzo». Per il soldato L.A. «il nonno paterno fu qualche tempo in manicomio, poi guarì senza conseguenze. Il padre è vivente e sano, la madre morì psicopatica»[40].

Furono 858, come ho detto, i soldati entrati nell'ospedale psichiatrico di Verona e le diagnosi quantitativamente più importanti furono quelle di stato depressivo malinconico con 328 casi, stato confusionale e amenza con 157 casi, stato maniacale con 122 ricoveri. A seguire troviamo diagnosi per stato paranoide, psicopatico, psicosi alcolica, demenza precoce e frenosi epilettica.

Lo stato depressivo fu uno dei percorsi nella malattia psichica che investì maggiormente i soldati al fronte. S. è un soldato arrivato

40 AOPVr , sezione G II, cartella clinica A.L., n. 921.

al San Giacomo direttamente dall'Ospedale Militare di Torino col seguente certificato medico:

Il soldato S.G., durante la sua degenza in reparto è stato riconosciuto affetto da grave depressione psichica, con arresto di ogni potere volitivo, stato di disorientamento, inibizione psico-motoria, sitofobia. Dopo conveniente periodo di osservazione, venne proposto per l'annessione definitiva e riconosciuto affetto da «Confusione mentale».

Poco dopo il soldato è stato riformato e internato presso il manicomio veronese. L. è arrivato a Verona nel marzo del 1916, la sua cartella clinica non lascia ombra di dubbio sul tipo di diagnosi:

egli ha presentato una sindrome profondamente confusionale, con atteggiamento a volte rispondente ad uno stato depressivo dell'umore. Si mostra inaccessibile alle domande, tranquillo di contegno e paleserebbe idee deliranti di rovina, riguardanti la madre che deve morire, le sorelle che devono andare all'elemosina. Inoltre pare abbia abusato di bevande alcoliche largamente. Fu giudicato inabile alle fatiche di guerra per due mesi. Rientrò in reparto il 4 c.m. presentando uno stato depressivo confusionale[41].

Come ha sottolineato Maria Vittoria Adami, nel suo già citato studio sui militari transitati al San Giacomo, gli stati confusionali, secondo Salerni, pur avendo un legame molto stretto con i traumi da guerra, erano il frutto di un deperimento organico e nervoso, il risultato di una predisposizione del soggetto che appariva spesso costituzionalmente debole e «facile alla esauribilità della costituzione psichica». Molto spesso Salerni concludeva la sua azione di recupero psichiatrico concedendo lunghi periodi di riposo ai militari degenti oppure giudicandoli «non atti a prestare ulteriore servizio sotto le armi».

Molti psichiatri seguirono la prassi di concedere lunghi periodi di convalescenza ai militi alienati presso le famiglie di appartenenza, con l'esplicito intento di allontanarli dagli scenari di guerra. Ma come si conciliava questa scelta con il quadro teorico che non prevedeva alcuna dipendenza degli stati di alienazione mentale dai

41 AOPVr, sez. G II, cartella clinica di L. V., n. 952.

traumi della trincea? Per primo Salerni provò a giustificare la sua scelta affermando come gli stati confusionali gravi potessero condurre a delle recidive, o a uno stato di ottundimento psichico prolungato, ragione sufficiente per decidere di allontanare il soldato dai teatri operativi (Salerni, 1915). Intento che contrastava con quelli della psichiatria militare, la quale, di contro, esigeva quanta più possibile *materia umana* da poter utilizzare al fronte.

I due punti di vista, inconciliabili, non trovarono una soluzione semplice, anzi furono oggetto di specifiche circolari ministeriali:

> è stato segnalato che ospedali dislocati in zona di guerra talora dimettono e rimandano ai corpi militari con alcuni giorni di riposo, convertibili in altrettanti di licenza di convalescenza. Poiché i comandi di reggimento non hanno facoltà di concedere tali licenze, nasce un certo malcontento nei militari stessi, i quali credono che la presunta promessa non sia mantenuta per opera dei comandi, anziché per osservanza delle prescrizioni vigenti (La Fata, 2014).

Dal nostro punto di vista è possibile affermare, in ogni caso, che le motivazioni di Salerni, nel concedere lunghi periodi di convalescenza o le tante riforme, vanno ricercate nella concezione intrisa di biologismo antropologico del medico veronese. A dirlo, fra le righe, è lo stesso Salerni quando si sofferma sull'autentica causa della proliferazione delle psicosi fra i militari:

> La guerra ha certamente impedito una accurata selezione, ed un gran numero di insufficienti è entrato nelle file dell'esercito e persino in mezzo ai belligeranti […] le ripetute revisioni dei riformati compiute per la necessità di aumentare al massimo possibile il numero dei combattenti, hanno determinato l'arruolamento di una quantità non indifferente dei suaccennati soggetti […] Davanti a tali risultati, non parrà azzardato domandarsi, se sarebbe stato maggiore il danno di una eliminazione preventiva di tali soggetti, o se maggiore fu quello da essi portato all'esercito, col cattivo esempio, con la criminalità (Salerni, 1915, p. 53).

Secondo il medico del San Giacomo il motivo autentico, dunque, stava in una cattiva selezione compiuta da chi deputato. Selezionare i migliori, emarginare gli «amorali, impulsivi, simulatori e criminaloidi»: il laboratorio di profilassi morale e civile, in cui la psichiatria d'inizio Novecento avrebbe inteso tramutare l'esercito nazionale, era stato inquinato all'origine da selezionatori incapaci e

dalle esigenze di grandi numeri dei comandi militari, tant'è che adesso gli ospedali civili e militari erano assediati da stuporosi, nostalgici, epilettici e depressi acuti. Nessuna benevolenza da parte di Salerni, dunque, nel concedere le riforme – che nel complesso al San Giacomo ammontarono al 43% dei casi trattati – ma solo un modo per porre rimedio alle pratiche d'inquinamento di quello che doveva essere un corpo sano e forte per eccellenza.

Un secondo elemento che compare con insistenza nelle relazioni anamnestiche prima citata riguarda la sensazione, da parte dell'internato, di essere sorvegliato, perseguitato. Quello persecutorio, condito da atteggiamenti di perenne circospezione, è uno dei tratti costanti delle nevrosi di guerra. Il perché non è difficile da spiegare. Per masse ingenti di contadini lo stato liberale aveva assunto la forma dell'esperienza bellica, per cui milioni di uomini erano stati strappati alle loro terre e ai loro affetti e catapultati in uno scenario infernale. Al mondo agricolo di inizio Novecento, fatto di riti collettivi e un pressoché diffuso analfabetismo, si contrapponeva il mondo moderno nella versione delle bocche di fuoco delle mitragliette e del puzzo acre dei cadaveri rimasti intrappolati nelle trincee (Ventrone, 2015). Per questi contadini, dunque, la Grande Guerra rappresentava lo strumento di confronto con quell'istituzione tanto lontana quanto estranea ch'era lo Stato, strutturando un'equivalenza fra guerra e Stato che sarebbe rimasta un'esperienza indelebile contro la quale molti svilupparono strategie di fuga come la diserzione, la simulazione, e l'autolesionismo. Anche se tali strumenti spesso non ebbero i risultati sperati, forse, anche per questa iniziale riluttanza qualcuno incappò nella scure delle psicosi e manifestò le proprie reazioni autentiche verso quello stato di tensione interiore e di vita vissuta che fu la guerra:

> fu accolto nell'Ospedale Militare Principale di Verona perché ottuso e torpido mentalmente, disorientato con vivaci idee deliranti di persecuzione ed allucinazioni visive ed uditive. Aveva avuto in precedenza crisi d'impulsività e violenza. Durante la degenza in questo Manicomio fu per alcun tempo depresso, ipocondriaco, a tratti ansioso con eccessi convulsivi di tipo isteriale. Successivamente scomparvero la depressione e le crisi convulsive ed il paziente

divenne più calmo, ma disorientato nel contegno, fatuo e confuso nelle idee, negativista spesso clamoroso[42].

All'improvviso attacco violento subentrava uno stato depressivo profondo, assumendo a letto posizioni di chiara difesa, immaginando di avere innanzi quel tremendo nemico che invano aveva provato a scacciare. «Ieri sera ebbe un eccesso furioso nella camera di sicurezza, distruggendo ogni cosa che gli capitasse sotto mano, diventando pericoloso per sé e per gli altri. Tentò anche di suicidarsi»[43]. Sono immagini ricorrenti nelle cartelle cliniche, racconti diagnostici che, inspiegabilmente, non trovano alcun riscontro nell'ammissione di una relazione fra quanto vissuto al fronte e il senso di smarrimento e di profondo dolore che le menti e i corpi dei soldati si trovano a vivere. G.V., proveniente dal reclusorio di Fenestrelle, dove si trovava a scontare una pena di venti anni inflittagli dal Tribunale di Guerra, *aveva presentato dei fatti confusionali con eccessi impulsivi.* Entra al San Giacomo in condizioni fisiche molto scadenti, è pallido, emaciato. «È fortemente depresso, riluttante ad assumere il cibo, ansioso, insonnio, risponde piagnucolando. Permane costantemente in uno stato depressivo uniforme con attitudine all'ideazione e contegno ipocondriaci». Paura ad assumere cibo, paura di qualsiasi cosa si muova attorno a loro, insomma. Calma apparente nella mente di chi si aspetta da un momento all'altro l'ennesimo attacco portato alla trincea dalle mitragliette infernali e dalle granate che sembrano piovere da tutte le parti. Non rimane che fuggire, provare a scappare, agitarsi, ritornare per qualche secondo al fronte attraverso le allucinazioni che sembrano non scomparire mai, con gli stati acuti d'impulsività e di violenza, per poi ripiombare in uno stato catatonico che dura giorni o settimane. «Venne ricoverato in questo Ospedale per febbre reumatica: durante la convalescenza della malattia che fu di breve durata, presentò segni di alterazione delle facoltà mentali; un giorno

42 AOPVr, b.G II, cartella clinica di O.M, n. 965.
43 AOPVr, b.G II, cartella clinica di R.G., n. 932.

senza alcuna ragione ruppe quanto gli venne a portata di mano, inveendo contro i vicini che riuscirono a stento a trattenerlo»[44].

L'immagine dello Stato aveva anche un altro volto, certamente anch'esso poco benevolo per molti dei soldati che al fronte avrebbero volentieri evitato di andare. Parliamo della figura del carabiniere. Tutte le cartelle anamnestiche con diagnosi di amenza e depressione mostrano uomini che temono di essere perseguitati, traditi, avvelenati, soprattutto di essere scoperti nella loro voglia di abbandonare la guerra. La figura deputata ai rastrellamenti contro i disertori, occupata a recuperare i soldati fuggiti dal fronte o in stato di shock lungo i sentieri di guerra, è proprio il carabiniere, colui che, già noto nell'immaginario popolare per il suo compito di strappare i familiari colpevoli di qualche reato, adesso, con la leva obbligatoria, passava di casa in casa a recuperare coloro che pensavano di potersi sottrarre alla nuova incombenza. I carabinieri impersonavano il volto autoritario dello Stato, e da questa percezione per alcuni aspetti inevitabilmente corrispondente alla realtà si passò, spesso, alla psicosi, con immagini di vita vissute che in breve si tramutarono in deliri allucinatori. Anche perché bastava veramente poco per essere accusati di diserzione.

Un giovane dopo aver esploso colpi d'arma da fuoco, intimava a un maresciallo dei carabinieri di essere rimandato a casa, ma portato al San Giacomo sosteneva di voler uccidere tutti i carabinieri[45]. A questa paura si affiancava quella di essere traditi, abbandonati, di subire una congiura, che si manifestava attraverso i tratti *negativisti* e il rifiuto del cibo proprio per timore di un presunto avvelenamento. «Da qualche tempo ha assunto un contegno sospettoso. Talvolta rifiuta il cibo dicendolo avvelenato. Teme che gli si faccia del male»[46]. Spesso anche le famiglie erano oggetto di preoccupazione e i soldati internati temevano di essere da queste ultime abbandonati, magari traditi dalle mogli e rinnegati dai parenti.

Ma, quale che ne fosse considerata la causa, quello che apparve ineludibile a tutti, psichiatri militari e civili, fu la comparsa

44 AOPVr, b. G II, cartella clinica di E.T, n. 942.
45 AOPVr, b. A I, cartella clinica di F.I, n. 19.
46 AOPVr, b G II, cartella clinica di R.G., n. 912.

di una «strana malattia», la nevrosi traumatica. In una guerra di posizione, dunque di logoramento, il deperimento organico e psichico dei soldati era inevitabile. In attesa dell'attacco sferrato o subìto, con la mente rivolta alle loro famiglie troppo lontane e all'affetto mancato, la loro vita trascorreva lenta e inesorabilmente scandita dai bagliori dei colpi di mitraglietta e dai rumori assordanti dello scoppio delle granate. Questi uomini furono bombardati, videro compagni morire accanto a loro, qualcuno rimase sepolto vivo, altri subirono amputazioni permanenti, qualcuno fu colpito più in profondità, nell'anima.

Per quanto gli alienisti abbiano cercato di prendere le distanze dal ruolo che le emozioni avevano avuto nell'esplosione della psicosi, per quanto abbiano cercato di rimanere fermamente ancorati alle basi organiche degli stati affettivi, non poterono fare a meno di riconoscere, fosse soltanto come fattore scatenante, il ruolo dello stato emozionale, che però secondo molti continuava a esercitare semplicemente una funzione di innesco in soggetti predisposti:

> Non voglio essere un entusiasta né un aderente delle idee psicogenetiche di Freud; ma pur tuttavia non si può disconoscere a Freud il merito di aver richiamata la nostra attenzione in modo molto particolare su la grande importanza psicogenetica degli stimoli emotivi, quando questi siano soffocati dentro di noi e non abbiano il loro sfogo in una reazione adeguata […] Ma, ahimè! La guerra moderna è anch'essa un complesso di stimolazioni… senza valvola di sicurezza: il soldato è là, attento, vigile; arriva uno shrapnel; di dove? Il nemico è inafferrabile. Scoppia una mina: il nemico è invisibile (Bennati, 1916, p. 55).

La psichiatria italiana, senza prendere esplicitamente le distanze dalle teorie che fondavano la loro giustificazione sulla predisposizione ereditaria e sulla degenerazione, anzi rimanendo ben ancorata a questo orizzonte scientifico, iniziò a recepire la definizione di *shell shock*, termine coniato in Inghilterra fra i soldati britannici che nel 1914 mostrarono segni di alienazione mentale in conseguenza allo scoppio di granate. Ernesto Lugaro, così, recensì il volume di Elliot Smith e Pear nella «Rivista di Patologia nervosa mentale», nel maggio del 1917, introducendo nel dibattito nazionale il nuovo concetto e contemporaneamente fornendo una chiave evidente di come la scienza psichiatrica aveva approcciato la questione.

Il termine shell shock, ormai d'uso corrente, è adoperato qui in senso larghissimo e del tutto convenzionale, che abbraccia ogni forma di psicosi da strapazzo bellico […] è pur certo che la malattia si va preparando prima dell'incidente finale, sotto l'accumularsi dell'eccitamento penoso, mantenuto dal continuo fracasso delle esplosioni e delle impressioni disgustose inevitabili nella vita di trincea (Lugaro, 1917, p. 324).

Anche i medici italiani riconoscevano alla guerra e allo stress correlato una responsabilità nelle nevrosi dei soldati, soprattutto fra coloro che non avevano subito precedenti ricoveri o non presentavano alcuna predisposizione ereditaria, anche se gli alienisti come Lugaro continuavano a ribadire la necessità di indagare i fattori somatici degli alienati, perché lì si sarebbe trovata la chiave di volta del fragile architrave.

> Non bisogna dimenticare che nel meccanismo genetico di questi disturbi, meccanismo ch'è psichico nei primi anelli della catena, entrano in gioco fattori somatici importantissimi (Lugaro, 1917, p. 324).

La psichiatria oscillò ovunque fra il riconoscimento dell'alienato di guerra come frutto di uno scompenso sulla base di caratteristiche preesistenti e il riconoscimento di una qualche forma d'incidenza dei traumi di guerra nelle dinamiche della mente. Cambiando la percezione della malattia mentale, per riflesso, mutava anche l'immagine della storia umana fino ad allora saldamente ancorata ai suoi tratti somatici e al profilo biologico, cedendo il passo a interrogativi che provavano a smorzare le granitiche certezze che il positivismo antropologico ottocentesco aveva consegnato alla psichiatria del nuovo secolo. È vero che la storia nosografica dei soldati internati nei manicomi è ancora colma di espressioni che fanno riferimento a *esseri inferiori*, *scarti umani*, «*residui di un passato antropologico non ancora plasmato dalla civiltà in ascesa*» ma è anche vero che nella vicenda dell'alienazione mentale si è ormai affacciato un nuovo modo di leggere le dinamiche mentali.

Pare che anche nelle vicende della psichiatria italiana la modernità sia entrata dalla porta principale del primo conflitto mondiale, che

per la quantità di soldati internati (in Italia furono circa quarantamila nel solo periodo bellico) creò come suo prodotto specifico, il *folle di guerra*, che, come dice Antonio Gibelli, «non [fu] l'inevitabile residuo di una selezione imperfetta ed insufficiente, ma una creazione della guerra industriale, in tutta la sua modernità» (Gibelli, 2007, p. 124); non la manifestazione di uno stato preesistente, ma il frutto di una metamorfosi. La figura del «soldato folle» non è dunque un residuo quasi necessario del processo di conduzione delle masse verso la Grande Guerra, ma un risultato di questo angoscioso processo. Nel caso specifico delle nevrosi di guerra, inoltre, questa consapevolezza ha stentato a farsi strada fra gli addetti ai lavori, oltre che per la pressione delle contingenze quotidiane manifestate dai generali al fronte, anche perché l'ammissione dell'esistenza di una patologia di origine psichica si scontrava col timore di dover ammettere l'esistenza nel soldato di una qualche strana forma di debolezza, la strana malattia che gli psichiatri facevano fatica a distinguere dalla codardia o dalla viltà. La psichiatria ancora una volta si trovò nella condizione di dover esprimere una valutazione che transitava lungo il confine scomodo tra il giudizio morale e la valutazione medica; una questione che si manifesta con tutta la sua forza quando negli anni centrali del conflitto la psichiatria si trova a fare i conti con disertori, simulatori e finti pazzi. Dal San Giacomo ne passarono diversi.

E appare allora emblematica la spiegazione che il direttore, in piena sintonia con Salerni, offre del numero elevato di ricoveri militari:

> la cifra elevata trova confortante ragione nell'andamento generalmente favorevole delle forme psichiche di origine emotivo-patematica, derivanti dalla guerra e che quindi possono dirsi meta polemiche. Dette forme colpiscono quasi sempre individui tarati ereditariamente o comunque predisposti, facili perciò a cadere in episodi confusionali o depressivi, ma pur facili a sentir vantaggio dall'ambiente di calma[47].

47 APVr, Meneghetti, *Relazione sul movimento, su le condizioni sanitarie e sul funzionamento dell'istituto durante il mese di febbraio 1917*, b. 266, 10 marzo 1917.

I traumi di guerra sono sotto gli occhi di medici e uomini comuni; ma questa realtà autoevidente stenta ad essere riconosciuta.

La mattina del 2 corrente mese, mentre era all'istruzione, sparò improvvisamente un colpo di fucile a pallottola contro il muro di cinta di questa città. Ordinatagli la prigione, cominciò a gridare e dare in escandescenze, per cui lo si dovette legare per ridurlo all'impotenza. Durante la degenza in questo ospedale si mostrò tranquillo, solo accusando dolore continuo alla testa. Asserisce di non ricordare nulla dell'accaduto. Il Comando del suo reparto, esprime il dubbio che trattasi di simulazione perché da indagini praticate sarebbe risultato che il L., rientrò da Londra, dove esercitava il mestiere di cuoco, solo su istigazione del padre e contro la sua volontà. Pare che si sia mostrato pentito di essersi arruolato e che abbia manifestato l'idea di escogitare qualche mezzo per poter essere licenziato dalle armi[48].

48 AOPVr., b. G II, cartella clinica di L.A, n. 915.

Il manicomio di Treviso e la Prima Guerra Mondiale

di Gerardo Favaretto

Il S. Artemio a Treviso

Il manicomio di S. Artemio viene inaugurato nel novembre 1911 e prende il nome del quartiere di Treviso in cui si trova[49].

Prima del 1911 l'osservazione degli alienati veniva effettuata in un reparto annesso allo storico Ospedale civile di Treviso (Sartor, 2010), Santa Maria dei Battuti e proseguiva, per i pazienti cronicizzati, nelle «case di salute» succursali del manicomio costituitesi nel corso degli anni in tutta la provincia a Mogliano Veneto, Montebelluna, Crespano Veneto, Oderzo, Vittorio Veneto e Valdobbiadene.

Il S. Artemio è un manicomio non grande, anche secondo gli standard dell'epoca: 350 posti letto nella sede centrale ed altrettanti nelle succursali. Un numero molto ristretto di pazienti, circa una trentina, potevano essere ospitati nelle due ville riservate ai pazienti dozzinanti. Data la sua collocazione geografica fu uno degli ospedali maggiormente coinvolti nelle vicende del conflitto del ‘15-‘18 ed ospitò un numero molto elevato di militari ammalati durante la guerra.

Il primo direttore del S. Artemio Luigi Zanon Dal Bò era stato attivamente coinvolto assieme alla alta consulenza del prof. Antonini (Gatti, 1940) nella progettazione dell’Ospedale. Egli era un convinto sostenitore oltre che dei sistemi «no restraint» anche della

49 Piace pensare che il nome sia, anche, in riferimento a s. Artemio martire romano convertitosi al cristianesimo per liberare la figlia posseduta (http://www.santiebeati.it/dettaglio/93255, ultima consultazione il 30 novembre 2017).

organizzazione dell'assistenza psichiatrica basata sulla distinzione fra «l'ospedale centrale», per la terapia degli acuti, e le succursali per la gestione dei cronici proponendosi come esempio nel dibattito di cui si ritrova traccia in tutte le principali riviste dell'epoca dalla *Rivista sperimentale di freniatria* alla *Rassegna di studi psichiatrici* ai *Quaderni di Psichiatria*. L'ospedale conseguì due alte onorificenze all'Esposizione Internazionale d'Igiene del 1913 e alla Mostra degli ospedali italiani del 1935.

Tamburini nella sua opera sulla assistenza manicomiale Italia pubblicata nel 1918 (Tamburini *et al*., 1918), ma pronta già prima della guerra, cita Treviso fra i primi esempi di una organizzazione assistenziale innovativa.

In una lettera[50] al collega direttore del manicomio di Pergine, Zanon scrisse che tra le peculiarità dell'Ospedale Psichiatrico S. Artemio c'era il fatto che esso fosse

adibito in maniera esclusiva all'osservazione dei malati acuti, mentre le succursali rappresentano padiglioni a distanza per il ricovero degli infermi ritenuti cronici traslocati periodicamente dopo opportuno accertamento della loro probabile insanità.

Egli inoltre afferma che le Case di Salute

sono controllate dalla direzione centrale in quanto ricoverano solo malati assunti a carico e per i quali l'Amministrazione esige un trattamento uniforme e corrispondente ai bisogni secondo le norme tecniche vigenti.

Durante la guerra i militari ricoverati non vennero mai inviati alle succursali: i trasferimenti avvenuti durante il triennio bellico riguardarono quindi solo i civili ma, ciononostante, alcune fra le succursali furono ampiamente coinvolte nelle vicende del conflitto, perché si trovavano nei territori occupati, con drammatiche e significative conseguenze per i pazienti che in esse erano accolti.

Era pratica corrente che a Treviso i pazienti, e questo valse anche per molti dei militari, venissero spesso inviati presso le proprie

50 Questa e ogni altra documentazione cui si fa riferimento sono conservate presso l'Archivio dell'Ospedale psichiatrico di Treviso (AOPT), in corso di riordino.

famiglie per periodi più o meno lunghi. L'assistenza omofamiliare è tra i provvedimenti più adottati durante la Guerra, quando i soldati ricoverati beneficeranno di licenze di convalescenza che, seppur poco auspicate in generale dalle gerarchie militari, furono concesse con elevata frequenza nella convinzione che fossero tappe importanti per la guarigione.

Luigi Zanon Dal Bò

Luigi Zanon Dal Bò assunse la direzione dopo un concorso superato nel 1908 e rimase a dirigere l'ospedale psichiatrico fino al 1940, anno del suo decesso, avvenuto mentre ancora svolgeva la funzione di direttore. Nato a Vittorio Veneto il 15 agosto 1876, studiò a Padova dove fu allievo del direttore del manicomio patavino, il professor Ernesto Belmondo. Ebbe le sue prime esperienze lavorative in due diversi manicomi friulani a S. Daniele del Friuli, con Giacomo Vidoni e al manicomio provinciale di Udine con G. Antonini che diede poi la sua «alta consulenza» alla progettazione del S. Artemio (Gatti, 1940).

Zanon Dal Bò fu un convinto sostenitore della necessità di abolire l'utilizzo dei sistemi di contenzione, ovvero fu apertamente schierato per la assistenza «no restraint» e riuscì ad imporre questa visione nel manicomio trevigiano: analizzando le cartelle cliniche, non ci sono, infatti, riferimenti all'utilizzo di mezzi contenitivi; le stesse inferriate erano state abolite, «anche nei fabbricati a due piani» (Tamburini *et al*., 1918, p.103). È interessante notare, però, come nella copia dell'opera conservata presso la biblioteca del S. Artemio tale affermazione sia evidenziata in matita rossa e blu con due punti di domanda. Ciò fa supporre che la stessa affermazione sia stata considerata vera solo in modo parziale e che lo stesso Zanon Dal Bò, verosimilmente autore delle sottolineature e delle chiose, fosse parzialmente perplesso su tale descrizione e la considerasse idealistica o parziale.

Durante la guerra a Zanon Dal Bò venne assegnato il grado di capitano e poi di maggiore e fu a capo sia dell'ospedale territoriale della Croce Rossa sia del reparto neuropsichiatrico, in cui rimase anche nelle fasi più delicate dello sgombero, in seguito all'invasione,

dopo la disfatta di Caporetto; fu insignito di una medaglia d'argento al merito della C.R.I. per la conduzione dell'Ospedale, lo sgombero e la riapertura dello stesso a Medola (Borgo Panigale, Bologna) nel 1918[51].

Con Zanon Dal Bò lavorarono altri medici. Il vicedirettore era S. Gatti, il quale aveva prestato servizio, come Zanon Dal Bò, sia al manicomio di Udine che nella succursale di S. Daniele del Friuli. Gatti fu chiamato alle armi a maggio del 1915 e come tenente medico prestò servizio in un ospedale da campo, ma due mesi dopo, in seguito ad una malattia, fu assegnato alla direzione dell'ospedale di tappa di Udine e quindi lavorò assieme a V. Bianchi prestando cure ai soldati della II Armata. Divenne poi capitano nel 1916 ed a dicembre dello stesso anno passò a dirigere un ospedale da campo fino ad ottobre dell'anno successivo, quando, dopo Caporetto, fu impegnato nelle operazioni di sgombero. Al termine del conflitto tornò al S. Artemio, prima come vicedirettore e poi, dopo la morte di Zanon Dal Bò, come direttore.

Accanto a loro, negli anni del conflitto lavorarono E. Duse, A. Tronconi e P. Ricci.

Il S. Artemio divenne ospedale militare di riserva nel giugno 1915, come ospedale territoriale della Croce Rossa Italiana. Da un punto di vista formale era collegato alla II armata, ma accolse militari di tutte le armate.

Dapprima, a questo scopo, vennero riservati 60 posti letto, successivamente aumentati, a coprire i padiglioni riservati ai pazienti maschi ed una caserma vicina all'istituto. Come testimonia la relazione sanitaria allo Stato Maggiore, nel 1916 venne costruito un reparto neuropsichiatrico esclusivamente destinato agli «psicopatici»[52].

Citato nella *Rassegna di studi psichiatrici* come il primo esempio di ospedale destinato ad alienati militari, il direttore del S. Artemio scrisse poco dopo alla stessa rivista che già prima dell'ingresso

51 La documentazione del passaggio a Medola e tutto il progetto collegato dei trasferimenti e le relative rendicontazioni sono integralmente conservate presso l' AOPT.

52 Archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Treviso, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

dell'Italia in guerra aveva proposto al presidente della C.R.I. Locale, Clericetti, ed al presidente della Deputazione provinciale di Treviso, l'avvocato Dalla Favara:

l'allestimento di un Ospedale Territoriale di 100 letti in due padiglioni eccentrici del nostro manicomio, adibendo 40 piazze ad alienati, 60 a feriti. Fu stipulata subito la convenzione e l'ospedale fu arredato decorosamente in breve tempo. Chiamato a prestare servizio militare e destinato all'ospedale di riserva di Treviso, nella mia qualità di Ufficiale medico della Territoriale, sapendo di interpretare il pensiero di molti maestri e colleghi, ottenni che si avanzasse alla sanità Militare l'offerta di posti per soldati colpiti da alienazione mentale in guerra e l'offerta venne accettata, integrando così un'opera sorta per merito esclusivo del comitato trevigiano della Croce Rossa. L'ospedale psichiatrico di guerra funziona con vantaggio e, per la sua ubicazione, risponde alle necessità urgenti. Io non so se rimarrò definitivamente qui, perché, come affermazione di principio e come espressione del mio convincimento sulle mansioni spettanti a noi alienisti militari, ho fatto l'offerta personale di esplicare la mia attività psichiatrica ovunque il bisogno lo richieda. (Zanon Dal Bò, 1915, p.186)

La guerra, le succursali

Nello stesso anno la direzione dei *Quaderni di psichiatria* invitò gli psichiatri ad arruolarsi ed elogiò quanti già l'avevano fatto.

Noi pensiamo che la classe alienistica Italiana sia pronta a tutti quei sagrifizii di persona, di comodità e di interessi, che il bene supremo del Paese oggi reclama da tutti i suoi figli. Noi sappiamo già del fervore patriottico con cui molti dei nostri colleghi hanno risposto al richiamo sotto le armi; parecchi di essi prestano di già l'opera loro assidua, sapiente, fraterna, anche vicino alla linea di combattimento, e non specializzata, ma medico-chirurgica in genere. Vada ad essi tutti il nostro più caloroso plauso; vada il nostro saluto augurale: potrà la Psichiatria Italiana segnare per loro merito nei suoi fasti una nuova e sublime pagina di gloria![53] (Morselli, 1915, p.285).

53 Vedi la nota di apertura della direzione della rivista della rubrica Psichiatria e guerra, in *Quaderni di psichiatria*, n. 6, giugno 1915. Pur senza specificare se si trattasse di volontari o di richiamati, la rivista *Quaderni di psichiatria* nella rubrica Psichiatria e guerra aggiornava periodicamente l'elenco dei medici alienisti impegnati nell'esercito: nell'autunno 1915, erano già centosettanta, tra professori, direttori e assistenti, provenienti da quasi tutti i manicomi italiani; fra loro anche i medici del S Artemio

Il S. Artemio fu attivo dal 1915 al 1917, epoca nella quale l'ospedale venne sgomberato per cause di vicinanza del fronte. In esso furono ricoverati oltre 1700 fra soldati, ufficiali e sottufficiali (Bettiol, 2001); le cartelle dei militari e le diverse documentazioni conservate, separatamente, di valutazioni medico legale degli stessi costituiscono una significativa testimonianza dei percorsi delle persone accolte dal fronte.

Le cartelle dei militari sono state esaminate in più occasioni (Santarello, 1986; Bianchi, 2001; Bettiol, 2008; Basso, 2016) esse contengono informazioni diverse: l'anamnesi si focalizza sul comportamento tenuto dal soldato prima di ammalarsi; se era stato accusato di insubordinazione, se si mostrava rispettoso delle regole dell'esercito. Non mancano lettere dei comandanti dei pazienti, talvolta inviate direttamente all' ospedale ed in altre occasioni presenti in cartella perché arrivate dagli ospedali di tappa. Non si rilevano nelle cartelle registrazioni relative a terapie cruente comprese quelle elettriche come era uso fare in altri parti d'Europa durante la guerra (Bianchi, 2001)

L'atteggiamento di Zanon Dal Bò, anche con i pazienti militari in realtà fu profondamente coerente con un approccio non restrittivo: a un colonnello che gli invia un fonogramma con la richiesta di inviare infermieri e camicie di forza per il trasposto di un militare risponde l8 agosto del 1917 con un netto rifiuto, affermando, fra l'altro, la piena contrarietà all'uso di «mezzi contenitivi di sorta».[54]

Verso la fine del 1917 l'ospedale dovette essere sgomberato perché a causa della disfatta di Caporetto, non era possibile mantenere un presidio così vicino al fronte. Le succursali che si trovavano a sinistra del Piave passarono sotto il controllo austriaco e i pazienti lì accolti furono trasferiti ad altri ospedali.

Il periodo dello sgombero fu piuttosto delicato. Progressivamente i medici che lavoravano al S. Artemio abbandonarono il manicomio, ed il solo Zanon Dal Bò rimase in sede. Venne aperta dalla deputazione provinciale di Treviso una sede a Medole, in provincia di Bologna, ma molti alienati ricoverati dovettero essere trasferiti in

54 AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

altri Ospedali italiani. Come risulta dalla documentazione d'archivio del 1918, nella prima metà del novembre del 1917 vennero sgomberati 424 alienati degenti dei quali 220 militari: 194 soldati e 26 graduati grazie al lavoro di circa 100 infermieri ed infermiere. [55]

Vennero successivamente ricollocati altri 400 pazienti provenienti dalle case di salute di Asolo, Crespano Veneto e Montebelluna (tutte quelle collocate a destra del Piave) per un totale di oltre 800 persone. In pochi giorni, ovvero dal 1 al 7 novembre giunsero ancora 65 militari più 2 ufficiali che a loro volta dovettero essere sgomberati. [56] Le persone trasferite dalla sede centrale di S. Artemio:

- 14 uomini a Mombello (Milano), 30 a Macerata e 3 a Collegigliato;
- dalla succursale di Crespano: 179 uomini a Racconigi e 44 a Mombello (Milano);
- dalla succursale di Asolo, femminile, vennero spostati 30 pazienti a Mombello (Milano) ed 11 a Padova;
- dalla casa di salute di Montebelluna le 107 degenti vennero trasportate a Mombello (Milano);
- da Sacile 6 pazienti uomini vennero trasferiti a Napoli.

Durante lo sgombero si verificano episodi di fuga o di trasferimento presso sedi diverse da quelle programmate.

Significativo di questi casi è quello di un militare di cui il comune di residenza in Sicilia richiedeva ancora notizie a metà degli anni '20, quasi dieci anni dopo la scomparsa. Assieme ad altri si era allontanato dalla stazione ferroviaria di Treviso rendendosi poi irreperibile. Non avendone più notizia e completamente privi di ogni traccia la moglie, il sindaco, il parroco chiedono al direttore del manicomio di dire dove si trova ricevendo sempre la medesima risposta. [57]

Nel dicembre del 1918 Zanon Dal Bo[58] invia alla deputazione provinciale una relazione sullo stato delle Case di salute nel territorio

55 AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

56 Su questi fatti esiste una specifica relazione di Zanon dal Bò del 1918: AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

57 AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

58 AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

occupato e dei destini dei pazienti. Egli ne riassume la vicenda descrivendone gli spostamenti:

- Valdobbiadene ricevette l'ordine di sgombero alla fine di novembre, e tra il 6 ed il 10 dicembre. 272 alienate vennero trasportate con dei camion militari alla succursale di Vittorio Veneto, Serravalle;
- ad Oderzo, i 200 ricoverati vennero spostati il 3 dicembre al collegio cittadino Brandolini-Rota: fu un trasporto difficoltoso, effettuato frettolosamente e quindi poco organizzato, e che fornì l'occasione di fuggire a molti pazienti;
- nella succursale di Vittorio Veneto (Serravalle) alle 95 pazienti già ricoverate si aggiunsero quindi le malate di Valdobbiadene. A capo del servizio fu chiamato il tenente Del Duca, assistito dall'aspirante Pilotto, entrambi prigionieri di guerra, sotto la direzione dell'Ospedale Austriaco n° 306. Mantennero questa funzione dal 26 novembre 1917 al 3 marzo 1918, e nello stesso periodo Valdobbiadene divenne anche deputato alla prima accettazione delle ammalate indigene e passò alle dipendenze dell'ospedale militare di santa Giustina n° 1506. In seguito il colonnello austriaco comandante dell'unità sostituì i medici responsabili con il dottor Francesco De Poi, medico chirurgo di Fregona, i cui collaboratori furono due prigionieri di guerra, il tenente Fasano ed il sottotenente Amantea. Il 6 maggio 1918 De Poi verrà rimpiazzato da un sanitario ungherese, il tenente Sachs, che rimase a capo del manicomio fino al 2 luglio 1918 quando l'istituto sarà dislocato a Palmanova.

Ad Oderzo, scrive ancora Zanon Dal Bò

> il nemico assunse la diretta gestione sanitaria ed amministrativa e subordinò all'interesse della propria spedalizzazione di guerra tutta l'azienda manicomiale, prendendo periodici provvedimenti di traslocazione[59].

A gennaio 1918 ad Udine vennero inviati 40 pazienti. Dopo la guerra a marzo 1919, 32 infermi furono spostati a Trieste, e nei primi cinque giorni di maggio ci fu il trasferimento di tutti i pazienti a

59 AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino

Palmanova.

A Palmanova arrivarono quindi sia i malati di Oderzo che le alienate di Vittorio Veneto: tuttavia, solo 90 pazienti di Vittorio Veneto sopravvissero fino al maggio 1919, con il decesso di 277 malate (il 75%); ad Oderzo invece si registrarono 88 pazienti deceduti (il 47%). Zanon Dal Bò ascrive questa elevata mortalità alle condizioni in cui i pazienti ricoverati in queste due case di salute vissero: sovraffollamento ed ipoalimentazione. Ovviamente egli ipotizza questo sulla base delle parole dei medici, di infermieri e del personale che lavorò a diretto contatto con i pazienti; afferma però nella sua relazione:

> tali testimonianze devono essere vagliate in sede competente, perché la nostra ricerca dia sbocchi sulla strada della verità, che, ammantata ancora di gramaglie ed impervia al passo franco dell'assertore dei diritti dell'umanità, deve essere inesorabilmente aperta e battuta. [60]

La sorte di una delle deportate è rintracciata a posteriori nel 1937 quando a seguito di un esposto di R.B., nato nell'ospedale psichiatrico nell'aprile del 1917, che chiede di conoscere la sorte della propria madre. Dalla testimonianza della suora Superiora ricostruisce che D.A. (la madre) morì pochi mesi dopo il parto, il 21 novembre del 1917 probabilmente per dissenteria mentre, deportata, si trovava presso la succursale di Valdobbiadene. Sepolta vicino alla chiesa, perché il cimitero era sotto il fuoco delle artiglierie, venne dissepolta dopo la guerra e spostata al camposanto di Valdobbiadene.[61]

Un altro episodio interessante per la testimonianza sulle drammatiche condizioni createsi nelle succursali è quello ricostruibile a partire da una lettera del 1926[62] in cui la Provincia chiede conto al Direttore sull'invio di alcune derrate alimentari nel dicembre 1918 all'Ospedale di Palmanova, manicomio provvisorio, alcuni mesi dopo la guerra dove ancora erano accolti ospiti delle

60 Zanon dal Bo', Relazione sulle condizioni delle case di salute, Dicembre 1918: AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

61 AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

62 AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

succursali di Treviso. A questa richiesta sono allegati tutti i documenti utili a comprendere la vicenda.

Nella risposta Zanon Dal Bò include una lettera a firma del dott. Michele Amantea che racconta di una tristissima vicenda burocratica; i malati avevano bisogno di cibo ma nessuno glielo forniva. La tragica realtà su chi doveva approvvigionare di viveri l'ospedale prende corpo nello scarico da un referente militare ad un altro fino a vari referenti civili fino alla incredibile condizione di dover pagare direttamente gli alimenti.

come sa noi non abbiamo fondi così da 4 giorni non abbiamo più niente!...Il direttore dell'ospedale civile che si trova nelle stesse condizioni è andato a Udine per parlare con … io sono andato coi miei matti in una carretta fino a Cervignano per vedere di avere qualcosa, ma finora non si è mai ottenuto nulla. (….) cerchi di far di tutto affinché questi poveri ammalati possano ritornare al più presto sotto la sua affettuosa e valida protezione, (….) Non può' immaginare lo strazio che sento quando questi poveri ammalati che non possono sapere come stanno le cose gridano contro di me accusandomi di farli rimanere digiuni … [63]

In risposta a questa richiesta viene quindi disposto l'invio da parte del Direttore di Treviso di alcuni viveri: olio litri 50, zucchero un quintale, caffè mezzo quintale, vino litri 200, fagioli 2 quintali

Il commento di Amantea si intreccia in un crescendo di considerazioni che fanno percepire il clima drammatico e quasi surreale del momento:

Si figuri dunque con quanta gioia ho ricevuto la roba che mi ha fatto mandare benché nelle condizioni di oggi sarebbe stato più utile qualche sacco di riso, di pasta o di farina gialla.[64]

Psichiatria e guerra

A fronte della significativa esperienza con i militari ricoverati presso il S. Artemio bisogna ricordare l'esistenza di un dibattito

63 Lettera dott. Amantea, AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.
64 Lettera dott. Amantea, AOPT, Archivio amministrativo, in fase di riordino.

particolarmente vivace in tutta Europa sulla natura dei disturbi nervosi presentati dai militari, disturbi presenti in maniera massiccia in una guerra che, per la prima volta presentava un carattere di massa. La letteratura esistente su questi argomenti è davvero imponente. Numerose e significative le ricerche a livello di diversi archivi di ospedali psichiatrici che hanno accolto militari durante quel periodo (Scartabellati, 2008; La Fata, 2014; Adami, 2007). Nelle riviste dell'epoca è presente un dibattito piuttosto articolato sulla cosiddetta psichiatria di guerra sia a livello internazionale che nazionale.[65]

Il punto di questa significativa trattatistica fu quello di definire l'esistenza o meno di una diretta connessione fra l'esperienza traumatica e il quadro clinico osservato nei militari ricoverati. Mentre in altri contesti nazionali l'approccio fu molto diretto, come dimostra per esempio l'identificazione della sindrome da Shell Shock (Southard 1919), è pur vero che la vera questione di fondo, quella di metodo, riguardava l'ammissibilità che un trauma emotivo potesse o meno generare un disturbo mentale senza passare per accertate causalità di tipo nervoso.

In certe interpretazioni in effetti le teorie sullo shell shock infatti definivano un trauma fisico legato alla esperienza di un danno diretto causato da una esplosione che sembrava dare garanzia di maggiore patogenicità rispetto agli eventi biografici o alla vissuto di grave emozioni. Ma questo approccio non fu sufficiente a comprendere la vastità e la complessità di quanto stava accadendo.

Un dato da considerare è che la disciplina militare durante il primo conflitto mondiale fu rigidissima (Bianchi, 2001a): i comportamenti anomali e gli stati traumatici erano considerati dalle autorità militari manifestazione di ribellione ed indisciplina. Soldati che in stato di shock o confusione mentale tentavano di fuggire vennero considerati disertori e processati per questo, spesso senza essere inviati ad un ospedale da campo per ricevere una valutazione psichiatrica. Scrive ancora Bruna Bianchi (2001b):

65 A puro titolo di esempio si vedano: Consiglio, 1912 a e b; Consiglio, 1916; Gemelli, 1917.

Poor adjustment to military life, lack of discipline, desertion, and rebellion were widely interpreted as psychic unfitness for communal life; as signs of immature development; or as defects of character and morals. (p.224)

Zanon Dal Bò scrive nel dopoguerra due lavori distinti in cui la terminologia il tono e lo stesso modo di prendere in esame la questione sembrano un po' diversi: *Guerra e malattie mentali, Appunti*, pubblicato nell'*Archivio generale di Neurologia e Psichiatria* nel 1920 e *Se esistono particolari forme di psicosi in dipendenza della guerra*, pubblicato nell'*Archivio di neurologia psichiatria e psicoanalisi* nel 1921. L'interesse per i due lavori sta nel fatto che sembrano collocarsi a cavallo fra due posizioni distinte che caratterizzarono il dopoguerra: la prima, che si apriva all'interpretazione psicogenetica pur senza accettarla completamente, e la seconda che manteneva rigidamente una prospettiva biologica (Babini, 2011).

Il primo lavoro che esce nel 1920 sembra essere scritto in realtà in momenti precedenti con implicazioni emotive evidenti per il peso stesso del suo essere testimonianza di vicende così significative e importanti come quelle belliche Non riuscendo a celare la suggestione per la posizione di osservatore privilegiato di un fenomeno così complesso come quello della guerra e dei suoi effetti sulle persone Zanon Dal Bo' si dice sostenuto da una preveggenza che gli aveva fatto percepire l'imminente aumento di un bisogno specifico di assistenza e cura che sarebbe stato prodotto dalla guerra. Pur affermando da subito una fede costituzionalista che lo porta a ritenere che le vicende belliche siano lo svelamento dei difetti e delle difficoltà costituzionali dei singoli lascia intuire che, comunque possa essere alla ricerca se davvero qualcosa di nocivo dal punto di vista patogenetico accada durante i fatti che vedono i militari protagonisti del combattere. Riconosce l'eclettismo dei sistemi nosografici e parla con entusiasmo della sua convinzione che probabilmente la guerra «dominasse tutta la morfologia mentale». Noi italiani saggiamente scrivemmo poco, dice, ma vien da dire ché è un poco relativo data la elevata numerosità dei riferimenti nelle riviste dell'epoca alla questione della psichiatria di guerra. In questa osservazione è però netto il riferimento alla psichiatria francese e alla sua volontà di ascriversi il merito della costituzione della cosiddetta

psichiatria di guerra.

Esordisce riflettendo sul tormento:

dell’atroce illusione di accingermi a divenire il più docile collaboratore di un mostruoso osservatorio anti-eugenico, creato apposta per la selezione biopsichico a rovescio !…. Il 3 giugno 1915 accolsi all'Ospedale Provinciale provvidamente adibito all'assistenza di soldati combattenti, colpiti da forme di alienazione mentale, i primi infermi rimossi dalla fronte; un giovane capitano di fanteria, veneto, proveniente da Castel Tesino; un umile alpino, lombardo, già provato alla battaglia sul Monte Nero; un sergente del genio, fiorentino, respinto dal settore di Cormons. Tre pazienti, tre diagnosi: l'ufficiale, che aveva sciupato in pochi giorni tutte le sue risorse di energia attraverso marce faticose, notti insonni, situazioni insidiose, era stato investito da un colpo morale d'indole intima, trasmessogli da una lettera anonima, cadendo subito in stato amenziale apatico; il soldato, spettatore indenne di scene terrifiche da esplosione di granate, defatigato dall'irruenta attività bellica della prima ora, con l'angoscia dell'orrenda fine di un compagno d'arme precipitato in un burrone, presentava una sindrome depressiva commozionale; il sottufficiale, dominato da un assurdo delirio inventorio, obiettivato sul brillamento a distanza delle mine nemiche, era entrato, senza prodromi, in fase di eccitamento psico-motorio, dal quale traspariva l'abito vesanico [...]. Le ammissioni seguirono ininterrottamente: nel 1915 e nel 1916, una enorme casistica suscitò tutto l'interesse clinico mio e dei miei valorosi cooperatori [...].

Il 12 Dicembre 1916, sulla richiesta dell'Intendenza Generale, per la Commissione internazionale degli eserciti alleati, trasmisi un succinto rapporto, di cui trascrivo il testo autentico: «Le considerazioni d'ordine generale, qui sotto esposte, risultano dallo studio diretto e protratto di circa mille casi di psicosi e psiconevrosi in militari, spedalizzati nell'Ospedale Provinciale di Treviso dal 3 Giugno 1915 al I Dicembre 1916 e dalle osservazioni parallelamente istituite sui malati mentali della popolazione civile accolti nello stesso Istituto, che funziona come unico centro di accettazione e cura per tutta la Provincia (ab. 508.161).»

1° La sindrome commozionale racchiude, a rigore di valutazione semeiotica, una duplice serie di fenomeni, di natura organica e di natura funzionale (quindi emotivi che assumono il valore di concause)

[...]. 4° Non si osservano in guerra malattie mentali, propriamente dette, che si distinguono sostanzialmente dalle entità riconosciute in clinica psichiatrica, se si vuole prescindere dall'abbreviamento del decorso e dal colorito bellico dei deliri e dei fenomeni sensoriali.

5° Lo stato di guerra svela i predisposti alle varie psicopatie e

nevrosi; non crea speciali manifestazioni morbose in via diretta od indiretta. Lo stato di guerra, per la multiforme e vibrante intensità di sintomi emozionali, che necessariamente comporta, scopre in attualità il deficit virtuale delle personalità psico-somatiche anche lievemente tarate. (Zanon dal Bo', 1920, p. 1-2)

Nello stesso lavoro sostiene di aver mosso delle critiche alla *neuropatologia psicofoba* mettendo in chiaro quali furono invece i meccanismi emozionali alla base di una patologia autonoma della emotività.

A una distanza di tempo molto relativa, ma nel pieno di un dibattito chiaramente orientato a riportarsi sui binari a rimettere la psichiatria su una interpretazione certa dei fatti di guerra, dopo avere preso in considerazione una importante letteratura e rivisto la sua casuistica scrive, nel 1921:

> Quando Enrico Morselli (…) denunciava la cosiddetta vacuità della Psichiatria bellica io stavo elaborando l'arduo argomento della esistenza di particolari forme di psicosi in dipendenza dalla guerra,. Avevo ancora la salda fiducia di arrivare (…) a conclusioni positive. Passavo in rassegna tutta la letteratura (…) riassumevo ampiamente le più estese opere e monografie stampate, esponevo la mia ingente casistica, prendevo in esame le conclusioni dei più chiari alienisti e dei pochi neurologi psicologizzanti. Richiamavo infine le considerazioni rese pubbliche dai colleghi valorosi... La magistrale ammonizione mi giunse post bellum allorché vennero promulgate sagge norme statali riflettenti larghe assegnazioni di tangibili tributi … ebbi l'intuitiva impressione che i postumi provvedimenti tuttodi' in corso di applicazione aprissero nuovi orizzonti scientifici di verifica e di controllo. Onde mi sono indotto a tenere in considerazione l'altrui e la mia concezione di produzioni teoriche …(Zanon dal Bò, 1921, p. 56)

Nonostante il riconoscimento ministeriale giunto all'inizio degli anni Venti del disturbo mentale come forma di invalidità conseguente alla guerra e quindi avendo archiviato ogni preoccupazione relativa alla risarcibilità dei problemi mentali la questione si fa molto tecnico-scientifica e va ben al di là delle specifiche problematiche assicurative e di rimborso dei soldati ammalati di mente ma ha a che fare con la concezione stessa della psichiatria e della natura della malattia mentale. Su questo sembravano essere richieste, agli psichiatri italiani posizioni certe.

Alla morte, avvenuta repentinamente nel 1940, Luigi Zanon Dal

Bò lasciò alla biblioteca dell’ospedale una ingentissima bibliografia di alcune decine di volumi relativa ai traumi da guerra, alle nevrosi traumatiche, allo shell shock. Lasciò, soprattutto, una traccia incancellabile della sua presenza nelle testimonianze delle sue attività per i militari ricoverati attraverso la gestione affettuosa e aperta dei loro ricoveri e del sostegno alle loro vicende umane. Le sue note e i suoi lavori costituiscono una voce unica nell' epoca della guerra e delle sue drammatiche vicende e ancora oggi ci raccontano di un medico attento, coraggioso e di un ricercatore curioso ed efficace.

Cesare Colucci e il Manicomio di Capodichino durante la Grande Guerra

di Marco Romano

Il caso dei soldati ricoverati tra il 1915 e il 1919 nel Manicomio provinciale di Napoli, o Manicomio di Capodichino, offre una panoramica interessante sul rapporto tra psichiatria italiana e Grande Guerra perché ne permette una lettura che esula dalle coordinate interpretative più frequentemente utilizzate dalla storiografia sull'argomento. Le teorie degli psichiatri operanti a Napoli non si discostavano di molto dalle tendenze prevalenti nella psichiatria italiana di allora e che interpretavano, per esempio, le malattie mentali dei soldati come manifestazioni possibili per lo più in soggetti già predisposti sia per costituzione individuale che per trasmissione ereditaria. Concentrare tuttavia l'attenzione sulle sole interpretazioni cliniche delle patologie belliche può limitare una comprensione più profonda degli avvenimenti. Quello di Capodichino era un contesto meno condizionato dalle necessità belliche del fronte. Le interferenze delle autorità militari, se pur esistenti, non erano paragonabili a quelle caratterizzanti gli ospedali militari e civili non troppo distanti dalla zona di guerra. Non facendo parte della rete delle principali strutture predisposte per accogliere i soldati, non aveva né padiglioni separati né medici in uniforme. Appartenere, o aver appartenuto, all'esercito combattente poteva influenzare le osservazioni e le considerazioni dei medici ma non innescò i dibattiti e gli studi sulle patologie mentali dei soldati propri della letteratura psichiatrica di quegli anni. Nel complesso ciò che più richiamò l'attenzione non riguardava quelli realmente malati ma piuttosto la folta presenza di uomini che non avevano i requisiti necessari per un ricovero manicomiale, che si trattasse di veri e

propri simulatori, esageratori, soggetti dalle tendenze criminali o semplicemente pazienti per la cui cura il manicomio non era ritenuto un posto adatto. La propensione a nutrire forti sospetti sulla genuinità dei sintomi di molti soldati è coerente con una certa visione della psichiatria militare relativamente diffusa negli anni bellici non solo tra i medici dell'esercito, ma questa tendenza a Capodichino era nutrita da motivazioni che si differenziavano nettamente da quelle proprie degli ambienti militari. Ciò provocò anche contrasti tra Placido Consiglio (Lentini presso Siracusa, 01/06/1877 – Roma, 19/12/1959), direttore del Centro psichiatrico militare di prima raccolta di Reggio Emilia, e Cesare Colucci (Napoli, 31/10/1865 – Napoli, 11/02/1942), direttore dell'ospedale psichiatrico napoletano dal maggio 1914 al dicembre 1923[66].

La carriera di Cesare Colucci tra psichiatria e psicologia sperimentale

La figura di Cesare Colucci è stata fino a tempi recenti sottovalutata dagli storici sia della psichiatria che della psicologia. Se da una parte i successi ottenuti nel campo psichiatrico furono oscurati da quelli di gran lunga maggiori del suo maestro Leonardo Bianchi, dall'altra l'attività di psicologo non è stata messa sufficientemente in risalto nonostante figurasse tra i primi titolari delle cattedre di Psicologia sperimentale in Italia e fosse cofondatore della *Società italiana di psicologia* nonché collaboratore di riviste quali *Psiche* e *Rivista di psicologia*. Solo negli ultimi anni si è giunti ad una valutazione complessiva dell'attività di Colucci che dà il giusto spazio al contributo che diede per l'affermazione di una disciplina relativamente giovane attraverso lo sforzo di applicare un approccio biologico ai fenomeni psichici, convinto della piena appartenenza della psicologia alle scienze mediche in decenni in cui non aveva ancora uno statuto metodologico autonomo. Per Colucci

66 Archivio storico dell'ex-Ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi (AOPLB), Carteggio Capodichino, Categoria 9 Personale sanitario, fasc. 23 Colucci dott. Cesare, n. 2419 (18/05/1914) e n. 7406 (18/12/1923).

solo attraverso una formazione medico-scientifica gli studiosi potevano avvicinarsi ad argomenti considerati allora oltre i limiti della scienza, come nel caso dell'introspezione psicologica, evitando pure speculazioni.

Fu solo nella seconda metà dell'Ottocento, grazie a personalità come Roberto Ardigò, Giuseppe Sergi, Angelo Mosso e Gabriele Buccola, che in Italia venne richiamata l'attenzione sulla necessità di fondare l'indagine psicologica su basi scientifiche allontanandola dalle speculazioni metafisiche che l'avevano contraddistinta nel corso del suo sviluppo come campo autonomo. Emerse quindi la contrapposizione tra una psicologia di stampo sperimentale, legata soprattutto alle ricerche fisiologiche, e una di stampo filosofico, che reclamava l'irriducibilità della psiche a soli fattori biologici e di conseguenza la centralità delle questioni teoriche. Una dicotomia forse inefficace a rendere una complessità di orientamenti non riducibili a due soli schieramenti[67], ma significativa perché, nata dallo stesso dibattito dell'epoca, esprimeva i due poli catalizzatori delle diverse vedute riguardo l'impostazione metodologica di una materia ancora in formazione. Contrasti che nella pratica influirono sulla collocazione delle prime tre cattedre di Psicologia sperimentale create in Italia nel 1905. La commissione incaricata di assegnare le cattedre, composta da due fisiologi, due psichiatri e un neurologo, nominò Federico Kiesow (Torino), Sante De Sanctis (Roma) e Cesare Colucci (Napoli)[68], tutti medici. Il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione che doveva approvare gli atti del concorso, composto invece quasi interamente da umanisti, approvò la collocazione delle cattedre nelle Facoltà di Filosofia delle rispettive Università nonostante la forte opposizione di personaggi di rilievo come lo stesso Ministro della Pubblica Istruzione Leonardo Bianchi.

67 Lo svolgimento dei lavori durante il V Congresso internazionale di Psicologia tenutosi a Roma nel 1905 evidenzia in modo chiaro che non si trattava di una semplice contrapposizione tra medici e filosofi (Guarnieri, 2010).

68 Dal 1903 Colucci era già titolare dell'insegnamento di Psicologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia ma la commissione giudicatrice del 1905 assegnò inizialmente la nuova Cattedra al prof. Mariano Luigi Patrizi, il quale rinunciò attirato dalla possibilità di sostituire Cesare Lombroso nella Cattedra di Antropologia criminale a Torino (Menga, 2012).

A Roma la cattedra venne inserita nella Facoltà di Medicina ma solo grazie ad un veto opposto da Carlo Cantani nel 1901 all'ingresso di De Sanctis come libero docente nella Facoltà di Filosofia (Di Trocchio e Fiasconaro, 2010). È in questo contesto, connotato dall'assenza di un'identità disciplinare certa, che va collocato lo sforzo di Colucci nel dotare la psicologia di solide basi scientifiche approfondendo le ricerche psicofisiologiche.

La formazione giovanile di Colucci si inscrive all'interno della tradizione psichiatrica napoletana del tempo, tenacemente empirica e che poneva in stretta connessione, senza differenze di grado, studi neurologici, psichiatrici e psicologici (Cimino e Sava, 2008). Si laureò a venticinque anni con una tesi sulla morfologia della cellula nervosa sotto la guida del prof. Giovanni Paladino, titolare della cattedra di Fisiologia generale ed istologia della Facoltà di Medicina di Napoli. Qui conobbe ed entrò in uno stretto rapporto con Leonardo Bianchi che lo spinse a coltivare il suo interesse per la psichiatria sostenendolo all'inizio della carriera. Dopo la nomina nel 1891 come medico alunno del Manicomio provinciale di Napoli, diretto allora da Bianchi, dal 1892 al 1903 Colucci lo affiancò anche all'interno della Clinica psichiatrica svolgendo, sotto la sua supervisione, una serie di esperimenti di neurofisiologia della visione nonché le prime ricerche di psicologia (Manga, 2012).

Degne di nota le riflessioni contenute all'interno di un lavoro pubblicato nel 1904 su *Rivista d'Italia*, intitolato *Limiti di una psicologia sperimentale*. Se da un lato viene affermata l'ineluttabile necessità di ancorare la psicologia ad anatomia, istologia e fisiologia, dall'altro non vengono escluse le indagini di tipo introspettivo, limitandole comunque ad una semplice funzione descrittiva di quegli stati mentali difficili da analizzare con metodi scientifici (Manga, 2012). Nel corso degli anni ci fu una progressiva apertura ma l'impostazione di fondo rimase la stessa, come si evince da *Lezioni di psicologia sperimentale*, pubblicato nel 1935, che sintetizza il pensiero maturato in trent'anni tra attività medica, praticata anche in forma privata[69], insegnamento universitario e attività di ricerca

69 Nel 1914 Colucci fondò la *Stazione Climatica per la cura delle malattie del Sistema Nervoso*. Claudia Manga scrive a proposito: «da quanto riferitomi dal prof. Cesare

all'interno dell'*Istituto di Psicologia Sperimentale della Reale Università di Napoli*, creato nel 1923 grazie agli sforzi dello stesso Colucci (Manga, 2012). Venne ribadita la natura biologica del pensiero ma nello stesso tempo venne ammessa la difficoltà di capire i fenomeni più complessi osservando esclusivamente le manifestazioni fisiche della mente. L'introspezione, ritenuta ora praticabile anche con metodo scientifico mediante osservazione ed esperimenti, diventa quasi indispensabile per il procedere delle conoscenze (Manga, 2012). Dedicò inoltre un ampio capitolo alla psicoanalisi dove, pur criticando la sua utilità terapeutica, le assegna una fondamentale valenza teorica riconoscendo a Freud il merito di aver mostrato la possibilità di rendere l'inconscio, prima ritenuto inaccessibile, un oggetto di investigazione (Di Trocchio e Fiasconaro, 2010).

La sua attività di psicologo non fu mai nettamente separata da quella di psichiatra. Divenuto medico ordinario del Manicomio provinciale di Napoli nel 1905 avrebbe sostituito sempre più spesso il maestro, occupato dall'insegnamento di Psichiatria all'Università di Napoli e dall'attività politica, nelle funzioni di direttore (Cimino e Sava, 2008). Grazie a questa esperienza ottenne il grado di medico primario nel 1913 e la direzione del manicomio napoletano nel 1914, vincendo un concorso pubblico a cui parteciparono illustri alienisti come Guglielmo Cantarano nonché Vincenzo Bianchi, figlio del direttore uscente (Manga, 2012). A seguito della riforma Gentile che sanciva l'incompatibilità delle cattedre universitarie con altri uffici retribuiti, nel 1923 Colucci lasciò la direzione del manicomio optando per la cattedra di Psicologia sperimentale.

Colucci D'Amato (nipote di Cesare Colucci), la stazione divenne *Clinica Cesare Colucci* e fu per anni gestita dalla famiglia. Sorta nella zona collinare ospedaliera, a poche centinaia di metri dal Nuovo Policlinico, la clinica erogava, in regime di ricovero volontario ordinario o a ciclo solo diurno, tutti i servizi di diagnosi, cura e riabilitazione a pazienti affetti da disturbi neurologici o da situazioni di disagio psichico. Sebbene oggi abbia cambiato sede e gestione, ha mantenuto il nome del suo fondatore.» (Manga, 2012, p. 46).

Il manicomio di Napoli tra sovraffollamento, criminalità e legge sui manicomi

Il vasto complesso situato nel quartiere periferico Capodichino divenne la sede dell'ospedale psichiatrico cittadino dopo quasi quarant'anni dalla fondazione ufficiale del Manicomio provinciale di Napoli. Prima del 1871 i folli residenti nella provincia di Napoli venivano inviati nel Manicomio di Aversa ma a seguito di una controversia tra la Deputazione provinciale di Napoli, cui spettavano le rette di mantenimento dei degenti napoletani, e il direttore Gaspare Virgilio che richiese l'ennesimo aumento, la Deputazione decise di ritirare i propri malati. In pochi anni vennero organizzate cinque sedi disperse tra città e provincia, riunite sotto la denominazione di Manicomio provinciale di Napoli, le quali divennero subito inadeguate a causa dell'incremento continuo di ammissioni. Già dagli anni Ottanta venne quindi preparato il progetto di un'unica struttura, da costruire ex novo e non riadattando vecchi edifici, che accogliesse tutti i folli della provincia. Un progetto fortemente voluto da Leonardo Bianchi che, divenuto direttore nel 1890, avviò da subito le trattative con la Deputazione provinciale. Tra difficoltà finanziarie, incidenti gravi e tentativi di corruzione, il Manicomio di Capodichino sarebbe entrato in funzione solo nel 1909, quando i ricoverati avevano raggiunto la ragguardevole cifra di 1128[70].

La nuova dimora migliorò in modo significativo le condizioni degli ospiti ma venne presto raggiunta la capacità limite. Dal 1900 al 1924 le ammissioni annue superarono sempre ampiamente le dimissioni, una tendenza che sarebbe proseguita con alti e bassi fino agli anni Settanta del Novecento, epoca in cui erano presenti quasi 3000 infermi. La guerra influì sicuramente sull'andamento dei ricoveri. Dal 1910 al 1915 la media annua dei maschi entrati in osservazione fu di circa 450 salendo a circa 550 negli anni 1916-1919, a differenza della media femminile che si mantenne più o meno stabile (Carrino e Di Costanzo, 2003). Lo scarto degli anni

70 Nel 1927 la denominazione venne cambiata in Ospedale psichiatrico «Leonardo Bianchi» per onorare la morte dell'ex Direttore (Carrino e Di Costanzo, 2003).

1916-1919 è da imputare sicuramente all'arrivo di soldati ma non è stato possibile calcolare un numero preciso. Le cartelle cliniche conservate presso l'archivio storico del manicomio napoletano non riportano sempre la dicitura *militare* o *soldato* sul frontespizio anche quando i documenti al loro interno provano l'effettivo svolgimento del servizio, mentre nelle statistiche interne non sono segnalati gruppi distinti dai ricoverati comuni. Dallo spoglio dei documenti nelle singole cartelle è risultato comunque che tra l'agosto 1915 e il dicembre 1919[71], su un totale di circa 1400 nuovi arrivi, non meno di 518 erano militari o ex-militari, tra cui 430 residenti nella provincia di Napoli e 88 residenti in altre province. Molti di loro avevano già ottenuto la riforma dal servizio in altri istituti e trascorsero quindi la degenza in qualità di civili. La questione non è di poco conto: dopo la riforma la responsabilità della cura, con i relativi costi di mantenimento, passava dalle autorità militari alle province di appartenenza degli interessati. Ciò significa che i provvedimenti non rispecchiavano più la normativa militare ma erano presi dalle direzioni dei manicomi in base alla Legge n. 36 del 14 febbraio 1904 e al regolamento di attuazione approvato con R.D. 16 agosto 1909, n. 615. Interessa qui sottolineare i limiti imposti dalla legge per comprendere meglio il comportamento dei medici e del direttore anche in riferimento ai soldati.

La storiografia si è quasi sempre soffermata sui concetti di pericolosità sociale e di pubblico scandalo citati nell'art. 1 della legge e sul peso che queste categorie hanno avuto per la formazione dei pregiudizi sociali. Da questo punto di vista la lotta politica per la chiusura dei manicomi avviata negli anni Sessanta del Novecento, che vide una grande partecipazione di larghi strati della società civile e si concluse con l'emanazione della legge n. 180 del 13 maggio 1978, influì in modo decisivo sulla lettura dell'intera storia della psichiatria italiana.

Quando una normativa dura troppo a lungo, e si continua ad applicarla in tempi molto diversi, spesso accade che venga

71 Si è preso in considerazione anche l'anno 1919 poiché continuarono ad entrare in osservazione soldati che nel 1918 erano stati in altri istituti psichiatrici.

interpretata con letture assai distanti dalle intenzioni del legislatore. A partire dagli anni Sessanta, con il movimento anti-istituzionale si è data una visione militante della legge italiana sui manicomi che è divenuta luogo comune, ripetuto anche all'estero, non più sottoposta a vaglio critico. Si sa così che la legge 36/1904 considerava la pericolosità dei malati anziché le loro patologie mentali, di conseguenza li rappresentava come persone non da curare bensì da segregare. Le condizioni terribili nei manicomi che sono state denunciate ed esposte confermavano quella lettura. Ma una cosa è combattere i disastri e le ingiustizie della istituzionalizzazione, anteriori del resto alla normativa sotto accusa, altra è vedere quali fossero state le intenzioni del legislatore e in quanti modi la stessa cattiva legge sia stata applicata in periodi diversi (Guarnieri, 2007, pp. 482-483).

Come sottolineato da Patrizia Guarnieri, è indispensabile collocare nel giusto contesto storico la prima legge italiana che regolamentava la sanità pubblica riguardo gli istituti psichiatrici. Nelle intenzioni dei legislatori la pericolosità e il pubblico scandalo non erano necessariamente qualità proprie delle malattie mentali ma piuttosto un criterio restrittivo utile a limitare il continuo aumento della popolazione manicomiale in Italia (Guarnieri, 2007). A sostegno dell'interpretazione che vede la Legge 36/1904 come un tentativo, fallito se si considera la storia dei manicomi nel secondo Novecento, di rispondere all'emergenza costituita dal continuo aumento dei folli, bisogna considerare un altro requisito fondamentale dettato dall'art.1: il ricovero doveva essere confermato dalla direzione solo se le persone affette da disturbi mentali non potevano essere custodite e curate in altre strutture sanitarie. Il regolamento del 1909 specificava le tipologie di cliniche alternative al manicomio, come quelle per la cura delle patologie del sistema nervoso o per la custodia dei malati innocui e cronici, considerando come opzioni valide anche l'affidamento sia omofamiliare che eterofamiliare. Conteneva però una falla che avrebbe facilitato l'errata attuazione della legge: gli articoli 6 e 62 ammettevano che i luoghi di cura riferiti erano insufficienti per cui costringeva le direzioni dei manicomi ad accogliere comunque, in reparti separati, pazienti né pericolosi né di pubblico scandalo. «Ecco come il criterio

selettivo con cui la legge avrebbe dovuto limitare gli accessi dei manicomi saltava del tutto nelle norme attuative di cinque anni dopo» (Guarnieri, 2007, p. 485). L'ingresso di elementi che potevano essere curati o almeno custoditi fuori dal manicomio andava così ad aggravare il problema del sovraffollamento e di conseguenza la capacità di assicurare condizioni dignitose ai ricoverati.

Durante la Grande Guerra l'attenzione di Colucci e dei medici del manicomio di Napoli fu catturata proprio dalla significativa presenza di individui giudicati non adatti alla cura manicomiale o addirittura sani di mente, piuttosto che dai disturbi nervosi e mentali «genuini» riscontrati nei soldati. Dalla produzione scientifica e dagli studi a lui dedicati si ricava che Colucci era sostanzialmente estraneo ai dibattiti propri della psichiatria militare anche se la sua carriera di direttore cominciò proprio con lo scoppio della Prima guerra mondiale. La documentazione interna alle cartelle cliniche ci permette nondimeno di capire il comportamento pratico del personale medico nei confronti dei militari arrivati a Capodichino tra il 1915 e il 1919.

I soldati di Capodichino

Nel manicomio provinciale di Napoli, a più di dieci anni dall'entrata in vigore della legge, la situazione restava critica. Durante la Grande Guerra aumentarono inoltre gli individui connotati da tendenze criminali, tra i quali un buon numero era costituito proprio dai militari, come si evince in una lettera datata 30 luglio 1919 e indirizzata al Prefetto di Napoli:

> […] L'assegnazione di prosciolti dall'autorità giudiziaria, è nel nostro manicomio molto notevole, credo maggiore che non negli altri Manicomi e ad essi si sono aggiunti i non pochi prosciolti dall'autorità militare.
>
> Si tratta in genere dei peggiori criminali i quali hanno simulato la pazzia e che credono che la loro assegnazione al Manicomio sia una formalità facilmente superabile. Appena giunti essi ritornano nella loro condizione normale. Per qualche tempo essi restano tranquilli e fiduciosi [di] una sollecita liberazione, […]. Dopo parecchi mesi di prova, nella quale si può in genere escludere anche la disposizione ed esaltamenti transitori di pazzia, è doveroso informare l'autorità giudiziaria della loro condizione e domandare ai termini di legge una nuova perizia del loro stato, che è quello di criminali comuni, non folli. Poiché le perizie che li hanno condotti

al Manicomio, alludono a psicosi più o meno gravi ed inguaribili (demenza, paralisi ecc.) è necessità clinica dichiararli guariti da malattia che per altro è legittima presunzione ammettere che non sia mai esistita. D'altra parte il dichiararli simulatori, come si pratica, non può far mutare il giudicato che li dichiara malati. L'autorità giudiziaria, preoccupata e non a torto della sicurezza sociale, molto si indugia nel prosieguo delle pratiche, ed anche quando la buona perizia esclude la malattia dei suddetti criminali, si oppone alla loro liberazione. Ed è così che si perpetua e si indugia la incoerente posizione di dover far rimanere un individuo sano tra malati di mente […].[72]

La copia è priva di firma, ma l'intestazione è quella del Manicomio Provinciale di Napoli e, dati i contenuti, è possibile supporre che l'autore sia Cesare Colucci. Una lettera utile ad interpretare una documentazione, quella relativa ai militari, altrimenti comprensibile solo parzialmente.

L'analisi delle 430 cartelle cliniche di militari residenti nella provincia di Napoli ha rivelato che 166 appartengono a soldati non riconosciuti affetti da vere e proprie patologie psichiatriche: 10 cartelle riportano la dicitura *simulatore* come motivo delle dimissioni, 156 quella di *non folle* o *non constatata pazzia*. Queste ultime, in teoria, erano usate nei casi in cui il paziente era affetto da disturbi non considerati propri delle malattie mentali[73] o quando, senza aver constatato alcun tentativo di simulazione, non esistevano disturbi evidenti. I singoli diari clinici, che ci permettono di ricostruire il formarsi dei giudizi dei medici giorno dopo giorno, dimostrano invece che i sospetti riguardo certi atteggiamenti erano nutriti non solo nei confronti di quelli dichiarati ufficialmente simulatori. Lo si vede in modo particolare durante il 1917, anno in cui, grazie anche al progressivo aumento delle ammissioni, le osservazioni di atteggiamenti patologici non genuini sono supportate da una casistica più ampia.

72 AOPLB, Carteggio Capodichino, Categoria 22 Cartelle cliniche, fasc. 6564, n. 4408 (30/07/1919).

73 È il caso, per esempio, di quelli definiti *degenerati morali*, dai comportamenti anomali e perturbatori ma non patologici, o dei malati del sistema nervoso senza compromissione delle facoltà mentali. A volte è presente anche la dicitura *non dell'opera* per indicare la necessità di ricovero in strutture diverse dal manicomio.

Nei casi in cui i dimessi come non folli appartenevano ancora all'esercito, la direzione avvertiva sempre le autorità militari competenti, anche quando il ricoverato usciva libero o consegnato alla famiglia. Le informazioni riguardanti gli ex-militari, entrati quindi in qualità di civili, venivano invece inviate dalla direzione solo se richieste dato che non vi erano obblighi di leva una volta ottenuta la riforma, anche quando si nutriva in seguito il dubbio di una simulazione compiuta durante il servizio. Nonostante i continui controlli, i simulatori potevano quindi raggiungere in parte il proprio scopo, se non scoperti subito. Il tempo necessario ai trasferimenti lungo gli ospedali della penisola e quello impiegato dai Comandi nel rintracciare i militari riformati di cui erano perse le tracce poteva infatti essere prezioso per chi tentava di sfuggire i pericoli della trincea anche solo per un periodo limitato. Il vagabondare continuo di alcuni soldati dalla difficile guarigione è attestato in svariate relazioni sanitarie: G.L., ricoverato a Capodichino dall'8 settembre 1916 al 16 febbraio 1917, aveva fatto tappa nell'Ospedale n. 234 di S. Giorgio di Nogaro e nel reparto psichiatrico militare nel Frenocomio di San Lazzaro a Reggio Emilia. La relazione stilata a Reggio Emilia che accompagnava l'infermo, ormai riformato dall'esercito, indica inoltre che «da tempo passava da ospedale ad ospedale per disturbi frenastenici»[74].

All'inizio del 1917 i dubbi riguardo la stereotipia dei comportamenti di molti pregiudicati diventano sempre più spesso convinzioni assodate. Durante tutto l'anno su 108 militari arrivati a Capodichino 53 furono dimessi per l'assenza di sintomi che ne giustificassero il ricovero (4 *simulatori* e 49 *non folli*), ma dato ancor più rilevante è che le osservazioni degli psichiatri napoletani contraddicevano più frequentemente le diagnosi stilate in altri istituti o dalle autorità mediche militari. Abbastanza numerosi i casi definiti *semplici di spirito, dalla scarsa evoluzione psichica,* o *degenerati criminaloidi*. Inviati a Napoli con diagnosi di patologie anche gravi, venivano sovente dimessi dal manicomio come *non folli,* applicando in questo modo alla lettera i principi della legge del 1904. Il motivo

74 AOPLB, Carteggio Capodichino, Categoria 22 Cartelle cliniche, fasc. 5733, Frenocomio di San Lazzaro (15 febbraio 1917).

di tale decisione era infatti la constatazione della non pericolosità del soggetto, a differenza dei degenerati dalle tendenze criminali per cui semplicemente il manicomio non era luogo adatto di cura.

Nelle descrizioni dei diari clinici il confine che divideva gli atteggiamenti, per esempio, di un individuo dalla *scarsa evoluzione psichica*, ritenuto non bisognoso delle cure manicomiali, rispetto a quelli di un vero «pazzo», sembra molto sottile. Non è inoltre facile capire se i comportamenti segnalati come anormali a Napoli, anche se non giustificavano la permanenza in manicomio, erano tali da rendere necessario l'allontanamento dall'esercito: buona parte delle diagnosi che avevano motivato la riforma di questi soggetti, accertando forme gravi di malattie mentali, erano in totale contrasto con le analisi dei medici di Capodichino. Il caso di I.A., soldato del 31° Fanteria, è esemplare. Giunse il 17 novembre 1916 accompagnato da una dettagliata relazione sanitaria, redatta nel reparto psichiatrico dell'Ospedale militare di riserva di Imola, in cui si accennava a vari episodi della vita del soldato:

> il soggetto sarebbe sempre stato di temperamento nervoso irritabile e impulsivo. Non ha mai esercitato continuatamente alcuna occupazione, perché facilmente si stancava di ogni mestiere, e spesso veniva cacciato per le sue facili crisi di impulsività. È stato 3 volte condannato per atti di violenza contro le persone e contro le cose […]. Ha tentato anche il suicidio ferendosi leggermente con un colpo di revolver alla tempia destra.[75]

Dopo lunghe peregrinazioni in ospedali e carceri militari, l'11 ottobre fu ricoverato ad Imola:

> nei primi venti giorni di degenza è stato torpido, stuporoso, mutace, negativista. Teneva lo sguardo sempre cupo, rivolto a terra o in senso opposto all'interlocutore, non rispondeva ad alcuna domanda, non era accessibile agli stimoli esteriori, non si interessava affatto di quanto gli accadeva d'intorno […]. Ad intervalli si alzava dal letto, ove stava abitualmente immobile, faceva gesti strani, si inginocchiava e baciava il suolo, oppure andava ad appoggiare l'orecchio al muro in atto di ascoltare delle voci. Una volta, senza motivo alcuno, ebbe una lunga crisi di riso di

75 AOPLB, Carteggio Capodichino, Categoria 22 «Cartelle cliniche», fasc. 5658, Ospedale militare di riserva di Imola. Reparto psichiatrico. Note cliniche (15/11/1916).

cui non volle dare spiegazione alcuna. Pure senza alcun motivo apparente qualche volta si è alzato di botto dal letto facendo una corsa sfrenata attraverso la camera: trattenuto dagli infermieri si è agitato violentemente dibattendosi e facendo viva resistenza. Successivamente si risvegliò quasi d'improvviso da questo stato di stupore e cominciò a rispondere ordinatamente alle domande […]. Attualmente egli è lucido, abbastanza orientato e ordinato di mente, ma sempre cupo, taciturno e scontroso. Accusa di frequente cefalea, dice di sentire la voce della madre e di fare spesso sogni paurosi, è di malavoglia e si sente di umore depresso. Riferisce che di tutti gli episodi di violenza commessi, sia durante la sua degenza sia anteriormente, nulla ricorda e che li conosce soltanto perché gli sono stati raccontati […]. In base a tutto ciò, è stato giudicato un degenerato psichico, con gravi crisi di impulsività e di oscur[a]mento della coscienza e perciò assolutamente inadatto alla vita militare. È stato quindi proposto per la riforma […]. Nel frattempo però essendo ritenuto pericoloso a sé e agli altri, si invia al manicomio della sua provincia (Manicomio di Napoli). Imola 15 Novembre 1916.[76]

A Imola non sembra sospettassero della autenticità dei sintomi mentre a Capodichino emersero seri dubbi già durante il primo giorno d'osservazione. Riferendosi agli episodi narrati dalla relazione sanitaria ricevuta, il medico annota: «tutta insomma la svariata e complessa sindrome delle forme degenerative sempre che vi è uno scopo da raggiungere: la dichiarazione di inidoneità al servizio militare»[77]. Le note cliniche di I. A. stilate a Napoli sintetizzano bene un'interpretazione applicata di frequente:

9-12-916. Da una valutazione esatta della relazione sanitaria trasmessa dalla Direzione del Manicomio di Imola, donde il ricoverato proviene, se si porta il convincimento che costui è un anomalo impulsivo, non si resta convinti che tutti gli episodi allucinatori e confusionali, presentati dal soggetto, non siano stati il frutto di simulazione: durante tutto il servizio militare il ricoverato si è abbandonato progressivamente, e con un crescendo sempre più rimarchevole, a gravi disordini della condotta, i quali non possono rapportarsi ad una reale condizione psicopatica accessionale, insorta sul fondo degenerativo, perché portano troppo l'impronta della intenzionalità, e non si sono più ripetuti non appena l'infermo ha compreso di avere raggiunto lo scopo prefisso, la riforma dal servizio militare.[78]

76 Ibidem.
77 Ivi, Storia clinica. Modificazioni e fasi (17/11/1916).
78 Ivi, *Storia clinica*. *Modificazioni e fasi* (09/12/1916).

Il 5 gennaio 1917 il sospetto venne consegnato alla famiglia poiché la Questura aveva assicurato, rispondendo ad una richiesta di autorizzazione da parte della direzione, che su di lui non pendevano procedimenti penali[79]. Una decina di giorni dopo il comandante del 31° Reggimento Fanteria comunicò alla direzione l'esatto contrario[80].

In questo come in molti altri casi, dove le note cliniche parlavano in modo chiaro di simulazione per le dimissioni, perché veniva usata la locuzione *non folle*? Le conseguenze potevano essere anche gravi dal punto di vista militare: uomini in meno da impiegare in combattimento o in servizi di guerra. Si potrebbe ipotizzare una mancata sicurezza dei medici riguardo i propri convincimenti o la volontà del direttore di facilitare il ritorno in società di coloro che avevano solo disturbi lievi, dato che una degenza in manicomio poteva precludere l'assunzione in determinati settori lavorativi, come nelle forze dell'ordine, anche ad eventuali discendenti. Tralasciando la questione delle motivazioni, la pratica era in perfetta consonanza con i dettami della legge 36/1904 che Colucci applicava rigorosamente per contrastare la mancanza di posti letto. Una pratica che tuttavia provocò aspre critiche da parte del direttore del Centro psichiatrico-militare di prima raccolta, creato a Reggio Emilia all'inizio del 1918 con lo scopo di centralizzare il servizio e semplificare le pratiche medico-legali dei soldati ricoverati.

L'ultimo anno di guerra: psichiatria militare e pratica manicomiale a confronto

Nel 1918 non meno di 173 soldati, principalmente riformati o in attesa di giudizio da parte dei tribunali militari, furono trasferiti nel manicomio di Napoli con un numero di dimessi per *non constatata pazzia* che raggiunse il picco massimo del periodo bellico (93), mentre le note cliniche contenevano sempre più spesso critiche ad osservazioni e diagnosi stilate da altri medici. Molti dei soldati

79 Ivi, *n. 366*(18 gennaio 1917).
80 Ivi, *Fonogramma 31° Reggimento Fanteria* (16 gennaio 1917).

ricoverati durante l'ultimo anno di guerra erano stati in precedenza degenti al Centro psichiatrico-militare di prima raccolta, qui riformati dal servizio ma successivamente giudicati sani a Capodichino. Se le autorità riuscivano poi a rintracciarli e a riportarli sotto le armi, poteva facilmente ripetersi il medesimo itinerario. Il caso di B.G. non fu il primo del genere ma provocò una netta presa di posizione da parte del direttore del Centro, Placido Consiglio. B.G. era stato riformato a Reggio Emilia per *demenza precoce* ed inviato a Napoli il 17 marzo 1918[81], dove i suoi atteggiamenti, giudicati intenzionali, svanirono del tutto in pochi giorni. Venne dimesso il 29 marzo come *non folle*[82]. Richiamato dopo pochi giorni in servizio, il 15 maggio fu riportato a Reggio Emilia[83], fatto che spinse Consiglio a scrivere una lunga lettera di proteste in cui veniva evidenziata la superficialità delle osservazioni degli psichiatri napoletani, la loro sostanziale ignoranza in materia di medicina legale militare e il danno psicologico provocato al paziente per la ripresa del percorso di ricovero psichiatrico militare[84]. Consiglio, dalla posizione di fondatore e direttore del principale istituto psichiatrico militare italiano, ma soprattutto di veterano delle osservazioni delle patologie mentali nei soldati, non poteva di certo accettare un giudizio così contrastante rispetto al suo. Il paziente venne di nuovo trasferito a Capodichino il 21 settembre, ancora una volta con la diagnosi di *demenza precoce*, ma fu ugualmente dimesso come *non folle* pochi giorni dopo[85]. La risposta di Colucci alla precedente lettera venne spedita quando la guerra era cessata ormai da quattro mesi. Si limitò a descrivere brevemente la storia clinica del paziente e a riferire che le osservazioni non potevano portare ad altra diagnosi che quella di non constatata pazzia e che, a distanza di tempo, l'ex ricoverato continuava a vivere in condizioni psichiche normali[86].

81 AOPLB, Carteggio Capodichino, Categoria 22 Cartelle cliniche, fasc. 6066, Centro Psichiatrico Militare di 1° Raccolta. Risultato d'osservazione (14 settembre 1918).

82 Ivi, Frontespizio (26/03/1918).

83 Ivi, Centro Psichiatrico Militare di 1° Raccolta. Risultato d'osservazione (14 settembre 1918).

84 Ivi, n. 8063 (11/06/1918).

85 Ivi, Storia clinica (28/11/1918).

86 Ivi, n. 1343 (14/03/1919).

Il tono di Colucci non esprime alcun risentimento per le offese ricevute sulla professionalità sua e dei propri medici, non facendo altro che ribadire in sintesi la correttezza delle decisioni prese. Alla luce dei dati ricavati sul numero di dimessi per *non constatata pazzia* e sulle osservazioni riportate dagli psichiatri a Napoli, le lettere sono rivelatrici di un problema che divenne pienamente visibile durante il 1918. Era un semplice scontro professionale tra medici o si trattava in generale di contesti, quello militare e quello civile, inconciliabili dal punto di vista della prassi psichiatrica? Le differenti diagnosi, più che derivare dalle osservazioni sbagliate dei medici, sembrano piuttosto il risultato di una diversa impostazione professionale che avevano gli alienisti dell'esercito rispetto a quelli che lavoravano nei manicomi. L'ambiente manicomiale era fortemente influenzato dalle incertezze finanziarie e amministrative causate dalla concentrazione di migliaia di ammalati in un'unica sede, mentre la prassi della psichiatria militare era caratterizzata innanzitutto dalla necessità di salvaguardare la disciplina interna da individui caratterialmente instabili. È infatti inverosimile che gli psichiatri del manicomio di Napoli commettessero centinaia di errori diagnostici e qualificassero come sani di mente individui gravemente malati, ma appare altrettanto improbabile che fossero invece gli psichiatri militari a lasciarsi ingannare così facilmente dai simulatori. Si può supporre che le differenze a volte abissali con le osservazioni praticate nelle strutture militari erano dovute alla superficialità delle diagnosi degli psichiatri in uniforme costretti a lavorare in condizioni difficili e con tempistiche troppo brevi, come sottolineato da Emilio Riva, assistente di Placido Consiglio a Reggio Emilia (Riva, 1919). Grazie al Decreto Luogotenenziale n.704 che aveva prolungato, per i soli militari, da uno a tre mesi il periodo massimo di osservazione in manicomio prima del ricovero definitivo, dalla metà del 1916 i medici operanti nei manicomi avevano molto più tempo a disposizione, rispetto ai colleghi in uniforme, per stabilire il tipo di patologia o l'eventuale simulazione. La necessità di prolungare i tempi d'osservazione, per forza di cose brevi nei reparti psichiatrici militari situati nei pressi della zona di guerra, fu, tra l'altro, uno dei motivi fondamentali della creazione del Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta di Reggio Emilia, attivo per tutto il 1918. Nelle intenzioni dei fondatori il Centro avrebbe avuto, tra l'altro, la

funzione di ridurre le riforme attraverso una dura sorveglianza dei sospetti simulatori (Riva, 1919).

In conclusione, si possono sollevare due questioni rilevanti: il rapporto tra psichiatria militare e pratica manicomiale in contesti lontani dal fronte di combattimento; la possibilità e la capacità che avevano gli uomini di controbilanciare l'azione disciplinare nell'esercito. Le contraddizioni emerse dalle vicende del Manicomio di Capodichino durante la Grande Guerra possono essere risolte, per esempio, cogliendo la differente prospettiva che potevano avere i medici a Napoli rispetto a quelli che operavano in contesti dove le autorità militari avevano un certo peso. Negli anni precedenti il 1915, mancando la necessità urgente di uomini da impiegare in guerra, la principale preoccupazione dei Comandi era la selezione degli elementi dalla psiche instabile anche solo potenzialmente perturbatori della disciplina militare. È necessario quindi valutare la prassi in vigore nell'esercito italiano nei decenni precedenti lo scoppio delle ostilità: se comportamenti considerati non patologici dagli alienisti operanti nei manicomi venivano etichettati come sintomi dai medici militari, ciò derivava più dal rigore con cui si concedeva la riforma a uomini potenzialmente nocivi per l'ordine interno della truppa piuttosto che dall'incapacità di riconoscere i simulatori. È vero che la guerra, soprattutto dopo le gravi perdite del 1917, spinse le autorità militari a dedicare maggior attenzione nell'individuazione di falsi malati da rispedire al fronte, ma il cambiamento di rotta nelle pratiche di selezione non dovette essere drastico, o quantomeno non venne attuato in modo efficace. Se si considera verosimile che una percentuale non trascurabile di soldati napoletani cercarono di simulare disordini mentali, il loro successo fu determinato, più che dal loro talento recitativo, dall'ottica dominante la psichiatria militare dell'epoca. Colucci e gli psichiatri che lo affiancavano la pensavano diversamente, ma soprattutto dovevano affrontare difficoltà che prescindevano dalla presenza o meno di soldati all'interno del manicomio napoletano. Come negli anni precedenti e successivi il conflitto, era il sovraffollamento che influiva direttamente sulla pratica psichiatrica. La soluzione più immediata a questa emergenza fu la tendenza a dimettere facilmente il surplus dei pazienti considerati non idonei, ai termini di legge, per il ricovero.

La ricerca vuole infine sottolineare i limiti di un'interpretazione, prevalente negli studi di storia della psichiatria, che vede i soldati di truppa soprattutto come vittime di una guerra brutale e sanguinosa la cui unica fuga possibile era la diserzione, l'autolesionismo o la follia. Quest'ultima, per esempio, se per alcuni fu un meccanismo psicologico di autodifesa o il risultato di ferite al sistema nevoso, per altri fu una strategia utilizzata in modo cosciente per ingannare le autorità simulando disordini mentali o anche solo esagerando sintomi reali ma lievi. Ciò potrebbe dimostrare la capacità e la possibilità che i soldati avevano di ritagliarsi spazi di scelta all'interno di contesti connotati da una repressione sistematica del dissenso, di uscire dallo status di vittime impotenti della guerra.

Interno cremonese. Tra guerra fuori e conflitti dentro un manicomio modello (1916-17)

di *Andrea Scartabellati*

Prologo: alcuni cenni di storia manicomiale cremonese prebellica

Tre sole righe, pubblicate nel quotidiano «dei conservatori e della massoneria»[87] *La Provincia*, annunciavano il 16 giugno 1890 ad una disinteressata opinione pubblica l'apertura del moderno complesso manicomiale provinciale, ed il trasferimento dei ricoverati, per mezzo di carri chiusi e scortati, nei reparti del novello edificio posto nella periferia cittadina di Due Miglia. L'inaugurazione impreziosiva della sua pagina più ragguardevole la storia cremonese della ospedalizzazione della pazzia; avventura avviatasi più di un secolo prima, nel 1778, quando a seguito di un provvedimento asburgico (Antonelli, 2003), si erano riuniti sei maniaci incurabili nell'istituto infermi dell'ospizio di Sant'Alessio in compagnia degli «affetti da lebbra, da tigna e da altre malattie in ispecial modo contagiose (…)» (Giunta Municipale di Statistica 1883, p. 10).

In realtà, nonostante le precoci realizzazioni, la strada che conduceva verso la gestione istituzionale dei folli per mezzo di una struttura all'avanguardia della tecnica manicomiale, non doveva essere priva di intoppi. L'apertura di Due Miglia coronava, infatti, un processo decisionale a tratti kafkiano, i cui primi passi risalivano agli anni Sessanta dell'Ottocento. Un processo che vedeva protagonisti,

87 Questo il giudizio dell'anonimo articolista del quotidiano diretto da Guido Miglioli «L'Azione»: *La Giunta Comunale [socialista] querela il giornale «La Provincia»*, in «L'Azione» del 29 luglio 1916.

nella vivace città lombarda[88], figure autorevoli della politica locale come Pietro Vacchelli[89] e Giovanni Cadolini[90].

Il bisogno, riconosciuto sostanzialmente da tutte le forze rappresentate nel consesso provinciale, di rinnovare le strutture asilari sanando l'angusta sistemazione dei pazzi nei reparti dell'Ospedale Maggiore (*Statuto organico del Civico Manicomio*, 1865), funzionalmente subentrato all'ospizio di Sant'Alessio, suscitava interminabili discussioni, scandite da screzi tra i consiglieri cremonesi e cremaschi – con questi ultimi perplessi circa la ventilata chiusura del manicomio di Crema (Allocchio, 1881) –, dall'istituzione di commissioni d'indagine *ad hoc*, dalla presentazione di progetti edilizi definitivi eppure immediatamente ritoccati, nonché da *memorandum* sanitari firmati, tra 1869 e 1875, da alienisti di fama come Serafino Biffi, allievo e successore di Andrea Verga, da Antonio Mainardi, direttore del Civico manicomio, e dal medico igienista Angelo Monteverdi (Monteverdi, 1875).

Al di là degli aspetti più bizzarri eppure culturalmente emblematici dell'esperienza cremonese, come il rammarico dei sanitari per la pratica popolare di condurre i bambini nelle ricorrenze festive a scrutare i pazzi (Geromini, 1854), quasi il manicomio fosse uno zoo ed i folli umanità selvagge, oppure la diatriba intercorsa tra

88 Pur essendo una sorta di luogo comune tra gli studiosi locali, non è superfluo ricordare che Cremona e la sua provincia, tra fine Ottocento ed inizio Novecento, furono il palcoscenico di eminenti figure come Stefano Jacini, l'autore dell'inchiesta agraria; Ettore Sacchi, radicale e più volte ministro; i socialisti Leonida Bissolati, Angelo Cabrini e un giovane Filippo Turati; e nel campo cattolico, del vescovo più avanzato dell'epoca, Geremia Bonomelli, e di Guido Miglioli, il *bolscevico bianco.* Per un'introduzione, vedi Signori (2013); inoltre, i saggi raccolti in Invernici (1985).

89 Fiameni (1983), p. 42, nota 25: «Pietro Vacchelli (Cremona 1837 - Roma 1913), esponente della ricca borghesia terriera cremonese, in gioventù fu garibaldino e partecipò alla spedizione dei Mille; in seguito si spostò verso l'ala destra dello schieramento politico, iniziando così una rapida carriera che lo portò alla carica di senatore nel 1896».

90 Fiameni (1983), p. 45, nota 37: «Giovanni Cadolini, di nobile famiglia lombarda, nacque a Cremona nel 1830. Garibaldino, partecipò alla 1ª guerra di indipendenza, si arruolò nel 1850 tra i Cacciatori delle Alpi e fu tra i Mille al comando di una compagnia di cremonesi. Iniziò poi la sua carriera politica come esponente della Sinistra, eletto deputato nel 1861 nel collegio di Pescarolo. Intorno al 1870 maturò il suo avvicinamento alla Destra ed entrò nel terzo governo Menabrea come segretario dei lavori pubblici. Da allora, ad eccezione del periodo 1876-1886 in cui si ritirò dalla vita politica, lavorò attivamente in Parlamento. Nominato senatore nel 1905, morì a Roma nel 1917».

gli esperti in merito all'opportuna di mensione della cinta perimetrale utile a difendere i normali dalla sragione, con l'altezza delle mura manicomiali fissata a m. 3,50 nel 1874, a m. 5 nel 1875 e a m. 6 nel 1881, detta esperienza s'inseriva a pieno titolo in un duplice movimento di portata nazionale. Da un lato, a livello pratico, il nuovo istituto che, per esborso finanziario, rappresentava l'allora maggiore realizzazione provinciale, partecipava di un attivismo edilizio il cui bilancio finale contava l'edificazione in Italia di trenta nuovi manicomi tra 1867 e 1904 (Giacanelli, 1975). Dall'altro, sul piano culturale, il nuovo asilo attestava indirettamente il successo sanitario dell'impostazione medico-positivista, col suo ottimistico scientismo terapeutico volto a scansare i logori trattamenti morali *à la Pinel* per valorizzare un approccio di matrice haeckeliana ai corpi e alle menti dei folli. Una moderna impostazione incarnata a Cremona dalla carriera di Giuseppe Amadei (1854-1919), l'alienista assunto nel 1884 dal Civico manicomio ora incaricato della direzione dell'istituto provinciale.

Originario di Cavriana, Amadei presentava un *curriculum* di tutto rispetto. Valente liceale a Brescia, era ammesso per merito al Collegio Ghislieri di Pavia nel 1873. Nell'ateneo pavese frequentava i corsi di due futuri giganti della scienza italiana: Paolo Mantegazza e Cesare Lombroso, del quale sarà amico e discepolo dei più ammirati (Lombroso, 1921), condividendone, fino ai primi anni del Novecento, la fede politica socialista positivista (Manente e Scartabellati, 2005). Laureatosi in medicina e chirurgia, dopo una breve parentesi quale medico condotto nelle campagne mantovane, raggiungeva Parigi per un periodo di perfezionamento. Nella capitale transalpina orientava definitivamente i propri studi verso l'alienismo, la craniologia e la craniometria (Blanckaert, 1987). Nell'epoca dell'utopia della misurazione, proprio alla craniometria intesa come sentinella avanzata della freniatria, erano attribuite grandi speranze – andate deluse…– per l'individuazione delle patogenesi delle follie.

Rientrato in Italia, collaborava con esponenti prestigiosi della medicina come Luigi Lolli, Enrico Morselli, Augusto Tamburini e Giulio Cesare Ferrari, avviando la propria carriera prima come assistente nel Manicomio di San Lazzaro in Reggio Emilia (1880), quindi come aiuto medico nel Manicomio di Macerata (1881) e, infine, come primario nel Manicomio di Imola (1882). Nel 1884

Amadei era primo classificato nella selezione nazionale indetta dall'amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Cremona[91] per il ruolo di direttore del civico manicomio. A trent'anni risultava, quindi, onorato e gravato di una grande responsabilità, che, riconfermata nella transizione amministrativa verso l'asilo provinciale (Monteverdi, 1890), mantenne fino alle dimissioni del marzo 1917, governando «uno dei migliori [manicomi] d'Italia» a giudizio della *Rivista Sperimentale di Freniatria*[92].

Opinione, quest'ultima, non peregrina. Fin dal profilo architettonico, cioè a partire da uno dei dispositivi principali a cui la volontà psichiatrica affidava la pratica del disciplinamento totalizzante della quotidianità dei ricoverati, l'asilo cremonese ambiva a rappresentare sia il meglio allora noto nei termini della progettazione edilizia, sia la soluzione finale all'annoso problema della custodia dei pazzi pericolosi a sé e a gli altri di pertinenza provinciale.

Sulla scorta del progetto approvato, esito del ridimensionamento delle previsioni originarie, il manicomio si dislocava sopra un'area di 8.100 mq caratterizzata dalla costruzione di riparti simmetrici distinti per sesso, e suddivisi in padiglioni serrati a chiave per agitati, semiagitati, tranquilli e contagiosi. Pianificato con una capienza confacente ai bisogni calcolati di 200 piazze, il nuovo asilo immatricolava fin dalle prime settimane di attività una popolazione superiore: 237 ricoverati nel 1890, 284 nel 1891, e 302 nel 1892, cioè il 50% in più di quanto preventivato soltanto tre anni prima.

Si trattava di una popolazione asilare costituita ordinariamente da pellagrosi (Amadei, 1887), alcolisti e anziani dementi incapaci di sostenersi autonomamente, completata, nei mesi dei lavori agricoli, da contadine e contadini fisicamente esausti e non sorretti da un'alimentazione adeguata

Il sovraffollamento apparso già nel 1890, sarebbe rimasto un inconveniente cronico della vita asilare cremonese, solo in parte

91 Archivio dell'Ospedale Maggiore di Cremona. Ufficio Protocollo. Amministrazione, II.1. Cartella n. 2926 del 1902, *Nomina di Amadei*, Verbale del Consiglio degli Istituti Ospitalieri del 17 gennaio 1884.

92 Il giudizio è contenuto nel Necrologio di G. Amadei (1919), Rivista Sperimentale di Freniatria, 43: p. 572.

attenuato dall'invio dei folli innocui presso ricoveri decentrati come il frenocomio di Crema (Pergami, 1882), unanimemente giudicato infelice ed inadeguato, e gli ospizi di mendicità di San Bassano, Sospiro e Casalbuttano. Complessi sanitari non meno di quello cremasco inadatti al compito, con la Divina Casa della Provvidenza di Casalbuttano pubblicamente definita – con sintomatica metafora rurale - un «essicatoio» umano[93].

Irrisolto per decenni, il problema del sovraffollamento andrà aggravandosi dopo l'inizio delle ostilità con l'Austria-Ungheria, e l'obbligo sancito per i manicomi di ricoverare in osservazione i militari reduci dalle zone di guerra affetti da disturbi psichiatrici[94]. In questo contesto, la gravosa situazione cremonese – non un'eccezione nel panorama nazionale[95] – aveva un plastico riscontro nella comunicazione inviata l'11 settembre 1917 dal presidente della Deputazione al direttore dell'Ospedale militare cittadino. Con la missiva, il presidente dell'esecutivo, dopo aver ricordato all'interlocutore quanto già fatto a favore dell'esercito, notificava la «assoluta impossibilità di poter accogliere nei propri Stabilimenti Manicomiali militari alienati», alloggiando l'istituto di Due Miglia oltre quattrocento ammalati[96]. Cioè, più del doppio dei posti-letto programmati.

Quello dei padiglioni stipati non era, però, l'unico problema incombente. Come segnalava il direttore Amadei, l'assistenza

93 *Atti del Consiglio Provinciale di Cremona* (da ora: ACP) *1903*, verbale del 25 maggio, p. 52.

94 La questione del ricovero degli alienati militari, oltre che dalla Legge n. 36 del 14 febbraio 1904 (per le modalità dell'ammissione in manicomio), era disciplinata dal Regolamento del 24 dicembre 1903 sul servizio sanitario militare territoriale; dal Regolamento n. 73 del 23 giugno 1910 sul servizio delle rassegne per i militari del R. Esercito e, nell'eventualità di alienati penalmente giudicati oppure giudicabili, dagli articoli 209, 264 e 594 del Codice di Procedura penale.

95 Una nota del 01 giugno 1917 firmata dal direttore interinale del manicomio cremonese, Renato Rebizzi, ed inviata al Presidente della Deputazione provinciale, riepilogava con la precisione dei numeri le critiche condizioni di affollamento dei manicomi di Alessandria, Brescia, Ferrara, Imola, Macerata, Mombello (Milano) e Sondrio; in Archivio di Stato di Cremona (d'ora in poi: ASCR), Deputazione Provinciale, 1900-1935, b. 268.

96 ASCR, Deputazione Provinciale, 1900-1935, b. 265, *Dati riferentesi agli stabilimenti manicomiali della provincia*, 11 settembre 1917.

alienistica risultava sottodimensionata rispetto ai compiti, né aveva giovato all'efficienza clinica la stabile collaborazione di due medici assistenti: Giovanni Arcari[97], in forza dal 1884 al 1905, ed il fiorentino Giorgio Pardo[98], assunto proprio in sostituzione di Arcari pensionato anticipatamente. Analogamente a quello medico, il servizio infermieristico non invitava all'ottimismo, con una pianta organica negli anni stabile e tarata nella proporzione di 4 addetti operativi ogni 200 ricoverati. Speculari per provenienza sociale e cultura ai folli da custodire, agli infermieri si chiedeva d'essere strumenti docili e passivi dell'azione medica, alla quale erano disciplinarmente subordinati. Privi fino al 1905 di qualsiasi voce in capitolo nell'organizzazione lavorativa, poiché solo nel clima di apertura giolittiano le prime istanze sindacali poterono richiamarne l'interesse, gli infermieri spendevano il proprio tempo nell'incarico quasi esclusivo della sorveglianza, secondo turni massacranti di quaranta ore interrotti da un riposo notturno di quattro. Generalmente sprovvisti di preparazione specifica e spesso analfabeti, gli infermieri non erano stati trascurati dal *Regolamento* del 1905 per l'attuazione della legge quadro nazionale, il quale contemplava per le direzioni asilari l'obbligo dell'organizzazione periodica di corsi di formazione interni.

Logico che un manicomio sovraffollato, carente di clinici e con una componente infermieristica solo parzialmente istruita, pagasse un prezzo pesante al «fermento incredibile che gli avvenimenti storici mettevano nella vita quotidiana» (Spaini, 1965, p. 97). Del resto, già dopo le prime *spallate* isontine la stampa specializzata

97 Il dottor Giovanni Arcari, già in servizio presso l'Ospedale Maggiore in qualità di medico assistente dal 1877, aveva vinto la selezione organizzata dall'amministrazione ospitaliera parallelamente a quella che aveva prescelto Amadei quale direttore. Lo scritto con cui aveva primeggiato nel concorso, fu pubblicato nel «Bollettino Medico Cremonese» (1884). Nel marzo del 1890 Arcari sarebbe stato promosso a medico aggiungo; ruolo che conservò fino all'anticipato pensionamento nel 1906; vedi *ACP 1905*, verbale del 24 novembre, p. 153.

98 Protagonista della nostra vicenda, il dottor Giorgio Pardo era nato a Firenze il 27 ottobre 1868. Padre di due figlie, nate durante il soggiorno cremonese, lascerà la città padana il 25 aprile 1917.

aveva iniziato a trattare dei mali inattesi[99] (e dei possibili rimedi) riversati dal conflitto nell'ambito dell'assistenza psichiatrica, scoprendo di giorno in giorno come agli imperativi della mobilitazione totale non potessero sottrarsi nemmeno le strutture asilari delle retrovie.

A Cremona gli anni della guerra guerreggiata comportarono un ulteriore assottigliamento delle file psichiatriche e infermieristiche, falcidiate dai richiami militari. Solo in parte benefica sarebbe risultata la decisione irrituale di Amadei, prontamente segnalata alla platea medica dalla *Rivista Sperimentale di Freniatria*, d'impiegare personale femminile nei padiglioni maschili dei non agitati, con risultati, si reputò nell'immediato, incoraggianti (Amadei, 1915). Con ancora meno alienisti ed infermieri istruiti, l'azione curativa del manicomio subiva, se possibile, un inarrestabile regresso. La guerra suonava le campane a morto per le avventate illusioni riabilitative ottocentesche, circoscrivendosi la terapia alla rassegnata prescrizione di bagni prolungati, di *interoclismi*, di infusi a base di olio di ricino, di docce gelate e calde alternate, di segregazioni più o meno temporanee, e di unguenti e tinture dalle improbabili miscele.

Più in generale, la prassi terapeutica rinunciataria accompagnava il lento ma inesorabile declino degli *standard* di vita quotidiani dell'istituto. Alimentazione, igiene personale dei pazzi e dei reparti, assistenza morale e rispetto della dignità degli internati, nonché solidarietà e spirito di collaborazione tra i lavoratori asilari, erano tutti parametri sottoposti ad una fortissima pressione ambientale, che le ricorrenti assenze di un Amadei anziano ed ammalato, non aiutavano a gestire nei modi più opportuni.

Come alcune tracce documentarie non generiche attestano, nel quadro della conclamata crisi vissuta dal *mundus clausus* manicomiale, anche i casi di brutalità nonché il numero delle vessazioni subite dai ricoverati andarono incrementandosi rispetto al passato. Una vicenda, in particolare, in quella drammatica primavera-estate del 1916 (Corà e Pozzato, 2003), sembrò sintetizzare le nuove

99 Morselli (1915), ricorda come nella sola III Armata attestata presso l'Isonzo, tra il 13 giugno ed il 31 agosto 1915, si fossero contati 230 soldati messi fuori combattimento da disturbi neuropsichiatrici.

sfide che attendevano al varco un manicomio sottratto sia alla sua sonnolenta esistenza, sia alla narcisistica retorica del manicomio modello.

Sfumandosi il rigido confine posto a separare il mondo esterno dell'universo asilare, il manicomio divenendo crogiolo di vicende, narrazioni e storie di vita nelle quali non sempre era consentito distinguere la realtà dai frutti dell'immaginazione e della propaganda, visse allora impreviste esperienze. Da un lato, convenzionalmente, assurgendo a laboratorio di culture psichiatriche e pratiche assistenziali contraddittorie e capaci di sconvolgere vicende biografiche, familiari e professionali estromesse dai tradizionali rapporti di forza imperanti nell'istituzione. Dall'altro, meno convenzionalmente, divenendo esso stesso la posta in gioco tra fazioni politiche in competizione, la cui contesa, attraverso tortuose declinazioni, mostrava come contrapposizioni estranee alle sorti alienistiche – tali lo scontro tra neutralisti e interventisti, e la protratta crisi intestina del socialismo cremonese (1910-14) (Baldoli, 2002) – potessero precipitare nella vita asilare condizionando l'esistenza dei ricoverati, per altro non degli spettatori passivi di quel che accadeva intorno a loro.

Prisma con cui esplorare aspetti poco noti o addirittura inediti della storia manicomiale nazionale, l'episodio tutto sommato minore del pestaggio del ricoverato Agostino Denti da Pizzighettone, innescherà feroci polemiche sulla stampa cittadina, la celebrazione di due processi penali presso i tribunali di Cremona e Brescia e, infine, la realizzazione di un'inchiesta segreta sulla vita del frenocomio da parte della Deputazione provinciale. Nell'insieme, situazioni che avrebbero smentito quanto un avventato amministratore locale, partecipe di un diffuso pregiudizio, aveva con sicumera proclamato in sede assembleare: «Gli alienati nel loro massimo numero non accusano le sofferenze che li travagliano ed i malanni che li colgono»[100]. Circostanza rara, per una volta anche i folli in quei difficili frangenti avrebbero saputo a Cremona prendere la parola (De Certeau, 2007).

100 ACP 1889, sotto-allegato n. V, Verbale della seduta 21 giugno 1883 della Deputazione Provinciale, p. XXVI.

Narrazioni di un anno in un manicomio esemplare: polemiche a mezzo stampa.

Suscitare l'interesse della stampa non era una novità per il frenocomio cremonese. Nel 1903, nel pieno dello scandalo che avrebbe incalzato i lavori parlamentari per la redazione della legge-quadro nazionale, la n. 36 del febbraio 1904, era stato oggetto del *reportage* giornalistico del consigliere provinciale Andrea Boschi. Dopo aver, tra gli altri, intervistato il direttore Giuseppe Amadei, Boschi chiudeva l'indagine segnalando difetti e pregi di un asilo valutato nell'insieme confacente ai compiti istituzionali (Boschi, 1903).

Irrituali rispetto alle tematiche tradizionali del quotidiano *La Provincia*, quelle di Boschi erano pagine senza successivi approfondimenti, incapaci di suscitare nulla più di un'effimera partecipazione dei lettori al destino dei ricoverati.

Diversamente andavano le cose tredici anni dopo quando, il 30 aprile 1916 ancora *La Provincia*, con singolare dovizia di particolari, pubblicava una notizia destinata a creare allarme tra gli amministratori locali, le istituzioni e finanche i lettori. Sotto il titolo *Tre infermieri del Manicomio Provinciale denunciati al procuratore del Re per avere percosso un ricoverato*, un anonimo redattore comunicava:

> Un referto medico del Vice-Direttore del Manicomio, dott. Pardo, informava ieri l'altro la Stazione dei CC di Via Aselli che alle ore 7 del 24 andante[101], gli infermieri Politi Guglielmo, Govetti Angelo e Losi Giuliano, tutti di Cremona, mentre erano di servizio alla custodia dei degenti, trascesero ad atti brutali a danno di uno dei ricoverati, certo Denti Antonio, di Pizzighettone. (…) i tre custodi avrebbero picchiato con pugni e calci il Denti, dopo averlo tratto da un gruppo di dementi che si erano messi a litigare fra di loro. Il Denti sarebbe stato trascinato in un corridoio a pianterreno dello Stabilimento e gettato a terra. Le percosse gli produssero contusioni varie e la frattura di una costola. (…) L'egregio sanitario [dr. Pardo] riscontrò sul corpo del malato delle lesioni guaribili in 20 giorni. (…) I RR.

101 Si tratta, precisamente, della mattinata del 23 aprile.

Carabinieri, che (…) eseguirono alla loro volta una inchiesta, interrogarono il Denti, che insistette nell'accusare i tre infermieri. Il Losi, viceversa, nega di aver picchiato e tanto meno calpestato, il povero pazzo. Gli altri due infermieri non furono ancora sentiti. L'Arma dei RR. CC., comunque, ha denunziato i tre custodi al Procuratore del Re, per lesioni.

Il maltrattamento di un folle da parte dei propri custodi: un evento non raro nell'universo asilare dell'epoca, dove il cumulo d'indifferenza per la vita degli internati, accoppiato alle pesanti condizioni di lavoro degli inservienti, fungevano spesso da detonatore di soprusi. E non di meno, a differenza del recente passato, il dettagliato pezzo de *La Provincia* – si scoprirà, poi, ispirato direttamente dal dottor Pardo[102] – dava la stura ad una ridda di osservazioni, repliche e controrepliche a mezzo stampa che smascheravano il clima di conflitti e ripicche intestine sviluppatosi nel manicomio. Un clima difficile, riverbero di quanto nella stessa epoca si registrava nella società cremonese allarmata dalla prima vittoria socialista nelle elezioni comunali (1914), lacerata dalla scelta bellica, e sfiancata dalla crisi di quel partito socialista che, scisso tra riformisti e ortodossi della linea ufficiale, si trascinava dal 1910 determinando, con lo scontro ideologico, la rottura di antiche amicizie personali sostituite dal livore riservato ai traditori.

Letteralmente sulla pelle del ricoverato Denti e sulla sorte dei tre infermieri denunciati, si stavano per giocare più partite contemporaneamente, dalle conseguenze impreviste per i protagonisti, e nelle quali l'episodio delle sevizie sarebbe scaduto a tassello della polemica, combattuta senza esclusione di colpi (Baldoli, 2002), nelle file socialiste tra riformisti e bissolatiani favorevoli all'intervento, e socialisti devoti alla parola d'ordine del né aderire né sabotare[103].

102 In sede di processo, l'avv.to difensore dei tre infermieri sosterrà «che il D. Pardo andò ai giornali cittadini insistendo che si occupassero del caso Denti per eccitare l'opinione pubblica»; vedi ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076, *Istanza del 24 luglio 1916 dell'avv.to Luigi Marenghi.*

103 Per un inquadramento Guichonnet (1974); Arfè (1975); Caretti (1980). Inoltre, vedi la voce *Leonida Bissolati* in Galbiati e Seccia (2009).

La controversia a mezzo stampa muoveva i primi passi dieci giorni dopo la pubblicazione della denuncia ne *La Provincia*. Era *Il Lavoro*, giornale settimanale riformista, ad aprire le danze il 10 maggio con un trafiletto enigmatico[104]. Dopo aver informato i lettori circa il ripetersi, nel passato, di vessazioni verso i ricoverati peggiori di quella notificata ai carabinieri, il giornalista lanciava nemmeno troppo velatamente un avvertimento, che solo il senno di poi avrebbe permesso di decifrare. «Abbiamo voluto raccogliere notizie intorno al gravissimo fatto, reso pubblico dai giornali – riportava *Il Lavoro*:

> e siamo venuti a sapere che la custodia in manicomio, specialmente nel riparto agitati, fu in questi ultimi tempi affatto insufficiente. Se sono vere le notizie che ci sono giunte, gli infermieri di quel riparto sarebbero stati ridotti alla metà: e allora si capisce come essi possano essere condotti ad eccessi.

Abbozzata così una prima difesa degli infermieri imputati, addossando la situazione alla carenza della manodopera, il giornalista proseguiva non senza malizia:

> Abbiamo anche udito che talune infermiere abbiano avuto ragione di lagnarsi di certe visite notturne e che in certa parte del manicomio si sieno avverati fatti, in seguito ai quali qualcuno dovrebbe recarsi ad abitare altrove»; infine, concludeva: «data la propalazione di queste notizie è assolutamente necessaria un'inchiesta, che abbia ad appurare che cosa succede in quell'istituto, che sotto la direzione del Prof. Amadei è diventato uno dei migliori d'Italia.

Trascorrevano tre giorni ed era «L'Eco del popolo», il foglio ufficiale socialista, a prendere la parola con un articolo dal titolo significativo: *Difendiamo i nostri matti!* Con un gioco al rialzo rispetto alle richieste de *Il Lavoro*, *L'Eco* riportava il focus della discussione sulle violenze commesse nell'asilo, ammonendo:

> Siamo in grado di dire che in mezzo ad un cumulo di piccoli inconvenienti inevitabili e di pettegolezzi da donnicciuole sarebbero emersi anche fatti molto

104 *Voci gravi intorno al Manicomio*, in «Il Lavoro», del 10 maggio 1916.

seri: pare che maltrattamenti ancor più gravi di quelli ora avvenuti e testé denunciati si siano verificati anche in passato e nascosti alle autorità[105].

Nascosti all'autorità da chi? Dagli amministratori del manicomio? Dalla direzione asilare? Domande, quelle poste da *L'Eco*, al momento senza risposta.

Una decina di giorni di silenzio, ed il 24 maggio *Il Lavoro* tornava alla carica con toni appassionati conditi da un'oscura minaccia, per quanto il destinatario restasse senza nome. Ribadita in risposta a *L'Eco* la fiducia nel direttore, Giuseppe Amadei, e sollecitata l'istituenda commissione d'inchiesta manicomiale, di cui si discorreva in consiglio provinciale, ad interpellarlo con urgenza poiché «il Direttore è colui che può meglio di ogni altro illuminare oggettivamente gli inquirenti», *Il Lavoro* tornava ad un linguaggio allusivo abbastanza trasparente, però, per lasciare intendere quel che l'articolista sapeva ma, al momento, era ancora impossibilitato a rendere di pubblico dominio. Sono venuti a galla – intimava –

taluni fatti che, se fossero veri, dovrebbero non soltanto provocare provvedimenti, ma disgusto e nausea in ogni galantuomo. Il manicomio dovrebbe essere un istituto tanto più sacro quanto più grave è la disgrazia degli infelici che vi sono ricoverati. Guidati da questo sentimento – concludeva – noi faremo la nostra inchiesta, della quale faremo noti i risultati se quella ufficiale non darà risultati che possano tranquillizzare noi e il pubblico[106].

In disparte fino a quel momento, il 27 maggio scendeva in campo *La Squilla*, l'organo dei circoli autonomi socialisti e seconda testata del riformismo cremonese, tra i cui fondatori si annoverava il futuro *ras* Roberto Farinacci[107]. Con quello stile tipicamente aggressivo che ne connoterà la prosa anche negli anni seguenti, allorché diverrà portavoce dello squadrismo locale, il settimanale avvalorava le

105 *Difendiamo i nostri matti!*, in «L'Eco del popolo» del 13 maggio 1916.

106 *Ancora delle cose del manicomio*, in «Il Lavoro» del 24 maggio.

107 È da notare che solo una settimana prima, il 15 novembre, era per la prima volta uscito dai torchi il mussoliniano *Il popolo d'Italia.* «Missione del giornale – scrive Claudia Baldoli (2002), p. 19 – è rieducare il popolo, in città e soprattutto nelle campagne, alla coscienza di patria e contrastare l'azione neutralista, che nel Cremonese era organizzata sia dai popolari di Miglioli che dal partito socialista».

argomentazioni de *Il Lavoro*, recriminando per una discussione inquinata da «criteri di parte». Rilanciata l'invocazione dell'inchiesta interna al manicomio, *La Squilla* squalificava il pestaggio ad un probabile eccesso di difesa degli infermieri, certo condannabile, ma non idoneo a ledere il rigore professionale di Amadei, «una illustrazione autentica della scienza psichiatrica». Fuor di metafora, il pezzo si articolava trattando quello «che ormai è diventato il segreto di Pulcinella» del manicomio:

> se gli infermieri hanno commesso una colpa – affermava «La Squilla» –, si puniscano, ma nello stesso tempo si colpiscano coloro che nelle case ad essi concesse dall'Amministrazione facevano quello che facevano (…). Non basta in questo caso procurare una nuova abitazione a chi ha fatto quello che è stato fatto, ma occorre sospenderlo, come giustamente si è fatto cogli infermieri (…).

Da ultimo, respingendo le tesi degli ex compagni de *L'Eco* e minacciando in combutta coi redattori de *Il Lavoro* di istruire un'inchiesta autonoma, concludeva facendo pressioni sui consiglieri provinciali affinché si facesse la dovuta chiarezza sulla faccenda:

> Noi non abbiamo alcun interesse particolare od alcun amico da difendere; a noi sta a cuore il solo interesse del Manicomio, in nome del quale, se non si procederà dall'Amministrazione provinciale, parleremo e presto per mettere tutte le cose in chiaro senza riguardo ad alcuno. Vedremo allora se l'*Eco* od un suo redattore che deve essere di manica molto larga in queste faccende, avrà ancora il coraggio di qualificarle come pettegolezzi di donnicciuole[108].

Nel varco aperto dal pezzo de *La Squilla*, le «cui osservazioni molto severe» erano giudicate un modello d'onestà giornalistica, s'infilavano i commentatori de *Il Lavoro*, i quali si spingevano un passo in avanti rispetto agli iniziali enigmatici accenni. L'approssimazione del linguaggio alla descrizione scabrosa dei fatti di cui trattava, s'inscriveva nell'articolo del 31 maggio, il cui pruriginoso *incipit*: «Si dice che accadono delle brutte e sporche cose in Manicomio», era tutto un programma. In linea con le posizioni riformiste, l'intenzione nemmeno troppo velata de *Il Lavoro* era

108 *Cose del manicomio*, in «La Squilla» del 27 maggio 1916.

quella di declassare il caso-Denti ad incidente ordinario della quotidianità manicomiale. Alla luce delle premesse, l'articolo: *Ancora del manicomio e di quello che vi succede,* s'impegnava su due piani: in primo luogo, reiterando il ritornello della difesa a prescindere di Amadei, compromesso irragionevolmente da un episodio «accaduto mentre (…) era ammalato e lontano da Cremona»; in secondo luogo, pretendendo un'indagine né circoscritta alla sola vicenda Denti, né intimidita nella ricerca delle responsabilità dal ruolo rivestito nell'asilo dai potenziali colpevoli[109]. Un modo elegante per non dire eppure far capire il bersaglio grosso a cui la stampa riformista puntava: il dottor Pardo, già bollato dal foglio farinacciano come «l'amico del cuore» di due insigni dirigenti socialisti cremonesi: l'avvocato Luigi Jotta, e il maestro elementare Sasdelli[110].

Com'era logico attendersi, le punzecchiature subite suscitavano le piccate repliche de *L'Eco del popolo*. Con sarcasmo, due articoli pubblicati rispettivamente il 3 ed il 17 giugno s'incaricavano di ribattere alle insinuazioni di «messer *Lavoro*» e «madonna *Squilla*». Rispetto a quanto già noto all'opinione pubblica, i due interventi non aggiungevano particolari sconosciuti; per altro, probabilmente sulla scorta d'informazioni ancora riservate, *L'Eco* proprio a partire dalle «brutte e sporche cose» accadute al di qua delle mura asilari, rivedeva le certezze primigenie. «Come il Pascià nell'harem», precisava *L'Eco,* qualcuno senza ragione stazionava regolarmente presso i bagni femminili invece che in quelli maschili. Lo stesso figuro che «invitava nella propria villa di giorno e di notte le infermiere che a lui riuscivano più simpatiche», aggirandosi tra loro semisvestite «in carnevale (…), prestando servigi adatti [più] ad una cameriera che alla sua professione» [111].

La denuncia era forte e inequivocabile. Mentre non recedeva dai toni irridenti riservati agli ex compagni socialisti, rincarandoli – si dileggiava la «indovinata difesa del *Lavoro»*, la quale nel tentativo di

109 *Ancora del manicomio e di quello che vi succede*, in «Il Lavoro» del 31 maggio 1916.

110 *Impudenti*, in «La Squilla» del 22 luglio 1916.

111 *Difendiamo i nostri pazzi (La tacca mia),* in «L'Eco del popolo» del 03 giugno 1916; *Polemiche. Difendiamo i nostri pazzi*, in «L'Eco del popolo» del 17 giugno 1916

scagionare i tre infermieri finiva per trascinare nel fango l'intero frenocomio –, *L'Eco del popolo* palesemente faceva un passo indietro nella difesa, tacita ed indiretta, del dottor Pardo.

Caduto il velo del silenzio sui fatti disdicevoli avvenuti nel manicomio, la polemica giornalistica (e non solo) decollava, da un lato coinvolgendo attori e poste in gioco non intrecciate alla sola vita asilare, dall'altro finendo quasi per ignorare il maltrattamento del ricoverato Denti a monte dell'intera disputa.

Per dibattere della questione, il 15 giugno presso la Camera del Lavoro aderente alla Confederazione Generale del Lavoro (CGdL), si riuniva il consiglio direttivo della Lega degli infermieri (Società di miglioramento fra infermieri e personale d'assistenza di Cremona, 1895), di stretta osservanza riformista. Il consiglio approvava un ordine del giorno in sintonia con le tesi de *Il Lavoro* e de *La Squilla*, deliberando di chiedere «alla On. Deputazione provinciale la più ampia inchiesta» possibile sulla gestione asilare degli ultimi anni. Rilanciato con un commento *ad hoc* de *La Squilla* del 17 giugno, l'o.d.g era impaginato al fianco di un breve inciso che deprecava il colpevole silenzio de *L'Eco* in merito ad «un nostro articolo obiettivo e sereno in cui dimostravamo come l'antipatriottismo austriaco dei socialisti ufficiali costituisca un vero e proprio tradimento dei principii e delle tradizioni socialiste»[112].

Il commento del foglio farinacciano, *Difendiamo il nostro Manicomio,* oltre a pubblicare la trascrizione integrale dell'o.d.g. della Lega degli infermieri, diramava una novità: l'iniziativa di Amadei di presentare

> all'On. Deputazione un memoriale che a base di prove e testimonianze mette in rilievo e luce a carico di un sanitario mancanze e colpe che, se fossero state commesse da un infermiere, questi sarebbe stato senz'altro sospeso e deferito al Consiglio di disciplina.

Il sanitario innominato era, di nuovo, il dottor Pardo. La mossa del direttore del manicomio rendeva (finalmente) pubblico il dissidio tra i sanitari dell'asilo, che a propria volta si cumulava alle fratture

112 *Malafede,* in «La Squilla» del 17 giugno 1916.

interne al corpo infermieristico. Infatti, alla delibera del Consiglio della Lega degli infermieri del 15 giugno aveva fatto seguito, il 21 dello stesso mese, il contro-comunicato di «un gruppo di infermieri» di fede socialista, integralmente pubblicato da *La Provincia* e da «L'Eco» e sdegnosamente rifiutato dai redattori de *La Squilla*, che lo squalificarono ad insignificante «ordine del giorno di un sedicente gruppo di infermieri»[113].

Indirizzata alla Deputazione provinciale, la nuova deliberazione dei lavoratori dell'asilo avanzava diverse istanze. Innanzi tutto, con sentimenti ambivalenti, chiedeva di «eliminare eventualmente dalla classe [infermieristica] individui non degni d'appartenervi», facendo «voti anche perché le colpe dei compagni – se colpe vi saranno – siano valutate con equità e clemenza». In secondo luogo, frettolosamente mettendo a margine il tema delle violenze, coglieva la palla al balzo per una serie di rivendicazioni professionali, auspicando

> vengano presi provvedimenti atti a migliorare moralmente il corpo degli infermieri, cosa che fu sino adesso trascurata, e specialmente reclaman[d]o l'istituzione di corsi d'istruzione per gli infermieri, prescritta dall'art. 24 del Regolamento governativo, e che nel manicomio di Cremona, non si sa per qual motivo non esistono[114].

Apparentemente imparziale, la seconda rivendicazione del gruppo d'infermieri socialisti, cadeva nel dibattito come un carico da novanta. A nessuno dei lettori informati poteva sfuggire la portata di una dichiarazione che rappresentava un severo biasimo alla direzione di Amadei, il quale, evidentemente, non aveva dato più corso a quel «Programma d'insegnamento per l'Infermiere delle malattie Mentali»[115] con cui, subito dopo l'approvazione, aveva ottemperato

113 *Per la difesa del nostro manicomio*, «La Squilla» del 01 luglio 1916.

114 *L'ordine del giorno di un gruppo d'infermieri*, in «La Provincia» del 24 giugno 1916.

115 Il programma di studio prevedeva una prelezione dedicata alla funzione sociale dell'infermiere e alla storia dei manicomi e dei pazzi; quindi, nozioni di anatomia e fisiologia; cenni sulla patologia della mente e sull'eziologia della pazzia, e un capitolo dedicato alle forme della malattia mentale; successivamente, nozioni di tecnica manicomiale con particolare attenzione alla custodia del folle; infine, una sezione finale dedicata alle

alle disposizioni di legge previste dai regolamenti del 1905 e del 1909 per l'esecuzione della legge nazionale sui manicomi[116].

Il memoriale presentato alla Deputazione da Amadei contro il suo medico aggiunto, e la contromossa degli infermieri socialisti circa le lacune della direzione asilare, innalzavano ulteriormente il livello dello scontro, sempre più metafora di una società cremonese in frantumi.

A calmare le acque non contribuiva, poi, la scelta de *L'Eco* di pubblicare il 01 luglio la lettera di un ex-infermiere, tale Giuseppe Gerevini, che pubblicamente rivolgeva pesanti accuse al Consiglio della Lega degli infermieri per una politica dei *due pesi e due misure* nella difesa della manodopera[117]. Auspicato l'obiettivo finale della solidarietà tra i lavoratori, poiché ironizzava una premessa redazionale «gli infermieri dovrebbero essere tutti uniti in una sola lega, [e] deliberare senza ingombranti consulenti più o meno professori, più o meno avvocati»[118], Gerevini ricordava con amarezza ai lettori l'ostinato silenzio della Lega al tempo del suo disaccordo con «una reverenda suora». Un silenzio sbalorditivo rispetto all'attivismo speso in difesa di Politi, Govetti e Losi, imputati di una colpa ben più grave, e viatico alla sua cacciata dall'ospedale cittadino.

Nello scambio di colpi più o meno leciti, le ragioni del giornalismo sembravano eclissare nel quadro di una polemica che andava personalizzandosi. Dopo Gerevini, infatti, mentre tra piccola e grande storia la spinta offensiva della *Strafexpedition* asburgica – l'inquietante debutto in Italia della guerra dei materiali (Di Martino,

«Disgrazie nei manicomi», tra cui si ricordavano: ferimenti e mutilazioni, suicidi o tentativi, strozzamento e impiccamento, svenamento, veleni, fame, omicidi, ribellioni.

116 Art. 24: «Il direttore del manicomio, o personalmente, o per mezzo dei medici del manicomio stesso da lui prescelti, deve istituire corsi speciali teorici-pratici per la istruzione degli infermieri provvisori ed effettivi e possibilmente anche per la formazione di un buon personale di vigilanza. (…)»; vedi «Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia», 16 settembre 1909, n. 127, p. 5044. Oltre ai due regolamenti del 1905 e del 1909 richiamati, e alla legge n. 36 del 1904, al tempo dei fatti qui narrati completava la normativa specifica il R.D. 12 dicembre 1915, n. 1847, *Semplificazione di alcuni servizi delle opere pie e dei manicomi.*

117 *Due pesi e due misure*, in «L'Eco del popolo» del 01 luglio 1916.

118 *Fra gli infermieri. Per i fatti del manicomio*, in *L'Eco del Popolo* del 01 luglio 1916.

2002) – andava esaurendosi non prima d'aver messo a dura prova le difese sabaude, a Cremona la controversia proseguiva a viso aperto alimentandosi di nuove rivelazioni.

Rompendo gli indugi ma, involontariamente, smascherandosi come il medico al centro delle allusioni maligne – di certe faccende «parlano anche i muri» appuntava *La Squilla* –, il dottor Pardo procedeva querelando *Il Lavoro* per «taluni accenni ritenuti allusivi alla propria persona»[119]. Dalla testata incriminata non si registravano reazioni immediate; per altro *Il Lavoro*, in procinto di confluire ne *La Squilla*[120] ponendo termine all'anomalia dei due fogli riformisti, abbandonava i toni moderati iniziali allineandosi all'aggressività verbale dei futuri colleghi di redazione.

Sul fronte infermieristico il disaccordo, invece di ricomporsi nella caldeggiata unità della manodopera manicomiale, andava gradualmente inasprendosi a seguito dell'adozione di un nuovo ordine del giorno sottoscritto dal direttivo della Lega degli Infermieri presieduto dall'onorevole Angiolo Cabrini. Prontamente pubblicato, l'o.d.g. rivolgeva un plauso «al *Lavoro* ed alla *Squilla* per l'interessamento manifestato in queste circostanze a favore della classe degli infermieri», contemporaneamente disapprovando il «giornale *Eco del popolo*, che si dice difensore degli operai organizzati»[121].

Con la consueta ironia, *L'Eco* reagiva facendosi beffe delle critiche, e con due nuovi articoli pubblicati l'08 ed il 29 luglio, riproponeva le proprie posizioni, da un lato esecrando dall'esser tirato «per i capelli nella polemica»[122], dall'altro rammentando agli smemorati «riformisti che dopo aver parlato di infermieri, di medici

119 *Difendiamo il nostro manicomio*, in «La Squilla» del 17 giugno 1916.

120 Fondato il 5 maggio 1915, «Il Lavoro» cesserà le pubblicazioni il 07 novembre 1916. Per Baldoli (2002), p. 26, il giornale «è emanazione di socialisti bissolatiani legati al Partito Socialista Riformista (…). La loro linea politica si differenzia da quella de *La Squilla* quasi esclusivamente per questioni di metodo: il loro distacco dal partito ufficiale è meno netto di quanto non lo sia per i socialisti autonomi, e i loro toni sono più possibilisti e riflessivi».

121 *Lega degli Infermieri*, in «La Squilla» dell'08 luglio 1916.

122 *Cose del Manicomio*, in «L'Eco del popolo» del 29 luglio 1916.

ecc., finirono per denunciare l'esistenza in manicomio di casini con prostitute»; un'accusa precisa e seria, tutta da riscontrare[123].

Fino ad allora in disparte, da fine luglio dava man forte alle posizioni de *L'Eco*, *L'Azione*, il quotidiano della città e della provincia di Cremona diretto da Guido Miglioli (Galbiati e Seccia, 2009). Tre peculiarità ne caratterizzavano la discesa in campo: i toni combattivi speculari seppure opposti a quelli de *La Squilla*; la volontà di affrontare la vicenda a largo raggio, accettando battaglia sul campo reclamato dai riformisti di una discussione non ristretta al solo caso-Denti; la coraggiosa decisione, solitaria rispetto alle scelte delle altre testate, di aprire le colonne del giornale alla voce di due ex-ricoverati, pubblicandone testimonianze atte a smentire una volta per tutte la bolsa retorica dell'istituto all'avanguardia della scienza psichiatrica e della tecnica manicomiale.

Capovolgendo un ritornello della stampa riformista, il 27 luglio *L'Azione* abbandonava il proprio attendismo indispettita dalla pretesa dell'avvocato difensore degli infermieri di ricondurre, giovandosi della propaganda del proprio «giornalucolo», la «questione grave e delicata» del manicomio «ad una piccola ragion di difesa del direttore Amadei e degli infermieri imputati (…)». Era «incredibile e deplorevole – lamentava il redattore migliolino – che, per ragioni sia pure di legittima difesa personale, si cerchi di fuorviare lo sguardo dalla visione ben più vasta e complessa della questione manicomiale». E stigmatizzata la prevenuta disposizione della Deputazione verso il dottor Pardo, andava all'attacco frontale del direttore Amadei, «il quale sembra certo che conoscesse taluni incidenti dei quali però mai avrebbe steso rapporto all'Amministrazione Provinciale»[124].

Senza dar tregua agli avversari, il giorno successivo, il 28 luglio, *L'Azione* tornava alla carica, sia informando i lettori dello svolgimento quella mattina del dibattimento penale, sia formulando il proprio verdetto di colpevolezza sulla base di una notizia non riscontrata dai documenti. *L'Azione* rivelava l'esistenza di una «deposizione scritta» degli accusati raccolta dal commendator Barni,

123 *Manicomio*, in «L'Eco del popolo» dell'08 luglio 1916.
124 *Cose da Manicomio*, in *L'Azione* del 27 luglio 1916.

presidente della Deputazione, nella quale i tre «si sarebbero confessati apertamente colpevoli del fatto loro attribuito»[125].

Resa ai lettori, nell'edizione del 29 luglio, una sommaria cronaca del processo favorevole al dottor Pardo, «che fece fra la più viva attenzione una importantissima deposizione»[126], *L'Azione* calava i propri assi giornalistici il 30 luglio ed il 3 agosto, divulgando due lettere stilate da chi, nella posizione scomoda di degente, aveva potuto toccare con mano la vita occulta ai più dell'asilo.

Coperto dall'anonimato, il primo ex ricoverato ad intervenire dimostrava d'aver presenziato al dibattimento, poiché deplorava come «al processo tutti deposero in favore dei tre infermieri, nessuno vi era a difendere la vittima». Sottolineato l'isolamento del Denti, si spendeva con toni accorati nel tratteggiare un profilo fosco del manicomio, rimarcando il doloroso destino toccato in sorte ai folli, cui era negata «quella cura principale, che è la cura morale», e giustificandone il non insolito furore, perché «in certi momenti quando la nostalgia della propria casa fa capolino nella mente e nel cuore, si vorrebbe fuggire e non si può, si diventa cattivi, irascibili». Con alcune distinzioni, agli infermieri si riservavano parole impietose. «Non tutti», precisava, «u[sa]no maltrattamenti»; e tuttavia per i ricoverati non era infrequente vedersi «scherzati, certe volte battuti», bersagli indifesi di «modi rozzi e villani». Io stesso, assicurava, «fui testimone oculare di maltrattamenti verso i miei compagni di sventura». Infine, ritorcendo contro *La Squilla* e *Il Lavoro* l'arma dell'allusione, si dichiarava pronto a fornire ulteriori dettagli circa la quotidianità manicomiale, «e specialmente riguardo al servizio femminile nel comparto uomini da poco inaugurato dal sig. prof. Amadei»[127]. Proprio quel reparto sbandierato sulla stampa specializzata come la più recente delle conquiste sperimentate dal frenocomio modello padano.

Il secondo ex-ricoverato a prendere la parola sulle colonne de *L'Azione*, adottava toni più sobri, eppure non meno vigorosi nel condannare le pratiche di vita giornaliere a cui erano sottoposti i

125 *Infermieri del Manicomio avanti il Tribunale*, in *L'Azione* del 28 luglio 1916.
126 *Il processo degli infermieri al Tribunale*, in *L'Azione* del 29 luglio 1916.
127 *Una lettera di un ex ricoverato*, in *L'Azione* del 30 luglio 1916.

pazzi. Da Crema, siglandosi C.C. e rivolgendosi al direttore Guido Miglioli, si presentava come ex internato segregato per due mesi, «poi – aggiungeva – il Direttore non mi riconobbe pazzo». Integrando la testimonianza precedente, aggiungeva:

> Ho letto nel suo giornale la lettera di un ex ricoverato che i malati vengono maltrattati da qualche infermiere. Se si prendesse solamente pugni e calci dagli infermieri pazienza, ma il pubblico dovrebbe pensare al supplizio dei poveri malati costretti per mesi e mesi al letto, in una cella buia e senza aria; e che non possono mai vedere anima vivente.

In queste condizioni, concludeva caustico C.C., per i folli «Il Manicomio di Cremona è assai peggio di un Cellulare»[128].

A lungo termine, le informazioni rivelate dai due ex ricoverati circa le celle buie ed il prolungato isolamento degli agitati non sarebbero rimaste senza conseguenze. E tuttavia, la personalizzazione della polemica, preludeva al suo quietarsi. Com'era inaspettatamente sorta dopo la denuncia del dottor Pardo, la questione dileguava dalle pagine delle testate locali. Oltre le esigenze immediate della propaganda ideologica spicciola, amplificate dall'inviperito dissidio con gli ex compagni di partito, la funzione investigativa della carta stampata sembrava aver esaurito le proprie possibilità.

Con il mese di luglio, la partita principale aveva cambiato campo e attori, giocandosi ora, da un lato, nell'aula del tribunale, dove si apriva il procedimento penale, e dall'altro, nelle stanze di un'amministrazione provinciale tentata dalla realizzazione di un'autonoma indagine interna al manicomio. Proprio in tale consesso, dopo la mozione del prof. Alessandro Groppali, ex socialista espulso dal partito[129] e approdato tra le fila dei riformisti, e le interpellanze convergenti di Guido Miglioli per la componente

128 *Cose del Manicomio*, in *L'Azione* del 03 agosto 1916.

129 A riprova del clima pesante, la notizia dell'espulsione di Groppali, docente universitario di filosofia del diritto, provocava una piccata nota dello stesso pubblicata da *La Provincia* del 23-24 aprile 1916 col titolo *Il prof. Groppali a proposito della sua espulsione dal Circolo Socialista.*

cattolica popolare e di Luigi Jotta per i socialisti ufficiali[130] – commentava sprezzante *La Squilla*: «proprio vero: Iddio li fa e poi li… accoppia»[131] –, si attendeva di dibattere della questione. Un nuovo capitolo stava per schiudersi; né il dottor Pardo, né i giornalisti protagonisti della polemica, né gli amministratori locali ne avrebbero immaginato gli approdi finali, con lo scombinamento della pianta organica del manicomio dopo decenni di inattaccabile stabilità.

La verità delle carte processuali.

Senza sorpresa, l'intervento della magistratura segnò il punto di svolta della vicenda. Finalmente, dopo le confuse se non contraddittorie ricostruzioni della stampa, fu possibile accertare gli eventi di quel 23 aprile, e definire le responsabilità dei singoli imputati. Inoltre, smarcandosi dal rissoso contesto locale e ligi al mandato istituzionale, i giudici di primo grado nonché i colleghi della Corte d'Appello di Brescia seppero limitare l'attenzione al fatto *sub judice*, preservando i rispettivi verdetti dalle turbolenze ideologiche del momento.

Tacendo del cortocircuito conoscitivo innescato dalla comunicazione lacunosa delle informazioni di reato all'autorità inquirente, al vaglio critico della magistratura le allusioni più insistentemente reiterate dalla stampa riformista decaddero. Frutto di malelingue oppure dello scoperto tentativo di dirottare l'attenzione dei lettori dalle sevizie inferte al ricoverato Denti, tali voci associate in particolare alla figura del dottor Pardo non producevano effetti processuali. Come avrebbero in seguito constatato gli amministratori provinciali, per altro con sollievo per il buon nome del manicomio, la verità giuridica ne usciva monca. Paradossalmente, l'aggressività verbale dei riformisti aveva giocato a loro svantaggio, favorendo

130 In realtà, la sprezzante osservazione de *La Squilla* avrebbe trovato *ex post* una controprova nell'avvicinamento che, tra collaborazione e frizioni, proprio i socialisti ufficiali e i cattolici (popolari) promuoveranno tra 1918 e 1922; vedi Genesi (1979), pp. 323-24 e Duchi (1983), pp. 77-91.

131 *Cose… da manicomio*, in *La Squilla* del 15 luglio 1916.

Pardo, perché come rileveranno i giudici d'appello ratificando il rigetto dell'istanza della difesa che reclamava l'audizione di nuovi testimoni (tra cui il direttore de *La Provincia*), l'istruttoria preliminare era stata condotta in una cornice compromessa da motivi extra-giudiziari, gravata dalla smania di alcuni di «mettere nel campo della causa certe quisquilie professionali fra taluni del personale direttivo del Manicomio, tutte cose che non potevano avere una serie influenza sulla sostanza del materiale di prova già tranquillante acquisito sul vero e limitato oggetto di questa causa penale»[132].

Presso la sezione unica del Tribunale Penale di Cremona, il 28 luglio 1916, s'iniziava allora il processo contro Eugenio Politi, di anni 48, Angelo Govetti, di anni 41, e Battista Losi di anni 53[133], infermieri incensurati ma imputati «per avere di correità fra loro il giorno 23 Aprile nel Manicomio Provinciale (…) per brutale malvagità e con sevizie, colpito con pugni in testa e colpi di tallone nella vita il ricoverato Denti Antonio producendogli diverse contusioni con ecchimosi e la frattura di una costola guaribile in giorni trenta»[134]. Le contusioni sarebbero probabilmente passate inosservate se, il giorno successivo «l'infermiere Bodini Luigi» non avesse notato «che il ricoverato Denti Antonio camminava a stento dimostrando di essere sofferente (…); interrogatolo al riguardo, il Denti gli rispondeva che nel giorno precedente era stato percosso, senza però specificare per opera di chi».

Appresa la notizia, per altro ancora sommaria, Bodini informava nel rispetto della linea gerarchica il capo infermiere Giorgio Tamarozzi, il quale, a propria volta, «riferiva la cosa al dottor Giorgio Pardo in allora funzionante da Direttore trovandosi in licenza il Dottore Professore Amadei». Convocato Denti e prescrittogli un bagno, Pardo «poteva constatare che costui aveva in varie parti del corpo delle ecchimosi ed inoltre la frattura di una costola.

132 ASCR, Deputazione Provinciale 1900-1935, b. 268, *Sentenza della Regia Corte d'Appello di Brescia, sezione penale*, del 23 novembre 1916.

133 La trascrizione integrale del processo è in ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076, *Processo verbale di dibattimento*, 28 luglio 1916.

134 ASCR, Deputazione Provinciale 1900-1935, b. 268, *Sentenza della Unica Sezione del Tribunale Penale di Cremona, n. 134 Registro Sentenze*, del 28 luglio 1916. Salvo diversa indicazione le successive citazioni sono tratte da questo documento.

Interrogatolo alla presenza del capo infermiere come pure del Bodini», Denti ribadiva quanto già detto: «nel giorno di Pasqua (…) gli infermieri Politi Eugenio e Govetti Angelo, mentre era nel cortile, senza alcun motivo l'avevano afferrato, spinto contro un corridoio, gettato a terra e quindi percosso con pugni e calci», sotto gli occhi compiacenti di un terzo infermiere, Giuliano Losi. Di fronte a tali dichiarazioni, suffragate da riscontri oggettivi, il dottor Pardo «denunciava l'accaduto ai Carabinieri, i quali alla lor volta ne riferivano alla Regia Procura».

La ricostruzione dell'accaduto da parte di Denti poneva ai collegi giudicanti un problema preliminare: quale valore probatorio attribuirle, considerandola il frutto di una mente insana? A differenza di Pardo e dei carabinieri[135] indifferenti alla questione, i giuristi italiani s'erano a lungo accapigliati sul tema, dividendosi in fazioni e scuole di pensiero contrapposte (Altavilla, 1948). All'atto pratico, i giudici cremonesi adottarono una posizione di compromesso tra l'accoglimento integrale della veridicità delle parole di Denti, e lo squalificarle a «tessuto di fantasticherie» (Tanzi 1911, p. 407), avvertendo le parti: «vuolsi considerare che se le dichiarazioni del Denti, stante la sua infermità di mente, non possono formare base sicura per un convincimento e conseguente giudizio, alle stesse però non è certo illogico attribuire quanto meno il valore di un indizio». Almeno a livello indiziario, la credibilità della vittima era indiscussa, e del resto, c'era qualcosa di tangibile a suffragare le parole: i traumi subiti da Denti erano certificati da un'accurata perizia del prof. Busacchi, primario dell'Ospedale cittadino Ugolani Dati, la quale, confermando «come veramente il Denti fosse affetto da varie ecchimosi e dalla frattura di una costola», consentiva ai giudici di sciogliere l'annoso dilemma dottrinale, poiché, concludevano, «in ordine alla generica nessuna discussione è possibile».

Alla lettera dell'istruttoria, convalidata dalla deposizione di otto testi[136], il compito della difesa si delineava arduo. La scelta del

135 *Comunicazione dei RR.CC* del 30 aprile 1916, in ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076.

136 La denuncia era sottoscritta dai seguenti testimoni: Giorgio Pardo, Bodini Luigi, Tamarozzi Giorgio, Carotti Ottorino, Botti Geremia, Carletti Andrea, Dolara Pietro e Comellini Aristide.

difensore, quell'avvocato già bersaglio degli strali de *L'Azione* migliolina (27 luglio), diveniva quindi uno snodo cruciale, che gli incriminati condivisero incaricando del compito con patrocinio gratuito[137] Luigi Marenghi.

Con tale scelta era come se *La Squilla* e *Il Lavoro* abbandonassero l'agone polemico giornalistico per scendere direttamente nell'arena giudiziaria. Marenghi era un personaggio di primo piano della scena politica locale. Socialista della prima ora, ex avvocato di fiducia de *L'Eco del popolo*, riformista e fervente interventista – alla causa del conflitto *offrirà* il sacrificio dei figli Bruno e Mario – in quei mesi collaborava regolarmente ad «entrambi i giornali, *Il Lavoro* e *La Squilla*[138].

La strategia difensiva, acclarato il maltrattamento, s'impostava riprendendo alcuni argomenti già resi pubblici dai fogli riformisti. La prontezza del dottor Pardo nel denunciare l'accaduto, come quella dell'inserviente Bodini nel riferirne al capo infermiere Tamarozzi, erano giudicate quanto meno sospette. Perché, incalzava la difesa correndo il rischio di fornire nuove notizie di reato, casi analoghi come quelli dei ricoverati Benedini e Carotti[139] – uno dei testimoni a carico dell'accusa – non avevano suscitato altrettanta ottemperanza ai regolamenti asilari, finendo nel dimenticatoio?

Insinuato tra i giudici il dubbio circa la strumentalità della denuncia, la strategia di Marenghi, consegnata alle pagine

137 In ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076, sono raccolti i certificati di povertà dei tre imputati con le relative domande di adesione al patrocinio gratuito.

138 C. Baldoli (2002), pp. 26-27: Marenghi «fu uno degli organizzatori del movimento socialista cremonese, ex avvocato de *L'Eco del popolo*, ex consigliere provinciale socialista, massone, espulso dal partito nel 1910». Vedi anche Gianni (2013).

139 Del maltrattamento del ricoverato Ottorino Carotti era stato accusato l'infermiere Govetti. Una perizia del dottor Amadio Coen di Mantova, interessante poiché censurava l'eccessivo interesse dimostrato dal direttore Amadei verso le più modeste lagnanze dei ricoverati, aveva messo in dubbio l'accaduto, che, sulla scorta di tale giudizio preliminare, s'era risolto senza alcuna conseguenza disciplinare per lo stesso Govetti. Vedi in ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076, *l'Istanza del difensore avv.to Marenghi affinché sia acquisita agli atti processuali la testimonianza del dr. Coen*, e la comunicazione del dr. Amadio Coen, in quel momento alle armi, entrambe del 20 luglio 1916.

dell'istanza presentata al tribunale il 24 luglio 1917[140], proseguiva muovendosi con accortezza lungo quattro direttrici, che solo in parte coinvolgevano il caso di specie.

In primo luogo, ancora riecheggiando spunti apparsi sulla stampa riformista, cercava di indirizzare il dibattimento verso un esame più ampio della gestione asilare degli ultimi anni. Per farlo, chiamava al cospetto dei magistrati sette testi, tra i quali il direttore Giuseppe Amadei e tre colleghi degli imputati. Questa prospettiva allargata, secondo Marenghi, doveva dimostrare come croniche carenze strutturali del servizio di vigilanza, aggravate da una direzione interinale del dottor Pardo inadeguata, fossero alla base dell'increscioso avvenimento. Precisava:

> nel manicomio di Cremona è adottato nel modo più assoluto il sistema della cura libera il quale esige che a ciascun riparto sia addetto un determinato numero di infermieri (…) con questo sistema ogni giorno avvengono colluttazioni e vere aggressioni di malati con malati e con infermieri che spesso ne riportano contusioni, graffiature ed altri gravi danni alla persona.

Al reparto agitati, luogo del presunto reato, enumerava il difensore, erano stati assegnati «sei infermieri dal Direttore Amadei, ma durante l'assenza di quest'ultimo furono diminuiti, del che il capo-riparto Politi elevò proteste (…) se vi fosse stato un numero sufficiente di infermieri il fatto lamentato del Denti non sarebbe avvenuto».

In secondo luogo, tornando ad agitare il tema della strumentalità della denuncia, la difesa presentava ai giudici il proprio convincimento in merito alle reali motivazioni che avevano condotto dai carabinieri Pardo. Questi non era stato mosso dall'ammirevole desiderio di tutelare la dignità di un folle; bensì dal gretto desiderio di danneggiare la direzione Amadei ed i suoi uomini di fiducia. Uno scopo non nuovo per il sostituto direttore, che da tempo, con malafede, aveva coltivato tra gli infermieri gelosie ed invidie, non da ultimo millantando l'imminente allontanamento di Amadei e la sua promozione a direttore titolare. Secondo Marenghi, le prove che

140 ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076, *Istanza del 24 luglio 1916 dell'avv.to Luigi Marenghi.*

deponevano per una tale lettura erano abbondanti ed evidenti. Significativamente Pardo aveva minacciato un infermiere reo di aver affermato, al cospetto della commissione di vigilanza presieduta dal prefetto, «che fatti come quelli del Denti avvengono quasi ogni giorno in manicomio (…)»[141]. Le stesse testimonianze accusatorie rese in istruttoria dai colleghi degli imputati pagavano dazio a questo disegno scellerato. Era noto non solo nell'asilo, indugiava il difensore, che

> l'infermiere Bodini (…) è nemico acerrimo dell'imputato Politi e lo accusava fra l'altro di usurpargli il posto: e il capo-infermiere Tamarozzi (altro teste d'accusa) è amico intimo del Bodini e tra questi due apertamente si complottava per mandar via Politi dal Manicomio e sostituirgli il Bodini, come infatti avvenne.

In terzo luogo, circoscrivendo il discorso alle sole risultanze mediche, Marenghi si faceva forte dei risultati di una contro-perizia di parte, richiesta dall'imputato Losi al dottor Imerio Monteverdi, presidente del comitato cremonese *Pro mutilati*, e divulgatore di un allora celebre *Manuale di 150 ricette di cucina di guerra* (Tipografia Sociale, Cremona 1916). Monteverdi, senza dubitare della perizia di Busacchi che reputava di origine traumatica le ecchimosi e la frattura riscontrate nel Denti, seminava incertezze sulla genesi della meccanica contundente, e chiedendo aiuto alla scienza, rammentava ai giudici come «da recenti studi – tra i quali notevole quello del Morselli di Genova *sulle fratture* delle coste negli alienati (…) non sia infrequente osservare una certa fragilità delle coste nei malati di qualsiasi forma mentale (…)»[142].

Infine, in quarto luogo, l'avvocato difensore, svolgendo una presentazione comparata di imputati e vittima, sollecitava i giudici a rivedere il precario orientamento dottrinale che li aveva condotti a sopravvalutare la credibilità di Denti. Ponendo l'uno accanto agli altri un povero demente e degli stimati lavoratori, paragonandone sia le reputazioni sia – sottilmente – i caratteri antropologici, Marenghi giocava la carta più importante nel tentativo di alleggerire le

141 *Ibidem.*

142 ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076, *Perizia di parte del prof. I. Monteverdi* del 04 giungo 1916.

responsabilità degli imputati, e smontare la stima indiziaria di un individuo il cui tipo costituzionale, in virtù del determinismo biologico *à la Lombroso*, lo smascherava come potenziale candidato a delinquere.

Chi era Denti?, s'interrogava con abilità retorica il difensore. E rispondeva: «È un uomo di forme erculee, violentissimo, che nell'inverno scorso ruppe la testa con una scarpa ad un ricoverato e quando vede un infermiere che sia solo lo affronta e lo aggredisce, perché vede in tutti gli infermieri e medici dei persecutori accusandoli dei più strambi reati, eccitando gli altri ricoverati contro di loro». E giudicandola un'aggravante, aggiungeva: Denti «ha una vera fobia (ripugnanza morbosa) della cella, e quando vi è rinchiuso sta dei giorni senza mangiare e fu probabilmente pel timore di esservi rinchiuso che reagì contro il Politi trascinandolo a terra».

Fronteggiavano una simile forza della natura fuori controllo, quasi indifesi, tre uomini fino ad allora irreprensibili nella vita e nella professione, di cui due, rilevava Marenghi con accenno astuto dati i sentimenti allora correnti, con considerevoli benemerenze patriottiche. «Quando la Croce Rossa di Cremona chiese infermieri per recarsi in Libia al seguito dell'esercito nazionale – precisava – le furono assegnati gli imputati Politi e Losi che emersero, specialmente il primo, per zelo e valore nella cura dei malati e dei feriti». Solo una macchinazione, ribadiva l'arringa difensiva, portava alla sbarra soggetti del genere. Una congiura i cui preparativi fervevano da tempo, talché

> a questo scopo si andavano già prima del caso Denti esumando dei fatti antichi e oltre quelli di Benedini e di Carotti anche quelli di certo Melloni, avvenuto tre anni innanzi, e di certo Fiorani avvenuto otto anni or sono, e spargendo dicerie intorno ad essi per creare un ambiente di accuse.

Circostanze queste «che il Dottor Pardo andava denunciando alla Deputazione Provinciale» venendo ogni volta smentito: sul «fatto Carotti (denunciato in istruttoria dal teste Tamarozzi) fu fatta un'inchiesta contro l'imputato Govetti, contro il quale nessuna colpa risultò»; analogamente, il «Benedini (di cui è cenno nella testimonianza Tamarozzi) non fu affatto percosso né maltrattato dal Politi».

Nel dibattimento che seguiva le deposizioni, la strategia propugnata dall'avvocato difensore era ripresa con linguaggio e abilità dialettica proprie dagli imputati Govetti e Politi, mentre Losi, che le testimonianze descrivevano defilato sulla scena del presunto reato, adottava un profilo meno combattivo. Govetti e Politi non contestavano l'evidenza delle ferite del Denti, tattica con evidenza controproducente; tuttavia, con riferimento alla contro-perizia Monteverdi e agli ultimi passaggi dell'istanza difensiva, obiettavano «che siccome in quel giorno (…) il Denti ebbe a colluttare con altri ricoverati così bene è possibile che da costoro le lesioni gli siano state inferte»[143]. Del resto, insistevano, egli non era nuovo a comportamenti violenti. Fornendo la propria versione, Politi raccontava:

nel detto mattino, avendo visto il Denti questionare con altri dementi e che inoltre cercava di sobillare costoro contro gli infermieri pronunciando altresì parole ingiuriose contro gli infermieri stessi, esso Politi lo afferrò per condurlo in cella, ma il Denti si ribellò, e quindi afferratisi, entrambi caddero a terra; accorse quasi subito l'altro infermiere Govetti il quale lo liberò dalle strette del Denti; nega quindi di avergli dati pugni e calci, non escludendo però che nella caduta possa essersi rotto la costa.

Le contusioni di Denti erano, quindi, l'esito di una zuffa precedente con altri ricoverati, a cui era seguito il capitombolo avvinghiato al Politi. Versione confermata da Govetti, il quale asseriva recisamente «di essersi limitato a separarli non percuotendo in modo qualsiasi il Denti».

Con gli interventi degli imputati si concludeva il lavoro della difesa; toccava ora ai giudici soppesare parole e testimonianze, colpe e responsabilità. Una contorta opera di equilibrismo dialettico avrebbe, allora, prodotto un verdetto che, da un lato, demoliva gli argomenti salienti della difesa, e dall'altro, «attenuando il titolo del delitto imputato»[144], derubricava il reato ascritto dall'art. 375 del

143 ASCR, Deputazione Provinciale 1900-1935, b. 268, *Sentenza della Unica Sezione del Tribunale Penale di Cremona, n. 134 Registro Sentenze*, del 28 luglio 1916.

144 ASCR, Deputazione Provinciale 1900-1935, b. 268, *Sentenza della Regia Corte d'Appello di Brescia, sezione penale*, del 23 novembre 1916.

Codice Penale, lesioni personali, al meno grave art. 390, abuso di mezzi di disciplina.

La sentenza[145], promulgata il 28 luglio, perveniva al «convincimento che realmente (…) Politi e Govetti abbiano nelle circostanze suaccennate colpito con pugni e calci il Denti (…)». A giudizio dei magistrati le dichiarazioni di Pardo e degli infermieri Bodini e Tamarozzi erano circostanziate e plausibili, comprovate dall'esame obiettivo delle lesioni accertate sul corpo della vittima. «Consta», osservavano i giudici cremonesi, che quel giorno «colluttarono bensì i ricoverati Squercia e Frosi, ma che alla colluttazione non prese parte qualsiasi il Denti»; così, «è del tutto contro verità che il Politi siasi limitato a svincolarsi dalle strette del Denti e che il Govetti lo abbia in ciò coadiuvato (…) imperocché se così fosse non saprebbesi affatto trovare la origine e la cagione delle varie ecchimosi riscontrate (…)». Era stata una mattinata carica di tensione quella, rivelavano i giudici:

> si ha la circostanza che nel detto mattino del 23 Aprile, il Denti (…) cercava di sobillare i ricoverati contro gli infermieri e per di più pronunciava parole contumeliose contro gli infermieri medesimi; laonde è di tutta verosimiglianza che il Politi e Govetti fossero contro il Denti indignati (…) e che quindi, non riuscendo a frenare il loro risentimento, abbiano trasceso ad atti di violenza contro il medesimo (…).

In questo quadro, «la prospettata tesi della legittima difesa è manifestamente infondata essendo in contrasto persino colle asserzioni degli stessi imputati».

L'esordio della sentenza non prometteva nulla di buono per la difesa. E tuttavia esso era subito compensato da un secondo paragrafo che, ammettendo il favore di attenuanti generiche relative all'imperfetta organizzazione del servizio sanitario, mitigava le responsabilità degli accusati. Innanzi tutto, motivavano i giudici, «il Denti è veramente dotato di forza più che comune, ed è assai probabile che siasi ribellato agli infermieri». In secondo luogo, «gli

145 ASCR, Deputazione Provinciale 1900-1935, b. 268, *Sentenza della Unica Sezione del Tribunale Penale di Cremona, n. 134 Registro Sentenze*, del 28 luglio 1916. Salvo diversa indicazione, le citazioni successive sono tratte da tale fonte.

infermieri di un Manicomio, così in specie di quello Provinciale di Cremona nel quale è adottato il sistema della cura libera, hanno certe facoltà disciplinari sui ricoverati, come sarebbero quelle di riprenderli, di rinchiuderli in cella ed altri». Da ultimo, «quantunque sia cosa certa che costoro ebbero a ferire Denti (…) il Tribunale non ravvisa punto nel fatto commesso gli estremi del reato di lesioni personali loro ascritto», poiché «gli imputati non furono mossi tanto dal proposito di cagionare un male fisico al Denti, quanto piuttosto quello di punirlo per il suo contegno insolente, prepotente, riottoso e sovversivo».

Prima e seconda parte della *ratio* giudiziaria confluivano, quindi, nel dispositivo finale del verdetto, il quale riconosceva «colpevoli Politi Eugenio e Govetti Angelo di abuso di mezzi di disciplina», e li condannava ad una pena di mesi due di detenzione (con la condizionale), mentre assolveva «Losi Giuliano dal reato ascrittogli per insufficienza di prove».

Indirettamente, seppur senza assegnarle peso a discolpa degli imputati, la sentenza certificava l'esistenza in seno alla manodopera manicomiale di due partiti contrapposti, di fatto avvalorando uno degli argomenti forti della difesa. Argomento altrettanto indirettamente attestato da *L'Azione* migliolina, che, appagata dal pronunciamento processuale, nell'edizione del 29 luglio rimarcava come le deposizioni degli infermieri Bodini e Tamarozzi *versus* i colleghi Govetti e Politi fossero risultate risolutive per l'erogazione delle sanzioni[146]. Si trattava di una frattura che non risparmiava la componente medica. Era ancora *L'Azione*, imperterrita nella propria personale battaglia contro Giuseppe Amadei, a darne conto ai lettori, stupendosi di come il

> Direttore toccato nella responsabilità che gravava su di lui per i fatti che avvengono nel Manicomio, preferì pure mettersi dalla parte degli accusati; donde incredibili lotte tra il dott. Amadei e il prof. Pardo, che portarono ad una querimonia continua asfissiante, mossa non tanto da serenità d'intenti quanto da animosità prevalentemente personali[147].

146 *Il processo degli infermieri al Tribunale*, in «L'Azione» del 29 luglio 1916.

147 *Dopo la condanna degli infermieri. La fine d'una gazzarra!*, in «L'Azione» del 30 luglio 1916.

Indubbiamente le dichiarazioni di Tamarozzi, Bodini e Pardo, vissute come una sorta di tradimento dai colleghi imputati, erano state decisive. Ma non meno importante processualmente si era dimostrato il ruolo di Denti, per quanto il suo ritratto fosse emerso dalla documentazione a dir poco ambivalente. Secondo un costume non così ordinario nei tribunali italiani del primo Novecento, le sue parole non erano state *a priori* rigettate, e anzi, contemplavano i giudici dell'appello, «il Denti stesso con convincente dettaglio ha costantemente e virilmente sostenuto in favorevoli momenti di lucidità di mente (…)» le ragioni dell'accusa[148]. In questo senso, l'insanità della vittima non era stata valutata un'*handicap* permanente e totalizzante, bensì un disturbo transitorio in un soggetto capace di momenti di cosciente lucidità. D'altro canto, la presa in carico delle parole di un soggetto manicomializzato, si abbinava ad un suo ritratto vòlto decisamente al negativo, dove trovava agio il più classico dei pregiudizi associati alla follia: quello della imprevedibile pericolosità. Anche per i giudici di Cremona, come per Marenghi, Denti era insolente, prepotente, riottoso, sobillatore, sovversivo, dotato di forza erculea e ribelle alla cella. Una batteria di caratteristiche comuni ai pazzi che, retroattivamente, accreditava l'antica lungimiranza del consiglio provinciale cremonese fautore di una cinta muraria asilare di ben sei metri.

Sorprendentemente, quelle di Denti non sarebbero state le uniche parole di un folle a cui i giudici furono chiamati a prestare ascolto. Pur fuori dall'ambito dibattimentale, e anticipata da una comunicazione al procuratore generale di Brescia della moglie di Denti che scongiurava l'alleggerimento della già mite condanna dei tre infermieri[149], una missiva era indirizzata il 01 ottobre 1916[150] al medesimo procuratore da Ugo Fellini, «ricoverato diciassette mesi perché affetto da follia ragionata di forma nevrastenica».

148 ASCR, Deputazione Provinciale 1900-1935, b. 268, *Sentenza della Regia Corte d'Appello di Brescia, sezione penale*, del 23 novembre 1916.

149 ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076, *Lettera di Giuseppina Benati* del 01 agosto 1916.

150 ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076, *Lettera del 01 ottobre 1916 di Fellini Ugo di Gadesco.*

Fellini, un giovane «d'anni 24, di professione Assicuratore Ramo Incendi», non era un protagonista inedito della vicenda. La lettera pubblicata anonima ne *L'Azione* del 30 luglio 1916 era di suo pugno. Ora, scrivendo da Gadesco, si riproponeva una triplice finalità: sensibilizzare i magistrati bresciani affinché «i suoi ex compagni di sventura abbiano per l'avanti un trattamento morale più umano»; ribadire la propria disponibilità a testimoniare contro gli imputati Govetti e Politi sulla scorta delle esperienze vissute in manicomio; infine, in conformità con *L'Azione* migliolina, articolare una piccata critica della sentenza di primo grado mettendo Amadei nel mirino, accusato senza giri di parole d'aver reso falsa testimonianza alla corte.

Davanti a Codesto Onorev. Tribuale – introduceva Fellini – si svolgerà a breve il processo [d'appello] a carico di due infermieri del Manicomio Provinciale di Cremona, imputati d'aver rotto con pugni e calci, per spirito di brutale malvagità una costola ad un povero alienato. Dal Tribunale di Cremona i suddetti furono (…) condannati a due mesi. La condanna a dirla francamente fu più che mite. Io dico questo perché conosco benissimo il Manicomio e gli infermieri (…) e so in che modo vengono trattati i ricoverati dagli infermieri, specialmente da questi in questione. Essi trattano gli ammalati con modi inurbani e sgarbati, danno insulti personali, per futili motivi danno pugni e calci tanto che gli alienati sono addirittura stomacati, nauseati, di simile inumano trattamento. Altri fatti consimili a quello sopra, furono verificati anche in passato ma sempre furono nascosti all'Autorità, perché gli infermieri godono stima ed appoggio dal Direttore prof. Amadei. Anche dalla deposizione dell'Amadei si comprende che voleva difendere gli infermieri, tanto che la sua deposizione sembrava un panegirico; (…) quanto disse il Direttore non rispondeva al vero (…).

Politi, Govetti e Losi, proseguiva Fellini,

> non meritano pietà, fecero soffrire per anni ed anni tanti poveri infelici che non potevano difendersi. Pensi, Ill.mo Signore al dolore che deve provare un povero infelice che da anni vive nel manicomio appartato dal mondo civile, lontano dalla famiglia e che si vede scherzato, battuto, calpestato da inumani infermieri. (…) Il Manicomio di Cremona, più che un luogo di cure umane e sapienti, è un covo di aguzzini ove si perpetrano e si nascondono delitti di brutale malvagità contro i poveri ricoverati (…).

Più del resoconto di Denti, di fatto circoscritto ad un singolo episodio, la testimonianza di prima mano di Fellini – ammessa e non concessa la veridicità – non lasciava possibilità d'equivoco circa le condizioni interne di un istituto regolarmente spacciato per esemplare. Nonostante ciò, affidata ad una missiva privata sprovvista di titolo per far parte delle carte processuali, essa non poteva avere alcuna influenza sul giudizio d'appello, così come, analogamente, la profferta d'essere ascoltato in qualità di teste restava inesaudita cozzando contro le formali procedure di legge.

Con una celerità oggi singolare, i giudici del distretto bresciano vagliavano le risultanze del I grado il 23 novembre 1916. Promosso dall'avv.to Marenghi, l'appello lamentava che, nella forma, «il Tribunale (…) ha limitato il diritto di difesa escludendo circostanze e testimonianze che avevano diretto riferimento alle origini dell'accaduto e alla credibilità di alcuni testimoni», mentre

> nel merito non ha tenuto esatto conto delle risultanze delle prove essendo stato assodato che il ricoverato Denti assalì l'infermiere Politi gettandolo a terra e tempestandolo di calci e pugni per cui il Denti è il solo responsabile dell'accaduto e i tre infermieri, non fecero che legittimamente difendersi (…)[151].

Analizzate le carte, riletto il verbale del procedimento cremonese e chiuso il «pubblico dibattimento, tenutosi in contraddittorio», i magistrati bresciani pervenivano lo stesso giorno al verdetto di II grado, decidendo per la «piena infondatezza dell'appello» e per la conferma delle condanne così come determinate dai giudici cremonesi. Per la strategia difensiva di Marenghi si trattava della seconda, irreparabile, sconfessione.

Rispetto al procedimento di Cremona, tre furono le novità emerse in appello. In primo luogo, fu possibile accertare al di là di ogni ragionevole dubbio «che il Denti riportò lesioni per via di pugni e più che tutto di colpi di calci e di tacchi di stivale a piedi calzati». In secondo luogo, i giudici bresciani, trasgredendo il tono neutrale dei

151 ASCR, Tribunale di Cremona, Procedure Penali, b. 2076, *Motivi d'appello a favore*, 29 luglio 1916.

colleghi cremonesi, non esitarono a censurare il comportamento degli imputati, rei di aver tenacemente taciuto alle superiori autorità la gravità dei fatti accaduti, e d'essersi coscientemente negati all'opera investigativa dei carabinieri facendo perdere per alcuni giorni le proprie tracce. Infine, il giudizio negativo riservato ai condannati Politi e Govetti fu esteso a Giuliano Losi, risparmiato dalla corte cremonese e assolto per insufficienza di prove. Pur avallando sostanzialmente il verdetto di I grado, il dispositivo dell'appello stigmatizzava la subdola solidarietà mostrata da Losi verso i colleghi imputati, ritenendo, in punta di diritto, come «non mancano elementi di indizi di sua corresponsabilità».

Con la pronuncia bresciana, la partita penale aveva termine. Alla lettera delle risultanze processuali, il verdetto stabiliva dei vinti e dei vincitori.

Per la difesa la derubricazione del reato da lesioni personali ad abuso di mezzi di contenzione non era risultato di poco conto; non di meno, il ricoverato Denti aveva visto riconosciute in entrambi i gradi di giudizio le proprie ragioni, e sanzionati i torti subiti con la previsione di un risarcimento.

Per Govetti e Politi, come per Losi considerando le inaspettate valutazioni dei giudici bresciani, la sentenza d'appello concretizzava il rischio del licenziamento. Eventualità presagita dalla trasmissione della sentenza al prefetto di Cremona e alla presidenza della Deputazione Provinciale per gli opportuni provvedimenti del caso. Diversamente, il dottor Pardo e gli infermieri Tamarozzi e Bodini avevano di che esser soddisfatti; le due sentenze recepivano integralmente le loro deposizioni. Alla stregua di araldi dei poveri pazzi, avevano saputo respingere le seduzioni di un malinteso corporativismo, rompendo la congiura del silenzio stesa da anni a occultare la vita interna del manicomio.

Vere o meno che fossero le lagnanze della difesa, le sentenze di fatto spianavano la strada a quei propositi che Marenghi, e prima di lui il coro della stampa riformista, avevano con insistenza smascherati come i veri moventi all'origine del caso-Denti. Dai dispositivi processuali la figura del direttore Amadei usciva incontestabilmente indebolita; non era improvvido immaginarne il pensionamento dopo decenni di servizio. Chi, a questo punto, meglio del dottor Pardo poteva raccoglierne l'eredità? Similmente, il

prevedibile allontanamento dal manicomio di Govetti, Politi e Losi facilitava la promozione di Bodini a caposezione, rinforzando nel contempo il potere informale sulla manodopera del capo-infermiere Tamarozzi, liberato dalla presenza di colleghi e di un direttore dai quali non era stimato. Tirando le somme, i propositi pubblicamente invocati da *L'azione* del 30 luglio 1916: «la fine d'una gazzarra!», e la riforma integrale della gestione asilare mediante «un provvedimento solo ed energico: casa pulita»[152], incombevano all'orizzonte.

In realtà, come gli eventi successivi avrebbero comprovato, doveva trattarsi di una vittoria di Pirro. Conclusa senza né vinti né vincitori la polemica giornalistica, ma sconfitti nelle aule giudiziarie, i riformisti partigiani di Amadei e dei tre imputati avrebbero saputo prendersi la rivincita nel Consiglio Provinciale. Solo qui, nel quadro di un evento in cui più voci e verità - almeno quelle sottratte dagli archivi all'oblio – s'intrecciavo, sovrapponevano, convalidavano e smentivano a vicenda, apparve chiara la parzialità della verità giudiziaria. Come un fiume carsico, sottratte alla ribalta della stampa e dei dibattimenti processuali, e celate ai lettori e ai cittadini cremonesi, le inchieste segrete della Deputazione in merito al pestaggio di Agostino Denti si accingevano a scrivere l'ultimo, e più importante, capitolo. Dai verdetti di I e II grado erano trascorsi solo alcuni mesi; sufficienti, però, per fare dei vincitori di oggi i detestati reprobi di domani.

Scoperte e verità inattese dalle indagini della Deputazione provinciale

L'avvocato Marenghi non era uomo da arrendersi facilmente. Piegato in tribunale, cercò la rivincita rilanciando la controversia nell'assemblea provinciale, dove, già quattro giorni dopo la lettura della sentenza d'appello, il Consiglio a voti unanimi «nominava una

152 *Dopo la condanna degli infermieri. La fine d'una gazzarra!*, in *L'Azione* del 30 luglio 1916.

commissione d'inchiesta sull'andamento del Manicomio»[153], designando tra i tre membri inquirenti quell'Alessandro Groppali giurista e filosofo intimo sodale di Marenghi.

Sottratto nuovamente al *milieu* giudiziario, il caso-Denti tornava ad avere confini più evanescenti di quelli fissati dagli articoli del codice penale, ed una permeabilità ai rapporti di potere vigenti nell'assemblea provinciale – dove i socialisti erano in minoranza – che poteva assecondare il senso di rivalsa degli estimatori de *Il Lavoro* e *La Squilla*.

L'inchiesta della commissione all'uopo nominata si svolgeva tra il dicembre del 1916 ed il marzo del 1917; i commissari procedevano mediante sopraluoghi ed ispezioni presso il manicomio, nonché raccogliendo con «imparzialità» tra la manodopera asilare ottanta testimonianze. La *Relazione* finale, presentata e discussa nella seduta consiliare del 02 aprile, corrispondeva al doppio mandato ricevuto dagli inquirenti: «indagare da un lato il funzionamento di tutti i servizi manicomiali e di accertare dall'altro le eventuali colpe e responsabilità del personale».

Rispetto al primo quesito, suscitando lo stupore del rappresentante socialista, le conclusioni risultavano estremamente positive. Contestando le testimonianze degli ex ricoverati apparse sulla stampa, oppure privatamente indirizzate al procuratore di Brescia, tali conclusioni celebravano il lavoro sinergico svolto dal 1890 dalla direzione alienistica con la Deputazione provinciale. Con una sorta di auto-elogio non irrituale, «il Manicomio di Cremona», scrivevano i commissari, «anche ad una prima visita superficiale e sommaria si impone per la grandiosità, la luminosità e la simmetrica disposizione dei padiglioni tenuti (…) in un modo così inappuntabile da rivelare subito la buona organizzazione del servizio». Entrando nel merito del giudizio, i commissari spiegavano:

> In complesso tutti i servizi (…) funzionano come un orologio di precisione (…), mentre le inefficienze, del tutto trascurabili, riguardavano aspetti non strettamente sanitari come la «azienda degli orti interni e dei laboratori, che sono

153 ASCR, Deputazione Provinciale, 1900-1935, b. 268, *Relazione della Commissione d'Inchiesta sul Manicomio Provinciale*, s.d. [aprile 1917].

quelli del sarto, del calzolaio, del falegname e dei lavori di cucina per le donne (…).

L'ultima osservazione, apparentemente innocua per i destini sanitari del manicomio, investiva al contrario una questione controversa, regolarmente dibattuta non solo a Cremona ma in ambito nazionale. Una certa nebulosità della Legge n. 36 del 1904 (e dei relativi regolamenti applicativi) in tema di formale gerarchia tra lo psichiatra direttore, l'economo (direttore amministrativo) ed il rappresentante provinciale, aveva innescato equivoci a non finire nei frenocomi. Senza voler criticare la direzione Amadei, anzi difesa a spada tratta, i commissari non di meno coglievano la palla al balzo dell'inchiesta per promuovere «nell'interesse dell'Amministrazione» un riequilibrio dei rapporti correnti nel manicomio. «Sebbene non si debba dimenticare», precisavano, «che essi servono soprattutto alla cura dei ricoverati», e «senza menomarne gli scopi terapeutici», laboratori e pratiche ergoterapiche autorizzavano un discorso da parte degli amministratori locali che andava al di là del mero aspetto finanziario, pur coinvolgendo cifre niente affatto secondarie[154]. Prosaicamente, la posta in gioco da perseguire sottraendo innanzi tutto al direttore sanitario il controllo del funzionario economo, reso responsabile solo verso i rappresentanti provinciali, era la riconquista da parte della Deputazione dell'effettiva supervisione di una vita manicomiale sfuggita di mano, per l'età e le reiterate assenze, a Giuseppe Amadei.

La strategia dei commissari era attentamente ponderata: il potere dello psichiatra direttore poteva essere rivisto, senza macchiarne la professionalità, sia sfruttando un buco della Legge Giolitti che «nemmeno lontanamente esclude l'intervento diretto dell'Economo», sia promuovendo la revisione integrale del «Regolamento di Servizio del Manicomio Provinciale», la cui stesura a Cremona risaliva all'anno dell'inaugurazione dell'istituto di Due Miglia (1890)[155].

154 Le statistiche disponibili per il 1906, per esempio, attestano che il lavoro dei ricoverati seppe produrre un utile tre volte e mezzo superiore alla cifra che l'amministrazione provinciale destinava nel bilancio preventivo alla voce «Medicinali, apparecchiature di cura ed altre spese relative».

155 In ASCR, Provincia di Cremona, Beneficenza, b. 326.

Nelle intenzioni dei commissari la riscrittura della normativa interna era il vero cavallo di Troia utile al raggiungimento dell'obiettivo. «Il primo punto che il nuovo Regolamento dovrà nel miglior modo disciplinare – dichiaravano solenni al Consiglio riunito – sarà quello che si riferisce ai rapporti tra il Direttore e l'Amministratore delegato presso il Manicomio da nominarsi dalla Deputazione provinciale». La prevedibile resistenza psichiatrica, giustificata dalla trita argomentazione che giudicava «pericoloso» per l'efficiente andamento dell'asilo «la sola ipotesi che tale Delegato [provinciale] potesse sorgere come un Direttore amministrativo con un'autorità equivalente accanto al Direttore tecnico», era da respingere *in toto*, pur a costo d'entrare in conflitto con un'imprecisa legislazione nazionale aperta a differenti interpretazioni. Al riguardo, rintuzzavano i commissari, «Il delegato [provinciale] finirà per essere, indipendentemente dalla parola della legge, nella realtà il vero trait-d'union tra la Amministrazione provinciale ed il Manicomio (…)»; la sentinella vigile dell'amministrazione provinciale all'interno delle mura asilari.

Il bilancio sostanzialmente positivo tracciato dai commissari rispondendo al primo quesito posto dagli eletti provinciali, si macchiava di un'unica pecca. Magagna dalla quale la direzione Amadei poteva ricavare grossi guai, e non del tutto inattesa per i lettori de *La Provincia* e *L'Eco* informati dal comunicato del gruppo d'infermieri avverso al Consiglio riformista della Lega degli Infermieri. La commissione d'inchiesta, infatti, ufficializzava quanto segnalato dai primi, accertando come l'organizzazione di «corsi speciali teorico-pratici per la istruzione degli infermieri», attribuita dalla normativa nazionale alla direzione sanitaria, fosse stata disattesa. «Per quanto a noi risulta», concedevano con imbarazzo gli inquirenti, «tranne qualche tentativo, questa scuola imposta dal Regolamento non ha mai funzionato, con grande danno del nostro Manicomio che avrebbe altrimenti potuto giovarsi di un corpo infermieristico più scelto e tecnicamente preparato». Con una manodopera assistenziale dalla formazione migliore, tutti i recenti guai innescati dalla vicenda Denti sarebbero stati evitati?

Senza indugiare troppo in un dubbio che, pure, doveva averli sfiorati, i commissari chiudevano la prima sezione della *Relazione*, passando a trattare il secondo quesito loro prescritto: appurare le

eventuali colpe e responsabilità del personale manicomiale nello svolgimento del lavoro quotidiano.

Un significativo preambolo, già appurato dalle certe processuali, ne introduceva le considerazioni:

> nel Manicomio provinciale di Cremona – premettevano – oltre a tutte le cause che in esso, come in ogni collettività coatta, suscitano e fanno premeditare le gelosie, le invidie, i risentimenti, gli odi, le vendette (…) si aggiunge il dissidio che, dopo un decennio di apparente concordia e stima reciproca, è scoppiato fra il Direttore [Amadei] ed il Medico Aggiunto [Pardo], e che ha avuto una ripercussione dolorosa anche nel campo degli infermieri diviso pur esso in due schiere l'una contro l'altra armata.

Quali le ragioni di tali dissidi? Erano motivi professionali e di carriera, tutto sommato comprensibili? Oppure lo strascico seguito alla rottura tra interventisti e neutralisti aveva dato fuoco alle polveri, catalizzando contrasti maturati in anni di forzata coabitazione?

Di nuovo, per quanto lambiti dai dubbi, i commissari preferivano spendere poche parole al riguardo. Maggior loquacità, invece, mostravano nella difesa di Amadei; una difesa che, tenendo conto delle risultanze istruttorie, risultava non priva di punti deboli.

> Dall'inchiesta nessun fatto specifico è emerso che potesse intaccare la sua personalità come funzionario e come uomo – sentenziavano –; peraltro, secondo il nostro giudizio il Direttore, massimamente in questi ultimi anni, un po' per l'età, un po' per le malattie che ne hanno scossa la fibra, ha mancato di esercitare una rigorosa vigilanza sul personale in genere ed in ispecie sulla condotta morale del Medico Aggiunto prof. Pardo, nonostante egli ne conoscesse i difetti e gli fossero state denunciate circostanze tali per le quali sarebbe stato in obbligo di richiamarlo al dovere, di informarne l'Amministrazione e di intensificare la propria sorveglianza allo scopo di impedire il ripetersi dei fatti lamentati.

Erano osservazioni pignole e fortemente critiche, penose per chi, a livello istituzionale, condivideva col direttore la responsabilità dell'andamento del manicomio. Sotto questa luce si spiega, forse, il cruccio degli inquirenti di tutelare comunque la professionalità di Amadei, col rammarico espresso poiché «nel nuovo Regolamento degli Impiegati e Salariati provinciali» non era «contemplata come prima punizione l'ammonizione che sarebbe stata per il Direttore la

più adeguata e giusta»[156], al contrario della inevitabile censura, comunque «la più lieve delle punizioni regolamentari».

Le preoccupazioni mostrate dai commissari al cospetto di Amadei non si replicavano, ovviamente, nei riguardi di Pardo. E tuttavia, a pesare nel loro comportamento non era solo quella prevenzione ideologica già biasimata da *L'Azione* del 27 luglio.

«Ben diversa al giudizio», scrivevano i commissari senza tema di smentita,

> è la posizione del Medico Aggiunto Prof. Giorgio Pardo, la cui figura morale esce dalle nostre scrupolose indagini così profondamente menomata da non poter suscitare anche nel giudice più benevolo il più lontano dubbio che il licenziamento che si propone non sia meritato e giusto.

Elencando nove precisi addebiti, si enumerava:

> I° – Avere il Dott. Pardo negli ultimi tempi denotata trascuratezza nelle sue funzioni (…); II° - Avere nel 1916 cercato di ingenerare nel personale del Manicomio la sensazione di una sua prossima sostituzione a Direttore del manicomio, promettendo di conseguenza miglioramenti al corpo degli infermieri e millantando credito ed influenza presso alcuni amministratori della Provincia; III° - Avere il Pardo indotto nell'ammalato Ugo Felini – [l'autore della lettera pubblicata dal quotidiano migliolino] – la convinzione che il suo trasferimento dal reparto tranquilli a quello dei semi agitati fosse dovuto ad ordine del Dott. Amadei, anziché ad ordine di esso Pardo. Avere il Pardo successivamente (…) tenuto col Felini rapporti sospetti e tali da ingenerare la convinzione che il Pardo non fosse estraneo alle pubblicazioni del Felini sopra un giornale cittadino (…); IV° - Avere il Pardo nell'esercizio delle sue funzioni visitate a scopo lascivo ammalate di sua preferenza (…) palpeggiandole (…); V° - Avere il Pardo ripetutamente attentato, in servizio, al pudore ed alla moralità di parecchie infermiere; VI° - Avere il Pardo, quale incaricato di reggere la direzione del Manicomio di Crema, omesso di adempiere alle sue funzioni (…); VII° - Avere il Pardo tenuto nella propria casa, nell'ambito del Manicomio come domestiche donne di mala affare, tra cui una assunta presso un lenone, creando così la possibilità di relazioni immorali nel capo infermiere [Tamarozzi] con essa domestica e del compiersi di atti osceni sopra un

156 La Commissione d'Inchiesta faceva riferimento a: Provincia di Cremona, *Regolamento e Pianta organica degli Impiegati e Salariati Provinciali,* Tipografia della Provincia, Cremona 1914. È da notare che proprio Barni, Groppali e Marenghi avevano già avuto modo, nel 1911, di stilare una relazione critica *Sul progetto di riforma del Regolamento e Pianta organica degli impiegati provinciali,* s.e., s.l.

ricoverato; VIII° - Avere il Pardo compiuti atti di insubordinazione verso il Dott. Rebizzi, interinalmente sostituito nella direzione del manicomio al Dott. Amadei durante il suo congedo ed avere istigato il personale di servizio a ribellarsi al Direttore interinale non ottemperando agli ordini del medesimo impartiti; IX° - Essere la figura morale del Dott. Pardo dalle risultanze in atti e da quelle di un processo per lenocinio svoltosi avanti al tribunale di Crema gravemente pregiudicata.

Oltre le appartenenze politiche, quelle addebitate al dottor Pardo erano mancanze gravissime, come deplorevole – lo si comprende ben ora – doveva apparire agli occhi dei commissari la mancata vigilanza del superiore gerarchico, Amadei. Alla lettera, le inadempienze professionali del medico aggiunto apparivano fin anche trascurabili rispetto alle altre circostanze denunciate; contingenze attinenti la sfera del diritto penale che, infine, fornivano di contenuto concreto le allusioni apparse sulla stampa riformista.

Le scoperte della Commissione d'inchiesta, vere e proprie notizie di reato, non potevano rimettere in discussione il giudicato delle sentenze delle corti di Cremona e Brescia. Del resto, ciò era lungi dai desiderata dei commissari, risolutamente silenti al riguardo. Rimaneva, però, agli atti del Consiglio provinciale che la statura morale del principale accusatore degli infermieri Politi Govetti e Losi era inconfutabilmente compromessa.

L'ora della rivincita per *La Squilla* ed *Il Lavoro* era scoccata, anche perché la caduta di Pardo trascinava con sé nella polvere le altre due figure chiave dell'accusa: il capo-infermiere Tamarozzi e l'inserviente Bodini. Il primo, già censurato come fido braccio destro del medico aggiunto, si vedeva addebitare sette capi d'accusa, tra i quali l'insubordinazione verso la direzione medica, la negligenza professionale, il furto di pollame del manicomio – «cucinato e mangiato all'interno dello Stabilimento» –, e l'intreccio di «rapporti illeciti con una domestica» del dottor Pardo «in ore notturne» con abbandono del «posto di servizio». Il secondo, nel quadro di un torbido intreccio di lettere diffamanti non firmate, dettagliate a sufficienza per avvelenare la vita manicomiale, veniva accusato di aver

insinuato nell'animo dell'infermiere Carletti il sospetto che le lettere anonime da questo ricevute fossero del collega Politi e ciò allo scopo di indurre il Carletti

stesso ad aggravare colla sua testimonianza la posizione del Politi nel processo per maltrattamenti svoltosi avanti il Regio Tribunale di Cremona.

L'elencazione di colpe minori attribuite ad altri infermieri, tra cui Andrea Pagani, per avere in concorso col Tamarozzi partecipato al furto di pollame, completava il secondo e ultimo capitolo della *Relazione* d'inchiesta segreta sul manicomio, la cui conclusione, ribadita la necessità di mirati provvedimenti migliorativi «per i servizi come per il personale», sembrava già guardare oltre la vicenda Denti ed i suoi strascichi, auspicando per l'istituto di Due Miglia un rapido ritorno al rango di manicomio esemplare «a ragion d'onore citato come modello dai tecnici più autorevoli».

Terminata la presentazione dei risultati dell'indagine, che nel campo socialista e popolare qualche brutta sorpresa doveva averla creata, era l'ora del dibattito. Naturalmente, non una sola voce si alzava a difesa di Pardo e Tamarozzi; la gravità dei riscontri a loro carico faceva della loro una causa persa. E non di meno, la discussione consigliare non era priva di asprezze e colpi di scena, uno dei quali avrebbe dato addirittura adito a nuove investigazioni della Deputazione e ad una modesta coda giudiziaria.

Il primo a prendere la parola, dichiarandosi esterrefatto per le conclusioni invero ambigue dei commissari, era Giuseppe Garibotti, figura di assoluto rilievo della politica locale[157]. *Leader* dei più autorevoli del socialismo cremonese, tra i fondatori della Camera del Lavoro e uomo di punta della prima amministrazione cittadina *rossa* (1914) allora guidata dall'operaio tipografo Attilio Botti[158], le sue erano parole che non potevano essere prese sotto sottogamba, nel bene e nel male. Infastidito, Garibotti considerava[159]:

157 Fiameni (1983), p. 51, nota 60: «Giuseppe Garibotti nacque a Cremona il 28 agosto 1865. Di orientamento democratico in gioventù, verso la metà degli anni '80 aderì al socialismo, diventando in breve tempo uno dei capi più influenti del partito socialista a Cremona. La sua attività politica iniziò nelle campagne, dove incoraggiò la costituzione di cooperative agricole e la diffusione tra i contadini dello spirito associativo. La sua azione si diresse anche verso il proletariato urbano (…). Fu anche uno dei soci fondatori della prima Camera del lavoro cremonese nel 1893. Morì a Milano il 3 gennaio 1930».

158 Vedi *L'Eco del popolo* del 21 giugno 1914.

159 *ACP 1917*, Verbale n. 4, Sessione straordinaria del 02 aprile 1917, oggetto n. 6, p. 91 e seg.

avrei avuto piacere che mi si dicesse qualche cosa intorno al funzionamento interno, non dirò scientifico, ma del funzionamento che lascia subito, a chi entra nell'istituto l'idea di essere non in un istituto di cura, ma in qualche antro dei più tristi, che ricorda le dominazioni passate.

E dopo aver invocato la pubblica attenzione del «Ministro Italiano, l'on. [Leonardo] Bianchi», neurologo di fama internazionale, ex ministro della Pubblica Istruzione (1905), in quel momento delegato all'organizzazione sanitaria del paese in guerra (giugno 1916-ottobre 1917)[160], proseguiva condannando il «sistema che giudico bestiale» riservato ai folli agitati, i cui momenti di crisi erano affrontati segregandoli «in un riparto chiuso costituito da celle» prive di tutto, dove l'ammalato era «lasciato nudo (…) per 7, 8, 10 giorni con solo un po' di paglia (…) nel lordume (…)», fino all'intervento del «luminare supremo», il medico direttore, che, solo, ne poteva disporre il ritorno alle sale comuni. Un sistema, concludeva Garibotti aggiungendo ulteriori penosi dettagli, terapeuticamente fallimentare, normativamente illegale e, non da ultimo, rovinoso per i ricoverati, al punto che in quelle stesse celle dotate di sola paglia «parecchi sono morti di polmonite».

Alla sorpresa iniziale di Garibotti, esterrefatto per le conclusioni opinabili della Commissione d'inchiesta, si contrapponeva ora lo sbigottimento non minore di alcuni consiglieri della maggioranza conservatrice del Consiglio come Boschi, Lanfranchi e Groppali, per nulla persuasi, in particolare, delle sue ultime parole. Proprio Groppali, anzi, volendo liberare subito il campo da quelle che considerava pericolose fantasie, prendeva la parola per rammentare come «per primo è stato applicato a Cremona con buon esito» il metodo del «no restraint», che escludeva se non in casi eccezionali l'incarceramento e l'isolamento di ricoverati. Inoltre, faceva eco a Groppali il consigliere Zambellini, durante l'inchiesta «si è proceduto a minute indagini, facendo interrogazioni (…) ma mai s'è

160 Leonardo Bianchi era allora collega di Leonida Bissolati – entrambi come ministri senza portafoglio – nell'esecutivo Boselli, rimasto in carica dal 18 giugno 1916 al 30 ottobre 1917.

accennato (…) al trattamento detto da Garibotti»[161], la cui denuncia, evidentemente, doveva ritenersi infondata.

In realtà, nonostante la doppia fulminea smentita, l'inattesa rivelazione riportata dal consigliere socialista – a rigore non proprio nuova: alle celle e alle lunghe reclusioni avevano pur accennato le lettere dei due ex ricoverati pubblicate da *L'Azione* – riuscì a turbare parecchio la serenità dei consiglieri provinciali, perfettamente consci del clamore che una denuncia del genere, nella quale si accennava addirittura a delle morti sospette, poteva suscitare nell'opinione pubblica e non solo.

A questo punto, oltre il contenuto della rivelazione, per degli amministratori locali che con Amadei condividevano da decenni la responsabilità della gestione del manicomio, prioritario era individuare la fonte evidentemente interna all'asilo dello *scoop*. Con quali obiettivi e da chi era stato messo sull'avviso Garibotti? Alle insistenze dei riformisti e conservatori, spalleggiati dal presidente della Deputazione provinciale Barni, il consigliere socialista però non si piegava, e anzi, dopo essersi rifiutato di fare nomi, ribadiva la plausibilità delle sue asserzioni apprese da soggetto «della maggior stima».

A fronte del caparbio silenzio di Garibotti e dell'ostinazione inquisitoriale degli avversari, la discussione minacciava di arenarsi in un muro contro muro inconcludente. Cercava di superare *l'impasse* il consigliere popolare Guido Miglioli. Con scaltrezza, il direttore de «L'Azione» proponeva un ordine del giorno basato su due punti: col primo si approvavano i lavori ed i risultati della Commissione d'inchiesta; col secondo, quasi a smentita del precedente, s'invocava un rinnovato sforzo investigativo della medesima commissione integrata, però, da due nuovi membri, uno dei quali doveva essere Garibotti.

Evidentemente, il punto 2 dell'o.d.g. Miglioli lo rendeva sospetto agli occhi dei membri della maggioranza. Irricevibile, da parte loro, lo giudicavano Groppali e Cervi. Dopo una breve sospensione dei lavori ed una nuova mediazione combinata dai consiglieri Zambellini e Miglioli, il consesso provinciale metteva ai voti un successivo

161 *ACP 1917*, Verbale n. 4, Sessione straordinaria del 02 aprile 1917, p. 93.

ordine del giorno, approvato all'unanimità nella prima parte, quella finalizzata ad approvare la *Relazione* dei commissari, e a maggioranza, con 13 voti favorevoli e 10 contrari, nella seconda, la quale «demanda alla Deputazione di immediatamente eseguire le indagini del caso e riferire al Consiglio per gli opportuni provvedimenti» in merito alle insidiose notizie recate da Garibotti.

Due settimane, e con gran lena la Deputazione si cimentava nel rinnovato mandato investigativo, ancora una volta più interessata a scoprire la gola profonda che aveva diffuso informazioni di tale gravità, che non a mettere eventualmente fine ad un abuso indegno di un istituto di cura. Muovendosi quasi a colpo sicuro, evidentemente imbeccati, il 19 aprile 1917 il Commendator Alberto Barni, presidente della Deputazione, e il segretario generale dell'amministrazione, l'avvocato Alessandro Quadri, convocavano l'infermiere Luigi Bodini. Per l'evoluzione della vicenda, l'audizione del teste dell'accusa al processo cremonese[162] doveva rivelarsi un passaggio importante. Le ammissioni di Bodini permettevano, infatti, di alzare il velo sulle strategie manifeste oppure dissimulate dei protagonisti degli eventi, da un lato rivelandone l'affannosa ricerca di protettori altolocati, dall'altro smascherandone l'intreccio di relazioni clientelari intessute nei giorni seguenti la denuncia del dottor Pardo ai carabinieri. Dopo le polemiche a mezzo stampa, le sentenze della magistratura e la relazione della commissione d'inchiesta, un quarto tassello nella narrazione del caso-Denti andava articolandosi, destinato a restare sconosciuto per un secolo al pubblico cremonese.

Incalzato: «Precedentemente alla seduta del 02 Aprile ha avuto dei colloqui con qualche Consigliere Provinciale?», chiedeva perentorio Barni, Bodini raccontava come prima della seduta del Consiglio provinciale dedicata all'esame della *Relazione* dell'inchiesta, mentre l'infermiere Miglioli chiedeva sostegno all'omonimo direttore de *L'Azione*, lui e Pagani avessero cercato protezione presso il commissario Groppali. Qui, probabilmente indispettiti dalla freddezza del politico riformista, e dopo esser stati informati delle punizioni che si pensava d'infliggere loro, avevano deciso di giocare

162 ASCR, Deputazione Provinciale, 1900-1935, b. 265, verbale del 19 aprile 1917.

una seconda carta, cercando una copertura politica non solo tra la maggioranza degli eletti provinciali, ma anche e soprattutto tra i consiglieri di minoranza. Per tali motivi, erano corsi «a raccomandarsi anche dal Consigliere Garibotti». Illustrava Bodini:

> Il I° Aprile domenica, andammo in Comune dal Consigliere Garibotti. (…) Avevamo con noi una carta del Capo infermiere [Tamarozzi] che ci dette l'infermiere Miglioli e su cui erano segnati i colloqui avuti dal Dottor Amadei e dal Dottor Rebizzi coi vari infermieri durante l'inchiesta. Il Tamarozzi sapeva che noi andavamo dal Consigliere Garibotti perché parlò di un suo colloquio con l'On. Miglioli, Pardo, Piva e Sasdelli.

Gli stessi nomi divulgati a suo tempo dalla stampa riformista come *fiancheggiatori* del Pardo, tornavano ora nella deposizione di Bodini, astuto abbastanza nell'occasione per bilanciare le prime ammissioni fatte – le quali andavano a scapito degli accusatori di Politi Govetti e Losi – con la rivelazione a tutto svantaggio della difesa di un'inedita circostanza al limite del lecito.

I dottori Amadei e Rebizzi, cioè il vecchio ed il nuovo direttore, forse volendo condizionare le testimonianze che il personale asilare si apprestava a rendere ai commissari provinciali, avevano accolto nei loro studi una lunga processione d'infermieri, ascoltati con colloqui individuali. Colloqui non sfuggiti all'attenzione del capo Tamarozzi, che aveva puntualmente registrato i nominativi degli interrogati ed informato il dottor Pardo, Guido Miglioli e l'esponente socialista Sasdelli dell'accaduto. Con tale lista, passata loro direttamente da Tamarozzi, Bodini e Pagani s'erano presentati a Giuseppe Garibotti, per altro per nulla sorpreso da una notizia di cui era già al corrente. Del resto, supponeva Bodini ad una precisa domanda di Barni, lo stesso dottor Pardo «per confessione diretta», e ben prima di lui e Pagani, «era stato a conferire col Consigliere Garibotti».

Davanti agli occhi di Barni e Quadri lo scenario complesso ed ambiguo, in parte già presagito dalla stampa, circa le ambigue relazioni intercorse tra medici, infermieri ed eletti provinciali, si delineava in tutta la sua estensione. Eppure, diplomaticamente, l'argomento non sollecitava per nulla la curiosità dei due inquirenti, il cui obiettivo restava quello di scoprire la *talpa* interna al

frenocomio che aveva informato Garibotti delle celle buie e fredde dov'erano segregati per giorni i pazzi agitati.

L'obiettivo sarebbe stato presto raggiunto. «Al Consigliere Garibotti», proseguiva nella deposizione Bodini

> chiedemmo che ci appoggiasse in Consiglio per farci diminuire le punizioni. Il Consigliere Garibotti spontaneamente ci chiese se era vero che in Manicomio si mettono i malati sulla paglia. Noi rispondemmo che era vero. (…) Ci chiese poi se le celle erano calde o fredde. E noi rispondemmo che si cercava di mettere i malati nelle celle centrali che sono le più riscaldate. (…) Ci chiese se tale trattamento non portava conseguenze nocive ai malati. Io risposi che noi non potevamo giudicarlo. Che però quest'inverno ne erano morti 1 o 2 dopo esser stati sulla paglia (…).

L'arcano sembrava svelato. Un Garibotti già messo sull'avviso – da chi, dal dottor Pardo? – aveva tratto dalle parole di Bodini la conferma che, effettivamente, in quel primo difficile inverno di guerra, delle celle fredde e buie, dotate di sola stoppia, avevano accolto dei folli agitati successivamente ammalatisi di polmonite e bronchite, e forse, in ragione di tali malesseri, deceduti.

Volgendo al termine, l'interrogatorio di Bodini smascherava le fonti di Garibotti, confortando l'opinione di chi, nel consiglio provinciale, ne aveva da tempo sospettato le improprie relazioni con una parte della manodopera manicomiale. E tuttavia, una successiva notizia riferita da Bodini, produceva un'amara sorpresa in Barni e Quadri, sgretolando uno dei punti fermi sostenuti a spada tratta dalla commissione d'inchiesta. La celebrata e salvaguardata professionalità di Giuseppe Amadei vacillò irrimediabilmente allorché Bodini, spontaneamente non meno che maliziosamente, riteneva *en passant* di dover «aggiungere che quando era Direttore Amadei si cercava di non far vedere alle Commissioni o ad estranei, malati sulla paglia. E ricordo che più di una volta», nell'imminenza delle ispezioni della commissione prefettizia di vigilanza sui manicomi, «ricevetti ordine di togliere il malato dalla cella e la paglia da questa».

L'audizione Bodini chiariva, quindi, i dubbi ancora sospesi. A questo punto, era ora di tornare al Consiglio Provinciale per mettere fine alle vicende di un anno vissuto pericolosamente dal manicomio modello cremonese. Le tensioni ed i conflitti precedenti, nel clima di

stanchezza che toccava ormai i consiglieri di ogni colore, si scioglievano. Un faticoso lavoro di mediazione portava al compromesso finale, riassunto in un ordine del giorno stilato da Guido Miglioli e approvato nelle sedute segrete del 23 e del 27 aprile[163].

L'o.d.g. Miglioli fissava le punizioni definitive a carico degli infermieri Tamarozzi, Bodini e Pagani, lasciando per ora a margine il caso-Pardo; tali provvedimenti si aggiungevano all'allontanamento dal manicomio degli infermieri Politi, Losi e Govetti determinati in seguito alla sentenza della corte d'appello di Brescia. Per Giorgio Tamarozzi, capo infermiere e previo il parere del consiglio di disciplina dell'amministrazione provinciale[164], si stabiliva l'immediato licenziamento; per l'infermiere Luigi Bodini, il cui interrogatorio aveva aiutato Barni e Quadri a sbrogliare la matassa delle dicerie incontrollate, si decretava «la sospensione dal salario per venti giorni con obbligo di prestar servizio». Stesso castigo per l'altro infermiere, Andrea Pagani, con la sospensione dal salario fissata però a trenta giorni.

Non senza qualche imprevisto modesto screzio con la minoranza socialista, nella seduta del 30 aprile dell'assemblea provinciale, la commissione d'inchiesta tracciava il bilancio finale delle indagini svolte. Con un sottile gioco dialettico, i commissari, impossibilitati a dichiarare falsa la notizia riferita da Garibotti, si dichiaravano purtuttavia convinti che «il sistema» delle celle e della paglia «sia applicato in casi rarissimi, non per lungo tempo», così che «nulla di riprovevole siasi fatto coll'adottare questo sistema». Certo, riconoscevano accertando le mancanze del direttore Amadei, «il personale del manicomio è deficiente» per istruzione generale e professionale; e non di meno, rimarcava Barni, «di fronte a questi risultati» dell'indagine il collega Garibotti doveva «ammettere che altra persona abbia dipinto con neri colori, una situazione che non è vera». Infine, concludendo, avvertiva: «mi auguro che per un po' di tempo non si facciano ulteriori discussioni sul Manicomio (…).

163 ASCR, Deputazione Provinciale, 1900-1935, b. 266, Estratto del verbale n. 17 delle deliberazioni adottate nella adunanza del 27 aprile 1917.

164 *ACP 1918*, pp. 128-29.

Questa raccomandazione la faccio per il bene dell'Amministrazione (…)».

Ovviamente Garibotti, chiamato in causa, non si lasciava sfuggire l'occasione per mettere alla berlina le debolezze insite nel discorso del presidente della Deputazione. Dichiarare «non vera» una situazione ampiamente suffragata dalla testimonianza di Bodini, che Barni doveva conoscere alla lettera per averla raccolta, era sconcertante; come inammissibile era la raccomandazione finale, al punto che il consigliere socialista, con ironia, fingeva: «non ho afferrato bene le conclusioni del Presidente che ha invocato che non si discuta per un po' di tempo e non si facciano ulteriori affermazioni intorno al manicomio (…)»[165].

Non sarebbe servito fingere, né chiedere ulteriori spiegazioni. Quello auspicato dal presidente della Deputazione provinciale sarebbe stato, infatti, il destino toccato in sorte al manicomio ed ai suoi ricoverati negli anni a seguire. Un pesante silenzio, mai più scalfitto dalla stampa o dalle polemiche politiche, doveva calare su un'istituzione che dal giorno della denuncia del medico aggiunto dottor Pardo, il 24 aprile 1916, e fino al 30 aprile 1917 aveva vissuto pericolosamente di una non desiderata notorietà.

Un epilogo *à la Sc'vèik*

Se il dibattito tra i consiglieri provinciali che aveva accompagnato, tra 1861 e 1890, la scelta di edificare il nuovo manicomio in località Due Miglia, aveva offerto spunti kafkiani tra decisioni irrevocabilmente prese e repentini ripensamenti, analogamente l'epilogo del caso-Denti poteva degnamente richiamare alla memoria un altro protagonista della letteratura ceca, quel buon soldato Sc'vèik figlio della penna irriverente di Jaroslav Hašek.

Sommandosi, le sentenze penali nonché i provvedimenti promossi dal consiglio provinciale comportavano lo stravolgimento della

165 *ACP 1917*, Sessione straordinaria del 30 aprile 1917, *Commissione d'indagine sul manicomio*, pp. 152-56.

manodopera asilare. Quattro infermieri erano costretti alle dimissioni, mentre un'altra decina di custodi ed inservienti era raggiunta da sanzioni amministrative di un certo rilievo.

Il rivolgimento della manodopera non si sarebbe limitato, però, ai ruoli inferiori; come quella infermieristica, anche la componente psichiatrica vedeva il proprio organigramma mutare. Il 06 marzo 1917, prima ancora della chiusura delle indagini, e dopo oltre trent'anni di direzione macchiata al crepuscolo, Giuseppe Amadei chiedeva il collocamento a riposo, motivandolo con i raggiunti limiti di età previsti dalla legge nazionale. La domanda, in fondo tacitamente attesa dagli amministratori locali, era accolta il 23 aprile[166]. Comunicando le dimissioni dell'ex allievo di Lombroso al prefetto, portavoce delle preoccupazioni del Ministero dell'Interno desideroso «da ultimo [di] avere ragguagli» sulla vicenda, il presidente Barni notificava: Amadei «ne aveva il diritto, e (…) le condizioni sue di salute (…) erano tali da non consentirgli di continuare a prestar servizio»[167]. Non una sola parola, nella presente come nelle successive comunicazioni scambiate, informava prefettura e ministero delle gravi negligenze riscontrate negli ultimi anni della sua direzione. Il mancato rispetto della normativa nazionale in merito ai corsi d'istruzione del personale, la scarsa vigilanza sui sottoposti, e l'occultamento alla commissione di vigilanza prefettizia delle reali condizioni di custodia dei folli agitati sarebbero rimaste pagine ignote ai funzionari dello Stato.

Il ritiro di Amadei esemplificava, nella sua trasposizione cremonese, il declino di una fulgida stagione della storia psichiatrica e culturale nazionale. Al di là dei gravi motivi contingenti a monte del pensionamento, la parabola dell'alienista nato a Cavriana si prestava a rappresentare la traiettoria del positivismo medico antropologico, sorto alla metà dell'Ottocento ricco di speranze scientifiche e umanitarie, e tramontato sotto il peso delle contraddizioni (non solo terapeutiche) che si dimostrò incapace di fronteggiare. Per gli stessi notabili cremonesi, in un'Italia segnata

166 ACP 1917, Sessione straordinaria del 23 aprile 1917, Verbale n. 5, pp. 114-15.

167 ASCR, Deputazione Provinciale, 1900-1935, *Comunicazione relativa la visita della Commissione di vigilanza*, del 14 giugno 1917.

dall'ascesa del neoidealismo e da spinte irrazionalistiche assecondate dal clima bellico, la figura del vecchio alienista lombrosiano e socialista non marxista doveva apparire con i tratti del sopravvissuto di una temperie culturale cronologicamente prossima, eppure per mentalità e concetti lontana. Certo, vissuto dalla prospettiva di Amadei, tale epilogo dopo decenni di fruttuosa collaborazione con i maggiorenti locali, lasciava un'amara insofferenza. Sentimento espresso pochi mesi dopo le dimissioni, allorquando, ricevuta dagli uffici della Provincia una fredda ingiunzione a restituire al manicomio i volumi che componevano la cosiddetta *biblioteca dei mattoidi italiani*[168], Amadei, con tono seccato, rivendicava la legittima proprietà dei tomi frutto di «un grosso dono del prof. Lombroso» [169].

Erede *pro tempore* di un acciaccato Amadei, Renato Rebizzi era confermato nel ruolo di direttore con la fine del 1917[170]. L'alba della sua carriera cremonese, dopo una precedente esperienza a Castiglione delle Stiviere, mostrava come la battaglia impegnata dai consiglieri provinciali contro lo strapotere psichiatrico all'interno dell'asilo potesse considerarsi vinta. I primi atti di un arrendevole neo-direttore recepivano con acquiescenza tutti i *desiderata* della Deputazione. Emblematico al riguardo il giudizio espresso in merito al cronico problema del sovraffollamento, e alla conseguente carenza di personale medico e infermieristico. Rispetto ad un inconveniente a lui ben noto, Rebizzi assicurava con dubbio zelo la Deputazione circa l'inopportunità di nuove assunzioni, giustificando la sorprendente opinione col desiderio di evitare «una scelta affrettata». Inoltre, dopo aver garantito il suo personale impegno per «la ricerca della massima avvedutezza dal lato economico» – musica per le orecchie degli amministratori cremonesi! – soggiungeva: «è un fatto che, sia pure con sacrifizio personale dei due soli sanitari attualmente in servizio» e delle «guardie» costrette ad un «gravoso orario»,

168 Oggi tale collezione di testi è conservata presso la Biblioteca Classense di Ravenna nel *Fondo Amadei.*

169 ASCR, Deputazione Provinciale, 1900-1935, Lettera di Giuseppe Amadei del 09 luglio 1917.

170 Vedi il necrologio di *Renato Rebizzi (1879-1942)*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», LXVI, 1942, p. 187.

non solo qui è assicurato un andamento regolare al Manicomio; ma anche un certo progresso, un certo rimodernamento (…). In otto mesi nessun inconveniente, neppur minimo, si è dovuto lamentare, non ostante che l'ambiente fosse irto di lotte e di difficoltà d'ogni genere. Varie inchieste qui sono state condotte; ma tutte riguardo ad avvenimenti d'un tempo che ormai è trascorso per sempre e posso assicurare che si sono avute le più lusinghiere attestazioni di soddisfacimento sul modo come funziona oggi l'istituto, dall'On. Commissione d'Inchiesta Consiliare, dall'On. Commissione di Vigilanza e dall'On. Sig. Procuratore del Re, quando visitarono l'Istituto[171].

Del resto, terminava Rebizzi, anche l'allarme suscitato dalle rivelazioni del consigliere Garibotti non aveva generato alcuno strascico. In forza di notizie confidenziali, egli poteva con solerzia avvertire il presidente della Deputazione

che l'inchiesta condotta dalla R. Procura di Cremona sulle accuse che riguardavano il trattamento dei ricoverati in cella, ha avuto esito favorevole. Sono, infatti, informato che il Sig. Giudice Istruttore, su proposta del Pubblico Ministero, ha dichiarato il non farsi luogo a procedere perché i fatti denunciati non costituiscono reato[172].

Sgombrato il campo da ogni pur minima autocritica, il manicomio cremonese tornava a quel ruolo di asilo modello che tanta retorica aveva alimentato.

Tra i medici restava, infine, la figura del dottor Giorgio Pardo, certamente la più controversa della vicenda. Chi era e a cosa aveva mirato il clinico toscano denunciando il pestaggio del ricoverato Denti? Fino a che punto era credibile come garante dei diritti di un pazzo l'imputato di un processo a Crema per lenocinio, nonché il colpevole di comportamenti penalmente rilevanti verso le infermiere e le ricoverate più attraenti?

171 ASCR, Deputazione Provinciale, 1900-1935, b. 268, *Comunicazione della Direzione del Manicomio Provinciale di Cremona al Sig. Presidente della Deputazione Provinciale*, del 01 giugno 1917.

172 ASCR, Deputazione Provinciale, 1900-1935, b. 265, *Comunicazione di Renato Rebizzi al Presidente della Deputazione provinciale di Cremona*, del 29 maggio 1917.

Analogamente a Giuseppe Amadei, prima ancora del termine delle indagini, il 16 febbraio 1917 Pardo inoltrava al Consiglio provinciale domanda di dimissioni, «considerando in questi momenti un mio dovere prestare servizio come medico nel nostro esercito»[173]. L'istanza era accolta il 30 marzo, e meno di un mese dopo l'ex medico aggiunto lasciava Cremona per Viareggio. Trasmettendo al prefetto copia integrale della *Relazione* della Commissione segreta d'inchiesta sul manicomio, il presidente della Deputazione affermava: «il Superiore Ministero [dell'Interno] potrà trarre elementi per giudicare se, dopo le emergenze dell'inchiesta medesima era possibile all'Amministrazione continuare a mantenere in servizio un sanitario di siffatta condotta morale (…)»[174].

Mentre, a differenza dell'episodio Amadei, i funzionari dello Stato furono puntualmente informati delle colpe ascritte a Pardo, nulla di tutto ciò sarebbe filtrato a livello pubblico, anche se, prevedibilmente, queste dovevano essere un segreto di Pulcinella nelle redazioni dei giornali. In definitiva, era un'ironia della storia quella che, perfida, aveva convinto lo stesso Pardo, l'amico dei socialisti neutralisti, a giustificare le proprie dimissioni col dovere di prestare servizio nell'esercito in guerra.

Da ultimi, e non solo metaforicamente, restavano i malati. La vittima del pestaggio, Antonio Denti, dopo il processo svaniva dai gironi della storia manicomiale cremonese[175]. L'ex ricoverato Fellini tornava, invece, da uomo libero all'attenzione dei deputati locali, presentandosi alle porte del manicomio reclamando quel repertorio di articoli – impropriamente detto «libro» – da lui raccolto nei mesi in cui lo scandalo infuriava sulla carta stampata cremonese. Intenzione vana: come raccontava il solito indefesso neodirettore al presidente della Deputazione il 7 giugno 1918, giustificando un abuso con la lingua della scienza,

173 *ACP 1917*, p. 113, *Presentazione delle dimissioni del medico aggiunto del manicomio Provinciale di Cremona Sig. prof. Dott. Giorgio Pardo. Deliberazioni relative.*

174 ASCR, Deputazione provinciale, 1900-1935, *Visita della Commissione di vigilanza*, del 14 giugno 1917.

175 La documentazione manicomiale conservata presso l'ASCR sembrerebbe non conservare traccia né della cartella clinica di Agostino Denti, né di quella di Ugo Fellini.

l'ex ricoverato Fellini è venuto più volte a questo Ufficio negli ultimi tempi per ritirare il libro (…) ma io l'ho sempre consigliato di attendere perché ho rilevato che è in una fase di grave morbosità con allucinazioni e idee deliranti che si riferiscono all'istituto;

idee «da cui è ossessionato come era allorquando subiva la suggestione di nemici dell'Istituto»[176].

Infine, ultimi tra gli ultimi, restavano gli anonimi compagni di sventura di Denti e Fellini, quegli uomini e quelle donne che, quotidianamente, continuavano ad esperire sulla propria pelle le dure condizioni di vita del manicomio. La breve parentesi del pubblico scandalo non aveva mutato la situazione; anzi, il desiderio di normalizzazione del direttore Rebizzi e degli amministratori aveva rapidamente prevalso sulle pur timide richieste di una riforma. Prevalso a tal punto che, con un certo sconcerto, si leggono oggi le memorie di Giorgio Taraschi, giovane direttore dell'ospedale psichiatrico approdato a Due miglia alla metà degli anni '60. Prendendo servizio dopo dodici anni trascorsi a Pavia come assistente universitario della cattedra di Clinica neuropatologica, Taraschi scopriva che

i due reparti, una volta riservati agli *Agitati*, ora si potevano meglio definire degli *Emarginati*. Gli ospiti non erano necessariamente i malati più agitati e aggressivi, ma quelli che non era possibile *governare* secondo i canoni tradizionali della vita manicomiale. Molte camerette non avevano letti e i pazienti dormivano su mucchi di paglia immersi nei loro escrementi. La parte liquida e il residuo del lavaggio quotidiano venivano spinti fuori attraverso una fessura nel muro della stanza. I soggetti più irrequieti venivano fissati al letto applicando ai polsi delle catene con lucchetti non dissimili da quelli usati nelle stalle per i vitelli. Il mio reparto di Pavia mi appariva in confronto la *suite* di un *Grand Hotel*. Tale fu il mio sbigottimento di fronte a un simile spettacolo, che il mio primo provvedimento di direttore fu quello di eliminare la paglia (Taraschi 2002, pp. 18-19).

A cominciare da Chiarugi e Pinel, pare che all'inizio di ogni narrazione che descriva inedite avventure o nuove carriere psichiatriche debba, giocoforza, reiterarsi un preteso gesto di

176 ASCR, Deputazione Provinciale, 1900-1935, b. 266, *Comunicazione di Renato Rebizzi alla Deputazione Provinciale*, del 07 giugno 1918.

liberazione. Un gesto rituale di rottura col passato che spezzi le catene dei folli, oppure, come nel caso in questione, li liberi dalle celle e dalla paglia. Ciò premesso, non ci sono valide ragioni per non credere alle parole di Taraschi. Celle, polsini di contenimento e paglia appartenevano alle tradizionali modalità di governo della follia *agitata*. Tornando a quel difficile 1917, lo giustificava al prefetto cremonese anche un luminare della psichiatria: Giuseppe Antonini. Chiamato per un consulto, Antonini, pur rigettando tale metodo «non perché improprio, ma per ragioni estetiche e per l'impressione che poteva fare sui profani», ricordava come «il sistema della paglia non è adoperato solo nel Manicomio di Cremona, ma è generalizzato dal 1905, dopo la legge che riduce i sistemi coercitivi»[177]. Per il direttore del manicomio milanese di Mombello l'adozione del *no restraint* aveva favorito, per l'ennesima bizzarria della storia, la diffusione della segregazione cellulare, e Cremona non faceva eccezione nel panorama nazionale. Eppure, turba scoprire grazie a Taraschi uno spaccato asilare dei primi anni '60 in cui è ancora vitale un sistema di gestione della pazzia acuta già mezzo secolo prima tre volte stigmatizzato: dalla denuncia dell'ex ricoverato Fellini, dalla testimonianza dell'infermiere Bodini, e dalle dichiarazioni del consigliere socialista Garibotti. Un arco di tempo, con tutta evidenza, non sufficientemente lungo per rischiarare l'abisso che continuava a separare la dolorosa quotidianità dei folli cremonesi dalla sbandierata retorica del *loro* manicomio modello.

177 *ACP 1917*, Sessione straordinaria del 30 aprile 1917, *Commissione d'indagine sul manicomio*, p. 152.

Parte II

Follia e altro

Work in psychiatry in the First World War – between therapy and economy

di *Felicitas Söhner*

Work and institutional psychiatry

In many respects, work plays a central role for understanding psychiatry and its history. The study of the role of «work» provides an insight into relationships of economic, social factors, therapeutic procedure and cultural patterns of interpretations.

Work as therapeutic treatment played a special role in the scientific debate since the end of the 19th century (Beddies, 2013). The socio-economic wraps of the industrialisation meant social changes, changed forms of life and life- and work-rhythms (Ankele, 2009). The related social discourse was reflected in the journalistic bestseller of Karl Bücher *Arbeit und Rhythmus* (work and rhythm) which was published within six editions between 1896 and 1924 (Baxmann *et al*., 2009). Ergotherapy in psychiatric care gained an important position among psychiatric treatments (Merguet, 1961**)**. The implementation of work activities in mental hospitals was motivated by many reasons: as an act of necessity regarding the occupancy situation, as therapeutic conviction, for disciplining and/or for economic aspects (Reker, 2012). Contemporary psychiatrists expressed that the activity of the patients impacted favourably on their attention, motor skills and self-esteem (Tramer, 1928).

This article is based on a former published contribution (Söhner, 2018). Aim is to look at the connection between economic and socio-political circumstances, using the example of patient work. These interrelations were obvious in the institutions, manifested in the

internal and external communication of the asylum management and reflected in the perception and action of the patients. The focus is on the period between 1914 and 1918. This contribution considers the questions exemplary on the situation of the Bavarian mental hospitals Günzburg and Kaufbeuren.

Historical Developments

As in Söhner 2018 mentioned the psychiatric care between 1890 and 1910 was considerably influenced by the emergence of new economic and industrial concepts and an increasing importance of values like ‘efficiency’ and ‘speed’. The associated rationalisation, standardisation and centralisation, also in mental hospitals, became noticeably by a growing emphasis on therapeutic speed and efficiency (Lerner, 2009). Simultaneously, less focus was put on the individual’s welfare but rather on the welfare of the community. The individual was categorised according to their benefit or detriment for the national community (Ankele, 2009).

While at the turn of the century, bed treatment and bath treatment were central therapies in psychiatric institutions (Ankele, 2008), work treatment has been increasingly discussed and used as a therapeutic tool – the former director of the Bavarian asylum Gabersee, Karl Dees, classified work as a mean of education (Karl O. Dees cit. in Ankele, 2009). The employment should tire the mind and body of the sick person, divert him from illness and give the patient a meaningful activity (Ankele & Brinkschulte, 2015). Nevertheless the therapeutic benefit of work the asylums saw also an economic need, to utilise labour of the inhabitants, especially in the agricultural farms of the asylums (Neuner, 2011). The services provided by the patients should make the institutions less dependent on government support and enable an independent supply (Ankele & Brinkschulte, 2015). Not least, work was used by the medical and nursing staff as means of disciplining patients. In this context, award and punishment played an essential role (Ankele, 2009).

Even before the beginning of war, the care for mentally ill and disabled people aimed to the restoration of working power, such as in

a speech on the occasion of the opening of the Berlin-Brandenburg sanatorium 1909:

> Then joyful and productive work replaces enforced idleness which is the best thing for the people. Medical art makes cripples, incapable for any form of occupation, to people with blessed half or full force (Cit in. Osten, 2012, p. 88).

Already on the International Congress for Psychiatric Care between 26 and 30 September 1906 in Milan, scientists dealt intensively with alternative forms of psychiatric care (Ferrari 1906: 7). This conference regarded itself as a continuation of the International Congress in Antwerp (1902) (Ireland, 1907); as German representatives, Alfred Hoche (Freiburg) und Konrad Alt (Uchtspringe) belonged to the "Commission Internationale de Propagande" (Ferrari, 1906). In his contribution on the development of psychiatric care in different countries, Konrad Alt talked about extramural medical care. The look beyond borders encouraged the German psychiatrists to open for alternatives to the traditional restrictive approach in psychiatric care (Plezko, 2011; Blasius, 2001). Much attention has been paid to the family care. This alternative concept and other alternative form of working within the psychiatric care aimed to enhance the work ability of patients. The hope was that mental hospitals could be significantly relieved thereof considering the massive increase of treatment cases (Ireland, 1907). These proposals were followed by reform-orientated expert colleagues. The director of the Bavarian asylum Kaufbeuren, Alfred Prinzing, was concerned about reform topics and established open care and work therapy (Ireland, 1907). In the annual report of 1906 he reached back to the reports of Konrad Alt from the Milan congress (ABKK Annual report, 1906; Ferrari, 1906).

For the psychiatric care, First World War marked a break when psychiatrists developed new therapeutic concepts in the treatment of "war neurotics", the so-called 'Kriegszitterer'; primarily, this generated a spirit of optimism (Schmuhl & Roelcke, 2013). In addition, the outbreak of the war meant a considerable short-term increase of socio-political relevance (Halling *et al,*. 2007). As

experts, psychiatrists decided on acknowledgement of war traumas and persistent war-related sufferings (Seidel, 2014).

The war changed the conditions of supplying psychiatric institutions; in Bavaria this shift became noticeable as well. With continuing warfare, increasing bottlenecks were experienced (Graf *et al.*, 2014; Schiegg, 2015). In addition to the shortage of food, there was a lack of almost all the other supplies like warm water, heating fuel and other. Several tens of thousands of the inhabitants died in consequence of starvation, the so-called 'Hungersterben' (Schmiedebach, 2016). Mentally ill individuals were at the end of the food chain.

The military mobilisation from August 1914 caused dramatic staff shortages in the institutions. For the South German asylum Zwiefalten, Müller *et al.* described a lack of «three quarters of all warders…» (Müller *et al.*, 2015, p. 64) within a few days; also the annual report of 1915 of asylum Kaufbeuren mentioned a «war-related lack of personnel»[178]. In the course of the war, an increasing number of soldiers died intensified the shortage of staff. In particular, this affected the medical and nursing staff as well as workshops and farmsteads. Günzburg's annual report of 1915/16 stated:

> …it has been exceptionally difficult to get experienced staff … carpenters, tailors were not available, so that war-invalids and patients had to work without professional supervision[179].

Also the planning of industry and the initial expectation of a short endurance of war heightened the civil labour requirements. Against the background of a maximum productivity, even the labour of mentally ill and war-disabled persons «should be harnessed»[180]. Thus in time of war, methods of treatment that encouraged patients to work were increasingly popular. Around 1915, «war neurotics» were deployed in agricultural and forest work in the Southwest of Germany. In addition to the economic use and autarkic aspirations of

178 ABKK BKH-A III/50; ABKG Chronicle Resch to 1915.

179 ABKG Annual report Günzburg 1915/16: 28.

180 BayHStM Decree 14.05.1917; Decree of the Prussian war ministry, 18.04.1917 cit. in. Neuner 2011: 60f.

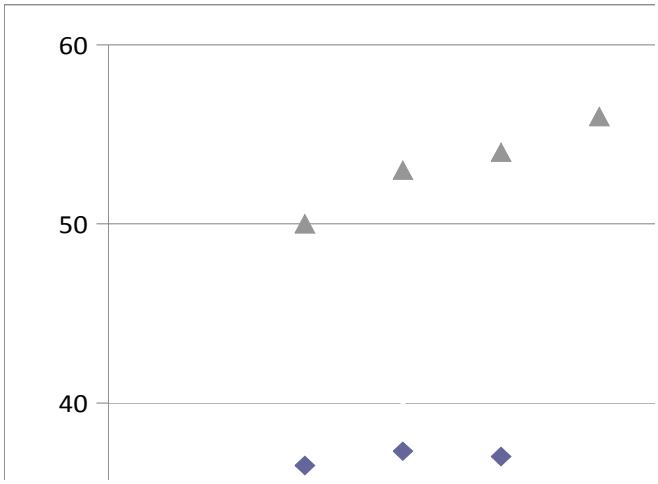
the asylums, it was hoped that these activities would counteract in a natural way with the symptoms and lead to convalescence and recovery of military suitability (Lerner, 2009).

At the beginning of the year 1916, a new legislation for the poor was signed in Bavaria; from that time on, welfare organisations had the right to urge support for adequate work[181]. According to a circular of a Bavarian Sanitary Inspectorate, army members could be placed in mental hospitals if they were «harmless, wiling patients» and they could be engaged in farming, forestry or according to their job qualification[182]. The governmental officials allowed providing up to 20 patients as substitutes for agricultural work for the nearby population, but attention was being paid to a lack of personal resilience of the mentally ill as well as to their characteristics due to their illness[183]. The patients were deployed in tasks on the asylum area or in a foster family, preferably in the agricultural, domestic or manufacturing field.

The greater the psychiatric institution, the broader and more varied the working opportunities became. The assignment to the employment sectors followed previous work and civil gender conceptions. Rotzoll *et al.* showed that in housekeeping and vegetable kitchens both genders were represented equally. While within the outdoor work and craft sector predominantly male inhabitants were employed, female inhabitants were in charge of laundry and sewing work (Rotzoll *et al.*, 2004: 45-52). The annual report of 1915/16 of the Bavarian mental hospital Günzburg had stated:

> For female patients there is ample opportunity in the cooking-kitchen, the vegetable-kitchen, the laundry, the sewing and ironing rooms, as well as in the garden and in the farm. (ABKG, Annual report 1915/16: 27)

181 ABKK, Chronicle Resch to 1916.
182 ABKK, Chronicle Resch ‚Lazarettwesen' III/46a .
183 ABKK, Chronicle Resch ‚Lazarettwesen' III/46a.



Level of employment in Kaufbeuren and Günzburg (BY) compared to Burghölzli and Rheinau (CH) in percent (source: CH: Meier 2007, 205, BY: Söhner 2018)

Moreover, the individual's social class affected the work. Ankele (2009) notes that it was difficult throughout to win members of the upper class for work.

In the analysed Bavarian mental hospitals Kaufbeuren and Günzburg, work was mandatory for all patients who were not bedridden but able to work. This is also noticed in the annual report from Günzburg of 1918:

> Particular attention is given to the employment of ill people, therefor ample opportunity exists … 40 – 50% of the patients are engaged[184].

Also, in the annual reports from Kaufbeuren for the years of First World War there are indications that there was always ample work for the mentally ill. The employment level in the relevant institutions was 40% on average and comparable with the activity level in the Swiss institution Rheinau and a little lower than in Burghölzli.

184 ABKG, Annual report 1918: 6

Schmiedebach notes for the year 1916 an increase in cooperation between munition factories, farms and neighbouring mental care facilities (Schmiedebach, 2016). Nationwide, mentally ill people were integrated into industrial and agricultural occupation regarded as being indispensable and of military importance. The therapeutic goal began to change: The restoration of working ability, especially the restoration of fitness for military service, was the essential aspect of a therapy concept that should help the concerned person «to take full advantage of the mentally handicapped people's labour»[185]. The psychiatric care aimed less at a sustainable rehabilitation of patients, but rather at a short-term restoration of their usability in the service of a military strategy (Neuner, 2011). Moreover, patient work provides saving opportunities in the health care sector (Rotzoll, 2015).

Even in the Post-War period the idea of rehabilitation of labour as «greatest asset of the nation» (cited in: Neuner, 2011: 60f) were in the focus of medical therapy. In the Weimar Constitution of 1919 it was placed under special protection. In this constitution it was formulated as a «moral obligation» of every citizen, to «activate their mental and physical forces for the benefit of the society[186].» (Neuner, 2011:60f.) This passage expresses precisely that labour of the individual was understood as a precondition for productivity of the society (Neuner, 2011). According to Neuner a supposedly indolent attitude of the patient was associated with antisocial behaviour (Neuner, 2011).

Working patients received remuneration in terms of more pocket money and especially 'food bonus' including cigars, tobacco, clothing, watches or instruments (Neuner, 2011). Along with improving the own supply situation, work implied more than economic importance only. The individual was integrated in the 'asylum community' and had become a necessary and useful part of

185 BayHStM Decree 14.05.1917; Decree of the Prussian war ministry, 18.04.1917 cit. in. Neuner 2011: 60f.)».

186 Cf. Giese 1919: „§ 163: (1) Every German has, without prejudice to his personal liberty, the moral duty to use his Intellectual and physical powers as this demanded by the welfare of the community. (2) Every German shall have the opportunity to earn his living by labour.»

the institution. This certainly had a strengthening influence on the social self-understanding of the group but also had a disciplinary effect (Ankele, 2009).

The correlation of work ability with the appreciation of a person had dramatic consequences for those patients who were not working. When the German society suffered from hunger due to blockades and allocation difficulties, the lack of food was especially directed against the weakest and supposedly least «useful» members of society (Lerner, 2009).

Work therapy as a moral and physical treatment

Psychiatric care during First World War largely followed the requirements of the extramural world with regard to their therapeutic approaches and interventions. The interest of establishing a performance society influenced the aim of therapeutic endeavours.

Within the reviewed Bavarian institutions, about 40% of the patients worked in and outside of the asylum.

The fields of activity were especially within their own workshops, home economics, the house keeping department and agriculture. Apart from work within the asylums, patients were employed in neighbouring farms or in family care. Considering the economic and social conditions during the World War, the worktherapy gained a new quality.

As Söhner 2018 showed, due to the war-related staff shortage, the technical and material supply of the institutions could only be provided with the support of their own inhabitants who were sometimes even replacing the staff completely. The patient work and its necessity were documented in the annual reports of the institutions. Also house rules, personnel instructions and workbooks give evidence of the work performed by the inhabitants.

The wide use of mentally ill people in agricultural production and workshops raises the question for the real therapeutic need for the individual and the economic advantage of patient work for the institution (Müller, 2016). The argument of a ‘voluntary’ employment is to be seen critically if one reflects that the refusal of work implicated mostly the loss of remuneration and privileges. It is

also possible that the individual experienced a general obligation to work in connection with moral or social pressure by housemates and staff (Müller, 2015). Probably the aspect of ‘voluntariness’ strongly correlates with decisions and directives, therapeutic and economic objectives of the director, and not least of the nursing staff and the administration. It should be mentioned, that there was a foggy line between therapeutically useful treatment and economic utilisation of mentally ill people.

Associated with the First World War, a change in the therapeutic goal can be observed: The patient’s complete recovery was not the main target. The overall aim was to effectively restore the patient’s labour force or fitness for military service based on the demands of war. The question of individual convalescence was pushed into the background.

Teorie del conflitto e critica della modernità nell'eugenetica europea: Georges Vacher de Lapouge e Auguste Forel

di *Giovanni Cerro*

Introduzione

A partire dagli anni Ottanta del Novecento la storiografia sul movimento eugenetico internazionale ha compiuto notevoli passi in avanti grazie a studi che hanno indagato i singoli contesti nazionali o che hanno individuato continuità e discontinuità tra le diverse esperienze in un'ottica comparata, attenta agli aspetti politici e culturali (cfr. su tutti Bashford, Levine, 2010). Un'attenzione relativamente minore è stata riservata al modo in cui gli eugenisti hanno interpretato, anche prima dello scoppio della Prima guerra mondiale, i conflitti e le loro conseguenze da un punto di vista biologico sulla salute fisica e psichica dei soldati e della popolazione civile. A tal proposito è possibile distinguere due gruppi, molto frastagliati al loro interno: da una parte, gli eugenisti che sottolineano l'importanza della guerra come potenziale fattore di rigenerazione della popolazione, come fucina dalla quale sarebbe nato un «uomo nuovo» di cui si loda il coraggio e la disciplina (Gentile, 2008); dall'altra parte, gli eugenisti che condannano i conflitti come distruttivi e controlesettivi poiché soltanto gli individui migliori sono mandati al fronte a combattere, mentre a deboli e inadatti è lasciato il compito di ripopolare la nazione. La discussione finora si è concentrata soprattutto sulle diverse posizioni presenti nell'ampia galassia del «pacifismo eugenetico», oltre che sui loro legami con il darwinismo e l'evoluzionismo post-darwiniano (Crook, 1990, 1994, 2007; Pick, 1993; La Vergata, 2005, 2015).

Richiamandomi a questi studi, vorrei qui soffermarmi su due casi di eugenisti europei che mi sembrano particolarmente significativi per illustrare un'altra questione centrale, ovvero l'ambivalente rapporto che l'eugenetica intrattiene con quella che può essere definita la modernità: si tratta del francese Georges Vacher de Lapouge (1854-1936) e dello svizzero Auguste Forel (1848-1931). È vero infatti che l'eugenetica fin dalle sue origini – fin da quando cioè nel 1883 nell'opera *Inquiries into Human Faculty* il cugino di Darwin, Francis Galton, introdusse il termine *eugenics* per indicare la scienza del miglioramento della stirpe (pp. 24-25, n. 1) – si è mostrata fiduciosa nella scienza e nelle sue capacità di migliorare la natura umana, ma è altrettanto indubitabile che essa prende le mosse da una riflessione sugli effetti catastrofici del progresso e della tecnica sulla società. Questa critica si esprime attraverso due concetti tra loro legati, che mostrano quanto sia fragile il rapporto, spesso dato per scontato, tra positivismo e fede in uno sviluppo storico incessante (Rossi, 1995). In primo luogo, la nozione di degenerazione, che viene introdotta in campo psichiatrico nel 1857 dall'alienista francese Bénédict-Augustin Morel per indicare «una deviazione malata dal tipo normale dell'umanità» (p. 5) e che tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento conosce una grandissima fortuna in antropologia criminale, sessuologia, medicina, ma anche letteratura ed estetica (Pick, 1999). In secondo luogo, l'idea di evoluzione regressiva, secondo la quale evoluzione non è necessariamente sinonimo di progresso. Un'idea che nasce in ambito zoologico e botanico per indicare una semplificazione morfologica, vale a dire l'acquisizione da parte di un organismo di una struttura più semplice rispetto a quella degli antenati che ne possa comunque garantire la sopravvivenza (Lankester, 1880), e che trova poi applicazione in campo politico e sociologico allo scopo di sostenere che tutte le trasformazioni comportano una degenerazione o un'involuzione (Demoor, Massart, Vandervelde, 1897). Lapouge e Forel si servono ampiamente proprio di questi due concetti per esaminare il rapporto tra guerra e modernità.

Guerra, razze e selezioni sociali

Georges Vacher de Lapouge è senza dubbio uno dei principali esponenti dell'eugenetica europea di fine Ottocento (Béjin, 1982; Taguieff, 2002, pp. 199-326, 2013). A dispetto della sua posizione marginale nel movimento eugenetico francese, incentrato soprattutto sul concetto di puericultura sviluppato dal ginecologo e ostetrico Adolphe Pinard (Schneider, 1990; Carol 1995), proprio a Lapouge si deve l'introduzione dell'aggettivo *eugénique* per indicare un soggetto, una famiglia o una razza dotati di qualità ereditarie positive e del sostantivo *eugénisme* per designare la trasmissione ereditaria di caratteri utili per la discendenza, prima ancora che la disciplina ideata da Galton (Lapouge, 1886, 1887; Taguieff, 1991). Personaggio controverso a causa delle sue tesi provocatorie, Lapouge nasce nel 1854 a Neuville-de-Poitou, un piccolo borgo della Francia centro-occidentale (cfr. per la biografia Augustin, 2011). Dopo essersi laureato in diritto nel 1879 all'Università di Poitiers con una tesi sulle teorie patrimoniali, intraprende per alcuni anni la carriera di magistrato, che però abbandona bruscamente nel 1883 per dedicarsi a Parigi alla preparazione del concorso per l'abilitazione a professore universitario di diritto. Il tentativo fallisce, ma Lapouge, che si mantiene dando ripetizioni a giovani studenti, nella capitale ha l'occasione di seguire corsi all'École Pratique des Hautes Études, l'École d'Anthropologie e l'École des Langues orientales e di coltivare le sue ricerche di antropologia fisica ed entomologia. Grazie all'interessamento di Louis Liard, suo professore di filosofia al liceo poi divenuto funzionario presso il ministero della pubblica istruzione, ottiene nel 1886 un posto di bibliotecario all'Università di Montpellier. Qui ha anche l'occasione di tenere dei corsi liberi di argomento antropologico prima alla Facoltà di Scienze e poi a quella di Lettere, le cui lezioni saranno pubblicate in parte sulla *Revue d'anthropologie* diretta da Paul Topinard e alcuni anni dopo raccolte nei volumi *Les sélections sociales* (1896) e *L'Aryen. Son rôle social* (1899). Se in patria si trova in una condizione di isolamento sia nel mondo accademico che eugenetico e le sue ambizioni di avere una cattedra di antropologia rimangono frustrate, in Germania è uno studioso stimato. Intrattiene una fitta corrispondenza con Ludwig Woltmann e con Otto Ammon, insieme al quale getta le basi di una

nuova disciplina che prende il nome di «antroposociologia» o «scienza politica darwiniana», secondo la quale i fenomeni sociali devono essere spiegati a partire non tanto dall'analisi delle condizioni materiali, quanto delle ragioni etniche. In particolare, l'indice cefalico, la misura corrispondente al rapporto tra la larghezza e la lunghezza massima del cranio introdotta negli anni Quaranta dell'Ottocento dall'anatomista e antropologo svedese Adolf Anders Retzius, consente a Lapouge di distinguere le razze in dolicocefale (con il cranio allungato) e brachicefale (con il cranio corto) e di stabilire una precisa gerarchia tra di loro: gli ariani dolicocefali sono superiori agli «alpini» brachicefali. Questa concezione razziale si riflette anche nell'impegno politico di Lapouge, che aderisce al Partito operaio di Jules Guesde e Paul Lafargue e figura tra i fondatori della sezione locale di Montpellier. Il suo è un socialismo aristocratico, fortemente anticlericale e antidemocratico, basato sulla convinzione che la lotta tra le classi debba essere intesa soprattutto come lotta tra le razze. Allontanato dall'Università di Montpellier, a causa in parte delle sue idee politiche in parte dei suoi continui scontri con le autorità, nel febbraio 1893 gli è offerto un posto come bibliotecario all'Università di Rennes; incarico che dal 1900 ricopre a Poitiers, dove rimane per più di un ventennio, fino al pensionamento. Lì morirà nel 1936 nell'indifferenza generale della comunità scientifica francese. In Germania, invece, fin dall'avvento del nazismo sarà esaltato come uno dei massimi sostenitori delle teorie razziste sulla superiorità degli ariani, insieme a Gobineau e a Houston Stewart Chamberlin, e ciò nonostante la sua esplicita condanna del pangermanesimo e dell'imperialismo tedesco (Massin, 2001).

Ne *Les sélections sociales*, raccolta delle lezioni tenute a Montpellier tra il 1888 e il 1889, Vacher de Lapouge è tra i primi eugenisti a utilizzare un argomento destinato ad avere grande fortuna anche in seguito, soprattutto negli anni della Grande guerra, vale a dire la contrapposizione tra le guerre del passato e le guerre moderne riguardo alle modalità del loro svolgimento e alle loro conseguenze biologiche sulla popolazione. Si tratta di un passato non meglio definito, mentre la modernità sembra avere inizio dopo la Rivoluzione del 1789, che segna per Lapouge l'avvento di una «nuova era politica», segnata dalla «trasmissione del potere da una

razza all'altra», vale a dire da un'«aristocrazia eugenetica» a una borghesia «oziosa e chiassosa», la cui ascesa si fonda non sulla superiorità del sangue, ma sulla ricchezza frutto di una speculazione rapace ed egoistica (1896, pp. 250, 251). Nei popoli selvaggi, le guerre tra orde potevano essere una causa di selezione vantaggiosa, dal momento che gli individui «difettosi» avevano scarse possibilità di sopravvivere durante gli scontri, e quindi di riprodursi. Si aveva bisogno, infatti, di una buona costituzione fisica per resistere a un'alimentazione carente, a condizioni igieniche deficitarie e all'esposizione prolungata alle intemperie climatiche (umidità, vento, pioggia e freddo). In tal modo, la prosecuzione della specie era affidata a una *élite* formata dai maschi più forti, più coraggiosi e più abili. Non solo: grazie alla diffusione della poligamia, dovuta al fatto che nelle tribù il numero delle donne era di gran lunga superiore rispetto a quello degli uomini, si poteva assicurare una prole non solo di buona qualità ma anche numericamente consistente. Nei popoli civilizzati, invece, il militarismo e la guerra si sono trasformati in «flagelli» che deprimono la razza e ne provocano la degenerazione (*dégénérescence*). Tali effetti indesiderati per Lapouge si manifestano sia in maniera diretta che indiretta. Per quanto riguarda il primo caso, bisogna considerare la perdita di uomini al fronte, la diffusione di malattie (dal tifo alla sifilide), l'eccessivo dispendio fisico e le ferite ricevute dai soldati in battaglia. Tali effetti sono ancora più gravi se si considera che, a differenza delle guerre tra popoli barbari, le guerre moderne eliminano di preferenza gli elementi migliori della popolazione, dotati di un valore fisico e psichico indiscutibilmente superiore alla media. Del resto, a essere reclutati sono solo i più sani, i più adatti, i più intelligenti e i più valorosi. «I nani, i deformi, coloro che hanno difetti di vista e d'udito, i malati cronici, gli imbecilli, i malfattori, gli sciocchi», ovvero quelli che Lapouge definisce i «rifiuti» della società o i degenerati, sono posti al riparo dai pericoli delle guerre (1896, p. 232).

Tra gli effetti indiretti, vanno tenuti in conto i contraccolpi materiali, morali ed economici che non solo il conflitto, ma anche il servizio militare determinano sulla popolazione civile. La leva militare strappa i contadini e gli operai dalle loro abitudini e dalle loro occupazioni per renderli schiavi dei vizi e dei piaceri della città.

Non va certo meglio ai giovani studenti universitari, che per tornare con regolarità ai loro studi possono impiegare anche diversi anni. In generale, la ferma militare provoca un'immobilizzazione di grandi quantità di capitale e di manodopera che potrebbe essere utilmente impiegata. In Lapouge la disapprovazione del militarismo si intreccia con la critica dell'urbanesimo, secondo un motivo tipico della propaganda igienista *fin de siècle*, sistematizzato poi in una delle cosiddette leggi fondamentali dell'antroposociologia: le condizioni della città provocano la progressiva eliminazione degli elementi dolicocefali superiori, ovvero gli individui di carnagione chiara e con il cranio allungato appartenenti alla razza ariana, incapaci di adattarsi alla «vita snervante e anormale», o comunque la loro reversione verso un tipo etnico preistorico (1909, p. 206). L'esempio per eccellenza di guerra moderna è incarnato ne *Les sélections sociales* dal conflitto franco-prussiano del 1870-1871, che ha inciso sulla popolazione francese in senso quantitativo e qualitativo, determinando la diminuzione della natalità e il deterioramento delle caratteristiche fisiche della razza. Considerati tutti questi aspetti, il militarismo contemporaneo, che si esprime soprattutto nel patriottismo esasperato dei tedeschi, compromette l'avvenire dell'Europa, costringendola a una paralisi sociale ed economica che rischia di avvantaggiare sia gli Stati Uniti che i paesi dell'Estremo Oriente. L'esistenza stessa dell'Europa come «insieme di razze e unità di civiltà» è seriamente in pericolo (1896, p. 241). Dopo la Prima guerra mondiale, il pessimismo di Lapouge assumerà toni ancora più cupi: introducendo la traduzione francese dell'opera dell'americano Madison Grant *The Passing of the Great Race*, egli affermerà che la Grande guerra si è rivelata un vero e proprio «disastro per la razza ariana» dal momento che l'ha fatta scomparire quasi del tutto dal Vecchio Continente (1926). Tuttavia, la condanna della guerra non è affatto totale: secondo Lapouge, un po' di sano militarismo può essere utile alla classe media e all'aristocrazia per impedire il loro rammollimento fisico e morale, dal momento che una vita di agi nuoce al sistema nervoso. Il sentimentalismo e l'«addolcimento dei costumi» stanno trasformando i francesi «in una schiera di vecchiette paurose» (1896, p. 240). Soprattutto, però, e questo è un punto cruciale, la guerra rimane per Lapouge «il modo essenziale e necessario della selezione internazionale» poiché la lotta

per l'esistenza tra le razze è una caratteristica ineliminabile della storia (1896, p. 224; 1899, pp. 500-501). La speranza di una pace universale è perciò solo un'illusione.

Nell'opera di Lapouge, il discorso sulla guerra si inserisce in una visione della storia più ampia incardinata su due presupposti. Il primo è che la diseguaglianza tra gli uomini sia non solo un dato di natura, ma anche il motore del processo storico e la condizione stessa dell'evoluzione degli organismi sociali. È un errore, risalente a Rousseau, credere che gli uomini fossero all'origine uguali e si siano differenziati con l'azione delle convenzioni sociali e dell'educazione. La diversità umana si manifesta a più livelli – tra gli individui, le famiglie, le classi e le razze – e riguarda tanto le caratteristiche fisiche che le psichiche. È il risultato soprattutto dell'azione dell'eredità, definita come «la forza conservatrice che mantiene le specie e la forza trasformatrice che le crea», più che di quella dell'ambiente (1888, pp. 171-172). Nelle nazioni civili dell'Occidente esistono due gruppi etnici dominanti, ovvero due insiemi di individui che presentano un «certo tipo ereditario» (1896, p. 8): l'*Homo europaeus* e l'*Homo alpinus*. L'*Homo europaeus*, dolicocefalo, biondo e longilineo, è intelligente, avventuroso, audace, cosmopolita e favorevole al cambiamento; dal punto di vista del credo religioso, è protestante e in politica sostiene l'iniziativa individuale. Il suo centro originario è nel mare del Nord, da cui si è diffuso nelle isole britanniche, nelle regioni del Baltico, in Scandinavia ed è giunto in Europa centrale passando per la Germania e la Francia. Per effetto di migrazioni successive, è arrivato a popolare ampie zone degli Stati Uniti, del Canada e dell'Australia. Ciò fa stimare a Lapouge un numero di individui che si aggira sui 30 milioni in Europa e 20 in America (1896, p. 16). I tratti dell'*Homo alpinus* sono del tutto opposti: brachicefalo, bruno e tarchiato dal punto di vista fisico, è frugale, laborioso e prudente. Pur non mancando di coraggio, non possiede istinti bellicosi ed è profondamente legato alla propria terra natale e alla propria famiglia, mostrandosi tradizionalista e conformista. Si professa cattolico e tende a sperare nell'intervento dello Stato in campo sociale ed economico. La sua diffusione interessa un'area molto vasta, che va dall'Atlantico al mar Caspio, con una popolazione totale di 50 o 60 milioni di individui; la concentrazione è maggiore nell'arco alpino e

nelle regioni abbandonate dall'*Homo europaeus*, come le montagne più isolate, la valle del Po e le pianure della Francia e della Polonia (1896, p. 20). Spagna, Italia meridionale e isole del Mediterraneo sono abitate invece dall'*Homo contractus* o *mediterranensis*, frutto di un incrocio tra le due razze, dunque caratterizzato da un cranio dolicocefalo, ma di piccola taglia e dalla carnagione bruna; pur essendo intellettualmente dotato, è emotivo e instabile. È proprio nel *métissage*, ovvero nel mescolamento etnico e nella contaminazione del sangue, che va riconosciuta per Lapouge l'origine della decadenza delle nazioni, come peraltro aveva sostenuto già Gobineau nel suo *Essai sur l'inégalité des races humaines* (1853-1855). Mentre nel campo della zootecnia gli incroci sono effettuati secondo criteri coerenti e rigorosi e sono il risultato di scelte scientificamente accurate volte a «fabbricare» animali con caratteristiche specifiche, nell'uomo avvengono in modo casuale e arbitrario e finiscono col rivelarsi controproducenti. I meticci sono perciò caratterizzati da tare sia fisiche (mancanza di armonia e simmetria nel volto, nel cranio, indebolimento del sistema muscolare, diminuzione della grandezza del cervello, bassa aspettativa di vita e soprattutto scarsa o nulla capacità di riprodursi), sia psichiche (scarso senso morale e intelligenza debole). Queste anomalie tendono ad aggravarsi di generazione in generazione fino a determinare la sterilità e la conseguente estinzione delle razze di sangue misto. La fertilità, infatti, è sempre proporzionale alla purezza della razza.

Il secondo presupposto è l'opposizione tra l'idea darwiniana di selezione naturale – che per Lapouge ha determinato una rivoluzione non solo nel campo della biologia e delle scienze naturali, ma anche della teoria politica e della filosofia della storia – e l'operato delle selezioni sociali. Con lo sviluppo della civiltà, il campo di azione della selezione naturale si è andato progressivamente restringendo, tanto che gli unici domini in cui sopravvive sono la scelta sessuale e la resistenza delle diverse razze alle malattie. E questo a vantaggio dei processi di selezione dovuti all'influenza della società sugli individui: un'influenza in genere negativa, che si esprime nella guerra, come si è visto, e anche nell'ambito politico, religioso, morale, giuridico, economico e lavorativo. Si tratta di quelle che Lapouge, richiamandosi all'antropologo francese Paul Broca, definisce «selezioni sociali». Esse producono un'evoluzione

regressiva, favorendo la rovina degli elementi migliori dal punto di vista eugenetico e l'ascesa dei mediocri. Ogni avanzamento in campo civile e scientifico si realizza a spese della forza, dell'energia, della volontà e dell'intelligenza umana. Il progresso allora non è che un'»utopia», alimentata nel corso dei secoli dal cristianesimo, che «ha riempito l'umanità di sogni di una felicità futura», e dall'illuminismo, che «ha fatto scendere il paradiso in terra» (1896, p. 445).

Per opporsi alla minaccia rappresentata dalle selezioni sociali, Lapouge invoca l'adozione di un processo di selezione artificiale rigoroso (*sélectionnisme*) che possa garantire, nell'arco di poche generazioni, la nascita di un'umanità «morfologicamente perfetta, così perfetta che non si può immaginare qualcosa di meglio» (1896, p. 472). Alla base di questa selezione vi è l'inseminazione artificiale, che mira a sostituire una riproduzione «bestiale e spontanea» con una riproduzione «zootecnica e scientifica» e a scindere tre concetti che il cattolicesimo ha contribuito a fondere, vale a dire amore, passione e fecondità. È arrivato il tempo, sostiene Lapouge, che Minerva prenda il posto di Eros (1896, pp. 472-473). L'inseminazione artificiale è ritenuta uno strumento di facile e largo impiego, dal momento che un solo riproduttore in buona salute è sufficiente per assicurare circa duecentomila nascite all'anno. A questa pratica si deve affiancare l'esclusione dei degenerati dalla riproduzione: l'opinione pubblica deve prendere coscienza dei vantaggi derivanti da scelte sessuali accorte e gli individui tarati devono essere indirizzati verso l'impedimento del matrimonio, il *self-restraint* e la sterilità volontaria. Non bisogna ricorrere comunque a rimedi coercitivi, come quelli adottati negli Stati Uniti: la castrazione è pericolosa per la salute delle donne, l'isolamento forzato non è applicabile su larga scala e la pena di morte è considerata «disumana». Anche l'educazione si rivela inefficace perché ha un raggio d'azione limitato: può sviluppare predisposizioni già esistenti, ma non crearne di nuove. Inoltre, dal momento che i caratteri acquisiti per Lapouge non si ereditano, i cambiamenti positivi che essa determina nel singolo non possono trasmettersi alla prole.

Questo progetto eugenetico non può essere attuato, secondo Lapouge, in una democrazia, considerata un «regime insieme demagogico e plutocratico», e meno che mai in quelle democrazie

allo stadio «senile» che caratterizzano i Paesi europei e che sono il «risultato dell'indebolimento stesso del capitale eugenetico di una popolazione» (1896, p. 261). Al contrario, l'eugenetica sarà possibile solo dopo l'avvento di un socialismo che non dovrà pretendere di livellare le differenze, come fa la democrazia, ma dovrà invece esaltarle istituendo un apposito sistema di caste specializzate di cui servirsi tanto per la divisione del lavoro in base alle capacità di ognuno, quanto per incentivare la riproduzione dei migliori e impedire quella dei degenerati. Il socialismo o «sarà selezionista o non sarà affatto» (1896, p. 262). Lapouge arriva ad affermare che gli scopi stessi dell'eugenetica e del socialismo sono simili: come la prima corregge le conseguenze negative della selezione naturale, moltiplicando «i tipi ritenuti i più buoni e i migliori», così il secondo corregge le conseguenze dell'evoluzione economica «secondo un ideale determinato di perfezione sociale» (1899, p. 504). L'obiettivo è dunque emendare la natura umana attraverso uno stretto controllo statale che riguarda sia la pianificazione biopolitica sia i rapporti di produzione.

Pacifismo e perfezionamento umano

> La guerra attuale è una follia universale delle passioni. Si vedono il tedesco combattere contro il tedesco, l'ebreo contro l'ebreo, il polacco contro il polacco, l'amico contro l'amico, il fratello contro il fratello e persino gli dèi si scontrano tra loro. Perché? Ogni nazione dice che «sono le altre ad averla attaccata» e così non vede i propri torti. […] Sono semplicemente gli istinti ereditari della feroce bestia umana che si sono risvegliati al suono della tromba militare (Forel, 1914, p. 99).

Con queste parole, a pochi mesi dall'assassinio di Sarajevo, lo psichiatra svizzero Auguste Forel – nato a Morges nel 1848 e morto a Yvorne nel 1931 - parla della guerra in corso. Lo fa in un *pamphlet* intitolato *Les États-Unis de la Terre* in cui, ben prima che il presidente americano Woodrow Wilson proponga la costituzione della Società delle nazioni, illustra il suo programma politico, sociale ed economico volto a garantire la pace sul lungo periodo: una federazione sovranazionale di popoli, in cui i contrasti sono regolati non mediante i conflitti, ma grazie a un sistema di arbitrati. Basterebbe leggere questo volumetto per apprezzare la distanza che

separa la riflessione di Forel da quella di Lapouge. Forel è, infatti, un pacifista convinto: negli anni del conflitto e nel periodo immediatamente successivo stringe amicizia con il premio Nobel per la pace Alfred Fried e con Romain Rolland, partecipa ai convegni pacifisti che si tengono a L'Aia nel 1915 e a Berna nel 1917 e dedica gran parte della sua attività scientifica e pubblicistica alla diffusione del suo progetto che ritiene tutt'altro che utopistico (1916a, 1916b, 1917).

La carriera accademica di Forel e la sua popolarità come studioso in Europa e negli Stati Uniti è legata soprattutto a due ambiti di indagine: da una parte, le ricerche mirmecologiche che gli valgono gli elogi di Darwin e che lo portano a viaggiare in Sud America e nell'Africa settentrionale; dall'altra, gli studi di medicina e di psicologia comparata, che gli consentono di ricoprire per quasi un ventennio, tra il 1879 e il 1898, l'incarico di direttore della prestigiosa clinica psichiatrica Burghölzli di Zurigo (sulla sua vita cfr. l'autobiografia postuma: Forel, 1941). Sostenitore del *no-restraint* e promotore di una formazione specifica per il personale, rende la clinica un centro all'avanguardia anche grazie ai suoi esperimenti sul valore terapeutico dell'ipnotismo, pratica che aveva approfondito durante un soggiorno a Nancy con Hippolyte Bernheim. Lasciato il Burghölzli, dove gli succedette come direttore il suo allievo Eugen Bleuler, si dedicò alla pubblicazione del volume *Die sexuelle Frage* che apparve nel 1905, lo stesso anno dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* di Freud. Ben presto tradotto in francese, inglese e italiano, il libro si propone di illustrare la sessualità umana sia nel suo sviluppo normale sia nei suoi aspetti psicopatologici, con particolare riferimento alla *Psychopatia sexualis* di Richard von Krafft-Ebing (1886). Una parte significativa è dedicata all'esposizione di un progetto di riforma della società, che comprende tanto la richiesta del riconoscimento dell'uguaglianza giuridica e politica tra i due sessi, della liceità del divorzio e dei diritti all'infanzia, quanto la necessità di un intervento diretto dello Stato nel controllo della salute della popolazione e nel suo miglioramento. Un progetto insieme igienico e morale, che si richiama all'eugenetica di Galton e che deve assolvere un compito fondamentale: eliminare «i germi cattivi» della collettività e incrementare quelli «positivi» (cfr. Preiswerk, 1991; Leist, 2006).

Come per Lapouge, anche per Forel l'azione dell'eredità è sempre più forte di quella dell'ambiente. Il riferimento nel suo caso è alla teoria della memoria organica sviluppata dallo zoologo tedesco Richard Semon nell'opera *Die Mneme als erhaltendes Prinzip im Wechsel des Organischen Geschehens* (1904). Gli stimoli provenienti dall'esterno possono alterare le cellule del sistema nervoso; a loro volta, queste modificazioni (gli engrammi) si trasmettono per via ereditaria e rimangono allo stato latente finché un nuovo stimolo (l'ecforia) non ne permette la riattivazione. In tal modo, gran parte del comportamento umano risulta inscritto in quella che Forel definisce la regione subcosciente del cervello e la libertà non è assoluta, ma consiste nella capacità di adattare le caratteristiche biologiche di partenza alle circostanze materiali, intellettuali e morali in cui si trascorre la propria vita. Le malattie psichiche e le perversioni sessuali sono perciò il risultato di predisposizioni ereditarie, che possono trasmettersi alla prole attraverso il fenomeno denominato «blastoftoria», ovvero il deterioramento o la degenerazione (*Entartung*) del plasma germinale (Forel, 1906).

Nonostante la comune visione determinista, a differenza di Lapouge, Forel è favorevole all'applicazione di rimedi coercitivi per impedire la procreazione di devianti sessuali, malati considerati incurabili, come tubercolotici e rachitici, e criminali, che costituiscono un pericolo per loro stessi e per la collettività. Il metodo più efficace è la sterilizzazione forzata, che lui stesso aveva praticato in più di un'occasione presso il Burghölzli, a partire dal 1885. Nella *Questione sessuale* riporta, ad esempio, il caso di una quattordicenne isterica, dedita alla prostituzione e con antecedenti familiari non promettenti per il suo futuro (anche la madre e la nonna erano state a loro volta prostitute), e di un giovane «mostro» affetto da gravi problemi psichici. In entrambe le circostanze Forel ammette che le ragioni umanitarie e mediche utilizzate per giustificare il ricorso alla sterilizzazione – la ragazza l'aveva pregato di essere operata, mentre il mostro lamentava dolori frequenti e insopportabili – sono state un semplice «pretesto» per impedire che i due degenerati potessero riprodursi liberamente (1907, p. 409). L'eutanasia è invece la migliore soluzione quando si ha a che fare con neonati affetti da patologie congenite o disabilità psicofisiche («miseri mostriciattoli, nati cretini, idioti, idrocefalici, microcefalici, senza occhi, senza

orecchie, o con una atrofia degli organi sessuali»): dietro parere medico e con il consenso dei genitori, è possibile ucciderli ricorrendo a una «dolce narcosi», invece di «costringerli ad una vita di martirio» (1907, p. 424). Poco utile, invece, gli appare il neomalthusianesimo, ovvero il controllo volontario delle nascite con mezzi anticoncezionali. È certamente apprezzabile il fatto di porre l'accento sulla necessità di una regolazione razionale dell'aumento della popolazione, ma non basta concentrarsi soltanto sugli aspetti quantitativi, ignorando o trascurando quelli qualitativi. Le idee di Forel finirono con l'ispirare la legislazione adottata nel 1928 dal Vaud, il suo cantone natale, che prevedeva la possibilità da parte di un apposito Consiglio di sanità di procedere alla sterilizzazione dei pazienti affetti da infermità mentale o dipendenti da alcol e droghe (Heller, Jeanmonod, Gasser, 2002).

Oltre a queste misure energiche, che chiama di «eugenetica negativa», Forel invoca provvedimenti di «eugenetica positiva». Anzitutto, lo Stato deve provvedere al sostegno economico e sociale delle famiglie numerose non abbienti, a patto naturalmente che i genitori siano esemplari di «buona qualità», e al tempo stesso tassare i celibi e le persone sterili. In secondo luogo, deve promuovere una riorganizzazione del sistema scolastico, ispirandosi alle case di educazione in campagna (*Landerziehungsheime*) fondate a partire dal 1898 dal tedesco Hermann Lietz. La nuova scuola immaginata da Forel mira allo sviluppo integrale di tutte le facoltà del bambino e si basa sul contatto diretto con la natura, sull'avviamento al lavoro manuale e sull'educazione sessuale, impartita a maschi e femmine. È necessario che fin da piccoli i bambini conoscano il proprio corpo e imparino a utilizzarlo in modo appropriato, tenendosi alla larga sia dalle perversioni che dall'eccessiva *pruderie*. Ad ispirare tutte le loro azioni deve essere un precetto laico, in cui il bene della collettività prevale sul bene del singolo: se gli istinti sono favorevoli alla razza possono essere considerati moralmente «buoni» e trovare libera espressione, se al contrario sono nocivi devono essere ritenuti moralmente «cattivi» e vanno disciplinati.

L'obiettivo di educatori e medici deve consistere nell'indirizzare i giovani verso l'acquisizione di una completa padronanza delle proprie tendenze, compresa quella verso l'oppressione dei propri simili, che l'uomo condivide con il regno animale: «per la sua natura

ereditaria l'uomo è un essere egoista, individualista, feroce, dominatore, oppressore, geloso, schiavo delle passioni, è un vendicativo che vuole gioire della libertà sfruttando il lavoro del prossimo» (1923, p. 156). Al pari di Lapouge, anche Forel rintraccia la differenza tra i conflitti del passato e della modernità nella loro diversa capacità di selezionare la popolazione, ma a differenza del primo non pensa affatto che la guerra sia il fondamento dell'evoluzione (1925b, pp. 139-142). Nelle società primitive, scrive Forel, l'aggressività dell'uomo si manifestava nei combattimenti tra clan e tribù, del tutto simili agli scontri che avvengono tra gli insetti, come le formiche e le api. In entrambi i casi, infatti, l'unico movente risiede nella violenza istintuale, che finisce in genere col premiare i più forti e più scaltri. Una selezione che Forel definisce «eugenetica», ma che di fatto non porta alcun vantaggio reale alla società: la guerra resta sempre una barbarie. Nelle guerre moderne le cose si sono ulteriormente complicate. Il fondo ereditario aggressivo è rimasto lo stesso dei tempi preistorici, ma su di esso si sono innestate motivazioni patriottiche, religiose, politiche e razziali prima sconosciute, che lo inaspriscono. Il soldato si è trasformato in una «macchina» costretta, spesso sotto l'effetto dell'alcol, a obbedire agli ordini dei suoi superiori per uccidere o per essere ucciso. Lo scontro fisico è ormai assente, mentre l'utilizzo di armi sempre più sofisticate, in cui l'azione dell'uomo è ridotta al minimo, e l'obbligatorietà del servizio militare fanno sì che gli individui «più sani, più forti, più normali e più intelligenti» siano inviati al fronte come «carne da cannone». Al contrario, i deboli, i malati nel fisico e nella psiche e gli inadatti – come Lapouge, anche Forel li chiama i «rifiuti del corpo e dell'anima» – rimangono liberi di riprodursi (1906, p. 222; 1916a, p. 4). La guerra moderna opera quindi una selezione a rovescio o, meglio, è «cagogenetica» (*cacogénique*): «è l'antitesi del bene dell'umanità; è la scienza del male dell'uomo perché demolisce ciò che il lavoro e la scienza del bene edificano» (1916a, p. 27). Il problema principale sta nel fatto che l'organismo umano non è in grado di sopportare le sollecitazioni derivanti dalle trasformazioni radicali e rapide che interessano la società: il cervello, soprattutto, è «sovraffaticato e degenera» perché non è in grado di stare al passo con il progresso tecnico (1923, p. 164).

Che fare, dunque? Per Forel è necessario mettere al bando definitivamente i conflitti e operare un disarmo progressivo degli Stati fino a giungere alla completa abolizione degli eserciti. Al posto del servizio di leva, i giovani tra i diciotto e i diciannove anni dovrebbero prestare un'opera di «servizio civile»: gli uomini devono essere impiegati nella costruzione di opere pubbliche e nello svolgimento dei lavori agricoli più pesanti, mentre le donne devono essere reclutate come infermiere negli ospedali. Questo «esercito pacifico» si presenta come una scuola di vita, dal momento che inculca nei giovani i valori della disciplina e della resistenza alla fatica e incoraggia a un «sano cameratismo», senza distinzioni di ceto. Vanno poi ripensate dalle fondamenta le regole del vivere comunitario. Gli Stati devono riconoscere i loro cittadini come individui eguali tra loro, liberi di parlare la propria lingua e di professare la propria fede religiosa, a patto che le idee e le pratiche ad essa connesse non ledano la libertà degli altri o peggio ne mettano a repentaglio l'esistenza. Non ci deve essere alcuna ingerenza da parte delle Chiese nella sfera politica (Forel è ateo e anticlericale; solo negli ultimi anni della sua vita aderisce alla religione Bahā'ī, che considera l'unica fede capace di perseguire il bene sociale dell'uomo, libera dal clero e dai dogmi). I popoli di cui è «scientificamente» dimostrata l'inferiorità fisica e psichica e l'incapacità di elevarsi a uno stadio civile, come i «negri» africani e gli indigeni dell'America Latina e dell'Australia, devono invece godere di una libertà limitata ed essere posti sotto la tutela dei paesi occidentali. Forel non intende riproporre l'esperienza del colonialismo ottocentesco, ma parla di un'assistenza economica e morale che le nazioni ricche e civilizzate avrebbero il dovere di fornire alle razze inferiori in modo gratuito, senza sfruttare né le popolazioni né le risorse del territorio. Tutte le comunità che abitano in un determinato Stato devono avere il diritto di proclamarsi indipendenti attraverso una decisione libera della maggioranza della popolazione. La circolazione delle persone deve essere garantita con l'eccezione di superiori ragioni eugenetiche: gli individui «tarati, invalidi e degenerati», gli individui appartenenti a gruppi etnici inferiori o troppo diversi da quelli di arrivo non possono emigrare (Forel, 1916b).

L’obiettivo ultimo consiste nella costruzione di una federazione sovranazionale in grado di includere tutti i paesi del mondo, ma il cui funzionamento istituzionale Forel descrive solo in modo sommario. Si limita a parlare di un tribunale internazionale definito «areopago» e formato dai delegati dei paesi aderenti, in numero proporzionale rispetto alla popolazione, che ha il compito di redigere una legislazione comune e di regolare eventuali controversie. I membri del tribunale, la cui scelta è demandata alla sovranità dei singoli Stati, rimangono in carica per cinque anni e non sono rieleggibili, garantendo in tal modo il rinnovamento periodico dell’istituzione. Il disegno di Forel prevede inoltre una serie di commissioni, ognuna dedicata alla risoluzione di una questione particolare (economia, colonie, eugenetica, lingua internazionale, istruzione, ecc.), con il compito di suggerire ai Paesi l’introduzione di riforme giudicate urgenti e necessarie.

Quello che appare in maniera più chiara è lo sfondo politico del progetto federale di Forel. Si tratta di un socialismo di tipo «integrale» e «morale», che mira al superamento graduale del capitalismo e delle sue derive materialiste e che al tempo stesso condanna tre orientamenti politici: l’anarchia, troppo ottimista sulla natura dell’uomo, il marxismo, troppo concentrato sulla lotta di classe tra borghesia e proletariato, e il comunismo sovietico, che si è rivelato una forma di dittatura in mano a un’oligarchia (1925a, pp. 24-25). Il socialismo proposto da Forel si basa, invece, sulla lotta contro i «privilegi dei forti e dei ricchi» e contro lo «sfruttamento del lavoro dei deboli e dei poveri» da parte del grande capitale (Forel, 1912, p. 10). Il suo ideale è la costruzione di una società umana solidale attraverso una serie di riforme, quali la promozione del libero scambio delle merci, l’eliminazione dei trust industriali, l’introduzione di imposte sulle rendite, la creazione di cooperative di produttori e consumatori e il coordinamento degli interessi di agricoltori e operai. Perfettamente integrato in un simile sistema politico ed economico è il progetto eugenetico, che tende a rendere l’uomo più resistente di fronte alle degenerazioni del corpo e della psiche e al tempo stesso ad affinare la sua intelligenza e la sua coscienza morale. L’uomo frutto della selezione eugenetica è quello maggiormente in grado di vivere in società, consapevole dei «doveri superiori» che deve adempiere nei confronti degli altri prima ancora

che di se stesso. Anche in Forel, dunque, socialismo ed eugenetica non possono esistere l'uno senza l'altro. Tuttavia, mentre per Lapouge il socialismo si identifica con l'affermazione del più forte, ovvero del più adatto alla riproduzione, il socialismo per Forel deve anzitutto promuovere gli ideali dell'equità e della giustizia.

Conclusione

A un primo sguardo, Lapouge e Forel sembrano condividere una visione simile della guerra. Entrambi sottolineano i vantaggi degli scontri del passato e condannano la forma che essi hanno assunto con l'avvento della modernità. In realtà, le differenze che li dividono sono sostanziali. Lapouge ha una concezione polemologica dell'esistenza degli organismi naturali e sociali: la lotta tra gli animali, così come tra le razze umane, è inevitabile e necessaria per l'evoluzione. A causa della loro meccanizzazione, tuttavia, i conflitti moderni si sono rivelati disastrosi per gli elementi migliori della popolazione. Il rischio concreto, in particolare, è che conducano alla completa distruzione della razza ariana. Ecco perché vanno condannati e alla loro azione disgenica deve sostituirsi l'azione «benefica» e riequilibratrice dell'eugenetica, che è in grado di svolgere il ruolo che era affidato alla guerra nei tempi antichi, vale a dire premiare l'eroismo del singolo, esaltare il valore individuale. Anche per Forel l'aggressività è un carattere costitutivo della natura umana: senza regole e senza governo, l'uomo si rivelerebbe per ciò che è, una «bestia selvaggia». Benché tale istinto, al pari dell'impulso sessuale, non possa essere estirpato, deve comunque essere regolato grazie all'educazione, che agisce sulla capacità plastica di adattamento all'ambiente ancora più marcata nell'uomo rispetto agli altri animali. Nel pieno della Prima guerra mondiale, Forel afferma che i conflitti sono anacronistici e assurdi e che vi è un unico modo per instaurare la pace: il soggetto deve abdicare al proprio interesse in favore di quello della collettività e, a sua volta, lo Stato deve rinunciare all'esercizio della piena sovranità aderendo a una federazione transnazionale capace di unire e coordinare tutti i popoli della terra. Il determinismo biologico di Lapouge e Forel, come si vede, può condurre a modi diversi, quasi opposti, di

intendere sia l'eugenetica sia il ruolo dei conflitti in chiave evolutiva. Ciò che accomuna i due autori è allora l'interpretazione della modernità e del progresso. Il mondo moderno, infatti, con le sue contraddizioni, sembrava aver posto l'uomo di fronte a una scelta radicale, anzi fatale per il suo stesso destino: inaugurare una nuova era, dominata da una selezione accorta che avrebbe lasciato sopravvivere e riprodurre soltanto i migliori, o perire perché incapace di governare la tecnica e di far fronte all'avvento della società di massa.

Fraternal Traumas: South-Slavic Psychiatric Casualties in the Opposed Armies of the First World War

di *Mirza Redžić*

> In 1915, during furious clashes on the Mačkovkamen [mountain peak in western Serbia], Serbian fighters surrounded a group of Austro-Hungarian soldiers and shouted:
> — Surrender, Crouts!
> — We are not Crouts, but Serbs from Lika [region in Croatia proper]. And we Serbs never surrender!
> (Nikoliš, 1981)

Introduction

In a way, the First World War began with shock and remorse. On 28th June 1914, in Sarajevo, Gavrilo Princip, a young Yugoslavian anarchist of Serbian origin, assassinated the heir to the Austro-Hungarian throne, Archduke Franz Ferdinand of the Habsburg-Lothringen House, and thus pushed conflict-ready Europe into a bloody war. During the interrogation following his arrest, faced with the weight of his act, Princip was both excited and regretful (Dedijer, 1966). No. He did not regret the death of the Archduke. Princip's political beliefs in the liberation of the South Slavs seemed to have been sufficient to prevent him from experiencing remorse over the Archduke's death. In an unfortunate turn of events, Princip also shot and killed the Archduke's morganatic wife, Countess Sophia Chotek Hohenberg, a member of lower Czech nobility, and in that sense, a person of the same Slavic ethnic origin as Princip himself. At the trial, he would claim that he had no intention of

killing her: his intent had been to assassinate a governor of Bosnia and Herzegovina, also a noblemen of Slavic origins, artillery general Oscar Potiorek, who was in the same car as the Imperial couple.

Exactly one month after the tragic events in Sarajevo, in some European capitals obviously mendacious attempts to resolve the crisis using political and diplomatic means, there was a call to arms. After war was declared, forces of the Austro-Hungarian Army instated the first operations of the First World War by releasing a devastating artillery fire directed at Belgrade, capital of the Kingdom of Serbia, whose military and political structures were considered to be responsible for inspiring Princip to undertake the assassination in Sarajevo. Under the command of the forementioned General Potiorek, an infantry attack was soon launched along the Drina River, a natural border between the Austro-Hungarian Empire and the Kingdom of Serbia. War-enthusiastic European powers, one after the other, joined the conflict, and with them their numerous colonies scattered around the globe. For the first time, the whole world was, at least nominally, at war.

The vast Austro-Hungarian Empire carried out extensive mobilization filling its army ranks with subjects (citizens) from all parts of the Empire. The huge majority of mobilized soldiers did not understand German or Hungarian, and had strong cultural ties with countries with which the Austro-Hungarian Empire was now at war. In that respect, a significant number of ethnic South Slavs (Bosniaks or Bosnian Muslims, Croats, Serbs and Slovenes) was recruited into the Austro-Hungarian Army. Some regiments consisted almost solely of these soldiers. In opposition to the Austro-Hungarian Empires tood the Kingdom of Serbia and the Principality of Montenegro, countries also inhabited by South Slavs. These two Balkan states gained their independence via an agreement reached between the great European powers in Berlin in 1878, in the context of weakening the influence of the Ottoman Empire. Hence, due to specific historical and political circumstances, South Slavic soldiers fought for both warring sides. The First World War, fought globally between the Central Powers and the Triple Entente, in Southeast Europe had the features of a fratricidal conflict.

Uninjured Bodies and Wounded Souls

The history of modern military psychiatry is relatively precise in regard to the emergence of the first forms of psycho-traumatic reactions to warfare among soldiers in the First World War. Though initially with misinterpreted causes, such symptoms were observed at the very beginning of the war. Already in the second half of 1914, tremors (trembling of the whole or part of the body), amnesia, frequent and painful headaches, dizziness and sensitivity to noise, and sometimes, in the most extreme cases, blindness and deafness were recorded among soldiers of the British Expeditionary Force. These symptoms normally appeared as a result of physical brain damage; however, in most cases, the soldiers did not have such injuries. The medical opinion on the causes of the observed symptoms had to evolve radically. It was assumed that the cause of the symptoms was the explosion of an artillery grenade or other missile sufficient to cause organic changes in the brain and spinal cord due to the atmospheric pressure of the explosion and decompression. In other words, the symptoms that the soldiers had were the result of shock caused by explosions, without physical impact of the projectile or its fragment (shrapnel). In medical but also social, popular, political and cultural discourse, following the aforementioned assessment, a term that would dominate the military psychiatry of the First World War, as well as the psychiatry of war in general, was introduced. The first to use the term «shell shock» in a medical publication, more precisely in the Lancet journal, was an English physician and practicing psychologist, Charles Samuel Myers (Myers, 1915).

It was later determined that the origins of the symptoms of «shell shock» were in fact not physical, but mental. Due to the stress of battle, anxiety and exposure to extreme danger and frequent traumatic and disturbing experiences, soldiers became emotionally distressed. Similar symptoms to those found among the British forces were recorded among soldiers in other allied and opposed armies. The French military physiatrists referred to the condition as

"mental confusion". Their German and Austrian peers tended to describe it as "war neurosis" [*kriegneurosen*] or "war hysteria" [*krieghysterie*] (see Lerner, 2003). Due to uncontrollable shaking and trembling, which was probably the most perceptible physical symptom, German soldiers were referred to as: "war quiverers" [*kriegszitterer*] or «shakers» [*schüttler*]. Ultimately, all these local expressions became generic terms for psychologically traumatic responses to the extreme stresses of battle.

In terms of scientific attention and the overall amount of historiographic scholarly work on the First World War produced over the years, not only in respect to the psychiatric casualties and military psychiatric practises, but in general, the focus was on events of the western European war theatre. Indeed, the number of psycho-traumatic reactions to the stresses of war, experienced by soldiers of the armies in this theatre, based on available works (Jones &Wessely, 2005; Lerner, 2001) is immense. Hundreds of thousands experienced psychological traumas there. Nevertheless, it could be productive and scientifically rewarding to dedicate time and effort to the research of psych-traumatic occurrences in other war theatres. This paper aims to contribute to growing historical knowledge on military psychiatry by exploring the presently under-researched area of psycho-traumatic effects of war recorded among South Slavic soldiers in the First World War. In particular, by using the scarce yet relevant literature and obtainable personal medical files of individual soldiers, this paper aims to assess the prevalence and potential differences in manifestation of war-induced psycho-traumatic disorders among South Slavic soldiers in the armies of the First World War.

South Slavic Psychiatric Casualties in the Austro-HungarianArmy: Schizophrenically Susceptible or Traumatised by War?

In his comprehensive monograph on comparative psychiatry and intercultural distribution of mental illnesses, Henry B. M. Murphy, Canadian cultural psychiatrist and founder of the World Psychiatric

Association Section on Transcultural Psychiatry, dedicated one whole section to battle neuroses of the First World War (Murphy, 1982). He presented data on the percentage distribution of psychiatric diagnoses in seven ethnic (in the original wording: "subcultural") groups of the Austro-Hungarian Army originally collected by Austrian psychiatrist Alexander Pilcz. Pilcz, a dedicated student of another notable Austrian psychiatrist, Julius Wagner-Jauregg, developed an extensive statistical record, specifying the ethno-based distribution of diagnoses of approximately 7500 soldiers hospitalised in the Austrian Army Garrison Hospital in Vienna, from 1914 to 1917. According to the presented data, the South Slavic soldiers i.e. soldiers recruited from the South-Slavic provinces of the Austro-Hungarian Empire, namely: Dalmatia, Croatia-Slavonia, Slovenia, Bosnia and Herzegovina, and Vojvodina, displayed notably higher rates of "amentia, schizophrenia and paranoia" than soldiers from other "subcultural" groups. At the same time, occurrences of war neuroses, extensively recorded among other groups, remained particularly low among South Slavic soldiers. Also, hysteric reactions to war stresses commonly recorded among Austro-Hungarian Army soldiers from other ethnic backgrounds were rarely mentioned in the context of hospitalization and treatment of the South Slavic soldiers.

Further research showed that data available in personal medical files of South Slavic soldiers hospitalized in the Royal Country Institute for Mentally Disturbed in Stenjevac (hereinafter: Stenjevac Institute) in Zagreb, province of Croatia-Slavonia, during 1917, corresponds to data presented by Pilcz. To be exact, a significant number of soldiers treated there were diagnosed with disorders falling into a wider cluster of schizophrenia-associated mental diseases, with "dementia catatonica" being the most common one. Such diagnoses were set by the physician(s) at the Stenjevac Institute even in cases in which it was obvious that the patient, in the course of his military service, had been directly exposed to events which could have resulted in psychological trauma. For instance, soldier Mujo B., recruited from the province of Bosnia and Herzegovina was diagnosed merely with "dementia catatonica" even though, according to his personal medical file, he had no hereditary

predispositions for psychiatric diseases nor had he experienced psychopathological manifestations before. Although he was directly exposed to a particularly traumatic event (i.e. shell explosion), which could have caused his mental health conditions, the diagnosis did not reflect it in any way.

Mujo B., born in 1894. Muslim. Farmer. Married. Born in Milino village in the municipality of Puračić, district of Maglaj, province of Bosnia and Herzegovina. Came from Garrison Military Post Office No.23 Zagreb and was brought to the Stenjevac Institute by another soldier on September 25th, 1917. Released on October 29th, 1917. Care duration in the Institute: 35 days. Diagnosis: «dementia catatonica». On October 27th, 1917, he was invited for an interview. Father Mustafa died 12 years ago. Mother Nura lives in Milino village. Has one brother named Bišo. Mother has about 50 acres of good land. For the first ten days of his stay, he didn't go to work because he was not invited. He could go. Ever since, he goes every day. He is hardworking and neat. When he works it is better when he sometimes takes half an hour to rest. Then he feels good again and can work. He does not remember his illness. He only knows that he was somewhere in the battlefield around Gorica and that a grenade, along with the earth, threw him from one trench to another and that he flew through the air. After that he became sick and was treated in a couple of hospitals. He was in Graz, where a doctor did not allow them to put him in a «cage-bed.» He was a sergeant, having «star» epaulets but paramedics in Graz took his pretty and good wardrobe and gave him this light one that he has on now. He belongs to the 7th Regiment located in Slavonski Brod. Now he feels completely healthy and is quite orientated both in place and time though he is not literate[187].

Another noticeable tendency at the Stenjevac Institute, based on

187 Stenjevac Institute Personal Medical File No. AKPV-M-1917-A-L-10469.

examined personal medical files, is the inclination of physician(s) to set diagnoses rather reductively i.e. by taking into consideration only recorded hereditary predispositions or personal, sometimes even contradictory, statements of treated soldiers, without taking into consideration the potentially traumatic experiences they were exposed to. Such is the case of soldier Hasim, F., from Tinje village in Bosnia and Herzegovina. In 1914, Hasim, F., experienced psychological difficulties following shell explosion. He was demobilized and then recruited again. His two brothers were killed in the war, which also could have had a psycho-traumatic impact. According to his personal medical file, there were also hereditary predispositions towards epilepsy. Eventually, he was diagnosed with some «light epileptic manifestations.» In this case, the potentially traumatizing effects of the soldier's wartime experiences were clearly overlooked, along with part of his statements suggesting that he often experienced delusions (i.e. «something green…takes him on its wing…he cannot escape it»). It seems that at the Stenjevac Institute a diagnose-setting process mostly depended on a «cherry-picking» practice and that only those anamnestic elements necessary for making a «desired» diagnosis were taken into consideration.

Hasim. F, born in 1884, a Muslim, unmarried, a farmer from the village Tinje, district of Tuzla, Bosnia and Herzegovina. Serves in the 1st Bosnian and Herzegovinian Infantry Regiment, in Squad number 3. Sent on April 10th, 1917 from a Military Hospital in Tuzla to the Stenjevac Institute for treatment. According to medical findings of Tuzla hospital of April 7th, 1917, he states that often «something green appears in front of his eyes, and that it takes him on its wings, and that he cannot escape it, or have peace from it anywhere.» Frequently some sort of coldness absorbs him and then he is teeth chatter while he lies in bed. Otherwise, he is mentally in good condition and physically healthy, medium in size, strong.

Here in Stenjevac he complains about feeling pain. At repeated interviews, he stated that his father died, and that he was an epileptic. Mother died of water sickness (infection). Two brothers died in the war, the third oldest is at home. His only sister is married; all of her family members are healthy. He has been serving

since the beginning of the war. He was a pioneer on the Drina. After an explosion he was taken to the hospital. After six months he was released home. After one year, he was mobilized again. He is always calm and working. Does not complain any more about his illness. He is constantly asking to be sent to his military unit in Budapest.

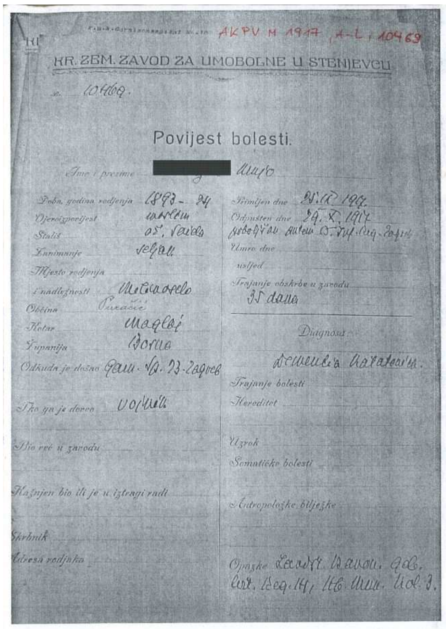
Medical opinion: Existing bodily problems of Hasim F., could be labelled as light epileptic manifestations, and since this man is in every case physically and mentally capable and willing to work, his internment at the Stenjevac Institute is not necessary. He can be used for lighter service tasks. Patient is to be released from the Stenjevac Institute and taken, along with his accompanying medical certificates, to his military unit in Budapest[188].

Also, an inadequate intellectual capacity, underdevelopment of character and mental handicap were frequently noted in the context of the hospitalisation of South Slavic soldiers at the Stenjevac Institute, but this most likely occurred in other similar institutes throughout the Austro-Hungarian Empire as well. It remains unclear what led to such an overwhelming view of intellectual inadequacy, especially having in mind that in the course of conscription into the army, recruits were surely subjected to at least superficial medical exams. Perhaps it was socio-economically advantageous, in the long-term, for the military-psychiatric authorities (if one has in mind possible post-war disability and pension claims by the injured soldiers) to emphasise pre-war causes of recorded illnesses. It appeared as though all recorded psychiatric casualties actually resulted from mental health issues originating from an earlier, civilian life.

Upon discharge from the Austro-Hungarian Army, mentally injured South Slavic soldiers, in the majority of cases, did not have

188 Stenjevac Institute Personal Medical File No. AKPV-M-1917-A-L-10294.

adequate medical care at their disposal, and were frequently compelled to turn to other, locally available remedies. Frequently such remedies were not designed and administered in accordance with established medical standards of the time, but more often consisted of pseudo-religious, traditional, folkloric cures. For example, in the treatment of mental traumas, and not just those war-induced, the local population in Bosnia and Herzegovina employed such alternative, scientifically ungrounded remedies. As early as 1908, the Austro-Hungarian Army doctors recorded among local recruits a syndrome of psychogenic origin that appeared due to some sort of mental trauma (grief, sadness, fear, etc.). Local physicians, more acquainted with the domestic culture, referred to the phenomenon as *verem*, meaning, among other things, "sorrow" in Turkish (Dojmi, 1940). It is possible that the First World War, due to its intense traumatic effects on the mental health of military recruits, often young man in their early adult age, contributed to the expansion of the syndrome. Dojmi mentions that in its treatment, traditional folk «suggestive» therapies were widely used, apparently with limited success.


AKPV M 1917, A-L, 10469

KR. ZEM. ZAVOD ZA UMOBOLNE U STENJEVCU

Br. 10469.

Povijest bolesti.

Ime i prezime [redacted] Mujo

Dob, godina rodjenja 1893 - 24
Vjeroizpovijest
Stališ
Zanimanje
Mjesto rodjenja
i nadležnosti
Občina
Kotar Maglaj
Županija Bosna
Odkuda je došao
Tko ga je dovео
Bio već u zavodu
Kažnjen bio ili je u iztragi radi
Skrbnik
Adresa rodjaka

Primljen dne
Odpušten dne 29. X. 1917
Umro dne
uslijed
Trajanje obskrbe u zavodu
35 dana
Diagnosa
Trajanje bolesti
Hereditet
Uzrok
Somatičke bolesti
Antropološke bilježke
Opazke

Cover of a personal medical record from the Stenjevac Institute (photo by: M.R.)

Psychiatric Casualties in the Army of the Kingdom of Serbia: Genuine Psychological Resilience or Scientific Pseudo-patriotism

Serbian military psychiatry historiography is characterized by a scarcity of sources. The first relevant reference to the issue of war-induced psychopathological effects on the health of Serbian soldiers can be found in relation to the Balkan Wars (1912 and 1913, respectively). In his article published in the German language, author, Dr V.M. Subotić, an administrator of the Royal Serbian Institute for the Mentally Disturbed (hereinafter: Royal Institute), made comparisons of experiences from the Balkan Warswith those from the Russo-Japanese War, the Boer Wars, and the Franco-German War 1870–1871, claiming that in the Balkan Wars «mania, melancholia, or dementia paralytica» were indeed recorded among Serbian soldiers but at an exceptionally low rate i.e. just 102 soldiers were admitted to the Royal Institute. In his view: «the expectation we had for a long time, that in modern warfare—and the Balkan Wars were, no doubt, modern—the rate of mental illness will significantly rise, did not come true, the cause of that is to be ascribed to the resilience of the Balkan peoples» (Subotić, 1914).

Elaborating on military psycho-traumatic experiences from the First World War, psychiatrist Vladimir F. Vujić reiterates claims made earlier by Subotićin reference to the low rate of psycho-traumatic reactions to stresses of battle among Serbian soldiers, claiming that this is due to inborn resilience and «great resistance of nerve system» (Vujić, 1929a). Vujić claims almost full absence of war induced mental disorders among Serbian soldiers, stating that according to his findings, between 01 Aug.1914 and01 Aug. 1915 (i.e. the first year of the war) «only 23 Serbian soldiers were treated» for mental health difficulties by the Royal Institute. In comparison, in 1916, while Serbia was under Austro-Hungarian military occupation, the same institution treated 99 Austro-Hungarian and German soldiers (Vujić, 1929b).Using the example of susceptibility to hysterias, Vujić also makes a distinction between soldiers based on the territorial principle of their origin claiming that Serbs from the Morava river valley [region in Serbia] are more psychologically resilient than Dinaric Serbs and Bosnians and Herzegovinians. In the

author's exact wording: «according to statistics, hysterical mental disorders among the Serbs in Serbia are very rare (...) it stands in clear contradiction to the findings from Bosnia and Herzegovina where epilepsy and hysteria (...) as well as neurasthenia, occur strikingly often» (Vujić, 1929a). In addition, and most likely aiming to support his argument by using records of an foreign author, Vujić emphasizes that lower incidences of war-induced mental disorders among the members of the Kingdom of Serbia's army were also reported by a member of the Red Cross mission, Swiss psychiatrist Dr Eugen Bleuler. He stated that «out of 10000 Serbs captured in this war (i.e. the First World War), who were in the most miserable state of maximum strain and severe physical exhaustion, only five became mentally ill» (Bleuler, 1918, in Vujić, 1929b).

In clear discrepancy with these reports stand the findings of Dr Heike Karge, a historian from Regensburg University, and one of the very few contemporary international scholars involved in the research of non-Western psychiatric casualties of the First World War. In her contribution to an edited volume published in 2016, she revealed that «the negligible number of psychiatric diagnoses allows us to assume that mentally ill soldiers in the Balkan Wars often were not recognized as such, and that, lacking somatic causes for their complaints, they were treated, if at all, for general weakness» (Karge, 2017). In addition, based on her findings, the number of Serbian soldiers, treated for various mental health issues, actually increased after the war. Karge mentions an interesting case of repatriation of 35 Serbian soldiers who were, upon the conclusion of the First World War, hospitalized in Toulouse in France. Their return to Belgrade dragged on for several months, and letters went back and forth, all this because there was no room for these men in local medical-psychiatric facilities.

Perhaps the motivation behind the «low-rate-argument» regarding Serbian military psychiatric casualties mentioned by Subotić and later on adopted by Vujić lies in some other, non-medical intentions. In the case of Subotić, there is possibly a pseudo-patriotic objective for the creation of a partly scientific and partly propagandistic narrative on the resilience and physical and mental solidity of a

Serbian soldier. One should keep in mind that Subotić wrote his article in 1914, in the eve of major armed conflict, in the context of deteriorated Austro-Serbian political and economic relations, so it is no wonder that patriotic tendencies affected even mainstream medical-psychiatric discourse. Vujić, on the other hand, wrote in 1929, in a year in which the first Yugoslav War Veterans Law (adopted in 1925 based on the French model which recognised «mental» invalidity) was amended reducing the use of psychological injuries suffered during the war as a basis for financial compensation (Šurmin, 1935). Accordingly, the «low-rate-argument» might have had a more particular economical agenda, which was perhaps supported by official circles. Also, one needs to keep in mind that in 1929 there were not as many local scientific journals dedicated to military psychiatry *per se* in which different opinions could be expressed and debated, and that articles published by Vujićmore or less represent the mainstream professional outlook on the issue.

Conclusion

Exposure to potentially traumatic events can have different phenomenological consequences in different cultural settings (Linden, 2012). Ergo, members of different ethnic or cultural groups, exposed to the same sort of psychologically traumatic events, could react in a different manner. In the case of soldiers of South Slavic ethno-cultural origin, who, due to the interplay of distinct political and historic causes, fought for both warring blocs in the First World War, the equation could be set slightly differently. Namely, how likely is it that members of the same cultural group, exposed to the same or similar set of psycho-traumatic events, would react in a different manner? If we assume that South Slavs, despite their local and regional differences and long-lasting exposures to social, political, religious and even military influences of other nations that historically bordered them, managed to sustain their common ethno-cultural and psychological identity, then most likely the reaction of soldiers of such (i.e. South Slavic) ethno-cultural origin to psycho-traumatic experiences of the First World War, would be the same, or at least very similar.

However, there are relevant exceptionalities, in respect to the susceptibility of South Slavs to war-induced psycho-traumatic reactions that should be taken into consideration. These exceptionalities were perhaps not as present among soldiers from other ethno-cultural groups serving in the Austro-Hungarian Army. To be exact, it is quite possible that South Slavs in the Austro-Hungarian Army could have been additionally psycho-traumatically susceptible due to the situation in which they were expected to consciously endanger the lives of people with whom they shared ethnic origin, language, culture and very often even political and religious affiliations. Mobilized by the foreign political and military authority, it is unlikely that they shared the enthusiasm of German or Austrian solders for the war effort. On the other hand, one could assume that soldiers in the army of the Kingdom of Serbia were perhaps more motivated to fight than their kinfolks in the Austro-Hungarian Army. After all, they were in a much better position to develop a stronger attachment to the aims and reasons for fighting, and thus consciously accept the hardships of the war. In addition, if one decides to have confidence in statements made by Vujić, Serbs from Serbia were more psychologically resilient than Serbs from other South Slavic lands (in Austro-Hungarian Empire), which, according to him, were found to be predisposed to epilepsy, hysteria and neurasthenia (Vujić, 1929a). Ergo, taking all the above into consideration, it could be presumed that South Slavic soldiers, divided in two confronted warring alliances of the First World War, could have reacted differently to stresses of conflict.

Deciding on any of presented theories and reaching a firm conclusion on psychiatric casualties among South Slavic soldiers in the First World War, is quite difficult. Referring to diagnostic practices established in the Austro-Hungarian military psychiatric facilities, such as the Stenjevac Institute, stresses of war hardly affected the South Slavic soldiers. And if they demonstrated or experienced any psychological difficulties, those were predominantly consequence of pre-war, often hereditary mental conditions and intellectual deficiencies. On the other hand, soldiers fighting in the Serbian army, basing on pseudo-patriotic and -

scientific scholarship produced in the eve of the First World War and decade after its end, demonstrated very little or no susceptibility to psycho-traumatic reactions caused by war. It seems that syndromes lumped together under the generic terms of «shell shock» or «war neurosis,» so broadly recorded among soldiers in other armies and attentively described by military psychiatric historiography, were practically non-existent among South Slavs. Finally, if, with an intended ironic undertone, a psychological profile of a South Slavic soldier in the First World War is to be described on the basis of available scholarship, we could more or less say that such a soldier was mad, intellectually underdeveloped, tough and resilient.

Tragedie silenziose. I «folli» di guerra nella visione dello Stato Italiano e dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra

di *Ugo Pavan Dalla Torre*

Follia di guerra: tema e problema

Lo studio sistematico della storia della follia di guerra della prima guerra mondiale ha cominciato ad essere affrontato durante gli anni Settanta. Pionieristici, in questo settore, gli studi di Fussel (1975) e Leeds (1979). Il dibattito scaturito intorno a questi lavori stranieri ha portato anche gli storici del nostro paese ad approfondire questo particolare aspetto medico e sociale della Grande Guerra. I lavori di Antonio Gibelli (1990), Bruna Bianchi (2001), Andrea Scartabellati (2008) sono solo alcuni esempi di volumi, pubblicati fra l'inizio degli anni Novanta e i primi anni del nuovo secolo, che si sono occupati di questi aspetti.

Anche in Italia la follia di guerra è pertanto divenuta un "problema storiografico" e gli storici hanno lavorato per ricercarne le origini temporali e le cause; per studiarne le forme sintomatiche e le loro manifestazioni; per approfondire la vicende scientifiche e professionali dei medici, militari e non, che lavorarono in questo ambito. Con l'approssimarsi del centenario della prima guerra mondiale e durante le ricorrenze sono poi state completate interessanti ricerche mirate a studiare i singoli luoghi di cura, i «manicomi» provinciali[189]. Si tratta di lavori che hanno permesso di precisare ulteriormente la diffusione del fenomeno e di riscoprire

189 Si veda ad esempio il volume relativo alla storia medica dell'Emilia Romagna (Montella, Paolella e Ratti, 2010).

anche la dimensione locale delle risposte mediche e sociali a questa particolare patologia.

Sebbene Antonio Gibelli abbia evidenziato che già durante la guerra russo giapponese di inizio Novecento si fossero verificati episodi di «follia» di guerra e che proprio in quel conflitto siano da ricercarsi le radici e le origini di questa tipologia traumatica nelle sue successive manifestazioni; durante la prima guerra mondiale questo fenomeno crebbe esponenzialmente, sia per il numero delle casistiche rilevate sia per l'intensità dei traumi riscontrati. La continua esposizione a pericoli mortali e le condizioni estreme di privazione in cui i soldati erano costretti a vivere nelle trincee costituirono certamente la base dei traumi e delle patologie rilevate all'epoca. Ma la novità più rilevante, evidenziata da Fussel, è la persistenza latente di tali patologie che, in alcuni casi, tardavano a manifestarsi per poi comparire a distanza di anni dalla conclusione delle ostilità. Se appare evidente la correlazione fra la prima guerra mondiale e lo scatenarsi delle patologie mentali, altrettanto evidente appare anche come – ad un livello scientifico – proprio durante la prima guerra mondiale vi sia stato uno sforzo analitico che portò alla definizione di tali patologie, che vennero identificate come «traumi mentali» ed alla loro descrizione.

Scopo di questo articolo è studiare la storia dei folli di guerra, approfondendo un punto di vista forse meno conosciuto. Anche i folli o, per usare una dicitura dell'epoca, gli «alienati» erano infatti invalidi di guerra. È una affermazione che può sembrare ovvia, ma – avremo modo di osservarlo – in quel periodo al trauma mentale non veniva sempre ed automaticamente associato lo status di invalidità contratta per causa bellica. Partendo da questa considerazione l'articolo intende studiare se e in che modo i mutilati e gli invalidi di guerra si relazionavano con la particolare categoria dei folli; quali provvedimenti venivano invocati a tutela di questa categoria; quali furono gli interventi pubblici per assistere questi soggetti.

In sede di introduzione è bene evidenziare che non vi fu sempre una corrispondenza perfetta tra la conoscenza scientifica di patologie e traumi – che proprio durante la guerra si approfondì e si affinò – e la reale volontà di curarli. Questa discrepanza è certamente legata a diversi fattori. Primo fra tutti il sospetto di simulazione: i sintomi della follia potevano essere simulati dai soldati e in diversi casi

questo effettivamente avvenne. Il sospetto della simulazione ebbe dunque un peso estremamente significativo per tutta la categoria dei folli. In seconda battuta era ancora forte lo stigma sociale che investiva i "matti" e tutto quanto riguardava la cura delle loro patologie e la loro eventuale guarigione[190]. Un'ultima componente è probabilmente la mancanza di strumenti terapeutici adeguati alla cura di patologie di questo genere, conosciute nelle loro manifestazioni civili, ma ancora poco note nelle forme – e nella intensità – belliche.

Partendo dall'ampia disponibilità di materiale oggi disponibile, questo saggio si concentra principalmente sulle fonti dei Comitati di assistenza, della Federazione dei Comitati e dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra (ANMIG). Si tratta di enti di diritto privato, ancora poco studiati. L'analisi di un ampio corpus di documenti – i numeri de «Il Bollettino della Federazione dei Comitati di assistenza ai militari ciechi, storpi, mutilati» i verbali del Comitato Centrale dell'ANMIG e i numeri de «Il Bollettino», periodico mensile dell'ANMIG – permetterà di comprendere in che modo i malati di mente vennero visti dalle organizzazioni private di assistenza ai mutilati ed agli invalidi, ma anche come gli stessi mutilati di guerra vedevano questi soggetti; quali risposte assistenziali vennero fornite sia a livello medico sia a livello sociale; se e in che modo i folli vennero considerati mutilati o invalidi. L'analisi, basata su documentazione di enti privati che ebbero larga diffusione in Italia, durante e dopo la guerra, verrà integrata anche dallo studio delle discussioni parlamentari che portarono alla fondazione dell'ente pubblico di assistenza ai soldati resi invalidi, l'Opera Nazionale per la Protezione e l'Assistenza degli Invalidi di Guerra (ONIG) e di alcuni documenti pubblicati da questo ente pubblico.

190 Sull'aspetto dello stigma sociale la letteratura è davvero molto ampia. Per una analisi di come questa situazione si sia perpetuata nel tempo, anche in Italia, utile il testo di Foot (2014).

L’assistenza ai folli in Italia: Comitati di Assistenza, Opera Nazionale (ONIG) ed Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra (ANMIG)

Fin dai primi mesi di guerra divenne evidente che il conflitto che si stava combattendo avrebbe creato un numero di vittime fino a quel momento mai visto. Divenne altresì evidente la mancanza di una organizzazione assistenziale in grado di tutelare mutilati e invalidi una volta terminate le cure mediche prestate dall’esercito. Questi soldati venivano infatti assistiti dalla sanità militare dal momento del ferimento fino alla completa guarigione, ma una volta dimessi e dichiarati «inabili alle fatiche di guerra» venivano riformati ed inviati alle loro case e alle loro occupazioni civili. In moltissimi casi, però, questi soldati necessitavano di un percorso riabilitativo che non era erogato e neppure previsto dall’amministrazione militare e che non era stato ancora organizzato dagli altri enti pubblici.

Per rispondere a questa esigenza, in molte città italiane fra l’estate e l’autunno del 1915 sorsero i “Comitati di assistenza”. Alcuni notabili e medici, desiderosi di fornire un contributo attivo alla guerra, decisero di istituire delle case di riabilitazione in cui fornire ai mutilati o agli invalidi una assistenza sia medica che sociale. Punto nodale di questa assistenza fu il lavoro: gli sforzi assistenziali dei comitati erano mirati principalmente ad insegnare ai mutilati ad esercitare il loro antico mestiere utilizzando le protesi o ad insegnare loro un nuovo mestiere[191].

Nella primavera del 1916 alcuni Comitati, riunitisi a Roma, diedero vita alla «Federazione nazionale dei comitati di assistenza ai militari ciechi, storpi, mutilati». Nell’estate del 1916 la Federazione promosse la pubblicazione di un periodico, il *Bollettino della Federazione*, che divenne un importante riferimento per tutti coloro che si occupavano di assistenza e che costituì anche un importante laboratorio di esperienze mediche. La Federazione, ente di carattere privato, si proponeva di svolgere un ruolo di coordinamento delle attività dei comitati e di collegamento fra i comitati e il Governo.

191 Su questo argomento si veda Pavan Dalla Torre (2016). Sul tema dell’importanza delle protesi si veda Montella (2016).

Quest'ultimo, tramite i Ministeri dell'interno e della guerra, contribuiva al finanziamento ed al funzionamento dei comitati che affiancavano la sanità militare nel lavoro di assistenza ai mutilati di guerra. Fino al 1917 i comitati e la Federazione furono gli unici enti ad occuparsi della riabilitazione dei mutilati e degli invalidi.

Nel 1917 si verificarono due importanti novità nel campo dell'assistenza ai mutilati. Con la Legge 481 del 25 marzo il Parlamento, dopo quasi un anno di discussioni, dava vita all'Opera nazionale per l'assistenza e la protezione degli invalidi di guerra (ONIG). Il nuovo ente pubblico avrebbe avuto un proprio bilancio e avrebbe gestito tutte le attività assistenziali a favore dei mutilati. Di fatto la creazione di un ente pubblico preposto alla tutela medica e sociale dei mutilati e degli invalidi di guerra poneva fine all'esperienza dei comitati e della loro Federazione, anche se il lavoro di questi ultimi sarebbe continuato fino alla fine della guerra e, in alcuni casi, anche dopo. L'altra grande novità fu la nascita di una associazione fra mutilati, l'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra (ANMIG), fondata a Milano il 29 aprile 1917. Con questa iniziativa, che non fu la prima e non sarebbe rimasta l'unica, almeno fino al 1925[192], i mutilati decisero di organizzarsi per tutelare i propri diritti e per amministrare la memoria della guerra e del sacrificio patito. Per la prima volta i mutilati di guerra poterono dirigere un organismo di carattere nazionale, senza dipendere dalle organizzazioni dei «sani».

Questo era il quadro dei soggetti coinvolti nella assistenza agli invalidi di guerra in Italia. Ma chi erano i folli per lo Stato, per i comitati e per l'associazione? E come venivano visti e considerati i folli o, usando la terminologia allora in voga, gli alienati?

Come si è detto, nel marzo 1917 la Legge 481[193] aveva attribuito allo Stato il compito di assistere gli invalidi della guerra. La legge stabiliva che:

192 Diverse associazioni fra militari riformati per invalidità erano infatti sorte prima del 1917 e, nel 1918, venne fondata anche la «Lega Proletaria mutilati invalidi reduci orfani e vedove di guerra». Su quest'ultima associazione si veda Isola (1990). Nel 1925 l'ANMIG ottenne l'esclusività della rappresentanza dei mutilati di guerra.

193 Legge 25 marzo 1917, n. 481, art. 2. Per il testo del provvedimento si veda *Costituzione di un ente denominato opera nazionale per la protezione ed assistenza degli*

sono considerati invalidi […] i militari, anche se già congedati alla data della pubblicazione della presente legge, e tutti coloro che siano divenuti inabili a lavoro proficuo o si trovino menomati in grado notevole nella loro capacità al lavoro, in seguito a lesioni o ad infermità incontrate per servizio di guerra, o comunque per un fatto di guerra.

Il fondamento del diritto all'assistenza pubblica era la necessaria corrispondenza fra patologia contratta e servizio o fatto di guerra, corrispondenza non sempre dimostrabile per malattie quali la tubercolosi e, appunto, le malattie mentali. Inoltre la legge non faceva alcun cenno esplicito agli invalidi per malattie mentali e neppure alla malattia mentale come esplicita conseguenza della guerra. In sostanza gli alienati non erano contemplati dalla normativa vigente e, di conseguenza, mancava la possibilità di offrire loro risposte assistenziali adeguate. A maggior ragione era estremamente difficile considerare l'intera categoria di malati alla stregua di invalidi o vittime di guerra quando la loro menomazione non era riconosciuta come dipendente da fatto di guerra dai medici militari e dalle commissioni mediche preposte all'assegnazione della categoria pensionistica. Qualche mese dopo il regolamento attuativo della Legge 481, il Decreto luogotenenziale 21 giugno 1917 n. 1157, aveva stabilito le modalità di assistenza: i folli di guerra sarebbero stati ricoverati nei manicomi provinciali e il costo del loro mantenimento sarebbe stato sostenuto dal Ministero del tesoro (articolo 2) anche attraverso trattenute sulle pensioni di guerra eventualmente spettanti ai degenti.

A più riprese la Federazione, attraverso il *Bollettino* e l'opera del suo direttore Ettore Levi, aveva evidenziato le molteplici lacune della legge e del sistema assistenziale e proposto soluzioni operative. Fra i punti di maggiore criticità messi in luce dalla Federazione vi era proprio l'assistenza agli invalidi mentali, individui che non solo necessitavano di una costante assistenza, ma che presumibilmente non avrebbero più potuto riprendere una qualsivoglia attività lavorativa e neppure il loro posto nella società. L'urgenza e la difficoltà dell'assistenza agli alienati erano particolarmente sentiti

invalidi della guerra: Legge 25 Marzo 1917, n. 481, e relativo regolamento, Milano, Ditta L. Di G. Pirola , 1917.

dalla Federazione dei Comitati. La soluzione dei problemi inerenti agli alienati era «non meno grave e dolorosa» del lavoro quotidianamente svolto a favore di tutte le altre categorie di vittime della guerra. Secondo Levi gli alienati erano dei «miseri» ai quali «nessuno ha mai pensato, né pensa». Essi erano «obliati nei Manicomi, senza ricordi di gloria o fervore di speranza» e rappresentavano «le più derelitte tra le vittime della guerra» (Levi, 1918, p. 257). Parole certamente forti, che tuttavia descrivevano realisticamente la situazione dei soldati colpiti da malattia mentale.

Per stimolare una riflessione ad ampio raggio, nel 1918 Ettore Levi predispose un questionario e lo inviò ai direttori di tutti i reparti psichiatrici militari e ai direttori di manicomi provinciali. Il questionario conteneva tre quesiti: il primo riguardava l'incidenza percentuale delle malattie mentali sul totale delle invalidità di guerra; il secondo richiedeva in che modo, sulla base della legge istitutiva e del regolamento applicativo, l'Opera nazionale avrebbe potuto agire per la tutela di questa categoria; il terzo quali modifiche alla legge sarebbero risultate opportune per rendere più ampia l'assistenza a questa categoria (Amaldi, 1918). Alcune delle risposte pervenute a Levi vennero pubblicate nel *Bollettino* e costituiscono un importante documento per l'analisi del tema della follia di guerra.

Rispondendo alla prima domanda del questionario, Paolo Amaldi, direttore del Manicomio di Firenze, sottolineava che oltre il 50% dei ricoverati per patologie mentali nei reparti psichiatrici militari venivano inviati nuovamente ai reparti o denunciati per simulazione. La malattia della restante metà dei soldati era giudicata «non grave» in quasi il 70% dei ricoverati. Dunque, secondo il medico fiorentino, il numero degli affetti da patologie gravi che richiedevano l'attenzione degli enti assistenziali era in realtà molto piccolo. Anche secondo Amaldi la vera difficoltà era stabilire la correlazione fra la malattia e i fatti di guerra: troppo scarse le notizie segnalate nelle cartelle cliniche dei malati provenienti dal fronte, troppo difficile attribuire ad un solo elemento l'insorgere di una patologia così complessa. Fatte queste premesse, la sua conclusione era chiara:

> esclusi i simulatori e i restituiti al Corpo […] credo di poter concludere in via di probabilità che appena il 10% costituiva il totale dei psicopatici e quindi invalidi mentali per servizio di guerra o comunque per fatto di guerra (p. 216).

Quanto al secondo quesito, riguardante l'intervento dell'ONIG nei confronti di questi individui, sia i gravi che i guaribili; l'ente avrebbe dovuto limitarsi a garantire le cure manicomiali. Secondo Amaldi, uno dei migliori rami dell'assistenza sanitaria pubblica italiana era proprio quello relativo alla cura dell'alienazione: i manicomi avevano infatti raggiunto una organizzazione perfetta, anche dal punto di vista edilizio. Se essi non erano concettualmente apprezzati dai cittadini era forse perché non erano ben conosciuti. Nei manicomi gli alienati sarebbero stati rieducati e non solo reclusi e questa era certamente la via migliore per tentare di recuperarli alla vita sociale della nazione. Nel caso gli alienati non avessero potuto essere accolti nei manicomi perché non rientranti nelle categorie ammesse secondo la legge in vigore[194] o ne fossero dimessi a causa di un miglioramento della condizione mentale, avrebbero potuto beneficiare della «assistenza paramanicomiale che la psichiatria pratica ha in questi ultimi anni sviluppata nelle forme di custodia sussidiata omofamiliare […] o di patronato dei pazzi poveri, o di custodia sussidiata eterofamiliare» (p. 217). L'onere finanziario di questi trattamenti avrebbe potuto essere assolto dall'ONIG.

La risposte del direttore del manicomio di Milano-Mombello, prof. Giuseppe Antonini, vennero pubblicata nei numeri di agosto e di ottobre del 1918. Secondo il medico milanese il vero problema dell'assistenza ai malati di mente era la:

> condizione di inferiorità in cui si sono trovati, ritrovano e ritroveranno gli infelici appartenenti a questa categoria di invalidi in forza sia dei pregiudizi secolari che sono ancora molto diffusi fra il pubblico e fra gli stessi medici, sia per la sovrapposizione, e la confusione che ne deriva, con essi dei criminali (Levi, 1918, p. 257).

Con l'applicazione della legge del 1904, che secondo il medico lombardo «costringeva l'alienato nel casellario di un provvedimento giuridico» (p. 257), nell'immaginario collettivo, il manicomio non

194 Amaldi si riferiva alla legge del 14 febbraio del 1904 e al relativo regolamento applicativo del 16 agosto 1909. Per una analisi di questa legge e anche della storia dell'edilizia manicomiale si veda Foot (2014).

era più un luogo di cura, ma diveniva un luogo di punizione e di reclusione. Antonini toccava così due punti fondamentali: lo stigma sociale di cui la follia era vittima e l'identificazione fra malato mentale e criminale. Secondo il direttore, questi erano i due fattori che avevano contribuito a creare l'alone di ignoranza e noncuranza che avvolgeva il locale manicomio e, in generale, l'istituzione manicomiale. Nel reparto militare allestito a Mombello erano stati curati oltre 4.000 soldati, ma tutto il lavoro che era stato svolto e si continuava a svolgere era rimasto praticamente sconosciuto alla cittadinanza. Erano pertanto mancate le oblazioni e le provvidenze che avevano invece contribuito alla istituzione di molti nuovi luoghi di ricovero o alla modernizzazione di quelli esistenti che si dedicavano alla rieducazione degli amputati o dei ciechi. Provvedimento necessario e propedeutico, secondo Antonini, era dunque «interessare il pubblico sull'importanza della questione sociale della profilassi delle malattie mentali». Successivamente sarebbe stato necessario «avere fede nell'azione della terapia psichica, conoscere che il malato di mente può essere modificato e ritornare anche elemento utile alla vita libera ed al lavoro» (p. 258).

Circa la percentuale degli alienati gravi proposta da Amaldi, Antonini scriveva: «io crederei di poter, sulla base della nostra statistica, aumentare considerevolmente tale proporzione» (p. 258). Secondo Antonini, infatti,

> quando vi sia stata sindrome commozionale non è più possibile escludere che la dipendenza o per lo meno l'aggravamento da causa di guerra sulla base della constatata origine traumatica a mezzo del cosiddetto verbale si possa e si debba portare in campo (p. 258)

Certamente la predisposizione del soggetto – altro argomento ampiamente diffuso come prova della non dipendenza della patologia dalla guerra – poteva essere una via privilegiata alla degenerazione della malattia, ma anche nei casi in cui la predisposizione fosse stata accertata non era possibile escludere la causa di guerra come fattore scatenante o di aggravamento. In tutti questi casi si rendeva necessario un intervento assistenziale pubblico. Anche secondo Antonini l'ONIG avrebbe dovuto farsi carico del malato dimesso attraverso un patronato, «ma non un patronato elemosiniero […] ma

di assistenza oltre che economica, morale, che veda il caso per caso, che abbia organismi agili, armati di fede e di amore» (p. 258). I medici sapevano benissimo che molti patronati operanti in Italia si limitavano ad elargire un sussidio alla famiglia dell'alienato, un provvedimento che non sarebbe stato sufficiente per garantire un completo reinserimento del malato nella vita sociale[195]. Un compito fondamentale diveniva quindi aiutare i malati nella ricerca e nella conduzione del lavoro, anche attraverso "colonie di lavoro"[196]. Occorrevano sussidi più cospicui per permettere all'alienato dimesso di aprire una attività in proprio o di acquistare attrezzi e vestiti "decenti". Questo era visto come un modus operandi più adatto a tutelare i degenti che facevano ritorno alle famiglie, ma anche quelli che non avevano una famiglia entro cui ritornare.

Compiti dell'ONIG avrebbero dovuto essere da un lato l'assistenza economica, prestata attraverso la gestione e l'erogazione dei sussidi; dall'altro una tutela morale e il coordinamento di tutti gli enti che già si facevano carico della tutela dei pazzi. Solo così le situazioni che si sarebbero potute presentare al momento della dimissione di un malato di mente avrebbero potuto essere affrontate in maniera efficace. Fondamentale, continuava Antonini, diveniva la collaborazione dell'ente pubblico con le amministrazioni locali, in particolare con i sindaci. Ad unanime parere dei medici interpellati, il centro di tutta la rete assistenziale avrebbe comunque dovuto essere il manicomio, ma, secondo le parole di Antonini «un manicomio svecchiato, aperto, che già sia diventato una casa di vetro, in cui il pubblico entri, e si interessi e conosca» (Levi, 1918, p. 257). Si tratta di idee di grande modernità, che sarebbero state riprese e realizzate nel nostro paese alla fine degli anni '70.

195 Sulle funzioni del patronato si veda l'articolo di Antonini e Tamburini (1918): Antonini: «Gli è che le poche lire mensili che si possono dare al dimesso non rappresentano un sufficiente compenso all'aggravio che la famiglia assume» (p. 312). Dello stesso parere Augusto Tamburini: «Ma il Patronato […] non deve essere, come purtroppo avviene nella maggior parte dei Patronati esistenti in Italia a lato dei Manicomi, un ente a funzione puramente economica, limitandosi, cioè, a somministrare sussidi pecuniari […] ma deve esercitare una funzione integrativa materiale e morale» (p. 314).

196 Si trattava di case di lavoro entro cui venivano alloggiati diversi alienati. Provvedimenti simili erano stati sperimentati dove mancavano i patronati o coinvolgendo alienati che non avevano una famiglia alle spalle. Si veda Antonini e Tamburini (1918).

Credo sia importante notare che negli articoli menzionati non veniva neppure presa in considerazione l'ipotesi di analizzare e discutere i casi di simulazione di cui si aveva notizia: i dati forniti dalla sanità militare, così come le diagnosi ivi effettuate, erano accettati come sicuri. Dopo la conclusione delle ostilità questa certezza sembrò, almeno in parte, vacillare, anche perché i parenti dei molti soldati ammalatisi cercavano di ottenere il trattamento pensionistico per i loro congiunti e, di conseguenza, cercavano di comprendere se sussistesse per loro il diritto a pensione. Tale quesito venne sottoposto anche alla commissione legale dell'Opera assistenza civile di Milano. In un articolo significativamente intitolato «I mutilati della mente. Condizione giuridica degli alienati per servizio militare», il *Bollettino della Federazione* dava notizia di come la commissione avesse operato e a quali conclusioni fosse giunta (*I mutilati della mente*, 1919):

> Purtroppo […] la più grave difficoltà sorgeva dal fatto che l'autorità medica militare, quando riformava o faceva ricoverare questi alienati, non riconosceva mai che la malattia mentale fosse dipendente da causa di servizio. Perciò gli interessati si vedevano chiusa la via a qualunque domanda di pensione (p. 119).

A seguito di diverse segnalazioni il ministro Bissolati aveva introdotto normative più «umane», che partivano dal presupposto che, al momento dell'arruolamento, i soldati successivamente divenuti alienati erano stati ritenuti abili alle fatiche di guerra. Di qui la necessità del riconoscimento della causa di guerra nell'insorgere di malattie mentali, un passaggio necessario per avere accesso alla pensione di guerra: il soldato alienato sarebbe stato affidato alle cure di un tutore e la pensione percepita avrebbe contribuito al suo mantenimento.

Le definizioni di «mutilati della mente» o di «mutilati dell'anima» (Per i mutilati dell'anima, 1919, p. 138-139), comparse nel *Bollettino della Federazione*, accostavano – o, forse, miravano ad accostare – con maggior chiarezza questi malati alla condizione di vittime, di invalidi della guerra. In effetti, una volta stabilita la connessione fra causa di guerra e patologia, i malati mentali diventavano invalidi di guerra al pari dei mutilati, dei ciechi, dei sordi. Abbiamo però potuto osservare come, in molti casi, questo riconoscimento tardasse ad

arrivare e come, anche in presenza di tutte le condizioni necessarie, spesso l'aiuto statale mancasse o fosse parziale. Appare lecito chiedersi come coloro che erano stati riconosciuti mutilati o invalidi per causa di guerra guardassero a questi malati e se – e come – cercassero di soccorrerli.

Fin dalla sua fondazione l'ANMIG si era proposta di tutelare gli invalidi e i mutilati. Punto fondamentale dell'azione associativa erano il lavoro per la modifica del sistema pensionistico e per l'ottenimento di una legge sul collocamento obbligatorio. L'associazione lavorava poi per aiutare i soci nel disbrigo delle pratiche burocratiche; per rappresentare i soci di fronte ai datori di lavoro e così via. A più riprese l'ANMIG, attraverso le colonne de *Il Bollettino*, il periodico associativo[197], cercò poi di rendere note le situazioni più gravi; quelle che, essendo molto particolari, non rientravano nella casistica prevista dalla legislazione pensionistica e dunque non ricevevano aiuti da parte dello stato. In particolare l'ANMIG poneva l'accento su due «tragedie»: la situazione dei tubercolotici e, con meno intensità, quella dei folli. Questi ultimi, notava Anselmo Osti in un articolo pubblicato nel 1922, si trovavano in una situazione paradossale: la loro menomazione impediva normalmente lo svolgimento di un lavoro proficuo, ma in moltissimi casi la patologia era dichiarata non grave perché il soggetto non era pericoloso per sé o per gli altri e dunque non si procedeva con un ricovero manicomiale che avrebbe garantito al malato, per lo meno, vitto e alloggio. La conseguenza era chiara: questi malati «essendo inabili a lavorare, ribelli a qualsiasi disciplina, trascinano i propri giorni inutili a sé e alle loro famiglie». Spesso i dementi diventavano alcolisti o cocainomani e potevano rimanere vittime di un raptus che li portava al suicidio o al delitto (Osti, 1922). Secondo l'Associazione l'assistenza materiale avrebbe dovuto essere a carico dell'ONIG e la cura più indicata avrebbe dovuto essere il lavoro. Le condizioni di molti di questi malati, sosteneva l'autore dell'articolo, peggioravano durante i periodi di ozio e disoccupazione: una

197 Le pubblicazioni di questo periodico, che divenne la voce ufficiale del Comitato Centrale dell'ANMIG, cominciarono nel 1918.

occupazione regolare avrebbe certamente giovato alle condizioni generali del malato e, anzi, probabilmente portato alla guarigione.

L'intervento citato è uno dei pochi reperibili nel periodico dell'Associazione. I reduci affetti da questa patologia, come anche gli epilettici, erano infatti in una condizione estremamente particolare agli occhi degli altri invalidi. Nonostante fossero ritenuti bisognosi dell'attenzione dell'ANMIG e, più in generale, di tutta la nazione, non sussisteva in essi un requisito che era stato ritenuto essenziale fin dalle origini dell'associazione. I mutilati avevano potuto pensare di organizzarsi ed ottenere una legittimazione agli occhi della nazione perché, a dispetto del loro corpo martoriato, la loro mente era ancora integra. In questa dialettica corpo/mente quest'ultima ricopriva il ruolo più rilevante e rimaneva l'unico baluardo dell'autonomia e dell'integrità dei mutilati di guerra. Se mancava l'apporto della mente l'invalido, pur non perdendo il suo status di reduce e di malato per causa bellica, non poteva prendere parte alla organizzazione ed alla gestione delle attività associative. Dunque, anche agli occhi degli altri invalidi i folli tornavano ad essere soggetti passivi delle cure altrui, questione che i mutilati avevano voluto escludere definitivamente dal loro orizzonte.

La tutela e la cura di questi malati era comunque un aspetto necessario e fondamentale per l'ANMIG, tanto che nel corso di un convegno sull'assistenza ai mutilati ed agli invalidi organizzato a Milano in collaborazione con Riccardo Galeazzi nel 1918, una apposita sezione venne dedicata proprio alle proposte relative alla tutela degli alienati[198].

Conclusioni

Nel 1926 l'ONIG pubblicò un opuscolo dedicato alla tutela dei folli di guerra (1926). La guerra era finita da quasi dieci anni, ma la situazione dei folli di guerra era rimasta praticamente identica. In

198 Sul convegno si veda Pavan Dalla Torre (2012) e gli *Atti del primo convegno nazionale per l'assistenza agli invalidi della guerra* (1919). Si vedano anche gli articoli comparsi nel Bollettino della Federazione nel numero di dicembre 1918.

Italia si erano formate le associazioni di categoria che avevano inquadrato le masse dei reduci per la rivendicazione dei diritti derivati dai sacrifici compiuti «gli unici assenti in questo convegno erano i folli di guerra» (p. 3). Le leggi in vigore – quelle pensionistiche, quelle relative al ricovero dei folli e quelle relative al collocamento obbligatorio degli invalidi di guerra – rendevano difficile l'azione assistenziale dell'ONIG che non aveva modo di intervenire a favore di questi invalidi «nemmeno per quei casi speciali i quali presentano dei periodi, anche non brevi, di lucidità mentale» (p. 4). Questi malati erano dunque sostanzialmente esclusi dai benefici assistenziali di legge e anche dalla tutela associativa. L'ONIG aveva cominciato ad interessarsi alle sorti dei folli di guerra agli inizi degli anni '20. Un tentativo di censire i malati aveva restituito un numero di circa 1600 folli di guerra, che era però da considerarsi abbondantemente inferiore alla realtà, soprattutto per mancanza di notizie esatte da parte dei manicomi e delle famiglie. Secondo l'ONIG dopo la conclusione delle ostilità esistevano «circa duemila psicopatici di guerra» (p. 7). Anche questa cifra appare però sottostimata, anche alla luce delle considerazioni dei medici analizzate poc'anzi. L'opuscolo si concludeva rimarcando che a favore di questa categoria molto lavoro rimaneva ancora da fare e, in particolare, urgeva dare ai folli una reale equiparazione giuridica a tutti gli altri invalidi di guerra.

Queste considerazioni permettono di individuare percorsi innovativi di ricerca. Appare in particolare necessario lavorare ad una mappatura del vocabolario assistenziale: studiare la definizione che veniva data dei malati di mente come individui, ma anche la descrizione delle patologie che li affliggevano e delle terminologie mediche utilizzate. Sarebbe poi interessante seguire la storia dei soldati che erano stati internati negli istituti psichiatrici durante e dopo la prima guerra mondiale. Quanti erano ancora ricoverati negli anni trenta e nel secondo dopoguerra? In che modo venivano curati? Furono dimessi? Indagini di questo genere permetterebbero di comprendere ancora più profondamente la dimensione esistenziale di questi soldati che, nella maggioranza dei casi, non ebbero mai lo status di vittime della guerra.

Lungo un incerto confine: psicologia e psichiatria di fronte alla Grande Guerra

di *Glauco Ceccarelli**

Introduzione

La tematica generale che questo congresso si propone di affrontare è sicuramente importante, ma è anche stata oggetto di più indagini storiografiche, specie in anni recenti. Ciò tuttavia non significa che non ci sia più nulla di ancora ignoto o di poco noto: ritengo anzi che si possano fare ulteriori e impreviste scoperte e anche individuare nuove letture, che ci possono aiutare a capire meglio determinati snodi della vicenda complessiva delle discipline della mente.

Il contributo che intendo presentare in queste pagine rientra in un più ampio progetto di ricerca, diretto ad esplorare gli studi che gli psicologi italiani hanno dedicato alla vita militare e soprattutto alla guerra, con riferimento specifico al primo conflitto mondiale. Propongo pertanto alcuni risultati del lavoro sinora svolto, impostando l'intervento come una sorta di "diario della ricerca", in modo da poter dar conto anche degli elementi nuovi emersi in corso d'opera, delle difficoltà incontrate e delle trasformazioni subite dal disegno originario.

Osservo dunque subito che l'intendimento iniziale si è scontrato fin quasi dalle prime battute del lavoro con notevoli difficoltà, che si palesano se si tiene conto, come occorre fare ai fini di una corretta ricostruzione storiografica, delle condizioni in cui in quegli anni si trovava la nostra psicologia, che vanno quindi sinteticamente ricordate in apertura.

Pur se dotata di un corpus di contenuti ancora circoscritto e dai margini piuttosto sfrangiati, all'alba del Novecento la psicologia esisteva certamente, anche in Italia, e cominciava ad ottenere pure qualche riconoscimento. In proposito, e in estrema sintesi, si può risalire al 1870, quando Roberto Ardigò (1828-1920), filosofo positivista ed evoluzionista, afferma esplicitamente la possibilità e la liceità di una psicologia scientifica (Ardigò, 1870). O ricordare la vicenda dell'ingresso della psicologia nelle università, che vede ai suoi inizi la perorazione di Giuseppe Sergi (1841-1936), antropologo, rivolta già nel 1876 al Ministero della Pubblica Istruzione affinché vengano istituite cattedre accademiche di psicologia (Sergi, 1876). E che fa registrare, come successivi passaggi significativi, l'istituzione, già prima del volgere del secolo, di corsi liberi e di incarichi in alcuni atenei, e più tardi, finalmente, come è ben noto, l'emanazione da parte del ministro Leonardo Bianchi (1848-1927) del bando per le prime tre cattedre, nel 1905, con l'avvio degli insegnamenti ufficiali nell'anno accademico successivo. O ancora, quale primo riconoscimento internazionale, il V Congresso tenuto a Roma nel 1905, con più di 400 partecipanti, presieduto da Sergi, con Sante De Sanctis (1862-1935) segretario e curatore degli Atti.[199] Ma anche la nascita del primo periodico specificamente dedicato alla disciplina, la «Rivista di Psicologia applicata alla Psicopatologia e alla Pedagogia», sempre nel 1905, ad opera di Giulio Cesare Ferrari (1867-1932).[200]Per concludere

199 Sugli eventi del 1905 si è tenuto anni fa ad Urbino uno specifico convegno, nella ricorrenza centenaria, dal titolo «Cento anni dal 1905 – Un secolo di psicologia in Italia» (11-12 Novembre 2005), dal quale è successivamente derivato un volume (Ceccarelli, 2010). Tra i contributi raccolti nel volume, vanno in particolare segnalati quello di Cimino, che presenta il 1905 come uno «spartiacque» nella storia della psicologia (Cimino, 2010), e quello di Luccio, sull'istituzione delle cattedre (Luccio, 2010).

200 In occasione del convegno ricordato nella nota 1 è stato pubblicato un fascicolo speciale della *Rivista di Psicologia*, che ne ripropone alcuni testi storicamente significativi, rubricati in cinque sezioni: «Gli Editoriali della Rivista», «I congressi internazionali di psicologia», «L'insegnamento della psicologia nelle università italiane», «La Rivista di Psicologia testimone della nascita di altri periodici» e «Grandi figure del movimento psicologico italiano» (Ceccarelli, 2005a). Sulla nascita della *Rivista*, cfr. Babini, 2010.

richiamando la fondazione della Società Italiana di Psicologia (SIP), avvenuta a Firenze nel Marzo del 1910.[201]

Psicologia e psicologi

Tutto ciò ricordato, bisogna tuttavia considerare che, per quanto oggi ci possa sembrare sorprendente, l'analisi delle fonti ci dice che a praticare la psicologia non erano allora quasi mai psicologi nel senso proprio del termine, ma cultori di altre discipline, e che è perciò possibile affermare che a quel tempo c'era la *psicologia* ma non c'erano gli *psicologi* (cfr. Ceccarelli, 1998, 1999, 2009a). I quali di fatto non potevano esserci, intanto perché pressoché tutti coloro che si occupavano di psicologia erano filosofi, fisiologi, medici e psichiatri, e *facevano psicologia* partendo dal proprio perimetro disciplinare primario. Ma anche perché mancava uno specifico percorso formativo in psicologia, e non si era ancora affacciata l'idea di un professionista psicologo (nella ricerca, nella didattica e nell'intervento),come avrò modo di dire meglio più avanti.

Ne consegue che rimane alquanto difficile attuare l'intendimento iniziale, quello appunto di parlare degli *studi degli psicologi italiani* riferiti alla guerra '15-'18. E si arriva a comprendere che *strictu sensu* si deve invece parlare degli *studi di psicologia* riferiti alla guerra condotti dagli studiosi che all'epoca si interessavano di tale disciplina, connotandola nei vari casi in senso filosofico, medico, fisiologico o soprattutto psichiatrico. Una differenza solo apparentemente minimale, ma che non va trascurata, se non si vuole

201 La Società Italiana di Psicologia nasce principalmente ad opera di De Sanctis, Ferrari, Gemelli e Villa, che, a seguito di un incontro avvenuto durante il VI Congresso internazionale di Psicologia, svoltosi a Ginevra nel 1909, tengono la riunione fondativa nella Biblioteca Filosofica di Firenze il 10 Marzo 1910, alla quale prendono parte 9 studiosi di persona e 11 per delega. La SIP diventerà poi SIPS (Società Italiana di Psicologia Scientifica) e infine SIPs, con le due ultime lettere dell'acronimo che stavano a significare solo «Psicologia», senza il qualificativo «scientifica», che ad un certo punto della sua storia sembrerà ormai inutile (cfr. Ceccarelli, 1999 e 2016b).

ottenere una fotografia distorta di quanto allora veniva accadendo nei campi che qui ci interessano.[202]

Con tutto ciò si viene peraltro anche ad affermare che negli anni della prima guerra molto probabilmente non esisteva *una* psicologia, ma c'erano *più* psicologie differenti tra loro. Non tanto nel senso odierno, ovviamente, quando si fa riferimento alla varietà di teorie, di branche, di scuole esistenti, e soprattutto di posizioni epistemologicamente antinomiche che sostanziano le differenze più macroscopiche e inconciliabili: all'epoca le diversità maggiormente significative erano infatti legate soprattutto a ciascuna area di provenienza di quanti si occupavano di psicologia, quasi sempre non psicologica e sovente non caratterizzata da orientamenti condivisi. Differenze che riguardavano aspetti fondamentali, come il metodo e l'oggetto della psicologia, e quindi la sua scientificità e la sua natura, nonché la sua collocazione nel novero delle scienze. In proposito, basta rammentare lo stesso V Congresso del 1905 e i convegni della SIP, il primo dei quali si apre a Torino nel 1911, non a caso con una relazione di De Sanctis sui metodi della psicologia (Ceccarelli, 2013b). Sono gli anni in cui si parla di psicologia *tout court*, ma anche di psicologia *razionale*, *empirica*, *fisiologica*, *sperimentale*, *introspettiva*, tutte qualificazioni rivelatrici di un'ampia varietà di concezioni. E sono anche gli anni in cui si discute se tutta la psicologia sia *sperimentale* o se la stessa debba essere designata solo con il nome di *psicologia*.[203]

202 Quelli di inizio secolo sono gli anni in cui comincia ad affacciarsi la psicologia militare in Italia, sollecitata anche dagli eventi bellici (cfr. Saffiotti, 1920), in un'epoca e in un contesto in cui erano complessivamente le applicazioni della psicologia a muovere i primi e incerti passi. Un esordio nel quale un ruolo considerevole viene svolto da Agostino Gemelli, delle cui concezioni si parla diffusamente più avanti nel testo (cfr. Ceccarelli, 2013 e in stampa).

203 Una informazione di prima mano sul dibattito inerente la questione menzionata nel testo è per esempio reperibile nel *Bollettino* dell'«Associazione Psicologica Italiana», sorta a Firenze nel 1914, pubblicato sulla rivista *Psiche*, animata soprattutto da Francesco De Sarlo (1864-1937), Roberto Greco Assagioli (1888-1974) ed Enzo Bonaventura (1891-1948) (cfr. Ceccarelli, 2015).

Psicologia e psichiatria di fronte alla guerra

Circoscriviamo ora il discorso a due discipline della mente, la psicologia e la psichiatria, nel periodo del primo conflitto mondiale. La situazione che troviamo è del tutto analoga, nel senso che sono quasi esclusivamente 'non psicologi', gli psichiatri, a 'fare' psicologia, e, per quanto qui interessa, a 'fare' psicologia in relazione alla vita militare e alla guerra. Questa situazione potrebbe naturalmente essere letta semplicemente registrando che ci sono stati molti sconfinamenti della psichiatria nella psicologia. Eccone un possibile florilegio.

Anno	*Autore*	*Titolo*
1906	Consiglio P.	Alcune note di psicologia militare.
	Levi Bianchini M.	La psicologia della colonizzazione nell'Africa Periequatoriale.
1907	Consiglio P.	I nuovi problemi di psicosociologia militare.
	Nasi L.	L'educazione del soldato nei tempi nuovi. Appunti di psicologia militare.
1908	Campolieti M.	La Psicologia Militare applicata alla educazione del militare.
	Nasi M.	Intorno alla psicologia militare: chiacchiere d'attualità.
1911	Sarfatti G.	Alcune osservazioni di psicologia militare.
1912	Funaioli G.	Contributo all'osservazione dei caratteri antropo-psicologici dei militari delinquenti.
	Gavotti G.	Fattori psicologici auspici di vittoria.
	Sarfatti G.	Ricerche psico-pedagogiche su compiti svolti da soldati.
	Scotti A.	L'elemento psicologico nella guerra.
1915	Chiti E.	Psicologia militare.
	Sarfatti G.	La psicologia militare.
	Sturzo M.	Psicologia dei momenti bellici.
1916	Bianchi V.	L'anima del soldato sul campo di battaglia (Appunti di psicologia).
	Campolieti N.M.	La teoria della massa e la guerra attuale.
	Giachetti C.	I caratteri e la guerra.
	Vidoni G.	Tre casi di sinestesalgia.
1917	Ciarlantini F.	L'anima del soldato.
	Del Greco F.	Il coraggio e la guerra.

	Gualino L. & Zoppi V.	Anima di solati: appunti psicologici.
1919	Dalla Volta A.	Studi di psicologia e di psichiatria sulla prigionia di guerra.
	Levi Bianchini M.	Il senso della morte e il senso dell'orrore durante la battaglia (a).
	Levi Bianchini M.	Psicologia della guerra (b).
	Sarfatti G.	Che cosa è il coraggio.
1920	Gualino L.	Psicofisiologia dei fucilandi.

Tab. n. 1 –*Scritti di psichiatri che trattano temi di psicologia militare o della guerra (1906-1919).*[204]

Se la ricerca su questo aspetto si fosse fermata qui, avrebbe consentito soltanto di redigere una mappa quantitativa degli sconfinamenti, come quella che vi ho appena proposto, ed eventualmente dei temi oggetto di tale fenomeno. Sarebbe stata però di fatto preclusa la possibilità di cogliere il senso e le ragioni di tale stato di cose. È stato dunque necessario affrontare una seconda difficoltà, un secondo 'snodo critico' dell'indagine, seguendo una 'pista' diversa, quella che conduce ad una riconsiderazione generale del tema dei confini della psicologia e della psichiatria, nonché di quello dei rapporti tra le due aree. È verso questo aspetto che in realtà il presente contributo è stato più specificamente orientato a questo punto del lavoro, ed è su questo che intendo qui riferire, pur facendo, nella seconda parte del lavoro, qualche accenno ad alcuni contenuti trattati dagli studiosi delle scienze della mente relativamente alla guerra.

204 In questo elenco non compaiono lavori dei due più noti studiosi italiani del periodo che si occupano tanto di psichiatria che di psicologia, Sante De Sanctis e Giulio Cesare Ferrari. Si tratta infatti di due casi molto particolari di effettiva «doppia competenza disciplinare», tanto che entrambi hanno un loro «posto» di rilievo sia nella storia della psichiatria che in quella della psicologia italiane. Due casi, peraltro, che andrebbero più specificamente analizzati con la debita cura, sullo sfondo del quadro interpretativo che viene proposto in queste pagine. Naturalmente, non trascurando il fatto che De Sanctis non pare abbia scritto di psicologia o di psichiatria circa la vita militare e la guerra, eccezion fatta per un lavoro sull'«isterismo di guerra» (De Sanctis, 1917; cfr. Ferreri, 2001), mentre invece a Ferrari si deve un consistente numero di contributi in proposito.

Di entrambi questi temi, *rapporti* e *confini*, che ovviamente si intersecano, si sono nel corso del tempo occupati i cultori della diverse discipline implicate, pure sotto il profilo storiografico (Guarnieri, 1998. Cfr. anche Babini *et al.*,1982; Poggi & Nicasi, 1988). È in particolare la questione dei rapporti che sembra aver maggiormente appassionato o intrigato gli studiosi. Al riguardo, nella letteratura si trovano infatti importanti tentativi di messa a punto, a partire da quello di Guicciardi del 1885, per passare a quelli di Tanzi del 1886, di Gemelli del 1912 e del 1921, di Ferrio del 1928 e di Gozzano del 1952.

I confini

Partiamo però dal tema dei *confini*, per proporre qualche riflessione, che si richiama ad alcuni dei testi citati e ad altri, e che attiene a questioni che ancora richiedono un attento esame.

In generale, possiamo riconoscere che i confini di una disciplina dipendono dall'oggetto di indagine, dalle teorie, dai metodi, dalle finalità di quella data disciplina, che rappresentano appunto gli elementi della specificità disciplinare. Ma subito si delinea un quesito: chi stabilisce questi confini? E soprattutto, da un punto di vista storico, chi e come ha effettivamente fissato tali confini? Si potrebbe rispondere dicendo che essi sono stati stabiliti dai cultori di quella disciplina, ma nel caso della psicologia si trascurerebbe la sua peculiarità, appunto storica, nel periodo considerato, ovvero il fatto che cultori in senso stretto ed esclusivo di psicologia di fatto non c'erano ancora. Data la situazione, si può allora ragionevolmente supporre che i confini fossero conseguenti all'idea di psicologia che ciascuna categoria scientifico-professionale legata alle diverse scienze [della mente] già aveva. E tra queste anche la psichiatria, seppur ancora alla ricerca di una piena legittimazione e di una effettiva autonomizzazione, e con una identità internamente divisa.[205]

205 Anche, ma non solo, tra freniatri e neurologi. Quella di queste due figure, e delle discipline alle quali essi afferiscono, è infatti una storia di convivenza e poi di separazione. La «Società Freniatrica Italiana» nasce a Roma nel 1873, ad opera di Andrea Verga (1811-

Confini diversi caso per caso, dunque, e come tali eminentemente incerti.

E ci si può anche domandare se coloro che li superavano, nella fattispecie gli psichiatri, erano consapevoli di superarli o se la spiegazione non stia a monte, ovvero nella concezione che essi stessi si erano fatti di tali confini, che poteva condurli a convincersi di stare operando entro il proprio territorio, senza sforamenti di sorta. Oppure ancora, nei casi più estremi, nel fatto che ritenessero semplicemente legittimo per lo psichiatra occuparsi di psicologia, considerando almeno una 'certa' psicologia interna al perimetro psichiatrico.

Qualcosa di più si riesce a capire se si considera la situazione da un altro punto di vista, tra l'altro così escludendo, come motivo di fondo, una mera volontà egemonica di parte psichiatrica. Se cioè si tiene conto di una tendenza tipica dell'epoca (ma protrattasi per diversi decenni), secondo la quale si riteneva che la psicologia potesse far parte del bagaglio culturale e professionale di molte figure, ma non di una specifica figura di psicologo. Gli esempi in proposito sono molti: basterà citare qui quello dei *test mentali*, strumenti eminentemente psicologici, che però, anche per esplicita dichiarazione di autori come De Sanctis e Ferrari, erano destinati a medici, psichiatri, insegnanti ed educatori (Francia & Ferrari, 1912; De Sanctis & Bolaffi, 1914; cfr. Ceccarelli, 2002 e 2009a). In quegli anni, come ho già accennato, non si pensava ad un professionista psicologo: una idea, questa, che sarà assente, fatta eccezione per realtà minimali, fino alle fine degli anni '60 del Novecento, e che si affaccerà al convegno sulla riforma universitaria e la società italiana tenutosi a Milano nel 1967, quando si comincerà a parlare di un percorso formativo per psicologi e non solo di percorsi formativi per dare una parziale preparazione psicologica ad altri professionisti (AA.VV. 1969). Un convegno anche a seguito del quale nasceranno

1895) e di Serafino Biffi (1822-1899), facendo seguito alla «Società Frenopatica» nata nel 1861 nel manicomio Aversa, per iniziativa di Biagio Miraglia (1814-1885). Per molti anni riunisce sia neurologi che psichiatri, fino al 1907, quando a Roma viene istituita, si può dire per gemmazione dalla «Società Freniatrica», la «Società Italiana di Neurologia», che tiene il primo congresso nel 1908 a Napoli, con la presidenza di Leonardo Bianchi. Nel 1932 la «Società Freniatrica» diventa «Società Italiana di Psichiatria» (Salomone, Arnone & Zanchin, 1996).

poco dopo i primi corsi di laurea in psicologia, per arrivare, molto più tardi, nel 1989, con la Legge n. 56, al riconoscimento giuridico della professione di psicologo.

Del resto, anche Sergi, nel lontano 1876, chiedendo con forza l'inserimento della psicologia nelle università, pensava a quelle psicologiche come conoscenze utili a filosofi, biologi, giuristi, medici e insegnanti (Sergi, *op. cit*.). Di psicologi non c'era traccia.

I rapporti

Passando ora alla questione dei *rapporti*, che solo per comodità espositiva può essere trattata separatamente da quella dei confini, dobbiamo registrare una ulteriore difficoltà, dovuta alla situazione dell'epoca, che ci porta a chiederci dei rapporti di *quale* psicologia con *quale* psichiatria occorre parlare. A ciò conduce infatti la constatazione della molteplicità interna, anche irriducibile, della psicologia, che abbiamo già accennato, e quella delle divisioni interne della psichiatria, articolata, come per esempio sostiene Gemelli (sulle cui posizioni dovremo tornare), almeno in una psichiatria a sfondo *psicopatologico* e in una psichiatria a sfondo *anatomo-patologico* (Gemelli, 1912).

Assumendo, ai fini di una prima analisi, che si sia trattato di due comparti relativamente omogenei, e senza quindi poter [almeno per ora] tener conto specificamente delle articolazioni intradisciplinari che ho ricordato, da quanto ci dicono le fonti consultate possiamo comunque pensare che siano esistite *diverse specie* di rapporti.

Innanzitutto un rapporto di tipo *competitivo*, che si instaura quando i confini fissati in modo incerto lasciano territori di sovrapposizione, sui quali appunto si può determinare una competizione. Che peraltro, se ci fosse allora stata una figura professionale di psicologo avrebbe potuto dar luogo pure ad una concorrenza professionale, per esempio riguardo all'area delle patologie psichiche, della loro interpretazione e del loro trattamento. Poi, avrebbe potuto esserci, come di fatto ci fu, un rapporto di natura *collaborativa*, per cui una delle discipline, segnatamente la psicologia, concorre ad affrontare i problemi tipici di un'altra. Gli esempi, anche in questo caso, sono parecchi: si va ancora dai test

mentali, che, secondo De Sanctis e in particolare Ferrari, avrebbero potuto essere molto utili «nelle indagini psicologiche da condursi nelle cliniche» (Ferrari, 1900), al cosiddetto «metodo psicologico» di cui parla Enrico Morselli (Morselli, 1894) e all'«indirizzo psicologico» del quale anni più tardi si occupa Ferrio (*op. cit.*). Ma la gamma non si esaurisce certo qui: ci potrebbe infatti essere stata, e ci fu, una posizione di *rifiuto*, di non accettazione e di negazione del fondamento scientifico della psicologia da parte psichiatrica, tale per cui, nella sostanza, non potevano esserci rapporti di sorta. Ancora, il rapporto poteva essere di *sostegno*, come accadde quando da parte psichiatrica si caldeggiò l'istituzione delle cattedre di psicologia, con l'appoggio del ministro Bianchi, peraltro anch'egli psichiatra e neurologo (cfr. Luccio, *op. cit*.; Marhaba, 1981; Lombardo & Foschi, 1998). Ma il rapporto avrebbe anche potuto essere, infine, di tipo *inclusivo* o *inglobante*, dal versante psichiatrico su quello psicologico. È per esempio questa la posizione di Eugenio Tanzi (1856-1934), che nel 1886, al congresso della Società Freniatrica Italiana tenutosi a Siena, pronuncia queste testuali parole: «Questa psicologia raminga, che è la fisiologia vera e legittima della nostra specialità psichiatrica, staccatasi or ora dal grembo della metafisica, l'accolgano gli alienisti nelle loro braccia e le porgano un asilo nei manicomi!» (Tanzi, 1886, p. 238).

«Un'area magmatica»

A questo punto, la ricerca ha imboccato una nuova pista: ai fini di una migliore comprensione di una situazione che appare comunque confusa e senza una «chiave interpretativa» univoca, ho voluto verificare se non convenga allargare lo sguardo e prendere in considerazione un più ampio territorio scientifico-disciplinare. E «leggere» quindi i fatti fin qui descritti pensando all'esistenza di una sorta di *comparto* delle scienze della mente caratterizzato da confini permeabili al suo esterno e da confini ancora meno definiti al suo interno.

Una rappresentazione schematica di tale complesso di discipline ci può aiutare ad orientarci in quella che si presenta all'analisi come una intricata e poco intelligibile rete di rapporti.

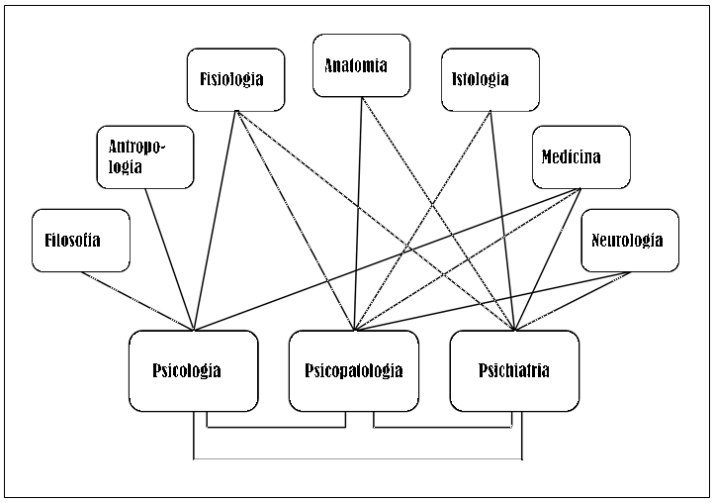


Fig. n. 1 – *Abbozzo di una mappa delle scienze interessate, sotto diversi profili, allo studio della mente.*[206]

Possiamo anzitutto assumere che le scienze della mente siano costituite propriamente dalla psicologia, dalla psicopatologia e dalla psichiatria. Le discipline che compongono questo nucleo appaiono, nel periodo qui considerato, non sufficientemente definite l'una rispetto all'altra, specie nel senso che, a seconda delle diverse concezioni, la psicologia comprende o non comprende la psicologia normale, la quale a sua volta è in certi casi ritenuta incompleta se non studia la patologia. Un viluppo difficilmente districabile, dunque. Ma le cose sono ancora più complicate: esternamente a questo nucleo si collocano tante altre discipline che a loro volta hanno rapporti con quelle del nucleo: un elenco non esaustivo comprende almeno la filosofia, l'antropologia fisica, la medicina generale, la neurologia, l'anatomia, l'istologia. E sono scienze che possono indirizzare o

206 Si tratta naturalmente di un quadro semplificato delle discipline e delle loro connessioni, una sorta di «modello», che, come tale, non intende rappresentare in modo puntuale ed esaustivo la «porzione» di realtà alla quale si riferisce.

integrare quelle specifiche della mente, accettarle o rifiutarle, collaborare o opporsi, arrivando in taluni casi ad annetterle. Più precisamente, dal lato filosofico le posizioni vanno dall'inglobamento della psicologia (il che comporta una sorta di riconoscimento, ma a prezzo di una *filosofizzazione* della psicologia stessa) alla destituzione di fondamento (e quindi al disconoscimento della sua legittimità ad esistere), con posizioni intermedie. Dall'altro lato si va ugualmente, sempre con una varietà di posizioni, dall'inglobamento della psichiatria da parte della neurologia (la psichiatria dentro alla neurologia o equivalente ad essa, quindi prettamente organicista) alla negazione della sua validità scientifica, qualora la stessa si rifiuti di allontanarsi dal polo psicologico, visto come non scientifico, soggettivo e non riferito al «solido» sostrato nervoso.

Forse il quadro fin qui tracciato è ancora insoddisfacente, ma credo abbia il merito di fotografare una situazione più generale, che non pare troppo improprio qualificare storicamente come una sorta di *area magmatica*. E quindi di essere illustrativo di una condizione complessiva tipica delle scienze della mente, prese tra i poli o gli estremi filosofici e biologici, sullo sfondo dell'ancora irrisolto problema mente-corpo.[207]

Ora, il lavoro di ricerca dal quale sto estraendo alcuni contenuti è stato a questo punto approfondito introducendo un tassello importante, la *psicopatologia*, che potrebbe per esempio essere vista di primo acchito come una sorte di «ponte» o di «zona di collegamento» tra psicologia e psichiatria. E che, come tale, ci potrebbe aiutare a chiarire un po' di più la questione dei rapporti e dei confini. Anche in questo caso, però, la situazione che si trova

207 La focalizzazione di questo contributo sui rapporti e sui confini, con argomentazioni che trattano pure di 'sforamenti' e di 'area magmatica', non vuole certo configurarsi come una 'contestazione' dell'interdisciplinarità. Sappiamo infatti come i problemi reali non rispettino i margini di una o dell'altra specifica disciplina e come per affrontare i medesimi problemi sia appunto utile o necessario, in diversi casi, il concorso sinergico di più prospettive disciplinari, teoriche ed applicative. Tuttavia, occorre ricordare, con Antiseri (1972), che l'interdisciplinarità è possibile (e funzionale) se e solo se le discipline che si 'incontrano' sono chiaramente costituite e definite nei loro scopi, nei loro metodi e, appunto, nei loro confini e nei loro rapporti.

compiendo una ricognizione storiografica anche solo parziale si rivela più «intricata» di quanto ci si potrebbe attendere.

La psicopatologia

Nel periodo storico che ci interessa, più autori si sono occupati di psicopatologia: tra i lavori più importanti in materia si collocano senz'altro gli scritti, già menzionati, di Gemelli del 1912 e del 1921e quello di Ferrio del 1928.

Gemelli: psicopatologia e patopsicologia

Nel contributo del 1912 (ampiamente ripreso nel successivo) Agostino Gemelli (1878-1959) parla, secondo un'angolatura allora alquanto originale, sia di rapporti tra psicologia e patologia sia di questioni di confine, precisando che già allora erano stati oggetto di lunghe e appassionate discussioni.

L'autore muove dalla considerazione del fatto che, secondo certe correnti coeve di pensiero, la psicologia sperimentale sarebbe in profonda crisi. A suo giudizio, così non è, in quanto ciò che viene scambiato per una crisi è in realtà un momento di riesame di metodi e concezioni, una fase di crescita e di innovazione.

Ed è ricollegandosi a tale dibattito che Gemelli introduce l'esame di un elemento nuovo, che trattando in forma generale dei rapporti tra psicologia e psichiatria potrebbe non emergere adeguatamente. Un esito delle forti discussioni che si erano avute, specie in Francia e in Germania, sarebbe a suo avviso infatti il riconoscimento dell'opportunità di utilizzare, oltre all'introspezione e all'esperimento, il «metodo psicopatologico» in psicologia. Questa affermazione sposta alquanto i termini della questione, che Gemelli argomenta facendo riferimento a diversi studiosi esteri, come, in particolare, Hugo Münsterberg (1863-1916). Questo autore scrive in quegli anni un significativo saggio proprio sui rapporti tra psicologia e patologia (Münsterberg, 1911), nel quale opera una distinzione all'apparenza sottile, ma non meramente nominalistica, quella tra *psicopatologia* e *patopsicologia*, così illustrata da Gemelli:

Possiamo innanzitutto vedere come nell'ammalato si comportino la memoria, l'attenzione, il sentimento, la volontà; e possiamo così determinare qual è la struttura della psiche in una data forma morbosa e arrivare a una cura razionale di essa; oppure possiamo studiare queste medesime alterazioni per confrontarle con le funzioni normali e cavarne insegnamenti preziosi sul normale funzionamento della vita psichica dell'uomo. Nel primo caso si ha una *psicopatologia*; nel secondo una *patopsicologia*; nel primo caso, per seguire ancora ciò che ne dice il Münsterberg, abbiamo fatto della patologia, nel secondo della psicologia (*ivi*, p. 160).

Non solo: mentre la psicopatologia sarebbe una scienza a sé, corrispondente, secondo Gemelli, alla psichiatria, la patopsicologia sarebbe sostanzialmente un metodo, attraverso il quale «possiamo studiare i fatti morbosi per arrivare alla conoscenza dei fatti normali, e ciò per via indiretta» (*ivi*, p. 161).

La psicopatologia e il metodo patologico sono stati però fortemente contrastati, dice Gemelli, sia dai medici, sia dagli psicologi «puri»,[208] tanto riguardo alla psichiatria che riguardo alla psicologia, pur con motivazioni differenti.

Ma quali erano dunque le ragioni di tanto accesa opposizione? Quella dei medici, intanto, era diretta più che altro alla psicopatologia, e così Gemelli ne chiarisce le ragioni.

E così abbiamo visto assurgere a dignità di scienza l'antropologia; così abbiamo visto la fisiologia porgere i primi mezzi d'indagine alla psicologia sperimentale. Così, in modo analogo, il progredire di una anatomia patologica e il formarsi di una neuropatologia ha determinato il costruirsi di una psichiatria su pretese basi anatomiche. Ma appunto per ciò nell'origine della psicologia sperimentale e della psichiatria si è avuto un peccato d'origine. I progressi degli studi anatomici, grazie soprattutto ai fini metodi di tecnica istologica, e le rapide conquiste della fisiologia hanno fatto concepire a molti la possibilità di erigere *tutta* la scienza della attività psichica e delle sue alterazioni su una base puramente anatomica. Lo psichico è funzione o secrezione della materia; la malattia psichica

208 Viene in proposito da domandarsi quali fossero questi «psicologi puri», in un'epoca nella quale, come peraltro lo stesso Gemelli riconosce, da una lato di psicologia si occupavano appunto medici e psichiatri e, dall'altro, la psicologia medesima era «invasa» da filosofi, letterati e dilettanti (Gemelli, 1912, p. 174). Pare dunque difficile, tra tutte queste figure, trovare psicologi «puri»: sarebbe tuttavia interessante un approfondimento in proposito.

effetto delle alterazioni della materia. Di qui la assimilazione della psicologia alla fisiologia. Di qui anche il riconoscimento della impossibilità di una psichiatria basata sulla ricerca delle cause psichiche della alterazioni mentali, di qui il trattamento dei malati di mente a base di farmacoterapia o chirurgia. Di qui – nel campo teorico – la impossibilità di una psicopatologia (*ivi*, p. 157).

Per quanto concerne le posizioni ostative degli «psicologi puri», Gemelli comincia rilevando come questi ritenessero inopportuno, per esplorare i fenomeni psichici «normali», affidarsi all'indagine sulle patologie compiuta dalla psichiatria, perché questa era ancora troppo incerta e mutevole nei suoi metodi e nei suoi indirizzi. Ricorda poi che, sempre secondo tali psicologi,

per quanto sia dimostrata insostenibile la teoria che faceva dello stato mentale patologico un fatto essenzialmente diverso da quello normale è tuttavia innegabile che la mentalità ammalata presenta fenomeni tali da imprimerle un carattere in gran parte speciale e distinto, in cui è tutt'altro che facile sceverare gli elementi primi e fondamentali da quelli derivati (*ivi*,p. 158).

E che, da ultimo, «l'esperimento non si può applicare anche nei casi patologici» (*ibidem*), in quanto in tal caso verrebbero a mancare le condizioni necessarie per il suo corretto svolgimento.

Al termine di questa rassegna, Gemelli afferma però che «fortunatamente, i fatti sono venuti a dar torto ai teorici sostenitori di questi due ordini di idee» (*ibidem*).E lo fa in modo reciso, con tono quasi sprezzante e derisorio, specie nei confronti dei medici:

I fatti hanno parlato cioè anzitutto contro i nostri medici che, abituati a squadrare crani e a misurare urine, non hanno trovato che crani e urine, e non si sono accorti che sfuggiva dalle loro mani ciò che più avrebbe dovuto interessarli. I fatti hanno mostrato la insufficienza della teoria antropologico-psichiatrica, e oggi si tende a ridare la giusta importanza alle alterazioni psichiche. Fu specialmente a causa della constatata incapacità della anatomia patologica e della fisiologia del sistema nervoso di dare la spiegazione di molte delle forme di pazzia, che alcuni studiosi sono stati indotti a cercare altra via (*ivi*,pp. 158-9).[209]

209 Questo passaggio è presente anche nella relazione del 1920 (Gemelli, 1921, pp. 259-60), pronunciata al Congresso della SFI di Genova, dove Gemelli può sostenere con maggior forza tutto questo, perché appena pochi anni prima E. Morselli (1917, 1918, 1919)

E sono sempre i fatti, secondo Gemelli, ad aver contraddetto anche le posizioni degli «psicologi puri»,

che riguardavano come una profanazione l'applicazione del metodo patologico in psicologia. La psicologia francese, soprattutto, si è incaricata […] di dimostrare che, a riguardo di alcune funzioni psichiche intorno alle quali nulla si può dire mediante l'esperimento e l'osservazione, qualcosa si poteva dire mediante lo studio delle alterazioni di queste funzioni (*ivi*, p. 160).

Senza poter qui occuparci anche degli altri contenuti del lavoro di Gemelli, va osservato che queste sue considerazioni vanno ad incidere anche e propriamente sulla questione dei rapporti e dei confini. È infatti in base alle stesse che Gemelli arriva a dire che da una parte c'è la psichiatria, che può avere, come ho già ricordato, base *anatomico-patologica* o base *psicopatologica*. Dall'altra parte c'è invece la psicologia, che non va confusa con la psicopatologia (da intendere sia come scienza a sé sia come una forma di psichiatria), ma che può legittimamente usare il metodo patologico (patopsicologia) per studiare, attraverso le alterazioni, i fatti normali.

Gemelli giunge dunque a differenziare psicologia, psichiatria e psicopatologia: ciò che sembra mancare è la caratterizzazione differenziale di psichiatria e di psicopatologia, che può rappresentare un «orientamento» della prima o anche una sua forma, pur essendo, dice Gemelli, una scienza a sé. Così come non si riesce ad evincere dalla parole di Gemelli se la psichiatria, così come la psicologia può

aveva presentato un resoconto che, partendo dalle speranze suscitate dalla ricerca istologica, evidenziava invece le delusioni che da questo indirizzo di ricerca erano derivate. Gemelli dice anche che «il presente scritto non vuol essere che un'appendice o un completamento di quello» (*ivi*, p. 254n), anche se afferma che rispetto al lavoro di Morselli «è utile progredire di un passo» (*ivi*, p. 254). Oltre a ciò, nel lavoro del 1921 fa ad un certo punto un'affermazione (assente nello scritto del 1912), certo funzionale alle sue argomentazioni, che però, più che chiarire (sul piano dei rapporti e dei confini), rischia di confondere le acque: «I metodi della anatomia fine, della istologia e della chimica dei processi vitali furono applicati con successo anche nella psichiatria e si sperò di poter dare di tutti i fenomeni morbosi mentali l'equivalente istologico e l'equivalente biochimico. Speranza questa che doveva fallire perché la psichiatria è una scienza a sé, che quindi ha un metodo suo proprio come ha proprio il suo oggetto; pur mutuando dalle altre scienze metodi speciali per scopi speciali ben determinati, *la psichiatria è una scienza psicologica e non una scienza biologica*» [corsivo mio] (*ivi*, p.252).

studiare i «fatti morbosi», può occuparsi dei fenomeni «normali». E ciò è invece particolarmente importante ai fini della ricostruzione storica alla quale queste pagine sono dedicate: come abbiamo visto trattando di rapporti e di confini, pare che, almeno nell'epoca che qui interessa, ci siano stati soprattutto vari sconfinamenti degli psichiatri nella psicologia, ovvero nel campo dei fenomeni «normali». Uno stato di cose sul quale lo scritto di Gemelli non ci fornisce molti lumi.

Ferrio: psicologia, psicopatologia e clinica psichiatrica

Come ho già osservato, il dibattito sui rapporti tra psicologia e psichiatria, focalizzato in particolare sulla psicopatologia, si trascina a lungo, tanto che se ci spostiamo in avanti nel tempo, a più di 40 anni dai primi lavori sull'argomento (Guicciardi, *op. cit.*; Tanzi, *op. cit.*), troviamo un significativo saggio di Carlo Ferrio, psichiatra nel manicomio di Cremona, del 1928, al quale faranno peraltro seguito lavori di altri studiosi, come per esempio quello di Gozzano, del 1952, già citato ma qui non esaminato, in quanto troppo posteriore al periodo storico che interessa in questa sede.

Ferrio apre il suo contributo evidenziando l'interesse che riveste ancora, dopo un dibattito protrattosi per oltre quarant'anni, un lavoro di analisi «che chiarisca come debbano essere considerati oggi i rapporti tra la psicologia e la psichiatria». E lo fa partendo dalla constatazione per cui, non potendo tutti i fenomeni psichici essere ridotti a fenomeni biologici, nell'»attività sistematica e diagnostica» della psichiatria acquistano rilevanza «criteri squisitamente psicologici», ovvero indagini condotte secondo una «tecnica prettamente psicologica» (Ferrio 1928, p. 85).

Per avvalorare questa posizione, attinge innanzitutto a diversi scritti di Oswald Bumke (1877-1950), psichiatra e neurologo tedesco.

In proposito, riferisce che questo autore, nel suo *Trattato di psichiatria* (Bumke, 1927),[210] specifica come «ogni esame psichiatrico si proponga un duplice scopo: penetrare nella via psichica dell'ammalato, conoscere la sua personalità e le sue tendenze abnormi, e nello stesso tempo cercare di ricavare dall'insieme dei sintomi morbosi una diagnosi clinica da cui dedurre la prognosi e stabilire il piano di cura» (Ferrio, *op. cit.*, pp. 85-6). Il primo di questi due compiti è di natura eminentemente psicologica, ed «ha particolarmente ragione di esplicarsi di fronte ai disturbi psichici funzionali» (*ivi*, p. 86).

Ed è anche in altri lavori che Bumke (1925) «rileva ripetutamente l'importanza dell'esame psicologico, specialmente per le forme morbose funzionali o «nevrosi»« (*ivi*, p. 86).

> In generale – sintetizza Ferrio – noi non possiamo dire di aver conosciuto a fondo una personalità abnorme, uno psicopatico, un neurosico, se ci siamo accontentati di ricercare in lui quei caratteri che lo fanno assegnare a questa piuttosto che a quella categoria della classificazione delle malattie mentali che abbiamo adottato, e gli abbiamo assegnato la corrispondente etichetta, ossia la diagnosi. Per i soggetti di questo genere noi dovremo invece studiare con tutti i mezzi a nostra disposizione ogni manifestazione somatica e psichica, ed in questa indagine saranno specialmente i metodi psicologici che ci soccorreranno» (*ivi*, pp. 87-8).

Ma le argomentazioni di Ferrio si appoggiano anche all'opera di un altro psichiatra tedesco, Arthur Kronfeld (1886-1941), autore di un libro dal titolo che non lascia certo adito a dubbi: *La psicologia nella psichiatria* (Kronfeld, 1927). Kronfeld, secondo il resoconto che ne dà Ferrio, esordisce sottolineando come «la personalità, i caratteri, le reazioni e gli sviluppi mentali abnormi, ed inoltre la provocazione psichica[211] dei fenomeni psicosici, si sottraggano ai criteri nosologici della clinica» (Kronfeld, *cit*. in Ferrio, *op. cit.*, p. 89).

210 Di questa opera di Bumke era stato lo stesso Ferrio a curare la traduzione italiana, condotta sulla seconda edizione tedesca.

211 La terminologia dell'epoca utilizzava talora questa parola per indicare la «causazione», e quindi la sequenza causale, in questo caso di natura psichica, dei fenomeni «psicosici».

Serve dunque il metodo psicologico, ma tenendo ben conto del fatto che in tale prospettiva «a differenza di quanto si ha nella biologia clinica, i fenomeni psicosici come tali non servono come semplici segnali, ossia come sintomi, ma nel loro insieme formano un tutto, ed è precisamente questo tutto che forma il campo di studio della psicologia» (Ferrio, *op. cit.*, p. 89), nella quale verrebbero dunque a rientrare anche i «fenomeni morbosi». E se si ammette la presenza di un processo psichico in qualche modo abnorme, continua Ferrio seguendo Kronfeld, si presentano «due massime conduttrici»:

> una parte dei dati di fatto che devono venir valutati scientificamente appartiene al campo psichico, e per riconoscere i processi psichici la psicologia (in senso lato) deve sviluppare principi, massime di lavoro, metodi e criteri autonomi.[212] I fenomeni e i processi della vita psichica abnorme sarebbero quindi da indagare coll'applicare ad essi i metodi dell'indagine psicologica. Il secondo punto di vista conduttore risulta quando si pone in primo piano l'abnormità del «fatto» mentale. Questo deve venir considerato come una delle manifestazioni della vita, e queste di qualunque natura siano, sono oggetto di spettanza della patologia clinica, i cui punti di vista e metodi devono assicurareuna conoscenza scientifica del campo psichiatrico. Ma questi due punti di vista conduttori […] non sono equivalenti fra di loro, ed il *clinico-patologico* ha sin qui prevalso sullo *psicologico*. […] il punto di vista della patologia clinica ha invece in psichiatria attualmente il primato, e l'esame psicologico costituisce soltanto un sussidio» (*ivi*, p. 90).

Segnalata questa situazione problematica, Ferrio propone una articolata serie di considerazioni, nelle quali richiama molti dei più noti psichiatri del tempo, specie esteri, e le diatribe fra i medesimi circa la prevalenza che dovrebbe spettare all'uno o all'altro dei citati punti di vista.

Conclude quindi questa parte del suo scritto riportando ancora una volta il pensiero di Kronfeld, che nella fattispecie costituisce un tentativo di «composizione» delle opposte o almeno diverse posizioni. Ferrio riferisce in particolare che

212 È abbastanza evidente la contraddizione in termini che si cela in questo passaggio: come può essere autonoma una psicologia alla quale è la psichiatria a prescrivere come deve operare e di cosa deve occuparsi?

Kronfeld invoca un giusto equilibrio fra i due punti di vista conduttori; si deve tentare di chiarire i rapporti dei dati psicologici e dei loro metodi di riconoscimento col modo di vedere clinico-patologico dominante, e la riuscita di tale tentativo dipende soltanto dal grado della cautela e dell'equità con cui questo chiarimento viene cercato da entrambe le parti, cioè dal clinico come dallo psicologo. Come il clinico [...] è già pervenuto non senza sforzo all'ammissione, se non addirittura alla comprensione di questioni e di metodi di lavoro impostati in modo «puramente» psicopatologico, così anche il ricercatore fenomenologista o psicoanalista non dovrebbe più opporre o preporre le sue nozioni di psicopatologia allo spirito del lavoro clinico-patologico, ma bensì inserirle in esso, affinché l'unità della scienza psichiatrica non venga rotta, la sua linea non vada perduta, la sua figura non si spezzi (*ivi*, p. 92).

Ora, è evidente che posizioni come quelle di Bumke e Kronfeld (condivise da Ferrio) investono direttamente il tema dei rapporti, non necessariamente chiarendolo.[213] Consapevole di ciò, è quindi a questo tema che Ferrio dedica la parte successiva del suo scritto, quella di maggior interesse, cominciando con l'affermare come,»per rendersi conto esattamente dei rapporti odierni fra psicologia e psichiatria, due punti siano da chiarire, e cioè: 1° *In che rapporto stanno fra di loro la psicologia e la psicopatologia?* – 2° *In che rapporto sta la clinica psichiatrica con queste due discipline?*» (*ivi*, p. 93).

Limitandoci qui al primo di questi quesiti, vediamo come Ferrio risponda innanzitutto mediante un ragionamento *per analogia*, sostenendo che alla fisiologia in campo medico-somatico «corrisponde nel nostro la psicologia, che non è altro che la fisiologia del sistema psichico, alla patologia la psicopatologia o patologia del sistema psichico ed alla clinica la psichiatria» (*ibidem*).

Per fare subito dopo un passo in avanti, e precisare che non gli pare possibile una distinzione netta fra psicologia e psicopatologia. Infatti,

213 Per la verità, una sorta di chiarimento (o di risoluzione del problema) nelle posizioni sostenute da Kronfeld c'è. E lo ritroviamo proprio laddove questo autore afferma che lo psicologo deve *non opporre* la propria prospettiva a quella clinico-patologica, ma *inserirla in essa*. La psicologia, dunque, *nella* psichiatria, come del resto recita il titolo dell'opera di Kronfeld.

se nell'organismo malato troviamo fenomeni e meccanismi diversi da quelli che troviamo nell'organismo sano, i principi fondamentali sono però i medesimi in entrambi. La psicopatologia è e non deve essere altro che una branca della psicologia, e precisamente quella che studia le funzioni che si svolgono nella psiche malata, come la patologia, che possiamo pure chiamare fisiologia patologica, è in fondo una branca della fisiologia (*ibidem*).

E ciò in quanto fare psicologia occupandosi soltanto della normalità significherebbe trascurare «un immenso materiale sperimentale che la natura mette a disposizione e che è estremamente fecondo» (*ivi*, p. 94). Ma non solo, anche perché

i casi patologici che si presentano alla nostra osservazione sono esperimenti naturali e non artificiali, che non si prestano alla più forte delle obbiezioni che sono state formulate contro l'esperimento in psicologia: l'obbiezione cioè di essere «lontano dalle condizioni reali della vita»« (*ibidem*).

Pertanto, dice Ferrio, non ci sono ragioni per distinguere fra psicologia e psicopatologia. Ed è la psicologia come disciplina unica, «nelle sue due branche che vanno distinte soltanto in base ad un criterio didattico – la normale e la patologica», ad essere «quella che ha oggi diritto di esistere come scienza che studia la psiche, sia sana che malata, e forma la preparazione alla clinica,[214] ossia alla psichiatria» (*ivi*, p. 95).

Su queste basi, è ben comprensibile che Ferrio possa poi permettersi di fare altre e forse più impegnative affermazioni, sostenendo

come chi fa professione di studio teorico della psiche debba conoscere i fenomeni che si svolgono sia nel campo normale che in quello patologico, e nemmeno debba disdegnare di affacciarsi ai segreti della clinica; e d'altra parte il clinico, ossia lo psichiatra, debba conoscere a fondo i principii di psicologia normale e patologica che formano i presupposti necessari della psichiatria, ossia della clinica (*ivi*, p. 96).

214 Tra le differenze che si riscontrano tra lo scritto di Ferrio e quelli di Gemelli, si può rilevare che in questi ultimi non compaiono accenni o riferimenti alla *clinica*, della quale invece si parla nel lavoro di Ferrio.

Difficile, dunque, distinguere lo psicologo dallo psichiatra, nella visione di Ferrio: benché riconosca ad un certo punto, almeno in via di principio, che «lo psicologo e lo psichiatra non debbano necessariamente essere la stessa persona» (*ivi*, p. 95), di fatto pare proprio che la figura professionale alla quale pensa sia unica, e corrisponda a quella dello psichiatra.

Una posizione che sembra venga rafforzata da quanto Ferrio argomenta subito dopo, preconizzando che alla «fusione» tra la psicologia normale e quella patologica (da integrare con l'osservazione clinica)

> si arriverà tanto più facilmente quanto più presto la psicologia nelle sue varie forme – quella sperimentale compresa – […] avrà potuto liberarsi dai pregiudizi filosofici e troverà i suoi cultori esclusivamente fra studiosi dotati di preparazione biologica e più precisamente medica» (*ivi*, p. 96).

A questo punto, Ferrio espone diverse altre considerazioni, per giungere infine ad una conclusione, nella quale, quasi ritenesse di non essersi espresso in modo sufficientemente chiaro, puntualizza che «è il materiale clinico stesso che richiede oggi una maggior applicazione ed un maggior perfezionamento del punto di vista psicologico e dei metodi di ricerca relativi». Ma non è il caso di «scomodare» per questo gli psicologi: è infatti «compito degli psichiatri di oggi il perfezionare tali metodiche che la psicologia sperimentale ha loro suggerito e studiarne l'applicazione alla clinica psichiatrica» (*ivi*, p. 101).

Essendoci fin qui occupati, in questa parte del lavoro, di psicopatologia come tema-guida e avendo introdotto la stessa come elemento auspicabilmente in grado di illuminare meglio la questione dei rapporti e dei confini, è il caso, prima di procedere, di proporre una sia pur essenziale riflessione.

Per dire in sintesi che Gemelli sembra parlare più che altro ponendosi dalla prospettiva psicologica (pur essendo medico, ma non psichiatra), mentre Ferrio pare muova propriamente da quella psichiatrica, essendo appunto uno psichiatra. E che, probabilmente anche per questa ragione, i due autori giungono a conclusioni differenti, se non proprio contrapposte. Nel primo caso, infatti, quello

che viene in sostanza proposto è un *allargamento del campo della psicologia*: basandosi principalmente sulla distinzione tra psicopatologia e patopsicologia, Gemelli riesce ad individuare un ruolo proprio della psicologia ed uno proprio della psichiatria, pur facendo riferimento per entrambe ad un medesimo ambito, quello della patologia. Una soluzione che non risolve appieno la questione dei rapporti (dato che, come abbiamo visto nulla dice sulla possibilità della psichiatria, ovvero degli psichiatri, di «fare» psicologia), ma che pare tendenzialmente rispettosa delle specificità disciplinari.

Nel secondo caso, invece, Ferrio arriva ad una concezione che comporta l'*allargamento del campo della psichiatria*, la quale viene ad inglobare, di fatto, la psicologia, anche se potrebbe sembrare che questo inglobamento debba essere riferito solo a quanto la psicologia, attraverso le sue tecniche, può scoprire circa le patologie. Come abbiamo visto, le cose non stanno tuttavia così, dato che Ferrio propende per una «psicologia unica», che studia la psiche, sia sana che malata, costituisce la preparazione alla clinica, ossia alla psichiatria, e dev'essere coltivata da medici.

Insomma, nel caso di Ferrio il campo della psicologia viene a coincidere con parte di quello della psichiatria (che può così studiare sia i fenomeni psichici normali che quelli patologici). La psichiatria, però, ha un territorio più ampio, in quanto può muoversi, laddove possibile anche secondo il criterio somatologico (o clinico-nosologico), e comprende pure la clinica, nelle parole di Ferrio non troppo chiaramente differenziata dalla psichiatria stessa: una clinica che concerne i trattamenti di ordine somatico, e, nel caso in cui opti per la psicogenesi delle patologie mentali, anche la psicoterapia.[215]

Gemelli: soldati, guerra, traumi e patologia

Passiamo ora alla seconda parte di questo mio contributo, nella quale mi riproponevo inizialmente di individuare e presentare qualche caso esemplificativo di superamento del confine, in un senso o nell'altro. Come abbiamo visto, però, la situazione che è stata

215 Per inciso, va precisato che Ferrio nel suo scritto non cita mai Gemelli.

riscontrata è molto più complessa di quanto si poteva prevedere, e non può certo essere ridotta a registrare una serie di sconfinamenti. Qui propongo quindi due soli esempi, che mostrano, mi pare in modo abbastanza chiaro, come quella delle scienze della mente e delle discipline in un modo o nell'altro ad esse contigue si sia configurata appunto come un'*area magmatica*, in cui risulta problematico chiarire i rapporti e individuare i confini.[216]

Ci riferiamo innanzitutto ad Agostino Gemelli, che pubblica negli anni della guerra, già nel 1917, il libro *Il nostro soldato – Saggi di psicologia militare* (Gemelli, 1917a). Un libro che tratta molti argomenti di psicologia militare e della guerra, e che è indubbiamente noto agli studiosi del settore, ma che qui viene analizzato in una chiave un po' diversa.

Osserviamo innanzitutto che Gemelli esordisce lamentando che non ci sono praticamente studi di psicologia militare «nei tempi normali», ovvero di pace. E che per questo uno studio della psicologia del militare in guerra risulta particolarmente difficoltoso, mancando un punto di partenza, ovvero la possibilità di un confronto.

Sostiene anche che è il *medico*, «per la sua educazione scientifica», ad essere nella condizione migliore per poter osservare e ricostruire la *psicologia* del nostro soldato (*ivi*, p. 5).

L'indagine Gemelli la conduce comunque 'sul campo', come capitano medico, assistendo i soldati, osservando e prendendo scrupolosa nota, compatibilmente con le condizioni in cui si trovava.[217]

216 I due casi che vengono riportati nelle pagine seguenti non riguardano strettamente gli «sconfinamenti» della psichiatria nella psicologia (alcuni dei quali sono peraltro specificamente elencati nella tab. n. 1), in quanto intendono essere esemplificativi della complessiva situazione di «permeabilità» e di indeterminatezza dei confini tra le varie discipline ricomprese in quella che ho qui già indicato come *un'area magmatica*. Soprattutto nel caso del lavoro di Gemelli, però, i temi in oggetto sono di natura indubbiamente psichiatrica.

217 Ai problemi metodologici che una simile indagine presenta, e alle caratteristiche della specifica ricerca (di natura essenzialmente osservativa) da lui condotta, Gemelli dedica due appositi paragrafi del suo libro, che si estendono per diverse pagine: «Una questione di metodo» (Gemelli, 1917a, pp. 8-15) e «Due difficoltà» (*ivi*, pp. 15-17). Il libro, dice Gemelli, «è dedicato allo studio della psicologia dei nostri soldati, e vuole dimostrare appunto questo che, anche nel campo militare, le forze psichiche, e non certo quelle dei cannoni, saranno le forze decisive nella lotta che combattiamo» (*ivi*, pp. 1-2), precisando

Ma vediamo, dopo queste necessarie premesse, cosa scrive Gemelli, dovendo noi occuparci anche dei contenuti specifici trattati dagli studiosi della mente in relazione alla vita in guerra.

Paura e psicopatologia

Ci interessa in particolare un capitolo del suo libro, quello dedicato agli «effetti patologici della paura in guerra», che l'autore apre con una doppia ma precisa domanda: «Può una emozione violenta, come la paura, determinare manifestazioni nettamente patologiche? C'è una *pazzia di guerra* determinata dalle emozioni della battaglia?» (*ivi*, p. 302).

E risponde subito, facendo riferimento alle ricerche di molti studiosi esteri,[218]«che le psicosi da guerra, le pazzie da guerra, nel senso stretto della parola, o non esistono o sono rarissime, che invece la guerra fa comparire i quadri classici delle varie psicosi in individui già predisposti» (*ibidem*). A giudizio di Gemelli, le forme patologiche che si osservano in guerra sono queste:

subito dopo che «questa affermazione è la conclusione di un'indagine psicologica che ho condotto con metodo positivo e rigorosamente scientifico» (*ivi*, p. 2). In tutto ciò, Gemelli tiene molto a specificare che intende tenersi lontano da ogni retorica, a suo parere tipica di letterati e giornalisti, che dipinge di fatto un soldato inesistente, ben diverso da quello che si incontra sui campi di battaglia: «sarebbe un amor di patria male inteso quello che spingesse uno studioso a dipingere un soldato irreale, convenzionale, perché ci troveremmo ben presto di fronte a crudeli illusioni» (*ivi*, p. 12). È per tale ragione, afferma Gemelli, che nel suo libro ha «richiamata l'attenzione sopra aspetti che ai più sfuggono […] e sul fatto che il nostro soldato presenta mescolati tratti nobili ad altri che lo sono meno, ingenuità soavi e sentimenti banali» (*ivi*, p. 11).

218 Gemelli precisa che «fu nella guerra sud-africana, e in quella russo-giapponese che gli psichiatri cominciarono a rivolgere la loro attenzione alle malattie mentali di guerra. L'attuale nostra guerra ha dato occasione ad uno studio più accurato del fenomeno,specie da che si è stabilito un vero servizio psichiatrico». In particolare, in riferimento alla convinzione secondo la quale non esisterebbero vere e proprie psicosi di guerra (di cui si fa menzione poco più avantinel testo), cita, entro quella che definisce «un'enormemente abbondante letteratura psichiatrica», i seguenti autori: Régis, Laiguel-Lavastine, Piéron, Mairet, Grasset, Devaux e Logre, Merklen, Charon Mallet e Dumas (Gemelli, 1917a, p. 303).

1. le *psiconevrosi della mobilitazione*, che compaiono appunto in occasione della mobilitazione;

2. *vere malattie mentali* rivelatesi in occasione della mobilitazione o durante la guerra, sia in soggetti che sono stati al fronte, sia in soggetti che sono stati solo nelle retrovie, ma che nulla o ben poco hanno a che fare con la guerra;

3. vi è poi un gruppo di disturbi psichici che sono dovuti alla influenza delle piccole emozioni ripetutesi per lungo tempo. Sono queste le varie forme di *nevrastenia di settore*; di *nevrastenia di trincea*. […] In queste forme, favorite da una predisposizione individuale, […] si ha ciò che fu chiamata l'azione nervosa a valanga. Ossia piccole emozioni che di per sé non avrebbero grande importanza, e che ne acquistano una e grande per il fatto della ripetizione;

4. *psiconevrosi* rivelatesi in soldati che furono al fronte in seguito a scoppio di proietti, ovvero a grave emozione da pericolo corso; esse sono simili a quelle che si sono verificate nell'occasione di terremoti, negli scoppi di mine, di navi, di polveriere, e in occasione di gravi disastri (*ivi*, pp. 303-4).

Secondo Gemelli, che argomenta le proprie posizioni, «noi dobbiamo occuparci solo delle manifestazioni morbose dell'ultimo gruppo», che però «non costituiscono una malattia nuova, una specie di «pazzia di guerra», o di «alienazione da battaglia», ma sono già a sufficienza conosciute dai psichiatri che le hanno vedute da tempo prodursi sotto l'influenza di gravi scosse emotive» (*ivi*, p. 305).

Gemelli passa poi ad illustrare il «quadro clinico delle psiconevrosi», allo scopo di presentare l'ampia e variegata gamma dei sintomi che si possono manifestare. Da questa descrizione qui possiamo però solo estrarre un frammento, precisando che nell'insieme si tratta di casi osservati «in uno degli ospedali del fronte destinati a raccogliere gli ammalati di mente» (*ivi*, p. 307).

Ecco qui un ammalato che si presenta a noi in modo caratteristico. Sta a sedere sul letto, in un'attitudine che però a prima vista non si spiega, come di uno che si difende da qualche cosa. La mano a tratti si leva come a indicare non si sa che. L'occhio è fisso nel vuoto. Parla concitato: «Pronti! Eccoli che vengono! Fuoco! Sergente, non ho più cartuccie! E tu, getta la tua bomba a mano!». Poi ricade pesantemente sul lettuccio (*ibidem*).

Categorie e spiegazioni

Dopo aver presentato questo e diversi altri casi, anche all'apparenza differenti, Gemelli abbozza una categorizzazione generale, suddividendo i malati in tre grandi gruppi, quello degli *onirici* (ovvero affetti da onirismo allucinatorio, caratterizzato da una sorta di sogno ad occhi aperti), quello dei *confusi* (che presentano ottusità mentale, disorientamento e torpore) e infine quello degli *amnesici* (ovvero affetti da incapacità di ricordare, in genere non totale, tanto che si può più propriamente parlare di *dismnesìa*, di tipo retrogrado oppure anterogrado, o di fissazione).

Gemelli passa poi a domandarsi come si possano spiegare tali casi, premettendo però due significativi passaggi. Innanzitutto, richiama un importante dibattito di ambito neurologico e psichiatrico svoltosi all'epoca, volto a stabilire se le cause delle manifestazioni psicopatologiche riscontrate nei soldati fossero di natura *fisica* o *psichica*. Due le ipotesi che si confrontavano, quella *commozionale* e quella *emozionale*: secondo quest'ultima sarebbe la forte o violenta emozione (in particolare di spavento, ovvero un trauma psichico) a determinare i cosiddetti «fenomeni nervosi»; secondo l'altra, il fattore causale sarebbe invece da rintracciarsi nello «scuotimento» dell'aria e nelle forti variazioni di pressione che le esplosioni determinano, come anche nei colpi e negli urti ricevuti, tali da provocare «lesioni del cervello, o meglio dei suoi vasi sanguigni» (ovvero un trauma fisico). Vi fu anche chi procedette a delineare le differenze fra i due tipi di fenomeni, che sarebbero così caratterizzati:

Fenomeni emozionali:
1. non perdita di conoscenza (il malato corre in cerca di aiuto);
2. non manifestazioni immediate;
3. fenomeni consecutivi (afasia, tremore, abasia, ecc.).
Fenomeni commozionali:
1. perdita di coscienza (il malato deve essere raccolto);
2. manifestazioni immediate;
3. fenomeni consecutivi (confusione mentale, tremore, plicature, sordità, ecc., con o senza fatti isterici);

4. alterazioni organiche (modificazioni del liquor, emorragia meningea, ematomielia, encefalite traumatica) (*ivi*, p. 319).[219]

Tuttavia, Gemelli fa subito dopo notare che «nessuno dei sopraccennati sintomi si può attribuire esclusivamente a una delle due categorie» (*ivi*, p. 320).[220] E va anche oltre: a suo avviso, «i sintomi descritti non sono proprio esclusivi di una malattia specifica, quella che fu chiamata da alcuni *psiconevrosi traumatica di guerra*», in quanto «essi invece furono riscontrati in conseguenza di cause del tutto differenti, ovvero in conseguenza di cause analoghe, ma non dovute al fatto della guerra» (*ibidem*). Così concludendo sul punto: «A me sembra adunque che, se si vuole designare questa malattia con una denominazione che non comprometta nulla con prevenzioni teoriche, possiamo accettare quella proposta da Henri Piéron (1881-1964), di *sindrome commozionale*, non intendendo però con questo nome nulla affermare della genesi della malattia» (*ivi*, p. 321).[221]

Tre ipotesi sulla patogenesi

Ed è proprio sulla genesi della patologia che Gemelli si sofferma nell'ultima parte del capitolo. Dopo aver inquadrato i sintomi già descritti nel contesto generale dei «fenomeni nervosi da guerra», passa infatti in rassegna tre diverse e possibili spiegazioni.

219 Gemelli riferisce che questa categorizzazione venne proposta nel 1916 da Ch. Vincent, nel corso dei lavori della riunione della Società francese di neurologia, tenutasi a Parigi nell'Aprile del 1916 (Gemelli, 1917a, p. 319).

220 Qui Gemelli si richiama alla «discussione alla quale hanno preso parte illustri neurologisti e psichiatri, come Sollier, Roussy, Dumas, Mallet, Meige, ecc.» (Gemelli, 1917a, p. 320). Ed è anche in base agli esiti di tale discussione che ritiene vada accettato «quello che scriveva, fondandosi sulla sua esperienza di guerra, Arturo Morselli» nel 1916, ovvero, come si dice già nel testo, «che nessuno dei sopraccennati sintomi si può attribuire esclusivamente a una delle due categorie» (*ibidem*) (cfr. Morselli A., 1916).

221 In ambito psichiatrico, diversi studiosi italiani dell'epoca parlano di sindromi commozionali e/o emozionali . Tra questi, si può citare Vincenzo Neri (1880-1959) che se ne occupa a proposito dei sopravvissuti ad un tragico evento, il terremoto di Messina e Reggio Calabria del 1908, che peraltro costituisce un caso emblematico di quelle «cause analoghe, ma non dovute al fatto della guerra» alle quali fa cenno Gemelli (Neri,1909; cfr. Ceccarelli, 2013c, 2016a).

La prima è quella *anatomica*, secondo la quale i fenomeni descritti sarebbero imputabili ad alterazioni o lesioni fisiche, o appunto anatomiche, del sistema nervoso, causate dall'esplosione di proiettili o di mine. Gemelli afferma però subito che i risultati delle ricerche in proposito sono negativi, così argomentando:

> Anche facendo la parte più larga alle spiegazioni organiche, […] rimane sempre un buon numero di casi nei quali non si trova alcuna lesione». «Riconosco che il fatto di non trovare alcuna lesione non sarebbe per sé sufficiente a concludere che non esiste una causa organica di questi disturbi. Ma vi sono di più ragioni positive e valide per ammettere che questi fenomeni sono dovuti a fattori di carattere psichico […]. Vi può essere anche un trauma psichico (*ivi*, p. 325).

La seconda spiegazione da considerare è dunque quella *psicologica*. Che chiama in causa, dice Gemelli, la «costituzione emotiva» dei soggetti e soprattutto il trauma emozionale (o «emozione-shock»), che nell'anamnesi di questi malati non manca mai. In particolare, «due emozioni soprattutto entrano in giuoco: l'emozione dovuta allo scoppio di un proietto, oppure uno spettacolo terrificante di guerra. Molte volte le due emozioni si associano» (*ivi*, p. 326). In breve, secondo Gemelli,»più fatti parlano nel senso di dimostrare che ciò che provoca i disturbi psichici e nervosi che ho descritto e che più di frequente compaiono nel caso di esplosione di proietti, è l'emozione violenta, la paura-emozione che si ha in individui già predisposti» (*ibidem*).

Anche questa seconda ipotesi esplicativa appare però a Gemelli insufficiente, in quanto «ciò che sappiamo dell'emozione non ci permette di ammettere che essa possa mantenere delle espressioni che abbiano la fissità e la durata che hanno i sintomi dei nostri ammalati» (*ivi*, p. 327).

C'è dunque, ed è necessaria, una terza spiegazione, integrativa della precedente, quella *pitiatica*, termine introdotto da Joseph Babinski (1857-1932) nel 1901, come sostitutivo di «isterico»; una spiegazione che fa riferimento ad un ulteriore fattore, la *suggestione* o l'*autosuggestione*. Questo sarebbe pertanto il meccanismo che, in sinergia con le forti emozioni, genera i disturbi e soprattutto li mantiene nel tempo, anche quando sono ormai «vuoti» dell'emozione originaria. E la dimostrazione migliore di questo stato

di cose (sul piano eziologico) è, secondo Gemelli, il fatto che tali malati guariscono quando il medico fa usa di tecniche suggestive o persuasive. Così si esprime Gemelli a proposito di un caso di mutismo: «Ora bastano poche sedute psicoterapiche, talvolta una sola, per guarire questi ammalati. Un poco di colpo di scena, l'impiego dell'elettricità a scopo suggestivo, l'azione della quale per verità rimane pur sempre misteriosa; un discorso del medico che persuade l'ammalato della possibilità di guarire; ecco i rimedi efficaci. In breve, l'ammalato riprende l'uso della voce» (*ivi*, p. 329).

Un commento

In questo lavoro di Gemelli, che è peraltro passato alla storia come uno studioso eclettico che si è interessato produttivamente di una miriade di tematiche, sembra davvero di scorgere una intricata rete di sconfinamenti.

Rileviamo infatti che Gemelli è, per formazione primaria, un medico, ma scrive di psicologia, per di più sostenendo esplicitamente che lo studioso più idoneo per trattare di psicologia militare o del soldato è appunto il medico. Non solo: scrivendo un'opera di psicologia (del soldato), tale fin dal titolo, vi fa rientrare la patologia psichica, ma occupandosene come medico e non come psichiatra, ché tale non era. Insomma, una sorta di interdisciplinarità *sui generis*, ben diversa da come la intendiamo oggi.

Quanto ai contenuti, qui possiamo in particolare osservare che Gemelli mostra una solida conoscenza della letteratura scientifica estera, soprattutto in lingua tedesca e francese, e fornisce, benché *en passant*, utili notizie sulla ricerca italiana nel settore, presentata come carente o addirittura quasi assente. Un punto qualificante del testo è poi la negazione di una specifica «pazzia di guerra», a favore dell'inquadrabilità dei molteplici sintomi patologici riscontrabili al fronte in forme morbose già conosciute in campo psichiatrico, pur senza negare il ruolo delle situazioni estreme che caratterizzavano la guerra stessa. A ciò si connettono una chiara proposta di schematizzazione descrittiva delle diverse sindromi patologiche e, infine, il tentativo di individuare le «spiegazioni» dei fatti morbosi osservati e categorizzati, tra le quali, a giudizio dell'autore, piuttosto

che l'ipotesi *anatomica*, risultano plausibili quella *psicologica* e quella *pitiatica*.

A quest'ultimo proposito, troviamo nello scritto di Gemelli, che di fatto non «entra» nel terreno del trattamento psichiatrico, uno dei rari accenni che all'epoca si facevano in Italia circa la psicoterapia. Gemelli lo fa per sostenere la sua ipotesi, e cioè che le psiconevrosi osservate in guerra fossero il risultato combinato di traumi psichici e di suggestione o autosuggestione, ma di fatto ci rivela come stavano le cose allora, ovvero che la psicoterapia era una tecnica di area medica, purpoco praticata, sostanzialmente volta a trattare sintomi organici e/o comportamentali non dipendenti da lesioni o alterazioni fisiche, ma da idee o convinzioni errate del paziente. È anche da segnalare che Gemelli, su questo punto, non distingue più di tanto la *suggestione* dalla *persuasione*, come invece ormai si faceva da parte di vari studiosi, per lo più medici o psichiatri, come Dubois (1904) in Svizzera e Giachetti (1913) in Italia.[222]

La ricerca di Casali e Pullè: il «fiffometro»

Il secondo lavoro che mi sembra utile illustrare e commentare molto brevemente nella medesima ottica è un articolo di poche pagine comparso nel 1916 sulla *Rivista di Psicologia* e encomiasticamente presentato da Ferrari. Riferisce su una ricerca condotta in zona di guerra da due medici militari, Piero Casali e Felice Pullè, circa «la stanchezza mentale delle vedette nella linea del fuoco», tema evidentemente alquanto importante in un contesto bellico (Casali & Pullè, 1916).

Gli autori esordiscono sottolineando l'opportunità «di esaminare individualmente i soldati ai quali si richiedono servizi che esigano peculiari disposizioni psichiche, onde cercare di ottenere da essi il maggior rendimento col minor consumo delle loro energie sempre preziose per la Patria» (*ivi*, p. 161). Subito dopo, richiamandosi a

222 Su alcune vicende della psicoterapia delle origini in Italia, con cenni alla situazione estera e con riferimenti alla suggestione e alla persuasione, cfr. Ceccarelli, 2005b, 2005c, 2009b.

studi anche classici di psicologia (fisiologica), da Weber in poi, ricordano come sia possibile, in base ad «un numero ormai ingente di ricerche […] valutare con una certa approssimazione il grado di attenzione di un individuo misurandone con certe regole la sensibilità cutanea» (*ivi*, p. 162). E ciò in quanto «la fatica faceva diminuire la capacità dell'attenzione volontaria e questa a sua volta diminuiva la sensibilità cutanea» (*ibidem*). Per poi affermare di essersi di conseguenza basati «sul principio fondamentale del rapporto tra l'attenzione e la sensibilità, per vedere in quali condizioni di efficienza fossero in momenti diversi del loro gravoso servizio le vedette sulla linea del fuoco» (*ibidem*).

Per svolgere le proprie rilevazioni, condotte su 50 soggetti, Casali e Pullè si avvalgono dell'*algometro* (o *algesimetro*) di Mac Donald,[223] ideato per la misurazione di una specifica sensibilità, quella dolorifica, che secondo i dati allora disponibili aumenterebbe con la fatica. Gli autori descrivono minuziosamente lo strumento e la procedura di impiego, ma poi, inopinatamente, non espongono i risultati, passando invece direttamente alle conclusioni generali da essi tratte, queste:

> Da quanto abbiamo finora osservato, ci appare indubbio che l'algometria fornisca un buon indice dell'esauribilità nervosa dei soldati e che, esaminata con diligenza e con continuità, possa permettere di stabilire con grande approssimazione per quanto tempo si possa mantenere l'attenzione normale dei soldati in vedetta (*ivi*, p. 164).

E tali conclusioni vengono subito tradotte in indicazioni operative, che probabilmente erano quelle che più interessavano.

> Ci sembra che le tre norme seguenti possano intanto dirsi sicure:
> 1) La vedetta isolata dovrebbe essere mutata ogni mezz'ora.
> 2) Sulla linea del fuoco, in tempo di notte, le vedette dovrebbero montare la guardia a due a due per ogni ricovero, e per non più di due ore di seguito.

223 Si tratta del «temporal algometer», uno strumento di misura ideato dallo studioso statunitense Arthur MacDonald sul finire dell'Ottocento. La denominazione deriva dal fatto che l'apparecchio veniva applicato alla tempia, e quindi nella zona *temporale*, del soggetto (MacDonald, 1898).

3) Potrebbero essere istituiti gruppi di scelte vedette, ottenute per eliminazione sulla base dei dati offerti dai metodi della psicologia sperimentale (*ivi*, p. 165).

Siamo evidentemente in pieno ambito psicologico applicativo, del tutto analogo a quello di cui si occupava pionieristicamente lo stesso Gemelli in un altro dei suoi molti campi di ricerca: lo studio delle caratteristiche psicologiche di soldati incaricati di particolari compiti e l'individuazione dei soggetti più adatti.[224] Nel suo caso al pilotaggio di aerei, in questo all'attività di vedetta in prima linea. Una diretta derivazione della psicologia sperimentale, dunque. Ma coloro che se ne occupano, in questo come in molti altri casi, sono medici, e paiono del tutto inconsapevoli di qualsiasi questione concernente i confini disciplinari e il loro superamento. Pare loro fuor di dubbio che se ne debbano e possano occupare dei medici. Ma ciò a questo punto della presente disamina non sorprende più di tanto, in quanto è in linea con le concezioni già ricordate, secondo le quali della psicologia e delle sue tecniche e procedure avrebbero potuto lecitamente servirsi diversi professionisti. Non si concepiva ancora una specifica professione psicologica, e la psicologia stessa, anche quando era considerata con favore, poteva al più arrecare utili servigi in diversi campi e a diverse discipline.

A margine, è infine da segnalare un aspetto alquanto singolare evidenziato da Casali e Pullè, secondo i quali «una conferma, indiretta ma valida, della utilità del nostro studio e del mezzo adottato [derivava dal] nomignolo che i soldati di certe trincee in cui andavamo più di frequente avevano attribuito al nostro algometro: lo chiamavano *fiffometro*, o misuratore della *fiffa*, che nel gergo della trincea o d'altrove significa la paura organica, la pusillanimità» (*ivi*, p. 164n).

224 Gemelli si interessò ampiamente dell'individuazione e della rilevazione dei requisiti psicofisici del «personale navigante nell'aria», ovvero degli aspiranti piloti della nascente aviazione militare italiana, come direttore del «Laboratorio psicofisiologico dell'Esercito», svolgendo e pubblicando numerosi studi (v. p. es. Gemelli, 1917b e 1918; cfr. Ceccarelli, 2013a e in stampa).

Un certo fraintendimento da parte dei soldati, dunque, ma anche una interpretazione un po' discutibile del fatto da parte dei due autori.[225]

Nota conclusiva

Concludo con alcune riflessioni, anche riassuntive, per poi proporre un ulteriore tentativo di chiarificazione di questa complessa vicenda di rapporti e di confini.

Come abbiamo potuto vedere, abbiamo innanzitutto scoperto o riscoperto più chiaramente un aspetto non secondario, ma in genere poco considerato: il fatto che in quegli anni in Italia ci sia una psicologia ma senza psicologi in senso proprio, bensì con altre figure di varia estrazione scientifica che si occupano di psicologia, tanto che a rigore si possono studiare solo i lavori *di psicologia* e non i lavori *degli psicologi* sulla guerra. Abbiamo anche trovato, in particolare tra psicologia e psichiatria, confini incerti e rapporti declinati in più modi e abbiamo visto e documentato segnatamente molti sconfinamenti operati da psichiatri, *che però semplici sforamenti non sono*.[226] E il cui senso non è emerso con la dovuta nettezza, nonostante la proposta di inquadrare i problemi di rapporto e confine in una analisi più ampia, che prende in esame l'insieme delle scienze della mente come nucleo di un ambito scientifico più esteso, che include anche molte altre discipline.

225 Il lavoro di Casali e Pullè non è riportato tra gli scritti elencati nella tab. n. 1, in quanto i due autori erano medici, ma non psichiatri.

226 Che sconfinamenti ci siano via via stati è tuttavia la stessa Società Freniatrica Italiana ad ammetterlo. Così infatti si esprime Augusto Tamburini, celebre alienista dell'epoca, al XII Congresso di Freniatria (Genova, 18-22 ottobre 1904): «[…] nelle sue riunioni parziali, nei suoi congressi generali, nelle sue pubblicazioni, la Società nostra ha fatto, volta a volta, oggetto di studio tutte le questioni più importanti della Scienza Psichiatrica [...]. Essa ha allargato le sue branche di studio, portandole, per opera dei suoi cultori, dalla anatomia alla fisiologia, dalla antropologia alla psicologia, dalla patologia sperimentale alla clinica [...]. Essa ha soprattutto invaso, e ben giustamente, il campo della Neuropatologia […]» (Tamburini, 1905). Insomma, quasi una teorizzazione, o una apologia, dello sconfinamento e della sua liceità.

Abbiamo anche potuto vedere, in particolare, come gli scritti dell'epoca che prendono in considerazione la psicopatologia, come quelli di Gemelli (1912 e 1921) e di Ferrio (1928), più che pervenire a soluzioni condivise, mostrino la «faticosità» di un lungo percorso di differenziazione e di delimitazione e diano soprattutto testimonianza dell'esistenza di uno scenario poco chiaro, sia nelle posizioni che nelle percezioni degli «attori» principali del settore in quel periodo storico, che si riflette sulle possibili interpretazioni storiografiche di quelle vicende.

È quindi il caso di provare, in chiusura, a capire ancora cosa effettivamente sfugge all'analisi fin qui svolta, almeno come spunto per lo sviluppo della ricerca.

Credo che a questo scopo ci possa aiutare un'altra circostanza che mi risulta sostanzialmente trascurata, ma che invece il lavoro svolto ha permesso di porre in evidenza.

Molto in sintesi, possiamo partire da una constatazione piuttosto banale. Quando si fa riferimento ai rapporti (e ai confini) tra due discipline, si pensa di solito a due schiere contrapposte, o almeno diverse, costituite dai cultori dell'una e dell'altra disciplina. Nel caso della psicologia e della psichiatria *questo schema risulta invece pressoché inapplicabile*. Come abbiamo più volte ribadito, per la maggior parte coloro che facevano psicologia erano in realtà psichiatri, per cui al posto delle due schiere dobbiamo immaginarci, salvo rare eccezioni, una sola e magari variegata schiera di studiosi, entro la quale potevano semmai essere agitati e discussi eventuali problemi di rapporto e di confine. Non solo: a ben guardare, in molti casi questa «discussione» poteva addirittura avvenire «entro» ciascuno di coloro che coltivavano psichiatria e psicologia ad un tempo, realizzando una sorta di «interdisciplinarità intrapersonale». Ed è proprio questa la circostanza della quale bisogna tener conto e che ci può probabilmente permettere di capire qualcosa di più.

Uno scenario ben diverso (e più complesso) dunque, rispetto a quello dei due schieramenti che si fronteggiano, e riguardo al quale bisognerà vedere ancora meglio che cosa ciò può aver storicamente comportato. Seguendo questa linea di argomentazione, però, e parlando di cultori, si possono comunque già a questo punto avanzare altre ipotesi. Innanzitutto quella per cui secondo la percezione di alcuni studiosi i confini non c'erano affatto, data la libertà che pare si

prendessero di muoversi nell'una e nell'altra disciplina. Sembra però più plausibile, o almeno più rispettosa di un stato di cose maggiormente diffuso, l'ipotesi secondo la quale filosofi, psichiatri, medici e quant'altri, usando le parole 'psicologia', 'psichiatria', 'medicina', 'filosofia', avessero in mente una rappresentazione di ciascuna disciplina come in qualche modo distinta e/o differente dalle altre. E che quindi avessero anche una qualche idea dei rispettivi campi di studio (ed eventualmente di applicazione), sia pure con una grande variabilità, come peraltro attestano le fonti, il che comporta anche una nozione di confine, a sua volta indispensabile per poter parlare di rapporti. Tuttavia, circoscrivendo ancora alla psicologia e alla psichiatria il lavoro interpretativo che stiamo conducendo, dev'essere stata culturalmente più forte l'idea di una psicologia come campo di conoscenza (e di ricerca) aperto se non alle *altre discipline*, almeno ai *cultori di altre discipline* che avessero avuto interessi psicologici. Una distinzione sottile, questa, che quasi «scinde» una disciplina dai suoi cultori. E che introduce un doppio livello di analisi, tale da spingerci a ritenere che, trattando di confini e di rapporti, un conto è farlo riferendoci alle *discipline*, un conto ben diverso può essere farlo riferendoci ai loro *cultori*. Ma è anche una distinzione che ci permette di leggere più chiaramente la situazione che ho cercato di descrivere, che può apparire molto confusiva e connotata da una «circolazione deregolata» di studiosi in vari territori o addirittura, come dice Gemelli riferendosi *in primis* ai filosofi, da «scorribande».

Ci consente cioè di tenere adeguatamente conto delle condizioni della psicologia all'epoca, unica disciplina a non avere propri cultori specifici, una carenza però poco o per nulla sentita da quanti «facevano» psicologia. Si avvertiva invece l'opportunità di uno *studio psicologico*, essendo il funzionamento psichico normale dell'uomo un tema che non poteva essere eluso. Tuttavia, se non c'erano psicologi, a qualcun altro doveva pur spettare di far avanzare le conoscenze psicologiche e di applicarle: tra questi c'erano sicuramente gli psichiatri, come anche l'analisi della letteratura inerente la guerra attesta. Non siamo dunque in presenza di semplici sconfinamenti, ma di un clima o di una concezione in base alla quale per molto tempo si è continuato a pensare ad una psicologia come ad una sorta di «entità» declinabile in chiave psichiatrica, filosofica,

medica, o fisiologica, con tutto ciò che un simile stato di cose ha potuto significare sul piano del conseguimento di una propria identità da parte della psicologia nel nostro Paese. E poter riconoscere documentatamente tutto questo, ai fini di una ricostruzione storiografica corretta, mi pare sia essenziale.

Naturalmente, ogni medaglia ha due facce, per cui è senz'altro necessario dire che psichiatri ed altre figure scientifico-professionali, se da un lato hanno in qualche modo «invaso» un campo che non era il loro, hanno altresì comunque contribuito allo sviluppo del sapere psicologico. Possiamo dunque considerare gli eventi, le difficoltà, i dibattiti, i problemi di confine e di rapporto e l'ampia varietà delle posizioni circa la natura della psicologia che abbiamo fin qui cercato di descrivere, come passaggi forse ineludibili nel percorso verso l'autonomia disciplinare della psicologia stessa.

* *Purtroppo nel corso della pubblicazione del volume abbiamo appreso che Glauco Ceccarelli è improvvisamente deceduto. Siamo vicini a quanti gli hanno voluto bene e ringraziamo gli eredi per aver consentito la pubblicazione del suo contributo.*

Parte III

Cinema

Nevrosi in fotogramma: documenti sulle nevrosi di guerra negli archivi cinematografici e militari. Approccio storiografico pionieristico di un quarto di secolo fa

di *Giovanni Nobili Vitelleschi*

Fonti filmiche per la storia delle malattie mentali

Se gli studi sulla grande guerra e i traumi erano già noti a partire dai primi anni Ottanta, dalla storiografia di area anglosassone (Fussell, 1975; Leed, 1979), italiana (Gibelli, 1991; Bianchi, 2001) fino agli storici afferenti all'Historial de la Grande Guerre (Peronne, 1999), fu grazie al «Festival del Cinema Ritrovato», organizzato dalla Cineteca di Bologna nel 1993 a Bologna, nell'ambito della «Mostra internazionale del Cinema Libero», che, per la prima volta, furono proiettati e presentati, insieme alle tante riprese che riguardavano le operazioni militari e le battaglie, numerosi filmati realizzati dalla Sezione fotografica e cinematografica dell'esercito francese (S.P.C.A., Ivry-sur-Seine), per il Sottosegretariato di stato al servizio della sanità (Service de Santé). Tra questi filmati, oltre a quelli sulle protesi maxillo-facciali *(Service de prothèse maxillo-faciale du docteur Pont à Lyon,* Francia, 1918. Ecpad*)* sulla riabilitazione dei mutilati di guerra *(Le retour a la terre des mutiles,* Francia, 1918. Ecpad*),* sull'ortopedia di guerra *(Officine Rizzoli*, Italia, 1918. Cineteca Comunale di Bologna*)* e sul Camouflage (*Les surprises du camouflage*,1916. Ecpad), vi erano anche quei filmati dedicati ai traumi di guerra.

Per l'argomento da noi trattato, le nevrosi di guerra, presso lo stabilimento cinematografico e fotografico dell'esercito francese (E.C.P.A.,ora ECPAD), sono conservate alcune pellicole (35 mm), oggi anche in digitale, di breve durata (dai 4 ai 15 minuti) di notevole

interesse per gli studiosi di queste patologie. Il filmato più interessante presentato al Festival di Bologna nel 1993, fu senza dubbio *Troubles nerveux chez le commotionès du Val de Grace* (1918), sulle terapie praticate ai malati con problemi neurologici. Nei giardini dell'Ospedale di Val de Grace (Parigi), una trentina di malati, alcuni nudi, vengono ripresi in presenza di infermieri e medici. Tutti soffrono di problemi psichici quali la claudicazione, i tremori, gli irrigidimenti e le fobie come quelle delle uniformi di color rosso, talora legate alla esperienza della guerra, come spiegano le didascalie del filmato «lunghi ed intensi bombardamenti, traumi da pallottola al cervello, seppellimenti da esplosione di un siluro aereo». Un altro documento storico proiettato fu *Le progrés de la science au profit des victimes de la guerre. Une decouverte du Docteur Vincent* (1918), della durata di 8 minuti. Il filmato mostra l'applicazione del metodo elettrofisiologico (Torpillage) ai disturbati funzionali di nervi presso l'ospedale di Tours diretto dallo stesso dr. Clovis Vincent, nel reparto degli psiconevrotici. Al fine di mostrare l'efficacia del metodo del Torpillage, inventato dallo stesso Clovis Vincent nel 1915, fu proprio la Section photographique et cinématographique des armée (SPCA) a girare questo filmato a fini propagandistici. *Troubles fonctionnels. Service du Docteur Sollier à Lyon (1918)* della durata di 8 minuti, sulla presentazione di malati affetti da disturbi nervosi funzionali. Infine, *Centre des psychonévroses du G.P.M. Laignel-Lavastine* (1918) della durata di 4 minuti. Il filmato mostra soldati affetti da nevrosi di guerra presso l'ospedale di Maison Blanche diretto dallo stesso Maxime Laignel-Lavastine nel reparto dei psiconevrotici.

Nel 1993, il Wellcome Institute for the History of Medicine di Londra, ha organizzato un progetto di ricerca dedicato alla catalogazione e alla reperibilità del materiale audiovisivo sulla medicina in generale, ed anche sulla neurologia e sulla psichiatria, dal 1915 in avanti, dal titolo «Film sources in medical history»**,** sotto la direzione di Michael Clark.

Nel 1996, invece, presso il Wellcome Building di Londra veniva organizzato dal Society for the Social History of Medicine, il convegno «Picturing Health? Archival Medical Film and History», sull'utilizzo del film in ambito medico. Nell'ambito delle psiconevrosi e le sue cure sono reperibili presso l'archivio del

Wellcome, oggi anche in rete, alcuni filmati molto interessanti come: *War Neuroses. Netley, 1917. Seale Hayne Military Hospital,* 1918. Il filmato mostra infatti la sintomatologia delle cosiddette nevrosi da esplosione (*Shell shock*) su 18 soldati e la loro cura da parte di due insigni neurologi del R.A.M.C (Royal Army Medical Corps), Arthur Hurst e J.L.M. Symns, negli ospedali inglesi di Netley e Hayne verso la fine della guerra. Il 12 maggio 1918, Hurst presentò il filmato nell'ambito di una conferenza sulle nevrosi di guerra alla Royal Society of Medicine (Sezione neurologica), auspicando tra l'altro che le sue «Kinematographic records» potessero servire in futuro ai medici nelle loro diagnosi su tali patologie e, inoltre, di conseguire altri «results of scientific value». (Hurst, 1918, p. 39) Tra le forme cliniche mostrate nel filmato possiamo includervi una varietà di andature atassiche ed isteriche, paralisi isteriche, contratture e insensibilità al dolore, paralisi facciali e spasmi, paraplegia, mutismo e cecità, perdita del riflesso rotuleo ed achilleo. Inoltre, vengono mostrati l'uso della fisioterapia e la suggestione ipnotica nella cura e i lavori in fattoria per la riabilitazione dei pazienti convalescenti.

Una copia in pellicola (35 mm) della durata di 27 minuti è anche posseduta dal National Film and Television Archive di Londra. L'altro filmato posseduto dal Wellcome è *Abnormal Movements and Paralyses in Combattants and their Treatment by Hypnosis (1918-1919),* della durata di 13 minuti. Il filmato mostra l'uso della suggestione ipnotica nella cura di gravi disordini neurologici nei soldati e marinai tedeschi in una clinica neurologica ad Amburgo alla fine della prima guerra mondiale.

Per quanto concerne la conservazione di materiale documentario, il loro uso a scopo didattico e di informazione alla popolazione tedesca durante la Grande Guerra, resta fondamentale la pubblicazione di M. Weiser *Medizinsche Kinematographie*, pubblicata nel 1919 sui filmati che trattavano i disturbi motori a seguito delle nevrosi di guerra. L'utilizzo della cinematografia nello studio delle nevrosi di guerra, soprattutto i filmati (purtroppo andati dispersi) realizzati in Germania da Alt a Uchtspringe e da Krapf a Dresda nel 1918, furono, scrive l'autore del libro, «un campo straordinariamente fecondo per la cinematografia» non solo per scopo scientifico ma anche per informare la «popolazione sulle nevrosi di guerra e sulla loro curabilità» (Weiser, 1919, p. 134). Sono

stati invece conservati dal Bundesarchiv-Filmarchiv di Berlino due documentari realizzati durante il primo conflitto mondiale: *Funktionell - motorische Reiz-und Lahmungs-Zustande bei Kriegsteilnehmern und deren Heilung durch Suggestion in Hypnose/Stati di eccitazione e di paralisi motorio-funzionale nei combattenti e loro cura attraverso la suggestione ipnotica* prodotto nel 1917 dal Bild-und Film-Ant in collaborazione col dottor Max Nonne[227] dell'Ospedale generale di Amburgo-Eppendorf e *Reserve Lazarett Hornberg im Scwarzwald-Behandlung der Kriegs-Neuroticher/Ospedale di retrovia di Hornberg in Scwarzwald-Trattamento dei nevrotici di guerra***,** girato in collaborazione con il dottor Ferdinand Kehrer del National Hygiene-Museum di Dresda.

Entrambi i documentari mostravano il metodo dell'ipnosi con successive esercitazioni sia obbligatorie che facoltative da parte dei soldati sottoposti a trattamento medico. Va osservato come in questi filmati venivano mostrati in modo propagandistico soltanto i risultati spettacolari e non le complicazioni che spesso conducevano ad esiti mortali conseguenti ad alcuni procedimenti, come il totale isolamento per settimane, gli impacchi freddi ed umidi, i bagni prolungati, i raggi X in camera oscura, le punture lombari e le operazioni in anestesia con etere. E ancora asfissia provocata mediante la sonda faringale di Muck e l'applicazione di scariche elettriche.

In Italia, è solo dal 2011, dopo due restauri di preservazione nel 1993 e 1997, che conosciamo i filmati medici girati durante la Grande Guerra da Roberto Omegna all'Ospedale Militare di Torino, sotto la direzione del neurologo Camillo Negro, già noto agli studiosi di cinema muto e anche agli storici della neurologia e psichiatria per aver realizzato alcuni filmati neuropatologici negli anni 1906-1908 (*La neuropatologia* 1906-1908). I filmati sulle sindromi di guerra girati da Camillo Negro e Roberto Omegna nel 1918 all'Ospedale Militare di Torino (reperibili presso il Museo Nazionale del Cinema di Torino) sono stati presentati e proiettati nella mostra «Al Fronte. Cineoperatori e fotografi raccontano la grande guerra» tenutosi a

227 Nonne (1917) scrisse un articolo dove descriveva il suo metodo terapeutico nella cura delle nevrosi di guerra definito da lui stesso uno «stupro mentale».

Torino, presso la Mole Antonelliana a cura di Roberta Basano e Sarah Pesenti Compagnoni nel 2015. In questa sede sono stati visti due documentari simili: il filmato sulle sindromi di guerra dell'Ospedale Militare di Torino (Museo Nazionale del Cinema di Torino) di Camillo Negro e Roberto Omegna (Terza parte della Antologia dei filmati neuropatologici di Camillo Negro e Omegna), e quello, sempre di Negro e Omegna, conservato alla Cineteca Nazionale di Bucarest, proveniente dalla collezione di Dem Paulian, allievo di Gheorghe Marinescu, dal titolo *Nevropatie diagnosticate ai combattenti della Prima Guerra Mondiale (1915-1918) direzione e materiale clinico del Prof. Negro Direttore della Clinica di Neuropatologia dell'Università di Torino* (reperibile presso l'Archivio Nationala de Filme Bucarest. Immagini montate all'interno di *Miotomia Congenita*). La scarsità di filmati sulle nevrosi di guerra, o sui mutilati ecc., è dovuto a una falsa costruzione delle notizie sul fronte di guerra, che dovevano corrispondere nello spirito alle tavole di Beltrame su la *Domenica del Corriere*. Le sequenze girate al fronte, sia nei film di fiction ma anche nei documentari e nei reportages, documentavano difatti solo eventi positivi, imprese eroiche e di eccezionale enfasi retorica e, per quasi tutti i documentari, valeva un tipo di messa in scena di totale disinformazione. Le riprese di scene 'eroiche' di combattimento, la visione delle stragi, le panoramiche, o le inquadrature ravvicinate sui morti, venivano eliminate quasi ovunque. D'altra parte, tutti i filmati di guerra erano sottoposti al controllo del Comando Supremo dell'Esercito, nell'articolo n. 17, comma c, del fascicoletto dal titolo *Norme per i corrispondenti di guerra. Prescrizioni per il Servizio fotografico e cinematografico*, pubblicato nel 1917 dal Comando Supremo, dove si legge, tra l'altro che è vietato l'invio di materiale relativo «allo stato sanitario delle truppe». Per quanto riguarda la fiction, uno dei pochi casi interessanti e fuori dal comune, considerato il periodo in cui venne realizzato, cioè il Ventennio fascista, è il film *Camicia Nera*, diretto nel 1933 da Gioacchino Forzano, per il decennale della marcia su Roma. Il film narra la storia di un giovane fabbro, che durante la prima guerra mondiale a causa di un trauma ha subito un'amnesia e ha perduto ogni nozione della realtà e della propria identità personale, e che recupera a poco a poco la pienezza delle facoltà spirituali, quando il medico tedesco gli

riproduce su un portatile il Bollettino della Vittoria. Nel 2008 è uscito l'interessante film di Enrico Verra *Scemi di guerra. La follia nelle trincee* (50'), che ricostruisce attraverso filmati di repertorio rinvenuti negli archivi di tutta Europa, insieme alle cartelle cliniche di soldati affetti da sindromi di guerra ritrovati negli ospedali psichiatrici, le tappe che portarono migliaia di soldati ad affrontare il calvario della malattia mentale.

Una società mutila

Un capitolo a parte è quello relativo a quei filmati che ritraggono i danni fisici provocati dalla guerra, mi riferisco ai filmati sulle protesi maxillo-facciali, sulle riabilitazioni dei mutilati e all'ortopedia di guerra; guerra che mostra in maniera plateale «il primato dell'artificio, della tecnologia, della scomposizione e della costruzione, della istantaneità e della simultaneità» (Gibelli, 2007, p. 226). Immagini brutali che tanto avrebbero colpito e traumatizzato molti intellettuali e artisti, tra cui Otto Dix, Grosz, Marc, Léger (*Ballett Mecanique*, 1923); alcuni anche volontari di guerra che, come scrive Annette Becker (2014), si confrontarono con la brutalità della guerra e con la brutalizzazione della politica del dopoguerra e «utilizzarono la pittura, l'incisione, il fotomontaggio per rappresentare lo choc traumatico, la mutilazione, le protesi, i volti devastati» (Becker, 2014, p. 668). Ma la guerra dette anche l'ispirazione al pittore cubista Fernand Léger per il quale la visione di una culatta da 75 in pieno sole contribuì alla sua evoluzione plastica più di tutti i musei del mondo. Molti pittori, in particolar modo coloro che appartenevano alla corrente cubista, furono impiegati nel *camouflage*, con la costruzione di falsi cannoni, postazioni, alberi. Oppure, per quello che riguarda l'Italia, la nascita della Metafisica come risposta allo straniamento e alla alienazione della guerra, attraverso anche, da un punto di vista figurativo, la realizzazione dei manichini in stile ortopedico de *Le muse inquietanti* di Giorgio de Chirico, dipinto mentre era ricoverato a Ferrara presso Villa Seminario, diretto da Gaetano Boschi, specialista nella cura delle nevrosi di guerra. Qui, furono infatti ricoverati, nella primavera del 1917, Giorgio de Chirico e

Carlo Carrà, quest'ultimo affetto da depressione. In questo luogo crearono alcuni dei loro più importanti capolavori del periodo metafisico come per esempio i capolavori di de Chirico, *Ettore e Andromaca* e, soprattutto, le *Muse inquietanti*. Dipinti che vennero esposti alla Galleria Bragaglia a Roma nel 1919. La mostra fu stroncata dal giovane «ipercritique italien» - come lo definì Gustave Kahn sul Mercure de France - Roberto Longhi, con il celebre articolo, pubblicato sul «Tempo» nel 1919: *Al dio ortopedico*, attraverso l'impiego qui forse per la prima volta da parte di Longhi delle famose equivalenze verbali: «Spinta dalla sua mano di macchinista crudele, l'umanità orrendamente mutila e inesorabilmente manichina (…) appare fra grandi stridori e cigolamenti sui vasti palcoscenici deserti, guardati a vista dai pesanti scatoloni dei casamenti pieni di caldo e buio.(...) Ivi l'*homo ortopedicus* sgrana con voce di carrucola una sua parte impossibile alle statue diseredate della Grecia antica» (Longhi, 1919, p. 3). Una interpretazione della pittura metafisica da parte dell'autore di *Officina ferrarese (1934)*, che è quasi un saggio sulla società post-bellica e industrializzata di là a venire; interpretazione della pittura dechirichiana ripresa anche da Jean Cocteau, con la sua esortazione a togliersi dal proprio armamentario pittorico ispirato al *tromp l'oeil*, i suoi *corset orthopèdique* (Roucloux, 2001). In quest'ottica, si conferma un'opera molto interessante il film *Oh!Uomo* del 2004, della durata di 68 minuti, diretto da Yervant Gianikian e Angela Ricci Lucchi, realizzato dal Museo Storico trentino (Archivio di Cinema e Storia), una sorta di catalogo del corpo ferito – sia psichico che fisico -, dove attraverso l'assemblaggio di materiale d'archivio ma di natura diversa, si passa dalla decostruzione del corpo umano alla ricomposizione e ricostruzione artificiale. Con un intervento di *recadrage* sull'immagine- vengono pressoché eliminati i gesti dei medici - si amplia l'immagine filmica, dai piani medi ai volti in primo piano. Nel 2014, è stata realizzata l'opera multimediale *War Work: 8 Songs with Film*, diretto dal musicista e film-maker Michael Nyman, con sequenze tratte da materiali d'archivio della Grande Guerra, con i immagini di soldati con sindromi di guerra, dell'ortopedia di guerra, di protesi facciali, dei mutilati del viso (*Gueles casées*) montate in parallelo con immagini di operai al lavoro in una fabbrica di bambole. A Brentonico (Tn)

dal 6 agosto 2016 al 2 luglio 2017 è stata organizzata, dal Museo Storico trentino, una mostra sugli effetti devastanti della Grande guerra, dal titolo «Corpi disarmati: la meccanica della normalità», sul ritorno dei reduci con problemi psichici e con mutilazioni, insieme alle relative problematiche sul reinserimento nella società.

Il metodo storiografico degli *Annales*: approccio interdisciplinare

Antesignano dell'approfondimento sulla relazione Cinema/Storia, che si svilupperà anche in ambito accademico a partire dai primi anni Settanta, fu Boleslaw Matuszewski, il quale propose la creazione di un archivio cinematografico quale strumento visivo della memoria; risalgono infatti al 1898 i due opuscoli: *Une Nouvelle Source de l'Histoire (Création d'un dépot de cinématographie historique)* e *La Photographie animée. Ce qu'elle est, ce qu'elle doit être*, dove descrive in dettaglio il funzionamento di un deposito cinematografico pubblico. Risale al 1968 la proposta di ricerca di Marc Ferro, specialista della Prima Guerra Mondiale, su «Les Annales», sulla necessità di studiare in ambito scientifico la relazione tra cinema e storia del Novecento. Tuttavia, il primo storico a utilizzare il cinema in ambito accademico è stato Fernand Braudel presso la VI Section all'Ecole en Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), con il corso Cinéma et Histoire nel 1968. Per lo storico Marc Ferro - che divenne nel 1970 con-direttore con Jacques Le Goff della prestigiosa rivista fondata da Marc Bloch e Lucien Febvre negli anni venti - Braudel è «uno dei pochissimi storici ad aver utilizzato le immagini e gli oggetti come fonte d'informazione e di riflessione allo stesso titolo delle altri fonti, e non invece come semplici supporti per illustrare tesi elaborate sulla base di altri documenti o per altre vie» (Ferro, 1988, p. 201). Le ipotesi di ricerca si amplieranno negli anni successivi, soprattutto in area francese, aprendo svariate piste, dovute anche alla tendenza della storiografia ad allargare il campo delle fonti tradizionali in una nuova prospettiva: guerra, medicina e malattia mentale… Nell'ambito storiografico di questo metodo s'iscrivono le ricerche fatte sul cinema come fonte per la storia sociale e la cultura

materiale, ricerche che tentano di mettere in evidenza, durante un certo periodo, meglio se di lunga durata, le trasformazioni, le permanenze, gli atteggiamenti e le rappresentazioni di fronte a una certa tematica in relazione al contesto storico-sociale.

Fonti filmiche per la storia della neurologia e psichiatria

Spetta al neurologo rumeno George Marinescu, specialista delle malattie nervose e della riabilitazione dei paraplegici presso l'Ospedale Pontelimon di Bucarest, il primato in Europa (1898) a filmare i disturbi della locomozione e dei gesti provocati da certe malattie. Su tale esperienze Marinescu pubblicherà un articolo dal titolo *Le troubles de la marche dans l'hemiplegiè etudiès à l'aide du cinématographe*, sulla rivista medica «La Semaine Medicale» (1899). Nel 1899 Marinescu riprende una malata affetta da una emiplegia isterica filmandone dapprima le manifestazioni patologiche, poi la cura con l'ipnosi ed infine il comportamento normale dopo la guarigione. Nel dicembre del 1899, presenta il caso all'Accademia delle Scienze di Parigi pubblicando un articolo su la «Nouvelle Iconographie de la Salpetrière» (febbraio 1900), in cui rifacendosi al film, sottolinea tra i primi nella storia del cinema, l'importanza del mezzo cinematografico nella ricerca medica e in particolare in quella neurologica: «Quale documento scientifico potrebbe dimostrarsi più prezioso per lo studio dell'emiplegia isterica di questo?» (Tosi, 1983, p. 51). Il neurologo rumeno non fu, tuttavia, il solo ad intuire le potenzialità del cinematografo come strumento per lo studio delle malattie nervose. Nel 1898, vi era stata la pubblicazione, da parte di un fotografo sconosciuto di nome Boleslaw Matuszeswski, di un opuscolo dal titolo *Una nuova fonte per la storia*, in cui l'autore, anticipando i metodi storiografici della Nouvelle Histoire di Le Goff sulle nuove fonti storiche, esponeva le sue idee sulla necessità di creare delle cineteche e affermava tra l'altro di aver ripreso, tra il 1897 e il 1898, presso gli ospedali di San Pietroburgo, Varsavia e in Francia (San Antoine e La Pitiè) alcuni casi di malattia mentale. Nel 1898 in una conferenza il grande fisiologo E. J. Marey, parlerà del testo come di una «curiosa operetta» nella quale tuttavia si percorrevano con «ardite

prospettive» i campi che sembravano aperti alla cronofotografia sottoforma di proiezioni. «Il signor Matuszewski – notò allora Marey – vuole anche che la cronofotografia studi e riproduca i diversi fenomeni delle malattie nervose» (Nobili Vitelleschi, 2003, p. 499). Un altro medico ad utilizzare la cronofotografia per riprendere i malati d'isteria fu Albert Londe, direttore del laboratorio fotografico dell'ospedale della Salpêtrière, diretto all'epoca da Jean Marie Charcot, il grande neurologo francese celebre per le sue cure dei malati isterici mediante l'impiego dell'ipnosi. Dapprima nel 1883 con un apparecchio a nove obiettivi, poi, nel 1892, con uno da dodici, Londe riprese le varie fasi dell'isteria e dell'epilessia. Su queste esperienze, che gli valsero anche la definizione di pioniere della storia del cinema in quanto scoprì l'aspetto *cinetico* della malattia, Albert Londe scisse il saggio *La photographie médicale*, in *Conférences publiques sur la photographie* (1893).

In Italia è solo a partire dal 1908 che si inizia ad utilizzare il cinema nello studio soprattutto dell'isteria e di alcune malattie neurologiche. In quest'anno, come detto sopra, viene realizzato a Torino dal professor Camillo Negro il filmato *La neuropatologia*, diretto dal documentarista e pioniere del cinema scientifico Roberto Omegna, su diversi casi clinici di malattie mentali e un attacco di isteria in una donna mascherata. Di particolare interesse, soprattutto per la descrizione reale di alcune patologie mentali e nervose, furono anche le lezioni e proiezioni del professor Gaetano Rummo realizzate nel 1909 presso la facoltà di medicina di Napoli nella Regia Università. Inoltre, lo stesso Rummo, avrebbe auspicato l'utilizzo del documentario come uno dei *medium* per la divulgazione della psichiatria sia nelle Università che negli Istituti superiori. Il neurologo Vincenzo Neri dopo la laurea si recò a Parigi presso l'ospedale Pitié-Salpêtrière sotto la direzione del grande neurologo Joseph Babinski dove iniziò a filmare i movimenti dei pazienti. Durante la guerra, dietro richiesta di Vittorio Putti, divenne consulente dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, dove studiò, tra l'altro, il sistema vaso-motorio dei soldati congelati durante la prima guerra mondiale. Nel 2008 è stato ritrovato a Bologna l'archivio di Vincenzo Neri, a Villa Baruzziana, dove all'interno dello studiolo si trovavano materiali di grande valore fotografico e

cronofotografico. Nel 2011 è stato ultimata la preservazione e la digitalizzazione delle lastre fotografiche e di altro materiale.

Dall'isteria alle nevrosi di guerra

Camillo Negro, professore di neurologia all'Università di Torino, tra il 1906 e il 1908, con l'aiuto del suo assistente Giuseppe Rosaenda, fece riprendere a scopi scientifici e didattici alcuni dei suoi pazienti affetti da malattie nervose e mentali; tra i filmati, realizzati da Roberto Omegna, c'era il celebre 'frammento' della durata di 4 minuti della *Neuropatologia* del 1908 – filmato presentato, dopo la prima a Torino nel febbraio del 1908, alla clinica Salpêtrière di Parigi nel novembre del 1908 con il titolo *Reméde contre la nevrastenie* -, dove si vedeva il professore, aiutato dal dottor Rosaenda, produrre una crisi isterica in una donna, quindi eliminarne il sintomo premendole con forza le pelvi e poi mostrarla al pubblico rilassata e guarita. Il Museo Nazionale del Cinema di Torino, in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino, nell'autunno 2011 ha presentato una nuova edizione critica dei filmati neuropatologici girati dal Professor Negro dopo i restauri di preservazione degli anni 1993 e 1997 (Dagna e Giannetto, 2012).

Nella nuova edizione critica del 2011, sono stati isolati e separati dal resto dei filmati, riconducibili agli anni 1906-1908, le immagini sulle sindromi di guerra girate all'Ospedale di Torino, dove il Prof. Negro era consulente volontario di neuropatologia e presentati in un 'blocco unico'; immagini, quelle sulle nevrosi di guerra, introdotte da un cartello descrittivo, realizzate sempre con la regia di Roberto Omegna (Negro, 1916). Sul rapporto tra Omegna e il Prof. Negro anche nel periodo del conflitto mondiale, si veda un inedito documento del 1917: «[Roberto Omegna] ha collaborato con il Prof. Negro della R. Università di Torino per raccolte cinematografiche

delle malattie nervose, lavoro a cui si dedica tuttora per il predetto professore all'Ospedale Militare di Torino»[228].

Nel filmato della crisi isterica della donna mascherata del 1908, il Professor Negro nel presentare al pubblico la malata mostrava una ostentata sicurezza e in alcuni casi anche un atteggiamento che sconfinava nell'istrionismo; egli infatti *sorride*, guarda in macchina come un attore comico, nel presentare il caso d'isteria, ambientato in una sorta di set teatrale. L'*atteggiamento* ricorda quello di un illusionista che incita il pubblico, in una *mise en scene* che si potrebbe definire da fenomeno da baraccone. In altre immagini, forse del 1906, soprattutto dopo l'edizione critica e restauro del 2011, si può constatare, anche attraverso i resoconti dell'epoca, la familiarità con tali patologie del professore: «dalle mani del Prof. Negro, due isterici sono trattati in pieno attacco, con la suggestione». Nei filmati girati presso l'Ospedale Militare di Torino, il comportamento del professore nel presentare i casi sembrava sottolineare, invece, una sorta di incapacità terapeutica nell'affrontare questa *strana malattia*; e, nello stesso tempo, come la prima guerra mondiale mutasse il contesto clinico degli studi e della pratica neurologica. «Le manifestazioni isteriche che con grande frequenza si riscontravano nei soldati, infatti, fin dall'inizio apparvero diverse da quelle del tempo di pace: prive di teatralità e di immaginazione. [...] A poco a poco all'entusiasmo si andò sostituendo l'incertezza e la sfiducia nelle possibilità di cogliere la natura» di questa malattia - e, prosegue Bruna Bianchi in un saggio su psichiatria e guerra -, «di esplorare il meccanismo psicologico che stava alla base di tali sintomi» (Bianchi, 2014, p. 326).

Restauro

Il restauro di questi filmati in edizione critica del 2011 è stato realizzato dal Museo Nazionale del Cinema di Torino in

228 Fondo Roberto Omegna, Fascicolo Casa di Produzione Ambrosio, Documento inedito del 1917, Collezione privata Gianna Chiapello).

collaborazione col laboratorio *L'immagine Ritrovata* di Bologna nel 2011**,** a partire da una copia positiva nitrato e dal contro tipo negativo del restauro del 1997, integrate grazie al ritrovamento nella collezione del Museo di tre rulli positivi nitrato, di un frammento di negativo nitrato e di un 35 mm safety positivo.

L'antologia dei filmati del Prof. Negro (1906-1918) si compone di 3 sezioni: *La neuropatologia* del 1908, alcune riprese senza data e che mostrano il professor Negro con i suoi collaboratori, e i materiali dedicati alle sindromi di guerra.

I filmati sulle sindromi di guerra di Camillo Negro e Roberto Omegna, girati all'ospedale Militare di Torino, sono stati presentati e proiettati nel 2015 a Torino, nell'ambito delle manifestazioni del Centenario della Grande Guerra, nella mostra: *Al Fronte. Cineoperatori e fotografi raccontano la grande guerra*, presso la Mole Antonelliana sede del Museo Nazionale del Cinema, a cura di Roberta Basano e Sarah Pesenti Compagnoni e organizzata dal Museo Nazionale del Cinema di Torino. In questa sede sono stati, inoltre, presentati e proiettati due documentari "gemelli" di Camillo Negro e Roberto Omegna, provenienti dalla Cineteca Nazionale di Bucarest, appartenuti alla collezione di Dem Paulian, allievo del neurologo rumeno Gheorghe Marinescu con il titolo: *Nevropatie diagnosticate ai combattenti della Prima Guerra Mondiale (1915-1918) direzione e materiale clinico del Prof. Negro Direttore della Clinica di Neuropatologia dell'Università di Torino*; immagini montate all'interno di *Miotomia Congenita*[229].

229 Sequenze delle sindromi di guerra:1915-1918. Ospedale Militare di Torino

1. Soldati affetti da sindromi post-traumatiche nel corridoio dell'Ospedale militare di Torino, vestiti con gli stessi pastrani militari. Un uomo nudo mostra di poter camminare sulle mani malgrado un persistente tremore agli arti superiori.
2. Il ritrovamento più importante inserito nel nuovo restauro 2011 è quello di un soldato affetto da una gravissima forma di nevrosi: un giovane soldato sdraiato su materassi adagiati per terra, si muove convulsamente 'rivivendo' il trauma della trincea; lo vediamo battere i piedi per il freddo, fumare una sigaretta inesistente, bere dalla borraccia e sparare difendendosi con armi fantasma da un nemico 'immaginario'.

Immagini girate quasi in un intero piano sequenza da Omegna e senza la presenza del Prof.Negro.

La guerra e i traumi psichici. "Raffiche" di Aldo Molinari, un esempio dalle immagini d'archivio della Cineteca Nazionale

di *Francesca Angelucci*

Raffiche, realizzato nel 1914 (visto di censura n. 5570 del 30/11/1914) da Aldo Molinari per la sua casa di produzione la Vera Film, rientra a pieno titolo nel novero di quei film che hanno indagato la tematica della guerra e dei suoi effetti devastanti, occupandosi in particolare del disagio mentale come diretta conseguenza. Il positivo nitrato colorato recentemente ritrovato negli archivi della Cineteca Nazionale di Roma, purtroppo incompleto[230] e al momento in copia unica, fortunatamente fa riemergere dall'oblio un documento senza dubbio importante[231]. La vicenda è comune a molti film: una donna, già sconvolta dall'annuncio della presunta morte in guerra del marito, impazzisce quando le viene annunciata la perdita dell'unico figlio per una caduta da cavallo. Internata in manicomio, riuscirà a guarire solo grazie al ritorno del coniuge e all'affetto per un orfanello. Il film, nonostante la critica negativa dell'epoca[232] e la storia alquanto semplice, presenta diversi punti di forza. Il primo è proprio il suo autore, Aldo Molinari, personalità eclettica che, a partire dagli anni Dieci fino agli anni Cinquanta, fu regista, produttore, impresario teatrale, disegnatore, ma soprattutto fotografo e giornalista; in quest'ultima veste durante la Guerra Italo-Turca collaborò come inviato per numerosi quotidiani,

230 La pellicola ritrovata in Cineteca Nazionale è di 560 m (circa 20').

231 Il cartello del titolo riporta: Raffiche / Dramma in 3 atti.

232 Si legge nelle cronache dell'epoca: «*Raffiche*, della «Vera Film», di Roma, manca di qualsiasi qualità. È un brutto soggetto, male inscenato, con artisti di terz'ordine. È quanto posso dire di meglio!» in «La vita cinematografica», n. 16, 1915, p. 86.

documentando il conflitto in Libia. Tali molteplici esperienze si ritrovano nel film *Raffiche*, il cui filo narrativo, sentimentale e passionale è sviluppato attraverso ambientazioni e ricostruzioni fortemente realistiche. Infatti, nonostante tutte le immagini di guerra siano andate perdute, a eccezione di alcune parti in cui compaiono i soldati italiani e africani della colonia, si intuisce quanto quelle scene costituissero una sezione importante del film: è presumibile che fossero immagini di repertorio dal vero e che siano state espunte, «saccheggiate», per essere riutilizzate successivamente. Forse le stesse riprese furono inserite anche in *Lotta d'elementi-Raffiche d'anime*, film al momento perduto. Tratto da un romanzo di Edgar Wells e realizzato dallo stesso Molinari nel 1917, viene ricordato dalle cronache dell'epoca per le «emozionanti scene di guerra e di disperazione che si svolgono […] in un'isola sperduta in mezzo all'oceano e assediata dal nemico» (Martinelli, 1991, p. 163). Non è possibile stabilire quali siano gli aspetti in comune tra i due film, al di là della somiglianza dei titoli. Sulla base di quanto riportato da Vittorio Martinelli nella rivista «Bianco e Nero»[233], le due pellicole, prodotte dalla Vera Film, hanno interpreti diversi. I protagonisti del film del 1914, Paola De Bellis e Alessandro Zappelli, vengono infatti sostituiti nel 1917 con Emma Farnesi e Guido Guiducci. La direzione della fotografia, affidata in *Raffiche* a Renato Molinari, fratello del regista, viene invece curata da Tommaso De Giorgio in *Lotta d'elementi-Raffiche d'anime*.

Le esperienze di Molinari come inviato e giornalista emergono anche da ulteriori elementi presenti nella pellicola. Non è un caso che a seguito di una prima parte ambientata tra spazi domestici dove il protagonista, Georges Scott, si dedica a studi di radiotelegrafia, la storia si sposti poi in una lontana colonia, dove l'uomo è mandato a occuparsi di una stazione radio. È noto che il primo uso a scopo militare della radio avvenne proprio durante il conflitto in Libia. Va inoltre rilevato il collegamento tra quanto accade al protagonista,

233 Vittorio Martinelli associa i due film riportando in entrambe le schede la stessa citazione da «La Nuova Italia» del 1918. Cfr. Martinelli (1993), p.159 e Martinelli (1991), p.163.

che, distante da casa viene sorpreso dall'annuncio della guerra, e i reali avvenimenti internazionali. Il film, infatti, esce alla fine del 1914, quando l'Europa è già da mesi flagellata dalla Prima Guerra Mondiale.

La trama non desterebbe particolare interesse se non fosse che, esaminando la tematica della follia e mostrando i malati di mente e i luoghi di cura, fa della pellicola forse il primo esempio italiano di un film di finzione che tratta questi argomenti. Ancora una volta emerge lo spirito giornalistico e l'approccio documentaristico di Molinari, che struttura la storia con riferimenti fortemente legati all'attualità. D'altronde non può essere una coincidenza la concomitanza tra l'inaugurazione a Roma del nuovo complesso manicomiale di Santa Maria della Pietà nel maggio del 1914 e la scelta di ambientare la seconda parte del film all'interno di un istituto psichiatrico, dove viene rinchiusa la protagonista, si risolve la vicenda e ha luogo il lieto fine. È qui infatti che la donna, internata a seguito della perdita della ragione per il dolore della morte del figlio[234], vede un orfanello, straordinariamente somigliante al proprio bambino. Questo incontro le procura una emozione tale da portarla alla guarigione[235].

Il positivo ritrovato è incompleto, pertanto non è possibile sapere se e quanto si è perso di questo segmento della trama. Comunque le parti recuperate relative alla pazzia e all'internamento della donna (circa 7') hanno una durata alquanto consistente rispetto alle «due bobine» (circa 30') di cui, secondo le cronache dell'epoca, era composta l'opera. La pellicola presenta una lacuna tra il momento in cui il marito torna dalla guerra e le scene in cui la narrazione si sposta nel manicomio. Alla didascalia n. 26, che recita: «…e al suo ritorno, il tenente Scott, non ritrovò nella sua villa che il silenzio e la tristezza di una tomba…», segue, poi, un breve frammento in cui si vede la protagonista, che, «smarrita la ragione», viene sostenuta dal marito e cammina in un luogo che poi verrà definito «la casa dei pazzi» (Fig. 1).

234 Riporta la didascalia 23 del film: «…e davanti al corpo straziato del figlio, rimase impassibile e muta: ella ha smarrito la ragione!...».

235 Riporta la didascalia 38 del film: «…e il sonno dei suoi giorni tranquilli ritornò ancora nelle sue pupille…».

Fig. 1

Si passa, quindi, direttamente alla didascalia n. 32 che introduce nella storia l'orfanello: «…una giovane operaia, Delia, orfana e sola, dedica tutte le sue cure al fratellino più piccolo…». Purtroppo sono cinque le didascalie che mancano, così come le immagini corrispondenti di cui si ignora il contenuto. La didascalia che segue, la 33 («Giorno di festa: libera entrata alla casa dei pazzi…»), contestualizza le successive scene che si svolgono nell'ospedale psichiatrico. Qui, per quanto è possibile vedere nel positivo ritrovato, l'azione si sviluppa tra esterni, in cui i malati, assistiti da medici e personale, ricevono le visite, e interni (corridoio e stanza), in cui la protagonista porta l'orfanello e dove, nel cullarlo, riacquista la ragione e riabbraccia il marito. Le scene all'aperto, l'entrata degli ospiti e i momenti di incontro con i pazienti, mostrano dei dettagli di un palazzo barocco elegante[236]: la facciata con il cancello di ingresso (Fig. 2) e un cortile dove i malati si intrattengono con i parenti. In quest'ultimo caso colpisce che, di certo non a caso, siano state scelte da Molinari delle parti dell'edificio evidentemente ormai in rovina

236 Gli elementi architettonici visibili dell'edificio ricordano quelli dell'ospedale San Gallicano di Roma. È presumibile che gli esterni del film siano stati girati nella capitale, poiché la società di produzione Vera Film aveva sede proprio a Roma. Lo stesso porto di Civitavecchia è riconoscibile nella scena della partenza di Scott e dell'addio alla famiglia.

(fig.3-4). Comunque, oltre a questa atmosfera decadente, nulla sembra caratterizzare il luogo come un manicomio. Non ci sono né grate né recinzioni a eccezione del cancello di ingresso all'edificio; da qui accedono i visitatori nel giorno di festa in cui, come indicato nella didascalia 33 del film , c'è la «libera entrata nella casa dei pazzi».

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

I pazienti, alcuni in abiti comuni, altri con una sorta di divisa, sono assistiti dal personale e dai medici o sono in compagnia dei parenti in visita. Non vi è separazione tra uomini e donne e i malati sono ritratti quasi tutti in atteggiamenti giocosi e tranquilli (Fig. 5-6).

Fig. 5

Fig. 6

La protagonista, invece, inizialmente isolata dagli altri e assente (Fig. 7), mostra la sua follia violenta quando, incontrando l'orfanello, lo scambia per il proprio figlio[237].

237 La didascalia 32 del film riporta le parole che la donna indirizza a coloro che vogliono separarla dal fanciullo: «Chi sei tu… che vieni a togliermi il figlio mio… guai a chi s'appressa… prima che strapparlo alle mie braccia, con queste stesse mani gli spezzerò la testa!».

Fig. 7

Qui il film raggiunge il momento di massimo pathos: la donna si impossessa del bambino e respinge minacciosa chiunque le si avvicini, tanto la sorella del fanciullo a cui lo ha sottratto quanto i medici e il personale dell'ospedale accorsi per fermarla (Fig. 8-9).

Fig. 8

Fig. 9

Solo dopo essere sprofondata in un sonno ristoratore nella propria camera[238] dove ha condotto l'orfanello (Fig. 10-11) e dove lo ha cullato come un figlio (Fig. 12-13), la donna ritrova la ragione[239] e si ricongiunge al marito[240] (Fig. 14).

Fig. 10

238 Didascalia 37 del film: «Lo mira, lo bacia, gli sorride… finchè cullandolo la sua stanca fronte abbandonò sul guanciale…».

239 Didascalia 38 del film: «…e il sonno dei suoi giorni tranquilli ritornò ancora nelle sue pupille…», didascalia 39: «Desta finalmente la pazza, uno sguardo nuovo è nei suoi occhi… è la ragione forse che ritorna?» e didascalia 40: «Risveglio alla vita».

240 Didascalia 41 del film: « E nell'affetto del loro figlio adottivo rivissero in parte i bei giorni trascorsi».

Fig. 11

Fig. 12

Fig. 13

Fig. 14

Il dramma si risolve, quindi, in modo piuttosto semplice e il lieto fine è costruito un po' ingenuamente, così come i malati sono raffigurati con tratti talvolta stereotipati e gli spazi del manicomio delineati sommariamente. Non va dimenticato comunque che il film è del 1914 e che, nonostante le parti perdute e la brevità di quelle relative alla vita manicomiale, il film di Molinari riesce a esprimere il modo in cui le patologie psichiatriche fossero concepite nell'immaginario collettivo di inizio secolo e agli albori del cinema, ancora alla ricerca di un proprio linguaggio.

Bibliografia

Adami M.V. (2007), *L'esercito di san Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, Il poligrafo, Padova.

Allocchio A. (1881), *Sulla convenienza di due manicomi nella provincia di Cremona. Relazione della minoranza della Deputazione al Consiglio Provinciale,* Tipografia del Commercio, Crema.

Altavilla E. (1948), *Psicologia giudiziaria*, 3. Ed., Utet, Torino.

Amadei G. (1887), *Note statistiche sui pazzi pellagrosi entrati dal 1845 al 1886*, Tipografia Ronzi e Signori, Cremona.

Amadei G. (1915), «L'assistenza femminile in un comparto del Manicomio Provinciale di Cremona», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 41: 635-36.

Amaldi P. (1918), «L'assistenza degli invalidi mentali di guerra in rapporto alla legge 25 marzo 1917», *Il Bollettino*, 3-7: 215.

Ankele M. e Brinkschulte E., eds. (2015), *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Franz Steiner Verlag, Stuttgart.

Ankele M. (2009), *Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900*. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn, Wien.

Ankele M. (2012), *Ausdrucksbewegungen im Fokus des psychiatrischen Blicks um 1900*: *Aspekte einer „Diskursivierung des Alltäglichen"*, in Wernli M., ed., *Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik, Dynamiken der Psychiatrie um 1900,* transkript, Bielefeld: 86-114.

Ankele M.(2008), *Begrenzter Raum*: *Das Bett in der Frauenpsychiatrie um 1900*, in: Mahlke K. ed., *Räume,* transkript, Bielefeld: 17 - 29.

Antiseri D. (1972), *I fondamenti epistemologici del lavoro interdisciplinare*, Armando, Roma.
Antonelli L. (2003), *Il rivolgimento istituzionale dal 1750 all'Unità,* in Antonelli L. e Chittolini G., a cura di, *Storia della Lombardia. Vol. 2. Dal Seicento ad oggi,* Laterza, Roma-Bari.
Antonini, G., Tamburini, A. (1918), «Nuovi contributi all'assistenza degli invalidi alienati», Bollettino della Federazione nazionale dei comitati di assistenza ai militari ciechi, storpi, mutilati, III, 10: 312-315.
Arcari G. (1884), «Del modo di procedere nella pratica per l'esame fisico e psichico dell'alienato», *Bollettino Medico Cremonese*, 3, marzo-aprile: 45-60.
Ardigò R. (1870), *La psicologia come scienza positiva,* Guastalla, Mantova.
Arfè G. (1975), *Storia del socialismo italiano (1892-1926),* Einaudi, Torino.
Augustin J.M. (2011), *Georges Vacher de Lapouge, juriste, raciologue et eugéniste (1854-1936)*, Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, Toulouse.
Babini V.P. (2009), *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna.
Babini V.P. (2010), *Come nacque la 'Rivista di Psicologia'*, in Ceccarelli G., a cura di, *La psicologia italiana all'inizio del Novecento – Cento anni dal 1905,* Angeli, Milano.
Babini V.P., Cotti M., Minuz F. e Tagliavini A. (1982), *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Il Mulino, Bologna.
Babinski J. (1901), «Définition de l'hystérie», *Revue Neurologique*, 9, 21: 1074-1080.
Baldo D., Galasso M. e Vianello D., a cura di (2010), *Studenti al fronte. L'esperienza della Scuola medica da campo di San Giorgio di Nogaro – L'Università castrense*, Leg, Gorizia
Baldoli C. (2002), *Bissolati immaginario. Le origini del fascismo cremonese. Dal socialismo riformista allo squadrismo*, Cremonabooks, Cremona.
Baraldi M. (1975), *Statistica del movimento dei ricoverati e delle degenze negli Istituti ospedalieri neuropsichiatrici San Lazzaro di Reggio Emilia dal 1821 al 1974*, AGE, Reggio Emilia.

Bashford A., Levine Ph., eds. (2010), *The Oxford Handbook of the History of Eugenics*, Oxford University Press, Oxford.
Basso V. (2016) *Trauma, clinica e trattamento dei soldati e civili ricoverati tra il 1915 e il 1917*, [Tesi di laurea in medicina], Università di Padova, Padova.
Baxmann I., Göschel S., Gruß M. e Lauf V., eds. (2009), *Arbeit und Rhythmus*. Lebensformen im Wandel, München.
Becker, A. (2014), *Artisti e cineasti d'avanguardia nel dopoguerra*, in Audoin Rouzeau S. e Becker J-J, a cura di, *La prima guerra mondiale, vol.2*, Einaudi, Torino.
Beddies T. (2013), *„Aktivere Krankenbehandlung" und „Arbeitstherapie"*: Anwendungsformen und Begründungszusammenhänge bei Hermann Simon und Carl Schneider, in Schmuhl, H.W. e Roelcke V., eds., *„Heroische Therapien"*: die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918–1945, Göttingen: 268 - 286.
Béjin A. (1982), «Le sang, le sens et le travail. Georges Vacher de Lapouge darwiniste social fondateur de l'anthroposociologie», *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 73: 323-343.
Bennati N. (1916), «La etiologia determinante nella nevrosi traumatica di guerra», in *Rivista Sperimentale di Feniatria*, 42: 49-86.
Bernet B. (2006), *Assoziationsstörung*: Zum Wechselverhältnis von Krankheits- und Gesellschaftsdeutung im Werk Eugen Bleulers (1857 - 1939), in Fangerau H., Nolte K., eds., *„Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert* – Legitimation und Kritik, Stuttgart:169 - 195.
Bettiol N. (2008), *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto 1915-1918*, ISTRESCO, Treviso.
Bianchi B. (2001a), *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Bulzoni, Roma.
Bianchi B. (2001b), *Psychiatrists, Soldiers, and Officers in Italy*, in Micale M.S., Lerner P., eds., *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge University Press, Cambridge.
Bianchi B. (2014), *Psichiatria e guerra*, in Audoin Rouzeau S. e Becker J-J, a cura di, *La prima guerra mondiale, vol.1*, Einaudi, Torino.
Bianchi V. (1916),»L'anima del soldato sul campo di battaglia (Appunti di psicologia)», *Rivista di Psicologia*, 12: 166-83.

Binding K. e Hoche A. (1920), *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*, Meiner, Leipzig.

Biondi M., Boccara P., Corrivetti G., Digiannantonio M., Ferracuti S., Nicolò G., Perini R., Pompili E., Vaggi M. e Veltro F. (2016), «Chiusura OPG. Benissimo ma gli psicopatici non possono stare nelle nuove REMS»,*Quotidiano Sanità*, 31 gennaio 2016, testo disponibile al sito http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=34633 (ultima consultazione 5 luglio 2018).

Blanckaert C. (1987), «Les vicissitudes de l'angle facial et les débuts de la craniométrie (1765–1875)», in *Revue de Synthèse*, 108: 417-453.

Blasius D. (2001), *Deutsche Erinnerung – Wegstrecken der Psychiatriegeschichte*, in Wollschläger M., ed., *Sozialpsychiatrie*. Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven, Dgvt-Verlag , Tübingen.

Bleuler E. (1911), *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Deuticke. Leipzig.

Boschi A. (1903), «Il Manicomio di Cremona», *La Provincia*, maggio-giugno 1903.

Bracco B. (2012), *La patria ferita. I corpi dei soldati italiani e la Grande guerra*, Giunti, Firenze-Milano

Bremberger B., (2010), S*anitätsbaracken, Polenstationen und Ausländerkrankenhäuser: Orte der Ausgrenzung erkrankter ausländischer Zwangsarbeiter*, in Eschenbruch, N., Hänel, D. e Unterkirchner, A., eds., *Medikale Räume*: *Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit, transkript*, Transcript Verlag, Bielefeld.

Brunetta G.P. (1993), *La guerra vicina*, in Renzi R., a cura di, *Il cinematografo al campo: l'arma nuova nel primo conflitto mondiale*, Transeuropa, Ancona.

Bumke O. (1927-1929), *Trattato di psichiatria* (trad. it.; 2 voll.), UTET, Torino.

Bumke O. (1925), «Die Revision der Neurosenfrage», *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 88: 152-167.

Buscaino V.M. (1919), «Esperienza psichiatrica di guerra», *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 5,8: 221-238

Campolieti N.M. (1908), *La psicologia militare applicata all'educazione del militare*, Ramella & C., Firenze.

Campolieti N.M. (1916), *La teoria della massa e la guerra attuale*, E. Voghera, Roma.
Canosa R. (1979), *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano.
Caretti S. (1980), *I socialisti e la Grande guerra (1914-1918)*, in Sabbatucci G., a cura di, *Storia del socialismo italiano, vol. 3, Guerra e dopoguerra (1914-1926)*, Il Poligono, Roma.
Carol A. (1995), *Histoire de l'éugenisme en France. Les médecins et la procréation, XIX^{e}-XX^{e} siècle*, Seuil, Paris.
Carrino C., Di Costanzo R. (2003), *Archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Napoli Leonardo Bianchi. Inventario*. Testo disponibile al sito: http://www.cartedalegare.san.beniculturali.it/fileadmin/redazione/inventari/Napoli_OP_LeonardoBianchi.pdf (ultima consultazione 3 settembre 2017).
Casali P. e Pullè F. (1916), «La stanchezza mentale delle vedette sulla linea del fuoco», *Rivista di Psicologia*, 12: 161-165.
Cassata F. (2006), *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino.
Ceccarelli G. (1998), «Come eravamo», *La Professione di Psicologo – Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicolog,*. V: 9-10.
Ceccarelli G. (1999), *Pagine di storia della psicologia italiana – I primi congressi nazionali della SIPS (1911-1923)*, in Ceccarelli G., a cura di, *La psicologia italiana – Saggi storiografici*, QuattroVenti, Urbino.
Ceccarelli G. (2002), *Il testing psicologico in Italia – Materiali per una storia delle origini*, QuattroVenti, Urbino.
Ceccarelli G., ed, (2005a), *Cento anni dal 1905 : un secolo di psicologia in Italia : fascicolo speciale per il convegno nazionale, Urbino 11 e 12 novembre 2005*, QuattroVenti, Urbino.
Ceccarelli G. (2005b), *Prefazione*, in Blasi S. e Casonato M., *I fattori terapeutici della psicoterapia*, QuattroVenti, Urbino.
Ceccarelli G. (2009a), «Alle origini del testing psicologico in Italia», *Rassegna di Psicologia*, 26, 2: 71-92.
Ceccarelli G. (2013b), *Il primo congresso degli psicologi italiani (Torino, 15-17 ottobre 1911)*, in Ceccarelli G., a cura di, *La psicologia in Italia – Saggi storiografici – Terza serie*, QuattroVenti, Urbino.

Ceccarelli G. (2013c), *Psicologia ed emergenze: contributi italiani del primo Novecento*, in Ceccarelli G., a cura di, *La psicologia in Italia – Saggi storiografici – Terza serie*, QuattroVenti, Urbino.
Ceccarelli G. (2015), «Declinazioni del rapporto psicologia-filosofia. Riflessi sull'insegnamento accademico nell'inchiesta di Enzo Bonaventura del 1914», *Physis – Rivista Internazionale di Storia della Scienza*,50, 1-2:365-387.
Ceccarelli G. (2016a), «Psicologia e psichiatria di fronte alle emergenze: primi contributi italiani», *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'assistenza umanitaria*, 16:6-25.
Ceccarelli G. (2016b), *La nascita della Società Italiana di Psicologia: il contesto, l'antefatto, la fondazione*, in Lo Iacono A., a cura di, *Psicologia e psicologi in Italia – SIPs: oltre un secolo della Società Italiana di Psicologia*, Alpes, Roma.
Ceccarelli G. (in corso di stampa), *La psicologia militare in Italia prima dell'identità professionale – Agostino Gemelli e la scelta del «personale navigante nell'aria»*, in Livi S., a cura di, *Psicologia militare: tra radici e prospettive*, Roma.
Ceccarelli G. , a cura di (2010), *La psicologia italiana all'inizio del Novecento – Cento anni dal 1905*, Angeli, Milano.
Ceccarelli G. e Micozzi M. (2009), «Alle origini del movimento psicologico in Italia», *La Professione di Psicologo – Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*, 1: 14-17.
Ceccarelli G., (2013a), *Antecedenti storici della psicologia militare in Italia*, in Ceccarelli G., a cura di, *La psicologia in Italia – Saggi storiografici – Terza serie*, QuattroVenti, Urbino.
Chassaigne, L. (1916), «Ce qu'est le 'torpillage' du docteur Vincent», in *Le Journal*, 5 agosto.
Chitti E. (1915), «Psicologia militare», *Rivista Militare Italiana*, 60, 1: 5-19
Ciarlantini F. (1917), *L'anima del soldato*, Traves, Milano.
Cimino G. (2010), *La «gestazione» e la nascita della psicologia scientifica in Italia: lo spartiacque del 1905*, in Ceccarelli G., a cura di, *La psicologia italiana all'inizio del Novecento – Cento anni dal 1905*, Angeli, Milano.
Cimino G. e Sava G. (2008), *Psichiatria e psicologia nel Mezzogiorno dell'Italia postunitaria*, in *La scienza nel Mezzogiorno dopo l'Unità d'Italia*, Rubbettino, Soveria Mannelli.

Coché S. (2015), *An der Schwelle von Inklusion und Exklusion*: Zur Bedeutung der Kategorie *‚Arbeit' in der psychiatrischen Einweisungspraxis 1941 - 1945*, in Ankele M. e Brinkschulte E., eds., *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag*: *Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Franz Steiner Verlag, Stuttgart.

Consiglio P. (1906), «Alcune note di psicologia militare», *Rivista Militare Italiana*, 51, 1: 5-35.

Consiglio P. (1907), «I nuovi problemi di psicosociologia militare», *Italia Moderna*.

Consiglio P. (1912a) «La pazzia nei militari in guerra», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 38: 253-256.

Consiglio P. (1912b), «Studii di psichiatria militare (II)», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 38, 3-4: 792-849.

Consiglio P. (1916) «Le anomalie del carattere dei militari in guerra», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 42, 1: 131-172.

Consiglio P. (1919a), «Il Centro psichiatrico militare di 1° raccolta (o neuro-psichiatrico della zona di guerra) di Reggio Emilia», *Giornale di medicina militare*, 67, 3: 340-358

Consiglio P. (1919b), «Le funzioni del Centro neuro-psichiatrico di 1° raccolta, o della zona di guerra, in Reggio Emilia», *Giornale di medicina militare*, 67, 9: 1023-1040.

Corà V., Pozzato P., a cura di (2003), *1916. La Strafexpedition*, Gaspari, Udine.

Cranach M.v., Siemen H.-L.,eds., (2012), *Psychiatrie im Nationalsozialismus*: *Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*, Oldenbourg Verlag, München.

Crook P. (1990), «War as Genetic Disaster? The First World War Debate over Eugenics of Warfare», *War and Society*, 8, 1: 47-70.

Crook P. (1994), *Darwinism, War and History. The Debate over Biology of War from the 'Origins of Species' to the First World War*, Cambridge University Press, Cambridge.

Crook P. (2007), *Darwin's Coat-Tails. Essays on Social Darwinism*, Peter Lang, New York.

Dagna S. e Giannetto C. (2012), «Volti senza maschera. Una nuova edizione dei filmati neuropatologici di Camillo Negro», *Immagine. Note di storia del cinema*,6: 16.

Dalla Volta A. (1919), *Studi di psicologia e di psichiatria sulla prigionia di guerra*, M. Ricci, Firenze.
De Certeau M. (2007), *La presa di parola e altri scritti politici*, Meltemi, Roma.
De Cristoforo E. e Saletti C. (2012), a cura di, *Precursori dello sterminio. Binding e Hoche all'origine dell'»eutanasia» dei malati di mente in Germania*, Ombre corte, Verona.
De Sanctis S. (1905), *Atti del V Congresso internazionale di Psicologia. Tenuto in Roma dal 26 al 30 aprile 1905, sotto la presidenza di G. Sergi*, Forzani & C., Tipografi del Senato, Roma.
De Sanctis S. (1917). «L'isterismo di guerra. Relazione alla R. Accademia Medica di Roma (22 Luglio 1917)», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 42, 4: 463-504.
De Sanctis S. e Bolaffi E. (1914), «La graduazione dell'insufficienza mentale col metodo dei reattivi», *Infanzia Anormale*, 7, 11-12: 153-74.
Dedijer V. (1966), *Sarajevo 1914*, Prosveta, Beograd.
Del Greco F. (1918), «Il coraggio in guerra», *Rivista Italiana di Neuropatologia*, pscihiatria e elettroterapia, 11, 8: 244-255.
Del Rio M. (1954), *Le vicende storiche dell'Istituto Psichiatrico di San Lazzaro di Reggio nell'Emilia*, Poligrafica Reggiana, Reggio Emilia.
Delaporte S. (2004), *Gueles Cassée durant la Grande guerre*, Agnes Vienot Editions, Paris.
Demoor J., Massart J. e Vandervelde É. (1897), *L'évolution régressive en biologie et en sociologie*, Alcan, Paris.
Di Martino B. (2002), *La guerra della fanteria 1915-1918*, Rossato, Novale.
Di Trocchio F. e Fiasconaro L. (2010), *Cesare Colucci, docente universitario*, in Ceccarelli G., a cura di, *La psicologia italiana all'inizio del Novecento. Cento anni dal 1905*, Angeli, Milano.
Dragotti G. (1916), «Le sindromi nervose da scoppio di granata», in *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 6, 4: 330-341
Dubois P. (1904), *Les Psychonévroses et leur traitement moral*, Masson, Paris.
Duchi V. (1983), «Socialisti e migliolini nel cremonese fra ostilità e collaborazione», *Ricerche*, 1: 77-91.
Ernst W. (2016), ed., Work, Psychiatry and Society, c.1750-2015, Manchester University Pres, Manchester.

Ernst W., ed. (2016), *Work, Psychiatry and Society, c.1750-2015*, Manchester University Pres, Manchester.
Ernst W., Müller T., eds., (2010), *Transnational Psychiatries*: *Social and Cultural Histories of Psychiatry in comparative Perspective, c. 1800-2000*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle upon Tyne .
Faltlhauser V. (1927), *Die Entwicklung und Einrichtung einer Fürsorge*, in Roemer, H., Kolb G. e Faltlhauser V., eds., *Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten*, Springer, Berlin.
Faltlhauser V. (1927), *Die Pfleglinge und Krankheitsformen*, in: Roemer, H., Kolb G. e Faltlhauser V., eds., *Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten*, Springer, Berlin.
Fangerau H., Nolte K., eds., (2006), *"Moderne" Anstaltspsychiatrie im 19 und 20 Jahrhundert: Legitimation und Kritik*, Verlag, Stuttgart.
Ferrari G.C. (1900), «Metodi pratici per le ricerche psicologiche individuali da adottarsi nei manicomi e nelle cliniche», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 26: 788-806 e 811.
Ferrari G.C. ed. (1906), *Congrés International de L'Assistance des Aliénés, 2me Session, tenue á Milan du 26 au 30 septembre 1906*, Stabilimento Poligrafico Emiliano, Bologna 1906.
Ferreri A.M. (2001). «Sante De Sanctis (1862-1935). Un contributo bibliografico», *Teorie & Modelli*, 6, 3:75-124.
Ferrio C. (1928), «L'indirizzo psicologico in psichiatria», *Note e Riviste di Psichiatria*, 62, 16: 85-102.
Ferro M. (1968), «Sociéte du 20e siècle et histoire cinématographique», in *Annales ESC*, 23, 3:581-585.
Ferro M. (1988), *Si può parlare di una visione filmica della storia?*, in Braudel F., a cura di, *Una lezione di storia*, Einaudi, Torino.
Fiameni G. (1983), «Origini e vicende dell'associazione di mutuo soccorso tra gli operai di Cremona (1862-1892)», *Ricerche*, 1: 35-56.
Fiorino V. (2011), *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra*, ETS, Pisa.
Foot J. (2010), *La «Repubblica dei matti». Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978*, Feltrinelli, Milano.
Forel A. (1906), *L'âme et le système nerveux. Hygiène et pathologie*, Steinheil, Paris.
Forel A. (1907), *La questione sessuale esposta alle persone colte*, F.lli Bocca, Torino.

Forel A. (1912), *Pensée, Liberté et Socialisme. But de la Libre Pensée*, Administration de «La Libre Pensée Internationale», Lausanne.
Forel A. (1914), *Les Etats-Unis de la Terre. Un programme praticable d'entente pacifique universelle et stable entre les peuples*, Ruedi, Lausanne.
Forel A. (1916a), *Assez détruit, rebâtissons!*, Peytrequin, Lausanne.
Forel A. (1916b), *La paix supernationale*, s.n., La Haye.
Forel A. (1917), *L'organisation de la liberté*, Ruedi, Lausanne.
Forel A. (1923), *Le monde social des fourmis du globe comparé à celui de l'homme. Vol. 5. Mœurs spécialisées, épilogue, les fourmis, les termites et l'homme*, Kündig, Genève.
Forel A. (1925a), *Le vrai socialisme de l'avenir (Programme)*, Imprimerie populaire, Lausanne.
Forel A. (1925b), *Mensonge ou erreur chez l'homme normal*, L'Eglantine, Bruxelles.
Forel A. (1941), *Mémoires*, Éditions de la Baconnière, Neuchâtel.
Foucault M. (1961), *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris (trad. it. *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1972).
Francia G. e Ferrari G.C. (1912), «L'esame psicologico sommario dei deficienti», *Rivista di Psicologia*, 7: 269-88.
Fussel P. (1975), *The Great War and Modern Memory*, Oxford University Press, Oxford.
Galbiati M. e Seccia G. (2009), *Dizionario biografico della Grande Guerra. Vol.2*, Nordpress, Chiari.
Galton F. (1883), *Inquiries into Human Faculty and its Development*, Macmillan, London.
Gavotti G. (1912), *Fattori psicologici auspici di vittoria*, Savona.
Gemelli A. (1912), «Psicologia e patologia», *Psiche*,1: 153-180.
Gemelli A. (1917a), *Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*, Treves, Milano.
Gemelli A. (1917b), «Sull'applicazione dei metodi psico-fisici all'esame dei candidati all'aviazione militare», *Rivista di Psicologia*, 13: 157-190.
Gemelli A. (1918), «I reattivi psicologici per la scelta del personale militare navigante nell'aria», *Rivista di Psicologia*, 14:145-165.
Gemelli A. (1921). «Psicologia e psichiatria e i loro rapporti», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 45: 251-314.

Genesi G. (1979), *Interviste su Miglioli: Leghe bianche e sindacalismo cattolico nel Cremonese,* in R. Leydi e G. Bertolotti, a cura di, *Cremona e il suo territorio. Mondo Popolare in Lombardia. Vol. 7*, Silvana Editoriale, Milano.

Gentile E. (2008), *L'apocalisse della modernità. La Grande Guerra per l'uomo nuovo*, Mondadori, Milano.

Germann U. (2007), *Arbeit als Medizin: Die „aktivere" Krankenbehandlung 1930–1960*, in Maier M., Bernet B., Dubach R. e Germann U., eds., *Zwang zur Ordnung: Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970*, Zürich: 195-233.

Germann U. (2006), *Arbeit, Ruhe und Ordnung*: Die Inszenierung der psychiatrischen Moderne. Bildmediale Legitimationsstrategien der schweizerischen Anstaltspsychiatrie im Kontext der Arbeit, in Fangerau H. e Nolte K., eds., *„Moderne» Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert* – Legitimation und Kritik, Stuttgart: 283-310.

Geromini F. (1854), «Lettera al Podestà di Cremona», *Gazzetta di Cremona*, 11 marzo 1854: 79.

Giacanelli F. (1975), *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, introduzione a Dörner K., *Il borghese e il folle. Storia sociale della follia*, Laterza, Roma-Bari.

Giachetti C. (1913), *La medicina dello spirito. Principi di psicoterapia razionale,* Hoepli, Milano.

Giachetti C. (1916), «I caratteri e la guerra», *Rivista di Psicologia*, 12: 301-316.

Giacchi F. e Funaioli G. (1912) «Contributo all'osservazione dei caratteri antropo-psicologici dei militari delinquenti», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 38, 2-3: 552.

Gianni E. (2013), *Un socialismo di rito ambrosiano-emiliano*, Pantarei, Milano.

Gibelli A. (1991 e 2007), *L'officina della guerra: la Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale,* Bollati Boringhieri, Torino.

Giese F. (1921), *Die Verfassung des Deutschen Reiches vom 11. August 1919*. Heymanns, Köln.

Giunta Municipale di Statistica (1883), *Statistica delle Opere Pie del Comune di Cremona*, Comune di Cremona, Cremona.

Goffman E. (1961), *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates***,** Doubleday, Garden City, trad.: *Asyle:*

Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp Frankfurt 1973.
Gozzano M. (1952), «I rapporti fra psicologia e psichiatria», *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 12: 257-72.
Graf H., Knauer E. e Orth L. (2014), *Leben in der Anstalt*, in Goldmann, R., Knauer, E. e Wirdeier E., eds., (2014), *Moderne. Weltkrieg. Irrenhaus. Brüche in der Psychiatrie 1900-1930*. Klartext, Essen: 81 – 102.
Grütter A. (1995), *Hermann Simon*. Die Entwicklung der Arbeits- und Beschäftigungstherapie in der Anstaltspsychiatrie – Eine biographische Betrachtung (Studien zur Geschichte der Sozialmedizin und Psychiatrie, Bd. 7), Herzogenrath.
Gualino L. (1920), «Psicofisiologia dei fucilandi», *Rivista di Psicologia*, 16: 42-60.
Gualino L. e Zoppi V. (1917), *Anima di soldati: appunti psicologici*, S. Lattes & C., Torino.
Guarnieri P. (1998), *I rapporti tra psichiatria e psicologia in Italia*, in Cimino G. e Dazzi N., a cura di, *La psicologia in Italia. I protagonisti e i problemi scientifici, filosofici e istituzionali (1870-1945)*, LED, Milano.
Guarnieri P. (2007), «Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)», *Studi Storici*, 48, 2: 477-521.
Guarnieri P. (2010), *La psicologia patologica al V Congresso internazionale*, in Ceccarelli G., a cura di, *La psicologia italiana all'inizio del Novecento. Cento anni dal 1905*, Franco Angeli, Milano.
Guicciardi G. (1885), «Psicologia e psichiatria. Rassegna critica», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 11: 515-37.
Guichonnet P. (1974), *Il socialismo italiano dalle origini al 1914*, in Droz J., a cura di, *Storia del socialismo. Vol. 2. Dal 1875 al 1918*, Editori Riuniti, Roma.
Halling T., Liebe M., Schäfer J. e Vögele J. (2007), *Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und das Recht auf Leben. Der „Wert des Menschen" in der Psychiatrie nach dem Ersten Weltkrieg*, in Ehmer J., Ferdinand U., Reulecke J., eds., *Herausforderung Bevölkerung*, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Berlin.

Hegar A. (1906), *Über Arbeitsentlohnung*, in Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 63: 825- 847.
Heller G., Jeanmonod G., Gasser J. (2002), *Rejetées, rebelles, mal adaptées. Débats sur l'eugénisme. Pratiques de la stérilisation non volontaire en Suisse romande au XXe siècle*, Georg, Genève.
Hurst A. (1918), «Cinematograph Demonstration of War Neurosis», in *Proceedings of the Royal Society of Medecine*, 11: 39-42.
Invernici F., a cura di (1985), *Una città nella storia dell'Italia unita. Classe politica e ideologie in Cremona nel cinquantenario 1875-1925*, Biblioteca Statale, Cremona.
Ireland W.W. (1907), «The Milan International Congress», *British Journal of Psychiatry*, 53: 225-227.
Isola G. (1990), *Guerra al regno della guerra! Storia della Lega proletaria mutilati invalidi reduci orfani e vedove di guerra 1918-1924*, Le Lettere, Firenze.
Jay Winter (2000), *Choc traumatique et histoire culturelle, 14-18 Aujourd'hui, Today, Heute*, Noesis Paris.
Jones E., Hodgins-Vermaas, R., McCartney, H., Everitt, B., Beech, C., Poynter, D., Palmer, I., Hyams, K &Wessely, S. (2002) «Post-combat syndromes from the Boer and Gulf War: a cluster analysis of their nature and attribution», *Br. Med. Journal*, 324, 7333: 321-324.
Jones E. and Wessely, S. (2005), Shell shock to PTSD. Military psychiatry from 1900 to the Gulf War, Psychology Press, Hove, New York.
Karge H. (2017), *Making Sense of War Neurosis in Yugoslavia*, in Crouthamel J., Leese P., ed., *Psychological Trauma and the Legacies of the First World War*, Palgrave Macmillan, Cham.
Kaufman, D. (1999), «Science as Cultural Pratice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany», in *Journal of Contemporary History*, 34, 1: 125-45.
Kersting F.-W., Teppe K. e Walter B., eds., (1993), *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert*, Ferdinand Schöningh, Paderborn.
Kronfeld A. (1927), *Die Psychologie in der Psychiatrie*, Springer, Berlin.
La Fata I. (2014), *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*. Unicopli, Milano.

La Vergata A. (2005), *Guerra e darwinismo sociale*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
La Vergata A. (2015), *Pacifismo eugenetico*, in Altini C., a cura di, *Guerra e pace. Storia e teoria di un'esperienza filosofica e politica*, Il Mulino, Bologna.
Labanca N. (2016), *Studiare le disabilità di guerra*, in Labanca N., a cura di, *Guerra e disabilità. Mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, UNICOPLI, Milano.
Lankester E.R. (1880), *Degeneration. A Chapter in Darwinism*, Macmillan, London.
Le Goff J. e Sournia J.C., a cura di (2004), *Per una storia delle malattie mentali*, Dedalo, Bari.
Le scienze dell'uomo e la riforma universitaria : studi e ricerche condotte dal Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale . (1969), Laterza, Bari.
Leed E.J. (1979), *No Man's Land: Combat and Identity in World War I*, Cambridge University Press (trad. it.: *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, (1997) Il Mulino, Bologna).
Leist A., eds.(2006), *Auguste Forel - Eugenik und Erinnerungskultur*, Vdf, Zürich.
Lerner P. (2001), *From Traumatic Neurosis to Male Hysteria: the decline and fall of Hermann Oppenheim, 1889-1919*, in Micale M.S., Lerner P., eds., *Traumatic Pasts: History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, Cambridge University Press, Cambridge.
Lerner P. (2003 e 2009), *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890 – 1930*, Cornell University Press, Ithaca.
Levi Bianchini M. (1906), «La psicologia della colonizzazione nell'Africa Periequatoriale», *Rivista di Psicologia*, 2: 395-403.
Levi Bianchini M. (1919a), «Il senso della morte e il senso dell'orrore durante la battaglia», *Quaderni di Psichiatria*, 6, 7-9: 233-239.
Levi E. (1918), «Sempre in tema di assistenza agli invalidi alienati. Giudizi del Prof. Dr. Giuseppe Antonini», *Bollettino della Federazione*, 3,8: 257-259.
Lombardo G.P. e Foschi R. (1998), *La psicologia italiana e il Novecento*, Angeli, Milano.

Lombroso G. (1921), *Cesare Lombroso. Storia della vita e delle opere*, Zanichelli, Bologna.
Long F. X. (2002), «Les blessèes de la face durant la Grande Guerre: les origines de la chirurgie maxillo-faciale», *Histoire des sciences médicale*, 36, 2: 175-83.
Longhi R. (1919), «Al dio ortopedico», in *Il Tempo,* 22 febbraio.
Luccio R. (2010), *Dai primi incarichi alle prime cattedre: il primo concorso a cattedre di discipline psicologiche in Italia*, in Ceccarelli G., a cura di, *La psicologia italiana all'inizio del Novecento – Cento anni dal 1905*, Angeli, Milano.
Lugaro E. (1917), «Recensione a G. Elliot, and T.H. Pear, Shell Shock and its lessons, Longman, London, 1917», *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 5: 324.
MacDonald A. (1898), «A Temporal Algometer», *Psychological Review*, 5,4: 408-409.
Manente S. e Scartabellati A. (2005), «Ipotesi e tracce per lo studio di una biografia di gruppo tra scienza e identità della politica (1894-1927)», *Teorie & Modelli*, 2: 83-105.
Mantovani C. (2004), *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino, Soveria Mannelli
Marhaba S. (1981), *Lineamenti della psicologia italiana (1870-1945)*, Giunti, Firenze.
Martinelli V. (1991), *Il cinema muto italiano 1917*, Nuova ERI, Torino.
Martinelli V. (1993), *Il cinema muto italiano 1914. I film degli anni d'oro seconda parte*, Nuova ERI, Torino.
Massin B. (2001), *L'anthropologie raciale comme fondement de la science politique. Vacher de Lapouge et l'échec de l'anthroposociologie en France (1886-1936)*, in Blanckaert C., ed., *Les politiques de l'anthropologie. Discours et pratiques en France (1860-1940)*, L'Harmattan, Paris.
Maura E., Peloso P.F. (1999), *Lo splendore della ragione. Storia della psichiatria ligure nell'epoca del positivismo*, La Clessidra, Genova.
Meltzer E. (1927), *Aus der Idiotenanstalt Großhennersdorf i. Sa.* Die neuen Ziele der Psychotherapie, in *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 9/29: 117-121.
Menga C. (2012), *Cesare Colucci. Gli albori della psicologia italiana*, Sipintegrazioni, Casoria.

Merguet H. (1961), *Psychiatrische Anstaltsorganisation, Arbeitstherapie, Milieugestaltung, Gruppentherapie*, in Cruickshank E.K. *et al*., Soziale und angewandte Psychiatrie, Springer, Berlin: 75 – 111.

Mondini, M. (2014), *La guerra italiana. Partire, raccontare, tornare 1914-1918*, Il Mulino, Bologna.

Montella F. (2016), *Cure e protesi per i mutilati. Esempi di riabilitazione*, in Labanca N., a cura di, *Guerra e disabilità. Mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, Unicopli, Milano.

Monteverdi A. (1875), *Sul progetto di un manicomio unico nella provincia di Cremona*, s.n., Cremona.

Monteverdi A. (1890), «Nomina del Direttore del nuovo Manicomio Provinciale di Cremona», *Bollettino Medico Cremonese*, 10, gennaio febbraio: 51.

Morel B.-A. (1857), *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Baillière, Paris.

Morselli A. (1915), «Il reparto neuro-psichiatrico dell'ospedale da campo di 100 letti 032 (III Armata)», *Quaderni di Psichiatria*, 2: 389-94.

Morselli A. (1916), «Sui fenomeni fisiopatologici da emozione», *Quaderni di Psichiatria*, 3, 9-10: 206-214.

Morselli E. (1894), *Manuale di semejotica delle malattie mentali: guida alla diagnosi della pazzia per i medici, i medico-legisti e gli student. Vol. 2. Esame psicologico degli alienati*, Vallardi, Milano.

Morselli E. (1917, 1918, 1919), «Psichiatria e istologia. Speranze e delusioni riguardo alla fina anatomia del sistema nervoso», *Quaderni di Psichiatria*, 4: 3-18 e 189-201; 5: 1-15 e 193-206; 6: 153-68.

Müller T. (2016), *Between therapeutic instrument and exploitation of labour force: patient work in rural asylums in Württemberg, c. 1810-1945*, in Ernst W., ed., *Work, Psychiatry and Society, c.1750–2105*, University Press, Manchester.

Müller T. (2015), *Patientenarbeit in ländlichen psychiatrischen Anstalten im Spannungsfeld zwischen therapeutischem Zweck und ökonomischem Nutzen,* in Ankele M. e Brinkschulte E., *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag: Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Franz Steiner Verlag. Stuttgart.

Münsterberg H. (1911), «Psychologie und Pathologie», *Zeitschrift für Pathopsychologie*, 1: 50-66.

Murphy, H.B.M., (1982), *Comparative Psychiatry: The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*, Springer, Berlin.

Myers C.S. (1915), «A contribution to study of shell shock», *Lancet*, 1: 316–320.

Nasi L. (1907), *L'educazione del soldato nei tempi nuovi. Appunti di psicologia militare*, F. Casanova, Torino.

Nasi L. (1908), «Intorno alla psicologia militare: chiacchiere d'attualità», *Rivista di artiglieri e genio,* 25, 4:18-24.

«Necrologio di G. Amadei» (1919), *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 43: 572.

Negro C. (1916), «Annotazioni di neurologia di guerra», *Giornale della R.. Accademia di Medicina di Torino*, 79, 7-9: 377-389.

Neri V. (1909),»I fenomeni nervosi constatati nei superstiti del terremoto del 28 dicembre 1908», *Rivista di Psicologia,* 5: 394-404.

Neuner S. (2011), *Politik und Psychiatrie*: Die staatliche Versorgung psychisch Kriegsbeschädigter in Deutschland 1920 – 1939, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Nikoliš G. (1981), *Korijen, stablo, pavetina: War memoires of a partisan physician*, Sveučilišnanaklada Liber, Zagreb.

Nobili Vitelleschi G. (1995), «Cinema e malattia mentale. Divulgazione scientifica, propaganda di guerra, indagine psichiatrica e macchina da presa», *Prometeo. Rivista di scienze e storia*, 13, 49: 86-95.

Nobili Vitelleschi G. (1998), «L'immagine della malattia mentale nel cinema italiano (1914-1996)», *Storia e problemi contemporanei*, 11, 21:87-111.

Nobili Vitelleschi G. (1998), «L'isteria e le immagini in movimento», *Kos. Rivista di medicina, cultura e scienze umane,* 162: 48-52.

Nobili Vitelleschi G. (1999), *The representation of Great War in Italian* Cinema , in Paris M., ed., *The First World War and Popular Cinema. 1914 to the Present*, Edinburgh University Press, Edinburgh.

Nobili Vitelleschi G. (2001), «Nevrosi in fotogramma: i documentari sulle nevrosi di guerra (1915-1918) negli archivi cinematografici e militari europei. Ipotesi per una ricerca», *Archivio Trentino.* Quinta serie, 50, 1: 199-204.

Nobili Vitelleschi G. (2003), «Dal primo utilizzo della macchina da presa in medicina e neurologia ai documentari sulle nevrosi di guerra (1915-1918)», *Ricerche Storiche*, 33, 2-3.

Nobili Vitelleschi G. (2003), *La macchina da presa e la malattia mentale tra la fine dell'Ottocento e i primi anni del Novecento*, in Taiani R., a cura di, *Alla ricerca delle menti perdute*, Università di Trento e Museo Storico trentino, Trento.

Nobili Vitelleschi G. (2016), «Firenze, la Grande Guerra di Nyman è un film con musica», in *Il Giornale dell'Arte*, testo disponibile al sito: http://www.ilgiornaledellarte.com/articoli/2016/9/126607.html (ultima consultazione16 ottobre 2019)

Nonne M. (1917), «Über erfolgreiche Suggestivbehandlung der hysteriformen Störungen bei Kriegsneurosen», in *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 37, 1: 191-218.

Osten P. (2012), *Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer ‚modernen Krüppelfürsorge' 1905-1933*, Mabuse, Frankfurt.

«Organizzazione di servizi neurologico-psichiatrici per i Belligeranti» (1915), *Quaderni di Psichiatria*, 6, 4: 396-397.

Osti A. (1922), «Le tragedie che non si vedono. Dementi di guerra», *Il Bollettino*, 5,5-6: 8.

Paolella F. (2008), *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, in Carrattieri M. e Ferraboschi A., a cura di, *Piccola Patria Grande Guerra. La Prima Guerra Mondiale a Reggio Emilia*, Clueb, Bologna

Paolella F. (2010), *La neuro-psichiatria in Emilia-Romagna durante la Grande Guerra*, in Montella F., Paolella F. e Ratti F., a cura di, *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia-Romagna durante la Prima Guerra Mondiale*, Clueb, Bologna

Paterlini Brianti E. (2008), *La mobilitazione femminile. Le donne reggiane e le associazioni di volontariato civile durante la Grande Guerra*, in Carrattieri M. e Ferraboschi A., a cura di, *Piccola Patria Grande Guerra. La Prima Guerra Mondiale a Reggio Emilia*, Clueb, Bologna

Pavan Dalla Torre U. (2012), *Le origini dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra (ANMIG) 1917-1923*, Tesi di Dottorato, Università di Torino, a.a. 2009-2011.

Pavan Dalla Torre U. (2016) «Le azioni assistenziali per la tutela degli invalidi di guerra in Italia durante e dopo la Grande Guerra (1915-1923): note e prospettive di ricerca», *Minority Reports*, 2, 75-102.

Peloso P.F. (1992), «Interventi in tema di ergoterapia sulla stampa medica ligure d'inizio secolo», *Sanità Scienza e Storia*, 1-2: 257-283.

Peloso P.F. (1995), «La contenzione meccanica in psichiatria e la posizione abolizionista di Ernesto Belmondo (1904)», *Atti dell'Accademia Patavina di Scienze, Lettere ed Arti*, 107, 2: 55-84.

Peloso P.F. (1998), «Hospital care of madness in the Turk sixteenth century according to the witness of G.A. Menavino from Genoa», *History of Psychiatry*, 9: 35-38.

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

Peloso P.F. (2011), *Il volto della follia: dal dibattito sulla fisiognomica alla fotografia psichiatrica*, in Rossi P.A., Livigni I. e Arecco D. (a cura di), *Oltre lo sguardo. La fisiognomica e lo studio della natura umana*, Mimesis, Milano.

Peloso P.F. (2016a), *La strana malattia. Guerra e psichiatria tra primo e secondo conflitto*, in Labanca N., a cura di, *Guerra e disabilità. Mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, UNICOPLI, Milano.

Peloso P.F. (2016b), «Difficile separare, difficile tenere insieme. Félix Voisin, la costruzione dell'anormale come campo unitario e alcune questioni odierne sui confini della psichiatria», *Psychiatry on line Italia*, testo disponibile al sito http://www.psychiatryonline.it/node/6022 (ultima consultazione 7 luglio 2018).

Peloso P.F. (2016c), «Che cos'è la psichiatria? 50 anni dopo. Parte 2. Lavoro, psicoterapia, istituzione», *Psychiatry on line Italia*, testo disponibile al sito http://www.psychiatryonline.it/node/6816 (ultima consultazione 7 luglio 2018).

Peloso P.F. (2018), *Il vetro, il libro, la spada. Stramberia e delirio in due personaggi di Miguel de Cervantes*, Accademia Ligure di Scienze e Lettere, Genova.

Pergami E. (1882), *Il frenocomio di Crema. Relazione annuale*, Tipografia Rechiedei, Milano.
Petrò F. (1917), «Un reparto psichiatrico avanzato d'Ospedale da campo nel suo primo anno di funzionamento», *Quaderni di Psichiatria*, 4, 3-4: 71-78.
Pezzi V. (1987), *Il San Lazzaro negli anni del regime (1920-1945)*, in *Regime e società civile a Reggio Emilia 1920-1946*, Biblioteca «Antonio Panizzi», Reggio Emilia.
Pick D. (1989), *Faces of degeneration: a European disorder, c.1848-c.1918*, Cambridge University Press, Cambridge (trad. it.: *Volti della degenerazione: una sindrome europea 1848-1918*, La Nuova Italia, Firenze, 1999).
Pick D. (1993), *War Machine: The Rationalisation of Slaughter In The Modern Age*, Yale University Press, Yale (trad. it.: *La guerra nella cultura contemporanea*, Laterza, Roma-Bari, 1994).
Pighini G. (1968), *Vita di psichiatra*, Maccari, Parma.
Pilcz, A. (1906), *Beitrag zur vergleichenden Rassen-Psychiatrie*. Deuticke, Leipzig.
Pinel P. (1801), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*, Richard, Caille et Ravier, Paris (trad. it.: *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, ETS, Pisa, 1988).
Plezko A. (2011), *Handlungsräume und Zwänge in der Medizin im Nationalsozialismus.* Das Leben und Werk des Psychiaters Dr. Hans Roemer (1878–1947). Diss. Gießen.
Poggi S. e Nicasi S. (1988), *La psicologia e il dibattito psichiatrico fra Otto e Novecento*, in Rossi P., a cura di, *Storia della scienza moderna e contemporanea. Vol. 3, tomo 2*, UTET, Torino.
Pogliano C. (1999), *Eugenisti, ma con giudizio*, in Burgio A., a cura di, *Nel nome della razza. Il razzismo nella storia d'Italia*, Il Mulino, Bologna
Preiswerk F. (1991), «Auguste Forel (1848-1931): un projet de régénération sociale, morale et raciale», *Les Annuelles*, 2: 25-50.
Reker T. (2012), *Arbeitsrehabilitation in der Psychiatrie. Prospektive Untersuchungen zu Indikatoren, Verläufen und zur Effizienz arbeitsrehabilitativer Maßnahmen*, Springer, Berlin.
Riva E. (1919), «Il Centro psichiatrico militare di I raccolta», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 43, 1-2: 308-324.

Riva E. (1920), «Un anno di servizio presso il Centro Psichiatrico Militare», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 43, 3-4: 443-459.
Rossi P. (1995), *Naufragi senza spettatore. L'idea di progresso*, Il Mulino, Bologna.
Rotzoll M. et al. (2004), *Frauenbild und Frauenschicksal - Weiblichkeit im Spiegel psychiatrischer Krankengeschichten zwischen 1900 und 1940*, in Brand-Claussen B, Michely V, eds., *Irre ist weiblich - Künstlerische Interventionen von Frauen in der Psychiatrie um 1900*, Heidelberg, Wunderhorn.
Rotzoll M. (2015), *Rhythmus des Lebens. Arbeit in psychiatrischen Institutionen im Nationalsozialismus zwischen Normalisierung und Selektion*, in Ankele M. e Brinkschulte E., eds., *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag: Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Franz Steiner Verlag, Stuttgart.
Roucloux J. (2001), *Le mannequin chez de Chirico: une rassurante étrangeté?*, in Roelens N. e Strauwen W., *Homo orthopedicus. Le corps et ses prothéses à l'epoque post-moderne*, L'Harmattan, Paris.
Saccani L. (1917), «L'Opera dell'Amministrazione Socialista del Frenocomio di S. Lazzaro», *La Giustizia*, 25 settembre 1917, 4951: 2.
Saffiotti F.U. (1920), «La psicologia sperimentale in Italia. Origini e svolgimento. (Prolusione, Istituto di Psicologia della R. Università di Palermo)», *Rivista di Psicologia*, 16, 2: 3-32.
Salomone G., Arnone R. e Zanchin G. (1996), «The Società Italiana di Neurologia: origins», *The Italian Journal of Neurological Sciences*, 17, 4: 311-319.
Santarello G. (1986), *L'ospedale psichiatrico Sant'Artemio in Treviso durante la grande guerra*. Tesi di laurea in lettere e filosofia Università di Venezia.
Sarfatti G. (1911), «Alcune osservazioni di psicologia militare», *Rivista di Psicologia*, 7: 76-87.
Sarfatti G. (1912), «Ricerche psico-pedagogiche su compiti svolti da soldati», *Rivista di Psicologia*, 8: 153-64.
Sarfatti G. (1915), «La psicologia militare», *Psiche*, 4,: 113-137.
Sarfatti G. (1919), «Che cosa è il coraggio», *Rivista di Psicologia*, 15: 207-217.

Sartor I. (2010), *Dalla pietà alla sanità pubblica l'ospedale di Treviso nei secoli XIX –XX*, in Sartor I., a cura di, *S Maria dei battuti di Treviso l'Ospedal Grando*, s.n., Treviso.
Scartabellati A. (2008), a cura di, *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Valerio, Torino.
Schiegg M. (2015), *The Invisible Language of Patients from Psychiatric Hospita*l, in Havinga A. e Langer N., eds., *Invisible Languages in the 19th Century (Historical Sociolinguistics 2)*, Oxford: Lang.
Schinaia C. (2001), *Fotografia e psichiatria,* in: Lucas U., a cura di, *Storia d'Italia. Annali. 20. L'immagine fotografica (1945-2000)*, Einaudi, Torino.
Schmidt M., Kuhlmann R. e Cranach M. v. (2012), *Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren,* in: Cranach M. e Siemen H.-L., eds., *Psychiatrie im Nationalsozialismus*: *Die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*, Oldenbourg Verlag, München.
Schmiedebach P. (2016), «Psychiatry in Germany in the early 20th century», *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 22, 2: 29-33.
Schmuhl H.-W. e Roelcke V. eds., (2013), *Heroische Therapien: Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918–1945*, Wallstein Verlag, Göttingen.
Schneider W.A. (1990), *Quality and Quantity. The Quest for Biological Regeneration in Twentieth-Century France*, Cambridge, Cambridge University Press.
Scotti A. (1912), *L'elemento psicologico nella guerra*, Soc. Editrice Partenopea, Napoli.
Schott H. e Tölle R. (2006), *Geschichte der Psychiatrie.* Krankheitslehren – Irrwege – Behandlungsformen, München: 435–446.
Seidel R. (2014), *Von der Nervosität zur Kriegsneurose.* Zwischen Empfindsamkeit und Härte. Wahrnehmungen «der Seele» zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in Schleper T., ed., *Aggression und Avantgarde.* Der Vorabend des Ersten Weltkriegs, Klartext, Essen.
Sergi G. (1876), *Memoria a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione e agli Illustri del Consiglio Superiore sulla necessità di una cattedra speciale di psicologia nelle Università e negli Istituti Superiori*

considerati i progressi della scienza e i bisogni dell'insegnamento, Tipografia De Gennaro, Benevento.
Siemen H.-L. (1987), *Menschen blieben auf der Strecke. Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus*, Paranus, Neumünster.
Signori E. (2013), *Novecento cremonese,* in Signori E., a cura di, *Storia di Cremona. Il Novecento,* Bolis Edizioni, Azzano San Paolo.
Simon H. (1929), *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*. Walter de Gruyter Leipzig. (trad. it.: *Il lavoro rende liberi? Dall'ergoterapia all'istituzione inventata*, Sapere 2000, Roma, 1990).
Slavich A., Jervis Comba L. (1967), *Il lavoro rende liberi? Commento a due assemblee di comunità dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia*, in Basaglia F., a cura di, *Che cos'è la psichiatria*, Amministrazione provinciale, Parma.
Söhner F. (2015), *100 Jahre psychiatrische Versorgung am Bezirkskrankenhaus in Günzburg*, in Düll T., Kramer G., Baur G., e Becker T.eds., *Seele und Gehirn im Fokus* – 100 Jahre Bezirkskrankenhaus Günzburg, Psychiatrie Verlag, Köln: 44 – 97.
Söhner F. (2018), *Arbeit in der Psychiatrie im Ersten Weltkrieg* – zwischen *Therapie und Ökonomie,* in Fassl P., Becker T., e Fangerau H., eds., *Psychiatrie im Ersten Weltkrieg*, UVK Verlagsgesellschaft , Konstanz.
Söhner F. (2016), *Familiäre psychiatrische Versorgung an der Schwelle vom langen 19. Jahrhunderts zur Moderne*, in Schmiedebach H.-P., ed., *Entgrenzung des Wahnsinns. Psychopathie und Psychopathologisierung in urbanen und provinziellen öffentlichen Räumen um 1900*, Schriften des Historischen Kollegs, De Gruyter Oldenbourg, Berlin.
Sorlin, P. (1999), *Cinema and the Great Memory of Great War*, in Paris M., *The First World War and Popular Cinema. 1914 to the Present* , Edinburgh Univerity Press, Edinburgh.
Southard E.E. (1921), *Shell shock and other neuropsycghiatric problemas presented in 589 case hosdtories from the war literature 1914 1918*, Leonard, Boston.
Spaini A. (1965), *Roma 1915,* in Schettini M., a cura di, *La prima Guerra Mondiale,* Sansoni, Firenze.
Sturzo M. (1915), *Psicologia dei momenti bellici*, Tip. Unione ed., Roma.

Subotić V.M. (1914), «DuševnaoboljenjaVojskamaSrbije, Bugarske, GrčkeiCrnegorezavrijemei u posljetkubalkanskihratova 1912/13» [Dr. V. M. Subotić. Mental Illness in the Serbian, Bulgarian, Greek, and Montenegrin Armies During and After the Balkan Wars 1912/13], *LiječničkiVjesnik*, 36, 4: 217–220.
Šurmin Đ. (1935), «Invalidskopitanje u Jugoslaviji» [The Problem of the Invalids in Yugoslavia], *Invalid*: 38.
Taguieff P.-A. (1991), «L'introduction de l'eugénisme en France: du mot à l'idée», *Mots. Les langages du politique*, 26, 1: 23-45.
Taguieff P.-A. (2002), *La couleur et le sang. Doctrines racistes à la française*, Mille et une nuits, Paris.
Taguieff P.-A. (2013), *Vacher de Lapouge, Georges, 1854-1936*, in Taguieff P.-A., ed., *Dictionnaire historique et critique du racisme*, PUF, Paris.
Tamburini A. (1905), «Intervento durante la nona seduta del XII Congresso della Società Freniatrica, Genova, 1904», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 31: 390.
Tamburini A. (1916), «L'organizzazione del Servizio psichiatrico di guerra nel nostro esercito», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 42, 1: 178-186.
Tamburini A., Ferrari G. e C Antonini G. (1918), *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni* ,Torino, Utet.
Tanzi E. (1886), «Dei criteri da seguirsi nelle ricerche psicologiche»,*Rivista Sperimentale di Freniatria*, XII: 237 e sgg.
Tanzi E. (1911), *Psichiatria forense*, Vallardi, Milano.
Taraschi G. (2002), *La psichiatria a Cremona dagli anni Sessanta ad oggi*, Cremonabooks, Cremona.
Tosi V. (1983), «Matuszewski e Marinescu. Due pionieri del cinema», in *BN. Rivista del Centro sperimentale di cinematografia*, 1: 44-53
Tramer M. (1928), *Arbeitstherapie.* Über ihre Grundlagen, insbesondere die suggestiven Momente, in *Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 22: 122 – 144.
Turda M. (2010), *Modernism and Eugenics*, Palgrave Macmillan, New York.
Vacher de Lapouge G. (1886), «L'hérédité», *Revue d'anthropologie*, 2: 512-521.
Vacher de Lapouge G. (1887), «Les sélections sociales», *Revue d'anthropologie*, 2: 519-550.

Vacher de Lapouge G. (1888), «L'hérédité dans la science politique», *Revue d'anthropologie*, 3: 169-191.
Vacher de Lapouge G. (1896), *Les sélections sociales. Cours libre de science politique professé à l'université de Montpellier (1888-1889)*, Fontemoing, Montpellier.
Vacher de Lapouge G. (1899), *L'Aryen son rôle sociale. Cours libre de science politique professé à l'université de Montpellier (1889-1890)*, Fontemoing, Montpellier.
Vacher de Lapouge G. (1909), *Race et milieu social. Essais d'anthroposociologie*, Marcel Rivière, Paris.
Vacher de Lapouge G. (1926), *Préface*, in Grant M., *Le déclin de la grande race*, Payot, Paris.
Veray L. (1994), «La représentation de la guerre dans les actualites francais de 1914 à 1918», in *1895*, 17: 3-52.
Vidoni G. (1916), «Tre casi di sinestesalgia», *Rivista di Psicologia*, 12: 317-325.
Vujić F.V. (1929a), «Priloguporednojpsihijatrijinaroda o psihozamakodSrba. Hysterija» [Contribution to a comparative national psychiatry on psychoses among the Serbs. Hysteria], *SrpskiArhivzaCelokupnoLekarstvo* [Serbian Archives for the Whole Medicine], 9, 1: 740-865.
Vujić F.V. (1929b), «Priloguporednojpsihijatrijinaroda o psihozamakodSrba. Rat iduševnaobolenja» [Contribution to a comparative national psychiatry on psychoses among the Serbs. War and mental diseases], *SrpskiArhivzaCelokupnoLekarstvo* [Serbian Archives for the Whole Medicine], 10, 2: 860-866.
Walter B. (1996), Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. Schöningh, Paderborn.
Warner R. (1985), *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*, Routledge & Kegan Paul, London & New York (trad. it.: *Schizofrenia e guarigione. Psichiatria ed economia politica*,Feltrinelli, Milano, 1991).
Weiser M. (1919), *Medizinsche Kinematographie*, Steinkopff, Dresden-Leipzig.
Wilcox V. (2016), *Emozioni e corpo mutilato. Soldati e disabilità nella prima guerra mondiale*, in Labanca N., a cura di, *Guerra e disabilità.*

Mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale, UNICOPLI, Milano.
Zanon dal Bò L. (1915), «Lettera», *Rassegna di Studi psichiatrici*, 5, 3: 186.
Zanon dal Bò L. (1920), «Guerra e malattie mentali. Appunti», *Archivio generale di Neurologia e Psichiatria*, 1, 2: 253-256.
Zanon dal Bò L. (1921), «Se esistono particolari forme di psicosi in dipendenza della guerra», *Archivio di neurologia psichiatria e psicoanalisi*, 2: 53-65.

Gli Autori

Francesca Angelucci è archivista dal 2000 presso la Cineteca Nazionale del Centro Sperimentale di Cinematografia, dove è stata la responsabile dell'Archivio Film e dell'Ufficio Acquisizione Fondi Filmici, occupandosi della conservazione e identificazione di pellicole e predisponendo programmi di restauro di film. Dal 2006 al 2012 ha avuto incarichi di docenze presso le Università di Camerino, La Sapienza e Tor Vergata. Attualmente è titolare della cattedra di "Storia e fonti del documento audiovisivo" presso la Scuola di Specializzazione in Beni Archivistici e Librari de La Sapienza di Roma. E' autrice di diversi articoli tra i quali *Pietro Germi nell'archivio filmico della Cineteca Nazionale* (2016) e *Il Fondo Alberto Sordi alla Cineteca Nazionale. Acquisizione, riordino, schedatura e restauro dei documenti del cineasta. Le pellicole* (2018).

Chiara Bombardieri archivista e bibliotecaria, è responsabile della Biblioteca scientifica Carlo Livi e dell'Archivio dell'ex Ospedale Psichiatrico "San Lazzaro" di Reggio Emilia. Ha partecipato al gruppo di lavoro per l'allestimento del Museo di Storia della Psichiatria, di cui è conservatore dal 2014.

Glauco Ceccarelli era professore associato di Storia della psicologia e di Psicologia generale all'Università di Urbino "Carlo Bo", dove svolgeva anche le funzioni di Delegato del Rettore per l'Orientamento. È stato vincitore del Premio nazionale "Sante de Sanctis" per la psicologia clinica e la psichiatria e autore e curatore di numerosi articoli, saggi e volumi, fra i quali: *La specificità psicologica – Dai fondamenti teorici all'intervento* (Pontecorboli), *Psicologia e grafologia: quale rapporto?* (Franco Angeli), *La psicologia italiana – Saggi storiografici* (QuattroVenti), *Il testing psicologico in Italia – Materiali per una storia delle origini* (Quattro Venti), *La psicologia in Italia – Nuovi saggi storiografici* (QuattroVenti), *La psicologia italiana nel primo*

Novecento – Cento anni dal 1905 (Franco Angeli), *La psicologia in Italia – Saggi storiografici – Terza serie* (QuattroVenti), *Alfred Binet e la misura dell'intelligenza* (Franco Angeli). È deceduto il 3 ottobre 2019 nella sua Sant'Angelo in Vado.

Giovanni Cerro è tutor della Scuola Internazionale di Alti Studi "Scienze della cultura" della Fondazione Collegio San Carlo di Modena, istituzione presso la quale ha conseguito il dottorato di ricerca con una tesi sul pensiero e sull'opera dell'antropologo e psicologo Giuseppe Sergi. Nei suoi studi si occupa dei rapporti tra antropologia, politica e società tra Ottocento e Novecento, con attenzione ai processi di elaborazione dell'eugenetica e del razzismo in Italia e in Europa. Recentemente ha curato l'antologia *L'eugenetica italiana e la Grande Guerra* (ETS, 2017) e ha collaborato al volume *L'uomo nuovo del fascismo. La costruzione di un progetto totalitario* (a cura di P. Bernhard e L. Klinkhammer, Viella, 2017).

Gerardo Favaretto, psichiatra, è stato direttore dei Dipartimenti di Salute Mentale di Pieve di Soligo-Conegliano e della ULSS 9 Treviso, azienda nella quale è stato dal 2008 al 2013 direttore dei Servizi sociali, e della AULSS 2 Marca Trevigiana. Componente del direttivo nazionale e vicepresidente nel triennio 2015-2018 della Società Italiana di Psichiatria. Tra le varie attività di docenza è professore a contratto di Psichiatria presso il corso di laurea in Medicina della Università degli studi di Padova, sede di Treviso. Dal 2006 si è occupato della riorganizzazione della biblioteca e dell'archivio documentale dell'ex manicomio di Treviso "Sant'Artemio" di cui è ora supervisore. E' autore di oltre 80 pubblicazioni su temi di Psichiatria clinica e generale. Ha curato con Paolo Santonastaso il volume *Ascetismo, digiuni anoressia, esperienze del corpo e trasformazioni dello spirito* (Masson 1999) e si è occupato della Grande Guerra con l'articolo *Le malattie mentali i soldati della grande guerra e il Sant'Artemio di Treviso* (*Terra e storia,* IV, 9, 2016, pp. 1-6). Ha fatto parte del comitato scientifico dell'edizione italiana della mostra "Schedati, Perseguitati e Sterminati" sullo stermino nazista di disabili e malati mentali, con una parte su manicomi e psichiatri in Italia durante il fascismo. E' redattore delle rubriche *Il romanzo della psichiatria. Dalla letteratura a Internet 2.0* e *La psichiatria per bene. Dialoghi sulle buone pratiche in psichiatria* della rivista *POL. it - Psychiatry on line Italia.*

Gabriele Licciardi, cultore di storia contemporanea presso l'Università di Verona, si occupa principalmente di storia della violenza politica, storia della criminalità organizzata e storia della psichiatria. Ha pubblicato le

monografie *Macchie rosse. L'operaismo italiano tra politica e lotta armata* (NdA Press, 2014), vincendo il premio nazionale di storia contemporanea "Luigi Di Rosa"; *Urla e silenzi. Storia dell'ospedale psichiatrico di Verona 1880–1945* (Villaggio Maori, 2016), finalista al premio "Carver"; e insieme a Antonino Blando *I Nemici della repubblica. Terrorismo e mafia 1969 – 1993* (2019).

Giovanni Nobili Vitelleschi si è laureato in Lettere Moderne presso l'Università di Firenze nel 1990. Dal 1990 al 1996 ha svolto attività di ricerca presso la Cattedra di Storia economica e sociale dell'Università di Siena/Arezzo sui rapporti tra Cinema e storia sociale. Nel 1992 ottiene una borsa di ricerca presso il CISMM (Centro Interdipartimentale per la Storia delle Malattie Mentale) presso la stessa Cattedra di Storia economico e sociale (Prof. Enrico Stumpo), per un'indagine sui rapporti tra cinema, guerra, malattia mentale e tecnologia. In questo ambito ha pubblicato diversi saggi in riviste specializzate – tra cui Cinema e malattia mentale. Divulgazione scientifica, propaganda di guerra, indagine psichiatrica e macchina da presa (Mondadori,1995) - e partecipato a convegni e progetti di ricerca sia in Italia che all'estero. Ha pubblicato saggi nei seguenti volumi: *First World War and Popular Cinema.1914 to the Present* a cura di Michael Paris (Edinburgh University Press, 1999); *Alla ricerca delle menti perdute. Viaggi nell'istituzione manicomiale* a cura di Rodolfo Taiani e Casimira Grandi (Museo Storico in Trento, 2003); e, nei due volumi *Il ferro e la sua archeologia* a cura di Ivan Tognarini e Angelo Nesti (Polistampa, 2003). Dal 1996 al 2013 ha insegnato Storia del cinema presso la Fondazione di Studi di Storia dell'Arte "Roberto Longhi" di Firenze nei corsi post laurea per i borsisti della Fondazione.

Ugo Pavan Dalla Torre ha conseguito la laurea in Storia presso l'Università di Padova e il Dottorato di ricerca in Storia presso l'Università di Torino. Insegna lettere presso l'IIS "Leonardo da Vinci" di Padova" e lavora alla storia delle associazioni combattentistiche e reducistiche; alla storia della medicina durante e dopo i conflitti mondiali; alla storia della disabilità. Ha partecipato a diverse conferenze internazionali su questi aspetti, pubblicando vari articoli in riviste specializzate e in volumi. Ha recentemente contribuito alla Storia della Croce Rossa Italiana, diretta da Costantino Cipolla e Paolo Vanni, e alla monografia *Guerra e disabilità. Mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, a cura di N. Labanca (UNICOPLI, 2016). Collabora con il Comitato Centrale dell'Associazione Nazionale fra Mutilati ed Invalidi di Guerra (ANMIG).

Francesco Paolella (Reggio Emilia,1978) ha studiato filosofia a Bologna e a Parma. Si occupa di storia sociale e, in particolare, di storia della psichiatria. Fa parte di Clionet (Associazione di ricerca storica e di promozione culturale) ed è redattore della Rivista sperimentale di Freniatria e di TYSM, rivista di filosofia e critica sociale. È membro del Comitato tecnico scientifico del Centro di storia della psichiatria San Lazzaro di Reggio Emilia e autore di numerose pubblicazioni, tra cui uno dei saggi del volume *Il policlinico della delinquenza. Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani* (FrancoAngeli, 2016) e curatore de *La psichiatria nelle colonie. Una storia del Novecento* (FrancoAngeli, 2017).

Paolo Francesco Peloso, psichiatra direttore di Unità operativa complessa di Salute Mentale a Genova ed esperto di storia della psichiatria, è autore dei volumi: *Lo splendore della ragione. Storia della psichiatria ligure nell'epoca del positivismo* (con Emilio Maura, La clessidra, 1999); *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza* (Ombre corte, 2008); *L'ordito e la trama. Spunti di storia sociale tra Genova e Novi* (Brigati, 2012); e di saggi storici su riviste nazionali e internazionali («History of Psychiatry», «International Journal of Mental Health», ecc.). Collabora col Centro Studi per la Storia della Psichiatria di Reggio Emilia e sul tema della Grande guerra ha pubblicato tre saggi in volumi collettanei: *Guerra e disabilità. Mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale,* a cura di N. Labanca (UNICOPLI, 2016); *Psychiatrie im Ersten Weltkrieg (La psichiatria nella Prima Guerra Mondiale),* a cura di T. Becker, H. Fangerau, P. Fassl, H.G. Hofer (UVK Verlag, 2018); *Guerra e scienze della mente,* a cura di D. De Santis (Aracne, in stampa). E' redattore della rubrica *Pensieri sparsi. Tra psichiatria, impegno sociale e suggestioni culturali* della rivista *POL. it - Psychiatry on line Italia.*

Mirza Redžić è direttore di ricerca alla Military Mental Health Foundation, un'agenzia scientifica regionale dei Balcani occidentali dedita alla ricerca nel campo dei traumi psicologici legati alla guerra. Ha conseguito un dottorato in Guerra e psichiatria presso l'Istituto di Psichiatria, Psicologia e Neuroscienze (IoPPN) al King's College di Londra. È considerato uno dei maggiori esperti di danni psichici nell'Armata Popolare di Liberazione (PLA) e dei partigiani jugoslavi durante la Seconda Guerra Mondiale.

Marco Romano formatosi presso l'Università di Napoli Federico II, ha conseguito la Laurea Magistrale in Scienze storiche nel 2015 con una tesi intitolata "Follia di guerra e simulazione. I militari ricoverati nel

manicomio di Capodichino (1915-1919)" (relatore prof. Paolo Macry). Ha svolto dottorato di ricerca in Studi storici - curriculum Storia contemporanea (Università degli studi di Firenze e Università degli studi di Siena) concluso con la tesi intitolata "Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra. Controllo militare e pratiche assistenziali a confronto (1915-1918)" , con tutor Patrizia Guarnieri). Attualmente sta collaborando alla creazione del database presente nel sito internet "Intellettuali in fuga dall'Italia fascista" (http://intellettualinfuga.fupress.com/ - responsabile prof.ssa Patrizia Guarnieri). È in corso di pubblicazione, per la collana "Mente e storia" del Centro Aspi, un saggio intitolato "Il Padiglione neurologico dell'Ospedale neuropsichiatrico di Arezzo. Da reparto improvvisato durante la Grande guerra a modello di assistenza manicomiale aperta (1915-1938)".

Andrea Scartabellati ha studiato Storia (Università di Trieste, 1999) e Antropologia (Università di Milano-Bicocca, 2015), conseguendo il Dottorato di ricerca nel 2005 (Ca' Foscari, Venezia). Bibliotecario, è autore e curatore di saggi e monografie dedicati alla storia della povertà e della follia, tra cui: *L'umanità inutile* (Franco Angeli, 2001), *Intellettuali nel conflitto* (Goliardica, 2003), *Prometeo inquieto. Trieste1855-1937* (Aracne, nuova edizione 2018), *Dalle trincee al manicomio* (Marco Valerio, 2008), *Fronti interni* (ESI, 2014), *Pazzia e sessualità nei lager della Grande guerra* (Gaspari, 2015), *Poietiche nazionaliste* (Marco Valerio, 2019).

Felicitas Söhner lavora presso l'Istituto di Storia, Teoria ed Etica della Medicina dell'Università Heinrich Heine di Düsseldorf dopo aver studiato Scienze della cultura e storia e letteratura ad Hagen. Assistente scientifica all'istituto filosofico di Passau nel 2012 – 2013 e all'istituto di Storia, Teoria ed Etica della Medicina a Ulm dal 2013 al 2015, al Dipartimento di Psichiatria II a Ulm dal 2013 al 2016, al Dipartimento di Storia, Teoria ed Etica della Medicina a Düsseldorf dal 2016. Dal 2015 è inoltre impegnata in un lavoro di ricerca post-dottorato sulle fonti orali nella storia della psichiatria nella Germania del dopoguerra. Altri temi della sua ricerca sono la storia della medicina e la storia sociale del XIX e XX secolo; la storia orale; la cultura della memoria europea e le sue dimensioni biografiche. Ha collaborato al volume collettaneo *Psychiatrie im Ersten Weltkrieg (La psichiatria nella Prima Guerra Mondiale),* a cura di T. Becker, H. Fangerau, P. Fassl, H.G. Hofer (UVK Verlag, 2018).