

Umanistica
2019

MARCO ROMANO

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Controllo militare e pratiche assistenziali
a confronto (1915 - 1918)

P R E M I O T E S I D O T T O R A T O
F I R E N Z E U N I V E R S I T Y P R E S S - U N I V E R S I T À D E G L I S T U D I D I F I R E N Z E



Umanistica
2019

MARCO ROMANO

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Controllo militare e pratiche assistenziali
a confronto (1915 - 1918)

P R E M I O T E S I D O T T O R A T O
F I R E N Z E U N I V E R S I T Y P R E S S – U N I V E R S I T À D E G L I S T U D I D I F I R E N Z E



PREMIO TESI DI DOTTORATO

ISSN 2612-8039 (PRINT) | ISSN 2612-8020 (ONLINE)

– 82 –

PREMIO TESI DI DOTTORATO
Commissione giudicatrice, anno 2019

Vincenzo Varano, *Presidente della Commissione*

Tito Arecchi, *Area Scientifica*

Aldo Bompani, *Area delle Scienze Sociali*

Mario Caciagli, *Area delle Scienze Sociali*

Franco Cambi, *Area Umanistica*

Giancarlo Garfagnini, *Area Umanistica*

Roberto Genesisio, *Area Tecnologica*

Flavio Moroni, *Area Biomedica*

Adolfo Pazzagli, *Area Biomedica*

Giuliano Pinto, *Area Umanistica*

Vincenzo Schettino, *Area Scientifica*

Maria Chiara Torricelli, *Area Tecnologica*

Luca Uzielli, *Area Tecnologica*

Graziella Vescovini, *Area Umanistica*

Marco Romano

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Controllo militare e pratiche assistenziali a confronto
(1915 - 1918)

Firenze University Press
2020

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra : controllo militare e pratiche assistenziali a confronto (1915 - 1918) / Marco Romano. – Firenze : Firenze University Press, 2020.
(Premio Tesi di Dottorato ; 82)

<https://www.fupress.com/isbn/9788855180795>

ISSN 2612-8039 (print)

ISSN 2612-8020 (online)

ISBN 978-88-5518-078-8 (print)

ISBN 978-88-5518-079-5 (PDF)

ISBN 978-88-5518-080-1 (XML)

DOI 10.36253/978-88-5518-079-5

Graphic design: Alberto Pizarro Fernández, Lettera Meccanica SRLs

Foto di copertina: gruppo di soldati ricoverati presso il Padiglione provinciale per feriti di guerra del Manicomio provinciale di Arezzo durante il primo conflitto mondiale. Nella fila in alto, sulla destra, Piero Pieraccini, futuro urologo, figlio del direttore Arnaldo Pieraccini, s.d.

Fonte: Collezione famiglia Pieraccini-Caporali, Arezzo.

FUP Best Practice in Scholarly Publishing (DOI 10.36253/fup_best_practice)

All publications are submitted to an external refereeing process under the responsibility of the FUP Editorial Board and the Scientific Boards of the series. The works published are evaluated and approved by the Editorial Board of the publishing house, and must be compliant with the Peer review policy, the Open Access, Copyright and Licensing policy and the Publication Ethics and Complaint policy.

Firenze University Press Editorial Board

M. Garzaniti (Editor-in-Chief), M.E. Alberti, M. Boddi, A. Bucelli, R. Casalbuoni, F. Ciampi, A. Dolfi, R. Ferrise, P. Guarnieri, R. Lanfredini, P. Lo Nostro, G. Mari, A. Mariani, P.M. Mariano, S. Marinai, R. Minuti, P. Nanni, A. Orlandi, A. Perulli, G. Pratesi, O. Roselli.

 The online digital edition is published in Open Access on www.fupress.com.

Content license: the present work is released under Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>). This license allows you to share any part of the work by any means and format, modify it for any purpose, including commercial, as long as appropriate credit is given to the author, any changes made to the work are indicated and a URL link is provided to the license.

Metadata license: all the metadata are released under the Public Domain Dedication license (CC0 1.0 Universal: <https://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/legalcode>).

© 2020 Author(s)

Published by Firenze University Press

Firenze University Press
Università degli Studi di Firenze
via Cittadella, 7, 50144 Firenze, Italy
www.fupress.com

*This book is printed on acid-free paper
Printed in Italy*

Sommario

Introduzione

1. Elementi di continuità nella storiografia italiana sull'intervento psichiatrico durante la Grande Guerra 9
2. Utilità e limiti delle categorie psichiatriche nella ricerca storica 19
3. Le fonti utilizzate e la loro interpretazione 22
4. Principali questioni sollevate dalla ricerca 25

Capitolo 1

Le teorie sulla predisposizione alle malattie mentali e le pratiche di intervento psichiatrico nelle vicinanze della zona di guerra

- 1.1 L'influenza del concetto psichiatrico di predisposizione in relazione a pensioni e indennizzi di guerra 31
- 1.2 Tradizione e innovazione nel dibattito scientifico sulla predisposizione alle malattie mentali negli anni 1915-1918 36
- 1.3 I soldati ricoverati nell'ospedale psichiatrico Sant'Artemio di Treviso e l'influenza dei paradigmi psichiatrici nella stesura dei giudizi clinici 49
- 1.4 Pratica psichiatrica di un esperto di antropologia criminale. Luigi Cappelletti e il S. Servolo di Venezia 66
- 1.5 Lo sgombero del S. Servolo nel novembre 1917. Una lunga contesa tra medici, amministrazione manicomiale e autorità militari 80

Capitolo 2

Psichiatria militare e clinica manicomiale a stretto contatto. Un confronto tra esperienze di punta e realtà periferiche

2.1 L'approccio militare alla neuropsichiatria	89
2.2 Il ruolo centrale del manicomio S. Lazzaro di Reggio Emilia tra difficoltà gestionali e sanitarie	97
2.3 La sfida del Centro neuropsichiatrico militare di prima raccolta	108
2.4 Ideali politici e umanitari a confronto con la follia di guerra: Arnaldo Pieraccini e il manicomio provinciale di Arezzo	115
2.5 I soldati ricoverati ad Arezzo tra riforme, licenze di convalida e sospetti simulatori	120

Capitolo 3

Simulatori, esageratori e sovraffollamento: il caso del manicomio provinciale di Napoli (Manicomio di Capodichino)

3.1 La simulazione di malattie mentali nell'Esercito: pregiudizio e prudenza delle autorità militari	139
3.2 La carriera peculiare di Cesare Colucci e il manicomio provinciale di Napoli tra sovraffollamento, criminalità e legge sugli alienati	143
3.3 I soldati napoletani della Grande Guerra nello scontro tra psichiatria militare e pratica manicomiale	149

Capitolo 4

Gli istituti neurologici militari nell'Italia della Grande Guerra. Modelli assistenziali alternativi al manicomio

4.1 Breve introduzione ai centri neurologici militari	165
4.2 L'approccio neuropatologico: il Centro per i Feriti del Sistema Nervoso di Milano	168
4.3 L'approccio psichiatrico: Gaetano Boschi e l'Ospedale Neurologico Villa del Seminario	175

4.4 Il Reparto Infermeria del manicomio provinciale di Arezzo: un esempio di integrazione tra ricerca scientifica e assistenza	183
4.5 I centri neurologici militari negli sviluppi del dibattito psichiatrico successivo alla guerra	196
Conclusioni	203
Abbreviazioni	205
Fondi archivistici consultati	207
Bibliografia	209
Indice dei nomi	219
Ringraziamenti	223

Introduzione

1. Elementi di continuità nella storiografia italiana sull'intervento psichiatrico durante la Grande Guerra

L'espressione Grande Guerra richiama subito alla mente immagini di grande sofferenza: uomini ammassati nelle trincee in condizioni durissime, distese di cadaveri lasciati dopo gli assalti contro il muro delle mitragliatrici nemiche e ospedali colmi di feriti. È abbastanza diffusa ormai la figura del soldato traumatizzato da eventi bellici catastrofici o semplicemente dalle estreme condizioni della vita di guerra. Quella combattuta in Europa tra il 1914 e il 1918 fu di una natura estremamente diversa da quelle passate a causa del binomio tra massa e tecnologia, che mise a dura prova la tenuta sia dei sistemi bellici in generale sia dei nervi degli uomini che ne facevano parte. Gli eserciti mobilitati erano formati da milioni di soldati e le armi avevano raggiunto una considerevole efficacia nell'uccidere: ciò produsse, oltre a una quantità di morti e feriti senza precedenti, lo sconvolgimento delle modalità con cui gli eserciti si erano affrontati fino a quel momento e della loro organizzazione interna. In quei profondi cambiamenti, il servizio neuropsichiatrico militare si ritrovò davanti ad un crescente numero di soldati ricoverati con sintomi di malattie mentali che i comandi militari non erano abituati a gestire, nonché all'estrema difficoltà incontrata dai medici a comprenderne la natura di quei disturbi. La foto scelta per la copertina di questo volume contrasta volutamente con l'idea del soldato reso folle dalla brutalità della guerra, sospetto simulatore per le autorità militari, ricoverato in reparti sovraffollati e affidato a psichiatri pressoché ignari di ciò che accadeva nella loro mente. Non si vuole certo affermare l'inesistenza o minimizzare quei fenomeni che gli storici hanno da tempo dimostrato essere rilevanti nel discorso sull'intervento psichiatrico in Italia durante la Prima guerra mondiale. Il contrasto che la foto suscita sta piuttosto a richiamare l'altra faccia della medaglia, altrettanto significativa: non sempre, infatti, gli psichiatri navigarono a vista per stilare una diagnosi, non tutti minimizzarono i sintomi dei pazienti per evitare che venissero riformati dal servizio militare, assecondando le direttive militari o il richiamo patriottico; così come le vicende vissute dai cosiddetti 'scemi di guerra' non sempre sfociarono in disgrazie permanenti.

La ricerca presentata in questo volume tenta di portare a galla proprio quei personaggi e quelle dinamiche che richiedono una più complessa interpretazione del fenomeno, da inquadrare comunque nel contesto di una guerra altamente distruttiva che travolse le vite di milioni di persone. Le tracce documentarie di situazioni che si potrebbero considerare in controtendenza rispetto alla rappresentazione tradizionale della Grande

Guerra, non cancellano la cornice interpretativa generale scaturita da decenni di ricerche storiche; piuttosto la arricchiscono. Il quadro degli studi che hanno trattato i vari aspetti di quel conflitto ha mostrato, soprattutto in anni recenti, proprio una diversificazione di tematiche e sfaccettature. Il centenario della Grande Guerra in Italia, per esempio, è stato un periodo di rinnovamento del panorama storiografico di un evento su cui sembrano non esaurirsi mai gli stimoli per ricerche originali e che è stato generalmente riconosciuto come fase di veloci e significative trasformazioni, se non come una cesura in alcune periodizzazioni proposte per la storia contemporanea¹. Le ricerche pubblicate durante le celebrazioni e negli anni immediatamente precedenti hanno attestato che la Prima guerra mondiale possiede ancora quella carica di evento cruciale per la storia mondiale. Gli approcci sono stati i più disparati: si spazia dalle sintesi globali alle ricerche locali e in scala micro di un avvenimento che coinvolge intere società². Tra i temi innovativi più fecondi per la ricerca documentaria figura quello riguardante le disabilità dei soldati, affrontato, per esempio, nelle prime settimane del centenario in un convegno tenutosi a Firenze il 4 e 5 giugno 2015³; qui sono emersi spunti interessanti per ridiscutere il tema dei soldati ricoverati per malattie nervose e mentali durante la Grande Guerra ai quali si farà riferimento alla fine di questo paragrafo.

È opportuno, a questo punto, riassumere le tappe principali dell'esplorazione di un fenomeno storico che è stato pressoché ignorato fino agli anni Ottanta del Novecento. Fu negli anni Settanta che gli studi italiani sulla Prima guerra mondiale acquisirono una certa sensibilità verso quei risvolti sociali e psicologici trascurati dalla storiografia precedente, limitata per lo più alle vicende politiche e militari. L'approfondimento di fonti non considerate in precedenza rilevanti ha ampliato la percezione di una vicenda permeata da numerosi stereotipi. I tentativi di appropriazione della memoria accompagnarono infatti la vita politica già dai primi anni del dopoguerra, mentre in seguito il fascismo tentò di monopolizzare l'argomento ponendolo come punto di partenza della rivoluzione fascista e della rinascita della nazione⁴; l'avvento della Seconda guerra mondiale eclissò il ricordo del 1915-1918, per cui nel primo ventennio repubblicano non ci furono dibattiti significativi. La scoperta, verso la fine degli anni Sessanta, del dissenso e della sua repressione all'interno dell'Esercito determinò un nuovo interesse che avrebbe portato nei decenni successivi a una notevole articolazione dei campi da indagare. È da lavori come *I vinti di Caporetto* e *Il mito della Grande Guerra* di Mario Isnenghi (1967 e 1970)⁵, *Plotone di esecuzione* di Enzo

¹ Cfr. E. J. Hobsbawm, *Age of Extremes: The Short Twentieth Century, 1914-1991*, Abacus, London, 2001; A. J. Mayer, *The Persistence of the Old Regime: Europe to the Great War*, Pantheon, New York, 1981.

² Per una sintesi generale della storiografia recente sulla Grande Guerra si veda N. Labanca, *Discutendo di guerra*, «Italia contemporanea», 280, 2016, pp. 209-215; R. Bianchi e G. Borgognone, *La Grande guerra in Italia*, «Passato e presente», 100, 2017, pp. 203-237.

³ N. Labanca (a cura di), *Guerra e disabilità: mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, Unicopli, Milano 2016.

⁴ G. Sabatucci, *La Grande Guerra come fattore di divisione*, in L. Di Nucci e E. Galli della Loggia (a cura di), *Due nazioni. Legittimazione e delegittimazione nella storia dell'Italia contemporanea*, Il Mulino, Bologna 2003, p. 121.

⁵ M. Isnenghi, *I vinti di Caporetto nella letteratura di guerra*, Marsilio, Padova 1967; M. Isnenghi, *Il mito della Grande Guerra: da Marinetti a Malaparte*, Laterza, Bari 1970.

Forcella e Alberto Monticone (1968)⁶, *Storia politica della Grande Guerra* di Piero Melograni (1969)⁷, o ancora *Lettere al Re* di Renato Monteleone (1973)⁸, che in Italia si avviò un cambiamento globale di prospettiva in grado di evidenziare aspetti come la costruzione postuma della memoria, l'autoritarismo militare e il dissenso tra la truppa. Sulla scia di queste prime aperture e grazie alla riscoperta di un ricco patrimonio di fonti costituite da memorie, diari, lettere, testimonianze orali e documenti medici, negli anni Ottanta la ricerca storica cercò di penetrare il complesso mondo della percezione soggettiva del conflitto da parte dei combattenti. Gran parte dei nuovi materiali di studio trasmetteva la sensazione di una profonda frattura operata dal conflitto nell'identità di milioni di persone: prospettiva influenzata dalla pubblicazione di due opere che hanno dato una spinta agli studi italiani quali *The Great War and Modern Memory* di Paul Fussell (1975) e *No man's land. Combat and identity in World War I* di Eric J. Leed (1979), tradotti rispettivamente nel 1984 e 1985⁹. Per la storia della psichiatria italiana durante la Grande Guerra fu il lavoro di Leed, in particolare, a dettare le coordinate: prendendo spunto dalle teorie freudiane sulle nevrosi come fuga inconscia da una realtà mentalmente logorante, dalle indagini di Erik H. Erikson sullo stress da combattimento durante la seconda guerra mondiale e dagli studi antropologici di Victor Turner sulla discontinuità dell'identità, Leed collegava in modo intuitivo il crollo psichico dei militari britannici che furono rimpatriati per disturbi nervosi e mentali con lo sconvolgimento mentale operato su tutti i combattenti da una guerra di tipo nuovo, organizzata su scala industriale e con tecnologie altamente distruttive. Le esperienze dei soldati ricoverati nei reparti psichiatrici rivelavano il peso di un impatto psicologico in loro più dirompente ma subito da tutti i combattenti, dotando gli studi storici di una griglia interpretativa efficace entro cui collocare le testimonianze del vissuto personale. La sensazione di disincanto e il bisogno costante di fuga che emergono in molte lettere, diari e memorie dei combattenti hanno contribuito infatti a creare un nesso fecondo per i ricercatori tra le sofferenze di tutti i partecipanti e quelle di chi accusava sintomi patologici.

La presenza di Fussell e di Leed al convegno svoltosi tra il 26 e il 28 settembre del 1985 a Rovereto fu sicuramente decisiva per il rinnovamento degli studi italiani sul primo conflitto mondiale¹⁰. L'apertura verso gli approcci propri delle scienze sociali fornì lo spunto per numerose ricerche innovative e fu in quella stessa occasione che divennero evidenti i problemi relativi all'esame di questo tipo di fonti, in primo luogo per l'enorme quantità di documenti da sfogliare. Prevalsero le indagini incentrate sulla vita di soggetti che erano per lo più ignari di politica, narratori del proprio vissuto fatto di quotidianità e affetti personali. Spostando l'attenzione sulla soggettività di

⁶ E. Forcella e A. Monticone, *Plotone d'esecuzione: i processi della Prima guerra mondiale*, Laterza, Bari 1968.

⁷ P. Melograni, *Storia politica della Grande Guerra*, Laterza, Bari 1969.

⁸ R. Monteleone (a cura di), *Lettere al Re: 1914-1918*, Editori riuniti, Roma 1973.

⁹ P. Fussell, *The Great War and Modern Memory*, Oxford University press, New York-London 1975 (ed. italiana *La Grande Guerra e la memoria moderna*, Il Mulino, Bologna 1984); E. J. Leed, *No Man's Land: Combat & Identity in World War I*, Cambridge University press, Cambridge 1979 (ed. italiana *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Il Mulino, Bologna 1985).

¹⁰ D. Leoni e C. Zadra (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Il Mulino, Bologna 1986.

milioni di uomini, legata spesso al solo «gusto minimalista del ritrovamento e dello studio filologicamente amoroso per la scrittura popolare»¹¹, le ricerche rischiavano di smarrirsi tra le tantissime storie locali e personali emerse dalle fonti, ignorando i rapporti che legano il singolo alla società intera. È impossibile negare allo stesso tempo che la riscoperta dell'universo mentale di coloro che vissero il conflitto in prima persona ha migliorato notevolmente la percezione di cosa fu la Grande Guerra nel concreto della vita quotidiana dei soldati.

Nel settore specifico della psichiatria di guerra, agli articoli e ai saggi apparsi sul finire degli anni Ottanta¹² che riferivano delle prime ricerche compiute su documentazione manicomiale, seguì il volume di Antonio Gibelli *L'officina della guerra* (1991), che sulla scia degli studi di Leed analizzava gli aspetti di lacerazione dell'identità di soldati e civili. In particolare, ha evidenziato le numerose corrispondenze tra le malattie neuropsichiche dei soldati e quelle che colpivano gli operai di fabbrica, decodificandole come espressioni dell'irruzione violenta della meccanizzazione e del lavoro seriale nella vita degli uomini tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo. Fu in seguito Bruna Bianchi, con *La follia e la fuga* (2001)¹³, a prestare attenzione al funzionamento del servizio neuropsichiatrico militare e ai dibattiti di settore, oltre che alle peculiarità specifiche dei ricoveri manicomiali. La ricerca di Bianchi è strutturata su due binari: l'esperienza dei soldati ricoverati in reparti psichiatrici e le espressioni di rifiuto consapevole della guerra quali diserzioni, atti di insubordinazione e rivolte. Una disciplina militare dura e una giustizia esclusivamente punitiva agirono in un ambiente già reso rigido dagli orrori e dalle sofferenze della guerra¹⁴. La follia nei soldati viene quindi rappresentata all'interno della cornice del dissenso verso la guerra, senza discostarsi dai precedenti autori, come sfogo di un malessere estremo che si traduceva in patologie psichiche; una cornice efficace per comprendere gli effetti psicologici della guerra e della vita militare sui soldati, oltre che alcune manifestazioni patologiche. La ricostruzione complessiva delle vicende inerenti ai militari italiani ricoverati in reparti psichiatrici durante gli anni 1915-1918 veniva però inquadrata all'interno di una visione semplificata della psichiatria italiana del tempo, accusata di non aver compreso a pieno le novità cliniche perché prigioniera del paradigma organicista allora dominante, il quale legava tutte le malattie a disfunzioni dell'organo cerebrale.

L'utilizzo del concetto di organicismo come paradigma interpretativo rispecchia un pregiudizio applicato spesso a tutta la storia della psichiatria italiana degli ultimi due secoli. Da questo punto di vista fu influente soprattutto il dibattito antipsichiatrico degli anni Settanta che portò alla legge n. 180 del 13 maggio 1978, la quale riformava l'assistenza dei malati mentali in Italia prevedendo – com'è noto – la chiusura degli

¹¹ M. Isnenghi e G. Rochat, *La Grande Guerra. 1914-1918*, Il Mulino, Bologna 2008, p. 509.

¹² A. Gibelli, *L'esperienza di guerra. Fonti medico-psichiatriche e antropologiche*, in D. Leoni e C. Zadra (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, cit.; P. Nicola, *Snidare l'anormale: psichiatria e masse combattenti nella Prima guerra mondiale*, «Rivista di storia contemporanea», 1, 1987, pp. 59-84.

¹³ B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Bulzoni, Roma 2001.

¹⁴ La durezza della giustizia militare italiana è ben espressa in: E. Forcella e A. Monticone, *Plotone d'esecuzione. I processi della Prima guerra mondiale*, cit.; G. Procacci, *Soldati e prigionieri italiani nella Grande Guerra*, Editori riuniti, Roma 1993; B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, cit.

ospedali psichiatrici, messi sotto accusa. In effetti, nei decenni successivi la Seconda guerra mondiale le condizioni in cui versava il settore erano disastrose; l'attività di denuncia portò l'opinione pubblica a conoscenza della durezza dell'internamento istituzionale degli alienati. In questo contesto si sviluppò una forte condanna verso un passato del quale si sottolineavano unicamente gli aspetti negativi, fino ad allora troppo sottaciuti dalle storie di settore dedicate principalmente all'evoluzione scientifica della disciplina. Il raggio d'azione della storiografia si è spostato così verso i risvolti sociali soprattutto del sistema manicomiale, introducendo il tema inedito del rapporto medico-paziente a discapito di una prospettiva ferma ai progressi scientifici, aridi o astratti nel confronto con le persone¹⁵. L'influenza delle idee di Michel Foucault sulla nascita e lo sviluppo in Europa della scienza psichiatrica e degli organi di controllo delle devianze sociali¹⁶ è stata decisiva da questo punto di vista. Senza entrare nel merito dell'eventuale coerenza dei numerosi autori che hanno usato come modello esplicito le sue opere, è importante notare come il loro successo abbia influenzato pesantemente l'approccio degli storici, che spesso si sono soffermati unicamente sulla funzione di disciplinamento sociale delle devianze e di emarginazione degli anormali propri dell'intervento psichiatrico. In Italia questo approccio si è poi rafforzato una volta applicato alla storia della nuova disciplina medica nei primi decenni dello Stato unitario. Il tentativo da parte della classe psichiatrica di conquistare spazi di influenza a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, chiedendo più poteri nella gestione dei manicomi e intervenendo sempre più attivamente in campo politico e giudiziario, sembra infatti corrispondere in modo perfetto alla chiave foucaultiana di una disciplina funzionale al potere e al mantenimento dell'ordine pubblico.

Alcune ricerche condotte in parallelo a quelle citate hanno comunque smantellato la tesi di una psichiatria italiana monoliticamente organicista, chiarendo l'eterogeneità degli orientamenti presenti persino tra gli stessi medici che si professavano organicisti o che nutrivano, per esempio, simpatie per la figura controversa di Cesare Lombroso. All'inizio del Novecento era ormai lontana l'epoca del connubio con l'antropologia criminale lombrosiana. Gli studi sulla biografia e gli scritti di Lombroso hanno da tempo confermato la sua sostanziale estraneità agli sviluppi concreti della psichiatria italiana già dalla fine dell'Ottocento¹⁷, mentre il concetto psichiatrico di

¹⁵ Per un inquadramento generale della storiografia sulla psichiatria italiana si veda P. Guarnieri, *La storia della psichiatria italiana. Un secolo di studi in Italia*, L. S. Olschki, Firenze 1990.

¹⁶ M. Foucault, *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961 (ed. italiana *Storia della follia nell'età classica*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano 1963); M. Foucault, *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975 (ed. italiana *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1976).

¹⁷ Cfr. S. Montaldo, *Lombroso: The Myth, The History* «Crime, Histoire & Sociétés/Crime, History & Societies», 22, 2, 2018, pp. 31-61; D. Frigessi, *Cesare Lombroso*, Giulio Einaudi, Torino 2003; F. Giacanelli, *Il medico, l'alienista*, in D. Frigessi, F. Giacanelli e L. Mangoni, *Cesare Lombroso. Delitto, genio, follia. Scritti scelti*, Bollati Boringhieri, Torino 1995; F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra otto e novecento*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia. Annali. Vol. 7: Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984. Riguardo alle diverse letture di Lombroso si veda P. Guarnieri, *Su Lombroso e il lombrosismo*, «Passato e presente», 61, 2004, pp. 141-150, e Ead, *Caesar or Cesare? American and Italian images of Lombroso*, in P. Knepper, P. J. Ystehede (a cura di), *The Cesare Lombroso Handbook*, Routledge, Taylor & Francis Group, New York-Oxford 2013, pp. 113-130.

degenerazione biologica, diverso ma confuso spesso con l'atavismo lombrosiano¹⁸, fu gradualmente ridimensionato fino a essere circoscritto solo ad alcune patologie all'inizio del XX secolo¹⁹. È vero che il termine si diffuse ampiamente nell'Europa della seconda metà dell'Ottocento in un'accezione che collegava la biologia individuale con la crescente decadenza sociale percepita nei paesi occidentali e che influenzò il pensiero di molti medici²⁰. Tuttavia, nell'ultimo decennio del secolo il crescente interesse per il concetto di degenerazione nella cultura europea andò di pari passo con il progressivo declino della sua attendibilità scientifica in campo psichiatrico²¹. La più confusa categoria di organicismo nacque invece dai dibattiti medici in Francia nei decenni centrali del XIX secolo. Con il termine organicismo si voleva richiamare una concezione estranea sia al meccanicismo, che riduceva i fenomeni vitali a sole leggi fisico-chimiche, sia al vitalismo, rispetto al quale prediligeva il concetto di organizzazione tra parti funzionali diverse – gli organi appunto – piuttosto che forze ipotetiche e oscure circolanti nel corpo umano. Si trattava quindi di una netta presa di distanza dall'impostazione filosofica della tradizione medica perché procrastinava il problema dell'essenza della vita, ritenendo utile dare priorità all'indagine di fatti osservabili scientificamente. In Italia si presentò una discussione analoga negli anni Sessanta dell'Ottocento, anche se qui si preferivano i termini *materialismo* o *naturalismo*, ma ancora nei decenni successivi molti psichiatri che si dichiaravano organicisti continuarono a considerare lo studio delle malattie condotto su base organica solo una delle ipotesi possibili, anche se la più efficace per la ricerca scientifica. L'influsso del positivismo sulla psichiatria italiana deve quindi essere inquadrato nel contesto di un cambiamento metodologico che investì tutta la medicina e che cercava di mettere da parte le discussioni filosofiche senza mai sfociare, salvo rare eccezioni, in un estremo materialismo che negava del tutto l'importanza di segnali a prima vista privi di basi organiche²².

Nei primi decenni del suo presentarsi quale specializzazione scientifica, la psichiatria italiana si dimostrò aperta a influenze provenienti da correnti filosofiche, antropologiche e sociologiche. Non c'è dubbio che mirava ad ottenere la sua autonomia

¹⁸ I due concetti sono riconducibili alla matrice evolucionista della trasmissibilità delle anomalie da una generazione a un'altra, ma partivano da basi totalmente diverse. L'atavismo era riferito ai tratti anatomici che si credeva accomunassero una parte dei criminali, minoritaria rispetto ai 'delinquenti d'occasione', agli antenati dell'uomo, mentre la degenerazione in psichiatria si soffermava sulla trasmissione di caratteri patologici per via ereditaria. Cfr. D. Pick, *Volti della degenerazione. Una sindrome europea 1848-1918*, La Nuova Italia, Scandicci (Fi) 1999, p. 68 (ed. orig. 1989).

¹⁹ S. Nicasi, *Il germe della follia. Modelli di malattia mentale nella psichiatria italiana di fine Ottocento*, in P. Rossi (a cura di), *L'età del positivismo*, Il Mulino, Bologna 1986, p. 318.

²⁰ Nell'opera di Bénédict-Auguste Morel *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine* (1857), da cui scaturì il successo del concetto di degenerazione, questo era riferito alle deviazioni presenti tra gli esseri umani rispetto ad un supposto "tipo normale" e specificava una complessa rete di interconnessioni tra numerosi disturbi patologici sia fisici che mentali. Per Morel, inoltre, i mutamenti si manifestavano tanto nel corpo umano che in quello sociale, dando così la possibilità di un ampio utilizzo della teoria che poteva spaziare dall'anatomia all'antropologia criminale. D. Pick, *Volti della degenerazione. Una sindrome europea 1848-1918*, cit., p. 68.

²¹ Ivi, pp. 186-187.

²² V. P. Babini, *Organicismo e ideologie nella psichiatria italiana dell'Ottocento*, in F. M. Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Vita e pensiero, Milano 1989, pp. 334-338.

disciplinare e soprattutto la sua credibilità scientifica appellandosi alla categoria di organicismo in modo da ottenere l'ingresso pieno nel mondo delle scienze mediche, ma questo non implicava certo una chiusura totale verso prospettive differenti. Già agli inizi degli anni Ottanta, del resto, entrò in crisi una visione deterministica unitaria del positivismo italiano, corrente entro la quale si muovevano gran parte degli psichiatri tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento. Gli storici più attenti alla storia delle idee e della cultura hanno da tempo evidenziato il panorama multiforme delle varie correnti, le quali si aprirono a nuovi orizzonti senza essere eclissate dalla crisi dei modelli naturalistici troppo semplificati e dal successo del neoidealismo²³.

L'approfondimento dell'opera di alcuni protagonisti portò a un ripensamento generale degli stereotipi ereditati dai dibattiti ideologici degli anni precedenti. Seguendo, per esempio, il lungo percorso scientifico di Enrico Morselli, psichiatra dagli interessi estremamente eterogenei e figura di punta del positivismo italiano, emerge il quadro di una psichiatria tutt'altro che riducibile alla vecchia ossessione positivista della misurazione e della riduzione delle patologie psichiche a malattie del cervello²⁴. Se è infatti vero che l'organicismo era dato per scontato dalla maggioranza degli alienisti, al suo interno coesistevano modelli di spiegazione delle malattie mentali anche molto distanti tra loro: da quelli che si basavano unicamente sulla localizzazione fisica dei disturbi, prefigurazioni della nascita della neurologia come disciplina autonoma, a quelli che consideravano invece le sole anomalie del carattere e le sue trasformazioni nel tempo. Il pensiero della maggioranza degli psichiatri italiani all'inizio del Novecento raramente si sbilanciava verso uno dei due estremi, articolandosi in una complessa molteplicità di posizioni; se insistevano su quegli elementi caratteristici del positivismo duro, come la propensione alla quantificazione, era per la necessità di presentarsi come veri scienziati e «riscattarsi da un passato spiritualista» o metafisico²⁵. Dovevano inoltre acquisire credibilità, per esempio, nel loro compito di periti durante i processi penali, dove la bandiera dell'organicismo era funzionale a dare un sostegno scientifico ai giudizi stilati sui casi di sospetta infermità mentale. Un'adesione più formale che sostanziale, spinta da interessi pratici che esulavano dagli approcci invece multiformi mostrati nei dibattiti interni alla disciplina. Nonostante quello sulle malattie mentali nei soldati della Grande Guerra fosse nato in anni in cui erano già sviluppate le critiche al riduzionismo organicista, la preponderanza nella storiografia delle riflessioni sui rapporti disciplinari ha favorito una lettura della psichiatria militare italiana come dispositivo di potere: una scienza dalla doppia funzione, medico-umanitaria da un lato e di controllo sociale dall'altro, che sviluppò durante il conflitto la seconda a discapito della prima.

²³ In questa chiave oltre ai lavori già citati di Stefania Nicasi e Valeria Paola Babini, P. Guarnieri, *Teatro e Laboratorio. Scienziati e medici davanti al magnetismo*, «Belfagor», 1985, pp. 561-575; Ead, "La volpe e l'uva": cultura scientifica e filosofia del positivismo italiano. «Physis», 25, 1983, pp. 301-336; Ead, *Filosofia e scuola nell'età giolittiana*, Loescher, Torino 1980.

²⁴ P. Guarnieri, *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Franco Angeli, Milano 1986.

²⁵ P. Guarnieri, *L'ammazzabambini. Legge e scienza in un processo di fine Ottocento*, Laterza, Roma-Bari 2006 (ed. orig. 1988), p. 173. Una delle prime analisi sulle varie scuole psichiatriche italiane di fine Ottocento, che prescinde dagli stereotipi antistituzionali, è S. Nicasi, *Il germe della follia. Modelli di malattia mentale nella psichiatria italiana di fine Ottocento*, cit.

Dopo i primi lavori di Gibelli e Bianchi, che hanno permesso un primo inquadramento generale, la moltiplicazione di studi sui singoli istituti psichiatrici negli anni del conflitto²⁶ ha reso il quadro più articolato mostrando le diverse sfumature appartenenti alle varie realtà locali. Francesco Paoletta ha sottolineato, per esempio, l'originalità dei trattamenti attuati nell'ospedale neurologico per militari Villa del Seminario di Ferrara dove venivano accolti unicamente quelli colpiti da patologie nervose²⁷. Maria Vittoria Adami ha esaminato invece la documentazione del manicomio veronese di S. Giacomo di Tomba, che ospitò circa 800 militari durante il conflitto, notando un interessante contrasto tra l'operato degli psichiatri e le direttive dei comandi militari. Sostenendo nella maggioranza dei casi la predisposizione dei soggetti, i medici del S. Giacomo criticavano soprattutto la scarsa efficienza della selezione durante le visite di leva, causa dell'elevato numero di ricoveri. Sottovalutavano così l'attenzione necessaria a scovare i simulatori, attività considerata invece prioritaria per gli alienisti dell'Esercito²⁸. Nel lavoro di Nicola Bettiol sui soldati ricoverati al S. Artemio di Treviso risaltano le considerazioni dei medici e le lettere scritte dai soldati e dai loro parenti, molto cariche emotivamente, ma le cartelle cliniche rivelano un altro dato interessante: la maggior parte dei ricoverati, una volta concluso il periodo di osservazione, tornò a casa con licenze di convalescenza anche lunghe. Il direttore riteneva che l'assistenza familiare avrebbe accelerato le guarigioni delle forme meno gravi, in netto contrasto con le considerazioni degli psichiatri militari sulla necessità di un intervento tempestivo da attuare in prossimità della zona di guerra²⁹. Questi esempi sono significativi: gli spunti per una riconsiderazione della pratica psichiatrica durante la Grande Guerra emergono spesso dalle analisi che adottano la classica chiave di lettura disciplinare. Contraddizione che riflette probabilmente la complessità sia del pensiero psichiatrico italiano sia di una realtà difficilmente gestibile dalle autorità militari, le quali dovevano contare sulla disponibilità del personale manicomiale a collaborare seguendo le indicazioni per la sorveglianza dei soldati ricoverati.

L'importanza di evidenziare le relazioni tra le varie parti in gioco è ben presente anche nel volume di Vinzia Fiorino dedicato al manicomio San Girolamo di Volterra. Nel capitolo che affronta gli anni della Grande Guerra l'autrice ha messo in evidenza la sostanziale continuità nel trattamento dei soldati lì ricoverati rispetto al periodo precedente e successivo. L'approccio praticato a Volterra già dalla fine dell'Ottocento

²⁶ Tra gli studi più significativi: V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Edizioni ETS, Pisa 2011 (in particolare il capitolo IV, *La prima guerra mondiale e le sue nevrosi*); F. Paoletta, *La neuro-psichiatria in Emilia-Romagna durante la Grande Guerra*, in F. Montella, F. Paoletta e F. Ratti (a cura di), *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia-Romagna durante la Prima Guerra Mondiale*, Clueb, Bologna 2010; F. Paoletta, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, in M. Carrettieri e A. Ferraboschi, *Piccola Patria Grande Guerra. La Prima guerra mondiale a Reggio Emilia*, Clueb, Bologna 2008; N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto 1915-1918*, Istresco, Treviso 2008; M. V. Adami, *L'esercito di San Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, Il Poligrafo, Padova 2006.

²⁷ F. Paoletta, *La neuro-psichiatria in Emilia-Romagna durante la Grande Guerra*, cit., pp. 88-97.

²⁸ M. V. Adami, *L'esercito di San Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, cit.

²⁹ N. Bettiol, *Destini della follia in guerra. Vivere, sopravvivere e scrivere al S. Artemio di Treviso*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio Editore, Torino 2008.

era la conseguenza di contingenze burocratiche ed economiche più che di scelte terapeutiche: l'istituto divenne nel corso degli anni un vero e proprio centro di raccolta e smistamento dei malati mentali, funzione che durante la guerra estese anche ai soldati. In questo contesto le considerazioni mediche passavano in secondo piano: le cartelle cliniche erano redatte in modo sommario, il più delle volte registrando solo le condizioni del paziente all'arrivo, la patologia riscontrata e il tipo di dimissione. Una situazione che contrasta con l'idea di un potere psichiatrico oppressivo soprattutto per la brevità della permanenza dei militari³⁰; caratteristica, questa, riscontrata anche in altre realtà italiane del periodo bellico come quella del manicomio di Parma, analizzata da Ilaria La Fata in *Follie di guerra* (2014)³¹. Qui era evidente la distanza tra l'effettivo funzionamento dell'istituto e le direttive militari, che pure cercavano di essere soddisfatte dal direttore. Se infatti la percentuale di soldati restituiti ai comandi dopo un breve ricovero fu alta, non erano solo simulatori o soldati guariti da forme patologiche lievi e transitorie: per molti di loro fu proposta una lunga licenza di convalescenza, rigettata o confermata in seguito dalle autorità militari. La transitorietà dei ricoveri contrasta in modo netto con lo stereotipo del malato di mente istituzionalizzato, applicato in genere a tutta la storia della psichiatria fino alla legge n. 180 del 1978 ma non del tutto coincidente con la realtà degli istituti psichiatrici tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento³².

Le monografie sui singoli istituti durante la Grande Guerra, come i testi che sintetizzano i caratteri generali del fenomeno in Italia³³, sono quindi strutturati seguendo principalmente tre percorsi: il dibattito che si svolse sulle malattie mentali nei soldati; la reazione delle autorità militari e mediche al continuo aumento dei ricoveri durante il conflitto; la ricostruzione delle esperienze dirette e della percezione dei soldati all'interno degli istituti psichiatrici. Pur riuscendo a intuire la complessità degli eventi, questi percorsi hanno privilegiato il rapporto soldato-autorità in cui i militari ricoverati sono visti essenzialmente come vittime di un sistema repressivo che dall'Esercito proseguiva nei reparti psichiatrici. Gran parte delle pubblicazioni sull'esperienza psichiatrica italiana nel primo conflitto mondiale riflette quindi, al di là delle differenze nei metodi di indagine storica, uno schema con il quale decifrare gli avvenimenti che mette insieme vecchi pregiudizi sulla psichiatria italiana con un utilizzo estensivo dell'interpretazione psicoanalitica freudiana delle nevrosi di guerra scaturita dai lavori di Eric J. Leed. Come ha sottolineato Andrea Scartabellati in occasione del convegno *Guerra e disabilità: i mutilati italiani e i conflitti mondiali* (Firenze, 4-5 giugno 2015), l'effettiva sottovalutazione delle intuizioni di Freud da parte degli psichiatri italiani durante la Grande Guerra ha portato a una reazione opposta da parte degli

³⁰ V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, cit., pp. 127-166.

³¹ I. La Fata, *Follie di guerra: medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Unicopli, Milano 2014.

³² V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia 2002, p. 94.

³³ A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del paesaggio mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 1991; B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzioni e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, cit.; A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (UD), 2003; A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, cit.

storici, i quali hanno ridotto il discorso sulle patologie mentali dei soldati alla sola coniugazione psicoanalitica della malattia come fuga da una realtà traumatica. Si è inoltre rafforzato il pregiudizio che vedeva gli psichiatri come fedeli servitori dello Stato, imprigionati in spiegazioni poco fruttuose che tiravano in ballo la predisposizione dei soggetti alle malattie mentali e le loro tare ereditarie. Tutto ciò rischia di offuscare un'analisi critica dei diversi approcci teorici adottati dagli psichiatri e dei modi estremamente diversi con cui nelle varie realtà sanitarie locali si cercò di affrontare il periodo bellico³⁴. Non è possibile estendere a tutti i combattenti la natura di un fenomeno tutto sommato minoritario, quello degli 'scemi di guerra', tralasciando quelli che sono i caratteri complessivi della guerra italiana: al di là dell'utilità di analizzare il dissenso in tutte le sue manifestazioni, è certo che la stragrande maggioranza dei richiamati compì il proprio dovere senza protestare né tentare in qualche modo di evitare la trincea:

tra il lasciarsi apparentemente o meno dominare dall'evento, e la fuga nella chiusura di sé al mondo della malattia, si frapponeva una realtà, certamente maggioritaria, di cui lo storico deve tener conto perché allora i medici ne tennero conto nella formulazione delle ipotesi psichiatriche, assumendo anzi, essa, un peso incontrovertibile. Se le spinte ideologiche che nutrono le più disparate formulazioni alienistiche vanno smascherate [...], altrettanto non si può misconoscere come migliaia di uomini, pur non avendo scelto personalmente di combattere, non si sottrassero a quel dolore inevitabile che era la guerra, a quel crudele destino più grande di loro, fornendo indirettamente un metro di comparazione ad alienisti e psicologi che di fatto evidenziò con ancor maggior accentuazione i deficit personali di chi, alle leggi della violenza totale, non seppe o non poté opporsi³⁵.

La vicenda di un ragazzo di 26 anni ammesso nel manicomio provinciale di Napoli nell'ottobre del 1917 è straordinariamente simbolica di una dinamica addirittura invertita rispetto a quella della malattia come rifiuto della guerra:

È sordo-muto per eclampsia nell'infanzia. Dacché è scoppiata la guerra attuale si è messo in capo di voler fare il soldato, e vedendosi ostacolato, presenta accessi di ira e di violenza. S'era alquanto calmato allorché da pochi giorni è tornato alla sua antica idea, e questa volta di volere arruolarsi nella R. Marina; è tornato quindi anche a essere irascibile, violento, aggressivo. Alla ricezione si presenta tranquillo, e crede di essere venuto in una caserma. È vestito da marinaio, poiché il padre per calmarlo, ha dovuto comprare un tale costume e farglielo indossare³⁶.

³⁴ A. Scartabellati, *Esistenze mutilate. La storia senza riscatto dei folli di guerra*, in N. Labanca (a cura di), *Guerra e disabilità. Mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, cit., p. 79.

³⁵ A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 133.

³⁶ Archivio storico dell'Ospedale Psichiatrico "Leonardo Bianchi" di Napoli (d'ora in avanti AOLB), Carreggio Capodichino, Categoria 22-Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 5946, *Storia clinica*.

2. Utilità e limiti delle categorie psichiatriche nella ricerca storica

All'interno della stessa produzione storiografica che adopera determinate categorie per interpretare la documentazione archivistica sanitaria (organicismo, predisposizione, ereditarietà, degenerazione, pericolosità sociale), sono presenti quindi alcune riflessioni che richiamano invece l'attenzione sul loro utilizzo improprio. Le aperture percepite nel dibattito scientifico contrastano, d'altra parte, con una documentazione in cui le eziologie rimandano costantemente a fattori ereditari e degenerativi, anche nei casi in cui veniva riconosciuta l'influenza della guerra per la genesi delle patologie. I punti cardinali che hanno caratterizzato i primi studi restano quindi invariati: il dominio delle teorie sulla degenerazione e la predisposizione nel pensiero psichiatrico italiano, motivo di una diffusa sottovalutazione della guerra come causa patogena e della conseguente mancata elargizione delle pensioni di guerra; una ferrea disciplina militare, che nell'operato degli psichiatri si concretizzò nella caccia ai simulatori e nel tentativo di riportare in servizio tutti gli uomini recuperabili presenti nei reparti psichiatrici, velocizzando i tempi terapeutici e semplificando le procedure burocratiche. È necessario, tuttavia, collocare la storia della psichiatria italiana tra Ottocento e primo Novecento nel contesto degli sviluppi della medicina generale dell'epoca per comprendere meglio l'etichetta organicista applicata a essa. Nei decenni centrali del XIX secolo la crisi delle teorie raggruppate sotto la denominazione di dottrine sistematiche, le quali riconducevano la natura di tutte le malattie alle variazioni d'intensità di un'unica forza vitale che animava l'organismo, fu seguita dalla ripesa di un approccio più pratico che univa le ricerche di anatomia patologica al metodo clinico³⁷, sullo sfondo di una nuova concezione materialista della vita. Quest'ultima venne considerata sempre più come il risultato di un'organizzazione corretta delle varie parti che compongono il corpo umano, mentre la malattia, vista non più come affievolimento o sovraccarico di un'ipotetica forza, diventava un malfunzionamento localizzato in uno o più organi specifici³⁸; una nuova concezione del rapporto tra salute e malattie che diede una forte spinta alla ricerca sperimentale e quindi allo sviluppo di materie prima sottovalutate dalla medicina, come la chimica organica e l'anatomia microscopica³⁹. I numerosi successi susseguitisi in campo tecnologico e sperimentale nell'Europa della seconda metà dell'Ottocento favorirono in definitiva la visione di una medicina in costante progresso ma soprattutto degna della denominazione di scienza. La neuropsichiatria si inseriva in questo processo grazie alle trasformazioni del proprio statuto metodologico avviate sin dalla riforma tardo Settecentesca di Philippe Pinel, che portò in Europa alla diffusione del modello manicomiale basato sulla divisione funzionale delle patologie e sull'applicazione rigorosa del metodo clinico in sostituzione della pratica di raccogliere tutti i folli, senza distinzioni tra forme morbose, in ospedali

³⁷ Il metodo clinico dava priorità all'osservazione diretta e alla raccolta di tutti i fenomeni manifestati da un organismo malato, confrontandoli e correlandoli per stabilire una diagnosi. L'anatomia patologica prediligeva invece le correlazioni tra i fenomeni morbosi e le lesioni rilevate dalla dissezione dei cadaveri.

³⁸ F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra otto e novecento*, cit., pp. 1078-1079.

³⁹ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Laterza, Bari 1994, pp. 325-326.

comuni o peggio in strutture per malati cronici o terminali⁴⁰. Della diffusione dei manicomi e dei sistemi di ricovero psichiatrico si è sottolineato spesso la funzione oscillante tra la pratica clinica ospedaliera e la difesa dell'ordine sociale da individui pericolosi o semplicemente scandalosi: positiva se si considera il tentativo di migliorare la condizione di malati che prima erano lasciati a sé stessi; negativa se si pensa all'istituzionalizzazione e quindi al perfezionamento dell'antica pratica di segregare i folli perché potenzialmente pericolosi. I manicomi, tuttavia, nelle considerazioni dello stesso Pinel e degli psichiatri protagonisti della loro diffusione nel corso dell'Ottocento, volevano rispondere prima di tutto alla necessità di avere un ambiente adatto per l'applicazione programmatica del metodo clinico che, insieme alle ricerche anatomiche e fisiologiche, doveva concorrere all'entrata della neuropsichiatria nell'alveo delle scienze positive, in linea con l'evoluzione della medicina generale ottocentesca⁴¹.

Appare pertanto del tutto improprio descrivere questo processo come un involuparsi della nascente disciplina delle alienazioni mentali nelle spire dell'organicismo e del pensiero positivo. La psichiatria italiana, come per altro quella europea, doveva più semplicemente fondare i propri assunti disciplinari su quello che era lo stato dell'arte medica, dalla quale era scaturita⁴².

Un'altra delle categorie che necessitano di una giusta contestualizzazione per la lettura del fenomeno 'scemi di guerra' è quella dei simulatori di malattie nervose e mentali, che rientra in un problema più ampio con cui le autorità militari si erano da sempre confrontate: il rifiuto del servizio militare obbligatorio di una parte consistente della popolazione richiamata aveva infatti caratterizzato tutta la parabola ottocentesca dell'Italia unita. Alla luce della precedente storia della renitenza e in un clima di costante aumento delle diserzioni oltre che dei ricoveri psichiatrici, il timore delle autorità per i simulatori di malattie nervose e mentali durante il primo conflitto mondiale diventa più comprensibile. Una domanda a cui sarebbe interessante poter dare una risposta è: riuscirono realmente a scovarli? Non esistono ancora ricerche specifiche sull'argomento e negli studi citati non ci sono elementi sufficienti a ricavare risposte anche solo parziali. Il discorso sui simulatori, a prima vista insignificante per il probabile numero limitato di casi che ha interessato, è rappresentativo di un modo di vedere la storia della follia in guerra senza il preconetto della passività dei soldati.

⁴⁰ F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra otto e novecento*, cit., pp. 1070 e 1096.

⁴¹ Fu in particolare da Francia e Germania che vennero le due svolte principali che a metà Ottocento accelerarono lo sviluppo della fisiologia sperimentale e che in Italia favorirono la forte ascesa del positivismo. Nel 1858 fu inaugurato uno dei filoni più proficui nella medicina successiva, l'analisi batteriologica, con la pubblicazione di *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebenlehre* di Rudolf Virchow, che individuava lo stato di malattia nelle alterazioni della struttura delle cellule piuttosto che degli organi e dei tessuti. Più significativa, soprattutto per la nascente neuropsichiatria, fu l'opera di Claude Bernard, che nel 1865 in *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* enunciò il suo programma di trasformazione completa della medicina in disciplina sperimentale, piuttosto che esclusivamente teorica e osservativa. G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, cit., p. 326.

⁴² F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra otto e novecento*, cit., p. 1080.

All'influenza foucaultiana si può contrapporre la valida ispirazione dell'opera di Michel De Certeau *L'invention du quotidienne* (1980)⁴³, in cui si evidenzia la capacità tattica dell'uomo 'ordinario' di utilizzare per i propri scopi i discorsi imposti dai poteri totalizzanti, con meccanismi a volte automatici di cui non ha consapevolezza. Assecondare l'intervento dei dispositivi funzionali al mantenimento dell'ordine sociale può essere anche un modo per eludere le imposizioni dei dispositivi stessi, nell'impossibilità di contrastarli in modo diretto. Il discorso di De Certeau, al di là dell'efficace analogia con i simulatori, è fruttuoso da un punto di vista metodologico generale: è vero che gran parte delle fonti riguardanti la storia della follia riflettono l'ottica delle istituzioni che le produssero, ma è anche vero che mostrano spesso le prove di una rielaborazione delle pratiche e del linguaggio imposto da parte di chi subiva il controllo istituzionale. Non erano inoltre i soli pazienti a dover affrontare logiche repressive: gli stessi psichiatri dovevano operare costretti dai limiti del proprio ruolo nell'Esercito e dalle direttive dei comandi. In una complessa trama istituzionale il cui funzionamento non riusciva a uniformarsi pienamente alle necessità militari, la probabilità che esistesse una certa distanza tra le affermazioni di principio e il trattamento effettivo dei soldati non è da sottovalutare nell'ambito di tutti i rapporti gerarchici dettati dalla guerra, che sia quello tra medici e pazienti o tra autorità militari e medici, dove invece erano questi ultimi a trovarsi in posizione subordinata.

Ripensare categorie interpretative come quelle di simulazione, organicismo, predisposizione o degenerazione non significa capovolgere totalmente gli orientamenti dominanti nella storiografia. Qui però l'interesse è cercare tra le fonti non solo quelle tracce che rinviano al disciplinamento dei soldati ricoverati per malattie nervose e mentali, ma le prove della capacità che avevano i soggetti protagonisti – pazienti, famiglie, medici ecc. – di modificare per le proprie esigenze i percorsi imposti dalle autorità. Per questi aspetti, alcune ricostruzioni efficaci provengono dagli studi sul caso inglese, che se da una parte si sono evoluti inquadrando la Prima guerra mondiale nella storia di lungo termine della psichiatria novecentesca⁴⁴, dall'altra hanno intrapreso percorsi più specifici, di solito trascurati, che mettono in luce il contributo dell'associazionismo privato e delle famiglie nel sostegno ai reduci ricoverati per malattie nervose e mentali⁴⁵. Alcuni spunti interessanti in riferimento all'attivismo della società civile a favore degli invalidi di guerra provengono anche dall'Italia: le esperienze più

⁴³ M. De Certeau, *L'invention du quotidien*, Union Générale d'Éditions, Paris 1980 (ed. italiana *L'invenzione del quotidiano*, Edizioni Lavoro, Roma 2001) su cui P. Di Cori, *Porte girevoli. A partire da "L'invenzione del quotidiano"*, Postfazione a M. De Certeau, *L'invenzione del quotidiano*, Edizioni Lavoro, Roma 2010, 2° ed., pp. 285-325.

⁴⁴ Cfr. T. Loughran, *Shell Shock, Trauma, and the First World War: The Making of a Diagnosis and Its Histories*, «Journal of the History of Medicine and Allied Sciences», 67, 1, 2012, pp. 94-119; B. Shephard, *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists, 1914-1994*, Jonathan Cape, London 2000; E. Jones e S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Psychology Press, New York 2006; S. Wessely, *Twentieth-century theories on combat motivation and breakdown*, «Journal of Contemporary History», 41, 2, 2006, pp. 269-286.

⁴⁵ Cfr. M. Larsson, *Families and Institutions for Shell-Shocked Soldiers in Australia after the First World War*, «Social History of Medicine», 22, 1, 2009, pp. 97-114; F. Reid, *Distinguishing between Shell-shocked Veterans and Pauper Lunatics: The Ex-Services' Welfare Society and Mentally Wounded Veterans after the Great War*, «War History», 14, 3, 2007, pp. 347-371; P. Barham, *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, New-Haven-London 2004.

significative finora studiate non riguardano il settore neuropsichiatrico⁴⁶, dove comunque la custodia domestica ha costituito una tradizione consistente benché trascurata dalla storiografia manicomiale⁴⁷, ma il contributo fornito da alcune associazioni e comitati civili all'assistenza sia psichiatrica che neurologica non fu ininfluente. Da questo punto di vista, come si vedrà nell'ultimo capitolo, emerge il ruolo fondamentale delle donne che trovarono spazi per intervenire attivamente a sostegno dei malati mentali, specie con la partenza per il fronte di numerosi infermieri.

3. Le fonti utilizzate e la loro interpretazione

Lo studio dei militari ricoverati in reparti psichiatrici durante la guerra ha a disposizione una vasta gamma di fonti: cartelle cliniche dei pazienti, carte amministrative dei manicomi, documentazione militare prodotta sia a livello locale che dal comando centrale e un vivace dibattito scientifico nelle riviste specialistiche. Fonti utilissime a capire innanzitutto il malessere profondo di migliaia di soldati; o il comportamento degli psichiatri di fronte a un fenomeno che se proprio non li colse di sorpresa, rappresentava un campo ancora poco studiato, privo di teorie consolidate; o ancora la prospettiva delle autorità militari e politiche sulla questione della follia, aspetto emblematico delle modalità con cui il potere si rapportava alle masse in quegli anni. Le nuove angolazioni da cui guardare la storia della psichiatria italiana durante la Grande Guerra sono scaturite in gran parte da lavori incentrati su aree geografiche poco estese e ciò si è rivelato un punto di forza per la possibilità di confrontare le grandi spiegazioni con una quotidianità che spesso le smentisce. I limiti che contrassegnano le storie locali possono essere superati verificando la ripetitività di tali modelli in più contesti. Le fonti scelte per questa ricerca sono costituite principalmente da documentazione amministrativa e sanitaria di istituti di ricovero per malattie nervose e mentali, oltre che dalla letteratura scientifica del tempo. La selezione è stata operata seguendo la pista di una possibile reinterpretazione della documentazione già trattata in parte dagli studi di settore unita all'analisi di fondi relativi agli anni della Grande Guerra ancora inutilizzati, come quelli degli ospedali psichiatrici di Arezzo e Napoli, o poco esplorati, come quelli dei centri neurologici militari. Tra i materiali più utilizzati figurano le cartelle cliniche, che contengono documentazione ricca di informazioni non solo di tipo strettamente sanitario: la corrispondenza che la direzione intratteneva con altri istituti psichiatrici, uffici dell'Esercito, Questure, Prefetture, persone ed enti vari, permette spesso di ricostruire gli eventi precedenti e successivi il periodo di degenza nonché i vari attori che intervenivano nelle dinamiche di ricovero. Le carte

⁴⁶ Cfr. M. Salvante, *Thanks to the Great War the blind gets the recognition of his ability to act': the rehabilitation of blinded servicemen in Florence*, «First World War Studies», 6, 1, 2015, pp. 21-35; M. Salvante, *The Italian Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi di Guerra and its International Liaisons in the Post Great War Era*, in J. Eichenberg, J. P. Newman, *The Great War and Veterans' Internationalism*, Palgrave Macmillan, New York 2013.

⁴⁷ P. Guarnieri, *Madness in the home. Family care and welfare policies before fascism*, in M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis, J. Vijselaar, H. Freeman (a cura di), *Psychiatric cultures compared. Mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches*, Amsterdam University Press, Amsterdam 2005, pp. 312-328.

burocratiche e le corrispondenze contenute nelle cartelle cliniche sono fondamentali per integrare i diari clinici che descrivono gli stati di salute dei ricoverati. Le serie archivistiche riferite all'amministrazione degli istituti psichiatrici sono altrettanto preziose per attuare il passaggio da una dimensione individuale, come quella delle cartelle cliniche, a una globale che restituisca l'approccio praticato verso i soldati.

La selezione degli istituti da analizzare è stata guidata dalla ricerca di quelle esperienze che meglio possono raffigurare la complessità e le contraddizioni dell'intervento psichiatrico negli anni del conflitto, facendo emergere aspetti diversi e a volte contrastanti lo stereotipo di una classe piegata, consensualmente o meno, al potere militare. Per evitare una decontestualizzazione delle fonti è stato utile collegare gli eventi esaminati per ogni istituto a un determinato argomento chiave del rapporto tra psichiatria e Grande Guerra, scelto sulla base delle peculiarità delle diverse strutture prese in analisi. Le brevi storie generali degli istituti psichiatrici sono invece funzionali a comprendere meglio gli ambienti in cui si ritrovarono migliaia di soldati: i direttori erano quelli degli anni prebellici e la loro pratica medica influi in modo significativo anche in un momento eccezionale come quello della guerra.

I campioni di cartelle cliniche presentate nei vari capitoli sono stati selezionati in base alla loro capacità di mostrare in dettaglio quei percorsi di ricovero rappresentativi dei dati emersi dalle statistiche numeriche dei vari istituti. Queste sono state ricavate da precedenti studi storici, da registri prodotti al tempo e, dove mancano, dal conteggio delle cartelle cliniche e dei provvedimenti medico-legali attuati. Per una corretta contestualizzazione delle note cliniche stilate dai sanitari, la classificazione delle malattie usata in quegli anni prescinde dai quadri diagnostici attuali. La terminologia usata si riferisce quindi ai significati che avevano allora le definizioni cliniche, rispetto alle quali, tuttavia, è stato privilegiato l'esame critico dei provvedimenti-medico legali. Uno degli scopi principali presente lavoro è infatti quello evidenziare le conseguenze pratiche dei ricoveri psichiatrici. Per questo uno dei fili conduttori della ricerca richiama il peso che ebbero le riforme dal servizio militare e le licenze di convalescenza come contrasto alla dura disciplina militare dell'Esercito italiano. Anche se non mancano riferimenti agli anni precedenti e successivi il conflitto, la scelta di una periodizzazione che ricalca i soli anni di guerra italiana ha lo scopo di focalizzare lo sguardo sull'intervento praticato durante la situazione emergenziale dell'impegno bellico: la condizione di mobilitazione generale e l'arruolamento di molti specialisti rende il periodo 1915-1918 relativamente autonomo per il tipo di provvedimenti attuati nei confronti dei soldati.

I manicomi provinciali S. Artemio di Treviso e S. Lazzaro Reggio Emilia furono due delle strutture che accolsero il numero maggiore di militari tra il 1915 e il 1918; essendo ospedali facenti parte ufficialmente del servizio neuropsichiatrico organizzato per le varie armate schierate sul fronte, accoglievano militari di ogni provenienza nella fase in cui venivano attuate le prime osservazioni da parte degli specialisti. Gli archivi storici dei due istituti conservano una quantità considerevole di documentazione in parte già analizzata dagli studiosi ma che può rivelare ancora aspetti rilevanti della pratica psichiatrica attuata nei reparti collegati ufficialmente con le armate dell'Esercito. L'attività del Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta (CPMPR), creato a Reggio Emilia nel 1918 in simbiosi con il manicomio cittadino, non ha lasciato tracce documentarie sufficienti per un confronto con le descrizioni fatte dal direttore Placido

Consiglio e dai medici che vi prestarono servizio. Il faldone presente nell'archivio storico del S. Lazzaro contiene poco più di 20 fogli relativi per lo più a questioni economiche. All'interno delle cartelle cliniche la quantità di documenti diminuisce drasticamente a partire dai dimessi nei primi mesi del 1918 fino ad arrivare a contenere unicamente il frontespizio con i dati anagrafici e la modalità di dimissione. La differenza nella stesura e raccolta delle cartelle durante 'l'occupazione' da parte di medici e pazienti del nuovo centro, rispetto agli anni precedenti, è vistosa e conferma l'ipotesi di una sostanziale differenza nella concezione del proprio lavoro tra psichiatri militari e civili. Questo emerge inoltre dal confronto dei provvedimenti e della pratica medica attuati nel Centro neuropsichiatrico militare di prima raccolta e nel manicomio provinciale di Napoli, dove le veloci dimissioni di militari provenienti da Reggio Emilia provocarono una protesta di Placido Consiglio.

Data la cospicua carenza di fonti amministrative, per una ricostruzione generale del funzionamento del CPMPR bisogna fare affidamento agli articoli pubblicati dal direttore e da Emilio Riva, prima suo assistente e poi direttore del reparto residuale rimasto aperto per completare il trasferimento degli ultimi ricoverati dopo la chiusura ufficiale del Centro. Francesco Paolella ha compiuto un'analisi approfondita che permette di avere una visione chiara e precisa delle statistiche numeriche e della pratica medica all'interno delle strutture facenti parte l'istituto militare. Il parere dei protagonisti è viziato dal tentativo di far risaltare la propria opera, ma proprio per questo permette di capire l'approccio di coloro a cui venne affidato un compito per niente semplice. La ricerca analizza poi i tratti caratteristici di alcune esperienze secondarie ma peculiari all'interno del panorama manicomiale come quelle dei sodati ricoverati nei manicomi di Arezzo e Napoli. La scelta di questi istituti è funzionale all'analisi delle differenze tra strutture di prima accoglienza, dove arrivavano principalmente soldati dagli ospedali del fronte, e strutture che invece erano funzionali a ulteriori osservazioni o al ricovero definitivo dei riformati dal servizio militare.

Tali differenze diventano evidenti quando si affronta il *modus operandi* dei medici nei centri neurologici militari nati in Italia tra il 1915 e il 1918, trattati nell'ultimo capitolo. Se gli archivi storici dei manicomi provinciali italiani sono stati sinora il principale veicolo di informazioni sui matti della Grande Guerra⁴⁸, fatto giustificato dalla loro effettiva ricchezza documentaria, la storia dei centri neurologici aggiunge un tassello che può bilanciare l'ottica esclusivamente manicomiale finora prevalsa. I casi analizzati – il Centro per i feriti del sistema nervoso di Milano, il Reparto Infermeria di Arezzo e il Centro neurologico militare Villa del Seminario di Ferrara – sono stati scelti perché esemplari delle principali caratteristiche di una rete moderatamente estesa di istituti e reparti non paragonabili ai manicomi per capacità di accoglienza; lo scarso valore quantitativo dal punto di vista storico viene però compensato dal fatto di essere esperienze indicative di nuovi approcci alla neuropsichiatria scaturiti dal contesto bellico. Per il reparto aretino è stato consultato il fondo presente nell'archivio

⁴⁸ Per una prospettiva non solo manicomiale, si veda P. Guarnieri e M. Fiorani. *Salute mentale e territorio. Luoghi e archivi prima e dopo la legge n. 180 del 1978*. «Le Carte e la Storia», 25, 2019, pp. 183-194, e la ricognizione avviata per l'area della regione toscana, *Fuori dal manicomio. Gli archivi della salute mentale dall'Unità d'Italia alla legge 180*, resp. scientifica Patrizia Guarnieri, SIUSA, Roma 2015, accessibile on line <<https://siusa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=credits&RicProgetto=preg-tos-fuoman>> (07/2020).

storico del manicomio provinciale di Arezzo, che conserva i fascicoli personali dei ricoverati con le relative relazioni sanitarie. Del Centro per i Feriti del Sistema Nervoso di Milano è stato utile l'esame di alcune carte amministrative, liberamente consultabili in rete, oltre agli scritti del direttore Carlo Besta, mentre non esiste ad oggi materiale archivistico consultabile riferito all'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario. Per quest'ultimo è stato comunque possibile esaminare le caratteristiche generali dell'istituto tramite le dettagliate descrizioni del fondatore Gaetano Boschi.

4. Principali questioni sollevate dalla ricerca

La ricerca riportata in questo in queste pagine intende dare un contributo alla storia dell'intervento psichiatrico italiano durante la Grande Guerra a partire da un'ottica che considera la complessità sia degli orientamenti teorici sulle patologie belliche che delle pratiche sanitarie attuate nei confronti dei soldati. Per questo è stato indispensabile confrontare la formazione degli psichiatri che si esprimevano sui casi analizzati con le vicende dei soldati accolti nei loro istituti. La dimensione simbolica che ha spesso assunto la storia degli 'scemi di guerra' rispetto allo sconvolgimento dei paesaggi mentali di milioni di uomini provocato dalla Prima guerra mondiale può essere così calata nella concretezza di una realtà estremamente variegata in cui non è raro incontrare medici e pazienti che tentarono, ognuno dalla loro posizione, di non farsi travolgere dalle logiche della guerra.

Uno dei primi problemi sollevati riguarda le principali categorie concettuali (organicismo, predisposizione, degenerazione) che sono evocate più spesso dagli storici nella lettura delle fonti psichiatriche e che invece, come si è detto, semplificano troppo un panorama che nei primi decenni del Novecento mostrava invece molteplici orientamenti teorici e soprattutto pratici, anche in riferimento all'esperienza bellica. Nella letteratura psichiatrica di guerra, come ha ben sintetizzato Francesco Paoletta,

è difficile individuare orientamenti precisi e univoci di fronte alle novità in campo clinico rivelate dal conflitto. I saggi e i contributi che comparvero sulle riviste specializzate sono fitti di distinzioni, congetture, riserve, incertezze: affermazioni di fede organicista si accostano alle dimostrazioni di interesse per l'indagine psicologica⁴⁹.

Nell'esaminare il lavoro degli psichiatri durante la Grande Guerra è necessario porre come base d'analisi tale eterogeneità di pensiero, che viene tra l'altro confermata dai dati raccolti sui provvedimenti quasi mai univoci consigliati alle autorità militari sulla base delle proprie osservazioni. Nel primo capitolo vengono quindi riportate le diverse posizioni assunte dagli psichiatri sulla predisposizione alle malattie mentali, uno dei temi più dibattuti e più gravidi di conseguenze per i soldati, confrontate poi con le contraddizioni tra teoria e prassi sanitaria dei direttori Luigi Zanon Dal Bò e Luigi Cappelletti, operanti rispettivamente nei manicomi di Treviso e Venezia.

L'ospedale psichiatrico Sant'Artemio di Treviso ospitò più di 1.500 militari in osservazione prima dell'invasione austriaca di Caporetto e dello sgombero nel novembre

⁴⁹ F. Paoletta, *La neuro-psichiatria in Emilia-Romagna durante la Grande Guerra*, cit., pp. 70-71.

del 1917. Le continue richieste alle autorità militari di proroga delle osservazioni e le numerose proposte di assegnazione di licenze di convalida testimoniano la volontà da parte dei sanitari di tenere i pazienti il più possibile lontani da situazioni debilitanti. Un'ottica opposta a quella dei comandi e di una parte di quella psichiatria militare che aveva invece come obiettivo primario il recupero di uomini al servizio attivo, ma che contrastava, in parte, anche le ipotesi enunciate in alcune pubblicazioni dallo stesso Zanon Dal Bò circa l'influenza secondaria dello stress e delle emozioni forti nell'eziologia delle nevrosi e delle psicosi belliche.

La discrepanza tra discorsi scientifici pubblici e comportamenti assunti nel lavoro quotidiano è rilevabile anche nel caso di Luigi Cappelletti e dei ricoverati al S. Servolo di Venezia, una realtà secondaria ma significativa. A fronte del forte impegno di Cappelletti speso già prima della guerra nel campo dell'antropologia criminale e in particolare sul fronte delle autolesioni e delle simulazioni nell'Esercito, la sua attività non fu contrassegnata da quella caccia ai simulatori desiderata da alcuni psichiatri militari e tantomeno da riflessioni teoriche sistematiche sull'argomento. Il basso numero di simulatori scoperti nel suo istituto può essere indice sia di una loro effettiva scarsa presenza, sia di una mancata considerazione del pericolo da parte dei medici.

Dalle due vicende emerge una certa differenziazione tra una concezione psichiatrica di tipo militarista, dettata dalle priorità della guerra rispetto ai bisogni dei pazienti, e una invece fedele ai dettami tradizionali della disciplina scientifica. Il contrasto tra psichiatria militare e psichiatria civile negli anni 1915-1918 è stato già notato da alcuni lavori monografici e sembra fornire una chiave interpretativa efficace per capire il modo in cui gli psichiatri di formazione civile affrontarono la nuova esperienza e i nuovi obiettivi. I manicomi offrono uno scenario convincente sotto quest'aspetto perché costituivano una sorta di autogoverno, un banco ideale per verificare il grado di penetrazione del mondo militare in quello medico durante la guerra. Se tutti dovevano lavorare apparentemente per un unico obiettivo, quello della vittoria contro l'Impero austro-ungarico, è evidente che la guerra non riuscì a unificare due orientamenti teorici e pratici totalmente diversi e che entrarono a volte in contrasto. Prima della guerra la divisione di compiti tra gestione amministrativa dei manicomi e direzione sanitaria degli stessi provocava già non pochi problemi. Le amministrazioni provinciali, per esempio, premevano continuamente per ridurre le spese a loro spettanti, ostacolate da direttori e medici che invece, in teoria, avevano come priorità la cura dei propri pazienti. Se da un lato il risparmio sulle casse provinciali non poteva giustificare le gravi condizioni in cui versavano alcuni istituti, le amministrazioni dovevano far fronte a una continua pressione sul proprio bilancio diventata insostenibile se si considera il forte aumento della popolazione manicomiale tra fine Ottocento e inizio Novecento. I contrasti che prima caratterizzavano i rapporti tra le direzioni sanitaria e amministrativo-economica degli ospedali psichiatrici, in cui si inserivano le richieste dei pazienti e le loro famiglie, caratterizzarono durante la guerra anche i rapporti con l'amministrazione militare: un quadrato di relazioni in cui il tipo di malattia e le sue cause assumevano per forza di cose un ruolo secondario. Le diagnosi e le descrizioni contenute nei diari clinici sono fondamentali per comprendere la prassi medica ed erano decisive per il futuro del soldato ricoverato, ma allargando lo sguardo e considerando, rispetto al singolo ricovero, tutto l'iter di trasferimenti che partiva dagli ospedali militari situati nelle vicinanze del fronte di combattimento, la significatività dei giudizi

medici sfuma all'interno di un complesso di necessità diverse a seconda degli attori: economiche per le province, belliche per le autorità militari, gestionali per gli ospedali psichiatrici e umane per i soldati ricoverati o per le loro famiglie.

Il caso del manicomio S. Lazzaro di Reggio Emilia permette di visualizzare in un unico istituto la netta differenza che esisteva sul versante della prassi clinica tra gli alienisti che si erano formati nell'Esercito e quelli invece cresciuti professionalmente nei manicomi pubblici. Eletto a ospedale militare di riserva nell'estate del 1915, grazie alla grande capacità di accoglienza e alla presenza di un reparto riservato a soli militari funzionante già prima della guerra, fu da subito una delle principali strutture di ricovero per soldati. Divenne in seguito il perno centrale del servizio neuropsichiatrico di guerra quando al suo interno fu aperto, affiancando le attività dell'istituto diretto da Giuseppe Guicciardi, il Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta, diretto invece da Placido Consiglio, i cui scopi principali erano la centralizzazione organizzativa del servizio e la semplificazione delle procedure di ricovero per favorire una diminuzione delle dichiarazioni di riforma. Il parallelo tra le due esperienze mostra i caratteri di due mondi che dovevano per forza di cose collaborare ma che mantenevano, nei limiti del possibile, le proprie peculiarità. L'alta percentuale di uomini rispediti tra le fila dell'Esercito dai medici del CPMPR nel 1918, per esempio, contrastava nettamente con le numerose riforme e licenze di convalida proposte dalla direzione del S. Lazzaro negli anni precedenti. Un'attenzione maggiore rivolta all'aspetto clinico in senso stretto e di conseguenza alla necessità di riposo per i soldati malati, se non di un ritorno definitivo a casa, che emerge ancora più chiaramente dai provvedimenti stilati dalla direzione dell'ospedale psichiatrico provinciale di Arezzo. Il direttore Arnaldo Pieraccini, molto attivo nel suo lavoro, mantenne una certa autonomia decisionale rispetto alle direttive militari mentre il suo istituto non sembra aver avuto i problemi caratteristici di altre esperienze, come la carenza di posti letto rispetto agli ingressi. Una situazione favorita probabilmente dall'organizzazione che aveva assunto il manicomio aretino già dagli anni precedenti e soprattutto dalla lontananza del fronte di combattimento, che eliminava la possibilità di utilizzare Arezzo come destinazione primaria per i soldati feriti e malati provenienti dal fronte.

La distanza dalla zona di guerra fu ancora più influente nel caso del manicomio provinciale di Napoli, dove l'invadenza del potere militare e delle logiche di guerra fu minima. Il confronto tra la documentazione degli ospedali psichiatrici citati e quella prodotta al suo interno si è rivelato particolarmente fecondo per l'esame del rapporto tra psichiatria militare e civile, oltre che per la questione dei simulatori e del trattamento a loro riservato. Molte delle diagnosi presenti nelle cartelle cliniche dei soldati lì degenti differiscono nettamente da quelle stilate nei reparti militari dove erano stati precedentemente ricoverati. I contrasti più frequenti riguardarono soprattutto i pazienti che, inviati dagli ospedali militari con diagnosi anche gravi, per gli psichiatri napoletani avevano simulato disturbi psichici con lo scopo di sottrarsi al servizio militare. Nelle note cliniche sono abituali le osservazioni sull'intenzionalità di certi atteggiamenti e sui metodi utili a distinguere una vera psicopatia dalla simulazione, mentre i pareri riguardanti la guerra e il servizio militare come causa di disturbi psichici nei militari sono rari. L'approfondimento delle cause patologiche della guerra non era quindi un argomento di particolare interesse, anche perché la lontananza dal fronte e la distanza temporale tra l'insorgenza delle malattie e l'arrivo a Napoli non

permetteva serie osservazioni a riguardo. Gran parte di coloro che furono dimessi con la dicitura *non folle* non avevano mai mostrato segni di psicopatie gravi, oppure i sintomi erano svaniti pochi giorni dopo il ricovero. I medici erano quasi obbligati, considerando anche il perenne sovraffollamento dell'istituto, a dimettere questi pazienti, provocando nel 1918 aspre critiche da parte del direttore del Centro di Reggio Emilia.

Il problema della differenza nei giudizi, difficilmente giustificabile da semplici errori diagnostici, può essere meglio compreso considerando quella che era stata la pratica sin dalla metà dell'Ottocento: se dalle autorità mediche militari alcuni comportamenti venivano etichettati come malattie mentali, ciò derivava più dall'attenzione posta nello scarto di tutti gli uomini potenzialmente dannosi alla disciplina interna dell'Esercito che dall'incapacità di riconoscere eventuali simulatori. Quest'ipotesi può trovare un solido fondamento nel fatto che a Napoli molti degli uomini dimessi perché non affetti da alcuna patologia erano etichettati comunque come degenerati, individui moralmente deviati ma non propriamente folli. Comportamenti anche solo potenzialmente anomali potevano essere considerati pericolosi in un ambiente come quello dell'Esercito, ma perfettamente compatibili con la vita in società, per cui non si riteneva necessaria la permanenza di molti riformati. In generale l'analisi dei provvedimenti medico-legali proposti nei manicomi ha dimostrato che tra difficoltà economiche e gestionali, sovraffollamento e necessità belliche, si cercò di assicurare un livello non troppo diverso rispetto alla normale pratica clinica, anche se emergono differenze dovute ai contesti in cui si operava. Più ci si allontanava dal fronte, infatti, più sembrava sfumare il carattere militarista dell'intervento psichiatrico.

L'ultima parte del volume è dedicata al tentativo di superare il binomio psichiatria/manicomi caratteristico di tanta storiografia sul tema. Inserendo nuovi attori come i centri neurologici militari è possibile mettere in luce vicende che vanno nella direzione opposta al paradigma vittimario, caratteristico della storiografia sui soldati della Prima guerra mondiale e in particolare sui ricoverati per malattie nervose e mentali. Nati durante la guerra per compensare la carenza di strutture neurologiche specializzate rispetto all'alto numero di feriti e malati, divennero un'occasione proficua per approfondire lo studio del sistema nervoso e delle connessioni con la sfera psichica. La distinzione con le più comuni malattie mentali era netta poiché ai feriti del sistema nervoso veniva spesso riconosciuta la causa di servizio, essendo più scontato il legame tra lesioni subite e disturbi. La differenza di inquadramento clinico portava a opposte soluzioni: le psicopatie, difficilmente guaribili, dovevano essere trattate in manicomio; le neuropatie, inquadrate nella maggior parte dei casi in disturbi lievi e transitori, necessitavano di centri specializzati proprio perché dovute a lesioni fisiche temporanee del sistema nervoso. Questa differenza aveva forti ripercussioni sulle terapie per l'assenza del regime segregazionista tipico dei manicomi. Il confine che divideva le due categorie, comunque, a volte era labile e ciò permise l'ingresso nei centri neurologici anche di malati con sintomi di tipo psichico che in precedenza venivano inviati in reparti psichiatrici. La presenza di molti ufficiali tra i malati favoriva forse un comportamento meno rigido da parte del personale medico, ma se le differenze sociali potevano influire in qualche caso, non c'è dubbio che esistessero motivazioni sostanzialmente cliniche per la distinzione tra malattie nervose e mentali. Quello della specializzazione neurologica, che non presupponeva un totale distacco dalla disciplina

delle alienazioni mentali, fu un campo dove la sanità riuscì a essere relativamente efficiente. Vennero inoltre adottate procedure di ammissione che non coinvolgevano l'autorità giudiziaria perché svincolate dai requisiti di pericolosità e scandalo sociale previsti dalla legge sui manicomi e gli alienati del 1904, rappresentando una valida alternativa al ricovero manicomiale per alcuni tipi di patologie, mentre dal punto di vista della ricerca gli studi compiuti al loro interno portarono a discreti progressi, come nello dell'epilessia. Al di là della portata dei successi terapeutici ottenuti con i militari, furono esperienze che diedero una spinta decisiva alla specializzazione neurologica e al progresso tecnico dei reparti specializzati in malattie del sistema nervoso. La storia dell'istituto milanese diretto da Besta, detto anche ospedale della Guastalla, mostra chiaramente l'evoluzione che da piccola succursale dell'ospedale militare principale di Milano portò alla costituzione di un importante centro sia di ricovero che di ricerca scientifica esistente ancora oggi. Secondo il direttore la motivazione principale che stava alla base dell'iniziativa risiedeva nella necessità di prolungare l'assistenza di quei militari che di norma, per mancanza di strutture adeguate, sarebbero stati inviati in famiglia o in manicomio, con gravi conseguenze per il successo delle terapie di recupero. Se da un lato le autorità militari vennero messe di fronte all'obbligo di curare tutte le fasi della convalescenza dei feriti del sistema nervoso e non solo le operazioni chirurgiche, ciò era funzionale per Besta al reintegro in società piuttosto che nell'Esercito, dato che tutti i pazienti venivano alla fine riformati.

Se il centro della Guastalla era stato creato principalmente per accogliere neuropatici organici e cioè con ferite fisiche rilevabili, Boschi fondò il Villa del Seminario avendo come scopo primario la cura delle nevrosi anche se ufficialmente accoglieva, come il centro milanese, tutte le tipologie di patologie neurologiche. Le nevrosi erano quell'insieme complesso di disturbi sia fisici che psichici apparentemente privi di cause organiche ma che venivano comunque ricondotte a disfunzioni del sistema nervoso. Il Villa del Seminario si segnala in particolare per l'utilizzo esteso di metodi curativi che davano spazio ad attività di svago o artistiche e, in generale, alla preparazione di un ambiente psicologicamente stimolante che lo rendeva un luogo del tutto particolare nell'ambito dell'assistenza militare.

Le implicazioni delle vicende del Reparto Infermeria del manicomio provinciale di Arezzo per la storia della psichiatria superano la realtà locale e secondaria dell'istituto. Accoglieva formalmente tutti i tipi di feriti ma Arnaldo Pieraccini fece sì che assumesse il carattere di un vero e proprio reparto neurologico. La pratica con i soldati lo convinse dell'estrema utilità di installare reparti specializzati in patologie del sistema nervoso all'interno dei manicomi e negli anni seguenti perseguì l'obiettivo di svilupparne uno ad Arezzo. Il reparto continuò a funzionare dopo il conflitto anche per i civili, ma la sua attività venne potenziata solo dopo l'inaugurazione ufficiale nel 1926. Ciò avrebbe fatto del manicomio di Arezzo il primo esempio di Ospedale neuropsichiatrico che superava la classica divisione tra neurologia e psichiatria. Al contrario di molti suoi colleghi, Pieraccini era infatti convinto del beneficio di unire in un solo luogo, mantenendo le dovute divisioni di reparto, i malati del sistema nervoso e quelli mentali. Poteva essere utile alla ricerca scientifica, troppo spesso trascurata all'interno dei manicomi, per la possibilità che avevano gli psichiatri di dialogare costantemente con altri medici come i chirurghi. Le procedure di ricovero previste per questi reparti, analogamente a quelle adottate in tutti i centri neurologici militari,

sfuggivano inoltre agli obblighi della legge del 1904 sull'assistenza ai folli: il concetto di pericolosità sociale non era contemplato e i medici non erano obbligati a comunicare con le autorità giudiziarie o di polizia; le degenze erano nella maggioranza brevi, limitate al tempo necessario per stilare una diagnosi, preferendo quindi lo svolgimento delle cure nell'ambiente familiare o in strutture specializzate. Solo una piccola parte dei ricoverati era interessata da questi cambiamenti, ma fu sicuramente un tentativo, condiviso tra l'altro dalla Lega di igiene e profilassi mentale, di trasformare i manicomî da istituti reclusivi a veri e propri ospedali per la ricerca scientifica e la cura delle malattie nervose e mentali.

I centri neurologici selezionati per la ricerca facevano parte di una rete moderatamente estesa di istituti militari nati tutti durante la guerra prendendo a modello il sistema francese. In Italia non si riuscì ad attuare un'assistenza completa come in Francia, ma furono comunque allestiti dei reparti dalle caratteristiche innovative rispetto al contesto nazionale. Esperienze che furono fondamentali per gli sviluppi successivi sia della neurologia che della psichiatria data la stretta connessione tra le due discipline. Furono proprio le ricerche condotte al loro interno a dimostrare in molti casi l'indeterminatezza del confine tra patologie neurologiche e disturbi psichici. Ma soprattutto emerge la funzione di alternativa al ricovero manicomiale che assunsero per i malati del sistema nervoso con problemi mentali.

Capitolo 1

Le teorie sulla predisposizione alle malattie mentali e le pratiche di intervento psichiatrico nelle vicinanze della zona di guerra

1.1 L'influenza del concetto psichiatrico di predisposizione in relazione a pensioni e indennizzi di guerra

L'ipotesi della possibile esistenza di malattie mentali causate esclusivamente dalla dura condizione della vita militare in guerra fu uno degli argomenti maggiormente discussi nel dibattito psichiatrico italiano degli anni 1915-1918. Nei numerosi articoli apparsi sulle riviste di settore dai primi mesi di guerra fino agli anni Venti inoltrati, appare evidente l'importanza che aveva la predisposizione individuale o ereditaria alle malattie mentali nelle spiegazioni della maggior parte delle patologie osservate, considerate quindi come semplici manifestazioni di fattori morbosi preesistenti alla chiamata alle armi. Le esperienze traumatiche e logoranti vissute dai soldati venivano così escluse dal ruolo di agenti patogeni principali e considerate solo come fattori aggravanti, occasionali: era il momento in cui uscivano allo scoperto disturbi latenti ereditati in famiglia o acquisiti per eventi come incidenti, malattie infettive e traumi emotivi. Nella pratica per i pazienti ciò si traduceva nell'esclusione della possibilità di percepire una pensione di guerra, considerata raramente la causa diretta dei fenomeni morbosi. In questo modo, come sottolineato spesso negli studi storici di settore, si creò una convergenza tra i giudizi clinici stilati dagli alienisti e il bisogno delle autorità di limitare la schiera dei pensionati di guerra⁵⁰. Questo nesso non era tuttavia così diretto come può sembrare a prima vista. La documentazione clinica dimostra, per esempio, che l'utilizzo dei concetti di predisposizione ed ereditarietà era supportato da un'ampia casistica in cui i due fattori erano dati documentati e non solo ipotesi. Da parte delle autorità politiche non vi era poi un atteggiamento di totale chiusura. Le preoccupazioni per l'economia nazionale non impedirono ai governi di promulgare

⁵⁰ Bruna Bianchi ha sottolineato la convergenza di opinioni sulla predominanza del fattore predisposizione durante il primo Convegno nazionale per l'assistenza agli invalidi di guerra svoltosi a Milano nel dicembre del 1918. B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, cit., p. 157. Andrea Scartabellati, pur affermando che «la psichiatria non approntò all'uopo categorie patologiche strumentali per le esigenze del potere politico», azzarda l'ipotesi che «un acritico pensiero psichiatrico si mosse in una duplice direzione, convergente, a livello profondo, nel non discutere il bagaglio di conoscenze che apparteneva alla stagione psichiatrica-antropologica e non disposto, in superficie, a riconoscere alla guerra quell'impatto reattivo di crisi in un'economia organica già precaria quale quella della maggior parte dei soldati italiani». A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 170.

decreti che cercavano di facilitare l'assegnazione di indennizzi e pensioni ai soldati. La complessa normativa a riguardo rivela un progressivo allargamento degli aventi diritto soprattutto a partire dalla fine del 1917, ma i primi provvedimenti di ampio raggio precedettero la disfatta di Caporetto; non sono quindi correlabili al successivo cambio di rotta delle autorità nei confronti dei bisogni dei soldati con il passaggio di comando nello Stato Maggiore dell'Esercito da Cadorna a Diaz⁵¹. Il Decreto legislativo n. 1385 del 2 settembre 1917 era diretto a tutti i malati e feriti senza distinzioni:

Art. 1 - Agli effetti dell'assegnazione delle pensioni di guerra, le ferite, le lesioni e le malattie che hanno determinata la invalidità o la morte di militari in territori dichiarati in istato di guerra, quando siano riportate o aggravate in occasione di servizio, si presumono dipendenti da cause di servizio⁵².

Applicato alle malattie nervose e mentali avrebbe avuto l'effetto di rendere la predisposizione a tali patologie ininfluente nei casi verificatisi all'interno della zona di guerra. Affermazioni così poco specifiche lasciavano tuttavia un ampio margine di interpretazione alle commissioni sanitarie, anche se con l'art. 3 si diede la possibilità di chiedere la revisione delle istanze rifiutate dalla Corte dei conti durante il conflitto entro un anno a partire dalla pubblicazione ufficiale della pace⁵³. Il d.lgs. n. 1726 del 27 ottobre 1918 avrebbe dovuto porre fine agli equivoci estendendo il diritto anche a coloro che erano stati feriti o che si erano ammalati al di fuori della zona di guerra, a condizione che la causa o l'aggravamento fossero dovuti a servizi attinenti alla guerra⁵⁴. Quest'ultimo decreto aveva conseguenze dirette per i soldati ricoverati nei reparti psichiatrici poiché erano frequenti i casi in cui era il forte stress del lavoro militare nelle retrovie e nei territori interni a causare il ricovero, piuttosto che la vita nelle trincee e gli eventi traumatici delle azioni di guerra.

In generale, più celermente a partire dalla disfatta di Caporetto ma con provvedimenti emanati già dall'anno precedente, ci furono sostanziali aperture normative verso

⁵¹ La sostituzione di Diaz a Cadorna, richiesta dal primo ministro Vittorio Emanuele Orlando al Re già poche settimane prima dell'invasione come condizione per la formazione del nuovo esecutivo, portò effettivamente a cambiamenti significativi nel trattamento dei soldati: turni più brevi, ranci più regolari e sostanziosi, attività di svago in zona di guerra per i periodi di riposo effettivo e una licenza annuale di 10 giorni che si aggiungeva alla sola licenza invernale della gestione Cadorna. Sotto altri aspetti, come quello della disciplina, le continuità con il comando precedente sono maggiori. Per quanto riguarda la legislazione penale militare, per esempio, lo sfaldamento dell'Esercito rese necessario un ulteriore inasprimento della normativa: il bando del 2 novembre 1917 (n. 263) impose a tutti gli sbandati di presentarsi alle autorità militari entro 5 giorni, con successive proroghe che arrivarono al 30 novembre, pena la fucilazione; il decreto del 21 aprile 1918 (n. 536) estese invece la pena di morte ai disertori recidivi per la seconda volta assenti da più di 5 giorni e a tutti i disertori non presentatisi alla chiamata per la terza volta. Le ripercussioni furono drastiche: i processi collettivi furono sempre più frequenti (fino a 40 soldati giudicati contemporaneamente), mentre i continui richiami ai giudici da parte dei comandi restrinsero notevolmente la loro autonomia, con istruttorie e udienze svolte in tempi record. M. Mondini, *Potere civile e potere militare*, in N. Labanca (a cura di), *Dizionario storico della Prima guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari 2014, p. 41; M. Isnenghi e G. Rochat, *La Grande Guerra. 1914-1918*, cit., pp. 452-453; B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'Esercito italiano (1915-1918)*, cit., pp. 169-173.

⁵² ACS, Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti, Parte ordinaria, D.lgs. n. 1385, 02/09/1917, art. 1.

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ ACS, Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti, Parte ordinaria, D.lgs. n. 1726, 27/10/1917, art. 1.

l'assegnazione di pensioni a tutti i tipi di reduci invalidi, ma non è chiaro se ciò corrispose a un effettivo aumento dei beneficiari nel corso del tempo. Di recente è stato calcolato che furono assegnate dalle 220.000 alle 270.000 pensioni di guerra⁵⁵ su un totale tra feriti e malati che supera sicuramente il milione⁵⁶: nonostante la guerra avesse imposto una forte accelerazione al processo di crescita dello stato sociale⁵⁷, in Italia la legislazione sui reduci invalidi fu confusa e spesso contraddittoria a causa dell'ambiente emergenziale in cui si sviluppò. Subendo una forte accelerazione soprattutto a partire dalla disfatta di Caporetto, in un clima di ricostruzione anche morale dell'Esercito⁵⁸, il tentativo di estendere l'intervento statale nel campo dell'assistenza mancava di una visione di lungo termine. I decreti che modificarono per gradi la normativa a partire dal 1916 avevano introdotto criteri sempre più estensivi, ma nello stesso tempo complicarono l'iter delle pratiche di pensionamento, definite dal parlamentare socialista Angiolo Cabrini, nel febbraio 1918, una «via crucis» per gli invalidi⁵⁹. La situazione non mutò nei primi anni del dopoguerra, quando le condizioni economiche disastrose del paese imposero interventi di allentamento delle tensioni sociali e di contrasto al diffuso malcontento. Una circolare inviata nel marzo del 1919 dall'allora Ministro della Guerra Enrico Caviglia ai Comandi di Corpo d'Armata e ai Direttori di Sanità Territoriali affermava, per esempio, l'inutilità del lungo periodo istruttorio atto a raccogliere le prove della reale dipendenza delle invalidità da cause di servizio, ponendo come unico criterio la semplice verifica dello svolgimento da parte dell'infermo di un periodo anche breve di servizio in zona di guerra:

è un sollecito ad applicare con più frequenza l'articolo 12 del D.L. 28/7/1918 n. 1274 che mira a dare larga e rapida applicazione ai criteri dettati dal Decreto 1385 del 2/9/17, in base ai quali si ammette non più la sola causa di servizio, ma anche l'occasione, o l'aggravamento, per le infermità manifestatesi in Zona di Guerra, o anche in Zona Territoriale, se per servizi attinenti alla guerra. Per l'applicazione di criteri così semplici, è perfettamente inutile l'indaginoso periodo istruttorio, durante il quale, con informazioni attinte a fonti svariate si scruta nel passato di un individuo per stabilire se vi era in lui predisposizione per quella infermità, se questa fu sofferta da lui, o dai suoi familiari, se la infermità dette luogo, durante la vita militare, ad accertamenti, e quale ne fu il risultato.

Per un infermo proveniente dalla Zona di Guerra - al quale, per questo solo fatto viene riconosciuta la dipendenza della infermità dal servizio, come occasione, o come

⁵⁵ Se nel conteggio vengono inclusi gli assegni provvisori, o elargiti una tantum, per infermità temporanee o causanti menomazioni inferiori al 10% della capacità lavorativa, la cifra sale a 452-463.000 indennità. F. Quagliaroli, *Le pensioni per gli invalidi della Prima guerra mondiale*, «Contemporanea», 19, 1, 2016, p. 65.

⁵⁶ M. Isnenghi e G. Rochat, *La Grande Guerra. 1914-1918*, cit., p. 240.

⁵⁷ Cfr. F. Conti e G. Silei, *Breve storia dello Stato sociale*, Carocci, Roma 2005; G. Procacci, *Warfare-welfare: intervento dello Stato e diritti dei cittadini (1914-18)*, Carocci, Roma 2013; G. Ritter, *Storia dello Stato sociale*, Laterza, Roma-Bari 1999; P. Flora e A. J. Heidenheimer (a cura di), *Lo sviluppo del welfare state in Europa e in America*, Il Mulino, Bologna 1983.

⁵⁸ Il primo novembre 1917, quando l'avanzata austriaca era ancora in corso, il D.lgs. n. 1812 istituì il Ministero dell'Assistenza Militare e delle Pensioni di Guerra con lo scopo di centralizzare l'intervento statale e semplificare le procedure amministrative.

⁵⁹ P. Pironti, *Grande guerra e Stato sociale in Italia. Assistenza a invalidi e superstiti e sviluppo della legislazione sulle pensioni di guerra*, «Italia contemporanea», 277, 2015, p. 75.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

aggravamento, - esclusa la frode, o la colpa, basterà la sola cartella clinica per stabilire se realmente la malattia originò in Zona di Guerra [...].

Come poter affermare che una forma morbosa mentale, sia pure preesistente, non abbia trovato nelle emozioni, nei disagi della Zona di Guerra, la ragione del suo aggravamento, o, addirittura, del suo sviluppo, anche in quei casi in cui si ammetta la predisposizione e l'ereditarietà?

Basterà, quindi, in simil casi, accertare solamente che il militare fu in Zona di Guerra, senza sottolineare sulla predisposizione e sulle preesistenze, poiché questi argomenti non verrebbero certo a modificare la posizione dell'individuo di fronte alle tassative disposizioni vigenti⁶⁰.

Lo scopo era quello di semplificare le procedure di assegnazione delle pensioni di guerra, estremamente complesse soprattutto nel caso delle patologie psichiche dove alle difficoltà burocratiche si aggiungeva la frequente incertezza rispetto alle cause scatenanti. Il problema era inoltre la possibilità di interpretare liberamente i decreti citati poco sopra: nell'indicare i requisiti della dichiarazione di malattia dipendente da cause di servizio, non facevano alcun accenno all'eventuale influenza della predisposizione. Quella di Caviglia fu una presa di posizione decisa che voleva risolvere definitivamente la questione dell'utilizzo improprio di questo concetto da parte delle commissioni mediche: i disagi della guerra dovevano essere considerati sempre come causa principale delle malattie quando queste insorgevano durante il servizio militare, indipendentemente dalla presenza di precedenti patologici individuali o familiari. Una circolare inviata un mese dopo dal Ministero per l'assistenza militare e le pensioni di guerra a tutti gli uffici provinciali smentì tuttavia la presenza di norme nuove legate agli accertamenti sulle cause di servizio⁶¹. Se Caviglia non parlò di nuove leggi, bensì di corretta applicazione di quelle già esistenti, quale delle due circolari riportava l'interpretazione legittima? Quello che sembra certo, alla luce dei dati ufficiali, è la propensione delle Commissioni sanitarie che emanavano i provvedimenti medico-legali a non riconoscere le cause di servizio; da parte delle autorità centrali non ci fu invece una totale chiusura verso la questione delle pensioni di guerra e nello specifico anche di quelle assegnate per patologie mentali. I concetti presenti nella circolare appena citata erano appartenenti più a queste ultime che ad altre ferite o malattie dei reduci. Si dovette aspettare la riforma delle pensioni di guerra attuata dal decreto n. 1491 del 23 luglio 1923 per una normativa più chiara e priva di contraddizioni, ma nello stesso tempo i criteri divennero più restrittivi. Con la motivazione di una giusta ripartizione delle somme destinate agli invalidi, la legge distinse nettamente i combattenti dai non combattenti: i primi, che avevano affrontato almeno una volta il servizio in zona di guerra, avrebbero percepito una pensione nettamente superiore a quella attribuita ai soldati che avevano svolto tutto il servizio nelle retrovie o in territorio interno, lontani dai pericoli del fuoco nemico. Vennero inoltre facilitate le procedure di sospensione o revoca degli assegni nei casi di condanna penale, diserzione o mutilazione senza

⁶⁰ ACS, Ministero del Tesoro - Direzione Generale Pensioni di Guerra, busta 31 - fasc. 79, *circolare n° 238.957 - accertamenti sulle dipendenze da cause di servizio* (28/03/1919).

⁶¹ ACS, Ministero del Tesoro - Direzione Generale Pensioni di Guerra, busta 31 - fasc. 79e, *Ministero per l'Assistenza militare e le Pensioni di Guerra - Ai segretari degli Uffici provinciali per le pensioni di guerra* (14/05/1919).

condanna penale, condotta immorale della vedova, errore o mutamento dello stato di fatto⁶². Con una convergenza tra le richieste dell'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi di Guerra e la demagogia militarista del governo fascista, il grado della patologia passò totalmente in secondo piano rispetto al valore militare dei combattenti. Per quanto riguarda il numero delle invalidità psichiche riconosciute non esistono dati ufficiali precedenti la riforma del 1923. Una statistica condotta nel 1926 dall'Opera Nazionale per la Protezione ed Assistenza degli Invalidi di Guerra ne stimò poco più di 2.000⁶³, mentre uno studio compiuto nel 1928 in occasione dell'anniversario della vittoria non riporta dati sugli indennizzi comuni per le patologie psichiche, ma cita 2.632 assegni annuali per «dementi» e 619 per «lesionati del sistema nervoso» riservati solamente ai «Grandi Invalidi», reduci il cui grado di infermità era particolarmente grave⁶⁴. In entrambi i casi si tratta di stime basse rispetto al numero ufficiale di soldati colpiti da malattie mentali durante la Grande Guerra, circa 40.000⁶⁵, e coerenti inoltre con le indennità assegnate in totale per tutte le categorie di infermità. Se nella mancata assegnazione di numerose pensioni per invalidi mentali fu necessaria la convergenza tra considerazioni economiche delle autorità e giudizi psichiatrici riguardo le predisposizioni degli esaminati, non fu trascurabile il contributo dei numerosi ostacoli che impedivano l'applicazione corretta delle leggi durante lo svolgimento delle pratiche burocratiche. Nel luglio del 1921 dal Sottosegretariato dell'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra, facente parte del Ministero del Tesoro, fu inviata una lettera di lamentele ai Distretti militari e ai Depositi di Corpo d'Armata con tanto di minaccia di reclamo ai Comandi: a distanza di tre anni dalla conclusione del conflitto giacevano da tempo migliaia di domande invase, mai inviate al Ministero, mentre molte di quelle pervenute erano spesso sprovviste della documentazione obbligatoria, impedendo così la chiusura delle pratiche⁶⁶. A questo proposito, una circolare di poco successiva inviata al Capo dell'Ufficio di Direzione e Vigilanza degli Uffici provinciali per le pensioni di guerra, lamentava la giacenza in detti uffici di circa 5.700 domande mai inviate al Ministero e l'assenza totale di domande pervenute dalle province di Ancona, L'Aquila, Avellino, Benevento, Lucca, Catania, Palermo, Sondrio, Treviso⁶⁷.

Non c'è dubbio che la questione delle pensioni e degli indennizzi di guerra per malattie mentali era strettamente connessa con le affermazioni degli psichiatri sulla frequente predisposizione dei soldati esaminati, anche perché è difficile pensare che fossero inconsapevoli del fatto che rilevando precedenti individuali o familiari negavano

⁶² F. Quagliaroli, *Le pensioni per gli invalidi della Prima guerra mondiale*, cit., pp. 61-62.

⁶³ B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, cit., p. 157.

⁶⁴ Associazione Nazionale Volontari di Guerra, *Il Decennale. Pubblicazione nazionale sotto l'augusto patronato di S. M. il Re e con l'alto assenso di S. E. il capo del Governo*, Stabilimenti Grafici A. Vallecchi, Firenze 1929, p. 173.

⁶⁵ La statistica si basa sulle stime compiute da Placido Consiglio nel 1919. B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, cit., p. 28.

⁶⁶ ACS, Ministero del Tesoro - Direzione Generale Pensioni di Guerra, busta 30, fasc. 70e – Corrispondenza di gabinetto, *Sottosegretariato di stato per l'assistenza militare e le pensioni di guerra* (28/07/1921).

⁶⁷ ACS, Ministero del Tesoro - Direzione Generale Pensioni di Guerra, busta 30, fasc. 70g – Varie, n. 1822 – *Ministero per l'Assistenza militare e le pensioni di guerra*.

la possibilità di un eventuale risarcimento. È altrettanto difficile immaginare, tuttavia, che tutta la questione della predisposizione, sulla quale esisteva un ampio e sostenuto dibattito scientifico, fosse spinta dalla necessità di dare fondamento alle dichiarazioni di malattia non dipendente da cause di servizio. La volontà di risparmio poteva anche essere sostenuta da alcuni esponenti dell'Esercito, della politica o anche della psichiatria, ma in generale prevaleva piuttosto il tentativo di trovare un equilibrio tra le scarse risorse economiche e l'obbligo sentito di un maggiore intervento assistenzialistico statale che compensasse i sacrifici dei combattenti. I precedenti riportati dagli psichiatri, che negavano di fatto la responsabilità della guerra nella genesi delle malattie mentali, non erano inoltre inventati di sana pianta. Vi era la possibilità che fossero i familiari stessi a mentire per facilitare il ricovero dei propri cari e tenerli lontani dalla guerra, ma se per il personale degli ospedaletti di primo ricovero situati in prossimità della zona delle operazioni era complicato raccogliere notizie anamnestiche, nei manicomio non vi erano difficoltà di comunicazione. La direzione richiedeva sempre una conferma delle informazioni dettate dai familiari a enti pubblici e autorità varie. L'unico modo che avrebbero avuto gli psichiatri di favorire l'assegnazione di una pensione sarebbe stato quello di omettere i dati anamnestici nella cartella clinica, ma non è un'ipotesi suffragata da prove. Un altro modo poteva essere quello di dichiarare alle Commissioni militari che la malattia era stata causata dal servizio, indipendentemente dall'anamnesi, ma ciò esulava dai doveri dei direttori manicomiali che si limitavano per lo più a riportare le proprie osservazioni cliniche, per cui non furono in molti a sbilanciarsi (tra questi vi era Arnaldo Pieraccini, direttore del Manicomio di Arezzo). Dal dibattito psichiatrico e dalla documentazione medica del tempo emerge che il concetto di predisposizione era utilizzato in psichiatria come dato utile a inquadrare le prime osservazioni e non con lo scopo di negare l'assegnazione di pensioni o indennizzi.

1.2 Tradizione e innovazione nel dibattito scientifico sulla predisposizione alle malattie mentali negli anni 1915-1918

Negli anni precedenti il conflitto le questioni più specificamente cliniche legate al discorso sulle malattie mentali dei soldati non erano mai state prioritarie nel campo della psichiatria militare. Il servizio di leva era considerato un banco di prova per la salute psicofisica degli italiani: le visite sanitarie avrebbero dovuto attuare una dura selezione dei meno adatti alla vita militare, rivelando anomalie fisiche e del carattere; se poi qualche soggetto sfuggiva alla selezione e presentava sintomi durante il servizio effettivo, il compito degli psichiatri militari era quello di formulare una diagnosi provvisoria, avviare le pratiche per la riforma e predisporre il trasferimento in un ospedale psichiatrico pubblico. Si lasciava così ai medici manicomiali l'onere delle diagnosi definitive e delle terapie, con la conseguenza che lo studio delle patologie che colpivano i soldati non era mai stato approfondito in modo sistematico dai sanitari dell'Esercito.

La guerra diede l'opportunità di estendere in modo significativo il campione d'analisi soprattutto perché numerosi alienisti civili, più interessati da eventuali nuove acquisizioni cliniche, furono arruolati e assegnati alle osservazioni dei soldati nei reparti

psichiatrici situati in zona di guerra; nello stesso tempo le ovvie condizioni precarie di strutture per lo più improvvisate ridussero drasticamente la possibilità di compiere studi dalle solide basi scientifiche. Per compiere il proprio dovere verso la patria gli psichiatri furono così costretti a operare in una continua tensione tra la propria etica professionale e i bisogni delle autorità militari. Le due prospettive non erano sempre contrastanti, come nel caso degli alienisti operanti nell'Esercito da prima della guerra, ma i medici degli ospedali psichiatrici provinciali richiamati al servizio sanitario militare nel 1915 avevano una prassi che poteva incidere negativamente sullo sforzo bellico per vari motivi. Le tempistiche adottate nei manicomi per l'osservazione dei pazienti e la formulazione di una diagnosi erano decisamente lunghe rispetto alla celerità richiesta durante una guerra. La tendenza di alcuni direttori a consigliare spesso l'assegnazione di riforme o lunghe licenze di convalescenza non era inoltre compatibile con il bisogno continuo di rimpiazzare le perdite subite al fronte. Se da un lato l'ondata di fervore patriottico non risparmiò gli psichiatri⁶⁸, facilitando un generale adattamento degli scopi terapeutici dalla guarigione definitiva del paziente al solo recupero psicofisico temporaneo in vista del ritorno in servizio, dall'altro i bisogni dei soldati non furono sempre trascurati. Ma soprattutto non potevano essere ignorate le possibilità offerte dal grande numero di osservazioni praticabili anche in condizioni di lavoro disagiate rispetto alla ordinaria pratica clinica:

la guerra ha determinato l'opportunità di compiere un così vasto esperimento, ed ha resa possibile una così numerosa casistica, e ci ha fornito un materiale di osservazioni tanto abbondante, che davvero ci si può sentire in diritto di fare delle affermazioni che esprimano una convinzione sicura, non tutelata dal solito riserbo per non incorrere in conclusioni avventate per manco d'esperienza⁶⁹.

L'esordio dell'articolo pubblicato nel 1921 da Luigi Zanon Dal Bò, direttore dell'Ospedale psichiatrico S. Artemio di Treviso, è emblematico della speranza con cui molti medici italiani affrontarono l'arrivo massiccio di una categoria specifica, i militari, impossibile da studiare con un numero così elevato di casi nella normale pratica clinica. Il manicomio trevigiano fu la struttura che in tutto il Veneto ospitò più militari in osservazione per malattie mentali e Zanon Dal Bò poteva essere quasi certo delle proprie conclusioni grazie ai 1.951 soggetti esaminati dal principio del conflitto fino all'invasione austriaca del 24 ottobre 1917⁷⁰.

La guerra per generale consenso, che si è avuto in sostanza anche da coloro stessi che credero nei primi tempi il contrario, non ha aggiunto alcuna forma clinica nuova alla psichiatria, e neppure creato alcun sintomo nuovo, né raggruppamenti o complessi

⁶⁸ A. Scartabellati, *Intelletuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit.

⁶⁹ L. Zanon Dal Bò, *Se esistono particolari forme di Psicosi in dipendenza della guerra*, in «Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi», 2, 1, 1921, p. 53.

⁷⁰ L. Zanon Dal Bò, *Guerra e malattie mentali*, in «Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi», 1, 2, 1920, p. 256. Il numero non coincide con quello ricavato dai registri che riportano i militari entrati al S. Artemio negli anni 1915-1918, poco meno di 1.600. La differenza è dovuta probabilmente al fatto che dal 1918 al 1921 furono esaminati altri casi di militari entrati a guerra conclusa.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

sindromici che non si fossero già riscontrati per altre contingenze patogenetiche ben note prima e studiate.

Possiamo pertanto sostenere che più frequenti si trovano negli alienati bellici gli stati confusionali e quelli depressivi, e che la guerra col suo sovraffaticamento fisico-psichico ha agito come causa determinante ed aggravante per l'insorgenza dei disturbi mentali in soggetti già predisposti. Non solo dall'esame delle nostre osservazioni, ma da quello dell'enorme materiale raccolto nella letteratura e dall'inchiesta presso i colleghi, possiamo ritenere che le malattie di mente date dall'esercito in periodo di guerra non si scostano dai grandi quadri clinici che appartengono al patrimonio tradizionale della psichiatria.⁷¹

Tali conclusioni coincidevano in linea di massima con quelle espresse in maggioranza dagli psichiatri italiani, ma uno sguardo più attento ad alcune considerazioni presenti in varie pubblicazioni e soprattutto alla pratica clinica, rivela un complesso di ipotesi eziologiche molto diverse tra loro e quasi mai assunte a teorie scientifiche valide. Ipotesi messe spesso in secondo piano dalla centralità che assumeva il dato della presenza maggioritaria di predisposti tra i militari, il quale era effettivamente fondamentale dal punto di vista medico-legale ma non occupava per intero un campo di studi nuovo e quindi aperto a molteplici idee. Dall'abbondante presenza di articoli e saggi di psichiatria bellica nelle riviste specializzate viene fuori una buona varietà di orientamenti a volte profondamente contrastanti tra loro. L'impatto delle vicende belliche in genere non venne negato con fermezza: il dubbio sorgeva sul peso che potevano avere nel complesso delle condizioni che scatenavano i disturbi⁷².

I poli estremi del dibattito possono essere rappresentati da Placido Consiglio⁷³ e Ferdinando Cazzamalli⁷⁴. Il primo era un veterano della psichiatria militare italiana e fu

⁷¹ L. Zanon Dal Bò, *Se esistono particolari forme di psicosi in dipendenza della guerra*, cit., p. 53.

⁷² A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 134.

⁷³ Placido Consiglio (Lentini-Siracusa, 1° giugno 1877 – Roma, 19 dicembre 1959) svolse la sua intera carriera, compresi gli studi medici giovanili, nei ranghi dell'Esercito. Divenuto Capitano medico nel 1908, partecipò alla guerra italo-turca del 1911-1912 a capo dell'Ospedale da campo n. 3 dove approfondì quei temi che contraddistinsero la sua opera anche durante la Prima guerra mondiale. Grazie alla sua esperienza pionieristica in Libia, svolse un ruolo di primo piano nell'organizzazione del servizio neuropsichiatrico di guerra in qualità di Maggiore medico. A seguito della sconfitta di Caporetto nell'autunno del 1917 e della successiva riorganizzazione del servizio, fu nominato direttore del Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta di Reggio Emilia. Nominato Tenente colonnello medico alla fine del 1918, negli anni Venti prestò servizio presso vari ospedali militari del paese fino a raggiungere nel 1931 la Direzione di sanità del Corpo d'armata della capitale. Collocato a riposo nel 1935, fu richiamato in servizio nell'agosto del 1939, promosso Maggiore generale medico e ricollocato a riposo solo nel 1954. A. Scartabellati, *Placido Consiglio*, Archivio storico della psicologia italiana, 22/11/2016. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/331/>> (09/2018).

⁷⁴ Ferdinando Cazzamalli (Crema, 4 agosto 1887 – 1958), laureatosi a Pavia nel 1912, compì il praticantato nel manicomio provinciale di Como per poi essere assunto nel 1915 come medico aggiunto. L'11 maggio 1916 fu chiamato alle armi presso la consulenza neuropsichiatrica della II Armata a Udine. A seguito dello sgombero degli ospedali della zona di guerra durante l'invasione di Caporetto nell'autunno del 1917, tornò in servizio a Como presso il reparto militare lì installato. Nel 1923 ottenne la libera docenza in Clinica delle malattie nervose e mentali ma nel corso degli anni successivi i suoi interessi si orientarono sempre più verso la metapsichica, termine che indicava lo studio scientifico di quel complesso di fenomeni psichici difficilmente spiegabili come la medianità o la telepatia. Nel 1938 fondò la *Società di Italiana di*

protagonista del riassetto del servizio neuropsichiatrico militare seguito alla disfatta di Caporetto; il secondo prestava servizio nel manicomio di Como e dal 1916 fu consulente presso la II armata. Fedele alla sua formazione militare, Consiglio vedeva l'Esercito come un ambiente rivelatore di individui costituzionalmente deboli e quindi poco adatti alla vita militare. Le patologie nervose e mentali, escluse quelle in cui era evidente la presenza di una lesione organica, non potevano essere altro che manifestazioni di anomalie psichiche preesistenti in cui le forti emozioni agivano solo da stimolo⁷⁵. All'opposto, Cazzamalli non poté ignorare ciò che l'esperienza gli aveva suggerito e cioè la folta presenza, tra gli esaminati, di soggetti con una costituzione perfettamente sana e privi di tare ereditarie. L'analisi di Cazzamalli aveva la capacità di muoversi al di fuori dei paradigmi dominanti, ma non era ispirata solo dai suoi studi medici. Faceva parte del discorso sull'effetto negativo del conflitto per l'equilibrio psicologico di milioni di individui e di conseguenza per l'ordine sociale nei difficili anni del dopoguerra⁷⁶. Il dibattito eugenetico sulla guerra, che non coinvolgeva unicamente il settore medico ma tutte le discipline che si occupavano dello studio degli aggregati sociali, si può semplificare in due posizioni che non rendono conto delle diverse opinioni sulle pratiche di intervento ma che racchiudono gran parte delle ipotesi formulate dai vari protagonisti. All'idea di ispirazione social-darwinista della guerra come benefica selezione razziale, cavallo di battaglia delle avanguardie culturali interventiste anteguerra, si contrapponeva la constatazione, soprattutto nel campo medico, delle conseguenze negative delle guerre moderne per la salute del corpo sociale⁷⁷.

La prospettiva antropologica non invadeva comunque l'intero dibattito psichiatrico di guerra per cui può essere fuorviante leggere tutte le pubblicazioni mediche dalla prospettiva del nascente pensiero eugenetico. L'approccio della media degli psichiatri italiani sembra infatti più cauto e le conclusioni teoriche meno definitive rispetto agli autori sopra citati. Posizioni a metà strada, intese spesso come indicative della sostanziale impreparazione all'evento bellico e quindi della mancata comprensione del potenziale patogeno della guerra, ma che in realtà rivelano i numerosi dubbi sollevati

Metapsichica. Cazzamalli fu inoltre molto impegnato in politica sin dagli anni universitari: iscritto al Partito Socialista Italiano dal 1910, negli anni prebellici fu consigliere comunale a Crema e a Como; collaborò con il periodico socialista *Avanti* e con alcune testate locali. Il suo rapporto con il fascismo fu inizialmente conflittuale ma l'abbandono della politica attiva nel 1926, dopo aver trascorso alcuni mesi di carcere nel Canton Ticino, gli permise di proseguire la sua attività professionale. Con lo scoppio della Seconda guerra mondiale rientrò in attività collaborando con alcuni gruppi partigiani; fu anche arrestato dalle SS nel 1944 ma venne scarcerato dopo un mese per assenza di prove. Dal 1945 fino alla sua morte, fu impegnato nella pubblicazione del periodico *Il Salvatore. Rassegna socialista di azione cristiana*. G. Puggioni, *Ferdinando Cazzamalli. Dal manicomio di Como alla Camera dei Deputati*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, cit., pp. 422-425.

⁷⁵ A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 153.

⁷⁶ Cfr. F. Cassata, *Molti sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006. In particolare, il capitolo *Eugenica di guerra*, pp. 52-75.

⁷⁷ C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'Eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino, Soveria Mannelli (Cz) 2004, pp. 146-148.

dagli studi clinici. Lionello De Lisi e Ezio Foscarini⁷⁸, poco noti rispetto ai protagonisti della psichiatria italiana del tempo, possedevano una consapevolezza della complessità della questione che permette di inquadrare in una cornice diversa quella che a prima vista appare come un'esperienza fallimentare. In un lungo articolo del 1920 analizzarono a fondo il tema delle cause emotive e della predisposizione nei militari ricoverati durante la guerra sulla base della loro pratica sul campo e di una vasta bibliografia rappresentativa di tutto il ventaglio di idee a riguardo. Una delle prime conclusioni tratte dagli autori riguardava la parzialità delle indagini anamnestiche: in genere non fu possibile raccogliere dati certi durante il periodo bellico, per cui sia chi si schierava a favore della predisposizione come unica possibile causa, sia chi la ammetteva come elemento secondario rispetto ai traumi e agli shock emotivi, non aveva in realtà prove sufficienti per trarre risultati significativi:

ritornando alle predisposizioni, v'ha chi esclude assolutamente la possibilità di disturbi mentali in individui del tutto sani e appartenenti a ceppi famigliari sanissimi. Così pensa il Buscaino, il quale osserva che questa possibilità non fu mai dimostrata durante la guerra in modo indubbio.

Ciò è giusto perché durante la guerra non si è potuto generalmente approfondire indagini di tal genere. Ma la stessa mancanza di un controllo assolutamente preciso è da lamentare anche per la tesi inversa. Lo stesso Buscaino ha rilevato dati di eredità neuropatica nel 64% dei casi, ma avverte che in buon numero dei rimanenti non ha potuto avere notizie anamnestiche causa lo stato mentale dei soggetti. Anch'egli dunque per questa massa per lo meno incerta di ammalati deve ricorrere a una convinzione, se pure desunta dalla probabilità piuttosto che ad inconfutabili dati di documentata esperienza⁷⁹.

Per gli autori i dati posti a giustificazione di una «convinzione» dovevano essere inoppugnabili. In mancanza di ciò tutte le teorie esposte, che fossero favorevoli o contrarie all'assunzione del fattore predisposizione come base interpretativa, potevano essere considerate semplici ipotesi. Citarono anche noti psichiatri francesi come Ernst Duprè e Charles Grimbert a supporto della tesi che evidenziava invece il potere patogeno che potevano avere gli shock emotivi anche su soggetti privi di tare ereditarie o difetti costituzionali, per poi ironizzare sulla sicurezza espressa dagli esponenti della tesi opposta, come Placido Consiglio:

Né si può tacere che in molti casi si siano seguite di fronte a tale questione convinzioni teoriche piuttosto che praticate nuove disamine di fatti. Per esempio il Consiglio non sa ammettere l'insorgenza di tali disturbi in sani, in quanto il nevrotico è per lui l'espressione di una primitività antropologica, e quindi il prodotto di una evoluzione fisico-psichica arretrata che va aumentando dalla incompletezza della personalità mentale o dalla emotività cenestopatica o coato-ossessiva del vero neurastenico alla

⁷⁸ De Lisi era libero docente e aiuto di Clinica delle malattie nervose e mentali della Regia Università di Cagliari mentre Foscarini era medico ordinario del Manicomio provinciale di Pesaro. Durante la guerra prestarono servizio nel Centro Neurologico e Psichiatrico dell'Armata del Grappa e degli Altipiani, presso Mantova, e raggiunsero rispettivamente il grado di Maggiore Medico di Complemento e Capitano Medico. L. De Lisi e E. Foscarini, *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, in «Note e Riviste di Psichiatria», 8, 1920, p. 9.

⁷⁹ Ivi, pp. 54-55.

disarmonia funzionale dell'epilettico, illustrata dal Bianchi. Tali personalità riprodurrebbero quasi le condizioni funzionali del bambino, onde il loro disadattamento in rapporto con la primitività biologica.

Con tali premesse sarebbe inutile, evidentemente, parlare oltre di predisposizioni e ricercarne le prove anamnestiche e costituzionali, dal momento che la predisposizione stessa e la primitività bioantropologica dei soggetti è provata dal fatto stesso che si sono ammalati.

In un secondo articolo lo stesso Consiglio, a proposito di nevrosi e psiconevrosi emotiva, [...] dice che sempre o *quasi sempre* si trovano nei soggetti dei precedenti neuropatici o delle note ereditarie o segni immanenti di carattere emotivo ed impressionabile e di attitudini isteroidi.

Dunque, almeno in buona parte, convinzioni teoriche. [...] Fra opposte tendenze non resta che limitarsi ai pochi fatti che ciascuno ha da sé raccolto, e dire, in base all'esperienza personale, che se nella massima parte dei psicopatici e dei nevrotici di guerra si possono scovare antecedenti ereditari e personali, congeniti o acquisiti, alcuni ve ne sono che tali note non presentano. E che fra quelli che hanno tollerato imponenti emozioni ed altre cause di psicopatie e di nevrosi, ve n'hanno con note ereditarie e personali squisitamente anomale⁸⁰.

Nessuna strada poteva essere scartata data la consapevolezza di aver operato una semplice registrazione di fatti in mancanza di dati sufficienti per la formulazione di vere teorie. Affermazioni sul fatto che la guerra non aveva creato malattie mentali nuove potevano quindi essere coerentemente affiancate a quelle che davano un valore secondario alla predisposizione⁸¹. Il rapporto tra guerra e follia veniva visto nelle sue numerose sfaccettature a volte anche contrastanti tra loro e ciò permise a quelli che ne avevano consapevolezza una certa flessibilità nella pratica clinica.

Gaetano Boschi, medico del manicomio di Ferrara che secondo Andrea Scartabellati «concentra in sé, in pochi tratti, un po' tutta la parabola del pensiero psichiatrico italiano circa il rapporto guerra/forme patogene»⁸², è esemplare della possibile convivenza di interpretazioni apparentemente contrastanti nello stesso autore. Le continue supposizioni riguardo la marginalità della predisposizione nell'insorgenza delle nevrosi belliche venivano spesso adattate, nelle conclusioni finali dei suoi scritti, alle opinioni dominanti sulla sua costante presenza tra i ricoverati⁸³; un'impostazione che

⁸⁰ Ivi, pp. 55-56.

⁸¹ «Da una rapida corsa attraverso i dati più salienti della neurologia e della psichiatria di guerra in rapporto all'argomento di cui ci occupiamo e per nostra esperienza risulta dunque quanto segue: 1. La guerra non ha dato luogo a entità cliniche autonome e non ha accresciuto, se non forse in proporzione minima, le psicopatie delle comuni classificazioni. 2. In guerra la causa psichica, e più specialmente l'emozione, ha acquistato un grande valore come generatrice di disturbi nervosi e mentali [...]. 6. Le psiconevrosi di guerra da emozione, in senso lato, corrispondono alla nevrosi traumatica del tempo di pace [...]. 8. Se nella maggior parte dei casi è possibile rinvenire nei soggetti, che in guerra sono andati incontro alla psiconevrosi, costituzioni neuro o psicopatiche preesistenti [...], par certo che in altri casi individui colpiti siano immuni da precedenti ereditari e personali; onde sembra che in costoro e prevalentemente per talune forme sia bastata una predisposizione acquisita o la intensità o la particolare azione della causa emotiva per l'esplosione della sindrome psiconevrotica. L. De Lisi e E. Foscarini, *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, cit., pp. 62-63.

⁸² A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 165.

⁸³ *Ibid.*

permetteva un certo grado di sperimentazione pratica senza entrare in conflitto diretto con i paradigmi dominanti. Ipotizzò una spiegazione eziologica delle nevrosi belliche che definì *anafilassi neuropsichica*, sviluppata tra il 1915 e il 1916 con il suo assistente Nando Bennati sulle nevrosi belliche, in cui veniva attuato un compromesso accettabile: un complesso di fattori debilitanti sia fisici che psichici presenti nella vita di guerra erano capaci di sensibilizzare i soggetti a crolli nervosi e mentali, rendendoli di fatto predisposti anche se non avevano precedenti patologici individuali o familiari⁸⁴. La teoria forniva anche una spiegazione razionale del motivo per cui molti soldati manifestavano i disturbi poco prima del ritorno in servizio dalle licenze, contrastando in questo modo gli ovvi sospetti di simulazione da parte degli ufficiali più intransigenti. Il solo pensiero di poter rivivere la tensione e le forti emozioni della vita di trincea poteva costituire per Boschi uno dei fattori scatenanti i disturbi su di una base psichica resa fragile da numerosi episodi perturbanti vissuti durante il servizio. Sulla genuinità della maggior parte dei casi di nevrosi non aveva dubbi: «si badi bene: è chiaro che qui non c'entrano simulazione né pusillanimità»⁸⁵. Nel 1923 tornò sull'argomento ribadendo la sua appartenenza alla fazione degli psichiatri riluttanti a considerare troppo frequenti i tentativi di simulazione durante la Prima guerra mondiale:

fu voce discorde quella di Lorenzo Borri⁸⁶ il quale interpretò il fenomeno, in complesso, come espressione di deficiente moralità dell'individuo, poco disposto a riprendere la vita di guerra. Non dimentichiamo che il rilievo della anafilassi neuropsichica era stato fatto, da tutti noi, prevalentemente su militari reduci dal fronte. So di fare atto consono colle tendenze spirituali di Lorenzo Borri, grande anima soppesatrice della verità [...] insistendo nell'esprimere il mio dissenso dalla sua interpretazione. Non nego, però, che soggetti anafilattizzati possano avere artificialmente accentuato l'espressione delle loro turbe a scopo... medico-legale. Ma la interpretazione unicista parmi errata, come lo fu quella di chi vide solamente fatti simulatorii ed autolesionisti nelle turbe funzionali e fisiopatiche di guerra⁸⁷.

Riguardo i provvedimenti medico-legali più adatti a contrastare le nevrosi tra i soldati, Boschi distingueva nettamente i casi in cui la malattia si era già manifestata da quelli in cui il crollo nervoso non era ancora avvenuto. Per i primi era consigliato l'allontanamento immediato dalla zona delle operazioni per evitare un'ulteriore sensibilizzazione del soldato:

è ovvio che dalla nozione di anafilassi neuropsichica potranno scaturire delle ripercussioni nel campo pratico [...]. Emerge subito razionale un suggerimento riflettentesi in una norma medico-legale: rimuovere quanto è più possibile da questi sensibilizzati

⁸⁴ G. Boschi e N. Bennati, *L'anafilassi neuropsichica*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 45-46, 1917-1918, pp. 59-69.

⁸⁵ Ivi, p. 63.

⁸⁶ Lorenzo Borri, esperto di medicina legale appartenente alla scuola fiorentina di Angelo Filippi, durante la guerra del 1915-1918 diresse l'ospedale militare di Prato. E. Taccari, *Borri, Lorenzo*, in AA. VV., *Dizionario biografico degli italiani. Vol. 13: Borremans-Brancazolo*, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma 1971. <<http://www.treccani.it/enciclopedia/lorenzo-borri>> (10/2018).

⁸⁷ G. Boschi, *Ancora sull'anafilassi neuropsichica*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 1923, 51, 3-4, pp. 183-184.

la visione del ritorno alla guerra, così da consentir loro quella completa tranquillità favorevole al ristabilimento della salute⁸⁸.

Chi non aveva mai manifestato disturbi nevrotici doveva invece essere trattenuto il più possibile in ambienti immersi nell'atmosfera bellica per non interrompere il processo di adattamento della mente a una condizione psico-emotiva intensa⁸⁹. Come direttore del centro neurologico militare di Ferrara, Boschi operava su pazienti riconosciuti già malati. Ebbe così la possibilità di attuare una pratica terapeutica che dava priorità alle novità scaturite dalle sue indagini soprattutto per quel che riguarda il ruolo primario delle emozioni nella patogenesi e nella cura delle nevrosi di guerra, pur dando alle disfunzioni organiche un posto di primo piano nella loro eziologia⁹⁰.

Al di là delle poche posizioni radicali come quelle di Consiglio e di Cazzamalli, le ipotesi formulate da molti psichiatri italiani per spiegare le proprie esperienze professionali non possono essere considerate certezze teoriche. L'inevitabile impreparazione degli psichiatri italiani circa le manifestazioni psichiche dei soldati in guerra⁹¹ può essere compresa meglio alla luce del peso che avevano in Italia i paradigmi della disciplina psichiatrica rispetto alle novità rilevate, le quali non avevano una forza tale da poter rivoluzionare modelli teorici stabili: se non si poteva ignorare la presenza di uomini perfettamente sani prima del conflitto, non si potevano ignorare neanche i dati anamnestici che, al di là della loro parzialità, attestavano un alto numero di esaminati con precedenti patologici individuali o familiari.

È un fatto ormai accettato, e del resto facilmente prevedibile, che lo stato di guerra determina un aumento delle psicosi nei militari (...) Le cause di questo aumento delle perturbazioni psichiche in tempo di guerra sono facilmente immaginabili (...) Agiscono naturalmente cause interne (predisposizioni in senso lato) e cause esterne; cause somatiche (...) e cause psichiche (...) In genere, come del resto suole avvenire nella pratica clinica corrente, i vari ordini di fattori eziologici esercitano un'azione combinata complessa, sì che nel caso concreto riesce assai difficile e in parte arbitrario il giudizio sulla loro rispettiva prevalenza patogena. (...) Per ciò che si riferisce alle forme delle così dette psicosi di guerra quasi tutti gli autori sono concordi nell'affermare che esse non costituiscono mai delle entità nosologiche specifiche; è un fatto però che la guerra imprime spesso alle comuni sindrome morbose una impronta particolare e determina un gran numero di episodi che nella pratica clinica comune non accade spesso di osservare⁹².

⁸⁸ G. Boschi e N. Bennati, *L'anafilassi neuropsichica*, cit., p. 69.

⁸⁹ «Un'altra norma deriva: coltivare l'adattamento del soldato alla vita di guerra; e, ove egli incontri una malattia fisica o una ferita, rimuoverlo il meno possibile dalla atmosfera della guerra. Abbiamo veduto infatti come l'incubazione delle manifestazioni neuropsicoanafilattiche non soglia effettuarsi fintantoché la vita dell'individuo continui a essere intonata alle ripetute stimolazioni psichiche, ma si elabori invece durante il disadattamento». G. Boschi e N. Bennati, *L'anafilassi neuropsichica*, cit., p. 69.

⁹⁰ Si vedano le pp. 175-183 di questo lavoro.

⁹¹ A. Scartabellati, *Intelletuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 157

⁹² Ivi, pp. 157-158.

Le parole espresse nel 1915 da Mario Zalla⁹³, allievo di Eugenio Tanzi nella Clinica psichiatrica di Firenze, esprimevano dubbi più che teorie, al pari di quelle di De Lisi e Foscarini. Per Andrea Scartabellati, per esempio, sarebbero caratterizzate da «infiniti accorgimenti linguistici tesi a dire e non dire, tesi a lasciar aperto un discorso che poteva senza incoerenze essere rinchiuso più tardi»⁹⁴; un modo di esporre i propri studi che corrisponde a un approccio facilmente comprensibile nel caso di fenomeni ancora non del tutto chiari, ma ciò non basterebbe a giustificare «la rigidità mentale che col passare dei mesi ed attraverso vere e proprie forzature paradigmatiche, tenderà a riqualificare le esperienze patologiche belliche nell'insieme dei concetti tradizionali ed abituali della scienza alienistica nazionale»⁹⁵. Giudizi che restituiscono una realtà, quella di una classe psichiatrica impotente di fronte alla guerra, osservabile anche da un'ottica meno accusatoria. Adottando lo schema di lettura dello storico delle scienze Thomas S. Kuhn, quella che viene definita come rigidità mentale può essere vista infatti come una delle principali modalità di sviluppo delle discipline che si propongono come scientifiche. Lo storico statunitense chiamava «scienza normale» quell'insieme di ricerche fondate sui paradigmi comunemente accettati dalla comunità cui lo studioso appartiene e che procedono attraverso l'applicazione delle previsioni fornite dal paradigma stesso:

si presenta come un tentativo di forzare la natura entro le caselle prefabbricate e relativamente rigide fornite dal paradigma. Il compito della scienza normale non è affatto quello di scoprire nuovi generi di fenomeni; anzi, spesso sfuggono completamente quelli che non si potrebbero adattare all'incasellamento. [...] La ricerca nell'ambito della scienza normale è invece rivolta all'articolazione di quei fenomeni e di quelle teorie che sono già fornite dal paradigma.⁹⁶

Per Kuhn questo modo di procedere sarebbe un vantaggio piuttosto che un difetto: è attraverso il continuo tentativo di adattare nuove osservazioni a teorie già affermate che avviene infatti quell'accumulo di dati che permette di evidenziare le anomalie delle teorie stesse. Il progresso delle scienze, qualunque sia l'accezione del termine progresso, avverrebbe quindi grazie a una continua tensione tra tradizione e innovazione.

Nelle condizioni normali lo scienziato ricercatore non è un innovatore, ma un risolutore di rompicapi, ed i rompicapi sui quali si concentra sono proprio quelli che egli

⁹³ Mario Zalla (Firenze, 26 marzo 1883 – Firenze, 7 novembre 1960) fu allievo di Eugenio Tanzi nella clinica psichiatrica universitaria di Firenze sin dai primi anni successivi alla laurea (1907). Dopo la parentesi della guerra, dove raggiunse il grado di Tenente colonnello, nel 1925 ottenne l'insegnamento nell'Università di Messina e nel 1929 la direzione dell'ospedale psichiatrico cittadino. In questi anni partecipò attivamente alla nascita e allo sviluppo della *Lega di igiene e profilassi mentale*. Nel 1931 e nel 1934 successe a Tanzi nella direzione rispettivamente della clinica fiorentina e in quella della *Rivista di patologia nervosa e mentale*. Nel 1953 fu collocato fuori ruolo per il superamento del limite di età. M. Fiorani, *Mario Zalla*, Archivio storico della psicologia italiana (30/12/2015). <<http://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/284/>> (09/2018).

⁹⁴ A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 157.

⁹⁵ *Ibid.*

⁹⁶ T. S. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 2009 (ed. orig. 1962), p. 44.

pensa possano essere sia impostati, che risolti nell'ambito della tradizione scientifica esistente.

Eppure – e questo è il punto – la conseguenza fondamentale di questo lavoro legato alla tradizione è stata ogni volta quella di mutare la tradizione. Ripetutamente il processo continuo di chiarimento di una tradizione comunemente accettata ha prodotto almeno uno di quei cambiamenti nella teoria fondamentale, nel campo dei problemi e nei criteri scientifici cui mi sono sopra riferito come rivoluzioni scientifiche. Almeno per la comunità scientifica nel suo complesso, il lavoro in una tradizione ben definita e profondamente radicata sembra più produttivo di novità che infrangono la tradizione di quanto non sia il lavoro nel quale non sono coinvolti standard così convergenti. Come può ciò essere così? Penso che sia così perché nessun tipo di lavoro è, come questo, adatto ad individuare per mezzo di una attenzione continua e concentrata quei punti di difficoltà o cause di crisi, dalla cui individuazione dipendono i più fondamentali progressi delle scienze fondamentali.⁹⁷

Il processo descritto da Kuhn come «scienza normale» coincide con ciò che emerge dai dibattiti psichiatrici sulla predisposizione e sulle cause emotive nei soldati ricoverati per malattie nervose e mentali. Fu la potenza dei paradigmi allora dominanti, come i concetti di predisposizione e degenerazione morale⁹⁸, unita alla debolezza dei dati che li contraddicevano, a spingere verso una certa cautela nel rompere schemi consolidati. Ciò non corrispose, tuttavia, a uno scarto preventivo delle novità osservate in campo clinico, anche se in Italia non si riuscirono ad acquisire in modo profondo nuove interpretazioni, come quella psicoanalitica delle nevrosi di guerra.

Per Freud le nevrosi belliche erano il risultato di un conflitto inconscio tra il senso del dovere e l'istinto di conservazione: nel momento in cui questo diventava insostenibile per l'equilibrio psichico, la malattia interveniva per risolverlo; la comparsa dei sintomi evitava così alla coscienza la consapevolezza esplicita di un rifiuto della guerra. Il recupero della personalità lacerata dei soldati doveva passare di conseguenza attraverso la ricostruzione degli eventi scatenanti la malattia: se era stata la rimozione degli episodi traumatici a causare la comparsa dei sintomi, questi potevano essere eliminati facendo rivivere al soldato le emozioni provate, per dargli libero sfogo. Nel contesto europeo le intuizioni di Freud trovarono terreno fertile solo in Inghilterra, in Austria e in parte in Germania. Si contrapponevano soprattutto all'interpretazione di Joseph

⁹⁷ T. S. Kuhn, *La tensione essenziale. Cambiamenti e continuità nella scienza*, Einaudi, Torino 1985 (ed. orig. 1977), p. 254.

⁹⁸ Quello della degenerazione è un argomento difficilmente inquadrabile anche per gli alienisti del tempo perché oscillante sul confine tra follia e criminalità. Il concetto di degenerazione “morale” era nettamente distinto da quello biologico, riferito ad alterazioni organiche. La questione della follia morale venne affrontata compiutamente nel congresso della Società freniatria del 1886, dove si scontrarono diverse opinioni. I poli opposti della discussione furono rappresentati da Enrico Morselli e Augusto Tamburini. Per il primo la follia morale era un fenomeno legato alla trasmissione di caratteri anomali ma non patologici. I disturbi che colpivano il senso etico non potevano essere considerati di natura morbosa, per cui spettava alla sociologia e non alla medicina il compito di occuparsene. Al contrario Augusto Tamburini riaffermava il primato della psichiatria per la natura parzialmente patologica della follia morale, mentre Lombroso assunse una posizione di compromesso distinguendo vari tipi di degenerazioni morali. La questione venne progressivamente accantonata in ambito medico per essere considerata, verso l'inizio del Novecento, un'anomalia presente in poche malattie. D. Frigessi, *Cesare Lombroso*, cit., pp. 188-190; S. Nicasi, *Il germe della follia. Modelli di malattia mentale nella psichiatria italiana di fine Ottocento*, cit., pp. 320-321.

Babinski, maggiormente diffusa in Francia, che vedeva invece i sintomi presentati da molti soldati come manifestazioni isteriche reali ma riproducibili in modo cosciente; era la suggestione prodotta dalla volontà di non guarire, non lo shock emotivo, a causare la loro comparsa. La costituzione dei soggetti veniva considerata come causa patogena principale ponendo l'esperienza bellica su un piano secondario⁹⁹. La guarigione poteva così avvenire solo attraverso stimoli contro-suggestivi, che nella pratica si traducevano in metodi persuasivi anche violenti atti a convincere il paziente dell'ineluttabilità del ritorno in servizio. La teoria freudiana ebbe il merito di aver illuminato alcuni aspetti fondamentali della patogenesi delle nevrosi belliche, ma sul versante terapeutico non si differenziò di molto dai metodi ispirati da Babinski. Dalle testimonianze di Ernst Simmel, unico esponente della scuola psicoanalitica a essere incaricato di dirigere un ospedale militare in Europa, si evince che durante le ipnosi utilizzava spesso metodi suggestivi, per esempio, invitando il paziente a provare disgusto verso l'idea di evitare il servizio militare. In Italia nessuna delle due interpretazioni ebbe particolare successo ma ciò non evitò una discreta diffusione di terapie basate sulla soppressione della volontà e della personalità¹⁰⁰. Una delle acquisizioni più diffuse in Europa fu quindi il potere della suggestione per il recupero anche solo temporaneo dei casi di nevrosi belliche (o di isteria per Babinski) e non la teoria freudiana con tutte le sue implicazioni.

Negli studi storici sul rapporto tra psichiatria e Grande Guerra il discorso sulle nevrosi belliche ha portato alla luce quelle che in Europa furono le principali novità teoriche e la geografia della loro diffusione, ma soprattutto ha dotato gli studiosi di una lettura convincente delle esperienze personali raccontate in lettere, memorie e diari dei soldati. Il grande successo di una storiografia concentrata sulla malattia mentale come espressione del rifiuto della guerra ha tuttavia prodotto un pregiudizio di fondo sia verso l'opera degli psichiatri, visti come meri esecutori – volontari o per dovere – delle logiche medico-militari, sia nei confronti di tutti i soldati ricoverati in reparti psichiatrici, ai quali vengono estesi i caratteri psicologici tipici di una parte solo minoritaria tra essi, quelli affetti ufficialmente da nevrosi belliche¹⁰¹. Il modello psicoanalitico rischia inoltre di semplificare troppo un fenomeno estremamente vario e complesso dal punto di vista delle teorie e della ricerca sperimentale neuropsichiatrica degli anni 1915-1918. Il tema della predisposizione era ovviamente al centro dell'attenzione ma non esauriva l'intero dibattito sulle malattie nervose e mentali dei soldati. L'eccessiva dilatazione di un'interpretazione scaturita da un'unica tipologia patologica come quella delle nevrosi belliche ha ristretto il campo d'analisi portando a sottovalutare la presenza di altre malattie psichiatriche dalle caratteristiche diverse, come l'epilessia o tutta la gamma delle alienazioni mentali pure. Soprattutto per quest'ultime, il paradigma organicista proprio della psichiatria italiana non sembra aver impedito l'assimilazione dei nuovi dati sulla preponderanza dei fattori psichici. Non

⁹⁹ Per l'importanza data ai traumi bellici - piuttosto che alla predisposizione - come fattore patogeno delle nevrosi, in generale furono sottovalutate anche le ricerche del neurologo tedesco Hermann Oppenheim. Cfr. A. Grillini, *La guerra in testa. Esperienze e traumi di civili, profughi e soldati nel manicomio di Pergine Valsugana (1909-1924)*, Il Mulino, Bologna 2018, pp. 67-68.

¹⁰⁰ B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, cit., pp. 45-58.

¹⁰¹ Si vedano le pp. 17-18 di questo lavoro.

facevano di certo riferimento a un rigido organicismo gli alienisti che acquisirono progressivamente la centralità delle cause psico-emotive come dato assodato, anche se collocato all'interno di un quadro che non metteva in discussione la necessaria presenza, in contemporanea, di predisposizioni alle patologie nervose e mentali. I continui richiami al ruolo delle forti emozioni e dello stress della vita di guerra dimostrano che non vi era una totale chiusura mentale e il dibattito scientifico italiano è difficilmente riducibile alle sole spiegazioni di stampo organicista sulla predisposizione o all'influenza di Freud e Babinski. La cautela usata dagli psichiatri nel presentare le ipotesi era giustificata spesso dalla parzialità dei dati accumulati in condizioni di lavoro precarie come quelle proprie di una guerra, caratterizzate da carenza di personale, sovraffollamento e mancanza di aggiornamenti della strumentazione tecnologica. L'appartenenza al meccanismo bellico imponeva priorità diverse rispetto alla normale pratica medica, in condizioni decisamente scomode per una seria ricerca scientifica e quindi favorevoli alle dichiarazioni di provvisorietà delle proprie analisi. Una griglia interpretativa più elastica permette anche di percepire la complessità di affermazioni apparentemente inequivocabili come quelle di Zanon Dal Bò. Nei suoi articoli la questione dell'inesistenza di patologie mentali causate dalla guerra veniva presentata come chiusa, ma in modo quasi contraddittorio si lasciavano poi punti interrogativi a cui dovevano rispondere ulteriori ricerche.

4. Non si osservano in guerra malattie mentali, propriamente dette, che si distinguano 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 stimoli emozionali, che necessariamente comporta, scopre in attualità il deficit virtuale delle personalità psico-somatiche anche lievemente tarate [...].

Ho letto, consultato, deliberato precisamente centoventisei studi monografici, di autori di varie nazionalità in materia di psicopatie osservate durante lo spaventoso dramma mondiale. Per quanto ho scritto, potrei accettare la predominante affermazione degli autori, che dicono «non esistere una psichiatria di guerra»; affermazione esatta da un punto di vista assoluto, nel senso che la guerra non ha creato alcuna psicosi nuova e che non esistono sindromi mentali specifiche della commozione, dell'emozione e degli altri fattori morali e fisici messi in gioco dalla guerra stessa. Ma per trattare direttamente ed integralmente il tema che mi sono posto, ho l'obbligo di fare tesoro della mia ulteriore esperienza psichiatrica nell'ultimo anno bellico, tutto radioso di consapevoli olocausti di fronte all'invasore, e dall'armistizio in qua. Per questa esperienza credo che alcuni dati scientifici, d'intuitivo valore, possano essere raccolti e rigorosamente vagliati con pieno risultato della serenità di uno studio retrospettivo.¹⁰²

La ricerca di prove dell'esistenza di malattie mentali provocate esclusivamente dalla guerra non ebbe buoni esiti per cui Zanon Dal Bò lasciò aperto il discorso, consapevole del fatto che c'era bisogno di tempo per inquadrare bene un fenomeno relativamente nuovo. Quali furono in seguito le conclusioni del direttore del manicomio

¹⁰² L. Zanon Dal Bò, *Guerra e malattie mentali*, cit., pp. 255-256.

trevigiano? Le ipotesi formulate nell'articolo del 1920 vennero confermate in uno pubblicato appena un anno dopo, anche se, ancora una volta, le affermazioni nette vengono affiancate da spiegazioni più problematiche. L'articolo lascia intendere inoltre che furono interventi di maestri autorevoli e valutazioni di ordine politico-sociale a rallentare la sua elaborazione teorica. Il direttore del manicomio trevigiano non aveva infatti ancora considerato le implicazioni dei discorsi sulle patologie belliche al di fuori dell'ambito clinico:

dove la Psichiatria di guerra davvero si diversifica dalla comune si è nel decorso e negli esiti delle varie entità nosografiche.

Le malattie mentali dei militari, e parlo di preferenza di coloro che giunsero dalla fronte e che hanno preso parte a fatti d'arme, a combattimenti, sono meno gravi ed assumono un andamento più benigno di quello dei ricoverati borghesi dei Manicomi comuni. [...]

Quando Enrico Morselli, con la schietta attitudine del Clinico che ammonisce, denunciava la *vacuità* della così detta psichiatria bellica, io stavo elaborando l'arduo argomento dell'esistenza eventuale di particolari forme di psicosi in dipendenza della guerra. Avevo ancora la salda fiducia di arrivare, attraverso l'obiettivo esame delle complete osservazioni raccolte, a conclusioni positive. [...]

La magistrale voce ammonitrice mi giunse *post bellum*, allora che venivano promulgate sagge norme statali riflettenti larghe assegnazioni di tangibili tributi di riconoscenza a quanti portavano le stimmate di perturbazioni mentali e nervose insorte in zona di guerra.

Ebbi l'intuitiva impressione che i postumi provvedimenti, tuttodì in corso di applicazione, aprissero nuovi orizzonti scientifici di verifica e di controllo. Onde mi sono indotto a tenere in quiescenza l'altrui e la mia produzione di concezioni teoriche e di discussioni epicritiche, recando un semplice contributo sperimentale, in attesa di chiedere alla scienza prediletta l'incontrastabile, razionale voto sulla verità dei fatti acquisiti e da acquisire.¹⁰³

La prudenza usata nel presentare i risultati attenuava la forza delle teorie che scaturivano da essi. Non è inoltre chiaro in quali termini le norme a cui faceva riferimento avessero influenzato le acquisizioni scientifiche tanto da sospendere un giudizio che sembrava certo, ma la questione degli indennizzi e delle pensioni di guerra era molto delicata. Si trattava di somme decisive per i bilanci statali del dopoguerra. A pochi mesi dall'inizio del conflitto lo psichiatra Alessandro Clerici aveva già notato che l'influenza degli stati fisici nelle malattie mentali era stata messa in secondo piano «per ragioni politiche evidenti»¹⁰⁴. Già prima che il numero di soldati colpiti da psicosi raggiungesse livelli rilevanti, rivelando il problema di una spesa assistenziale difficilmente sostenibile, intervenivano valutazioni esterne al campo strettamente medico.

Emettere una dichiarazione di patologia dipendente da cause di servizio era una decisione complessa se confrontata con le ferite e le malattie più comuni tra i soldati. L'incertezza diagnostica che caratterizzava la psichiatria del tempo rendeva il compito

¹⁰³ L. Zanon Dal Bò, *Se esistono particolari forme di Psicosi in dipendenza della guerra*, cit., pp. 55-56.

¹⁰⁴ Cit. in A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 158.

degli alienisti molto difficile da questo punto di vista; a ciò si aggiungevano i pregiudizi verso i simulatori circolanti all'interno della gerarchia militare dagli anni dell'unificazione italiana. L'assenza di disabilità fisiche e il mantenimento di discrete capacità intellettuali e di motilità in molti ricoverati portava inoltre alcuni esponenti della Sanità militare, come Placido Consiglio, a proporre un loro utilizzo per lo sforzo bellico. Le conseguenti pressioni per evitare l'assegnazione di riforme dal servizio o di lunghe licenze di convalescenza complicava maggiormente il lavoro degli psichiatri che nel formulare i giudizi clinici dovevano quindi mediare tra scopi sanitari, bellici e politici. Quali furono le conseguenze di tutto ciò per la pratica manicomiale? Le vicende dell'ospedale psichiatrico di Treviso durante la Grande Guerra sono significative proprio perché portano alla luce le contraddizioni che dovettero affrontare gli specialisti in una delle principali strutture psichiatriche italiane di ricovero per soldati, diretta, tra l'altro, da un assertore dell'inesistenza di malattie mentali causate esclusivamente da eventi bellici.

1.3 I soldati ricoverati nell'ospedale psichiatrico Sant'Artemio di Treviso e l'influenza dei paradigmi psichiatrici nella stesura dei giudizi clinici

La regione veneta corrispondeva geograficamente a buona parte del territorio retrostante la linea del fronte e ricopriva di conseguenza un ruolo strategico primario di supporto all'Esercito combattente. Per il servizio neuropsichiatrico militare italiano le strutture per la cura delle malattie nervose e mentali lì presenti divennero le più frequentate dai soldati provenienti dal fronte fino a tutto il 1917. La vicinanza con la zona delle operazioni faceva sì che avessero una funzione analoga ai centri di ricovero francesi situati nei territori orientali del paese: trattenevano i soldati nelle vicinanze della zona delle operazioni per permettere un veloce rientro in servizio nel caso di disturbi lievi e transitori; smistavano nei manicomi della propria provincia di provenienza coloro a cui venivano riconosciute patologie incurabili o dalla lenta guarigione. Furono soprattutto gli ospedali psichiatrici di Padova e Treviso ad accogliere la maggioranza dei soldati prima della disfatta di Caporetto (rispettivamente 1.556 e 1.575), mentre al S. Giacomo di Verona arrivarono nello stesso periodo 497 militari¹⁰⁵. Il manicomio di Venezia era invece una realtà periferica nell'organizzazione neuropsichiatrica di guerra: furono accolti solo 537 militari contando anche gli anni 1918-1919. Le principali strutture venete erano inoltre collegate direttamente agli ospedali da campo militari: Verona e Padova erano riservate alla I Armata, schierata intorno al saliente trentino, mentre a Treviso venivano portati i soldati della II armata dalla porzione orientale del fronte¹⁰⁶.

La collaborazione delle autorità militari con gli psichiatri civili divenne essenziale data la grande affluenza nei reparti sin dall'inizio del conflitto, ma è eccessivo affermare che il servizio neuropsichiatrico militare italiano giunse del tutto impreparato.

¹⁰⁵ N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto. 1915-1918*, cit., p. 26.

¹⁰⁶ Ivi, p. 25

La scelta di Augusto Tamburini¹⁰⁷ come vertice massimo dell'organizzazione fu dettata probabilmente dalla sua posizione di veterano della psichiatria e dall'esperienza accumulata come direttore di alcuni tra i maggiori istituti italiani. Tamburini e i suoi collaboratori non improvvisarono del tutto nel 1915 ma si ispirarono al modello francese, plasmatosi sin dall'anno precedente e diviso in vari livelli di ricovero: nelle immediate retrovie del fronte furono installati dei centri funzionali alla separazione dei casi lievi, da trattenerne in vista del ritorno in servizio, da quelli gravi, da inviare invece in istituti di cura del territorio interno. Si attuava inoltre una divisione tra patologie neurologiche e psichiche: per le prime furono create nel corso del tempo strutture specializzate gestite da medici militari anche nel territorio interno, mentre per le alienazioni mentali il secondo livello di ricovero era affidato agli ospedali psichiatrici disseminati in tutto il paese¹⁰⁸. Un incontro, quello tra il mondo dei manicomi e la psichiatria militare, che in Francia, come in Italia, non fu sempre collaborativo. In un articolo del 1915 lo psichiatra Paul Chavigny, per esempio, lamentava proprio la mancanza di strutture psichiatriche organizzate per soli militari nel territorio interno, esistenti invece per il settore neurologico, e la conseguente necessità di utilizzare i poco adatti ambienti manicomiali¹⁰⁹. Ciò che inoltre accomunava i due contesti nazionali fu che lo schema di intervento approntato dai rispettivi servizi neuropsichiatrici militari, che assegnava a ogni armata strutture sanitarie convenzionate, fu scompaginato dalla saturazione dei posti letto per il non previsto numero di ricoveri. In Francia i reparti degli ospedali psichiatrici collegati formalmente alle armate furono ben presto colmi e lo smistamento dei ricoverati divenne in parte casuale, dettato dal principio dei posti letto disponibili in qualsiasi parte del territorio al fine di evitare trasferimenti superflui. Si cercava inoltre di inviare i pazienti in strutture specializzate a seconda

¹⁰⁷ Augusto Tamburini (Ancona 18/08/1848 – Riccione 28/07/1919) era considerato dai suoi stessi contemporanei come uno dei pilastri della psichiatria italiana. Dopo la laurea in Medicina e due anni di servizio all'interno dell'Ospedale civile di Ancona, nel 1873 fu assunto al manicomio S. Lazzaro di Reggio Emilia diretto da Ignazio Zani, che morì nello stesso anno lasciando il posto a Carlo Livi. Ottenne la libera docenza a Pavia nel 1876 e poco dopo la direzione del manicomio provinciale pavese di Voghera. La morte di Carlo Livi nel 1877 spinse l'amministrazione del Frenocomio di Reggio Emilia a chiamare Tamburini in sua sostituzione. In quasi trent'anni di direzione trasformò una realtà periferica come quella del manicomio reggiano in uno degli ospedali psichiatrici più avanzati della penisola, portando a termine i lavori del progetto edilizio avviato da Livi e allestendo nuovi laboratori scientifici aggiornati dove assunse numerosi giovani ricercatori. La parità di grado che Tamburini assegnava alla ricerca anatomo-fisiologica e all'osservazione clinica permise alla *Rivista sperimentale di freniatria*, diretta dal 1877 fino alla sua morte, di essere aperta alle più svariate specializzazioni, dalla endocrinologia alla psicologia, diventando la rivista di riferimento della psichiatria italiana. Tra i vari laboratori merita menzione quello pionieristico di psicologia sperimentale, all'interno del quale si formarono alcuni tra i principali pionieri della disciplina in Italia come Gabriele Buccola o Giulio Cesare Ferrari. Membro del Consiglio superiore della Sanità, dal 1905 fu chiamato a dirigere la Clinica psichiatrica di Roma, dove lavorò per 14 anni fino alla morte dovuta a una grave influenza. V. Bongiorno, *Il dedalo della mente. Augusto Tamburini tra neurofisiologia e psichiatria*, Edizioni Kappa, Roma 2002, pp. 24-26; R. Passione, *Augusto Tamburini*, Archivio storico della psicologia italiana, 2009. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/146/>> (10/2018).

¹⁰⁸ M. Derrien, «*La tête en capilotade*». *Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980)*, Tesi di Dottorato in Storia, Université Lumière Lyon 2 - Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes - École doctorale Sciences sociales 483, 2015, pp. 86-113.

¹⁰⁹ Ivi, p. 101.

del tipo di patologia, ma in generale i criteri adottati dalle autorità non avevano uno schema preciso e variavano sensibilmente a seconda dei contesti¹¹⁰.

Le consulenze neuropsichiatriche delle armate italiane che supervisionavano le strutture di primo ricovero nella zona di guerra furono organizzate sul modello dei reparti avanzati francesi, ma, a differenza di questi ultimi, la presenza degli psichiatri sopravanzava nettamente quella dei neurologi¹¹¹. Come responsabili furono nominati Arturo Morselli¹¹² (I Armata), Vincenzo Bianchi¹¹³ (II Armata), Angelo Alberti¹¹⁴ (III Armata) e Giacomo Pighini¹¹⁵ (IV Armata), che avevano diversi compiti:

1.° Il servizio di consulenza nevro-psichiatrica propriamente detto, cioè la visita, da arte di essi, negli Ospedaletti e Ospedali da campo e di riserva nelle zone della rispettiva Armata, di quei casi di malattie mentali o nervose che ivi vengono segnalati, per

¹¹⁰ Ivi, p. 109

¹¹¹ In Francia, secondo le direttive, doveva essere un neurologo ad avere la direzione dei centri neuropsichiatrici di primo ricovero, mentre gli psichiatri erano a capo di una sottosezione dove venivano portati i casi di alienazione vera e propria. M. Derrien, «*La tête en capilotade*». *Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980)*, cit., p. 101.

¹¹² Arturo Morselli (1879-1936), dopo la laurea in Medicina nel 1902, crebbe professionalmente all'ombra del noto padre Enrico sia nella clinica privata *Villa Maria Pia* fondata da lui a Genova che nell'attività pubblicistica di *Quaderni di psichiatria*, creata sempre dal padre nel 1914. Dopo il servizio come consulente neuropsichiatra dell'Esercito negli anni 1915-1918 e una breve esperienza come direttore del centro neurologico di Genova nel 1918, pubblicò un corposo manuale di psichiatria: Morselli Arturo, *Manuale di psichiatria*, Idelson, Napoli 1921. P. Guarnieri, *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, cit., p. 28; A. Scartabellati, *Intellettuai nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 77.

¹¹³ Vincenzo Bianchi (Napoli, 3 ottobre 1878 – Portici, 18 marzo 1940), figlio del celebre neuropsichiatra Leonardo Bianchi e deputato del Partito liberale italiano ininterrottamente dal 1909 al 1929, mosse i suoi primi passi come medico al servizio del padre nel manicomio provinciale di Napoli. Dopo l'attività di consulenza nella II Armata si dedicò principalmente all'attività politica coprendo dall'estate del 1920 a quella del 1921 l'incarico di responsabile generale del Sottosegretariato all'assistenza militare e le pensioni di guerra del Ministero del Tesoro. Nel 1929 fondò la *Casa di Cura Stazione Climatica Leonardo Bianchi*, a Portici (Na). <<http://www.clinicabianchi.it/2015/07/la-stazione-climatica-bianchi.html>>; <<https://storia.camera.it/deputato/vincenzo-bianchi-18781003/governi#nav>> (09/2018).

¹¹⁴ Angelo Alberti (1879-1944) acquisì la sua formazione professionale tra le città di Ferrara, Pesaro e Padova. Qui, nel 1907, divenne primario dell'ospedale psichiatrico provinciale coprendo in seguito la carica di direttore dal 1910 al 1923. Durante la Grande Guerra, in qualità di responsabile neuropsichiatra della III Armata, operò nell'ospedale n. 234 di San Giorgio di Nogaro. Dopo aver lasciato il manicomio padovano divenne direttore dell'Ospedale psichiatrico di Pergine-Trento, dove affrontò il difficile caso di Ida Dalser, ex-compagna di Benito Mussolini. Assunto in seguito nel manicomio di Genova-Quarto, nel 1929 fondò la rivista *Neuropsichiatria. Annali dell'Ospedale psichiatrico della provincia di Genova*. <<https://www.universitacastrense.eu/docenti/angelo-alberti/>> (09/2018).

¹¹⁵ Giacomo Pighini (Parma, 21/12/1876 – Parma, 03/02/1969) conseguì la laurea in Medicina nel 1902 per poi intraprendere la carriera neuropsichiatrica a Roma sotto la guida di Paolo Mantegazza. Votato in particolare alle ricerche sperimentali biologiche e endocrinologiche, dopo la sua esperienza nel servizio sanitario militare continuò su tale linea lavorando presso il manicomio S. Lazzaro di Reggio Emilia. La sua passione per la letteratura e le arti lo rendeva un personaggio poliedrico. È interessante notare, a questo proposito, la sua vasta produzione musicale, comprendente anche alcuni brani eseguiti dal famoso tenore Enrico Caruso. B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzioni e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, cit., p. 64. G. N. Vetro, *Dizionario della musica del ducato di Parma e Piacenza. Giacomo Pighini*, 2011. <<http://www.lacasadellamusica.it/Vetro/Pages/Dizionario.aspx?ini=P&tipologia=1&idoggetto=1199&idcontenuto=2295>> (10/2018).

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

verificare la diagnosi e provvedere al loro successivo collocamento negli adatti Stabilimenti sanitari;

2.° La organizzazione e direzione di speciali Reparti destinati ad accogliere, in uno o più punti del territorio della rispettiva Armata, quei casi che alla loro prima sommaria visita risultino poco chiari, o sospetti di simulazione o consistenti in forme psicopatiche o nevropatiche acute e facilmente guaribili con semplici cure ospitaliere specializzate, o per i quali sia necessario un certo periodo di osservazione prima di stabilire l'opportuno ulteriore collocamento e decidere le relative questioni medico-legali.

Questi reparti neuro-psichiatrici delle Armate hanno quindi il triplice scopo e vantaggio di sbarazzare rapidamente le truppe della fronte dall'ingombro dei malati mentali e nevropatici, di riconoscere ed eliminare da questi i simulatori, di curare sul posto le forme leggere per restituirle ai Corpi, evacuando i più gravi verso le zone interne¹¹⁶.

Questi reparti avevano quindi una funzione di prima osservazione. Lo scopo era soprattutto quello di permettere una divisione tra malati del sistema nervoso, da inviare in centri neurologici, e psicopatici, che dovevano invece passare per un'ulteriore osservazione nei reparti militari presenti in alcuni manicomi¹¹⁷. La carenza di posti letto rese tuttavia necessario l'utilizzo di strutture non previste, anche gestite da civili. La questione non era di poco conto. Fu lo stesso Tamburini a sottolineare, dopo aver comunque elogiato il supporto civile, uno dei principali problemi derivanti dalla commistione di due mondi totalmente diversi:

Questo servizio è poi completato dalla perfetta organizzazione statale dei Manicomi, che hanno sede in quasi tutte le Province d'Italia e che li accolgono in via definitiva, qualunque sia il loro numero, con regolare internamento, dopo il periodo di osservazione [...]. E solo è desiderabile che sieno moltiplicati i *Reparti psichiatrici di osservazione* per tutti quei casi che, provenendo direttamente dai Reparti delle Armate o da Ospedali territoriali, non sono da internare nei Manicomi, internamento che equivale quasi sempre alla loro esonerazione, per riforma, dal servizio militare.

Per altro, stante il numero, inevitabilmente, sempre crescente di militari alienati, è vivamente sentito il bisogno di istituire qualche *Manicomio Militare*, essendo ormai esaurita la capienza dei Manicomi civili e delle Cliniche¹¹⁸.

Tamburini scriveva nel maggio del 1916 e l'ipotesi di costruzione di un grande ospedale psichiatrico gestito da soli militari non poteva derivare unicamente dalla carenza di posti. Era la frequenza con cui nei manicomi si stilavano giudizi clinici in favore delle riforme dal servizio militare a rappresentare una delle differenze sostanziali rispetto all'ottica militare dell'intervento psichiatrico. A partire dai vertici del servizio era diffusa l'idea che dei soldati si dovessero occupare unicamente alienisti interni all'Esercito e con un minimo di esperienza nel settore militare. Alla fine del 1916

¹¹⁶ A. Tamburini, *L'organizzazione del servizio neuro-psichiatrico di guerra nel nostro esercito*, «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali», 42, 1, 1916, pp. 178-179.

¹¹⁷ «Si hanno buoni esempi a Treviso, Verona, Mombello, Parma, Reggio-Emilia, Bologna, Imola, Ancona, Arezzo, Lucca, Perugia, Acquila, Bari, Napoli, Palermo. [...] Alcuni di essi, come Torino, Padova, Roma, sono invece negli Ospedali Militari principali». Altri reparti presenti nella lista erano poi situati nelle cliniche universitarie cittadine e non nei manicomi. A. Tamburini, *L'organizzazione del servizio neuro-psichiatrico di guerra nel nostro esercito*, cit., p. 181.

¹¹⁸ Ivi, p. 181.

Leonardo Bianchi, allora Ministro senza portafoglio responsabile del Servizio sanitario di guerra, definiva ancora arretrata la situazione proprio per l'obbligata collaborazione con i manicomi pubblici, poco adatti al bisogno che aveva l'Esercito di guarigioni veloci indispensabili per la carenza di sufficienti reparti neuropsichiatrici militari¹¹⁹. Le autorità militari tentarono comunque di influenzare i medici manicomiali: alcune circolari testimoniano in particolare le pressioni attuate sui direttori per la questione delle troppe riforme assegnate. Da parte loro gli alienisti civili lamentavano spesso l'incompetenza dei militari in materia psichiatrica¹²⁰.

Le sedi delle Consulenze, a esclusione della I Armata situata a Verona, erano state inoltre installate in prossimità della zona delle operazioni¹²¹, per cui l'invasione austriaca dell'ottobre 1917 portò alla chiusura di numerosi reparti e alla creazione del Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta a Reggio Emilia, in una posizione più sicura rispetto alla nuova linea del fronte attestatasi temporaneamente sul fiume Piave. Nel nuovo istituto diretto da Placido Consiglio dovevano transitare per un'ultima osservazione prima dell'emissione dei provvedimenti definitivi tutti i soldati riconosciuti malati. La disfatta di Caporetto aveva provocato la reazione di quella parte della psichiatria militare che invocava un intervento più attivo giustificato dal momento particolarmente grave e concretizzatasi nella centralizzazione del servizio a Reggio Emilia. Fino ad allora il perno del servizio erano state le consulenze neuropsichiatriche d'Armata che avevano il compito di supervisionare l'organizzazione dei reparti e dei trasferimenti dal punto di vista sia sanitario che disciplinare. La scelta dei consulenti, tutti con precedenti carriere in manicomi, è significativa per il discorso dell'incontro e delle influenze reciproche tra *modus operandi* totalmente diversi: alienisti che entrarono a far parte dell'Esercito solo nel 1915 collaborarono con medici che invece avevano fatto carriera al proprio interno. Non sempre quest'incontro fu privo di frizioni, ma soprattutto non furono poche le situazioni in cui le istanze di tipo sanitario prevalsero su quelle disciplinari.

Prima che il CPMPR ereditasse la piena responsabilità delle decisioni medico-legali sui soldati, in teoria i percorsi di ricovero psichiatrico erano sostanzialmente quelli previsti per tutto il servizio sanitario militare, dove non si faceva distinzione tra feriti e malati. Dopo il primo intervento nelle strutture più vicine alla zona delle operazioni e un periodo ulteriore di osservazione in un manicomio, nel caso fosse stato necessario, erano gli Ospedali Militari di Riserva l'ultima tappa dei soldati feriti e malati,

¹¹⁹ B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'Esercito italiano (1915-1918)*, cit., p. 65.

¹²⁰ È il caso della polemica sull'utilizzo dei medici civili arruolati nell'Esercito, pubblicata nelle pagine di *Rivista sperimentale di freniatria*, tra il presidente dell'Associazione fra i Medici dei Manicomi italiani Raffaele Brugia e il consulente psichiatra del Ministero della Guerra Augusto Tamburini. Il primo lamentava il mancato utilizzo nella sanità militare di molti medici civili arruolati in altri servizi e la mancanza di collegamenti efficienti tra ospedali militari e manicomi, mentre Tamburini sottolineava la buona organizzazione raggiunta in pochi mesi. I. La Fata, "Scemi di guerra". *Comportamenti sociali e nevrosi psichiche tra i soldati della Grande guerra. Il caso di Parma*, Tesi di Dottorato in Storia, Università degli studi di Parma, 2009-2012, pp. 114-117.

¹²¹ II Armata (Udine), III Armata (Cervignano-San Giorgio di Nogaro), IV Armata (Belluno), Armata della zona Carnia (Osoppo). S. Manente e A. Scartabellati, *Gli psichiatri alla guerra. Organizzazione militare e servizio bellico, 1911-1919*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, cit., p. 113.

dopo la quale le Commissioni mediche decidevano se assegnare la riforma dal servizio o il ritorno nei Reggimenti di appartenenza in base alla documentazione clinica pervenuta¹²². Fatto da sottolineare per comprendere meglio il ruolo pratico degli psichiatri manicomiali: anche se a volte arruolati come medici di sanità per la creazione di reparti riservati a soli militari, non avevano poteri decisionali diretti sui propri pazienti in uniforme. La diagnosi finale era infatti stilata da una commissione in cui era obbligatoria la presenza di un medico militare estraneo all'istituto, ritenuto quindi imparziale e, in sostanza, incaricato di richiamare l'attenzione degli alienisti sulle necessità dell'Esercito combattente¹²³. Le commissioni non potevano ignorare del tutto le relazioni sanitarie inviate dagli alienisti manicomiali, ma avevano la facoltà di rigettare le loro proposte. La responsabilità sui provvedimenti era quindi solo in parte nelle mani di una classe psichiatrica che se da una parte prestò la propria opera per lo sforzo bellico, dall'altra non piegò totalmente i principi della disciplina alle richieste dei comandi. Il caso del S. Artemio è esemplare sotto quest'aspetto.

Prima della sua fondazione l'assistenza degli alienati trevigiani era distribuita tra i manicomi veneziani e l'ospedale civile di Treviso, dal quale dipendevano sei case di salute collocate in tutta la provincia. La necessità di dotare la città di Treviso di un proprio istituto per ricoverare gli alienati si fece sentire nel 1902, quando l'Ospedale civile bloccò le ammissioni di malati mentali e annunciò di dover provvedere quanto prima al licenziamento dei presenti. Dopo quasi un decennio di trattative e lavori di costruzione, il 1° luglio del 1911 il manicomio entrò in funzione sotto la direzione di Luigi Zanon dal Bò¹²⁴. La struttura e il funzionamento del Sant'Artemio erano peculiari rispetto alla media dei manicomi italiani: la limitata capacità di accoglienza della sede centrale era compensata da succursali impiantate a Oderzo, Mogliano Veneto, Crocetta, Crespano Veneto, Vittorio e Valdobbiene¹²⁵. A differenza che nei principali manicomi italiani del tempo, che concentravano tutti i ricoverati in sedi uniche molto estese e articolate a villaggio, a Treviso veniva seguita la linea indicata dalla legge sui manicomi del 1904 e dal relativo regolamento di attuazione del 1909: riservare il manicomio ai soli casi acuti di malattia mentale e relegare ad altre cliniche il compito di

¹²² «Sulla linea del fronte, il posto di medicazione (a livello reggimentale) e la sezione di sanità (a livello divisionale); gli ospedaletti da campo con 50 posti, nella zona di Corpo d'Armata; gli ospedali da campo con 100/200 posti, che furono 447, dislocati in zona avanzata d'Intendenza d'Armata, cioè nella regione veneta e nella provincia di Ferrara; gli ospedali di tappa in numero di 27 nelle retrovie di intendenza (coincidente approssimativamente con la regione veneta); gli Ospedali Militari di Riserva distribuiti negli ospedali di tutta Italia, con una disponibilità di 563.136 posti letto, su cui venivano "sgombrati" i malati/feriti ricoverati nelle strutture indicate sopra». M. Vanini, *Alcune note statistiche dal Manicomio Provinciale di Como*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, cit., p. 411. I dati sono ricavati da G. Liuzzi, *I servizi logistici nella guerra*, Corbaccio, Milano 1934.

¹²³ A. Scartabellati, *Intellettuuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., p. 74.

¹²⁴ Zanon dal Bò era stato assunto dal 1904 nel personale del futuro manicomio proprio con l'incarico di ricostituire l'assistenza psichiatrica nella provincia trevigiana, diventando direttore nel 1908, tre anni prima l'inaugurazione della nuova struttura. P. Bruttocao, R. Frattini e L. Tosi, *100 anni del Sant'Artemio: un secolo attraverso immagini, notizie e testimonianze: catalogo della Mostra aprile-settembre 2011, sede della Provincia di Treviso, Sant'Artemio, Istresco*, Treviso 2012, pp. 5-6.

¹²⁵ G. Favaretto, *Le malattie mentali, i soldati della Grande Guerra e il Sant'Artemio di Treviso*, «Terra e storia», 9, 2016, p. 191.

curare o custodire quelli non idonei al ricovero manicomiale¹²⁶, come i feriti del sistema nervoso o gli alienati cronici. Nella voluminosa opera del 1918 dedicata all'assistenza manicomiale in Italia e all'estero, Augusto Tamburini, Giulio Cesare Ferrari e Giuseppe Antonini, tra i principali esponenti della disciplina alienistica italiana, giudicarono in modo decisamente positivo l'organizzazione impressa dal Zanon dal Bò all'istituto trevigiano¹²⁷.

Il principio tecnico di utilizzare i manicomi per i soli casi acuti o per osservazioni temporanee era condiviso in sostanza dalla maggioranza degli psichiatri, anche se nella pratica molti dovevano confrontarsi con grandi concentrazioni di pazienti data l'assenza di strutture alternative al manicomio. A Treviso il problema fu risolto sin dalla fondazione anche perché le sedi esterne erano quasi le stesse che funzionavano negli anni precedenti, quando quella centrale per i malati trevigiani era il S. Servolo di Venezia. A Mogliano Veneto e a Crespano Veneto, dove erano presenti rispettivamente il pellagrosario e un ospedale comune, furono impiantate colonie agricole, mentre a Montebelluna fu allestito un reparto speciale femminile all'interno dell'ospedale civile. La succursale di Oderzo era destinata, come negli anni precedenti, ai cronici, mentre quelle di Valdobbienna e di Vittorio erano annesse ai rispettivi ospizi. In totale l'istituto aveva a disposizione circa 350 posti letto nella sede centrale e altrettanti nelle restanti sedi¹²⁸: una capacità totale di molto inferiore a quella dei principali manicomi italiani con oltre 1.000 posti letto.

Il S. Artemio aveva quattro anni di vita quando l'Italia entrò in guerra nel 1915. Era una struttura relativamente nuova che non aveva raggiunto ancora quella saturazione di posti caratterizzante i manicomi di vecchia costruzione. Ciò pesò probabilmente nella scelta dell'ospedale trevigiano come uno dei principali luoghi di osservazione dei militari provenienti dal fronte con diagnosi di malattie nervose e mentali. Dall'inizio del conflitto divenne una sezione dell'ospedale militare di riserva oltre che ospedale della Croce Rossa Italiana, collegati entrambi formalmente alla II armata ma che con il passare del tempo ospitarono anche soldati della III e IV armata. Entrambi erano diretti da Luigi Zanon dal Bò, entrato nelle fila dell'Esercito in qualità di Maggiore medico. Furono 1.575 i militari accolti dal giugno 1915 alla fine di ottobre del 1917, quando l'invasione austriaca della battaglia di Caporetto impose lo sgombero e il trasferimento del personale e di alcuni ricoverati a Medola di Borgo Panicale, in

¹²⁶ Il primo articolo della legge 36/1904 recita: «Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere». Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia, 22 febbraio 1904, p. 818.

¹²⁷ «Il Manicomio di Treviso, per il suo carattere edilizio e per le sue finalità di funzioni, afferma luminosamente la bontà del principio tecnico suggerito e propugnato dal Prof. Tamburini, fino dal Congresso di Ancona del 1901. Il Manicomio di Treviso è precipuamente Istituto curativo e di accettazione, e le cinque Succursali dei capoluoghi di distretto debbono assolvere, sotto il controllo della Direzione centrale, il compito dell'assistenza appropriata alla numerosa falange di alienati cronici». A. Tamburini, G. C. Ferrari e G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Unione Tipografico-Editrice torinese, Torino 1918, p. 101.

¹²⁸ Ivi, p. 103.

provincia di Bologna¹²⁹. A Medola le carenti capacità spaziali rispetto alla media degli accolti provocarono non pochi disordini che Zanon Dal Bò provò a risolvere spingendo la Deputazione provinciale di Bologna ad acquisire nuovi locali¹³⁰, ma la scarsità di risorse, particolarmente grave nel 1918 in tutto il paese, mise un freno alle sue iniziative. Nella lettera che bocciava la proposta per fondi insufficienti, il Presidente della Deputazione sottolineò lo zelo professionale del direttore:

Egregio e stimatissimo Sig. Professore

Un dubbio...atroce mi punge l'animo, il dubbio cioè che le spese relative all'impianto dell'Ospedale Neuro-psichiatrico "Città di Treviso" vadano assumendo tale proporzione che le mie premesse rimangono frustrate. Io, come sempre, ho plaudito alle Sue geniali iniziative e mi son fatto in quattro per secondarla nel miglior modo. Ma – Ella lo ricorda benissimo – dissi ripetutamente a voce e ripetutamente scrissi che il mio assenso era condizionato al fatto che l'Amm. Prov. non dovesse subire danni economici, o quanto meno, che il danno dovesse limitarsi a poche migliaia di lire. Ella ricorda anche che ebbe a convenire pienamente in questi miei postulati amministrativi. [...]

Gradirò venendo costà che Lei mi tranquillizzi, con l'aritmetica però alla mano, perché se Lei parlasse fuori dell'aritmetica finirebbe, come sempre, per ipnotizzare l'Amm. Prov. con la sua calda parola fatta dell'entusiasmo del missionario. Badi bene che, per essere sincero, io l'apprezzo appunto per questo Suo entusiasmo, ma dovendo a volte ricordare che sono un amministratore, concludo che forse ho il torto innocente di lasciarmi trasportare dalla vera e sentita ammirazione che ho per il valente Psichiatra.¹³¹

Il rapporto tra direttori di ospedali psichiatrici pubblici e amministrazioni provinciali o Opere pie che avevano la gestione economica degli stessi, era spesso problematico. Non erano rari casi in cui la buona fede e l'impegno degli psichiatri per migliorare le condizioni degli alienati nei manicomi erano ostacolati dai problemi di bilancio¹³². Negli anni 1915-1918 questa dinamica si accentuò per le ovvie conseguenze economiche del conflitto; ai rapporti con le amministrazioni provinciali si aggiunsero quelli con le amministrazioni militari le quali, sottoposte alle direttive dei propri comandi, intervenivano a loro volta sull'operato dei medici. La sola obbedienza agli scopi militari non era però così scontata come potrebbe sembrare sfogliando superficialmente le pubblicazioni degli psichiatri. All'interno della documentazione manicomiale ci sono inoltre numerose tracce di un intervento psichiatrico che alle priorità belliche contrapponeva, nei limiti del proprio ruolo, la salute dei pazienti. L'archivio storico del Sant'Artemio sembra essere uno dei più completi per dati ricavabili in merito agli anni della Grande Guerra anche grazie alla cura che Zanon Dal

¹²⁹ N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto. 1915-1918*, cit., pp. 25-26

¹³⁰ Archivio storico dell'Ospedale psichiatrico Sant'Artemio di Treviso (d'ora in avanti AOST), Amministrazione, Movimento militari alienati ricoverati nell'Ospedale Territoriale Sezione Psichiatrica durante il 1915-1916, n. 896. *Integrazione locazioni per deposito materiali (20/05/1918)*.

¹³¹ AOST, Amministrazione, Movimento militari alienati ricoverati nell'Ospedale Territoriale Sezione Psichiatrica durante il 1915-1916, n. 1058. *Al signor Direttore dell'Ospedale Prov. di Treviso (21/05/1918)*.

¹³² Cfr. P. Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, «Studi Storici», 2, 2007, pp. 477-521.

Bò stimolò per la produzione e la conservazione dei documenti da parte dell'amministrazione. Le cartelle cliniche, per esempio, contengono numerose lettere scritte da pazienti e parenti oltre che diari giornalieri dettagliati anche per i periodi di alta affluenza, come durante il 1917. Con questi materiali, per esempio, Nicola Bettiol ha potuto ricostruire la visione soggettiva di medici, malati e familiari, utili alla comprensione delle esperienze vissute dai soldati; è emerso il forte impatto destabilizzante della guerra per la psiche umana, la malattia come fuga da una realtà insostenibile, il ruolo che assumeva la scrittura come supporto emotivo e il fondamentale sostegno morale, oltre che pratico, delle famiglie. A tali acquisizioni può essere utile affiancare uno studio critico degli altrettanto significativi dati di tipo amministrativo, contenuti nelle stesse cartelle cliniche, per la possibilità di confrontare le valutazioni soggettive con il complesso dei provvedimenti presi nei confronti dei soldati e quindi con il modo in cui l'istituzione trevigiana operò.

Il registro che raccoglie i nominativi di tutti i militari dimessi dal giugno 1915 al 7 novembre 1917, data dello sgombero, ne riporta in totale 1.591¹³³. Le dimissioni per «incompetenza», assegnate quando mancavano i requisiti della legge 36/1904 per il ricovero manicomiale e corrispondenti alla «non verificata pazzia», furono numerosissime (38,5%)¹³⁴. Nella stragrande maggioranza dei casi non erano individui perfettamente sani, ma erano giudicati comunque non idonei al ricovero manicomiale. Sorvolando il discorso incentrato sulle diagnosi¹³⁵, secondario per questa ricerca, è importante segnalare i provvedimenti medico-legali, segnate accuratamente per ogni militare nel registro prima citato. Nel periodo che va dalle prime ammissioni del giugno 1915 fino al 10 ottobre 1916, su un totale di 841 militari, furono proposte 495 licenze di convalescenza e 319 riforme, mentre i restanti 27 morirono in manicomio. In pratica, prendendo in considerazione i dati del registro, la direzione del S. Artemio consigliava di mandare in licenza tutti quelli che venivano dichiarati idonei al servizio militare, escludendo sempre il ritorno immediato in servizio. Nella seconda parte del registro, che segnala i restanti 750 ammessi fino allo sgombero, i riformati furono invece 211, i recuperati al servizio 361 e i morti 22; per 156 nominativi di trasferiti a causa dello sgombero non sono segnalati provvedimenti medico-legali. Rispetto ai primi 17 mesi di guerra, le riforme diminuirono dal 37,9% al 28,1%; un calo poco rilevante se si considerano inoltre i 156 provvedimenti sconosciuti¹³⁶. Questi dati evidenziano la facilità con cui gli psichiatri a Treviso proponevano licenze di convalescenza con lo scopo di assicurare un minimo di riposo anche per chi non era propriamente malato ed era prossimo al ritorno in servizio. Una tendenza contraria a quella

¹³³ AOST, Amministrazione, Movimento numerico invalidi della guerra, *Movimento numerico dei militari alienati ricoverati nell'Ospedale Territoriale-Sez. Psichiatrica durante l'anno 1915-1916*. La differenza con i 1575 militari riportati da Nicola Bettiol, limitata comunque a soli 16 soldati, può essere dovuta a sovrapposizioni di più ricoveri all'interno del registro. Ciò non toglie che in totale furono 1.591 i decreti di ammissione. N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto. 1915-1918*, cit., p. 26.

¹³⁴ Ivi, p. 30.

¹³⁵ Per un inquadramento delle diagnosi stilate a Treviso si veda N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto. 1915-1918*, cit., pp. 29-31.

¹³⁶ AOST, Amministrazione, Movimento numerico invalidi della guerra, *Movimento dei militari alienati ricoverati nell'Ospedale Territoriale-Sez. Psichiatrica*.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

che vide nelle pesanti perdite subite durante le battaglie del 1916-1917 il segnale per imporre una politica incentrata sul massimo recupero di uomini all'Esercito.

Tabella 1. Prospetto del totale dei decreti di dimissione assegnati ai militari degenti al S. Artemio dal giugno 1915 al 7 novembre 1917

Totale decreti di dimissione	1.591
Ritorno in servizio	856
Riforma	530
Morti	49
Trasferimenti in altri manicomi	156

Fonte: AOST, Amministrazione, Movimento numerico invalidi della guerra, *Movimento dei militari alienati ricoverati nell'Ospedale Territoriale-Sez. Psichiatrica*.

È interessante notare come a partire dal 10 ottobre 1916, quando fece il suo ingresso l'842° ricoverato, i riferimenti alle licenze di convalida nel registro sono sostituiti dalla dicitura meno specifica *dimissione per guarigione*, che contraddistingue 361 nominativi. Dallo spoglio delle singole cartelle cliniche dei dimessi per guarigione non sembra tuttavia che il cambio di dicitura corrispondesse a una svolta nei provvedimenti consigliati; le licenze di convalida continuarono a costituire le proposte maggioritarie. Per molti di loro furono inoltre giudicate necessarie dopo la guarigione con il solo scopo di prolungare il periodo di riposo, contrastando l'idea generale delle autorità militare di una velocizzazione degli iter di recupero psichiatrico. Casi come quello di P.A., soldato piacentino del 3° Reggimento Alpini, furono abbastanza frequenti anche se non tutti caratterizzati da esperienze così violente. Fu uno dei primi 'scemi di guerra' itaiani, arrivato al S. Artemio il 3 giugno 1915 dal campo di battaglia sul monte Nero, in zona Carnia, dove aveva assistito all'uccisione di altri commilitoni e in particolare alla morte di un suo compagno precipitato da un burrone. Da allora ebbe un contegno spesso disorientato e continue allucinazioni, in particolare della figlia verso la quale nutriva forti preoccupazioni. Una condizione mentale che risultava ancora grave all'ingresso in manicomio, ma che in una ventina di giorni svanì gradualmente¹³⁷. P.A. sembrava pienamente consapevole dell'accaduto:

Attribuisce il suo smarrimento mentale all'emozione per essere stato obbligato a rimanere di sentinella di notte nel posto ove vide precipitare nel burrone il compagno. E per la fatica eccessiva cui fu sottoposto in quel frangente per essere mandato all'Ospedale a più di 12 ore di marcia a piedi.¹³⁸

Il 3 luglio fu dimesso guarito, ma alla direzione dell'ospedale militare di riserva fu comunque proposta l'assegnazione di 6 mesi di licenza di convalida, ritenuta utile a evitare eventuali ricadute¹³⁹. La prudenza usata per P.A. può essere giustificata

¹³⁷ AOST, Cartelle cliniche, O.P. Uomini 1571-1660, n. 1579, *Diario clinico*.

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ Ivi, *Allegato al biglietto di sala* (01/07/1915).

dall'ipotesi che nei primi mesi di guerra non era ancora diffuso il clima allarmistico degli anni seguenti, per cui tra le autorità militari prevaleva ancora la tradizionale propensione ad allontanare qualsiasi minaccia alla disciplina interna alla prima avvisaglia di comportamenti anomali. Dopo un anno di guerra e la crescente carenza di uomini, ci fu effettivamente un cambio di rotta verso una maggiore attenzione al recupero di forze, ma non vennero applicate in modo sistematico le misure estreme caratteristiche del pensiero di alcuni psichiatri come Placido Consiglio. Per l'assegnazione di riforme dal servizio i sanitari del S. Artemio non potevano agire troppo liberamente, ma potevano intervenire sulle tempistiche di ricovero. Oltre alle numerose licenze proposte, fu ampiamente sfruttata la possibilità di prolungare le osservazioni cliniche oltre i 90 giorni previsti dal Decreto Luogotenenziale n. 704 del 25 maggio 1916, il quale aveva a sua volta aumentato il periodo massimo di 30 giorni precedentemente previsto dalla normativa¹⁴⁰. Quando i medici ritenevano i dati raccolti non sufficienti alla formulazione di una diagnosi avevano quindi la possibilità di chiedere un'ulteriore permanenza del ricoverato alle autorità militari. In totale, a Treviso, più del 50% dei casi restò in osservazione per più di tre mesi¹⁴¹. L'alto numero di richieste in un contesto come quello del S. Artemio, ufficialmente un reparto militare sottoposto alle autorità dell'Esercito, fa pensare che all'onestà scientifica di evitare diagnosi affrettate venisse affiancata l'esigenza umana di aumentare il riposo di quei militari che, nonostante i disturbi rilevati in manicomio, non avrebbero ottenuto la riforma dalla commissione giudicatrice. A volte la consapevolezza di trovarsi di fronte a individui non perfettamente equilibrati dal punto di vista psichico, anche se non folli, portava i medici e il direttore a consigliare il rientro in servizi di deposito¹⁴², lontano dai combattimenti, o in generale l'attribuzione di mansioni non eccessivamente logoranti¹⁴³. Richiamando l'attenzione sui provvedimenti proposti alle autorità militari piuttosto che sulle interpretazioni cliniche, si evince che Zanon Dal Bò e il suo personale tenevano in gran considerazione la potenza perturbatrice della guerra e del servizio militare in generale. Una pratica sanitaria a prima vista incoerente con gli scritti del 1920 e del 1921, ma che conferma le riflessioni dello psichiatra Gerardo Favaretto sul modo in cui in Italia vennero assimilate le novità osservate: «negata dal punto di vista medico, l'influenza dello shock sulle emozioni e sulla condizione nervosa – peraltro ampiamente riconosciuta in tutti gli altri paesi belligeranti - riappare anche in Italia nella forma di una prognosi favorevole e nel riconosciuto diritto al riposo»¹⁴⁴. Va ricordata inoltre la dichiarata provvisorietà delle teorie sulla predisposizione come agente necessario alla comparsa delle malattie mentali nei soldati. Zanon Dal Bò nei

¹⁴⁰ Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia, 12 giugno 1916, p. 3046.

¹⁴¹ N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto. 1915-1918*, cit., p. 32.

¹⁴² «Con *deposito* si intendeva il Centro deposito rifornimento uomini, dove le reclute appena arruolate venivano addestrate in attesa di rimpiazzare le perdite dei battaglioni al fronte. Al deposito stavano anche i militari dichiarati "non idonei alle fatiche di guerra" ma non riformati [...]; questi provvedevano alle varie incombenze del magazzino reggimentale, collegato al deposito». M. Vanini, *Alcune note statistiche dal Manicomio Provinciale di Como, 1915-18*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, cit., p. 415.

¹⁴³ Su un campione di 171 cartelle di militari restituiti ai propri reggimenti tra il 1915 e il 1916, sono 21 quelle che presentano tale caratteristica (12%).

¹⁴⁴ G. Favaretto, *Le malattie mentali, i soldati della Grande Guerra e il Sant'Artemio di Treviso*, cit., p. 192.

suoi articoli parlava infatti dei soli dichiarati ufficialmente malati e non di tutti quelli passati in osservazione, in maggioranza privi di vere e proprie patologie e quindi esclusi dai discorsi sulla predisposizione. Quest'ultimo punto credo sia fondamentale per comprendere a pieno il rapporto apparentemente contraddittorio tra teorie e prassi in Zanon Dal Bò e altri psichiatri protagonisti della Grande Guerra.

Alla luce dell'esperienza trevigiana e di altre analizzate nei prossimi capitoli, è possibile osservare una dinamica decisiva per l'organizzazione del servizio neuropsichiatrico italiano durante il conflitto: il contrasto tra l'ottica militare e quella medica; la prima appartenente a medici e autorità varie che davano priorità ai bisogni dell'Esercito combattente, a differenza di chi cercava invece di salvaguardare almeno parzialmente la funzione terapeutica del proprio lavoro. L'entusiasmo patriottico dimostrato da Zanon Dal Bò nei suoi articoli non era di certo paragonabile a quello ostentato da certi suoi colleghi. Quando fu chiamato alle armi, la Deputazione provinciale di Treviso chiese anche il suo esonero dal servizio militare per non privare l'istituto di una figura essenziale. Il Ministero della Guerra rispose negativamente, «non essendo la carica di direttore di Manicomio compresa fra quelle previste dall'istruzione sulla dispensa dalle chiamate alle armi in congedo»¹⁴⁵. Venne comunque prospettata la possibilità che il direttore restasse a Treviso arruolandosi volontariamente e inviando in seguito una richiesta di assegnazione a servizi funzionanti nel luogo di residenza¹⁴⁶. La carenza di personale medico militare non permetteva una percentuale alta di esoneri dalla chiamata ma era necessario che allo stesso tempo i direttori degli ospedali psichiatrici restassero in carica per dirigere i reparti militari che si andavano organizzando nei propri istituti. La maggioranza degli psichiatri operanti nel servizio sanitario militare proveniva dal mondo civile. Arruolati solo durante il conflitto, erano poco pratici del modo in cui nell'Esercito venivano affrontati i casi di malattia mentale. La parziale incompatibilità tra necessità belliche e scopi sanitari si sovrapponeva inoltre a una dicotomia tutta interna alla sanità militare: sacrificare la qualità alla quantità e arruolare il maggior numero possibile di individui inasprendo i criteri per l'assegnazione delle riforme, o viceversa permettere la sola permanenza di uomini perfettamente sani in tutti i reggimenti.

Durante l'ultimo anno di guerra sul *Giornale di Medicina Militare* si svolse un vivace dibattito sul destino da riservare ai soldati che presentavano solo lievi disturbi mentali. Placido Consiglio, per esempio, era fortemente preoccupato della selezione negativa che sarebbe scaturita sacrificando al fronte gli uomini migliori dal punto di vista fisico e mentale invece che individui moralmente anomali, anche se non propriamente malati. Era quindi favorevole all'inquadramento di questi ultimi in reparti speciali da impiegare in operazioni pericolose. Sulle stesse posizioni interveniva Cesare Agostini, neuropsichiatra operante per l'armata della zona Carnia, che parlava di un inutile «salvataggio di scorie sociali»¹⁴⁷. A criticare tali posizioni era il direttore della rivista, Edmondo Trombetta, che ricordava invece la priorità assoluta da accordare al mantenimento della disciplina interna e all'efficienza operativa dei reparti combattenti,

¹⁴⁵ AOST, Amministrazione, Personale Direttore, n. 307. *Regia Prefettura di Treviso* (20 maggio 1915).

¹⁴⁶ *Ibid.*

¹⁴⁷ C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'Eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, cit., pp. 160-162.

seriamente minate dalla presenza di elementi che non sarebbero divenuti una forza in più per la truppa ma un peso da trascinare. L'intervento di Giacomo Pighini, schierato con Trombetta, è significativo per l'accento che fa al mutato scenario del 1918: «per un errato concetto di sacrificare la qualità alla quantità, e di non creare categorie di beneficiati dell'esenzione dalla trincea, si è voluto rimpinzarlo questo esercito nostro di tutte le scorie possibilmente utilizzabili, sia fisiche che morali»¹⁴⁸. A Treviso la seconda strada fu la più praticata, anche se li agivano soprattutto ragioni di ordine sanitario più che di efficienza dei reparti combattenti dato che fu spesso estesa di non pochi mesi l'assenza dei militari dai propri corpi attraverso le proposte di proroghe di osservazioni, riforme, licenze di convalescenza e assegnazione a servizi sedentari. Era proprio questa 'perdita di tempo' che veniva criticata da personaggi come Emilio Riva e Placido Consiglio, propugnatori di una velocizzazione delle degenze e di una semplificazione dei provvedimenti medico-legali. Visione che avrebbe avuto l'occasione di concretizzarsi con la creazione del Centro Neuropsichiatrico Militare di Prima Raccolta di Reggio Emilia.

Il largo utilizzo che si faceva a Treviso delle richieste di prolungamento del periodo massimo di osservazione di militari in reparti psichiatrici costituisce uno dei punti di maggiore divergenza pratica tra l'universo militare e quello manicomiale. Le tempistiche in periodo di guerra dovevano essere per forza di cose accelerate in tutti i settori coinvolti nella guerra, ma nel caso delle malattie mentali potevano occorrerci anche molti mesi prima della formulazione di una diagnosi completa. Si temeva per l'assenza prolungata soprattutto degli ufficiali, la cui carenza nell'Esercito superava di gran lunga quella dei soldati¹⁴⁹. Non sono da escludere inoltre esigenze di tipo economico, essenziali quanto gli uomini in trincea per la vittoria in guerra. Le rette che l'amministrazione militare pagava per i non graduati erano basse rispetto a quelle dovute per gli ufficiali¹⁵⁰, i quali, tra l'altro, presentavano una percentuale maggiore di ricoveri psichiatrici rispetto alla truppa sul totale degli effettivi¹⁵¹. Il richiamo che Zanon Dal Bò ricevette dalla direzione dell'Ospedale militare di riserva di Treviso evidenzia il bisogno di risparmio più che di uomini da rispedire al fronte:

Il periodo d'osservazione, piuttosto lungo, al quale in via normale rimangono soggetti gli Ufficiali ricoverati in cotesto Manicomio, crea inconvenienti di non lieve entità, specialmente nei riguardi amministrativi, visto che durante l'osservazione gli Ufficiali stessi ricevono, come del resto è logico, le cure del caso.

¹⁴⁸ Ivi, pp. 162-163.

¹⁴⁹ Nel gennaio del 1916 gli ufficiali erano poco più del 4% della forza totale alle armi. Furono attuati diversi provvedimenti per aumentare il loro numero ma nell'ottobre del 1918 erano ancora il 6,3% circa degli effettivi nell'Esercito. M. Isnenghi e G. Rochat, *La Grande Guerra. 1914-1918*, cit., p. 238.

¹⁵⁰ Se nella maggior parte degli ospedali psichiatrici la differenza era tra soldati e ufficiali, a Treviso la retta dovuta dalle autorità militari per i soldati variava anche a seconda del grado: «Ufficiale superiore-Lire 10, Capitano-Lire 6, Tenente e Sottotenente-Lire 4, Truppa di qualsiasi grado e corpo-Lire 2,70. AOST, Amministrazione, 1915-Ospedale Territoriale Varie, *Convenzione privata per il ricovero di militari colpiti da alienazione mentale in guerra nel Manicomio provinciale di Treviso*.

¹⁵¹ B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, cit., p. 118. Nell'ospedale psichiatrico di Treviso gli ufficiali erano presenti nella misura del 10% del totale dei militari ricoverati. N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto. 1915-1918*, cit., p. 27.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Essendo d'altra parte mio desiderio che le circolari 372 Giornale M.re 1912 e 716 Giornale M.re 1916, abbiano ad avere una esatta interpretazione, interesse la S.V. a voler presentare ogni singolo ricoverato nel più breve termine, e possibilmente non oltre i quindici giorni dal ricovero, alla visita medica collegiale, il cui giudizio determinerà la situazione definitiva dell'Ufficiale nei riguardi della retta.

Va da sé che una volta riconosciuto abbisognevole di cure, l'ammalato continuerebbe a rimanere degente in cotesto Stabilimento, soggetto però al pagamento della retta. Gradirò un cenno di assicurazione.¹⁵²

Gli ammonimenti non furono sufficienti a modificare l'atteggiamento di Zanon Dal Bò. La lettera è datata 24 dicembre 1916 ma nel 1917 la percentuale di richieste di prolungamento delle osservazioni aumentò fino al 58% sul totale delle osservazioni, invece che diminuire¹⁵³, anche se gli spazi di manovra erano ufficialmente ristretti non solo per le possibili pressioni dei comandi ma per la posizione che avevano i direttori dei manicomi nel processo decisionale sui militari. A Treviso la convenzione che regolava i rapporti tra la direzione dell'ospedale militare di riserva e il manicomio subordinava il parere degli alienisti alle decisioni della prima¹⁵⁴. Tuttavia, dai documenti non sembra che le autorità militari abbiano contrastato i provvedimenti suggeriti dai medici del S. Artemio, lasciando quindi una certa libertà d'azione, se si escludono i richiami per le continue richieste di allungamento dei periodi di ricovero. Un'ulteriore conferma del fatto che in un clima di mobilitazione patriottica del ceto medico e in particolare di quello psichiatrico, non tutti gli attori adottarono in pieno la prospettiva militarista simboleggiata dalle figure di Placido Consiglio e Emilio Riva.

Se per questi ultimi, per esempio, era di vitale importanza praticare un'attenta vigilanza dei sospetti simulatori, la scarsa presenza di riferimenti nella documentazione clinica del S. Artemio fa supporre che per Zanon Dal Bò e i suoi collaboratori l'argomento non sembrava aver avuto sufficiente dignità scientifica. Una delle principali preoccupazioni delle autorità militari risultava quindi pressoché ignorata, come se anche i pochi tentativi scoperti fossero ininfluenti per il discorso clinico generale. Il soldato D.G.D., appartenente all'82° Reggimento Fanteria e detenuto del carcere militare di Agordo in provincia di Belluno, il 14 agosto 1915 fu colpito improvvisamente da una «sindrome stuporosa». Dopo aver transitato in un paio di ospedali della zona arrivò al S. Artemio il 20 agosto dove mantenne un contegno immobile e taciturno, alternato a comportamenti goffi ed espressioni verbali ripetitive, giudicato da subito sospetto¹⁵⁵. Le informazioni anamnestiche inviate dal Comune di Roma erano esplicite rispetto alla caratura del personaggio: pericoloso pregiudicato per condanne di furto e oltraggio a pubblici ufficiali, ozioso, convivente con una donna senza vincolo di matrimonio, ma soprattutto fratello di un pregiudicato abituale simulatore di

¹⁵² AOST, Amministrazione, 1917.VIII Relazione con le Autorità, n. 4047. *Ufficiali ricoverati in Manicomio*.

¹⁵³ N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto. 1915-1918*, cit., p. 32.

¹⁵⁴ AOST, Amministrazione, 1915. Ospedale Territoriale. *Varie, Convenzione privata pel ricovero di militari colpiti da alienazione mentale in guerra nel Manicomio Provinciale di Treviso* (registrata il 19/08/1915).

¹⁵⁵ AOST, Cartelle cliniche, O.P. Uomini 1661-1730, n. 1665, *Storia clinica*.

epilessia e malattie mentali¹⁵⁶. Tutto ciò confermava il sospetto dei sanitari a Treviso, ma questi decisero comunque di non etichettare il ricoverato come simulatore. Fu dimesso per guarigione e consegnato ai Carabinieri perché detenuto, con la specificazione di aver simulato unicamente i comportamenti più gravi¹⁵⁷. Nel caso di M.G., arrivato a Treviso il 25 agosto 1917, emergono invece le diverse vedute di medici militari di carriera e alienisti manicomiali entrati a far parte dell'Esercito in occasione della guerra. La dichiarazione medica inviata dal reparto neuropsichiatrico dell'Ospedale Militare di Tappa di Belluno non lasciava dubbi circa il tentativo di simulazione:

Il soldato [...] del 33° Regg.to Fanteria di Marcia, la mattina del 1° luglio u.s. improvvisamente diede segni di alienazione mentale. Come si deduce da una dichiarazione del Sanitario Reggimentale il soggetto, alzatosi un'ora prima della sveglia, cominciò a gridare "SI PARTE, SI PARTE", a dimenarsi, a correre per la camerata con i pugni chiusi, a vagare per la campagna dopo aver scavalcato una finestra aperta a viva forza. [...] Il giorno 20 luglio giunse a questo Reparto con diagnosi di "AMENZA CONFUSIONALE".

Qui ha tenuto un contegno per qualche giorno confuso poi astenico. Entrambe le suddette caratteristiche di contegno evidenti in speciali contingenze di tempo (particolarmente durante la visita medica) cedevano quando il ricoverato si credeva fuori di osservazione. [...] Dal 18 agosto in poi il soggetto completamente riordinato anche nell'apparenza ha tenuto costante contegno tranquillo rivelando integrità di vita intellettuale, povertà di sentimento etico.

[...] Pur avendo costantemente avuta netta impressione della intenzionalità del soggetto nell'allegare una sindrome psicopatica, pure per il diagnostico di "AMENZA" posto da un sanitario specializzato che aveva potuto constatare la sintomatologia nel suo primo insorgere e nel suo massimo sviluppo, non lo giudicammo simulatore ma lo ritenemmo guarito. [...]

Ottenuto dalla Giunta Sanitaria il periodo di riposo di trenta giorni da trascorrere nel Convalescenziario di Montebelluna, il soggetto rimase altri due giorni in questo reparto, integro nella psiche, ordinato nel contegno, fisicamente sano.

Ieri, arrivato a Montebelluna, all'atto di scendere dal treno per proseguire per il Convalescenziario opponeva viva resistenza, assumeva contegno impulsivo gridando "SI PARTE SI PARTE. QUESTO È IL TRENO, NON VOGLIO SCENDERE"; furono necessarie misure contenitive.

Il nuovo episodio morboso riprodotte tutte le caratteristiche del pregresso insorto senza causa apprezzabile, conferma più l'ipotesi di una simulazione che quella del ripetersi di uno stato amenziale. L'amenzia infatti è uno stato morboso acuto della mente caratterizzato da sintomatologia confusionale che ripete sempre la sua insorgenza da una causa o patematica o tossica o esauriente.¹⁵⁸

Nonostante i sospetti, inizialmente il Capitano Medico Tronconi aveva adottato addirittura una certa clemenza che non poté essere mantenuta alla luce dei successivi avvenimenti della stazione di Montebelluna. Le prove della malafede del soldato non erano invece così evidenti per i sanitari del S. Artemio i quali, prima dello sgombero

¹⁵⁶ Ivi, n. 18065-Comune di Roma (08/11/1915).

¹⁵⁷ Ivi, *Storia clinica*.

¹⁵⁸ AOST, Cartelle cliniche, O.P. Uomini 3521-3600, n. 3524, *Ospedale militare di tappa di Belluno-Dichiarazione medica* (26/08/1917).

di novembre, formularono la diagnosi di «amenza sintomatica in nevrosico»¹⁵⁹. Erano le osservazioni dei medici militari a essere troppo superficiali nel caso di patologie difficili da inquadrare o erano gli psichiatri dei manicomi ad avere poca dimestichezza con la proverbiale furbizia di chi tentava una via di fuga anche solo temporanea? La questione è complessa da analizzare soprattutto perché la linea che separava l'esagerazione di una malattia lieve da una vera e propria malattia mentale sembrava molto sottile.

Le incompatibilità prodotte dalla commistione tra mondo militare e mondo ospedaliero giocavano un ruolo decisivo. La comparazione di alcuni casi clinici osservati prima al S. Artemio e successivamente al manicomio provinciale di Napoli, la cui denominazione ufficiale era Manicomio di Capodichino, può essere utile per le caratteristiche di quest'ultimo. La lontananza dal fronte di combattimento e l'assenza di un reparto riservato ai soldati rendeva le loro degenze del tutto simili a quelle degli altri pazienti; a ciò si aggiungeva il fatto che molti di loro avevano ottenuto il decreto di riforma prima del trasferimento, per cui non erano soggetti a quella vigilanza particolare caratteristica dei reparti psichiatrici militari. Il direttore, Cesare Colucci, non fu richiamato alle armi e non ebbe rapporti assidui con le autorità se non per le questioni riguardanti i militari ancora in uniforme. Un ambiente ospedaliero decisamente diverso da quelli maggiormente coinvolti nel servizio neuropsichiatrico.

In alcuni casi la linea adottata da Zanon dal Bò fu morbida nei confronti dei soggetti insofferenti verso la guerra. I.G. entrò al S. Artemio il 18 aprile 1917¹⁶⁰, proveniente dall'Ospedale da campo n. 082 dove era stato portato a seguito del congelamento dei piedi. Dopo aver ricevuto una lettera dalla propria famiglia, dove veniva raccontato il disagio economico vissuto a causa della guerra, cominciò ad avere manifestazioni di delirio catastrofico e persecutorio, con crisi impulsive che costrinsero i medici ad applicare misure coercitive forzate¹⁶¹. Il primo giudizio del consulente militare non era privo di sospetti:

Una serie di constatazioni semeiologiche (confusione mentale saltuaria, ostentazione di inquietudine e accentuazione dell'espressioni deliranti in peculiari condizioni di tempo e di luogo, elencazione spontanea di dati anamnestici surriferiti [...]) inducono al sospetto che uno stato depressivo da causa patematica, realmente esistente, sia dal soggetto intenzionalmente esagerato. Un'ulteriore osservazione potrà dire se detta esagerazione esiste [...].¹⁶²

Il riferimento ai dati anamnestici espressi volontariamente dal paziente (svariati precedenti familiari tra cui alcuni ricoveri manicomiali) sono significativi di un problema, quello della raccolta dei dati anamnestici, fondamentale per gli psichiatri durante le osservazioni soprattutto dei casi al limite tra semplici disturbi e vere malattie mentali, quelli cioè più adatti all'esagerazione cosciente di sintomi reali. I precedenti familiari erano un'arma a doppio taglio: se da una parte potevano facilitare una

¹⁵⁹ Ivi, *Diario clinico*.

¹⁶⁰ AOST, Cartelle cliniche, O.P. Uomini 3101-3150, n. 3107, *Frontespizio*.

¹⁶¹ Ivi, *Verbale del Consulto tenuto col Consulente Psichiatra Capitano Medico Tronconi Prof. Alessandro*.

¹⁶² *Ibid.*

proposta di riforma dal servizio militare perché confermavano ipotesi patologiche, dall'altra avevano l'effetto di negare a priori il diritto a indennizzi e pensioni. In uno scenario dove quasi tutti i soldati osservati dagli alienisti avevano o avevano avuto episodi di malattia in famiglia, dato confermato dalle pubblicazioni degli stessi psichiatri ma che risulta pienamente visibile nelle cartelle cliniche, l'ipotesi che una parte degli interessati abbia mentito non è del tutto priva di fondamento; lo stesso discorso può valere inoltre per i parenti dei soldati, spesso gli unici a poter riferire subito notizie sul loro passato. Il fatto importante è che, reali o inventate, le tare ereditarie non potevano che contrastare fortemente la comprensione piena del potere patogeno della guerra, relegato quasi sempre a fattore ininfluyente o solo aggravante. In casi come quello di I.G., dove non era stato possibile avere una conferma delle sue dichiarazioni, queste potevano anche aumentare i sospetti dei medici militari. Trasferito al S. Artemio, non cambiò atteggiamento per più di 5 mesi: gli fu diagnosticata una «psicosi circolare» e fu trasferito al manicomio provinciale di Napoli, dopo essere stato riformato dal servizio militare il 28 settembre 1917¹⁶³. Il riassunto del diario clinico inviato a Napoli riferiva: «fu sempre depresso, iracondo con idee di rovina e di accusa familiare. Rallentamento ideativo, taciturno, solitario, abulico. Non presentò né miglioramento né peggioramento psichico»¹⁶⁴. Sin dal primo giorno di osservazione gli psichiatri di Capodichino confermarono invece i sospetti del consulente nell'ospedale da campo:

28-9-917. Proviene dal Manicomio di Treviso con diagnosi di Psicosi circolare. Dubitiamo dell'esattezza della diagnosi formulata. L'infermo non si trova in una vera fase di inibizione psichica dolorosa. Assume un atteggiamento intenzionalmente stupido e fatuo.

Mostra di non sapere che si trova a Napoli. "Napoli, egli dice, è per lo meno cento chilometri lontano". Per saggiare la sua capacità orientativa nel tempo gli domandiamo quale sia il mese in corso, riferisce "Maggio, non li vedete i fiori sopra gli alberi?". Gli esibiamo delle monete. Ha la tendenza a diminuire il valore di tutte: una doppia lira viene riconosciuta per una lira, un soldo per un due centesimi.¹⁶⁵

Da uno stato di perenne agitazione I.G., arrivato nella sua città, si mostrò subito tranquillo anche se non proprio psicologicamente stabile. Gli psichiatri a Capodichino praticavano tecniche apparentemente semplici ma che proprio per questo sembravano essere efficaci nello smascherare l'intenzionalità di alcuni sintomi, se ovviamente si premette l'imparzialità adottata nella stesura dei diari clinici. Il giorno dopo I.G. cambiò atteggiamento: sapeva di trovarsi nel manicomio di Napoli e che proveniva da Treviso. Un'ulteriore conferma, agli occhi dei medici, delle prime constatazioni:

come di consueto si verifica in tutti simili soggetti mostra di ignorare i motivi per cui fu colà internato. Come è svanito il disorientamento nell'ambiente, incomincia a svanire anche quello nel tempo.

¹⁶³ Ivi, *Diario clinico*.

¹⁶⁴ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22-Uomini residenti nella provincia di Napoli, n. 5938, *Ospedale provinciale di Treviso (in S. Artemio) - Riassunto del diario clinico*.

¹⁶⁵ Ivi, *Storia clinica-Modificazioni e fasi*.

4-ottobre-1917. Riteniamo superfluo praticare l'osservazione di questo ricoverato. La sindrome psicopatica è svanita di incanto. Docile, lucido, bene orientato, logico, coerente. Può con sicurezza affermarsi che non ha avuto una vera forma di malattia mentale. Ne proponiamo al Sig. Direttore il licenziamento "per non constatata malattia mentale".¹⁶⁶

Casi del genere non furono rari nel manicomio partenopeo. Da Treviso, fino alla data dello sgombero, furono inviati non meno di 7 soldati con diagnosi di patologie o sindromi mentali. Furono 3 quelli giudicati esplicitamente simulatori o esageratori. Il campione è ristretto ma ricalca la proporzione riscontrata nelle cartelle cliniche del manicomio provinciale di Napoli (poco meno del 50% di dimessi per non constatata pazzia su poco meno di 500 soldati o ex-soldati). Al di là del dato quantitativo, il fenomeno dei simulatori, degli esageratori e dei pregiudizi attorno a loro è un campo d'indagine proficuo per chiarire ulteriormente il complesso rapporto tra due universi professionali che furono costretti a convivere per il comune sforzo bellico. Può essere quindi utile affrontare il pensiero e l'opera pratica di Luigi Cappelletti, psichiatra di formazione manicomiale particolarmente attento al tema degli autolesionisti e dei simulatori a Venezia, dove dirigeva l'ospedale psichiatrico provinciale.

1.4 Pratica psichiatrica di un esperto di antropologia criminale. Luigi Cappelletti e il S. Servolo di Venezia

L'esperienza bellica di Luigi Cappelletti, direttore del manicomio maschile S. Servolo di Venezia¹⁶⁷ situato sull'omonima isola, evidenzia in modo chiaro le contraddizioni del concetto di disciplina applicato a due ambienti in cui serviva a scopi totalmente diversi. Anche se in alcuni manicomi non erano assenti interventi disciplinari simili a quelli praticati in una caserma, come l'isolamento, il potere decisionale degli alienisti sui propri pazienti non può essere posto sullo stesso livello di quello delle autorità militari. A Venezia, come a Treviso, la consapevolezza dei medici di non poter trattene a lungo tutti gli accolti che presentavano disturbi nervosi e mentali passibili di ricovero definitivo, per i quali non era di certo considerato positivo rivivere le stesse condizioni che avevano causato o aggravato i disturbi rilevati, andava di pari passo con il tentativo di assicurargli almeno un adeguato periodo di riposo. Il comportamento di Cappelletti è ancora più significativo per il fatto che era profondamente influenzato dall'antropologia criminale di stampo lombrosiano, intervenendo nei dibattiti a volte con posizioni tutt'altro che moderate.

La pratica medica di Cappelletti nei primi anni successivi alla laurea si svolse quasi per intero all'interno del manicomio di Ferrara dove lavorò dal 1892 prima come medico poi come vicedirettore, e fu influenzata dai direttori presenti in quegli anni, Clodomiro Bonfigli e Ruggero Tambroni, tra i maggiori protagonisti della scienza alienistica di fine Ottocento. Nel 1905 fu nominato direttore del manicomio di Pesaro ma vi rimase poco più di un anno. Nell'estate del 1906 passò alla direzione del S. Servolo

¹⁶⁶ *Ibid.*

¹⁶⁷ A Venezia le donne venivano inviate nell'Ospedale S. Clemente, situato su di un'altra isola.

di Venezia¹⁶⁸ nel contesto del cambio di amministrazione provocato da uno scandalo pubblico esploso qualche anno prima¹⁶⁹. Per inquadrare bene il pensiero di Cappelletti è utile fare riferimento in particolare alla sua attività didattica: nel 1898 promosse l'istituzione, assumendone anche l'incarico, della Cattedra di Antropologia Criminale presso l'Università di Ferrara, città dove cooperò anche alla fondazione di una Scuola di Polizia Scientifica che diresse nei primi anni accademici¹⁷⁰. Durante la presentazione del corso di Antropologia criminale che tenne presso l'Università di Ferrara nel 1899 ribadì agli studenti la durezza del suo parere rispetto al trattamento dei criminali riconosciuti incapaci di intendere e volere:

Si è creduto, e gridato forte in segno di protesta, che le affermazioni della scuola Lombrosiana aprissero le porte a tutti i birbanti, assolvessero i delinquenti della peggior specie. La ardità riforma nello esame del crimine, per la quale si è fissato in vece dello «studio astratto del delitto come ente giuridico quello positivo del delitto come fenomeno naturale e sociale» (Ferri) ha fatto paura: l'interpretare un delitto quale manifestazione di una costituzione psichica originariamente anormale o come espressione dell'influenza di un particolare ambiente perverso fu creduto costituissero la difesa naturale di tutti i delinquenti e conseguentemente la via aperta a tutti i criminali per delinquere a loro bell'agio e sfuggire alle pene sanzionate dai codici.

Errore codesto paradossale [...]. Giudicare infatti che un individuo è irresponsabile perché pazzo, perché nato con una costituzione psichica che per sua sfortuna lo rende incapace di vivere nei limiti segnati dalla morale e dalla civiltà non significa che questo individuo debba essere ammesso a vita libera, no, questo mai¹⁷¹.

Il modo per tenere la società libera da questi individui nocivi all'ordine pubblico era il ricovero a vita nei manicomi giudiziari, che rispetto al carcere potevano avere il vantaggio morale di privare il malato della macchia di pregiudicato, salvaguardando

¹⁶⁸ Archivio dell'ospedale psichiatrico San Servolo di Venezia (d'ora in avanti AOSV), Registro deliberazioni interne 1906, n. 1455/3891 *Nomina del Direttore di S. Servolo D. Luigi Cappelletti* (21/09/2018). Ereditò nel 1924 anche la direzione del manicomio femminile veneziano, il S. Clemente. Fu collocato a riposo nel 1935 e morì all'età di 84 anni, il 25 settembre 1952. T. Cortesi, *Luigi Cappelletti*, in AA.VV., *In memoria dei soci defunti*, «Ateneo Veneto», vol. 136, dicembre-1952, pp. 192-193.

¹⁶⁹ Dal 1715 l'isola, che allora ospitava il principale ospedale militare della Serenissima Repubblica di Venezia, era affidata ai Padri Ospedalieri di San Giovanni di Dio noti anche come Fatebenefratelli. Quando all'inizio dell'Ottocento l'isola divenne un manicomio in piena regola, accogliendo unicamente alienati, il gruppo religioso ne mantenne la gestione, ma sul finire del secolo questa risultava ormai in contrasto con l'evoluzione ottocentesca di una psichiatria che reclamava la cura dei folli in nome dei principi scientifici medici. Nel 1901 la Deputazione provinciale di Venezia istituì una commissione presieduta dallo psichiatra Ernesto Belmondo, direttore del Manicomio di Padova, con l'incarico di studiare eventuali lavori architettonici per far fronte al sovraffollamento. Gli ispettori avevano quindi un compito prettamente tecnico, ma le condizioni che vennero rilevate non poterono essere ignorate, così la relazione che venne prodotta portò alla luce una situazione estremamente degradata dal punto di vista igienico e un trattamento generale che prevedeva un'assidua adozione di misure contenitive anche disumane. V. P. Babin, *Liberi tutti: manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino 2009, p. 9; M. Galzigna (a cura di), *Museo del manicomio di San Servolo. La follia reclusa*, Arsenale, Venezia 2007, pp. 8 e 17-19.

¹⁷⁰ T. Cortesi, *Luigi Cappelletti*, in AA.VV., *In memoria dei soci defunti*, «Ateneo Veneto», vol. 136, dicembre-1952), p. 191.

¹⁷¹ L. Cappelletti, *Dignità scientifica dell'Antropologia criminale*, Tipografia dell'Eridano, Ferrara 1899, pp. 6-7, estratto da «Bollettino del Manicomio di Ferrara», fasc. 1, a. 1899.

il suo onore e soprattutto quello della sua famiglia¹⁷². Se vi erano criminali 'folli' liberi di circolare la colpa andava addossata al sistema penale; le perizie stabilivano semplicemente l'incapacità di intendere e volere, non l'assoluzione:

se mitigazione delle condanne a volte succede non è certo per difetto della scienza ma per difetto della legge che dà alla irresponsabilità una interpretazione ben diversa da quella che le si deve dare. Noi anzi abbondiamo in severità e in prudenza: noi pei criminali malati serriamo le porte non le apriamo come molti credono oggi¹⁷³.

L'influenza delle teorie antropologiche non portava tuttavia a posizioni organiciste scontate, caratterizzanti più lo stereotipo che la complessa realtà della psichiatria italiana. È utile a questo riguardo citare l'opinione di Bonfigli nel proemio dell'opera principale di Cappelletti, *La nevrastenia*, una sintesi di tutte le conoscenze dell'epoca riguardo questa patologia pubblicata nel 1904:

Non intendo di fare qui un esame sommario del libro, né rilevarne ad uno ad uno i pregi. Dirò solo, che la nevrastenia viene trattata dal Cappelletti per quello che oggi tutti i nevropatologi affermano essere essenzialmente, cioè per una malattia prevalentemente psichica.

Se male non m'oppongo è questa la prima opera completa sulla nevrastenia, che sia stata scritta da questo punto di vista.¹⁷⁴

Una malattia, quindi, in cui la rilevanza dei fattori psichici sopravanzava quella delle eventuali corrispondenze con disfunzioni organiche. Il concetto di nevrastenia avrebbe assunto una posizione non secondaria nelle vicende di guerra per la presenza di numerosi soldati che presentavano i disturbi tipici di quella che era allora la classificazione di questa patologia, che rientrava nel vasto campo delle nevrosi. La nevrastenia era definita da Cappelletti come

una nevrosi funzionale, basata su un affievolimento originario o acquisito dell'energia nervosa, per il quale ai facili fenomeni di eccitamento sussegue un periodo di pronto esaurimento a carico di tutte le funzioni, contraddistinta da taluni fondamentali sintomi psichici e fisici e principalmente da una stimmata psichica sovrana: lo stato di dubbio.¹⁷⁵

L'importanza data allo stress sia fisico che mentale poneva inoltre questa patologia come la più adatta per la futura interpretazione di numerosi casi tra i militari della Prima guerra mondiale.

Gli eccessivi sforzi intellettuali dispongono alla nevrastenia o la determinano con una frequenza così evidente per cui è necessario attribuire una grande importanza a questo momento eziologico [...].

¹⁷² Ivi, p. 7.

¹⁷³ Ivi, p. 8.

¹⁷⁴ L. Cappelletti, *La nevrastenia*, U. Hoepli, Milano 1904, p. X.

¹⁷⁵ Ivi, p. 6.

Un grande valore ha pure lo strapazzo morale e noi siamo proclivi a ritenerlo per nulla inferiore e forse superiore a quello precedentemente descritto. Parlando di altri momenti eziologici noi abbiamo rilevato il fattore emozionale, l'azione condeterminante di certi stati d'animo, che più di ogni altra cosa avvelenano la vita in ogni età, rendono penoso il lavoro, abbattano l'energia del sistema nervoso [...].

Anche lo strapazzo fisico, per lungo tempo ignorato o negato come momento eziologico, può essere fonte di nevrasenia. L'esperienza ha dimostrato che un buon contingente di nevrasenici è dato da lavoratori muscolari; il sistema nervoso presiede al lavoro fisico come a quello intellettuale e non v'ha ragione per dubitare che ove sia strapazzato si deprima ed esaurisca.¹⁷⁶

Una parte essenziale nell'interpretazione clinica della nevrasenia era quindi quella dei traumi psichici, ai quali Cappelletti dedicò un paragrafo del suo manuale. Un decennio precedente lo scoppio delle ostilità, utilizzando idee sostanzialmente accettate dalla comunità psichiatrica del tempo, Cappelletti descrisse caratteristiche patologiche facilmente accostabili a quelle che sarebbero state rilevate in gran numero negli anni 1915-1918. Un decennio prima lo scoppio delle ostilità la psichiatria italiana era pienamente consapevole del ruolo che giocavano le emozioni nei crolli nervosi:

La opinione più diffusa presentemente si è che il trauma può essere fonte, specie allorché esiste predisposizione, di un isterismo, di una nevrasenia, assai spesso di un'istero-nevrasenia oppure anche di una corea, di una paralisi agitante, ecc., in conclusione, non di una nevrosi speciale collegata intimamente alla causa traumatica. [...] È tuttavia provato che un traumatismo può provocare la nevrasenia anche negli individui immuni da ogni ereditarietà morbosa e che la nevrasenia traumatica può non differenziarsi affatto dalle altre forme di nevrasenia.

Nei casi di nevrasenia semplice, immune cioè, da ogni fenomeno che possa evidentemente riportarsi a lesioni anatomiche determinate del sistema nervoso centrale, non si saprebbe con sicurezza affermare se il trauma agisce perché origini alterazioni anatomiche, a noi sconosciute, o perché s'accompagna sempre con lo spavento che – come è noto – spiega notevolissima influenza nella genesi dello stato nevrasenico.

[...] noi riteniamo che, in generale, l'emozione grave cui si soggiace debba ritenersi la causa precipua per cui s'origina la nevrasenia.¹⁷⁷

Come nella maggior parte dei pareri più rappresentativi del dibattito psichiatrico italiano sulle malattie nervose e mentali dei soldati della Grande Guerra, la patogenesi della nevrasenia si trovava in bilico tra la predisposizione dei soggetti alla malattia e l'azione dei traumi fisici ed emotivi; veniva inoltre legata in modo diretto all'isteria, altra definizione ampiamente utilizzata durante il conflitto:

Un'associazione morbosa che merita di essere menzionata a parte per la sua frequenza, specie innanzi a certe determinate cause (traumi, sifilide – Fournier), è la *istero-nevrasenia*. [...]

L'istero-nevrasenia ha una particolare importanza poiché scaturisce frequentemente per l'azione di un traumatismo fisico o psichico su un terreno il più di sovente

¹⁷⁶ Ivi, pp. 29-34.

¹⁷⁷ Ivi, pp. 39-41.

predisposto da labe degenerativa: essa corrisponde alla nevrosi traumatica di Oppenheim e Thomsen [...].¹⁷⁸

La presenza già prima della guerra dell'esauriente descrizione di un complesso di sintomi del tutto simili a quelli osservati durante il 1915-1918, sintetizzati in quella serie di disturbi che rientravano sotto i due grandi gruppi delle isterie e delle nevrosi, può essere una causa non secondaria della riluttanza a considerare le patologie nervose e mentali dei soldati in guerra come entità cliniche a sé stanti, al di là del valore assegnato alla predisposizione. Ma questa era un'arma a doppio taglio per le autorità. Se le numerose dichiarazioni di malattia non dipendente da cause di servizio, legate alla frequente negazione degli eventi bellici come fattori scatenanti i disturbi, portavano come conseguenza la mancata assegnazione di pensioni e indennizzi di guerra, l'accostamento frequente di nevrosi e psicosi belliche alla nevrastenia o a patologie che richiedevano lunghi periodi di riposo portava gli psichiatri ad adottare una certa prudenza nel rispedire subito i soldati in servizio. A Venezia, come a Treviso, il direttore e i suoi assistenti cercarono di prolungare spesso il loro periodo di riposo, moderando così l'invasione del potere militare nella tensione che c'era tra la progressiva necessità di uomini e la consapevolezza dei medici che, data anche la frequenza delle ricadute, l'eccessivo prolungamento del servizio poteva essere dannoso anche quando vi erano segnali di forte miglioramento o di guarigione completa.

Data la limitata capacità di accoglienza il manicomio veneziano non ebbe un ruolo particolarmente importante per il servizio neuropsichiatrico militare. Dal 24 maggio 1915 a tutto il 1919 furono accolti, secondo il registro generale degli ammessi, non meno di 537 uomini appartenenti all'Esercito di terra¹⁷⁹: un numero relativamente basso se confrontato con gli ospedali psichiatrici di Treviso e Padova, colmi di pazienti provenienti da ospedali e ospedaletti situati in prima linea¹⁸⁰. Se nel primo anno e mezzo di guerra il S. Servolo di Venezia fu un centro secondario, la vicinanza con il fronte di combattimento e l'aggravarsi delle condizioni belliche favorirono un aumento progressivo di ricoveri, rendendo necessaria la costituzione di uno spazio appropriato anche a Venezia. Nel 1917 fu così organizzato un reparto predisposto per soli militari che funzionò fino alla data dello sgombero dovuto all'invasione austriaca del Veneto tra la fine di ottobre e l'inizio di novembre. Di recente Luigi Armiato, Fiora Gaspari e Maria Cristina Turola hanno ricostruito la storia generale del reparto che funzionò tra il febbraio e il dicembre di quell'anno. Un primo dato interessante ricavato dall'esame delle 221 cartelle cliniche conservate riguardanti 210 soldati¹⁸¹, riscontrato spesso anche nella documentazione sanitaria di altri casi presi qui in esame, riguarda i reggimenti di appartenenza: molti dei pazienti provenivano da

¹⁷⁸ Ivi, pp. 305-306.

¹⁷⁹ AOSV, Archivio amministrativo, 1.13.1-Registri generali, *Registro generale dei ricoverati dal 4 gennaio 1913 al 31-12-1932*, anni 1915-1919.

¹⁸⁰ In entrambi i casi furono ricoverati più di 1.500 militari nel solo periodo 1915-1917. N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto. 1915-1918*, cit., p. 26.

¹⁸¹ Lo scarto è dovuto al fatto che in alcuni casi furono redatte due cartelle cliniche separate quando un paziente entrava per la seconda volta in osservazione. L. Armiato, F. Gaspari e M. C. Turola, *Temporaneamente inadatti. La follia della Grande Guerra*, mostra organizzata sull'isola di San Servolo (03-30 marzo 2017).

truppe presidiarie o dalla Milizia Territoriale. La presenza di numerosi casi del genere, che limitavano l'ipotesi di una connessione diretta tra le patologie psichiatriche dei soldati e i metodi cruenti della guerra moderna, dovette apparire agli occhi dei sanitari del S. Servolo come una conferma di ciò che i dati anamnestici suggerivano e cioè la maggior influenza della predisposizione rispetto ai traumi psichici.

A differenza del Sant'Artemio di Treviso, fino al febbraio del 1917 il S. Servolo non era collegato direttamente con un'armata dell'Esercito, ma, come la maggior parte degli ospedali psichiatrici italiani, accoglieva principalmente soldati inviati dall'ospedale militare di riserva della città. I medici di quest'ultimo erano interessati per lo più al solo giudizio di idoneità al servizio militare con l'obiettivo di recuperare il maggior numero di uomini possibili al fronte o, se non adatti a combattere, da impiegare almeno in servizi sedentari per evitare un'inutile dispersione di forze. Il carattere disciplinare della psichiatria di guerra italiana, affermato spesso dagli storici del settore, risente quindi molto dell'ottica con cui venne affrontata la questione negli ospedali delle immediate retrovie e in quelli militari di riserva delle varie città italiane. I medici erano costretti dal richiamo patriottico o dal semplice senso del dovere ad assecondare il più possibile gli imperativi militari. Molti direttori manicomiali furono arruolati e dovevano quindi obbedire ai propri superiori, a differenza del tempo di pace in cui avevano poteri estesi nella gestione sanitaria e dovevano sottostare solo alle logiche economiche delle amministrazioni provinciali.

Come affrontò la situazione Cappelletti? Prima di analizzare i dati è necessario ricordare, in stretta connessione con la sua propensione all'analisi antropologica, uno studio sulla psicologia degli autolesionisti compiuto proprio durante la guerra su circa mille casi¹⁸².

Con le mie ricerche dovevo affrontare e possibilmente rispondere al quesito se questa condizione psicologica fosse costituzionale o no, se cioè, rappresentasse l'espressione di una struttura mentale innata o di cause successive perturbatrici di uno stato originario dinamicamente regolare. La statistica mi ha dato: salute fisica (autolesione a parte) sana nel 96% dei casi; [...] nevrosi pregresse nel 15% dei casi; [...] traumi psichici speciali personali di guerra non evidenti; sventure famigliari durante il servizio nel 4%. Tali cifre dimostrano che la determinazione a l'atto autolesionistico nei miei casi non trovò preparazione in fattori somatici e psicologici sopraggiunti, sufficienti ad offendere in grado notevole e durevole la energia neuro psichica ma ebbe cagione da una costituzione innata¹⁸³.

Al di là del valore scientifico, lo scopo era quello di determinare la posizione degli autolesionisti dal punto di vista medico legale. Al contrario che per le malattie mentali, dove la presenza di predisposizioni negava la possibile fruizione di pensioni e indennizzi di guerra, eventuali anomalie costituzionali negli autolesionisti potevano recare il vantaggio di un'attenuazione delle condanne che Cappelletti giudicava

¹⁸² Nell'archivio storico del San Servolo non sono state trovate informazioni a riguardo, ma è probabile che Cappelletti svolse altri compiti all'interno della Sanità militare veneziana oltre a quello relativo all'ospedale psichiatrico.

¹⁸³ L. Cappelletti, *Autolesionisti di guerra (note psicologiche)*, «Annuario dell'Università di Ferrara», aa. 1917-1918. Cit. in L. Raito, *Gaetano Boschi: sviluppi della neuropsichiatria di guerra (1915-1918)*, Carocci, Roma 2010, p. 75.

invece ingiustificata. Nel suo studio rilevò che solo il 27% degli esaminati avevano tare ereditarie mentre furono rilevate «stigmati degenerative antropologiche» in poco più di un centinaio di casi¹⁸⁴.

Da queste cifre è dato desumere che lo stato psicologico ipodinamico dell'autolesionista ha in mediocre proporzione substrato ereditario e in sensibile proporzione contemporaneità di anomalie antropologiche e funzionali, tenui però, poche di numero, e non tali da dare ai soggetti veste patologica o degenerativa: il fatto psicologico e quello ereditario, antropologico e funzionale si accordano adunque armonicamente per dimostrare che un'anomalia sussiste ma non tale da rivestire forma e attingere grado di infermità di cui possa nelle conseguenze medico legali trarre beneficio l'autolesionista. Era importante, oltre ciò, ricercare se l'anormale stato psicologico ipodinamico si associasse ad una condizione di immoralità costituzionale o acquisita. Le indagini mi dettero: criminalità nel 3%; cattiva condotta nel 9%; buona condotta nell'88%. Il che mi fa concludere che gli autolesionisti non sono tali perché abbiano l'animo, per disposizione innata o per vizio acquisito, amorale. Che vi possano essere fra essi soggetti criminali o di cattiva condotta è possibile ed io, infatti, ne ho trovato 3 casi: ma la criminalità o la immoralità, comunque integrate, non sono – lo ripeto – la cagione deterministica dell'autolesionismo. Fra i simulatori possono dirsi, moralmente, i meno tarati e difatti (Ascarelli) gli altri simulatori quasi sempre hanno cattivi precedenti e nella quasi totalità, hanno nella loro costituzione antropopsicologica la base criminale. Tale è, secondo me, la psicologia degli autolesionisti¹⁸⁵.

Gli «altri simulatori» erano quelli che invece di procurarsi una ferita, si fingevano malati nervosi o mentali. Nei confronti i questi ultimi Cappelletti era convinto che alla base di una simulazione vi era spesso una costituzione psichica e morale anomala, ai confini della linea di demarcazione tra normale e patologico. Un parallelismo che avrebbe portato Placido Consiglio a identificare quasi pienamente simulazione e malattia mentale¹⁸⁶. Anche quella di Cappelletti non era di certo una posizione morbida ed era potenzialmente coerente con ciò può essere considerata la prospettiva militare. Ma quanto influirono i suoi studi di antropologia criminale nei confronti della pratica psichiatrica durante la guerra? I due registri che raccolgono le cartelle cliniche dei 210 pazienti osservati nel reparto militare durante il 1917 riportano un'alta percentuale di uomini recuperati al servizio: 30 cartelle cliniche non contengono informazioni chiare, 42 furono giudicati idonei alle fatiche di guerra, 75 temporaneamente inadatti al servizio militare e solo 63 definitivamente non idonei. Per Cappelletti e i medici del reparto lo scopo militare non era per niente secondario, anche se la vicinanza con il fronte e le pressioni delle autorità militari furono probabilmente decisive in una città posta ufficialmente nella zona di guerra, sotto il controllo della Piazza marittima che dipendeva direttamente dal Comando Supremo. In un contesto dove la guerra era sentita particolarmente vicina le 75 dimissioni per inidoneità temporanea potrebbero indicare il tentativo dei medici di prolungare il periodo di riposo di soldati che, guariti totalmente o anche solo migliorati nella sintomatologia, una volta rinviati all'ospedale di riserva potevano anche essere rispediti subito al fronte. Adottando un'ottica

¹⁸⁴ Ivi, p. 76.

¹⁸⁵ Ivi, p. 76.

¹⁸⁶ Si veda p. 164 di questo lavoro.

‘militarista’ potrebbero, al contrario, essere considerati come malati aventi diritto alla riforma e che invece si cercò di reinserire nei ranghi dopo un periodo di convalescenza. La documentazione presente nelle cartelle cliniche mostra che tale dicotomia non era pienamente applicabile: in realtà non veniva seguita, almeno apparentemente, una linea precisa riguardo i casi potenzialmente recuperabili.

Tra quelli dichiarati immediatamente idonei al servizio militare, ci sono i casi tipici di soldati che non presentavano sintomi significativi durante le osservazioni; di conseguenza gli episodi che in precedenza avevano provocato l’invio in manicomio venivano giudicati simulati, o, se riconosciuti reali, guariti del tutto. Se per questi ultimi non vi era difficoltà alcuna da parte dei medici a richiedere la dimissione per non constatata pazzia, per i sospetti simulatori il discorso cambiava. Il ricovero di V.E., ventisettenne veneziano del 5° Reggimento Artiglieria Fortezza degente dal 30 agosto al 22 novembre 1917, rappresenta un caso simbolo dell’intransigenza verso i sospetti simulatori. Al ritorno da una licenza assegnata per «alcoholismo», fuggì dal proprio Corpo e si recò a Venezia: qui venne rinvenuto nelle acque della laguna dopo un tuffo dal ponte di Rialto¹⁸⁷. Non fu possibile raccogliere dati anamnestici, per cui fu giudicato dal solo comportamento avuto nel reparto nei primi giorni, in apparenza grave.

31.8.917 Tanq[uillo] ord[inato] ottuso. Interrogato risponde appena qualche monosillabo. Sembra disorientato. Richiesto perché sia scappato dal reggimento non risponde nulla. Dice di sentirsi male da per tutto. Presenta alle braccia tatuaggi che non dice dove li abbia fatti. Presenta pure una cicatrice al sopracciglio sinistro che dice d’essersi prodotto cadendo¹⁸⁸.

Dopo due mesi di degenza in cui le sue condizioni restarono invariate, il 29 ottobre fu notato un leggero miglioramento: riusciva a fornire qualche risposta sul suo passato militare ma continuava ad accusare i disturbi presentati dal primo giorno e a non ricordare i fatti principali, in particolare gli episodi che avevano provocato il ricovero. Continuò così fino al 21 novembre, quando venne proposta alla direzione la dimissione perché giudicato «alquanto migliorato»¹⁸⁹. La relazione inviata all’ospedale militare, brevissima come tutte le altre, consigliò il ritorno immediato in servizio: «presentò dapprima ottusità apatia e frequente cefalea; in seguito migliorò alquanto ed ora ha un contegno regolare. Per quanto presenti una costituzione degenerativa pure non presentando alcuna forma morbosa in atto lo si ritiene idoneo al s.m.»¹⁹⁰. Le condizioni descritte non sono propriamente quelle segnalate durante l’osservazione nel diario clinico, più gravi dal punto di vista sintomatologico. Furono forse i tatuaggi, segnale chiaro per i lombrosiani ortodossi, a convincere i medici della sua costituzione degenerativa, ma c’è da notare che in tutta la cartella clinica non vi è alcun accenno a una possibile simulazione o esagerazione di disturbi. Osservazioni simili a quelle di V.E. si trovano nella cartella di D’E.A., ma gli esiti medico-legali furono opposti. Entrò al S. Servolo il 5 agosto 1917 perché aveva commesso «atti insani che si

¹⁸⁷ AOSV, Sezione sanitaria, Tabelle nosologiche (cartelle cliniche), 2.11.1 Uomini usciti, b. 65.2 (rep. militare mag.-dic.), n. 421, *Nel biglietto di sala dell’ospedale militare è segnato* (30/08/1917).

¹⁸⁸ Ivi, *Stato psichico*.

¹⁸⁹ *Ibid.*

¹⁹⁰ Ivi, *Direzione del Manicomio di S. Servolo-n° 3077* (22/11/1917).

suppongono volontari», mostrandosi «amorale», «impulsivo», «prepotente» non appena rientrato al Corpo dopo una licenza di convalida¹⁹¹, proprio come il caso precedente. A differenza di quest'ultimo, tuttavia, i sospetti di simulazione erano stati avanzati da più voci. I dati anamnestici raccolti dalle autorità erano negativi ma la direzione fu informata dai Carabinieri della sua «cattiva condotta morale per reati contro le persone e la proprietà»¹⁹². Il Capitano della sua Compagnia, facente parte del 14° Battaglione Presidiaria, non aveva dubbi sul tipo di personaggio:

Poco socievole di carattere chiuso e prepotente ha sempre dimostrato insofferenza alla disciplina col manifesto proposito di sottrarsi al servizio al fronte. In Compagnia di simpegnò per parecchi mesi la carica di barbiere.

Il 16.6.916 venne inviato perché dichiarato idoneo alle fatiche di guerra al Deposito di convalida tappa di Verona ma nei pressi della stazione di Padova dando in escandescenza e frantumando i vetri del compartimento ferroviario riusciva a farsi ricoverare a quel posto di soccorso ed a non raggiungere la destinazione.

Da allora questo reparto non lo ebbe più in forza né saprebbe precisare le peregrinazioni che ha fatto. Il 7 luglio comparve improvvisamente in Compagnia proveniente da Napoli e dopo una permanenza di poche ore venne inviato dal medico del corpo a cod. ospedale. Al subordinato parere di questo Comando si ritiene trattarsi di un astuto simulatore. Venezia 9.8.17¹⁹³.

Anche nell'infermeria del battaglione di appartenenza aveva dato segni di forte agitazione deambulando pesantemente e minacciando i sanitari¹⁹⁴. La relazione stilata al S. Servolo, come le note segnate sul diario clinico, non accennavano neanche a una possibile simulazione; dichiarava inoltre che D'E.A. non era in grado di svolgere da subito il servizio, in netto contrasto con il parere del Capitano suo superiore:

in tutto il periodo d'osservazione si è sempre mantenuto ottuso, taciturno, alquanto depresso-apatico, estraneo all'ambiente, ma tuttavia abbastanza lucido e coerente.

Risulta che egli fu sempre molto irritabile e che per lievi cause presentava crisi di eccitamento con atti violenti.

Diagnosi: Costituzione psichica degenerativa.

Lo si ritiene temporaneamente inadatto al servizio militare. Il Medico Direttore [firmato] Cappelletti¹⁹⁵.

La presenza di cartelle che riportano la stessa diagnosi e note cliniche simili ma che contengono relazioni con proposte medico-legali diverse, dimostra che più dello stato clinico vero e proprio al S. Servolo era l'adattabilità caratteriale dei soggetti alla vita militare che veniva tenuta in considerazione. In ogni caso la facile assegnazione delle licenze di convalida, che seguivano quasi sempre le dichiarazioni di soggetto «temporaneamente inadatto al servizio militare», era proprio uno dei punti criticati da

¹⁹¹ AOSV, Sezione sanitaria, Tabelle nosologiche (cartelle cliniche), 2.11.1 Uomini usciti, b. 65.2 (rep. militare mag.-dic.), n. 384, *Nel biglietto di sala di S. Chiara è segnato* (09/08/917).

¹⁹² Ivi, *Stazione CC. RR. Di Montecalvario*.

¹⁹³ Ivi, *14 Batt. Pres. 39 Comp* (09/08/1917).

¹⁹⁴ Ivi, *14 Batt. Pres. Infermeria*.

¹⁹⁵ Ivi, *Direzione del Manicomio di S. Servolo in Venezia-n°2403* (28/09/1917).

quella fazione di psichiatri militari preoccupati di un eccessivo spreco di forze. Il lombrosiano Cappelletti, che pure vantava una percentuale di recuperati al servizio abbastanza alta, non arrivava tuttavia alle stesse conclusioni pratiche dell'altrettanto lombrosiano Placido Consiglio sulla questione dell'utilizzo dei 'degenerati'.

Cappelletti e il personale medico alle sue dipendenze non furono particolarmente duri anche in alcuni casi di simulazione quasi evidente. Il Caporale veneziano M.U. entrò al S. Servolo il 10 aprile 1917 perché a seguito della morte della madre, avvenuta pochi giorni prima del ricovero, entrò in uno stato depressivo manifestando propositi di suicidio¹⁹⁶. Non aveva precedenti patologici, né individuali né familiari, e aveva avuto sempre una buona condotta durante il servizio militare¹⁹⁷. Durante l'osservazione in manicomio non mostrò segni di ripresa, piangendo spesso e continuando a mostrarsi propenso al suicidio. Le note cliniche non riportano considerazioni su atteggiamenti sospetti ma è segnalata una lettera inviata dal Comandante del Deposito 58° Fanteria che informava dell'avvio di indagini sui precedenti penali di M.U., risultati in seguito inesistenti, con lo scopo di appurare se i tentativi di suicidio fossero dovuti a simulazione. In allegato venne inviata anche una lunga lettera anonima pervenuta il giorno prima al Comandante stesso:

Sig. Comandante, nel di lei Reggimento di Fanteria vi era il soldato di Venezia [M.U.], esso fu sempre sano di mente e di corpo, ma per sottrarsi al servizio militare si fa passare per matto e mi spiego:

Esso credo sia della classe 1895, ebbene nel Dicembre 1914 esso fu chiamato a prestare servizio militare, andò malvolentieri dicendo che non vol essere legato; vale a dire non volere essere sacrificato in caserma, ma la sua libertà, e disse in pubblico e con amici che avrebbe fatto poco il militare perché avrebbe fatto di tutto per farsi riformare; e difatti nel Aprile 1915 venne costì (perché allora era al Regg. di Cremona) a fare le feste di Pasqua ed ebbe 8 giorni di licenza; ½ ora prima che terminasse la licenza prese 2 o 3 pastiglie di Chinino, tanto è vero che il giorno dopo lo rimandarono al suo Regg.to; la ottenne 2 mesi di licenza che gli fu poi ricondotta a 40 giorni; ebbene quando venne costì in licenza e gli amici gli diedero tutti i titoli pel suo finto suicidio, esso disse, ho fatto apposta a far ciò perché mi riformassero come matto; [...] quando avrò terminato la licenza farò peggio e se non mi riformeranno fuggirò dal Regg.to: e così il tentato suicidio e far finta il peggiore del Reggimento, mi crederanno pazzo mi metteranno in sala d'osservazione per un po' di tempo, e io naturalmente farò la parte di matto e così mi riformeranno. Difatti tutto fece e dopo pochi giorni in osservazione lo riformarono, e dal 1915 a tutto il 9 aprile 1917 esso non attentò mai ai suoi giorni; fu 2 anni in ferrovia e andò appunto credendo di sottrarsi al servizio militare.

Ebbene quando fu chiamato alla nuova visita e dichiarato abile esso disse: Io non farò il soldato, se la volta scorsa ho fatto pochi mesi ora appena ne farò uno perché farò di nuovo da matto prenderò ancora 2, o 3 pastiglie di chinino davanti ai miei [...] e poiché per tale dose non si muore mi metteranno per un po' di tempo in manicomio. Io farò la mia parte di attore, cioè del matto e mi manderanno a casa; e così ha fatto il 9 aprile 1917 [...] ¹⁹⁸.

¹⁹⁶ AOSV, Sezione sanitaria, Tabelle nosologiche (cartelle cliniche), 2.11.1 Uomini usciti, b. 65.1 (1917 rep. militare, feb.-mag.), n. 201, 58° Rep. Fant. 12° Comp. 12/4/917.

¹⁹⁷ Ivi, *Il Comandante dei RR. CC. Di Cannareggio informa* (07/05/1917).

¹⁹⁸ Ivi, *Copia di una lettera anonima a carico [M.U.] pervenuta a ½ il Colonnello Comandante 58 Fant. Este* (09/04/1917).

La lettera continuava insistendo in modo pedante sulla malafede e la furbizia del conoscente, che si vantava inoltre di aver ingannato eminenti professori e Ufficiali superiori. Sembrerebbe una persona molto vicina a M.U., ma soprattutto informata sui fatti. I Carabinieri di Cannareggio (Ve) comunicarono alla direzione del S. Servolo che il paziente era stato effettivamente riformato il 2 giugno 1915 per «depressione melanconica e nevrasenia costituzionale», aggiungendo inoltre che si «vantava di aver ottenuto la riforma facendo apparire un male inesistente»¹⁹⁹. L'anonimo informatore aveva particolarmente a cuore le sorti di M.U.: inviò una lettera di denuncia anche al direttore Cappelletti riportando i fatti con gli stessi toni con cui aveva scritto al Comandante del 58° Reggimento²⁰⁰. Il paziente riconobbe la firma della lettera e affermò che si trattava di un parente che non conosceva bene perché non aveva mai avuto contatti con lui²⁰¹. Questo parente non era l'unico, tra l'altro, che tentava di avvisare le autorità dell'inganno. L'11 aprile era pervenuta al direttore del S. Servolo un'altra lettera di denuncia di simulazione firmata con un nome diverso rispetto alla precedente²⁰². Erano presenti tutti gli elementi di quei casi classici che i medici militari più severi interpretavano come simulazione conclamata: i tentativi di suicidio mai riusciti, l'aggravamento delle condizioni all'avvicinarsi della chiamata e l'intervento ammonitore delle autorità. In questo caso specifico si aggiungeva anche la denuncia da parte di ignoti patrioti. Non è stato possibile constatare la loro identità, la veridicità delle accuse e soprattutto la loro motivazione, ma la questione centrale è il comportamento di Cappelletti di fronte a un caso del genere. La relazione inviata all'ospedale militare non parlava neanche, come per molti altri, di non constatata pazzia e formulava la diagnosi di «stato depressivo psicastenico» ritenendo il soggetto «temporaneamente inadatto al servizio militare»²⁰³.

Partendo da un'ottica meno influenzata dal pregiudizio sull'invasione del potere militare e che tiene conto delle singole vicende, è possibile considerare molti dei 75 soldati dimessi dal S. Servolo per inidoneità temporanea come casi in cui venne concessa una pausa da quelle condizioni di forte stress che avevano provocato il ricovero e che potevano colpire potenzialmente tutti gli arruolati. Testimoniano inoltre la prudenza che veniva usata per le possibili conseguenze di un immediato ritorno in servizio, come i frequenti tentativi di suicidio²⁰⁴, anche da parte di chi avrebbe dovuto rappresentare la scuola antropologica militare legata al nome di Lombroso. Cappelletti, come la maggior parte dei protagonisti della psichiatria italiana durante la Grande Guerra, era innanzitutto uno psichiatra e poi un militare. Le conclusioni dei curatori di una mostra del marzo 2017 dedicata alla storia di S. Servolo, secondo cui non era

¹⁹⁹ Ivi, n. 2172-*Legione territoriale dei Carabinieri Reali di Verona. Venezia, 18 Maggio 1917.*

²⁰⁰ Ivi, *Copia della II lettera anonima a carico [M.U.] pervenuta al Prof. Cappelletti direttore del Manicomio 8/5/17.*

²⁰¹ Ivi, *Diario clinico (15/05/1917).*

²⁰² Ivi, *Copia della I lettera anonima a carico [M.U.] inviata al Sig. Direttore del Manicomio di S. Servolo-Prof. Cappelletti 11/4/917.*

²⁰³ Ivi, n. 1270-*Direzione del Manicomio di S. Servolo in Venezia (17/05/1917).*

²⁰⁴ Al San Servolo furono 52 i casi di tentato suicidio nel periodo immediatamente precedente il ricovero dei quali 13 furono giudicati non genuini, compiuti cioè con l'unico scopo di richiamare l'attenzione. L. Armiato, F. Gaspari e M. C. Turola, *Temporaneamente inadatti. La follia della Grande Guerra*, mostra organizzata sull'isola di San Servolo (03-30 marzo 2017).

per nulla compiacente nei confronti delle direttive dall'alto a causa dei suoi frequenti giudizi di non idoneità al servizio militare²⁰⁵, sembrano comunque essere troppo sbilanciate alla luce dell'alta percentuale di recuperati al servizio rilevabile dai dati dei registri. Le riforme dal servizio militare, assegnate dalle autorità militari sempre sulla base delle relazioni inviate dal manicomio, non sembra siano state proposte con assidua frequenza. Nel reparto militare ammontarono al 30% (63 su 210), mentre per i restanti 327 ricoverati non è possibile ricavare dati precisi dato che le cartelle cliniche non contengono informazioni chiare a riguardo. In un registro che segnala 369 militari accolti principalmente nel 1917 sia nel reparto militare che nelle sezioni comuni²⁰⁶, sono indicati 99 provvedimenti di riforma attuati (circa il 27%)²⁰⁷.

Se la dichiarazione di temporanea inabilità al servizio, seguita quasi sempre dall'assegnazione di una licenza, faceva guadagnare un po' di tempo ai soldati, non precludeva del tutto il futuro ritorno in servizio anche in casi di gravi patologie. Z.F., soldato foggiano sifilitico in servizio sedentario a Stra (Venezia,) presso il 169° Battaglione della Milizia Territoriale, durante un turno di guardia aveva sparato improvvisamente dei colpi di fucile verso il portone della chiesa parrocchiale. Fu inviato al S. Servolo accompagnato da un giudizio di sospetta simulazione a causa dei suoi atteggiamenti insofferenti verso la disciplina militare; durante il primo ricovero, avvenuto tra il maggio e il giugno del 1917²⁰⁸, scrisse una lettera che molto probabilmente confermò agli occhi dei medici il tentativo, fallito, di ottenere una riforma:

Salandra Antonio Presidente del Parlamento, che bel titolo che hai saputo a[c]quistare fra i figlioli ignoranti con il tuo amico Sonnino ma voi siete indegni di avere quella carica perché voi prima della guerra avete avuto sempre la coscienza Nerone [...] vigliacchi!.. responsabili di tanta malvagità [...], pensate un po' quante povere donne vedove che sono rimaste coi propri figli perduti i loro genitori per la grandezza dei vostri portafogli...non vi viene il rimorso di anima voi vigliacchi...quando andate a letto non vi viene per la vostra mente i delitti che avete fatto fare e quel che voi avete fatto che avete rimaste alle povere madri una piaga insanabile, dei poveri figli che avete rapiti dai propri genitori, che appena di tenera età anche a me mi avete fatto del male mi avete fatto morire mio padre di dolore dei figli, che mamma è già morta e un mio fratello che non si sa che fine abbia fatto, che da tanti mesi non si sa sue notizie, cercate assassini di farla finita vigliacchi. Anche io avevo qualche cosa e prima della guerra io uomo di 40 anni e sto ancora [...] a avere qualche cosa di moneta e ora ho finito tutto e mi sono venduto tutto il vestiario che quando sarà il giorno fatale che noi aspettiamo io dovrò andare ancora vestito con spoglie militari, e voi ladri avete accumulati i beni con il sangue dell'umanità la avete a[c]quistati senza del vostro sudore,

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ Furono ammessi 48 soldati entro il febbraio 1917 e 25 dal 9 novembre 1917 al febbraio 1918. AOSV, Archivio amministrativo, 2.1.1-Registri militari, n. 5 (1914-1918).

²⁰⁷ AOSV, Archivio amministrativo, 2.1.1-Registri militari, n. 5 (1914-1918). C'è una differenza di circa 100 cartelle cliniche rispetto a quelle raccolte nei due faldoni dedicati al reparto militare, facendo supporre che non furono solo 210. Ciò è confermato anche dalla rilevazione compiuta sul registro generale dei ricoverati, dove sono presenti almeno 260 ammessi tra il febbraio e il 9 novembre 1917, data dello sgombero finale. AOSV, Archivio amministrativo, 1.13.1-Registri generali, *Registro generale dei ricoverati dal 4 gennaio 1913 al 31-12-1932*, anni 1915-1919.

²⁰⁸ AOSV, Sezione sanitaria, Tabelle nosologiche (cartelle cliniche), 2.11.1 Uomini usciti, b. 65.1 (1917 rep. militare, feb.-mag.), n. 373, *Tabella nosologica*.

così anche la S. Chiesa Romana ancora gli avanzi dalla Spagna che molti favoriscono la guerra [...]. Deve arrivare il tempo che questi [...] Neri devono scomparire del tutto, non prolungo più che mi manca il tempo.

Z.F. soldato 169 Batt. M.T. Dolo. a Sua Eccellenza Presidente del Parlamento Italiano. Roma²⁰⁹.

Lo sfogo emotivo di Z.F. è rappresentativo di quella ribellione contro l'imposizione della guerra da parte dei governanti che in alcuni ricoverati raggiunse un buon grado di consapevolezza e che si legava al rifiuto inconscio tipico dell'interpretazione freudiana delle nevrosi belliche. È stato proprio questo legame a stimolare, in parte, l'interesse del mondo accademico per la storia degli 'scemi di guerra', ma è pur vero che casi espliciti come quello appena citato furono eccezioni. Quando Z.F. fece ritorno in servizio presso il suo battaglione le sue condizioni peggiorarono: «accusava di avere un tremore alla testa prodotto da vermi; delle volte andava in escandescenza, diceva pure che stava costruendo un areoplano e dieci moto ed altre simili fandonie»²¹⁰. Fu rispedito in manicomio, dove questa volta gli venne riconosciuta una «costituzione neuropsicopatica in sifilitico», ma si procedette comunque alla dimissione per inabilità temporanea piuttosto che con l'assegnazione di una riforma. Non è chiaro se la decisione delle autorità militari fosse suggerita dai risultati delle osservazioni condotte in manicomio o fu presa autonomamente. Di certo la seconda diagnosi non confermava i precedenti sospetti di simulazione; il tipo di dimissione, che ammetteva la possibilità di un futuro ritorno in servizio, fu assegnato probabilmente sulla base del fatto che Z.F. aveva già ottenuto dai precedenti ricoveri l'assegnazione a soli servizi sedentari²¹¹.

Cappelletti, da esperto di autolesionismo e simulazione, non fu particolarmente duro con i propri pazienti quando non era troppo sicuro della diagnosi. A questo proposito, un confronto con la documentazione del manicomio provinciale di Napoli può tornare di nuovo utile. G.A., ventitreenne appartenente al 71° Reggimento Fanteria, fu ricoverato al S. Servolo il 3 aprile 1916 dopo una breve degenza nell'ospedale militare di riserva veneziano dove «fu sempre sitofobo, incoerente, delirante con idee depressive e spesso impulsivo contro sé stesso»²¹². In manicomio le sue condizioni migliorarono, per cui fu dimesso dopo 2 mesi con diagnosi di stato confusionale e inviato in licenza di convalescenza²¹³. Era, in pratica, uno di quei temporaneamente inadatti cui spettava il ritorno in servizio, ma durante la licenza trascorsa nella propria residenza a Crispiano, in provincia di Napoli, fu accompagnato in manicomio con un'ordinanza del sindaco e un certificato medico che lo riteneva affetto da «frenosi allucinatoria»²¹⁴. Per i sanitari del manicomio di Capodichino si trattava invece di un goffo tentativo di simulazione:

²⁰⁹ Ivi, *Tabella nosologica*.

²¹⁰ Ivi, *Tabella nosologica*.

²¹¹ *Ibid.*

²¹² AOSV, Sezione sanitaria, Tabelle nosologiche (cartelle cliniche), 2.11.1 Uomini usciti, b. 61 (1916 gen.-giu.), n. 69.

²¹³ *Ibid.*

²¹⁴ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22-Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 5672, *Storia clinica*.

13-1-917. Finisce oggi il periodo di osservazione: dal suo ingresso non ha fatto che simulare una forma di confusione mentale; la grossolanità degli atteggiamenti, i paradossali disordini percettivi, le stereotipie verbali caratteristiche ci fanno escludere con sicurezza la esistenza i veri disordini mentali.²¹⁵

Come era possibile una tale discrepanza nell'esame clinico di un paziente? Gli studi storici hanno dimostrato che i casi di recidiva erano tutt'altro che rari, per cui è possibile che i sintomi fossero ricomparsi dopo un breve periodo di miglioramento, ma ciò non spiega la troppa sicurezza con cui venne dichiarato simulatore a Napoli, dove scovare gli imboscati non era affatto prioritario. Quello di G.A. fu uno dei rari casi in cui a Napoli un soldato fu dichiarato ufficialmente simulatore; di solito era preferita la formula di «non folle» per le dimissioni anche quando le osservazioni confermano in pieno i sospetti. Non era inoltre una questione di diverse scuole di pensiero. Per alcuni pazienti trasferiti da Venezia a Capodichino perché riformati, le diagnosi venivano confermate anche quando nei primi periodi sembrava invece trattarsi della classica simulazione. A.G. fu portato al S. Servolo il 15 luglio 1917 con gravi sintomi di depressione e idee deliranti. Fu riformato dopo un mese di degenza per la gravità delle sue condizioni e trasferito nel manicomio della propria provincia di residenza²¹⁶, come prevedeva la normativa riguardante i riformati. Le prime osservazioni sembrano portare all'ennesimo caso limite tra sintomi reali e simulazione:

3-9-917. Proviene dal manicomio di S. Servolo con diagnosi di malinconia. Ma non esiste una genuina sindrome depressiva. Forse un tono doloroso dell'animo non può negarsi; ma v'è d'altra parte esagerazione intenzionale. Non genuina è l'espressione attonita che assume [...]. Mostra di confondersi di fronte a quesiti elementari, commette grossolani errori di giudizio correggendosi subito in seguito ai nostri richiami, il che prova che se pure vi è intonazione psichica dolorosa (e ne avrebbe il motivo, giacché la moglie è internata da tempo in questo ospizio), manca la inibizione psichica consecutiva²¹⁷.

Dopo poche settimane, i medici di Capodichino ritrattarono le prime osservazioni per confermare la precedente diagnosi e dimettere il paziente, anche perché il padre aveva richiesto con insistenza l'affidamento²¹⁸.

Le vicende dei militari napoletani riformati per malattia mentale, peculiari nel panorama nazionale, verranno approfondite nel quarto capitolo. Qui preme sottolineare che al S. Servolo, diretto da un seguace di Lombroso, studioso di autolesionismo e simulazione nell'Esercito, si usasse una certa prudenza nel rispedire subito al fronte individui che mostravano sensibili miglioramenti. G.A., per esempio, poteva essere dichiarato idoneo al servizio già a Venezia, come molti altri casi simili di deciso miglioramento delle condizioni psichiche, ma si preferì assegnare una licenza di convalescenza. Il tentativo attuato, secondo i medici di Capodichino, di prolungare la

²¹⁵ *Ibid.*

²¹⁶ AOSV, Sezione sanitaria, Tabelle nosologiche (cartelle cliniche), 2.11.1 Uomini usciti, b. 64 (1917 lug.-dic.), n. 350.

²¹⁷ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22-Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 5906, *Storia clinica-modificazioni e fasi*.

²¹⁸ *Ibid.*

propria permanenza a Napoli con un ricovero in manicomio, dove cercò di riprodurre grossolanamente quelli che dai medici militari erano stati accettati come sintomi reali, sostiene la possibilità che Cappelletti e i suoi collaboratori non furono particolarmente severi quando non erano del tutto sicuri dei miglioramenti registrati.

Gli accenni di caccia ai simulatori citati dalla storiografia in riferimento alle dichiarazioni di alcuni psichiatri e al pensiero di Placido Consiglio non sono quindi generalizzabili a tutte le strutture coinvolte nel servizio neuropsichiatrico militare. Nel contrasto che c'era tra il bisogno di cura o di riposo per i soldati, difeso più o meno dai medici a seconda dei criteri che ciascuno usava, e quello militare di contrastare la carenza di uomini dovuta alle grosse perdite, non era sempre quest'ultimo ad avere la meglio. Durante la Grande Guerra nessuna delle due sfere, quella militare e quella psichiatrica, ebbe il sopravvento completo sull'altra e si instaurò una sorta di equilibrio che rispecchiava inoltre la diafrasi, tutta interna alla medicina militare, tra chi sosteneva una selezione più ristretta dei non idonei al servizio militare per malattie mentali e chi, come Placido Consiglio, ammetteva l'arruolamento di individui che presentavano disturbi soltanto lievi²¹⁹.

1.5 Lo sgombero del S. Servolo nel novembre 1917. Una lunga contesa tra medici, amministrazione manicomiale e autorità militari

Le vicende dello sgombero dovuto all'invasione austriaca ricordata come disfatta di Caporetto sono emblematiche di un rapporto a tre a volte complicato: quello tra autorità militari, medici e amministrazioni manicomiali. Ognuno cercava di far valere le proprie ragioni in un clima estremamente confuso, sentito come emergenziale già sul finire del 1916 quando la realtà di un'invasione austriaca cominciava ad apparire come imminente da alcuni esponenti dell'Esercito. Il 4 dicembre il Presidente del Consiglio amministrativo del manicomio di Venezia Andrea Bizio Gradenigo, secondo quanto riferito da egli stesso, si recò dal Generale Rossi che lo aveva chiamato per comunicargli l'ordine del comandante in capo della Piazza Marittima di Venezia di «procedere allo sgombero dei Manicomi [veneziani] entro il termine di 24 ore» come richiesto ai responsabili di tutti gli istituti sanitari cittadini²²⁰. Comunicata subito la notizia a Cappelletti, furono spediti 25 telegrammi ad altrettanti istituti manicomiali per conoscere la disponibilità di posti per i degenti del S. Servolo da trasferire, ma la censura ne bloccò 21 (4 telegrammi erano sfuggiti all'attenzione dei censori) con la giustificazione che «la domanda contenuta avrebbe potuto determinare un allarme»²²¹. Secondo il Presidente della censura telegrafica c'era stato un equivoco e le notizie chieste dal Generale Rossi erano a scopo puramente statistico, per l'eventualità di uno sgombero previsto, giustamente con il senno di poi, dal comandante della Piazza Marittima. La tesi dell'equivoco fu poi confermata dallo stesso Generale Rossi in un incontro del 7 dicembre, ma Bizio Gradenigo insistette con la sua interpretazione

²¹⁹ Si veda p. 60 di questo lavoro.

²²⁰ AOSV, Registro deliberazioni interne 1916-1917-1918, n. 1410/4695 *Comunicazione delle disposizioni date dal Comando della Difesa del R. Esercito per lo sgombero dei Manicomi* (29/12/1916).

²²¹ *Ibid.*

affermando che anche i direttori degli altri istituti avevano inteso l'ordine dello sgombero come immediato²²². Sorvolando i particolari dell'equivoco, la ricerca dei posti letto disponibili fu avviata autonomamente dal Ministero dell'Interno che ne ricavò dai 300 ai 400. L'ispettore incaricato della ricerca riferì che per assicurarsi tale disponibilità i trasferimenti dovevano essere avviati il prima possibile, ma 400 posti non sarebbero comunque bastati. Ai degenti del S. Servolo si dovevano infatti aggiungere le pazienti del San Clemente, il manicomio femminile situato su una vicina isola, per un totale di 1.200 ricoverati²²³. L'opera pia che gestiva i manicomi veneziani non aveva inoltre disponibilità economiche sufficienti per effettuare i trasferimenti, per cui fu chiesto alle autorità militari di impegnarsi legalmente nel sostegno delle spese necessarie.

Durante una seduta del Consiglio di amministrazione Cappelletti introdusse l'argomentazione, ignorata fino a quel punto, del «grave danno che ne sarebbe derivato ai malati trasferendoli frazionatamente come si proponeva». Accordandosi con la proposta delle autorità militari – ufficialmente da un punto di vista diverso, che considerava il bisogno di un'adeguata convalescenza – era favorevole allo sgombero solo qualora si fosse reso assolutamente indispensabile²²⁴. Dopo mesi di trattative in cui si prospettarono varie soluzioni incrociando le istanze economiche delle amministrazioni, quelle sanitarie dei pazienti e quelle militari dei comandi, l'opera pia indicò un giusto compromesso nell'intera ricostituzione dell'unità manicomiale compresa di personale in un altro luogo, individuato nell'Istituto Forestale di Vallombrosa. In questo modo potevano essere ridimensionati i danni che avrebbe provocato un'eventuale modifica o interruzione di terapie già avviate, oltre ai problemi economico-amministrativi che avrebbe provocato il frazionamento dei trasferimenti²²⁵. Le autorità centrali insistero tuttavia sul primo progetto soprattutto dopo che il Prefetto, a giugno, comunicò che le indagini avviate dal Ministero dell'Interno si erano concluse con la disponibilità di circa 1350 posti letto disseminati in tutto il territorio italiano. D'altro canto, l'amministrazione manicomiale non aveva scelta trovandosi in bilico tra la propria dissoluzione finanziaria, dovuta alle spese per lo sgombero, e il rischio di provvedimenti coattivi nel caso del rifiuto di attuare l'ordine²²⁶. Quest'ultimo arrivò alla fine il 28 ottobre 1917, quattro giorni dopo l'inizio dell'offensiva austriaca, ma il 31 ottobre il Consiglio dell'Opera Pia, insieme con i direttori dei manicomi, comunicarono l'impossibilità di avviare le pratiche di trasferimento per gli stessi problemi che erano stati prospettati in un anno di discussioni. Le autorità militari ribadirono tuttavia che l'ordine era tassativo. Il 2 novembre cominciarono i primi spostamenti e nel giro di una settimana gli istituti furono definitivamente liberati dai pazienti, provocando, come previsto, un crollo in passivo del bilancio dell'Opera Pia Manicomi Centrali Veneti che si cercò di contrastare con prestiti bancari, con il rifiuto di assumersi l'onere delle rette richieste dagli istituti che avevano accolto i folli veneti e con

²²² *Ibid.*

²²³ AOSV, Registro deliberazioni interne 1916-1917-1918, n. 2/419 *Comunicazione della Presidenza sopra urgenti richieste rivolte all'Amm.ne dei Manicomi dalle Autorità Governative* (28/03/1917).

²²⁴ *Ibid.*

²²⁵ *Ibid.*

²²⁶ AOSV, Registro deliberazioni interne 1916-1917-1918, n. 758/417 *Comunicazione circa il trasferimento degli alienati ricoverati negli Istituti di S. Servolo e di S. Clemente in altri Manicomi* (20/06/1917).

continue richieste di risarcimenti e nuovi finanziamenti al governo centrale²²⁷. In tutta questa vicenda, l'atteggiamento di Cappelletti fu verosimilmente guidato da motivazioni sanitarie più che tecnico-economiche, sostenute invece con forza dalla Deputazione provinciale. Durante la seduta del 9 aprile 1918 venne letto un lungo rapporto redatto da Cappelletti e Giambattista Colbachini, direttore dell'istituto femminile S. Clemente, dove veniva riassunta la questione e ribadito il proprio disaccordo:

Noi fummo – ed avemmo l'onore di esporre i nostri concetti alla S.V.III. ed all'On. Consiglio, assertori convinti della necessità che non venisse, neppure transitoriamente, interrotta l'unità sanitaria dei malati degenti nei Manicomi Centrali Veneti. Perciò ai primi del 1917, allor che la Prefettura di Venezia ci invitava a studiare i mezzi per provvedere ad una eventuale evacuazione dei Manicomi, noi ci dichiarammo fermamente convinti, qualora il provvedimento avesse a dimostrarsi inevitabile a chi spettava giudicarlo tale, che la unità sanitaria dei degenti in luogo adatto dovesse ricostituirsi e continuare nel suo normale funzionamento: perciò il 28 ottobre u.s. quando già dolorosi eventi incombevano minacciosi, sostenemmo innanzi al Sig. Prefetto di Venezia, il quale chiamò noi e il Sig. Segretario Generale Cav. Da Molin per darne avviso di preparativi ad un probabile sgombero dei due Istituti, che lo sgombero dovesse evitarsi, fatta eccezione degli agitati che in un'evacuazione potevano creare speciali difficoltà [...].

Noi combatteremo la disseminazione dei malati per ragioni tecniche, sanitarie ed umane: il malato di mente non è come un infermo di comuni malattie fisiche che, libero di coscienza e ragionante, sopporta senza pena la sua temporanea dimora in qualunque ospedale ove la sua sofferenza trovi adeguata cura: esso, psichicamente diminuito, in condizioni di tutelato morale, spesso da lunghi anni degente in manicomio, non ha conforto che dalla suggestione incuoratrice del Medico con cui contrasse dimestichezza, dell'ambiente che l'abitudine gli rese quasi una casa, non più un luogo di reclusione quale ogni Manicomio ad ogni malato al suo giungere appare.

Il Manicomio è uno Spedale ma soprattutto è una famiglia. Staccare un malato di mente da quest'insieme di affetti, portarlo in un luogo lontano dalle sue abitudini, nuovo alle sue proprietà ed ai suoi bisogni etnici dove non gli giunga parola di chi ne conosca un po' l'anima, è grave cosa per lui²²⁸.

Considerazioni, queste, di una natura completamente diversa rispetto agli aridi dibattiti circa le patologie belliche che gran parte della letteratura psichiatrica del tempo ci restituisce. Un ulteriore spunto per comprendere una pratica medica che, rispetto alle pubblicazioni scientifiche, rende più umani anche gli psichiatri, oltre che i pazienti. Nel rapporto emerge anche l'importanza del ruolo delle famiglie, dato che furono trasferiti tutti gli infermi e non solo i militari, tra i quali la maggioranza era costituita da cittadini veneti. Il rapporto con i propri cari era giudicato fondamentale tanto quanto quello con il proprio medico:

²²⁷ AOSV, Registro deliberazioni interne 1916-1917-1918, n. 1355/417 *Comunicazione della Presidenza sullo sgombero dei Manicomi di S. Servolo e di S. Clemente e sui provvedimenti da adottare* (20/12/1917).

²²⁸ AOSV, Registro deliberazioni interne 1916-1917-1918, n. 10/564 *Rapporto dei Sigg. Direttori dei Manicomi di S. Servolo e di S. Clemente circa l'assistenza agli infermi di mente trasferiti in altri Istituti* (09/04/1918).

Noi, or che la disseminazione dei degenti è accaduta, riteniamo che ad essi debba essere risparmiata la sensazione dell'abbandono, sensazione specialmente acuta poiché alla maggior parte di essi, per l'invasione delle loro terre d'origine e per l'esodo delle popolazioni delle regioni minacciate da offesa di guerra, è venuto pure a mancare il conforto delle visite e delle notizie dei congiunti.

I nostri infermi, per quanto ricoverati in altri istituti, sono in realtà dei profughi anco per giunta, assai disgraziati; non di essi, infatti, prende interessamento l'Opera Pia dei Manicomi Centrali Veneti, non se ne curano le Province Venete le quali li considerano sempre, com'è naturale che sia, sotto la tutela morale dei nostri Manicomi e rivolgono soltanto premure ai malati che dai loro Manicomi provinciali furono evacuati.

Ciò accade mentre nessuno pensa che le nostre due grandi case di cura manicomiale, le quali in Italia godono fama di Ospedali psichiatrici improntate a norme di scienza e pietà, abbiano sospeso l'alto compito di assistenza morale di coloro che un'evacuazione comandata affrettatamente disperse, senza dare neppure tempo di preparare gli infelici all'esilio da tutto ciò che poteva essere più caro, dalla propria regione, dai congiunti, dall'asilo familiare; mentre anzi è opinione di tutti che il nobile compito proseguiva anche più vigile e premuroso a cagione della loro inasprita sentenza²²⁹.

Non era troppo tardi per tamponare gli effetti negativi dei trasferimenti. Prendendo a esempio il caso del manicomio di Udine, propose la continuazione a distanza dell'assistenza ai trasferiti:

Noi riteniamo dovere dell'Opera Pia costituire per gli infermi che furono evacuati un patronato morale affidato a chi diresse la loro assistenza sanitaria e da esercitarsi mediante regolare raccolta del notiziario clinico, mediante visite periodiche, corrispondenza con essi, con le famiglie, con le Province a cui appartengono, e via dicendo.

Non è nuovo il concetto del patronato: esso fu gloria di [...] uomini di scienza ed amministrazione manicomiale e presso vari Manicomi si istituì a guida e conforto dei malati dimessi guariti o migliorati: a maggior ragione si raccomanda per i nostri infermi nelle specialissime circostanze attuali.

Abbiamo dunque l'onore e sentiamo il dovere di proporre all'On. Consiglio, riaffermando con ciò l'identica proposta verbalmente fatta ne l'ultima adunata consigliare, l'esercizio del suddetto patronato.

Accennammo un esempio a suffragio del contenuto umano e pratico della nostra proposta, quello della Prov. di Udine la quale ha riconosciuto di assoluta necessità di occuparsi sanitarmente dei malati evacuati dal suo Manicomio che ha voluto aggregato al suo Ufficio il Direttore chiedendo ed ottenendo il suo esonero da l'obbligo del servizio militare.

Dalle notizie cliniche pervenuteci risulta una speciale abbondanza di casi di morte; siamo certi che ciò non sia imputabile ad alcuna deficienza di trattamento, ma siamo propensi a ritenere che la depressione psichica determinata dalle condizioni nuove sia stato un coefficiente ponderabile. Anche da questo attinge in noi maggiore vigore di convincimento la nostra proposta, anche per quello sorge in noi desiderio legittimo di assegnare forma definitiva alla nostra responsabilità di Direttori dei Manicomi Centrali Veneti²³⁰.

²²⁹ *Ibid.*

²³⁰ *Ibid.*

Il Consiglio amministrativo dei manicomi approvò la proposta di Cappelletti e Colbachi ma per attuare il progetto era necessario reperire altri fondi, anche se minimi perché comprendenti unicamente le spese per le corrispondenze varie e per il trasporto dei medici in caso di visite. Erano tuttavia mesi in cui il Consiglio cercava a tutti i costi, interpellando autorità locali e statali, di non assumersi l'onere dei costi di trasferimento e degenza degli evacuati. I motivi per cui non si riuscì a organizzare un piano efficiente in un anno intero di preparazione a un evento considerato abbastanza probabile furono quindi principalmente di ordine economico e tecnico. I malati furono smistati in circa 25 istituti diversi seguendo il solo criterio dei primi posti messi a disposizione. È da notare anche l'accento al possibile esonero dal servizio militare di Cappelletti, giustificato, come l'analoga richiesta fatta al principio del conflitto da Zanon Dal Bò, dalla necessità di essere liberi dai paletti imposti dall'autorità militare per meglio esaminare e curare i propri pazienti.

Si presenta qui una dinamica ben conosciuta all'interno del settore manicomiale: il contrasto tra le necessità economiche, difese dalle amministrazioni manicomiali, e i bisogni dei pazienti, portati alla ribalta spesso dal solo personale sanitario. Le divisioni di parte non erano così nette e capitava spesso, come si vedrà per il caso del manicomio di Arezzo, una convergenza di idee tra i responsabili amministrativi e i medici riguardo riforme e progetti da attuare. Ma non erano rari i casi in cui, per necessità reali di bilancio o per semplice speculazione economica, i primi non assecondavano le richieste dei direttori sanitari. È probabile che durante la guerra effettivamente mancassero fondi sufficienti allo sgombero di un ospedale che contava, compresi i ricoverati civili e le donne, non meno di mille ricoverati²³¹. A Venezia il progetto principale preparato da Cappelletti e dal suo collega, che intendeva salvaguardare i bisogni curativi dei pazienti, venne scartato con una decisione quasi obbligata se ci furono notevoli difficoltà anche intraprendendo la scelta meno dispendiosa. In una condizione economica portata quasi al fallimento e con un reparto per militari da gestire in una posizione divenuta troppo pericolosa per l'avanzata nemica, non era possibile attendere l'organizzazione di una struttura parallela al S. Servolo che accogliesse tutti gli sfollati. Si cercò comunque fare il possibile formando la società di patronato in sostegno dei degenti veneziani disseminati in tutt'Italia.

L'episodio dello sgombero è emblematico di una prospettiva che vede in molti psichiatri dei mediatori tra necessità belliche e principi umanitari, oltre che sanitari, piuttosto che degli esecutori obbligati all'interno del meccanismo bellico. Mostra in modo chiaro, inoltre, le notevoli difficoltà che dovettero fronteggiare tutte le amministrazioni manicomiali durante la guerra e il caos burocratico che quest'ultima provocò. Ciò influenzò in modo decisivo anche la normale pratica sanitaria che a Venezia, come a Treviso, venne scompaginata dalle vicende dello sgombero oltre che dal sovraffollamento. Non tutti gli istituti vissero momenti critici per cause economiche o amministrative. Ad Arezzo, per esempio, il periodo di guerra fu affrontato senza gravi ripercussioni; si riuscì persino a trarre profitto da alcune iniziative intraprese proprio in risposta alla situazione emergenziale. Casi come quello di Arezzo non furono tuttavia la norma. La regolare vita manicomiale, soprattutto nei grandi istituti come il S.

²³¹ A. Tamburini, G. C. Ferrari e G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., pp. 86 e 89.

Marco Romano

Lazzaro di Reggio Emilia e il manicomio provinciale di Napoli, subì spesso profonde trasformazioni per motivi legati sì alle vicende belliche, ma tutto sommato estranei ai dibattiti sulle malattie mentali dei soldati così come sui provvedimenti per recuperare al servizio più uomini possibili. Gli orientamenti disciplinari degli psichiatri e dei comandi non erano quindi gli unici responsabili di provvedimenti adottati in base a una serie di considerazioni in cui le istanze economiche e burocratiche avevano spesso la priorità.



Figura 1. Manicomio S. Servolo di Venezia, s.d. Fonte: A. Tamburini, G. C. Ferrari e G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 85.

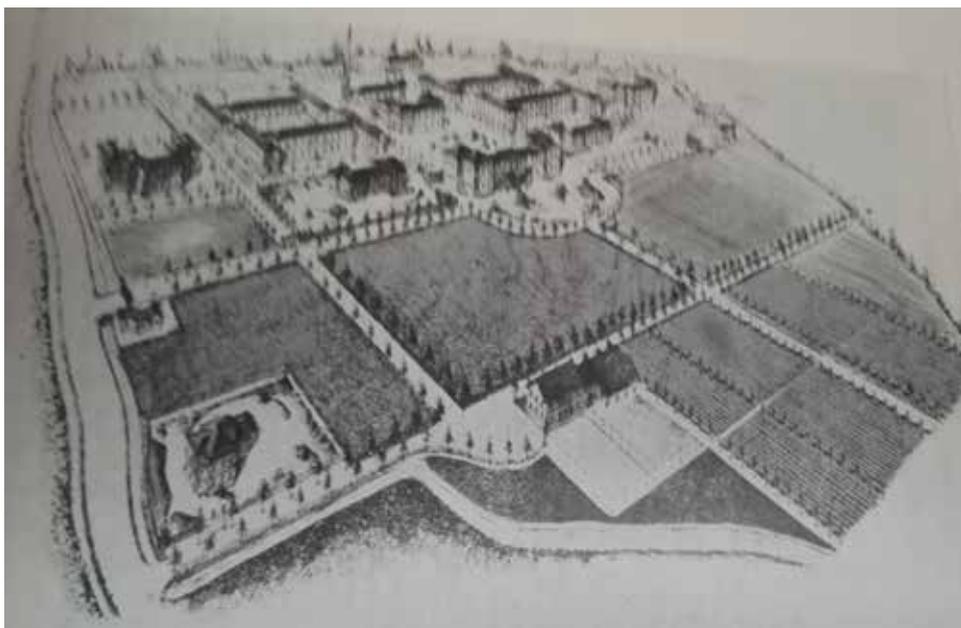


Figura 2. Disegno di veduta panoramica del Manicomio provinciale di Treviso, s.d. Fonte: A. Tamburini, G. C. Ferrari e G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 102.



Figure 3 e 4. Artigliere ricoverato il 5 novembre 1915 nella Clinica psichiatrica di S. Salvi, a Firenze, in preda ad una crisi allucinatoria. Fonte: V. M. Buscaino e A. Coppola, *Disturbi mentali in tempo di guerra*, «Rivista di patologia nervosa e mentale», 21, 1-2, 1916, 1-103; 135-182 p. 75.

Capitolo 2

Psichiatria militare e clinica manicomiale a stretto contatto. Un confronto tra esperienze di punta e realtà periferiche

2.1 L'approccio militare alla neuropsichiatria

Il tema del contrasto tra psichiatria militare e clinica manicomiale introdotto nel capitolo precedente è fondamentale per comprendere la documentazione di tutti gli istituti psichiatrici italiani coinvolti nel ricovero dei soldati e può essere inquadrato all'interno dell'ampia questione storiografica riguardante il rapporto tra potere militare, potere politico e società civile durante la Prima guerra mondiale. Relazioni che in Italia sono state viste, in genere, come caratterizzate dalla prevaricazione del Comando supremo e delle autorità a esso subordinate rispettivamente sui governi parlamentari liberali e sulle autorità locali esterne all'apparato militare²³². Di recente sono emerse, tuttavia, delle parziali riletture del fenomeno. Nel Convegno *La guerra e lo stato* svoltosi a Roma tra il 18 e il 20 maggio 2017²³³, per esempio, è stato affrontato l'argomento da una prospettiva europea, confrontando diverse esperienze le cui caratteristiche, soprattutto nel caso inglese, possono ispirare nuove indagini sulla reale efficienza del monopolio militare in Italia, in linea con alcuni studi già avviati da qualche anno²³⁴. Se infatti in tutti i paesi coinvolti nel conflitto risulta evidente l'estensione del potere militare e di metodi coercitivi sulla società civile²³⁵, giustificati dall'emergenza della guerra, è anche vero che gli attori coinvolti non furono totalmente passivi e le modalità degli interventi, oltre alla loro efficienza pratica, variavano a seconda

²³² Su questo punto insiste soprattutto Giovanna Procacci, evidenziando per il caso italiano l'esautoramento dei poteri del parlamento a favore dei governi esecutivi (riguardo alla difesa dello Stato, alla tutela dell'ordine pubblico e a decreti urgenti sull'economia nazionale) e i limiti imposti progressivamente a diritti e libertà civili. Alcuni suoi lavori sottolineano inoltre il legame tra le modifiche dello stato di diritto apportate durante la guerra e alcuni aspetti della successiva legislazione fascista ma anche la forte accelerazione, data da una mobilitazione di massa, al processo di estensione dello stato sociale in Italia, considerato improrogabile a fronte dei sacrifici di milioni di famiglie. Si veda in particolare G. Procacci, *Warfare-welfare: intervento dello Stato e diritti dei cittadini (1914-18)*, cit.

²³³ G. Procacci, N. Labanca e F. Goddi, *La guerra e lo Stato 1914-1918*, Unicopli, Milano 2018.

²³⁴ Si veda, per esempio, M. Mondini, *Potere civile e potere militare*, cit.

²³⁵ La pervasività del potere militare in Italia fu decisamente alta dal punto di vista della mobilitazione economica, in particolare nei settori della produzione industriale e dell'approvvigionamento di risorse agricole, anche se non raggiunse livelli paragonabili ai modelli teorici di mobilitazione totale delle risorse e della società civile. Cfr. L. Tomassini, *Verso la mobilitazione totale. Agricoltura, industria, approvvigionamenti 1915-1918*, in G. Procacci, N. Labanca e F. Goddi, *La guerra e lo Stato 1914-1918*, cit.

dei contesti specifici²³⁶. In Italia la nota legge n. 671 del 22 maggio 1915 sui poteri straordinari in caso di guerra richiamava gli articoli 243 e 251 del codice penale per l'Esercito, che regolavano il passaggio dallo stato di pace a quello di guerra e davano al Comando supremo la facoltà di legiferare in zona di guerra senza il controllo delle autorità governative e giudiziarie. Fino all'invasione di Caporetto nell'autunno del 1917 la zona di guerra includeva le piazzeforti marittime, tutte le province del Veneto – esclusa Rovigo – e le province di Brescia, Udine, Mantova, Ferrara, Bologna, Ravenna, Forlì. Fu solo durante l'ultimo anno di guerra che le autorità militari ebbero un controllo più esteso per l'espansione del territorio considerato zona di guerra a tutta l'Italia settentrionale e alle province di Messina e Reggio Calabria, ma si calcola che in totale poco meno del 30% degli italiani viveva in territori controllati dai militari. La presenza del controllo militare sulla società fu comunque forte se confrontata con guerre e stati emergenziali nella storia precedente del Regno d'Italia: allo stretto controllo sulla legislazione e l'ordine pubblico si aggiunse quello sull'economia, soprattutto per il settore industriale impegnato nello sforzo bellico, e sulla cultura, attraverso gli apparati di censura e propaganda²³⁷.

Come affrontarono le istituzioni psichiatriche nazionali l'invasione dei militari? Per l'impero britannico esistono studi estesi che analizzano il rovescio della medaglia, e cioè l'influenza che ebbe la società civile sulle decisioni delle autorità militari riguardo i soldati ricoverati per malattie nervose e mentali. Peter Barham ha dimostrato, per esempio, che l'opinione pubblica ebbe un ruolo importante nella formazione delle strategie d'intervento delle autorità militari e statali inglesi nel campo neuropsichiatrico, capovolgendo lo stereotipo del soldato traumatizzato che proprio la storiografia inglese ha sviluppato per prima. Attraverso l'incrocio di fonti estremamente varie comprendenti, oltre a quelle sanitarie, documentazione amministrativa degli archivi distrettuali inglesi, memorie personali e testimonianze delle attività associazionistiche in favore dei degli invalidi, viene corretta la visione della passività di una società civile investita in modo brutale dalla guerra. La capacità contrattuale dei pazienti e delle famiglie fu decisiva nello stimolare il sostegno medico ed economico che si intensificò con l'evolversi del conflitto e il continuo aumento di militari ricoverati, scemando poi gradualmente a partire dai primi anni Venti. Anche la modesta posizione che aveva la questione nel dibattito pubblico venne meno, ma secondo Barham stimolò una presa di coscienza che sopravvisse in alcune figure di giovani psicologi, come

²³⁶ Marco Mondini ha sintetizzato efficacemente le caratteristiche generali del rapporto tra potere politico e militare nell'Europa della Grande Guerra: «il varo di una legislazione eccezionale per il passaggio di competenze dall'autorità politica alle Forze armate, ebbe conseguenze mutevoli: dalla persistenza di uno stretto controllo dell'esecutivo sui propri comandanti nel caso britannico, all'abdicazione del Governo e del Parlamento di fronte alla dirigenza militare in Germania, fino alle più transitorie (ma non meno assolute) dittatura di Chantilly e dittatura di Udine in Francia e in Italia. Esiti molto differenti, interpretabili come la risultante (e contemporaneamente la spia) dei diversi modelli nazionali nelle relazioni tra poteri costruiti nei decenni precedenti. La Grande Guerra fu un tornante nella storia delle relazioni civili-militari, ma non con la medesima intensità né con i medesimi risultati, e questo sia in virtù di precedenti equilibri consolidati, sia della capacità (e anche della volontà) dei diversi comandanti di imporre le proprie scelte ai rispettivi governi, anche nelle scelte di grande strategia e di politica interna». M. Mondini, *Potere civile e potere militare*, cit., p. 36.

²³⁷ Ivi, pp. 35-38.

Donald Woods Winnicot, fino a entrare pienamente nel dibattito medico dopo la Seconda guerra mondiale²³⁸.

Per le sorti dei reduci inglesi colpiti da patologie neuropsichiche fu determinante il ruolo dell'Ex-Services' Welfare Society (ESWS). La parabola dell'ESWS è significativa perché nei primi anni all'attività di sostegno sociale ed economico si aggiungeva l'obiettivo politico di una riforma degli istituti psichiatrici; ciò garantiva una certa visibilità pubblica perché ancorava la questione *Shell Shock*²³⁹ al problema politico di una riforma degli istituti psichiatrici, ma verso la metà degli anni Venti l'ente passò a occuparsi esclusivamente dell'assistenza ai soldati e alle loro famiglie abbandonando l'attività politica. La concentrazione di tutti gli sforzi verso il settore assistenzialistico garantì un miglioramento dei trattamenti sanitari dei reduci nel breve termine, ma bloccò le iniziative impegnate a migliorare la condizione di tutti i malati mentali e non solo dei reduci. La distinzione ufficializzata sin dal 1915 dal War Office tra malati di mente comuni e invalidi di guerra, degni di maggior attenzione e soprattutto di sforzi economici consistenti, venne mantenuta ancora a lungo²⁴⁰. Nella ricerca che Marina Larsson ha effettuato sul ruolo delle famiglie nel trattamento dei soldati australiani rimpatriati per malattie mentali emerge ancora più netta la differenza di trattamenti tra civili e militari nei reparti psichiatrici del dopoguerra. I loro parenti sostennero con vigore il diritto a una cura migliore, ritenendo di massima importanza la segregazione spaziale dal resto dei ricoverati e richiedendo trattamenti privilegiati. La necessità di intraprendere trattative con autorità statali e mediche al fine di migliorare le condizioni dei propri cari fece inoltre sperimentare nuove forme di attivismo sociale²⁴¹.

Il caso britannico è difficilmente paragonabile a quello italiano per le diverse caratteristiche dei due eserciti: se quello inglese era composto da moltissimi volontari sui quali non vi erano grossi sospetti da parte delle autorità militari, in Italia la chiamata alle armi obbligatoria di milioni di uomini, in maggioranza contadini considerati indifferenti al dovere verso la patria, spingeva i comandi a dedicare maggior attenzione al controllo disciplinare. Negli ospedali d'oltre Manica, inoltre, si sperimentavano novità terapeutiche ispirate alla psicoanalisi che in Italia furono pressoché ignorate. Non dimeno è possibile estendere in parte la prospettiva dei recenti studi storici inglesi anche all'Italia. Le iniziative private di solidarietà verso i combattenti, sorte

²³⁸ P. Barham, *Forgotten Lunatics of the Great War*, cit.

²³⁹ Shell Shock è il termine con cui vennero generalmente designate le nevrosi di guerra in Inghilterra. Apparve per la prima volta nel 1915 in un articolo di Charles Myers, psicologo protagonista del servizio medico inglese in Francia, anche se in seguito avrebbe affermato che non fu lui a coniare il termine. Nato in ambito medico per indicare i soli casi in cui era un trauma psichico legato a forti emozioni di spavento ad aver causato i disturbi nervosi e mentali, si estese presto nell'uso comune a indicare tutti i casi psichiatrici di militari provenienti dal fronte. Dalla metà del 1916 fu introdotta una distinzione tra i casi legati agli eventi di guerra, indicati con l'espressione *Shell Shock W* (wound), e quelli invece dove non vi era nessun nesso causale evidente con i disagi della trincea, riportati invece come *Shell Shock S* (sick). P. Barham, *Forgotten Lunatics of the Great War*, cit., pp. 17-18; E. Jones e S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, cit., pp. 19-20.

²⁴⁰ F. Reid, *Distinguishing between Shell-shocked Veterans and Pauper Lunatics: The Ex-Services' Welfare Society and Mentally Wounded Veterans after the Great War*, cit.

²⁴¹ M. Larsson, *Families and Institutions for Shell-Shocked Soldiers in Australia after the First World War*, cit.

spontaneamente su tutto il territorio nazionale giocarono un ruolo fondamentale in Italia soprattutto nei primi anni di guerra, quando l'intervento statale era ancora carente. Martina Salvante, per esempio, ha esplorato sia il dinamismo dell'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi di Guerra (ANMIG) nel supporto alle istanze pacifiste durante gli anni Venti (prima di subire una progressiva fascistizzazione)²⁴², sia il caso del Comitato fiorentino per i ciechi di guerra, nel quale risulta evidente la spinta che le condizioni generate dal conflitto potevano dare alla creazione di reti di solidarietà sopravvissute negli anni successivi. L'intenso attivismo sociale e politico dell'associazione per i non vedenti, sostenuto dalla personalità carismatica del direttore Aurelio Niccolodi, si indirizzò verso il tentativo di estendere i programmi di riabilitazione sperimentati sui militari ai casi di civili con cecità congenite, non derivate da incidenti e quindi non ancora inclusi nella normativa sugli indennizzi agli invalidi civili. Grazie all'aiuto di personaggi influenti come la marchesa Adele Alfieri Di Sostegno e l'oftalmologo Lorenzo Bardelli, il comitato riuscì a raccogliere i fondi per allestire un piccolo centro di convalescenza e rieducazione professionale già dal settembre del 1915. Il veloce aumento di pazienti portò all'apertura di un altro centro a Villa Niccolini che nel 1923 divenne l'Istituto Nazionale dei Ciechi Adulti, entrato in funzione ufficialmente nel gennaio del 1925²⁴³.

È forse troppo azzardato ipotizzare dinamiche simili per gli istituti psichiatrici, ma il taglio delle ricerche appena citate, che mettono in secondo piano il pregiudizio vittimario sui soldati e collocano le sofferenze provate in un quadro che tiene conto delle iniziative di contrasto a questa sofferenza, può essere utile a interpretare meglio anche le fonti psichiatriche sull'Italia della Grande Guerra. Per l'organizzazione del servizio neuropsichiatrico di guerra l'Esercito non poté fare a meno del supporto civile data la carenza di personale e di strutture interne. Già durante il Congresso della Società Freniatrica Italiana del 1911, quando il problema principale era lo scarto di tutti gli elementi potenzialmente malati piuttosto che il recupero di uomini al servizio, c'era stato un sostanziale accordo sulla necessità espressa da Angelo Bucciante di una maggiore attenzione da dedicare verso il settore psichiatrico militare, strettamente connesso con quello penale sul problema delle assoluzioni per infermità di mente. Lo studio delle patologie belliche e del modo migliore per contrastarle, evitando un'eccessiva dispersione di uomini, non era ancora all'ordine del giorno²⁴⁴. Solo l'intervento di Gaetano

²⁴² M. Salvante, *The Italian Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi di Guerra and its International Liaisons in the Post Great War Era*, cit.

²⁴³ M. Salvante, *Thanks to the Great War the blind gets the recognition of his ability to act': the rehabilitation of blinded servicemen in Florence*, cit., pp. 21-35.

²⁴⁴ «3. Gli anormali permanenti congeniti saranno immediatamente proposti a rassegna o inviati in osservazione all'Ospedale militare e successivamente tutti quelli tra gli anormali per attitudine acquisita che, dopo esame ripetuto e ponderato, si addimostrino incompatibili con le esigenze del servizio. I delinquenti normali e tutti gli altri che non diano bastevoli elementi per l'invio in osservazione saranno fatti idonei e inquadrati nei reparti comuni e tenuti in nota dal Comandante della Compagnia e dall'ufficiale medico del Corpo. 4. È necessario inoltre: a) si dia maggior incremento agli studi psichiatrici-criminali, spingendoli fino alla specializzazione; b) che una continua, attiva, intensa propaganda sia condotta da parte specialmente degli ufficiali medici, per diffondere le nozioni essenziali di psichiatria tra gli ufficiali, i sottufficiali e il personale di tutti gli istituti non escluso quello dei tribunali militari perché tutti concorrano, ciascuno nell'ambito delle proprie attribuzioni, alla difesa dell'organismo militare, rompendo quella fitta rete di superstizioni, di preoccupazioni, di diffidenze, che tuttora ne insidia la integrità morale». A. Bucciante, *Profilassi della delinquenza nell'esercito*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 38, 1, 1912, p. 249.

Funaioli si spinse fino a prevedere eventuali provvedimenti da attuare in caso di guerra:

Se con una diligente selezione ed eliminazione, praticate fino dal tempo di pace nelle migliori condizioni d'ambiente e da un personale tecnicamente preparato, si è riusciti a mettere fuori dai quadri dell'Esercito un buon numero di individui, i più predisposti alle psicopatie ed anco alle reazioni criminose, rimarrà nelle sue file un certo numero di soggetti, i quali per le condizioni della guerra, specie moderna, dovranno fare i conti, sul terreno del combattimento, con un complesso di fattori di debilitazione, di esaurimento, sia psichici che fisici.

L'ultima guerra Russo-Giapponese mise ancor meglio in rilievo la maggiore frequenza in guerra che in pace delle psicosi [...].

Non credo che convenga istituire in prima linea, cioè nella zona del combattimento, Stabilimenti psichiatrici, come fecero i Russi nell'ultima guerra col Giappone, poiché è impossibile, sotto il rombo del cannone e i colpi di fucile, di potere effettuare cure per i malati di mente, che abbisognano specie di riposo e di quiete, almeno relativa.

Il compito del sanitario, in prima linea, sarà quello di far trasportare i pazzi lontani dal rumore bellico coi mezzi più celeri di locomozione.

Sul fronte della seconda linea, che è assai lontana dal teatro delle ostilità, potrei convenire coi russi, di istituire Ricoveri psichiatrici per i pazzi che per il loro stato morboso non tollerano lunghi percorsi, quando il territorio della seconda linea fosse molto esteso e quando in esso non si trovassero già edificati Ospedali psichiatrici [...].

Lungo le estese linee di tappa è necessario istituire, sempre quando difettassero i manicomio, infermerie speciali, che abbiano l'organizzazione ed il personale dei piccoli Manicomio, e potessero ricevere quegli alienati che, durante il trasporto in patria, fossero peggiorati nelle condizioni mentali e diventassero intrasportabili.

Lo sgombero dei pazzi dalla seconda zona fino alla terza, cioè in patria, potrà farsi cogli ordinari mezzi di trasporto degli ammalati-feriti [...].

Questi provvedimenti, così molteplici, reclamano una cordiale collaborazione tra Medici alienisti civili e militari nell'interesse di un servizio così particolare ed elevato sia dal punto di vista umanitario che militare²⁴⁵.

L'organizzazione che effettivamente assunse il servizio neuropsichiatrico nei primi mesi di guerra rispecchiava in linea di massima lo schema di Funaioli, condiviso sostanzialmente dagli altri esponenti del settore. La consapevolezza di uno sforzo maggiore da compiere in caso di conflitto non fece prevedere, tuttavia, la portata che il fenomeno avrebbe raggiunto negli anni 1915-1918 e l'emergenza che avrebbe provocato. Si pensava infatti che preparando adeguatamente il servizio neuropsichiatrico già dal tempo di pace si sarebbero evitate numerose ospedalizzazioni: tra gli psichiatri militari, più che tra i civili, era diffusa l'idea che solo i predisposti potevano ammalarsi e che una severa selezione durante le visite di leva avrebbe portato a una riduzione del numero di ricoveri psichiatrici tra gli effettivi²⁴⁶. Mentalità, questa, che non riuscì

²⁴⁵ G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'Esercito*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 38, 1912, pp. 258-259.

²⁴⁶ Fu l'esperienza praticata durante la guerra italo-turca del 1911-1912 da alcuni psichiatri, tra i quali Placido Consiglio, a porre le basi dei futuri dibattiti sulla predisposizione e sul ruolo delle emozioni nelle malattie mentali belliche. Cfr. M. Scarfone, *La psichiatria italiana au front: L'expérience fondatrice de la guerre de Libye, 1911-1912*, «Le Mouvement Social», 257, 2016, pp. 109-126.

comunque a conquistare pieni consensi tra gli alienisti civili che furono chiamati a sopperire la mancanza di personale sanitario nell'Esercito. Nel 1915 l'Italia entrò in guerra con soli 40 psichiatri militari presenti nelle immediate retrovie e un centinaio nelle strutture vicine al fronte di combattimento²⁴⁷, numero decisamente inadeguato di fronte alle numerose ospedalizzazioni nei primi mesi di guerra: dal 20 maggio alla fine del 1915, arrivarono al reparto distaccato del Manicomio di Brescia, predisposto per la I Armata, 104 militari in osservazione²⁴⁸; nella III Armata, tra il 13 giugno e il 31 novembre, furono circa 450 i soldati inviati in osservazione per disturbi neuropsichiatrici²⁴⁹.

Lo stesso Cadorna aveva denunciato sin dall'agosto 1914 la scarsa presenza di ufficiali medici in tutti i settori della sanità militare (calcolata intorno al 44% rispetto al minimo indispensabile in caso di conflitto)²⁵⁰. Per sopperire questa carenza, poco prima dell'entrata in guerra, il R.D. del 28 marzo 1915 n. 357 velocizzò le procedure per la nomina di ufficiali medici di complemento²⁵¹. Poche settimane dopo un altro decreto istituì una nuova categoria funzionale alla nomina di medici militari anche per gli iscritti alla facoltà di Medicina del 5° e 6° anno non ancora laureati²⁵². Il coronamento dell'organizzazione formativa per i medici militari fu però la creazione dell'Università Castrense di S. Giorgio di Nogaro (Udine), inaugurata il 13 febbraio 1916. Il motivo principale che spinse le autorità a investire non pochi capitali in questo progetto era la necessità di accelerare ulteriormente i percorsi didattici per gli studenti di medicina chiamati alle armi e di uniformare la didattica dei corsi in direzione di una maggiore pratica clinica con i feriti di guerra che dovevano poi curare²⁵³. Era presente anche un insegnamento di psichiatria, così la veloce creazione di nuovi alienisti militari aveva parzialmente risolto il problema numerico in questo settore: dopo pochi mesi gli psichiatri aumentarono a 180 nelle sole zone di combattimento²⁵⁴. La centralizzazione della formazione sanitaria militare in un luogo vicino la zona delle operazioni era ritenuto un provvedimento necessario dalle autorità militari, ma per chi poteva vantare decenni di esperienza in campo psichiatrico come Enrico Morselli non

²⁴⁷ B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'Esercito italiano (1915-1918)*, cit., p. 65.

²⁴⁸ Archivio dell'Ufficio Storico dello Stato Maggiore dell'Esercito (AUSSME), Fondo E7 – Busta 31 – Fasc. 353, *Relazione sanitaria guerra 1915-1918. Servizio neuropsichiatrico*, p. 412.

²⁴⁹ Nell'ospedale da campo n. 234, presso S. Giorgio di Nogaro, tra il settembre e il novembre del 1915, furono 219 i casi provenienti dalla III Armata. AUSSME, Fondo E7 – Busta 31 – Fasc. 353, *Relazione sanitaria guerra 1915-1918. Servizio neuropsichiatrico*, p. 442.

²⁵⁰ F. Botti, *La logistica dell'esercito italiano (1831-1981). Volume II*, Ufficio storico dello Stato Maggiore dell'Esercito, Roma 1991, p. 624.

²⁵¹ *Nomina di ufficiali medici di complemento*, La Riforma medica, 21, 1915, p. 581.

²⁵² «Art. 1. Fino al 31 dicembre 1916, è istituita una speciale categoria di aspiranti medici la quale nella progressione dei gradi della gerarchia militare sarà compresa fra i sottufficiali e ufficiali. Gli "aspiranti medici" saranno adibiti esclusivamente a servizi professionali del corpo sanitario. [...] Art. 3. Possono essere nominati "aspiranti medici" i militari di 1° 2° e 3° Categoria di età non superiore al 30 anno, i quali abbiano compiuto il 5. od il 6. Anno di Università (facoltà di medicina e chirurgia) anche senza avere superati gli esami finali, purché abbiano sostenuto con successo tutti gli esami del 4. Anno». *Aspiranti medici*, La Riforma medica, 1915, n. 21, p. 644.

²⁵³ La Direzione, *Note di attualità pratica. Per l'insegnamento clinico della psichiatria e neuropatologia al corpo sanitario militare*, «Quaderni di psichiatria», marzo-aprile 1916, 3, p. 76.

²⁵⁴ S. Manente, *Gli psichiatri alla guerra. Organizzazione militare e servizio bellico, 1911-1919*, cit., p. 104.

era l'unica strada praticabile. Criticando soprattutto il provvedimento in sé e in generale il sistema di formazione della sanità militare, piuttosto che la qualità del personale docente giudicata invece di buon livello, il direttore di *Quaderni di psichiatria* notò che la veloce e superficiale formazione imposta a San Giorgio di Nogaro aveva abbassato di molto la professionalità dei nuovi alienisti militari. I corsi impartiti erano sostanzialmente gli stessi di quelli svolti in modo accelerato nelle Università dopo i decreti sopra citati, considerati da Morselli troppo semplificati e quindi poco qualificanti. Una soluzione in grado di produrre un personale sanitario adeguatamente preparato fu da lui individuata in un maggior sostegno proprio delle istituzioni universitarie, sia per migliorare la formazione degli allievi medici militari che per colmare le carenze del personale sanitario operativo:

qualcuno ha osservato che, volendosi raccogliere in un posto solo tutta quella gioventù studiosa, vi si prestava egualmente e con grande economia la vicina Facoltà Medico-chirurgica dell'Ateneo di Padova, che si trova prossima alla zona di guerra e dove tutti gli insegnamenti già organizzati con insegnanti di alto valore potevano essere indirizzati con facilità a questa istruzione particolare bellica. Ma abbiamo già rilevata la riluttanza della Sanità militare in tutti i suoi gradi gerarchici, dall'Ispettorato centrale di Roma alle diverse Direzioni regionali, siano Ospedaliere, siano di Distretto, a giovare delle istituzioni Universitarie. [...]

E vi è un'altra circostanza ancora più evidente. Troppi sono i medici militari di carriera e i medici richiamati in età ancora giovane, troppi sono i così detti «assimilati», che se ne stanno rinchiusi negli Uffici di Sanità o nei turni degli Ospedali di riserva e territoriali: ben potrebbero essere tolti a quelle loro pacifiche pratiche sulla carta, a quelle loro caute e lautamente pagate mansioni, ed essere mandati in zona di guerra a coprirvi le deficienze di personale sanitario. Non si dubiti che al loro posto si offrirebbero patriotticamente numerosi medici ora a riposo, o capaci di duplicare la loro attività; inoltre vi è tutto il personale universitario non ancora usufruito: con tali elementi si soddisferebbero i bisogni del servizio sanitario nelle retrovie di tutto il Regno. Ma bisogna una buona volta che cessi la grettezza dei criteri esclusivisti della burocrazia militare; bisogna che gli «imboscati» della classe medica siano considerati e trattati con severità eguale a quella che si minaccia, e speriamo si saprà mettere in opera, verso gli imboscati di ogni specie²⁵⁵.

Lo sforzo bellico richiedeva una mobilitazione totale dei medici italiani che le autorità militari non erano riuscite ad attuare anche per gli ampi criteri di esclusione dalla chiamata alle armi adottati per alcune categorie lavorative come i medici, ma Morselli forse esagerava la portata degli esoneri visto che molti istituti psichiatrici non avevano in realtà personale sufficiente proprio a causa della chiamata di medici e infermieri²⁵⁶. Non era possibile assicurare una copertura totale di posti letto in ospedali e reparti per soli militari, dove potevano applicarsi terapie mirate a recuperare il maggior numero possibile di uomini al servizio, per cui continuava a essere indispensabile il sostegno

²⁵⁵ *Note di attualità pratica. Per l'insegnamento clinico della psichiatria e neuropatologia al corpo sanitario militare*, «Quaderni di psichiatria», marzo-aprile 1916, nn. 3-4, p. 79.

²⁵⁶ Molti istituti psichiatrici furono costretti, dichiarandosi poi soddisfatti dell'esperimento, a utilizzare personale femminile per l'assistenza agli uomini. Si veda p. 186 di questo lavoro.

dei manicomi pubblici, dove il contrasto tra mentalità militare e pratica sanitaria diventava evidente.

Oltre al problema della facilità con cui si stilavano diagnosi che prevedevano l'allontanamento dei soldati dal teatro bellico, erano le tempistiche adottate in alcuni istituti psichiatrici a preoccupare i vertici militari. Per questi ultimi l'iter dei ricoveri doveva infatti essere ridotto rispetto alla regolare prassi psichiatrica. Con la comparsa dei sintomi il soldato veniva mandato in osservazione, per un massimo di dieci giorni, in piccoli reparti sorti durante il primo anno di guerra nelle immediate retrovie; se riconosciuto malato o bisognoso di ulteriori osservazioni, si attuava il trasferimento in una delle strutture psichiatriche collegate per convenzione alle armate. Se poi da queste uscivano guariti o migliorati, un'ulteriore visita doveva stabilire l'idoneità al servizio militare, mentre gli scartati venivano dichiarati permanentemente inabili su proposta della Direzione medica di riforma e inviati nei manicomi della propria provincia di residenza²⁵⁷. Uno schema, questo, che gli alienisti manicomiali riuscirono in parte a modificare per avere a disposizione una certa libertà sui tempi nei casi clinici più complessi. Il decreto che nel maggio del 1916 prolungò di due mesi il periodo massimo di osservazione dei soldati nei manicomi prima del ricovero definitivo²⁵⁸ rispondeva alle continue richieste di estensione del periodo di osservazione. Una vittoria da parte della psichiatria civile su uno dei punti di maggiore contrasto con i vertici militari, il tempo. Sui provvedimenti medico-legali i medici manicomiali potevano inoltre influenzare i giudizi delle commissioni militari tramite le relazioni sanitarie che contenevano le proposte formulate per i vari casi. La diagnosi finale era comunque stilata da una commissione nominata dai militari in cui era obbligatoria la presenza di un medico appartenente all'Esercito estraneo all'istituto, ritenuto quindi imparziale e, in sostanza, incaricato di richiamare l'attenzione degli alienisti sulle necessità belliche rispetto a quelle mediche. Per i casi di nevrosi, considerati di più semplice guarigione, si preferiva invece l'invio in strutture specializzate in campo neurologico²⁵⁹. La posizione dei direttori e del personale manicomiale rispetto alle decisioni medico-legali era subordinata a quella dei medici militari, ma questi ultimi si mostrarono disponibili ad accettare i referti da loro inviati. Gli spazi di manovra del personale manicomiale non furono quindi eccessivamente limitati: l'emergenza della guerra non portò nel campo psichiatrico a una prevaricazione del potere militare su quello civile ma piuttosto a una influenza reciproca. Non esisteva ovviamente una linea netta che separava la psichiatria militare da quella manicomiale, ma le diverse prospettive portavano a conseguenze pratiche decisive.

I medici, militari o civili, che di volta in volta dovevano emettere un giudizio circa l'assegnazione di licenze di convalida e di riforme temporanee o permanenti dal servizio militare si trovavano davanti a un compito molto delicato: per la convalida dei militari considerati recuperabili, era più consono un periodo di riposo a casa o era preferibile non allontanare mai la persona dall'ambiente militare? La

²⁵⁷ AUSSME, Fondo E7 – Busta 31 – Fasc. 353, *Relazione sanitaria guerra 1915-1918. Servizio neuropsichiatrico*, p. 396.

²⁵⁸ Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia, 12 giugno 1916, p. 3046.

²⁵⁹ A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., pp. 74-75.

seconda opzione è stata spesso citata come punto di vista dei vertici militari sulla base dei giudizi di Placido Consiglio ed Emilio Riva, rispettivamente Direttore e medico assistente del Centro Neuropsichiatrico Militare di Prima Raccolta di Reggio Emilia. Tuttavia, al di là del fatto che fu necessario il forte sostegno delle strutture dove operavano medici non arruolati, alcuni dei principali psichiatri militari erano di formazione manicomiale; le priorità dettate dal nuovo ruolo nell'Esercito non potevano cancellare del tutto la loro formazione professionale, anche trovandosi spesso nella scomoda posizione di dover contraddire la propria etica lavorativa per assecondare le richieste dei comandi militari. È utile, quindi, richiamare l'attenzione sull'incontro tra psichiatria militare e civile in un istituto, il S. Lazzaro di Reggio Emilia, dove la commistione tra i due ambienti era fortissima nonostante la relativa lontananza dalla zona delle operazioni belliche.

2.2 Il ruolo centrale del manicomio S. Lazzaro di Reggio Emilia tra difficoltà gestionali e sanitarie

Il manicomio provinciale di Reggio Emilia rivestì un ruolo centrale all'interno del servizio neuropsichiatrico di guerra. Fu innanzitutto un appoggio fondamentale per l'esperimento di centralizzazione e semplificazione burocratica attuato nel 1918 con la costituzione del Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta, disseminato in varie sedi della città compresi alcuni locali del manicomio. Già prima della creazione del Centro, tuttavia, l'istituto aveva svolto compiti importanti mettendo a disposizione numerosi posti letto riservati al primo sgombero di alcune strutture della zona di guerra. Quello reggiano era uno dei principali manicomi italiani e tra i più lodati per la qualità dei servizi; fama dovuta anche al ruolo d'avanguardia che aveva avuto nella fase di crescita delle istituzioni psichiatriche durante la seconda metà dell'Ottocento, grazie alla presenza di medici fortemente impegnati come Carlo Livi, Augusto Tamburini ed Enrico Morselli²⁶⁰. Fu soprattutto lo sviluppo di laboratori scientifici

²⁶⁰ Fondato nel 1821 nel contesto delle riforme dell'assistenza sanitaria volute dal duca Francesco IV d'Este, era stato caratterizzato da un primo trentennio, corrispondente alla direzione di Antonio Galloni, di crescita sia del numero di ricoverati che della qualità dei servizi; a questi seguirono quindici anni di decadenza con la direzione di Luigi Biagi, che lasciò l'incarico nel 1870 dopo alcuni scandali pubblici che lo coinvolsero seguiti da lunghe polemiche del mondo accademico. Nel 1873 la nomina a direttore di Carlo Livi, socio fondatore della *Società italiana di freniatria* – nata nello stesso anno – impresse una svolta a un istituto che si sarebbe trasformato nel corso del tempo in un modello da imitare nel contesto nazionale. Direttore del manicomio provinciale di Siena dal 1858 al 1873 e personalità di primo piano della psichiatria italiana, estese in modo significativo sia la capacità d'accoglienza che i servizi offerti all'interno della struttura grazie anche alla collaborazione dei suoi principali allievi Enrico Morselli e Augusto Tamburini, fautori della proposta da lui accettata di creare la *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali* nel 1875. Tra i provvedimenti considerati all'avanguardia per il tempo vi fu la costituzione di una società di patronato la quale, grazie a finanziamenti saltuari provenienti dalla Provincia, da alcuni Comuni, da donazioni private e dalle stesse casse del manicomio, concedeva sussidi a pazienti dimessi e sprovvisti di mezzi di sostentamento. Di particolare rilievo per la crescita dell'istituto dal punto di vista della ricerca scientifica, insieme con l'avvio dell'insegnamento di Clinica psichiatrica dell'Università di Modena nel 1874, fu il notevole sviluppo delle attività nei laboratori scientifici: oltre all'ampliamento di quelli già esistenti, furono installati un gabinetto elettroterapico e i

avanzati a contraddistinguere nel panorama nazionale quella che venne definita «scuola reggiana», centro propulsore nel corso dell'ultimo quarto dell'Ottocento di un nuovo modo di affrontare le questioni basilari della disciplina. Ciò che caratterizzava l'ottica maturata da Livi, Tamburini e Morselli, rispetto alla più antica e affermata «scuola milanese» di Andrea Verga, era la ricezione degli stimoli provenienti dalla Germania e dalla Francia dove, nel segno della continuità tra psichiatria e neuropatologia, l'indirizzo di ricerca anatomico e fisiologico prendeva sempre più spazio rispetto a quello delle «cause morali»²⁶¹. Per Morselli gli psichiatri milanesi si erano infatti concentrati sul problema della riforma dei manicomi, mettendo in secondo piano la ricerca vera e propria sulle malattie mentali ed esaltando di conseguenza il ruolo sociopolitico e culturale della psichiatria a discapito di quello scientifico, considerato invece prioritario dal gruppo reggiano. La creazione della *Rivista sperimentale di freniatria* nel 1875 voleva controbilanciare proprio la direzione presa dal primo periodico psichiatrico italiano fondato da Verga nel 1864, l'*Archivio per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali*, ritenuta da Morselli, soltanto dieci anni dopo, uno strumento obsoleto bloccato in questioni di tecnica manicomiale. In realtà le numerose pubblicazioni degli alienisti lombardi su ricerche di anatomia normale e patologica del sistema nervoso testimoniano che l'indirizzo sperimentale non era stato abbandonato dai seguaci di Verga anche se, in effetti, per questi ultimi il problema di uno statuto metodologico consono a quello della medicina generale non aveva la stessa importanza che per i reggiani²⁶².

Negli anni della Grande Guerra il direttore in carica al S. Lazzaro era Giuseppe Guicciardi, succeduto a Tamburini nel 1907 e rimasto in servizio fino al 1928. I primi anni della sua gestione non sembra abbiano segnato una svolta nell'andamento positivo dell'istituto. La relazione sulla visita del 22 luglio 1914 della Commissione di vigilanza sui manicomi della provincia di Reggio Emilia riporta numerosi giudizi lodevoli su quasi tutti gli aspetti dell'istituto, evidenziando in particolare la notevole presenza di attività extra-manicomiali: una scuola professionale per sorveglianti e infermieri frequentata in media da circa 200 aspiranti, sia uomini che donne; scuole elementari, di disegno, di musica e di ginnastica aperte a malati e infermieri; una società di mutuo soccorso fra gli infermieri; una società di patronato, costituita durante la direzione di

laboratori di istologia, di analisi chimiche (annesso alla farmacia) e soprattutto quello pionieristico di psicologia sperimentale. Livi morì nel 1877 lasciando il posto al suo allievo Augusto Tamburini, che partendo da una condizione generale ancora influenzata – nonostante i precedenti interventi di Livi – dallo stato di abbandono causato dalla vecchia gestione Biagi, si impegnò nei successivi trent'anni a sviluppare maggiormente le ricerche di laboratorio e a migliorare le pratiche di cura: incrementò l'ergoterapia, avviò una scuola professionale per la formazione di infermieri e sorveglianti e introdusse nuovi percorsi terapeutici come i corsi di disegno e di canto. Archivio storico dell'ex Ospedale psichiatrico S. Lazzaro di Reggio Emilia (d'ora in avanti AORE), Busta 22, fasc. 1.1.4.31, Commissione di vigilanza, *Relazione* (1914), p. 12; B. Menghi Sartorio, *Ospedale psichiatrico "S. Lazzaro"*, in Gruppo di coordinamento del progetto nazionale "Carte da Legare" (a cura di), *Primo rapporto sugli archivi degli ex Ospedali psichiatrici*, Editrice Gaia, Anghi (Sa). 2010, pp. 62-63; M. Starnini, *Carlo Livi*, Archivio storico della psicologia italiana – Protagonisti, 2015 <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/278/>> (10/2018).

²⁶¹ Una ricostruzione completa delle scuole psichiatriche sviluppatesi a Milano e Reggio Emilia nella seconda metà dell'Ottocento si trova in F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra otto e novecento*, cit., pp. 1080-1092.

²⁶² F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra otto e novecento*, cit., p. 1087.

Carlo Livi, che sussidiava con finanziamenti provenienti dalla Provincia, dal Comune, dalla stessa amministrazione del manicomio e da alcuni benefattori privati²⁶³, i pazienti dimessi nullatenenti.

Riassumendo, questo Istituto, che da lungo tempo è apprezzato come uno dei primi d'Italia, non solo ha saputo mantenere sino ad oggi le sue onorate tradizioni, ma si è andato negli ultimi anni e si va man mano perfezionando, coll'attuare i criteri più moderni della edilizia, della tecnica e della organizzazione Manicomiale. E di questo va reso grande merito all'Egregio Direttore Prof. Guicciardi, [...] e all'attuale Commissione Amministrativa e specialmente al suo Egregio Presidente, che saggiamente governando il lato economico dell'Azienda, attuando le radicali proposte del Direttore, ispirandosi sempre al concetto di tenere alto il prestigio dell'Istituto perché risponda sempre più alle maggiori esigenze della scienza e dell'umanità, ha, con lodevole ardire e con mirabile accordo fra Direzione medica ed Amministrazione, fatto compiere all'Istituto, in tempo relativamente breve, notevoli progressi²⁶⁴.

L'inizio delle ostilità sul confine italo-austriaco mise a dura prova la tanto declamata organizzazione del S. Lazzaro, ponendo Guicciardi e tutto il personale medico di fronte al dilemma di mediare tra direttive militari, sovraffollamento e necessità sanitarie dei pazienti. Il reparto militare di 400 posti fu messo subito a disposizione dell'Ospedale militare di riserva di Reggio Emilia, ma fu chiuso momentaneamente nel settembre del 1915 a causa di un'epidemia di colera portata probabilmente dagli stessi soldati. Il focolaio fu circoscritto in breve tempo anche se provocò un primo colpo al bilancio dell'amministrazione provinciale²⁶⁵ proprio alla vigilia di un periodo di vertiginoso aumento degli ingressi dovuto all'arrivo dei militari. Dalla posizione di manicomio modello e con una capacità d'accoglienza molto alta rispetto alla media nazionale, divenne uno dei principali istituti psichiatrici per militari. Il reparto allestito al suo interno era collegato con l'Ospedale da campo n. 234 di San Giorgio di Nogaro e, dal 1917, con l'Ospedale da campo per malattie nervose della Carnia, due delle strutture più operative nelle immediate retrovie²⁶⁶.

Sul numero preciso di militari accolti durante la Grande Guerra esistono cifre discordanti. Alcune statistiche parlano di circa 5.704 militari passati per l'istituto, ma quello che può essere affermato con certezza è che furono non meno di 4.500, cifra corrispondente al numero di cartelle cliniche conservate nell'archivio storico del S. Lazzaro²⁶⁷. Nel breve quadro storico delineato in una lettera spedita al Ministero della Guerra nel 1920, che aveva per oggetto le rette da rimborsare per i soldati ricoverati nel 1919, il presidente amministrativo Luigi Moschieri colloca la cifra poco al di sotto

²⁶³ «Per alcuni molto bisognosi questi sussidi di 15 o 20 lire al mese sono anche continuativi per un periodo di tempo più o meno lungo, e valgono a prevenire il loro ritorno al Manicomio, che altrimenti l'estrema miseria e l'insufficienza dell'alimentazione renderebbe inevitabile». AORE, Busta 22, fasc. 1.1.4.31, Commissione di vigilanza, *Relazione* (1914), p. 12.

²⁶⁴ AORE, Busta 22, fasc. 1.1.4.31, Commissione di vigilanza, *Relazione* (1914), pp. 13-14.

²⁶⁵ AORE, Archivio Amministrativo, busta 11, fasc. 1.1.4.8-Convenzioni per ricovero militari, *Militari ricoverati. Rette 1919* (01/06/1920), pp. 1-2.

²⁶⁶ Ivi, p. 2.

²⁶⁷ F. Paoletta, *La neuro-psichiatria in Emilia-Romagna durante la Grande Guerra*, cit., p. 98.

di 5.000²⁶⁸. Dando valore al numero di cartelle cliniche presenti in archivio, che comunque non tiene conto di eventuali dispersioni nel corso del tempo, la mole di soldati accolti fu molto alta se confrontata con quella dei manicomi situati nelle vicinanze della zona di guerra. L'apertura del CPMPR nei primi giorni di gennaio del 1918 provocò un aumento vertiginoso di militari transitanti a Reggio Emilia, ma le degenze divennero più brevi e non tutti i nuovi arrivi gravarono sul manicomio, all'interno del quale furono utilizzati solo alcuni locali. Il Centro fu chiuso ufficialmente il 20 marzo 1919 anche se le ammissioni in realtà proseguirono fino a giugno in un reparto residuale che custodiva i pazienti da trasferire. Per l'istituto diretto da Placido Consiglio conosciamo unicamente le statistiche da lui dettate nell'estate del 1919, quando rientrò in servizio presso l'ospedale militare di Roma. Tra il primo gennaio 1918 e il 30 giugno 1919 calcolò 11.091 militari ammessi, tra cui 794 ufficiali²⁶⁹. Considerando che, da regolamento, durante il periodo ufficiale di apertura tutti i militari sospetti alienati o neuropatici dovevano passare dal CPMPR per le ultime indagini cliniche, il dato appare verosimile, anche se è difficile trovare una conferma nella documentazione conservata. Nell'archivio storico amministrativo del S. Lazzaro esiste un solo faldone dedicato al Centro ma è semivuoto e non contiene informazioni particolarmente utili, se si esclude una breve corrispondenza relativa a una protesta dei soldati per le razioni di pane di cui si parlerà più avanti. A partire dai primi mesi del 1918 le cartelle cliniche del reparto militare cominciano inoltre a essere sempre più povere di documenti, fino ad arrivare a contenere unicamente il frontespizio del diario clinico. Il motivo del cambio di stile nella stesura delle cartelle cliniche fu probabilmente la maggior superficialità delle procedure previste dalla nuova istituzione. L'innesto del CPMPR nella struttura del manicomio civile e la sovrapposizione di ruoli che ne derivò, unita alla cospicua assenza di cartelle cliniche o di sufficienti fonti amministrative, rendono necessario quindi fare riferimento unicamente a Placido Consiglio ed Emilio Riva sia per i dati statistici che per il funzionamento generale del loro istituto. Per quanto riguarda i ricoveri militari precedenti la fondazione del Centro, le fonti permettono invece di avere una visione chiara del movimento e dei provvedimenti presi nei loro confronti. Le cartelle cliniche raccolte in archivio relative al periodo di guerra fino all'apertura del Centro, esclusi quindi gli anni 1918 e 1919, sono in totale 1.472²⁷⁰.

²⁶⁸ In totale 4.882 (479 nel 1916, 1.319 nel 1917, 2.485 nel 1918, 599 nel 1919). Le cartelle cliniche conservate degli ammessi dal 24 maggio al 31 dicembre 1915 sono 24 ed è improbabile che, considerando anche eventuali dispersioni, possano essere state in origine più di un centinaio dato anche il periodo di chiusura del reparto militare per la diffusione del colera. AORE, Archivio Amministrativo, busta 11, fasc. 1.1.4.8-Convenzioni per ricovero militari, *sempre il Reparto Principale*.

²⁶⁹ F. Paoletta, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, cit., pp. 193-194.

²⁷⁰ AORE, Archivio Sanitario, Cartelle cliniche, buste 333-359. Rispetto ai numeri forniti nel 1920 da Luigi Moschieri (1.798 ammessi fino al 1917. Si veda p. 100, nota 268 di questo lavoro), mancano 326 cartelle cliniche all'appello, ma lo scarto è minimo se confrontato con le cartelle mancanti rispetto al totale dei militari ricoverati tra il 1915 e i 1919.

Tabella 2. Prospetto dei decreti di dimissione riferiti ai soldati ricoverati al S. Lazzaro tra il 1915 e il 1917

Totale ricoverati	1.472
Restituiti al servizio	185 (101 con proposta di licenza di con- valescenza)
Rimpatriati	536
Non riconosciuti malati	10
Morti	30
Evasi	5
Consegnati ai Carabinieri	22
Trasferiti in altri manicomi per ricovero definitivo	218
Trasferiti in altri manicomi per man- canza di posti letto	466

Fonte: AORE, Archivio Sanitario, Cartelle cliniche, buste 333-359.

I numeri più bassi riguardano i morti (30), gli evasi (5), e, significativamente, i soldati restituiti ai Comandi perché non riconosciuti malati: soltanto 10, ai quali si deve aggiungere qualche non idoneo al ricovero tra i 22 consegnati ai carabinieri per processi penali pendenti o perché detenuti. Il ritorno in servizio venne proposto per 185 soldati ai quali venne diagnosticata una patologia, ma in 101 casi, anche se migliorati o guariti, non fu consigliato il reintegro immediato per la possibilità di una riacutizzazione dei disturbi. Quasi la metà dei soldati entrati in osservazione (684) fu trasferita in altri istituti: per 218 di loro fu giudicato indispensabile il ricovero definitivo e l'invio nei manicomi della provincia di residenza; 466 trasferimenti furono invece causati dalla mancanza di posti letto (356 militari furono inviati nel manicomio di Siena, 110 in quello di Volterra). Le cartelle che riportano la dicitura *rimpatriato* per la dimissione sono 536, il 36% circa del totale: il termine stava a indicare che il paziente veniva dimesso perché in condizioni di uscire e veniva usato sia quando già era stato emesso il provvedimento di riforma, sia quando il soggetto era in sua attesa; i medici confermavano le diagnosi stilate precedentemente in altri reparti psichiatrici o ne formulavano di nuove, ma il risultato era in ogni caso il ritorno a casa del paziente.

Emerge qui, come negli altri casi analizzati, il valore che avevano le famiglie dei ricoverati per il lavoro psichiatrico. Uno dei problemi che contribuiva a risolvere era, per esempio, quello del sovraffollamento dovuto alla presenza di pazienti che senza la disponibilità dei propri parenti ad accoglierli e curarli non potevano essere dimessi. Ma, soprattutto, è evidente la persistenza del ruolo di 'valvola di sfogo' delle famiglie nei confronti dei manicomi in casi eccezionali come la guerra, quando alla pratica comune in tempo di pace di congedare alla visita di leva soggetti potenzialmente pericolosi dal punto di vista disciplinare, anche se non propriamente malati mentali, faceva da contraltare la necessità di arruolare il maggior numero possibile di uomini in sostituzione delle ingenti perdite. Durante la guerra non era possibile consegnare ufficialmente i militari ai parenti se non attraverso la concessione di licenze di convalescenza poiché erano soggetti a una normativa diversa da quella prevista dalla legge

sui manicomi del 1904 per i pazienti ordinari. L'altissimo numero di militari inviati non permetteva un equilibrio nel ricambio della popolazione manicomiale, rendendo necessario provvedere con i mezzi a disposizione. Come dimostrato dai dati raccolti sui ricoveri degli anni di guerra 1915-1917, nell'ospedale diretto da Guicciardi, prima che venisse creato il CPMR, le proposte fatte alle autorità militari per la concessione di licenze a coloro che erano potenzialmente recuperabili al servizio furono numerose rispetto al totale dei militari restituiti direttamente ai convalascenziari militari o ai depositi di Reggimento. In genere erano tre i mesi assegnati, periodo considerato troppo lungo da alcuni psichiatri militari come Emilio Riva che vedevano invece nelle licenze un'occasione per simulatori ed esageratori di guadagnare tempo prezioso. Nei fatti la loro assegnazione, al di là delle intenzioni dei medici, risultava un ottimo compromesso tra l'impossibilità di mandare a casa tutti coloro che presentavano disturbi lievi e transitori, adoperabili in compiti adatti alle proprie caratteristiche, e il bisogno dei malati, che gli psichiatri dei manicomi comprendevano bene, di avere almeno un periodo di recupero delle forze fisiche e mentali in ambienti dove si trovavano a proprio agio.

Dopo i primi mesi di guerra, le continue perdite subite dall'Esercito italiano²⁷¹ avevano reso più urgente il ricambio di uomini al fronte e imposero un cambiamento decisivo nelle strategie di reclutamento o di assegnazione dei congedi. La prima risposta dei comandi militari fu l'estensione dell'età di arruolamento: tra l'autunno del 1916 e l'estate del 1917 vennero richiamate le classi più giovani (1897-1899) e quelle più anziane (fino alla classe 1873), mentre venne ordinato di rivedere gli esoneri concessi in tempo di pace²⁷². I criteri di esclusione nelle visite di leva divennero meno rigidi con il decreto n. 1156 del 22 luglio 1917, che, per esempio, includeva in reparti speciali di truppa i malati di tracoma, precedentemente considerati non idonei al servizio²⁷³. Il decreto luogotenenziale n. 1230 del 12 agosto obbligava invece tutti i soldati già dichiarati inabili a presentarsi nei rispettivi distretti per effettuare una nuova visita di leva, pena la denuncia per renitenza al Tribunale Militare²⁷⁴. La revisione dei riformati doveva servire a un aumento consistente degli effettivi, dato che era stato già prodotto un nuovo elenco delle imperfezioni e delle infermità che causavano la riforma in sostituzione quello promulgato nel 1892 e modificato varie volte fino al 14 ottobre 1914. Molto criticato dai medici perché poco chiaro, per Enrico Morselli il vecchio elenco aveva causato, per esempio, l'esclusione di troppi soldati dal servizio nei primi due anni di guerra perché improntato su criteri rigidi che potevano essere utili a un esercito in tempo di pace, ma diventavano controproducenti nel caso di una mobilitazione di massa²⁷⁵. Il nuovo elenco preparato il 22 luglio 1917 non era esente

²⁷¹ Considerando solo le principali battaglie del 1916 e cioè l'offensiva austriaca denominata *Strafexpedition* (15 maggio-16 giugno), la presa di Gorizia da parte italiana (6-16 agosto) e le offensive italiane autunnali (14-17 settembre; 10-13 ottobre e 1-4 novembre 1916), le perdite furono circa 274.000. Nel 1917, fino alla battaglia di Caporetto, la decima e l'undicesima battaglia dell'Isonzo (12-31 maggio e 17 agosto-12 settembre) insieme con la battaglia dell'Ortigara (1025 giugno) provocarono invece più di 300.000 morti. M. Isnenghi e G. Rochat, *La Grande Guerra. 1914-1918*, cit., pp. 192-201 e 207-216.

²⁷² M. Isnenghi e G. Rochat, *La Grande Guerra. 1914-1918*, cit., p. 207.

²⁷³ *Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia*, 28 luglio 1917, *Decreto luogotenenziale n. 1156*, pp. 3418-3424.

²⁷⁴ *Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia*, 13 agosto 1917, *Decreto luogotenenziale n. 1230*, pp. 3589-3590.

²⁷⁵ *Note di attualità. Le cause morbose d'inabilità al servizio militare nei riguardi della psichiatria e neuropatologia*, «Quaderni di psichiatria», 1917, 4, 9-10, p. 217.

da critiche²⁷⁶, ma venne giudicato da Morselli coerente, in linea di massima, con l'evoluzione della nosografia neuropsichiatrica recente²⁷⁷. La «nostalgia», per esempio, non figurava più come entità nosografica autonoma, essendo da tempo assimilata ormai alle «psicosi affettive», mentre il termine generale «nevrosi» venne sostituito da una migliore specificazione delle patologie più gravi che rientravano in quel gruppo. Fu soprattutto il campo neuropatologico quello in cui Morselli rilevò più errori, evidenziando, per esempio, l'assenza di tutte le «disendocrinie» e di varie forme morbose come l'«acromegalia», il «gigantismo», l'«acondroplasia» e l'«infantilismo»²⁷⁸. Il bilancio generale non era tuttavia negativo:

tutto sommato, però, e nonostante le critiche e riserve superiormente enunciate, i vantaggi maggiori ottenuti colla promulgazione del Nuovo Elenco consistono nell'aver chiarito il concetto ufficiale di alcune forme morbose, nell'aver modificato felicemente alcune denominazioni di vizi morfologici e di infermità, ma soprattutto nell'aver eliminato o limitato molte delle vecchie e lamentate motivazioni di inidoneità ai servizi militari in un momento di gravissimi bisogni della Patria nostra, per la efficacia combattiva ed organizzatrice dell'Esercito²⁷⁹.

Il nuovo elenco poteva effettivamente contribuire a limitare il numero di riforme per malattie nervose e mentali? Dando credito alle spiegazioni fornite dallo stesso Morselli, sembra che in realtà solo per le nevrosi le modifiche avrebbero ridotto gli allontanamenti dal servizio, mentre per alcune patologie molto diffuse tra i soldati avrebbe dovuto portare piuttosto a un aumento delle riforme. Nel paragrafo sull'epilessia, per esempio, venne aggiunta la necessità di provvedere a indagini anamnestiche sui familiari e su eventuali precedenti penali o alcolismo del paziente, presenti i quali si doveva procedere con la riforma²⁸⁰. La connessione 'lombrosiana' tra epilessia e bassa moralità, se non vera e propria criminalità, era ancora molto influente tra i medici dell'Esercito; aveva tuttavia come conseguenza una potenziale estensione della platea dei riformati, facendo sì che venissero incluse anche quelle etichettate allora come epilessie di tipo psichico e non solo le forme classiche con attacchi convulsivi, le uniche spesso a essere considerate reali da medici militari poco pratici di psichiatria²⁸¹. Anche il breve paragrafo del 1914, che riguardava gran parte dei disturbi psichiatrici

²⁷⁶ «Che cosa dire di questo Nuovo Elenco se non che in certi suoi numeri sembra redatto da medici del tutto estranei alle singole branche della Medicina e Chirurgia cui si riferiscono? Lasciamo dal rilevare le imperfezioni stilistiche, le scorrettezze grammaticali e le non rare improprietà del linguaggio tecno-scientifico, tutti difetti consueti dei nostri documenti ufficiali, come se fossero scritti in Barberia o in Boezia; ma per fermarci alla limitata cerchia della Psichiatria e Neuropatologia – e senza neanche voler dimostrare *tutte* le superfluità e manchevolezze e tutto l'impraticabile fiscalismo di *talune* disposizioni, massimamente contenute nelle «Istruzioni» collocate in Appenice – ci contenteremo di indicare quei punti che costituiscono le più essenziali differenze fra i due Elenchi. Rispetto alle cause morbose di pertinenza della Psichiatria e Neuropatologia, le modificazioni sono molte e alcune di notevole importanza». *Note di attualità. Le cause morbose d'inabilità al servizio militare nei riguardi della psichiatria e neuropatologia*, cit., pp. 217-218.

²⁷⁷ Ivi, pp. 219-222.

²⁷⁸ *Ibid.*

²⁷⁹ Ivi, p. 222.

²⁸⁰ Ivi, p. 219.

²⁸¹ Ivi, p. 221.

possibili, portava delle significative modifiche, aggiungendo alle generiche «alienazioni mentali», per esempio, la locuzione «di qualsiasi forma». Per Morselli ciò avrebbe permesso di «prendere in considerazione anche le forme accessuali di esaltamento o di depressione, che presso certe Autorità Sanitarie Militari non sarebbero pazzie, ma stati effimeri (?)»²⁸². L'unica clausola che poteva provocare una riduzione delle dichiarazioni di inidoneità era quella che rendeva obbligatorio il requisito del ricovero definitivo, per eliminare la possibilità di assegnare riforme prima dello scadere del termine legale di osservazione in manicomio²⁸³.

Gli articoli riguardanti le malattie nervose e mentali dell'elenco riportato da Morselli sulla sua rivista in realtà non rispecchiavano esattamente quelli poi entrati effettivamente in vigore il 13 agosto 1917. Con la semplificazione dei lunghi articoli previsti il 22 luglio scomparvero alcune malattie specifiche e cioè uno dei punti più lodati da Morselli. Dal paragrafo delle alienazioni mentali venne eliminata la locuzione «di qualsiasi forma» e da quello delle nevrosi il riferimento alle «forme gravi di *isterismo* impiantate sopra un *fondo psichico infantile* perfettamente riconoscibile»²⁸⁴. L'aggiunta più importante presente nell'elenco preparato il 22 luglio venne comunque mantenuta: sia per le epilessie che per le alienazioni mentali gli articoli richiamavano al paragrafo *i* delle avvertenze generali:

nei casi di psicopatie e di nevrosi funzionali non si dovrà mai trascurare di tener conto di una più o meno forte tara neuropatica familiare, di possibili eclampsie dell'infanzia, di note antropologiche degenerative e preferibilmente tra esse, del cranio obliquo, della plagiocefalia, della plagioprosopia, delle orecchie ad ansa e dello sguardo sinistro. Si dovrà anche indagare sull'esistenza della sifilide, ereditaria o acquisita. Mancando tali dati, otto volte su dieci l'epilessia si può ritenere simulata²⁸⁵.

È evidente che tra i vertici della sanità militare l'influenza di un'antropologia lombrosiana semplificata nel collegamento diretto tra caratteri somatici e malattie mentali era ancora forte, ma il risultato pratico fu la limitazione della possibilità di richiamare parte degli esonerati. Nei reparti neuropsichiatrici era infatti frequente la presenza di soggetti che presentavano tali caratteristiche, soprattutto per quanto riguarda le tare ereditarie. La normativa non assecondò così in pieno il volere di quei medici militari che, come Placido Consiglio, avrebbero voluto recuperare materiale umano anche nei reparti psichiatrici. In realtà Consiglio non parlava del reinserimento di malati mentali veri e propri, ma più in generale di individui moralmente degenerati e dai comportamenti anomali da recuperare per un qualsiasi servizio utile. Il fatto è che malattie mentali e degenerazione morale erano allora trattate entrambe in manicomio, tra l'altro, contro il volere degli psichiatri stessi²⁸⁶. Da questo punto di vista la normativa non fissava criteri precisi, per cui le Commissioni avevano la possibilità di rivedere i

²⁸² Ivi, p. 220.

²⁸³ «N. 17. – L'*alienazione mentale* di qualsiasi forma, debitamente accertata anche con indagini familiari; se apparentemente guarita, quando per essa l'iscritto sia stato internato in un Manicomio in seguito ad autorizzazione dell'Autorità giudiziaria a scopo di cura e non di semplice osservazione». Ivi, p. 218.

²⁸⁴ Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia, 13 agosto 1917, *Decreto luogotenenziale n. 1209*, p. 3581.

²⁸⁵ Ivi, p. 3584.

²⁸⁶ Si vedano le pp. 151-153 di questo lavoro.

giudizi nei casi di disturbi lievi²⁸⁷. L'arruolamento di questi soggetti avveniva, nella maggior parte dei casi, in reparti sedentari o non combattenti, lasciando un ampio margine decisionale ai medici degli ospedali militari nel giudicare se il grado di invalidità era tale da non permettere lo svolgimento di compiti speciali. Se la normativa non era particolarmente chiara rispetto al possibile recupero di soldati alienati o semplicemente anomali dal punto di vista psichico, il bisogno di uomini non poteva che coinvolgere gli istituti psichiatrici anche perché gli 'scemi di guerra' erano tra i più colpiti dai pregiudizi sulla volontà dei soldati di evitare il servizio militare.

La questione dei simulatori è significativa per il discorso delle differenze tra psichiatria militare e civile. La comparazione tra i provvedimenti adottati su un campione di soldati napoletani ricoverati prima a Reggio Emilia e poi a Napoli permette di approfondire la questione dell'efficienza dell'intervento militare e della coerenza degli psichiatri civili con i dettami della disciplina alienistica. Le aspre critiche rivolte da Placido Consiglio ai medici del manicomio partenopeo²⁸⁸ stimolarono in questi una breve ricerca delle differenze tra le proprie diagnosi e quelle stilate in altri istituti. La lista prodotta riporta 10 soldati trasferiti tra il 1917 e il 1918 con una conferma della diagnosi in soli due casi, mentre i restanti furono dichiarati privi di patologie vere e proprie, in totale contrasto con le diagnosi precedenti²⁸⁹. Dal confronto tra i due archivi sono state ricavate invece 22 cartelle cliniche di soldati trasferiti nel manicomio diretto da Cesare Colucci: 9 diagnosi vennero confermate e tutti i soggetti furono dimessi perché guariti o affidati alle famiglie perché migliorati; 13 uscirono invece con una dichiarazione di «non constatata pazzia». In alcuni casi il tentativo di simulazione era evidente agli occhi dei medici napoletani, che spesso avevano di fronte uomini già riformati dal servizio e più vicini a casa, quindi in un certo senso più tranquillizzati. R.F. aveva trascorso la degenza al Centro in un continuo stato di confusione mentale e apatia fino al giorno del suo trasferimento a Napoli²⁹⁰, dove i sintomi scomparvero del tutto:

25-7-918 Viene trasferito in questo ospizio in uno stato di completo equilibrio psichico: si è avuta una guarigione miracolosa durante il viaggio!

Calmo, tranquillo, lucido, logico, bene orientato. Tesse con ordine tutta la storia degli avvenimenti accorgigli: è stato ricoverato per cinque mesi nel Manicomio di Aversa e ne uscì con provvedimento di semplice licenza. Ricoverato nel Centro Psichiatrico, è stato riformato. Ora guarisce miracolosamente non appena mette piede nel nostro Manicomio²⁹¹.

²⁸⁷ «Art. 22. L'ottusità della mente (imbecillità, stupidità, ecc.) a grado tale da non permettere un utile servizio, dopo accertamento in un ospedale militare. Sarà anche causa di riforma, dopo accertamento in un ospedale militare, tanto per il militare, quanto per l'inscritto, la insufficienza psichica, che dia fondamento ragione di presumere che l'individuo possa non trovarsi sempre nella piena conoscenza dei suoi atti». Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia, 13 agosto 1917, *Decreto luogotenenziale n. 1209*, p. 3581.

²⁸⁸ Si vedano le pp. 160-161 di questo lavoro.

²⁸⁹ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22-Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 6066, *Quadro riassuntivo dei trasferiti*.

²⁹⁰ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22-Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 6295, *Centro Psichiatrico Militare di 1° Raccolta* (17/07/1918).

²⁹¹ Ivi, *Diario clinico* (25/07/1918).

È significativo che sia ad Aversa (Caserta) che a Napoli non vennero rilevati comportamenti patologici gravi che consigliassero un'immediata riforma dal servizio e che invece nel Centro di Reggio Emilia, più caratterizzato dall'ottica del recupero di uomini al servizio, si concedesse con tale facilità. Fu lo stesso paziente a giustificare in parte il comportamento avuto a Reggio Emilia: «8-8-918 [...] “Ero molto contrariato di trovarmi nuovamente chiuso sotto chiave, dopo cinque mesi di degenza nel Manicomio di Aversa: ero naturalmente nervoso...ora mi sento del tutto bene!”»²⁹².

Non presentò nessuno dei sintomi che avevano giustificato la riforma, per cui fu dimesso come «non folle». L'abisso che a volte separava l'interpretazione delle malattie mentali tra medici militari e civili si concretizzava in provvedimenti medico-legali contraddittori. D.E. aveva tentato il suicidio assumendo alcune pasticche di sublimato corrosivo. Non aveva mostrato segnali morbosi particolari, ma essendo già stato ricoverato in precedenza per disturbi psichici fu inviato al CPMPR per ulteriori osservazioni. Qui dimostrò sempre un carattere estremamente depresso e manie di persecuzione di tipo religioso: «Scrivo lettere in cui palesa la più incompleta assenza di critica, decadimento mentale di alto grado ed idee deliranti stolide (una di queste è indirizzata al “Signor Gesù Cristo padrone di tutto il mondo”). Ha talvolta atteggiamenti allucinatori. Le condizioni psichiche sono assai scadenti»²⁹³. Fu riformato dal servizio e trasferito al manicomio provinciale di Napoli il 29 maggio 1918 perché ritenuto affetto da una forma grave di «demenza precoce paranoide (varietà religiosa)»²⁹⁴. Una patologia che venne fermamente negata a Capodichino:

31-5-918 Alla nostra osservazione si rivela uno psico-neuropatico, nel quale probabilmente può essersi determinato uno stato depressivo transitorio, fugace, psicogeno: ma siamo ben lungi da una sindrome demenziale precoce.

Il tentativo di suicidio, registrato nell'anamnesi, non viene confermato dal soggetto e forse sarà stata una finzione. Comunque sia, egli si presenta a noi calmo, tranquillo, lucido, logico, coerente, ben orientato²⁹⁵.

In una settimana le condizioni di D.E. rimasero stabili per cui si procedette alla dimissione per «non constatata pazzia» anche per l'insistenza con cui il paziente chiedeva di ritornare a casa. Ancora una volta le condizioni estremamente difficili delle famiglie dei soldati giocarono un ruolo decisivo nell'accelerare i tempi: dei tre fratelli di D.E., uno era morto in guerra, uno era ferito in modo permanente a una mano e un altro era stato colpito da mutismo²⁹⁶. Le note di neuropatie segnalate non erano sufficienti a giustificare un'ulteriore permanenza in manicomio, in linea con le osservazioni compiute al manicomio di Venezia dove il soggetto era stato ricoverato prima di transitare per Reggio Emilia. Al S. Servolo era stata dichiarata la sola inabilità ai servizi di guerra a causa delle continue vertigini cui andava soggetto, ma era stata

²⁹² *Ibid.*

²⁹³ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22-Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 6162, *Centro Psichiatrico Militare di 1°*. Raccolta (29/05/1918).

²⁹⁴ *Ibid.*

²⁹⁵ Ivi, *Diario clinico* (31/05/1918).

²⁹⁶ *Ibid.*

esclusa del tutto la presenza di una reale malattia mentale²⁹⁷. Si nota in questo caso l'evidente differenza di vedute tra psichiatri militari e civili anche quando questi ultimi, come nel caso di Cappelletti, entrarono nei ranghi della sanità militare. La constatazione dell'assenza di patologie psichiche non era inoltre legata sempre all'assegnazione di una riforma. Se un soggetto non era ritenuto adatto al ricovero manicomiale non era automaticamente ritenuto idoneo al servizio militare. Le note cliniche stilate a Napoli per il sodato C.R., riformato a Reggio Emilia per «stato di eccitamento ebefrenico» e trasferito l'8 luglio 1918²⁹⁸, lo dimostrano:

23-7-918 Ha espletato il periodo di osservazione: le eccentricità del carattere, la tendenza al canto, la fatuità del contegno giustificano il provvedimento di riforma, ma non la permanenza del soggetto in Manicomio: è stato sempre docilissimo, disciplinato, lucido, corretto. È un semplice di spirito isteroide che può vivere bene nell'ambiente libero²⁹⁹.

Lo stato di eccitamento rilevato a Reggio Emilia non venne del tutto negato, ma per i sanitari di Capodichino non era un segnale di malattia. Un contrasto tra diagnosi più sfumato rispetto al caso prima citato, ma che proprio per questo riflette ancora una volta la diversa impostazione professionale tra militari e civili. Le contraddizioni vertevano più sui provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti che, come C.R., erano inadatti a entrambi gli ambienti e a cui poteva giovare unicamente il ritorno a casa. Ciò inoltre risolveva, almeno in parte, l'annoso problema del sovraffollamento degli istituti psichiatrici che durante la guerra si era notevolmente aggravato.

Il frequente superamento della capacità massima d'accoglienza in molti manicomi italiani spesso si sovrapponeva a una situazione critica già negli anni prebellici. A Reggio Emilia la gravità della situazione all'inizio del Novecento non era di certo paragonabile a quella di Napoli, dove il sovraffollamento gravava sull'istituto psichiatrico sin dalla sua fondazione, ma quando durante la guerra il numero di arrivi cominciò a ostacolare il ricambio di ricoverati fu necessario prendere provvedimenti. La mancanza di posti letto venne così compensata da accordi con altri manicomi per il trasferimento dei militari in eccesso. Sul finire del 1916 il S. Lazzaro era già colmo, così nei primi giorni di gennaio dell'anno nuovo venne richiesto all'Ospedale da campo n. 234 di alleggerire il carico di soldati da lì inviati. La Direzione di sanità della III Armata avviò le pratiche per l'assegnazione ad altri manicomi interni di parte dell'utenza destinata all'istituto reggiano, individuando subito nel manicomio S. Niccolò di Siena il luogo appropriato³⁰⁰. L'Intendenza generale dell'Esercito il 15 marzo 1917 dispose così che a partire dal giorno 21 potevano essere effettuati i primi trasferimenti al S. Niccolò, a cui si aggiunse in seguito il manicomio di Volterra. In totale furono circa il 37% dei dimessi a Reggio Emilia nel 1917, dato che indica l'estrema inadeguatezza rispetto alla progressione degli ingressi.

²⁹⁷ *Ibid.*

²⁹⁸ AORE, Archivio Sanitario, 1918 – Incarti militari. Cartelle cliniche, b. 371, n. 1334, *frontespizio*.

²⁹⁹ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22-Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 6193, *Diario clinico* (23/07/1918).

³⁰⁰ AORE, Archivio Amministrativo. Miscellanea, busta 595-Corrispondenza militare, fasc. s.n. Sgombero settimanale al Manicomio S. Niccolò. Siena, *Sgombero alienati* (05/03/1917).

2.3 La sfida del Centro neuropsichiatrico militare di prima raccolta

Le preoccupazioni dei comandi militari per i troppi soldati dichiarati inabili durante il 1917 divennero un vero e proprio allarme dopo la disfatta di Caporetto. Psichiatri militari come Placido Consiglio, dalle posizioni rigide riguardo i provvedimenti medico-legali da impiegare sui soldati sospetti alienati, divennero sempre più influenti all'interno delle gerarchie militari. Già nell'ottobre del 1917, quando Consiglio faceva parte della Commissione sanitaria centrale, la Direzione generale di sanità militare aveva approvato il suo progetto di costituire un centro a Padova con lo scopo di uniformare tutti i provvedimenti medico-legali del settore neuropsichiatrico, ma l'invasione austriaca rese la città troppo esposta al nemico³⁰¹. Con lo spostamento della linea del fronte per la realizzazione del progetto fu scelta la città di Reggio Emilia, strategicamente perfetta perché al limite tra la zona di guerra e il territorio interno. Dai primi giorni del gennaio 1918 furono occupati i primi posti all'interno del reparto militare (400 posti letto) funzionante sin dall'inizio della guerra; il Centro aveva ufficialmente piena autonomia nei confronti del personale civile. La sede principale per i ricoveri fu allestita a Villa Corbelli, nella periferia sud, con una capacità di circa 415 posti, mentre la direzione fu posta nel centro della città, all'interno del Collegio civico, dove furono preparati altri 265 posti letto. Si aggiungevano a queste strutture il Castello di Albinea, ceduto dai proprietari stessi, e il Seminario estivo che fu invece requisito. In totale il Centro aveva una capacità che oscillava dai 1.300 ai 1.400 posti letto (110/120 riservati agli ufficiali). Secondo le statistiche dettate da Consiglio si può affermare che in un anno di attività il Centro raggiunse in modo sufficiente gli scopi per cui era stato creato: le riforme assegnate furono solo il 18% del totale dei ricoverati, mentre i recuperati al servizio attivo ammontavano al 60% circa. C'è da sottolineare tuttavia che la metà di questi ultimi usufruirono prima di una licenza di convalida di massimo 3 mesi o di un congedo temporaneo di un anno: un guadagno di tempo significativo se si pensa che la guerra finì a meno di un anno dall'inaugurazione del CPMR³⁰².

La sua creazione doveva rispondere alle richieste di quella parte della psichiatria militare che già da tempo invocava criteri più inclusivi nella selezione dei militari con disturbi nervosi o mentali lievi per un loro utilizzo in lavori che potevano liberare forze sane da impiegare nei combattimenti. Nelle intenzioni di Consiglio e dei suoi collaboratori il Centro «doveva funzionare come lo stretto di una enorme clessidra, chiuso da un diaframma cribrato»³⁰³, che trattenesse i simulatori e tutti i soggetti che, nonostante i disturbi presentati, erano utilizzabili in qualche modo dall'Esercito. Quelli riconosciuti non idonei ad alcun servizio venivano invece riformati e quindi inviati nei manicomi delle proprie province di appartenenza. Emilio Riva presentò un quadro preciso delle caratteristiche principali del Centro in un articolo scritto nell'ottobre del 1918:

³⁰¹ B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, cit., pp. 152-153.

³⁰² Il 34,5% fece ritorno in servizio al momento della dimissione mentre il 30,5% usufruì della licenza o del congedo. F. Paoletta, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, cit., pp. 192-195.

³⁰³ Cit. in Ivi, p. 191.

Funzioni del centro. – I° - La prima e forse più importante funzione è quella del ricupero che vien fatto per tutti quei militari che non sono riconosciuti veri ammalati o che, pur avendo sofferto di un lieve e transitorio episodio psicopatico o psiconeurotico, sono completamente guariti durante la degenza negli ospedali da Campo e quando giungono al Centro ogni traccia della pregressa malattia è scomparsa senza lasciare postumi. Ed il ricupero vien fatto direttamente a mezzo dei Depositi di conv. e tappa i quali provvedono senz'altro ad inviare tali militari ai corpi mobilitati in prima linea subito, o previo un periodo di servizio territoriale – per quelli che soffrono realmente disturbi neuropsichici – presso il Deposito stesso. In questo modo, dal gennaio a tutto ottobre, si sono potuti recuperare 2289 militari di truppa e 311 ufficiali che altrimenti si sarebbero sparsi, e forse eclissati, nei Reparti e nei Depositi territoriali come accadeva prima, con grave danno per l'efficienza dell'esercito combattente.³⁰⁴

In vista del massimo ricupero di forze, ai medici veniva suggerito di adattare l'indagine più strettamente clinica e scientifica ai criteri della psichiatria di guerra e in generale della medicina legale militare.

Così si è cercato di dare sempre una giusta interpretazione all'Elenco delle infermità, nella parte che riguarda le malattie nervose e mentali, nel senso di non prendere troppo alla lettera i vari articoli, ma proponendo la riforma soltanto nei casi di vera malattia classica, conclamata oppure quando, pur trattandosi di semplici episodi psicopatici, la facile recidiva degli accessi o la grave costituzione neurotica degenerativa del soggetto lo fanno ritenere inadatto permanentemente al servizio militare.³⁰⁵

Come ha giustamente sottolineato Paoella, l'obiettivo dei medici del Centro era quello di valutare l'idoneità al servizio militare formulando una diagnosi di «di stato» piuttosto che clinica³⁰⁶, basandosi inoltre su di una lettura piuttosto arbitraria dell'elenco ufficiale delle malattie e delle infermità che causavano la riforma. D'altronde la priorità assegnata alla selezione piuttosto che alla cura era affermata in modo esplicito coerentemente con il compito di 'filtro':

V° - Il Centro è un Istituto essenzialmente d'osservazione e non di cura; pur tuttavia i degenti affetti da forme transitorie e curabili sono sottoposti alle pratiche terapeutiche del caso. Una speciale attenzione è rivolta al trattamento delle lesioni funzionali del sistema nervoso (mutismi, paralisi isteriche ecc.), di quelle lesioni, cioè, che sono di origine prettamente psicogena e che, come tali, debbono essere energeticamente e senza tregua combattute, non lasciandosi ingannare da guarigioni troppo rapide o improvvise.³⁰⁷

L'argomento delle lesioni funzionali del sistema nervoso citato da Riva, della loro collocazione all'interno delle classificazioni psichiatriche e della spinta che il

³⁰⁴ E. Riva, *Il Centro psichiatrico militare di I° raccolta*, «Rivista sperimentale di freniatria», 43, 1-2, 1919, p. 314.

³⁰⁵ Ivi, pp. 318-319.

³⁰⁶ F. Paoella, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, cit., p. 197

³⁰⁷ E. Riva, *Il Centro psichiatrico militare di I° raccolta*, cit., p. 319.

trattamento di tali feriti durante la guerra diede all'evoluzione della neurologia e alla creazione di strutture specializzate nella cura delle patologie del sistema nervoso, sarà affrontato nell'ultimo capitolo. Qui preme sottolineare come, nonostante le dichiarazioni di Riva, l'ambiente e la pratica medica nel Centro non fossero propriamente adeguati alle modalità di trattamento che avevano invece sviluppato i centri neurologici militari, meno affollati e meglio attrezzati per le terapie e la ricerca scientifica sulle patologie del sistema nervoso. La composizione dell'organico del CPMPR confermava il relativo accantonamento dell'aspetto terapeutico: su una presenza media di circa 1.100 ricoverati i medici erano 14, gli infermieri professionali solo una decina, mentre il restante personale era formato da militari senza alcuna formazione nel settore e da alcune socie dell'associazione infermieristica femminile Stella d'Italia³⁰⁸. Il CPMRM era costretto a ricevere un sostegno decisivo dal manicomio, come sottolinea Guicciardi in un breve resoconto storico del reparto psichiatrico inviato al direttore del manicomio di Genova nel 1919:

2. Il personale sanitario, dopo che il Reparto è stato aggregato al Centro, è stato formato da un Capitano Med. per gli Ufficiali e da un Capitano Med., da un tenente med. e da un s.tenente med. per la truppa. L'assistenza diretta ai militari degenti è sempre stata eseguita da infermieri borghesi, sia perché il Reparto doveva essere sempre sotto la vigilanza sanitaria, disciplinare e economica di questa Direzione, sia perché ad esso provvedevano in tutto e per tutto i Servizi Generali del Manicomio. Le pratiche d'ufficio relative al reparto erano però disbrigate da graduati e da soldati di sanità, funzionanti da amanuensi presso questo ufficio di Direzione³⁰⁹.

Il sopravanzare del compito selettivo su quello riabilitativo non era comunque un'esclusiva dell'istituto di Consiglio. Era piuttosto la conseguenza delle caratteristiche e soprattutto della portata quantitativa del fenomeno se, in tutti i reparti militari funzionanti anche prima del 1918, i medici dovevano formulare i primi giudizi e passare infine il compito della cura alle strutture vicine ai territori di provenienza dei soldati, limitandosi ad attuare solo piccoli interventi terapeutici.

Lo scritto di Riva proseguiva con l'affermazione di un'altra priorità nella selezione operata tra i degenti:

II° - Altra funzione, pure essa molto importante e delicata, è quella che si riferisce alla lotta giornaliera e spietata contro il simulatore e al modo di utilizzare l'anomalo e il degenerato con speciale riguardo al loro impiego in zona di guerra e per la guerra, o in territorio per lavori di interesse nazionale, tenuto conto della loro influenza nociva alla collettività militare per il cattivo esempio che danno e della pericolosità che presentano in servizi armati.

[...] E nel Centro la vittoria è stata completa e la lotta ha dato risultati assai soddisfacenti e talora insperati, cosicché militari che erano riusciti ad ottenere per il passato

³⁰⁸ F. Paoletta, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, cit., p. 195.

³⁰⁹ AORE, Archivio Amministrativo. Miscellanea, busta 591-Corrispondenza varia (1917-1919), fasc. II-Ufficio di amministrazione, *informazioni s. Reparto Psichiatrico Militare annesso a questo Manicomio* (10/07/1919).

lunghe licenze ed anche proposte di riforma sono stati inesorabilmente smascherati e denunciati ai tribunali di guerra.³¹⁰

L'individuazione dei simulatori o degli esageratori di sintomi lievi, per i quali era stato predisposto un reparto speciale attrezzato per il loro costante monitoraggio, era vista come una delle mansioni su cui concentrare gran parte della propria opera. La dichiarazione di vittoria di Riva è smentita, tuttavia, da alcune prove che contraddicono l'efficienza dei medici del Centro, anche se sono limitate alla sola esperienza di alcuni napoletani che furono poi dimessi perché considerati non folli. Nel 3° capitolo sarà analizzata la polemica tra Consiglio e Cesare Colucci ma già nel testo di Riva, che la precede, ci sono riferimenti a contrasti professionali riguardo i pazienti dichiarati inabili permanentemente al servizio militare dai medici del Centro:

A questo proposito è accaduto che qualche critica sia stata mossa all'operato del Centro per parte dei colleghi poco pratici di medicina legale militare, e forse anche ipercritici di abitudine, i quali, basandosi sul fatto che individui riformati e capitati dopo qualche tempo sotto la loro osservazione apparivano in quel momento sani di mente, hanno biasimato il nostro operato e ritenuto eccessivo il provvedimento adottato senza pensare che poteva trattarsi di una fase di remissione, quella durante la quale essi li avevano veduti, e senza riflettere che ai fini della riforma non è necessario che la malattia sia cronica, ma è sufficiente che il perito si sia convinto che il soggetto è stato affetto da una vera forma mentale ed abbia riscontrato in lui una costituzione neuropsichica abnorme la quale di per sé lo rende per sempre inadatto al servizio ed alla vita militare.³¹¹

Le parole di Riva non convincono del tutto poiché è difficile pensare che i medici dei manicomi civili non fossero consapevoli dell'andamento altalenante di alcune malattie mentali. È più probabile che la tendenza a dimettere facilmente i militari accolti fosse dettata da necessità amministrative interne unite al rispetto della legge sui manicomi del 1904, che poneva determinati limiti alle ammissioni. Non tutti i dimessi erano dichiarati non folli perché simulatori. Spesso veniva riconosciuto un fondo di degenerazione morale o una qualche forma di disturbo che tuttavia non giustificava il ricovero manicomiale. Per il direttore del manicomio partenopeo Cesare Colucci erano proprio i «degenerati morali», tra cui molti pregiudicati o in attesa di condanna, a costituire uno degli ostacoli maggiori al regolare svolgimento della vita manicomiale. Il comportamento degli psichiatri militari verso questa categoria di ricoverati era mosso da motivazioni diverse e ininfluenti per i medici manicomiali, i quali dovevano giudicarli spesso come pazienti civili perché già riformati. Nelle posizioni estreme di chi la pensava come Consiglio e Riva neanche i degenerati potevano essere risparsiati al servizio:

per quanto riguarda l'anomalo, il degenerato morale, il pregiudicato, sebbene l'esperienza abbia dimostrato la loro inadattabilità al servizio militare armato – specialmente in tempo di guerra -, pur tuttavia, in tempi così speciali, quando il sacrificio per la santa causa è il primo dovere di ogni cittadino, quando tutti offrono ogni loro energia

³¹⁰ E. Riva, *Il Centro psichiatrico militare di I° raccolta*, cit., pp. 314-315.

³¹¹ Ivi, p. 319.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

per raggiungere la vittoria, è sommamente ingiusto vedere tali soggetti riformati, come si faceva in tempi di pace, ed è inopportuno e dannoso lasciare inutilizzate tante energie umane.

Inspirandosi a tale concetto, che già da tempo aveva studiato (sin dalla guerra libica) e aveva cercato di mettere in pratica, il T.te Col.lo Consiglio è riuscito a promuovere una disposizione ministeriale, che è in corso di promulgazione, ma che egli ha già attuata col consenso delle superiori autorità, per la quale tali soggetti sono dichiarati inabili permanentemente alle fatiche di guerra ed assegnati a centuria di lavoranti in zona di operazione cosicché anche essi corrono i pericoli ed i disagi della guerra dai quali la semplice costituzione anomala non può e non deve preservarli.

E con tale mezzo il Centro, specialmente in questi ultimi tempi, è riuscito a recuperare buon numero di individui che sono stati mandati a lavorare.³¹²

Non è chiara la portata reale di queste centurie di lavoro, ma di certo il 'filtro' non funzionò in modo così efficace come nelle descrizioni di Riva se nell'istituto diretto da Colucci molti soldati provenienti dal CPMPR con diagnosi di vere e proprie malattie mentali furono giudicati semplici degenerati morali o addirittura sospetti simulatori. Il clima di emergenza nazionale non faceva parte, tuttavia, del solo abito mentale degli psichiatri militari. Augusto Tamburini, il più alto responsabile del servizio neuropsichiatrico militare italiano, richiese ripetutamente ai comandi il permesso di poter inviare i militari degenerati e anormali, privi di vere e proprie patologie psichiatriche, a sostituire i lavoratori sani nella costruzione e nella manutenzione delle trincee³¹³.

Per i medici del Centro il tema era strettamente collegato a quello dei simulatori. Per Vito Maria Buscaino, Tenente medico assegnato a Villa Corbelli, molti di questi ultimi erano proprio degenerati che spesso avevano manifestato disturbi anche prima dell'arruolamento. Si allineava così alle convinzioni di Consiglio sul fatto che era lo stesso tentativo di simulazione a costituire un sintomo di anormalità psichica³¹⁴, che se non era considerata tale da rendere necessaria la riforma poteva non avere gli effetti controproducenti di una dichiarazione esplicita di simulazione, come sottolineava Emilio Riva:

[...] disgraziatamente il Codice militare pare proprio scritto in favore di tali furfanti! Denunciati per simulazione di malattia, essi vengono tradotti alle carceri e quivi passano parecchio tempo in ozio e, quel che più preme loro, lontano dai pericoli e dai disagi della battaglia, finché il processo sia istruito. Poi, nella maggior parte delle ipotesi, viene loro applicata la pena condizionale e sono perciò rinviati alla fronte ove, appena giunti, ricominciano a simulare fino a che un Medico, ignaro dei loro precedenti, li rimanda all'Ospedale ed inizia un nuovo periodo di assenza dalla fronte. Essi così passando da un Ospedale all'altro, dal carcere al Tribunale ottengono il loro scopo, quello cioè di non compiere il proprio dovere.³¹⁵

³¹² Ivi, p. 316.

³¹³ F. Paoletta, *La neuro-psichiatria in Emilia-Romagna durante la Grande Guerra*, cit., p. 71.

³¹⁴ V. M. Buscaino, *Esperienza psichiatrica di guerra*, «Rivista di Patologia nervosa e mentale», 23, 5-8, 1919, p. 223.

³¹⁵ E. Riva, *Il Centro psichiatrico militare di I° raccolta*, cit., p. 315.

Per questi casi le dichiarazioni di simulazione risultavano controproducenti per il recupero dei soggetti al combattimento; erano meno efficaci di una dichiarazione di forme patologiche transitorie o di semplici anomalie del carattere. Questa avrebbe infatti portato come conseguenza l'assegnazione a compiti dove il contagio psichico poteva fare meno danni e quindi dove non si rendevano necessari ulteriori allontanamenti dalla truppa. A complicare il quadro dei risultati pratici ottenuti dagli psichiatri del CPMPR era poi la presenza di condannati per reati militari che venivano successivamente riformati per infermità mentale. Nelle opinioni di Bucciante le sentenze dei tribunali militari che per soli scopi disciplinari ignoravano l'incapacità di intendere e volere di un malato di mente erano paradossali sia per la teoria giuridica in generale che per i possibili esiti:

Mi permetto di domandare: poiché il C.P.M. [Codice Penale Militare] considera come reati mancanze che pel Codice comune tali non sono, fino a che punto sia punibile alla stregua chi commette uno di tali reati e venga poi riconosciuto inabile al servizio militare per una qualsiasi forma di insufficienza delle funzioni psichiche preesistente all'arruolamento e che, se in tempo fosse stata rivelata, avrebbe fatto escludere l'individuo dalle file dell'Esercito³¹⁶.

Sono parole pronunciate nel maggio del 1911 durante il XIV Congresso della Società Freniatrica Italiana, ma esprimono bene la difficoltà, aggravatasi in seguito durante la guerra, di affrontare in modo efficace i casi di simulazione nell'Esercito.

Quello dell'alto numero di uomini recuperati al servizio attivo non era l'unico vanto di Consiglio. Nelle pubblicazioni inerenti al Centro da lui diretto evidenziava, per esempio, la bassa percentuale di fughe e suicidi, la quale non superava quella dei manicomi civili nonostante il fatto che le strutture utilizzate erano state riadattate da vecchi edifici e non erano propriamente attrezzate nel contrasto a tali tentativi. Inoltre, assicurava circa l'assenza di pratiche coercitive attuate con mezzi di contenzione meccanica, «usati soltanto a scopo chirurgico, o in qualche raro caso in cui il soggetto, in preda a fase di lipemania ansiosa o di impulsività maniacale od ebfrenia, debba essere messo nell'assoluta impossibilità di recar nocumento a sé o agli altri»³¹⁷. In realtà i mezzi di contenzione furono sicuramente utilizzati in qualche caso per interventi tipicamente disciplinari e non legati a manifestazioni patologiche violente. Una comunicazione del 15 febbraio 1918, inviata da Guicciardi al Presidente dell'amministrazione del manicomio, riportava un evento che avrebbe potuto avere anche serie ripercussioni:

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 del 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.

³¹⁶ A. Bucciante, *Pazzia morale e Legge penale militare*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 38, 1, 1912, p. 247.

³¹⁷ Cit. in F. Paoletta, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, cit., p. 197.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

L'accorrere pronto 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.³¹⁸

La mattina seguente la situazione tornò alla calma anche perché fu somministrata una razione di pane maggiore, ma i più testardi continuarono a protestare convinti che l'aumento dato fosse un cedimento ai tumulti mentre, in pratica, era la riduzione del giorno prima a essere stata stabilita solo a titolo temporaneo. La soluzione che proponeva Guicciardi era semplicemente quella di fornire ai militari ricoverati per conto del CPMPR la stessa quantità di pane distribuita negli ospedali militari di Reggio Emilia a costo di acquistarlo da privati o dalla stessa amministrazione manicomiale, poiché accadeva spesso che il malcontento dei ricoverati era causato dai racconti sul miglior trattamento ricevuto in quelle strutture³¹⁹. La risposta di Consiglio prometteva di esaminare la questione per provvedere con misure interne al Centro, senza coinvolgere fornitori esterni per raggiungere il quantitativo di 600 grammi giornalieri distribuiti negli ospedali militari. Non è inoltre da escludere l'ipotesi che la razione di pane fosse solo un pretesto usato dai soldati, dato che Guicciardi sottolineò che nella realtà dei fatti non era quasi mai somministrata l'intera razione ai degenti degli ospedali militari, ma solo 450 grammi³²⁰. La sostanziale differenza dei compiti e la situazione di caos provocata dal sovraffollamento e dalla carenza di beni materiali, faceva sì che in generale l'interazione tra l'amministrazione militare e quella civile del manicomio non era sempre priva di frizioni. I problemi maggiori si ebbero tuttavia con soggetti non facenti parte del CPMPR. Nel 1918, per esempio, quando venne richiesta la restituzione di materiale sanitario del valore di 60.000 lire prestato dalla direzione del manicomio reggiano all'Ospedale di S. Sebastiano di Correggio, l'autorità militare locale requisì l'ospedale per evitare l'attuazione del provvedimento provocando l'avvio di un procedimento legale da parte della direzione S. Lazzaro³²¹. La collaborazione priva di ostacoli tra psichiatria militare e manicomiale nel comune sforzo patriottico proclamata da Tamburini a più riprese non era alla prova dei fatti così facile da praticare. Dalle vicende del S. Lazzaro negli anni della Grande Guerra emerge che le differenze di approccio della psichiatria militare rispetto a quella manicomiale si facevano sentire anche all'interno della stessa struttura. A Reggio Emilia non ci furono aperti contrasti tra i due ambienti ma il trattamento dei militari mutò sensibilmente quando il reparto militare del manicomio fu assegnato al Centro diretto da Consiglio. Non esistono dati certi, se si escludono le valutazioni di parte, sul grado di raggiungimento degli obiettivi perseguiti da Consiglio, ma ci sono segnali che indicano che il fenomeno delle malattie nervose e mentali dei militari in guerra era ancora troppo poco conosciuto per mettere in pratica i dispositivi di controllo medico-legale idealizzati da parte della psichiatria militare.

³¹⁸ AORE, Archivio Amministrativo, busta 11, fasc. 1.1.4.8- Direzione Centro Neuropsichiatrico prima raccolta, *Distribuzione del pane ai militari* (15/02/1918).

³¹⁹ *Ibid.*

³²⁰ AORE, Archivio Amministrativo, busta 11, fasc. 1.1.4.8- Direzione Centro Neuropsichiatrico prima raccolta, *V. si ritorna* (05/03/1918).

³²¹ Archivio amministrativo, Miscellanea, busta 595, Corrispondenza militare.

2.4 Ideali politici e umanitari a confronto con la follia di guerra: Arnaldo Pieraccini e il manicomio provinciale di Arezzo

Il rapporto militare/civile nell'ambiente manicomiale durante la Grande Guerra non fu sempre contraddittorio come negli esempi dei capitoli precedenti. Il manicomio provinciale di Arezzo possedeva, per esempio, caratteristiche peculiari che permisero di attraversare il conflitto senza i problemi tipici degli istituti di ricovero principali quali sovraffollamento o ristrettezze economiche: la presenza di un direttore con un forte spirito di iniziativa e molto rispettato nella comunità cittadina; un'amministrazione provinciale e autorità militari locali collaborative nei suoi confronti. Il contesto periferico e numericamente limitato non fu irrilevante per una buona gestione dell'emergenza guerra, che negli istituti più capienti provocò invece problemi gestionali non indifferenti. L'analisi delle vicende relative ai soldati italiani ricoverati nelle sezioni mentali del Manicomio provinciale di Arezzo offre infatti un'ottica ristretta a un numero basso di ricoveri, data anche la capacità limitata (in totale circa 600 posti letto nei primi decenni del Novecento). Secondo una rubrica redatta con tutta probabilità tra la metà e la fine degli anni Venti, il numero totale dei militari accolti tra il 1915 e il 1918 fu di 250³²², cifra che sale a più di 500 se si considerano i 273 ricoveri della sezione neurologica³²³. Furono cifre molto basse rispetto ai manicomi protagonisti dell'accoglienza dei soldati, ma il caso di Arezzo permette di affrontare alcuni dei temi più significativi della storia del rapporto tra psichiatria e Grande Guerra. Pre-scindendo dal tentativo di comprendere il punto di vista soggettivo dei soldati e dei medici sulle esperienze traumatiche vissute, cosa avveniva in concreto a quei soldati entrati in osservazione per malattie nervose e mentali? Le strade percorribili erano quelle del ricovero definitivo, dell'assegnazione di una licenza di convalescenza o della dimissione per guarigione o miglioramento. Nelle ultime due ipotesi il provvedimento poteva inoltre essere seguito dal ritorno in servizio o dal congedo. La documentazione amministrativa conservata all'interno dell'archivio storico contiene pochissime informazioni riguardanti le vicende dei militari, ma una ricostruzione delle dinamiche principali intervenute in quegli anni è possibile attraverso l'esame delle relazioni sanitarie, ricche di informazioni, inviate dal direttore del manicomio Arnaldo Pieraccini alle autorità militari cui competevano i vari casi. Le relazioni non contengono sempre informazioni sufficienti all'inquadramento specifico dei casi ma in generale offrono l'opportunità di evidenziare alcune questioni di fondamentale importanza come il tipo di provvedimenti medico-legali adottati, la simulazione di malattie mentali e il ruolo delle famiglie dei soldati.

Per l'interpretazione dei dati raccolti è indispensabile conoscere la figura di Arnaldo Pieraccini e le peculiarità del suo operato. Sembra possedesse innanzitutto una forte sensibilità morale verso gli strati più deboli della società e in particolare verso i malati di mente, i quali spesso appartenevano proprio a quelle classi sociali che intendeva difendere anche con l'impegno politico. Le idee politiche di Pieraccini furono

³²² La rubrica contiene in totale 340 nominativi, 90 dei quali appartengono a soldati ammessi dal 1919 a circa la metà degli anni Venti. Archivio storico dell'Ospedale neuropsichiatrico di Arezzo (d'ora in avanti AONA), Direzione, Militari I guerra mondiale, n. 1291. *Elenco dei militari ammessi alle sezioni mentali.*

³²³ Si veda p. 186 di questo lavoro.

influenzate dal fratello Gaetano, medico iscritto al Partito Socialista Italiano sin dal 1893, protagonista della Sanità fiorentina nei primi anni del Novecento e pioniere nello studio delle patologie del lavoro in Italia³²⁴. Anche se in realtà l'iscrizione ufficiale di Arnaldo al PSI risale al 1912, i suoi interessi politici si orientarono in tal senso già dal 1902 attraverso una partecipazione attiva alla vita politica di Arezzo che proseguì anche nei decenni seguenti³²⁵. Durante gli anni del governo fascista fu oggetto di persecuzioni anche violente da parte degli squadristi che non riuscirono, tuttavia, a screditare del tutto un personaggio che ad Arezzo era molto apprezzato per la passione con cui svolgeva il proprio lavoro. Tanto apprezzato che nel febbraio del 1941, quando fu collocato forzatamente in pensione perché non iscritto al Partito Fascista, l'amministrazione provinciale di Arezzo chiese al Ministero dell'Interno di riassumerlo. La domanda venne accolta ma Pieraccini fu comunque declassato alla qualifica di avventizio interino con la conseguente decurtazione dello stipendio. In ogni caso, il provvedimento non sortì l'effetto desiderato se non per le tasche di Pieraccini, dato che in pratica continuò a svolgere le mansioni di direttore grazie al carisma acquisito nel corso degli anni³²⁶. La politica era parte integrante l'intera vita familiare dei Pieraccini. Secondo Carlo Francovich, storico e partigiano, la casa fiorentina di Gaetano costituì negli anni Quaranta il principale ritrovo dei socialisti e in generale degli oppositori al fascismo in Toscana³²⁷. Uno dei figli di Arnaldo, Ottaviano, non fu da meno in quanto ad attivismo politico: nel 1942, a Milano, fu tra i promotori con Lelio Basso delle riunioni clandestine che dettero poi luogo alla fondazione del Movimento di unità proletaria e protagonista del famoso sciopero del marzo 1943³²⁸; fu catturato il 10 marzo 1944 e tradotto, passando per varie carceri, al campo di concentramento di Mauthausen dove morì il 28 marzo 1945³²⁹. Le vicende che coinvolsero Arnaldo al termine della Grande Guerra sono ancora più significative per il tema qui affrontato. La scheda presente nel *Dizionario biografico del movimento operaio italiano* afferma che il suo forte impegno in favore del neutralismo dell'Italia era stato causa di numerosi episodi di molestie, tra cui un'aggressione verbale e fisica condotta da un gruppo di nazionalisti, tra i quali il Generale Santarnecchi, al termine di un comizio svolto ad Arezzo da Ferruccio Bernardini, suo amico diventato deputato socialista³³⁰. Il forte legame tra socialismo e medicina presente in entrambi i fratelli Pieraccini era un fenomeno tutt'altro che raro tra la fine dell'Ottocento e l'inizio Novecento. A ciò si

³²⁴ F. Andreucci e T. Detti (a cura di), *Il movimento operaio italiano: dizionario biografico*, Ed. Riuniti, Roma 1975, p.142.

³²⁵ Fu consigliere comunale negli anni 1910-1914, 1920-1923, 1946-1956, e assessore nelle giunte Mancini (1911-1913) e Curina (1944). L. Berti (a cura di), *Protagonisti del Novecento aretino: atti del ciclo di conferenze, Arezzo, 15 ottobre 1999-30 novembre 2000*, L. S. Olschki, Firenze 2004, p. 542.

³²⁶ E. Gradassi, *Arnaldo Pieraccini psichiatra e socialista*, «Storia e problemi contemporanei», 31, 2002, pp. 35-37.

³²⁷ S. Verrengia, *Il Movimento di unità proletaria*, «Dimensioni e problemi della ricerca storica», 2006, 18, 2, p.28.

³²⁸ E. Gradassi, *Arnaldo Pieraccini psichiatra e socialista*, cit., p.38.

³²⁹ L. Targetti, *Roberto Veratti ed Ottaviano Pieraccini. Per una stessa Fede vissero uniti e caddero. Dall'almanacco del P.S.I.U.P. del 1946*, in AA.VV., *Comitato per le onoranze a Roberto Veratti e Ottaviano Pieraccini martiri della libertà: per una stessa fede vissero uniti e caddero*, A. Corticelli, Milano 1946, pp. 64-68.

³³⁰ F. Andreucci e T. Detti (a cura di), *Il movimento operaio italiano: dizionario biografico*, cit., p. 140.

aggiungeva un ambiente familiare pienamente immerso nelle discipline mediche (oltre al fratello, suo padre e suo nonno esercitavano la professione medica) in cui si sviluppò la sua vocazione umanitaria prima che politica³³¹.

Se è indubbio che il fratello Gaetano esercitava su di lui un grosso ascendente, la sua formazione come psichiatra dovette molto invece a Enrico Morselli. Dopo due anni di servizio come medico assistente a Ferrara, dal 1892 al 1904 lavorò al fianco del direttore del Manicomio provinciale di Macerata prima come aiuto medico e poi come vicedirettore, svolgendo un'intensa attività di ricerca e pubblicando numerosi articoli e volumi. Tra questi è importante segnalare il manuale Hoepli del 1900 intitolato *L'assistenza dei pazzi nel manicomio e nella famiglia: istruzioni elementari per infermieri ed infermiere*, con il quale, insieme ad altre pubblicazioni dedicate alla formazione del personale medico e soprattutto paramedico, cercò di richiamare l'attenzione sulla carenza di risorse investite in questo campo³³². Il manicomio di Arezzo sorse ufficialmente nel 1901 quando furono inaugurati i primi locali della nuova struttura situata nei pressi della collina del Pionta. Analogamente ad altri casi in cui le amministrazioni provinciali italiane decisero di costruire un istituto psichiatrico per i propri residenti, fu soprattutto il problema dell'alto costo delle rette di mantenimento dei folli aretini nel manicomio di Siena che spinse la Provincia ad avviare il progetto nel 1898³³³.

Con l'assunzione dell'incarico di direttore nel 1904 Pieraccini ereditò una situazione alquanto disastrosa e reduce da scandali che avevano coinvolto il suo predecessore, Guido Cini, e alcuni componenti del personale infermieristico. La struttura era inoltre ancora incompleta avendo in funzione pochi reparti rispetto a quelli previsti inizialmente, giudicati da Pieraccini «piccoli bugigattoli, male situati e peggio disposti», dalle scarse condizioni igieniche e sprovvisti di refettorio, soggiorno e passeggio³³⁴. Da Macerata importò l'idea di come doveva essere strutturato un manicomio intervenendo da subito nella modifica del piano originario che prevedeva 200 posti letto e pochi padiglioni concentrati. Con il nuovo progetto, ultimato nel 1911, la capacità aumentò a 500 letti e i padiglioni assunsero un ordine sparso a villaggio. La relazione sull'andamento dell'istituto negli anni 1912-1913 che il direttore inviò al Consiglio provinciale, come la relazione dell'ispezione condotta il 15 dicembre 1913 dalla Commissione governativa di vigilanza sui Manicomi e sugli alienati della provincia di Arezzo³³⁵, dimostrarono buoni progressi nella costruzione dei nuovi padiglioni, nella riqualificazione degli edifici già presenti e nell'evoluzione dei servizi manicomiali durante i primi anni della gestione Pieraccini. Progressi dovuti in buona parte a una condizione piuttosto rara nel contesto dell'epoca: gli ottimi rapporti che la direzione del manicomio aveva con l'amministrazione provinciale e in particolare con Giuseppe

³³¹ Ivi, p. 139.

³³² M. Fiorani, *Arnaldo Pieraccini*, Archivio storico della psicologia italiana, 2013. <<http://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/127/>> (01/2018).

³³³ S. Gherardi e P. Montani (a cura di), *Inventario dell'Archivio storico dell'Ospedale neuropsichiatrico di Arezzo*, Le Balze, Arezzo 2004, p.11.

³³⁴ A. Cini, *Arnaldo Pieraccini, precursore di una nuova psichiatria*, in L. Berti (a cura di), *Protagonisti del Novecento aretino: atti del ciclo di conferenze, Arezzo, 15 ottobre 1999-30 novembre 2000*, cit., p.144.

³³⁵ Archivio storico dell'Ospedale neuropsichiatrico di Arezzo (AONA), Direzione, Affari generali, Fondazione e manutenzione del Manicomio, n. 6 - Relazioni, inchieste, illustrazioni, regolamenti, *Relazione sull'andamento dell'istituto nel biennio 1912-1913; Relazione della Commissione di vigilanza del Manicomio della Provincia di Arezzo*.

Paoli e Tito Bartolomei, rispettivamente ingegnere capo e presidente della Deputazione provinciale di Arezzo. Il connubio si rivelò particolarmente favorevole soprattutto con Bartolomei, in carica dal 1904 al 1928, che appoggiò in modo deciso tutte le proposte di Pieraccini dando piena fiducia alle sue capacità manageriali e non solo scientifiche³³⁶.

Nell'ambito più specifico dei sistemi terapeutici venne notevolmente incrementata la pratica dell'ergoterapia, basata sul lavoro come cura riabilitativa sia intellettuale che morale, ma soprattutto venne organizzata in modo da non essere un semplice sistema di autoproduzione o una cura superficiale. Il lavoro non doveva essere monotono e meccanico ma adattato a ogni singolo caso in modo da favorire il risveglio intellettuale, così oltre alle classiche colonie industriali e agricole, presenti in moltissimi manicomio, vennero organizzate sale di lavoro attrezzate per le più svariate attività. La terapia del lavoro doveva essere altresì un mezzo utile a instaurare rapporti sociali attivi per un recupero che non doveva limitarsi ai soli disturbi patologici. Per Pieraccini lo sviluppo della socialità era basilare per le degenze manicomiali fino ad ammettere la compresenza di uomini e donne negli stessi luoghi lavorativi. A partire dal 1907 vennero anche introdotti i *gruppi clinici*, consistenti in piccole squadre formate da un minimo di due o tre malati che venivano guidate nel primo approccio lavorativo sotto la sorveglianza dei più esperti infermieri. Oltre a essere un'utile preparazione per l'eventuale trasferimento alle colonie agricole o industriali, era anche l'occasione per i medici di completare o definire meglio l'osservazione clinica. Dal 1906 l'istituto poteva vantare anche l'abolizione totale dei mezzi coercitivi³³⁷ abbinata a una politica che lasciava spazi di libertà ai malati, come ricordò lo stesso Pieraccini:

ho loro assegnato compiti e responsabilità ognora più ampie, sostituendoli al personale salariato e incaricandoli, da soli, dei servizi più delicati, quali la cura del bestiame, la conduzione di veicoli per il podere e per l'Istituto, l'aratura, la coltratura, ecc. con partenza dalle Colonie e ritorno, senza guida alcuna, coi carri con gli utensili con i buoi a loro esclusivamente affidati, anzi da loro stessi prelevati dalle stalle e dalle capanne di deposito e poi ivi riportati e sistemati. Siccome poi nelle nostre campagne sono le «massaie» che regolano il ménage, è a donne (sane per la Colonia maschile, anche malate per quella femminile) che si è ricorso per l'economia della casa e per tutte le faccende sussidiarie, come muccheria, allevamenti su larga scala di suini e animali da cortile, bachicoltura, ecc.338.

Analogamente al reparto Infermeria dello stesso manicomio, dove si sperimentò l'utilizzo di personale femminile in un reparto di soli uomini (cap. 4), la promiscuità era decisamente incoraggiata per il ruolo fondamentale che avevano le donne nella tradizione delle famiglie soprattutto contadine, le quali fornivano il grosso del contingente di ricoverati nella provincia aretina. In generale tutta l'organizzazione, come la stessa struttura degli edifici, era mirata a ricreare un ambiente che si mostrasse ai degenti come il più familiare possibile.

³³⁶ E. Gradassi, *Arnaldo Pieraccini psichiatra e socialista*, cit., pp. 31-32.

³³⁷ M. Benvenuti, *Profili di neuropsichiatri. Arnaldo Pieraccini*, «Rivista di Neurobiologia», 3, 2, 1957, pp. 323-324.

³³⁸ Ivi, p. 326.

E poiché le Colonie – folkloristicamente costruite e assettate per ricordare e mantenere presente agli abitanti l'ambiente domestico e sociale da cui provengono e a cui deve mirarsi vengano restituiti – si prestano, per la speciale loro ubicazione su un colle al quale si accede per vie varie dai disseminati reparti di cura, dalle Colonie Industriali e dalle molteplici aziende dell'Istituto, a costruire come il nucleo del villaggio che ha la Chiesetta parrocchiale appunto presso le Colonie agricole, così, nei «di di festa», anche i ricoverati che non risiedono permanentemente alle Colonie ma che pur sono e si sentono parrocchiani, si recano, isolati e a frotte, e alla «Messa» al mattino e alle «Funzioni» nel pomeriggio, trattenendosi poi, uomini e donne, nel Sacrato in piacevoli conversari, o nei pressi per il gioco delle bocce, per il passeggio ecc. Proprio con un ritorno completo, simbolico e realistico ad un tempo, a quegli usi che loro erano consuetudinari nella vita libera e che vengono loro rammemorati anche dai rintocchi della campana sulla quale è inciso il motto, ispiratore del timbro, «vorrei sembrarvi l'altra che lasciaste!»³³⁹.

Era tuttavia l'ambiente familiare stesso a essere visto come il più congeniale per il trattamento di molte malattie mentali. La Toscana fu una regione d'avanguardia nello sviluppo della pratica di affidare alcuni pazienti alle cure di famiglie che ricevevano in cambio un sussidio dalla Provincia. Firenze fu la prima in Italia ad attuarla: dal 1866, quando fu adottata per 66 pazienti, si arrivò nel 1911 a 909 affidati su un totale di 1.452 ricoverati³⁴⁰, una cifra ragguardevole che dimostrava la possibilità di una via alternativa efficace alle grosse concentrazioni di pazienti in un unico istituto. Il modello si estese in seguito a tutta la Toscana: a Lucca dal 1898 al 1910 gli affidamenti aumentarono da 92 a 140, mentre ad Arezzo nei primi cinque anni di adozione (1904-1909) si ebbe una media annua di 174³⁴¹. Nel volume *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni* che riassume, confrontandola con quella estera, la situazione dell'assistenza psichiatrica italiana nel corso della sua storia fino al 1918, il modello toscano veniva lodato per aver costituito il primo esempio italiano di adozione sistematica dell'affidamento a custodia domestica. Quello sperimentato a Reggio Emilia dal 1903, di tipo eterofamiliare piuttosto che omofamiliare, era considerato tuttavia migliore anche se la percentuale di affidati sul totale dei ricoverati era di molto inferiore: nel 1914 su 1.500 ricoverati gli affidati ammontavano a 137³⁴². Il numero troppo alto di affidamenti a Firenze era la prova, secondo gli autori, del fatto che lì non venisse prestata abbastanza attenzione alle sorti dei pazienti curati in famiglia: sia i medici che avevano autorizzato la procedura che le autorità sanitarie locali non praticavano alcuna vigilanza su di loro, per cui ipotizzavano che tale sistema servisse unicamente a «deplerevoli speculazioni» economiche da parte delle

³³⁹ *Ibid.*

³⁴⁰ P. Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, cit., p. 481.

³⁴¹ AONA, Opuscoli, Pieraccini Arnaldo, *Sull'assistenza domestica sussidiata degli alienati*, p. 6, estratto da «Il Cesalpino», 1911, n. 2.

³⁴² AORE, Archivio Amministrativo, busta 22, fasc. 1.1.4.31-Commissione di vigilanza, *Relazione* (1914), p. 13.

amministrazioni³⁴³. Giudizi basati in parte su dinamiche amministrative realmente esistenti a Firenze, ma che sono forse esagerati e dettati dal fatto che uno degli autori era proprio Tamburini, propugnatore dell'assistenza eterofamiliare e direttore del S. Lazzaro di Reggio Emilia. È possibile poi che a Firenze più famiglie fossero disponibili ad accudire malati mentali perché loro parenti, a differenza del capoluogo emiliano dove il modello presupponeva l'affidamento a persone estranee al malato.

Oltre che dall'esempio storico fiorentino, fu a Macerata che Pieraccini comprese a pieno l'importanza fondamentale che poteva rivestire la pratica della custodia familiare largamente sperimentata da Morselli nel capoluogo marchigiano. Era un ottimo rimedio alle difficoltà provocate da un eccessivo affollamento e una valida terapia morale. Forniva inoltre l'opportunità di reintrodurre alla vita sociale individui circondati dai classici pregiudizi sui malati mentali, operando quindi come stimolo a una maggior familiarizzazione delle persone con essi. Fin dal primo anno di incarico ad Arezzo nel 1904, Pieraccini adottò in modo esteso tale pratica utilizzando, a seconda delle necessità dei singoli casi, sia la custodia omofamiliare che eterofamiliare. Introdusse poi un'inedita modalità denominata «tipo Pieraccini» e consistente in un'assistenza mista: affidati per lo più alle proprie famiglie, nei giorni feriali i beneficiari avevano la possibilità di recarsi in manicomio per svolgere attività lavorative in cambio di un compenso economico che si aggiungeva al sussidio pagato ai parenti per la custodia durante la notte e nei giorni festivi³⁴⁴. Ad Arezzo la famiglia, o un giusto ambiente familiare per chi non ne aveva una, non era solo un'opzione custodialistica ma uno dei migliori mezzi per il recupero fisico e mentale di alcuni pazienti.

2.5 I soldati ricoverati ad Arezzo tra riforme, licenze di convalescenza e sospetti simulatori

Una realtà periferica e poco affollata come quella del manicomio di Arezzo, gestita senza particolari divergenze tra amministrazione e direzione sanitaria, mostra l'esistenza di percorsi originali nel racconto spesso stereotipato del rapporto tra psichiatria e Grande Guerra. L'istituto resse senza particolari difficoltà la sua nuova funzione di succursale dell'ospedale militare di riserva e ci fu anche spazio per iniziative che si rivelarono produttive nel tempo, come la trasformazione dell'infermeria in una sezione neurologica.

³⁴³ «Migliore è il sistema di custodia domestica adottato nel Manicomio di Reggio Emilia, per opera del prof. Tamburini, sino dal 1903. I malati ivi ricoverati, quando siano riconosciuti cronici, insanabili ed innocui, vengono, previe trattative fra la Direzione del Manicomio e le famiglie, proposti alla Deputazione Provinciale per un sussidio, che varia, secondo i casi, da 40 a 70 centesimi al giorno. Al momento in cui il malato esce dal Manicomio, alla persona che ne assume la custodia, dopo aver firmato apposita dichiarazione di garanzia, viene consegnato un apposito libretto-tallone, il quale serve alla riscossione mensile del sussidio. L'ammontare di ciascuna mensilità però viene corrisposto dall'Amministrazione Provinciale soltanto quando il tallone porti il visto del Sindaco, del Medico condotto e della direzione del Manicomio, i quali concordemente attestino che il malato è in buone condizioni e che la famiglia che lo custodisce continua a meritare ogni fiducia». A. Tamburini, G. C. Ferrari e G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., pp. 577-578.

³⁴⁴ AONA, Opuscoli, Pieraccini Arnaldo, *Sull'assistenza domestica sussidiata degli alienati*, pp. 3-7, estratto da «Il Cesalpino», n. 2, 1911.

Il registro contenente l'elenco alfabetico di tutti i soldati ricoverati nelle sezioni mentali del manicomio aretino, che include anche le ammissioni di militari fino ai primi anni Trenta, riporta 255 entrati in osservazione tra il maggio 1915 e il novembre 1918. Sono inoltre segnalati i casi in cui non venne prodotta alcuna relazione sanitaria, in totale una trentina se si escludono i ricoveri avvenuti dopo la fine delle ostilità³⁴⁵. Le 221 relazioni esaminate, inviate dalla direzione del manicomio alle autorità militari con proposte di provvedimenti conseguenti le osservazioni cliniche praticate, costituiscono quindi la quasi totalità di quelle prodotte durante la guerra.

Il primo dato interessante da rilevare è che più della metà delle relazioni (119) contengono una proposta di riforma o di rassegna di rimando. Una percentuale decisamente alta, che risulta ancora più significativa se si evidenziano le similitudini con alcuni casi dove invece fu proposta la restituzione al reggimento di appartenenza (71). In particolare, per quanto riguarda le diagnosi che accertavano disturbi isterici, non era facile capire quando questi erano ritenuti tali da dover procedere con l'allontanamento dall'Esercito o quando si riteneva invece che una licenza di convalescenza avrebbe riportato i malati in condizione di prestare di nuovo servizio. Il Caporal Maggiore M.U., del 1° Reggimento Granatieri, il 25 febbraio 1918 era diretto in treno a Pistoia dopo un periodo di licenza a casa, quando venne colpito da un forte accesso convulsivo nella stazione di Arezzo. Fu portato all'ospedale militare di riserva della città e il giorno dopo in manicomio, dato che il grave stato di eccitamento non tendeva a scemare. Dalle informazioni raccolte dai sanitari risulta che M.U. aveva già svolto il servizio militare dal 1911 al 1913 ed era stato fregiato della Medaglia commemorativa della guerra di Libia. A pochi giorni dal suo richiamo alle armi il 15 maggio 1915 aveva subito traumi non indifferenti che furono riconosciuti dipendenti da cause di servizio nell'Ospedale militare di riserva di Forlì, dal quale pervenne la seguente relazione:

Entrato il 26 Giugno 1915, uscito l'8 del mese successivo per stato confusionale, stupore con movimenti catatonici. Dai dati anamnestici si rileva che il malato è stato sempre di carattere facilmente eccitabile. Trovandosi al Fronte per una forte impressione nervosa fu colto da gravi fatti di eccitamento con turbe più specialmente a carico della loquela. Non riusciva ad esprimere con parole i propri concetti e dopo replicati tentativi per parlare emetteva con grande stento poche parole che non corrispondevano al concetto che voleva esprimere. Spesso ripeteva di continuo ad alta voce la stessa parola senza alcun nesso logico. I tentativi per parlare erano accompagnati da smorfie facciali e da guizzi nel campo dei muscoli mimici. La scritturazione era perfetta riuscendo ad esprimersi con rapidità ed esattezza. Nel periodo di degenza i fatti di loquela e di eccitamento nervoso si sono andati gradatamente attenuando tanto che al momento in cui fu licenziato si presentava abbastanza calmo e parlava correttamente e senza alcuno sforzo. 8 Luglio – Recasi al Corpo con proposta di un mese di licenza di convalescenza. – La malattia dipende da cause di servizio. Il Maggiore Medico assimilato f° Stefanelli.³⁴⁶

³⁴⁵ AONA, Direzione, Militari I guerra mondiale, n. 1291. Elenco dei militari ammessi alle sezioni mentali.

³⁴⁶ AONA, Direzione, Militari I guerra mondiale, n. 1289. Relazioni mediche eseguite per le autorità militari, *Caporal Maggiore M.U.* (15/03/1918).

Il padre del ricoverato specificò meglio le circostanze in cui si scatenarono i disturbi: «il 23 Giugno 1915 all'assalto di Monfalcone, alla vista del compianto suo Maggiore Manfredi che egli raccolse a pezzi sul terreno, e per la raffica delle artiglierie nemiche, fu colpito da choc nervoso»³⁴⁷. Ad Arezzo M.U. si presentava ancora confuso ma abbastanza lucido e non vennero rilevati particolari disturbi se si esclude un attacco convulsivo. Con la diagnosi di «isterismo parossistico» fu dimesso con una licenza di convalescenza di 3 mesi³⁴⁸. Come per M.U., in almeno altri 4 casi a fronte di una chiara constatazione di disturbi isterici, la proposta fu quella del ritorno in servizio dopo una licenza di convalescenza.

Esaminando le relazioni contrassegnate da diagnosi di isterie varie che furono invece dimessi con proposta di riforma, o trattenuti in manicomio con ricovero definitivo, ci si rende conto che non sono chiaramente distinguibili dalle precedenti se non per alcune riflessioni su precedenti familiari di malattie e sul grado intellettivo dei soggetti. B.G., soldato ventunenne del 70° Reggimento Fanteria entrato in osservazione il 16 novembre 1916, fu anch'esso giudicato affetto da «isterismo parossistico» ma il ricovero fu confermato e fu proposta all'autorità militare la riforma dal servizio³⁴⁹. In entrambi i casi i medici si trovavano di fronte a individui entrati in manicomio in uno stato confusionale che diminuiva gradualmente col passare dei giorni e ai quali la presupposta sindrome isterica provocò mutismo e difficoltà espressive. La proposta di riforma di B.G. era però motivata «dall'insistenza e la natura della sindrome e data la grave tara individuale ereditaria»³⁵⁰. Le informazioni raccolte sui suoi precedenti avevano infatti reso noto che il suo temperamento era sempre stato nervoso, taciturno e stravagante, «da candidato alla follia»; aveva avuto spesso attacchi «istero-epilettoidi» e la nonna paterna, due zii e una cugina soffrivano di malattie mentali. A differenza che dal punto di vista dei sintomi isterici rilevati dai medici di Arezzo, non molto dissimili tra loro nei casi citati, la Commissione che si pronunciò sulla riforma di B.G. basò il proprio giudizio sul grado intellettivo e in generale sulle caratteristiche comportamentali, piuttosto che sui dati clinici. Il recupero di B.G. durò circa un anno e mezzo, al termine del quale fu dimesso perché migliorato e affidato alla propria famiglia³⁵¹. Altri casi di militari che presentavano disturbi isterici, dimessi con una proposta di riforma dal servizio, furono trattati in modo simile ma nei casi di guarigione totale o in assenza di precedenti individuali e familiari particolarmente gravi, le riforme furono proposte più raramente, come nel caso di P.F. che, tra l'altro, era uscito dal manicomio di Volterra con una licenza di convalescenza di 3 mesi³⁵².

Quali erano i criteri guida dei medici del manicomio di Arezzo nell'esprimersi sulla necessità o meno di allontanare dall'Esercito i soldati degenti? Se si prende come parametro il tipo di patologie o i disturbi riscontrati non può essere ricavata una chiara politica a riguardo. Dei 119 casi di soldati dimessi con proposta di riforma, solo 29

³⁴⁷ *Ibid.*

³⁴⁸ *Ibid.*

³⁴⁹ AONA, Direzione, Militari I guerra mondiale, n. 1289. Relazioni mediche eseguite per le autorità militari, *Soldato B.G.* (25/07/1918).

³⁵⁰ *Ibid.*

³⁵¹ *Ibid.*

³⁵² AONA, Direzione, Militari I guerra mondiale, n. 1289. Relazioni mediche eseguite per le autorità militari, *Soldato P.F.* (13/12/1918).

rimasero in manicomio per un lungo periodo di tempo (almeno un anno) o furono trasferiti negli istituti psichiatrici delle proprie province di residenza: le dimissioni avvenivano per lo più dopo pochi mesi, quasi sempre con una proposta di licenza di convalida da intendersi come provvedimento provvisorio, in attesa dell'avvio delle pratiche di congedo. Gli psichiatri cercarono quindi di facilitare più volte il ritorno a casa anche solo temporaneo di soldati tramite proposte di riforme, licenze e trasferimenti in altri istituti per avvicinare i pazienti ai propri cari. Non c'erano sussidi a disposizione delle famiglie per i degenti ancora in uniforme, i quali erano sottoposti alla normativa militare e non a quella statale. Si contava quindi sui soli effetti benefici dell'ambiente familiare o, in generale, di un momentaneo allentamento della tensione vissuta in servizio. Incrociando l'elenco dei militari ammessi dal 1915 al 1918 con i registri annui che raccolgono i nominativi dei pazienti dimessi in via di esperimento³⁵³, risulta che furono 15 i soldati riformati bisognosi di cure psichiatriche lunghe e affidati alle proprie famiglie, molte volte assecondando le insistenti richieste di queste. Considerando il fatto che la custodia, dipendendo economicamente dalla Provincia che erogava i sussidi, poteva essere assegnata solo a cittadini aretini (in totale 72) tra i militari ricoverati, e che tra questi molti furono dimessi quando vestivano ancora l'uniforme, il numero non appare poi così basso. Per i degenti non aretini e in particolare per quelli che non potevano essere raggiunti facilmente dai familiari per la lontananza geografica, la direzione cercava di assecondare le richieste insistenti di trasferimento in istituti più vicini per permettere le visite dei parenti. Il siciliano C.G. del 222° Reggimento Fanteria subì la mutilazione di un braccio il 2 settembre 1917 dopo quasi due anni di servizio militare, cadendo dopo due mesi in preda a un'intensa melancolia. In manicomio venne rilevata una genuina sindrome ansiosa dovuta unicamente al pensiero ossessivo delle conseguenze della mutilazione sull'avvenire proprio e della sua famiglia:

Si associa definitivamente, se ne propone la riforma per la perdita dell'arto e per l'alienazione mentale, e frattanto, in attesa di questi provvedimenti, se ne chiede il trasferimento al Manicomio di Palermo sia per esaudire le ripetute richieste della famiglia fatte a mezzo del Sindaco di Racalmuto sia per corrispondere ad una indicazione curativa qual è quella di procurare al paziente i benefici effetti del contatto con i congiunti da lui di continuo e con insistenza invocati.³⁵⁴

Per quanto riguarda i degenti per i quali non era prevista la riforma, ci sono addirittura tracce del fatto che probabilmente i parenti tentavano a volte di influenzare il giudizio dei medici. T.G. aveva 18 anni quando fu arruolato il 26 giugno 1917 e il 15 luglio già era sotto osservazione in manicomio, proveniente dall'Ospedale militare di riserva di Arezzo, per «gravi accessi di eccitamento e istero epilessia»³⁵⁵:

³⁵³ AONA, Direzione, Sezioni mentali, Ammissioni e ricoveri, n. 378. Dimissioni in esperimento (1908-1916).

³⁵⁴ AONA, Direzione, Militari I guerra mondiale, n. 1289. Relazioni mediche eseguite per le autorità militari, *Soldato C.G.* (11/05/1918).

³⁵⁵ Ivi, *Soldato T.G.* (06/10/1917).

Dal padre del p[aziente] ci vengono fornite lunghe dettagliate relazioni sui precedenti familiari e individuali, intese a porre in rilievo predisposizione psicopatica e compromissione effettiva della mentalità nel soggetto. In realtà risulta soltanto, di attendibile, che un cugino paterno è ricoverato in un Manicomio e che il p. ha dimostrato qualche anomalia di carattere. Le informative delle autorità dicono anche meno e possono anche considerarsi negative.³⁵⁶

Se le intenzioni del padre erano quelle di fornire motivazioni valide affinché il figlio fosse riformato, esse non sortirono l'effetto sperato poiché a T.G., dichiarato guarito da una breve crisi di isterismo parossistico, fu assegnata solo una licenza di convalescenza di 40 giorni. Nel caso precedentemente citato di P.F., per esempio, la Questura aveva smentito totalmente il padre che aveva riferito di una nonna con sintomi di pazzia, tre sorelle convulsionarie di cui una morta e delle stranezze che il figlio compiva sin da piccolo³⁵⁷. Non ci sono prove certe del fatto che dinamiche del genere fossero diffuse, anche perché in molti casi la direzione del manicomio aretino non riceveva alcuna risposta alle richieste di conferma inviate alle autorità competenti. Tuttavia, la massiccia e costante presenza di dichiarazioni dei parenti dei soldati che testimoniavano tare ereditarie e precedenti individuali nelle cartelle cliniche non solo aretine, lascia intendere che la cosa potesse essere possibile non solo nei casi poi scoperti.

In generale erano il direttore e gli psichiatri in servizio ad Arezzo a mettere in primo piano le famiglie dei ricoverati anche quando era previsto il ritorno in servizio. Su 71 relazioni relative a degenti prossimi al rientro, sono 30 quelle che riportano una proposta di licenza (raramente di un mese o meno, più spesso dai 3 ai 6 mesi) prima del ritorno ai Reggimenti. Se tra questi non vi erano ovviamente casi rigorosamente psichiatrici, la licenza fu comunque proposta come fase necessaria per la guarigione di disturbi transitori o anche come semplice cura morale. S.B., degente dal 9 aprile all'11 maggio del 1916, fu dimesso come «non folle» ma la constatazione del suo temperamento nervoso spinse i sanitari a proporre una breve licenza «intesa più che altro a valere come mezzo di cura morale e a prevenire sconforti affettivi destinati a non riuscire di favorevole effetto pratico»³⁵⁸. S.G. fu invece consegnato da un Capitano medico il 5 novembre del 1917 insieme con altri commilitoni, tutti provenienti dal reparto neurologico dell'ospedale militare di Osoppo sgomberato per l'invasione austriaca durante la battaglia di Caporetto. Le indagini condotte rivelarono che ebbe da sempre problemi nervosi aggravati dall'alternanza di periodi di eccitamento e di depressione.

Durante la degenza nel nostro Manicomio il paziente si è sempre dimostrato lucido, pienamente consapevole, contegnoso. Ha lasciato escludere l'esistenza d'idee deliranti e di errori sensoriali. Ha eiettato peraltro indubbi segni di costante depressione dell'umore, con lievissimo rallentamento psicomotorio, con tendenza alla solitudine e alla taciturnità, insonnia. La fisionomia e gli atteggiamenti hanno avuto sempre caratteri corrispondenti.

³⁵⁶ *Ibid.*

³⁵⁷ Ivi, *Soldato P.F.* (01/04/1918).

³⁵⁸ Ivi, *Soldato S.B.* (11/05/1916).

Diagnosi: Crisi depressiva in ciclotimico.

Provvedimenti: Dimissione dal Manicomio per insufficienza di titolo alla definitiva associazione, e invio in licenza di convalescenza per giorni 90 onde utilizzare a scopo di cura la favorevole influenza dell'ambiente domestico sulla residuale distimia.³⁵⁹

A volte la semplice visita dei propri cari in manicomio poteva agire in modo positivo sulle condizioni psichiche dei soldati, confermando agli occhi dei medici la necessità di restituirli alle famiglie. B.A. era di stanza in Albania quando fu colpito da shock nervoso e rimpatriato nell'ospedale militare di Bari, dove gli fu assegnata una licenza di convalescenza di 90 giorni per stato depressivo ansioso. Durante il viaggio intrapreso al termine della licenza diede subito segni di alienazione per cui fu inviato all'ospedale militare di Arezzo e il giorno seguente, 1° ottobre 1917, in manicomio. Dall'osservazione compiuta i medici rilevarono una

permanente lucidità e contegno e buone condizioni fisiche, ma è stata constatata pure stabilmente l'esistenza di uno "stato dubbioso a contenuto depressivo", rappresentato da ininterrotta preoccupazione per le sorti della famiglia sia nei riguardi della vita (continue richieste per essere assicurato che i figli e i nipoti non sieno morti) sia nei riguardi degli interessi (reiterati quesiti sul modo di evitare la rovina economica della famiglia, sulla difficoltà di dar da mangiare ai nipoti oltreché ai figli ecc.). Tuttociò peraltro non sotto la forma di vero e proprio delirio (ossia di falsa concezione con relativa accettazione e convinzione) ma sotto la forma di dubbio tormentoso ossessivo, continuamente bisognoso di essere assicurato con parole destinate ad ottenere il successo di un istante [...].

La coscienza del paziente non mostrandosi in ogni modo offuscata; la di lui condotta essendo correttissima tantoché lo si è potuto tenere alla Colonia Agricola ove si è prestato con tutta regolarità al lavoro nella vita libera dei campi; e d'altra parte il desiderio di ritirarlo presso di sé da parte della famiglia (che può benissimo mantenerlo) essendo vivissimo ed anche giustificato dal fatto che la presenza dei congiunti spiega evidentemente un effetto favorevole sulla disposizione del paziente, si propone l'invio del militare in licenza di convalescenza in attesa del provvedimento di riforma che ci sembra potere oggi essere consigliato dal fatto che il disturbo psichico "(stato distimico dubbioso)" perdura da oltre 6 mesi e deve quindi essere considerato con corrispondente prudenza nei riguardi di una ripresa futura del servizio militare che potrebbe riuscire pregiudicevole.³⁶⁰

Se casi del genere potevano suscitare sentimenti compassionevoli, neanche la constatazione di caratteri tendenti all'indisciplina e all'inganno scoraggiavano gli psichiatri aretini nel considerare l'influsso positivo della vicinanza dei propri cari. Il Sottotenente C.P., ammesso l'8 luglio del 1918, non era per il medico che lo teneva in osservazione un vero alienato ma semplicemente un «debole irritabile» che si innervosiva facilmente.

Un soggetto poco tollerante di freni disciplinari, incline a profittare senza troppi scrupoli anche di un proprio stato morboso, quando da ciò possa ripromettersi vantaggi [...].

³⁵⁹ Ivi, *Soldato S.G.* (27/11/1917).

³⁶⁰ Ivi, *Soldato B.A.* (31/12/1917).

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Potrebbe essere anche accettata, ad un esame superficiale, l'esistenza di una tensione ipocondriaca della coscienza e di una disposizione d'animo depressa per vaghi sospetti di ostilità, ma il quadro non regge a controprova e apparisce ben presto spoglio di reale carattere patologico.

In tali condizioni si decide che il soggetto venga dimesso dal Manicomio e in pari tempo si opina che, per il constatato nervosismo, si renda conveniente o il di lui trasferimento nello Spedale Militare di Napoli per il giovamento che potrebbe ritrarre dal ritorno ai propri luoghi e dalla vicinanza dei congiunti oppure l'invio in licenza di convalescenza per la possibilità del trattamento anche familiare che offrono i di lui disturbi.³⁶¹

L'idea che un periodo da trascorrere in famiglia potesse garantire una migliore disposizione per il ritorno in servizio contrastava totalmente con l'idea, diffusa soprattutto tra gli psichiatri militari, che prolungando il periodo di allontanamento dai propri doveri i soldati avrebbero riacquisito con più difficoltà una condotta propria alla vita militare. Uno degli scopi del Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta di Reggio Emilia, oltre a quello di agire come sorta di filtro per i sospetti simulatori, era proprio quello di evitare tutto ciò. Al S. Lazzaro tuttavia, fino alla fine del 1917, la pratica sanitaria non era ancora totalmente influenzata dagli eventi di Caporetto. Al di là di alcune differenze nella classificazione delle patologie, i giudizi riguardo i provvedimenti medico-legali in molti casi non differivano da quelli aretini, dando sempre grande importanza alla presenza familiare. Il soldato C.F., classe 1887 della provincia di Arezzo ma residente a Nizza, fu portato in osservazione al manicomio reggiano il 21 settembre 1916 con diagnosi di «grave stato depressivo» susseguito a una febbre reumatica, stilata nell'ospedale da campo n. 234 di S. Giorgio di Nogaro³⁶². Al S. Lazzaro furono confermate le osservazioni precedenti:

Quivi il Cardelli si è mostrato sempre depresso, smanioso, spesso ansioso, con qualche rara fase di calma e serenità mentale. In queste fasi insiste nel voler ritornare al proprio corpo e fare il suo dovere di soldato: è nel parlare enfatico, puerile, spesso piagnucoloso, ripete infinite volte le sue domande: è scontento di tutto e di tutti, suscettibile, esageratamente emotivo disorientato alquanto e poco socievole. Diagnosi: Lipemania (con fasi d'ansia). Viene trasferito al Manicomio Provinciale di Arezzo, colla dichiarazione di inabilità permanente al servizio militare (Riforma), rilasciata dalla Direzione dell'Ospedale Militare Principale di Piacenza³⁶³.

I soldati che presentavano note depressive erano considerati spesso recuperabili, per cui C.F. dovette apparire come un caso abbastanza grave, tanto da provocare l'allontanamento definitivo dall'Esercito ma non tanto da rendere necessario il posticipo del ritorno a Nizza dai propri parenti. Prima che fosse emanato il provvedimento di riforma lo stesso medico militare aveva consigliato una licenza di convalescenza di tre mesi da trascorrere in Francia³⁶⁴. Non era facile in quegli anni ottenere l'assegnazione

³⁶¹ Ivi, *Soldato C.M.* (15/07/1918).

³⁶² AORE, Archivio Sanitario, 1918 – Incarti militari. Cartelle cliniche, b. 340 (gennaio 1917), n. 631, *Tabella nosologica*.

³⁶³ *Ibid.*

³⁶⁴ Ivi, *Licenza per l'estero* (15/12/1916).

di una licenza all'estero: bisognava inviare al Comando della divisione militare di appartenenza un certificato comprovante i mezzi di sussistenza dei familiari del soldato, per verificare la capacità di gestirlo durante la licenza, e una dichiarazione della direzione medica che rassicurasse il Comando riguardo a un'eventuale diserzione, che C.F. riuscì a ottenere il 15 dicembre 1916: «Non consta poi alla suddetta Direzione che vi siano ragioni speciali o circostanze di fatto che sconsiglino l'invio del nominato militare all'estero; per cui si nutre fiducia che la concessione della licenza stessa non servirà ad esso per sottrarsi ai propri obblighi di servizio militare»³⁶⁵. La licenza in realtà non fu mai assegnata perché il 23 gennaio 1917 si procedette, come si è visto, con la riforma permanente dal servizio. Non sono segnate nei documenti le motivazioni di questo cambio di scelta, ma il giorno dopo fu trasferito nel manicomio diretto da Pieraccini in quanto nativo di Arezzo, anche se residente in Francia. Dopo qualche settimana di permanenza si mostrò più aperto e raccontò ciò che ricordava degli eventi che lo portarono al ricovero manicomiale e in particolare la sua permanenza a Reggio Emilia, dove ricordava di aver vissuto la stessa routine del suo nuovo ricovero: «spazzare, rifare i letti e nient'altro»³⁶⁶. Ricordava inoltre con numerosi particolari il buon trattamento ricevuto dal dott. Giacchi: testimonianza rara ma significativa di un rapporto non sempre distante o conflittuale tra psichiatri e pazienti che la maggior visibilità degli aspetti negativi relativi alle degenze manicomiali spesso nasconde. Verso la fine di luglio il padre chiese al direttore la dimissione per portarlo con sé in Francia, ma le sue condizioni per i medici non erano ancora migliorate al punto da lasciare l'istituto. Nella relazione inviata alle autorità militari si legge:

Prevale, durante tutta la degenza fino a quando nel Dicembre 1917 migliora e guarisce, lo stato depressivo dubbioso: teme che tutto si risolva nel peggior modo e tormenta i medici con continue insistenti domande sulla sua sorte. Però non è mai esistito quell'arresto e neppure quel rallentamento psicomotorio che si nota nelle crisi di frenosi maniaco depressiva tantoché si mostrava il p. si sconvolto nella fisionomia disperata ma non era legato, intavolato né lento nelle parole e nel movimento neppure nei periodi di più intensa preoccupazione. Parmi che ciò sia caratteristico di queste forme belliche prettamente affettive; cosicché non debbano venire sempre considerate come primi attacchi di frenosi maniaco depressiva solo perché la sindrome è melanconica per ora.

Da tutto l'insieme appare evidente come il giudizio pronunciato dai Sanitari di Reggio sulla dipendenza della infermità mentale dal servizio di guerra debba essere considerato legittimo e comprovato dall'ulteriore decorso³⁶⁷.

Pieraccini si schierava così dalla parte dei sostenitori dell'esistenza di patologie prettamente belliche e del ruolo primario delle emozioni per la loro comparsa, confermando, tra l'altro, le osservazioni praticate al S. Lazzaro, dove le pressioni dei comandi erano maggiori anche prima della fondazione del CPMPR. Dopo vari tentativi falliti di occuparlo in vari settori lavorativi all'interno dell'istituto, fu in cucina che C.F., a detta dei sanitari, si mostrò più attivo migliorando progressivamente nei

³⁶⁵ *Ibid.*

³⁶⁶ AONA, Direzione, Militari I guerra mondiale, n. 1289. Relazioni mediche eseguite per le autorità militari, *Soldato C.F.* (27/03/1922).

³⁶⁷ *Ibid.*

sintomi fino alla completa guarigione nel gennaio 1918³⁶⁸. Questo caso condensa in sé le caratteristiche di un racconto quasi opposto al classico percorso traumatico dei soldati ricoverati in reparti psichiatrici, mostrando i risvolti positivi di pratiche come l'ergoterapia o la custodia familiare, anche senza i sussidi previsti dalla procedura ufficiale. La ferita al ginocchio e la febbre avuta prima del ricovero psichiatrico facilitarono probabilmente il parere favorevole della Commissione per il decreto di riforma piuttosto che di licenza, ma i precedenti malanni erano stati dichiarati totalmente guariti, per cui il motivo ufficiale poteva essere unicamente la sindrome depressiva durata quasi un anno.

Una vicenda interessante da riportare è quella di D.O.V., inviato il 4 dicembre 1916 dall'Ospedale militare di riserva di Arezzo perché «impulsivo, confuso, in preda a disordine motorio ed insonnia»³⁶⁹. I Carabinieri di Imola, città di residenza del paziente, interrogati sui precedenti risposero che sia lui che i genitori non erano mai stati malati di mente e tantomeno alcolizzati, per cui era possibile una tentata simulazione, ma le osservazioni degli psichiatri di Arezzo attestarono la genuinità dei sintomi presentati. Durante la degenza manicomiale lo stato confusionale di D.O.V. migliorò gradualmente fino al completo ristabilimento, così fu dimesso il 19 marzo 1917 per guarigione da uno «stato psicosis amenziale». La proposta formulata alle autorità militari era del ritorno in servizio con un certificato di inabilità permanente ai servizi di guerra «data la provata labilità e vulnerabilità dello equilibrio neuro-psichico del soggetto»³⁷⁰. Il provvedimento doveva essere immediato, senza l'assegnazione di una licenza di convalescenza, «per la possibilità attuale di riacutizzazione nelle disposizioni nostalgiche del soggetto. Piuttosto – quasi a sostituzione dei vantaggi fisici che possono ripromettersi da simili licenze – abbiamo cercato di prolungare quanto più era possibile la degenza ospitaliera del soggetto con applicazione della terapia del lavoro all'aria aperta (giardinaggio)»³⁷¹. Queste parole rispecchiano un'opinione diffusa tra gli psichiatri militari non solo italiani: le licenze potevano essere nocive per i soldati colpiti da disturbi nervosi e mentali non passibili di riforma perché disabitava all'ambiente militare una psiche già destabilizzata, rendendo difficile il ritorno alla normalità della vita di guerra. La pratica sanitaria di Pieraccini, come di molti suoi colleghi, era però tutt'altro che conforme a tali principi. Il caso di D.O.V. sembra infatti trattarsi di un'eccezione se la metà dei soldati restituiti al servizio usufruì di una licenza di convalescenza da passare in famiglia.

Anche per l'ospedale aretino la comparazione con il manicomio di Napoli riguardo i soldati transitati in entrambi gli stabilimenti mostra percorsi tutt'altro che scontati nel racconto sugli 'scemi di guerra' del 1915-1918. Gli indizi contenuti in alcune relazioni ci permettono, per esempio, di ipotizzare che a volte i medici fossero costretti a contraddire le proprie stesse osservazioni, per il rispetto delle norme vigenti, quando formulavano un giudizio finale. C.C., appartenente al 70° Reggimento Fanteria, fu ricoverato una prima volta dal 20 aprile al 20 ottobre del 1918, rientrando il 13 febbraio 1919 per uscire di nuovo verso la fine del mese. Le notizie inviate dalla Questura di

³⁶⁸ *Ibid.*

³⁶⁹ Ivi, *Soldato D.O.V.* (17/03/1917).

³⁷⁰ *Ibid.*

³⁷¹ *Ibid.*

Napoli, città di provenienza di C.C., accertarono l'assenza di precedenti sanitari ma non lasciavano dubbi sulle sue tendenze:

è pericoloso pregiudicato per reati contro la proprietà e le persone, ammonito ed attualmente ricercato per trasgressione alla vigilanza speciale. Non risulta che abbia mai sofferto malattie mentali, è un abilissimo mistificatore e si ha pertanto motivo di ritenere che, in atto, simuli il male per sottrarsi agli obblighi militari. Nulla può essere detto circa i precedenti familiari trattandosi di figlio di ignoti.³⁷²

Il direttore del manicomio di Aversa, dove C.C. era stato ricoverato dal 4 al 26 marzo del 1918 e dimesso per «non constata pazzia», inviò ad Arezzo il suo certificato penale per fornire le informazioni sui suoi numerosi precedenti³⁷³. Avrebbe dovuto presentarsi il 14 maggio 1918 dal Pretore di Arezzo per essere interrogato come imputato di truffa e ribellione alla Giustizia, reati commessi pochi giorni prima di essere ricoverato per la prima volta³⁷⁴. Le note cliniche stilate ad Arezzo confermarono l'assenza di malattie mentali:

Dal lato psichico pure fa difetto ogni manifestazione patologica. Il soggetto appare intelligente, consapevole, memore, né si sono mai potuti riscontrare sintomi elementari di pazzia.

D'altra parte il p. neppure ha cercato di simularne ed il suo contegno nel Manicomio, sotto questo punto di vista, è stato sempre regolare.

Un campo invece nel quale è stato facile riconoscere anomalie è quello del carattere che offre tutte le singolarità dell'inclinazione costituzionale agli atteggiamenti antisociali. La tendenza al mendacio patologico sotto la forma della pseudologia fantastica del Delbrück, la disposizione alla mistificazione con l'impronta propria al raggiratore psichicamente anormale; il fare subdolo, untuoso e camorristico e complottista ad un tempo, la sconfinata spensieratezza, il modo tutto affatto individuale di considerare i doveri sociali, di intendere la moralità e di ragionare sui diritti propri, il contrasto fra queste deficienze critiche e un certo indiscutibile grado di geniale disposizione artistica, un comportamento bene spesso in contrasto e in opposizione evidente con il vero interesse proprio ecc. rappresentano altrettanti segni della degenerazione costituzionale del carattere facilmente riconducibili al C.³⁷⁵

Con dei precedenti come quelli sopra elencati, non vi erano dubbi circa la proposta di ritorno in servizio, la quale risulta però decisa in base alla normativa relativa alle riforme dal servizio militare per malattie nervose e mentali piuttosto che dalle osservazioni cliniche.

³⁷² Ivi, *Soldato C.C.* (26/02/1919).

³⁷³ «14.11.908 – giorni 55 di arresto per porto d'arma; il 17.3.909 – Mesi 3 di arresto id. idem.; 4.11.909 – mesi 6 di reclusione per minacce; 3.2.914 – L. 196 di multa per contrabbando semplice e L. 60 per mentite generalità; 4.6.1915 – insufficienza di prove per truffa e giorni 31 di reclusione per trasgressione vigilanza; 11 condanne per truffe, oltraggio e trasgressione vigilanza dal 1898 al 1918; 3 condanne per contravvenzione al monito dal 1914 al 1917; 2 assoluzioni». *Ibid.*

³⁷⁴ *Ibid.*

³⁷⁵ *Ibid.*

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Un tale soggetto non può naturalmente in alcun modo essere riconosciuto alienato di mente nel senso che a questa specificazione è dato dalla clinica psichiatrica e dalle pratiche applicazioni che al diagnostico debbono seguire. [...] è provato che nel Manicomio di Aversa la follia del C. non fu riconosciuta. Per la chiarezza poi con la quale il p. riferisce sulla sua vita passata e più particolarmente sul periodo in cui si svolsero i reati di cui oggi è chiamato a rispondere dalla punitiva giustizia abbiamo la convinzione che non diverse dalle attuali dovevano essere le condizioni psichiche del soggetto allora [...].

Certo come militare il C., appunto per le accennate tare costituzionali del carattere, non porterà mai contributo proficuo all'Esercito, ma non sapremo d'altra parte legittimare una proposta di riforma date le vigenti disposizioni tassative circa le imperfezioni e le malattie che costituiscono motivo per un tale provvedimento.³⁷⁶

Non essendo matto a norma di legge, non poteva essere riformato e tantomeno assolto per infermità di mente dagli ultimi reati commessi, sui quali Pieraccini fu incaricato di compiere una perizia legale. L'accusa era di truffa ai danni di un cameriere nonché di violenza, resistenza e oltraggio ad agenti delle forze dell'ordine. Secondo il verbale dell'imputazione, due giorni dopo essere stato dimesso dal manicomio di Aversa e spedito provvisoriamente a un Reggimento di stanza a Napoli, aveva consumato svariati caffè in un bar senza voler né pagare né uscire per la chiusura dell'esercizio. Intervenute alcune guardie di città, cominciò a inveire pesantemente contro di loro sia verbalmente che fisicamente fino a quando, giunto in caserma, dichiarò che aveva compiuto quegli atti con lo scopo di eludere il servizio dato che non era riuscito a ottenere la dichiarazione di infermità ad Aversa³⁷⁷. Anche ad Arezzo fu dichiarato non folle, di conseguenza la perizia, considerando anche lo svolgimento dei fatti, non poteva che constatare la piena facoltà di intendere e volere durante il compimento dei reati contestati. La personalità di C.C. evidenziava tuttavia una questione controversa e tutt'altro che inedita per la psichiatria italiana: l'imputabilità o meno di persone sane di mente ma dalle caratteristiche comportamentali anomale per costituzione, non per volontà. Pieraccini, anche per il suo profondo senso del dovere³⁷⁸, si pronunciò a favore dell'imputabilità ma riportò le sue convinzioni riguardo la moderazione da impiegare nel verdetto:

d'altronde non meno evidente appare l'opportunità di non fare totale carico, alla imputabilità del soggetto, delle disposizioni fondamentali del suo costituito psichico originariamente degenerato e di considerare perciò agli effetti di legge come applicabile il criterio di un certo compatimento nel giudicare delle di lui azioni.

³⁷⁶ *Ibid.*

³⁷⁷ *Ibid.*

³⁷⁸ In una citazione autobiografica Pieraccini ricordava con rammarico la sua unica condanna penale nel 1904: 400 lire di multa per ingiurie a mezzo stampa: «in una polemica scientifica sull'applicazione dei mezzi contenitivi agli alienati, sorta, dopo i famosi scandali del Manicomio di S. Servolo sul giornale L'Adriatico di Venezia, essendomi sentito offeso da una monca citazione di un brano del mio manuale sull'assistenza dei pazzi [...], ebbi a usare parole di protesta che oggi a distanza di tempo posso riconoscere troppo vivaci non già ingiustificate». Cit. in E. Gradassi, *Arnaldo Pieraccini psichiatra e socialista*, cit., p. 32.

[...] Dal lato medico-legale della imputabilità, noi riteniamo potere applicare praticamente i risultati del nostro studio al quesito che il Magistrato ci ha posto e di potere in coscienza dichiarare:

Il C.C. d'Ignoti non è ora alienato di mente né lo era il 28 Marzo 1918 all'atto del delitto di cui è chiamato a rispondere.

Il C. offre una costituzionale degenerazione del carattere per cui nel chiamarlo a rispondere dei propri atti appare consigliabile venga usata una certa clemenza.³⁷⁹

Il caso appena citato pone in evidenza il problema di inquadrare soggetti dichiarati non folli ma con caratteristiche caratteriali che potevano portare a provvedimenti identici a quelli presi nei confronti di quelli dichiarati malati, tanto da richiedere ai magistrati «una certa clemenza». Anche quando non veniva richiesto l'allontanamento dall'Esercito, i medici non potevano fare a meno di notare l'incompatibilità di questi individui alla vita militare. La questione è che il regolamento militare difficilmente poteva comprendere semplici anomalie del carattere nell'elenco delle malattie causa di riforma; casi del genere rientravano nella normativa relativa alla disciplina militare e non ai trattamenti sanitari. Tuttavia, anche in assenza di precedenti penali, processi in corso o comportamenti fortemente irrequieti, quando cioè il caso non rientrava nel campo disciplinare, i soldati dalla personalità incompatibile con il servizio militare non potevano essere riformati senza l'accertamento di una vera patologia. R.G., degente dal 2 marzo al 15 giugno 1918, durante il suo servizio nel deposito del 70° Reggimento Fanteria era stato colpito da un lieve e transitorio turbamento psichico, sospetto per i suoi superiori ma reale per lo psichiatra addetto alla sua osservazione. Fu rimandato al deposito perché completamente guarito ma venne segnalato un modico grado di deficienza psichica per un arresto di sviluppo determinato da anomalie congenite e dalla meningite avuta durante la prima infanzia:

Con tutto ciò, a termini delle vigenti disposizioni sulle rassegne, non possiamo sentirci autorizzati a proporre la riforma mancando gli estremi formali per un simile provvedimento, pur essendo noi convinti che per la costituzionale intolleranza di tipi come il R. verso una disciplina rigorosa come quella militare nessun utile pratico ritrarrà l'Esercito da un tale soldato.³⁸⁰

Per le autorità militari quei 'degenerati del carattere' che presentavano manifestazioni vicine alla pazzia, molto spesso pregiudicati o dalle tendenze criminali, non potevano essere tenuti tra la truppa per motivi di ordine disciplinare. Erano, per logica, casi da demandare agli psichiatri, ma questi ultimi non potevano ovviamente trattenere dei sani di mente anche se considerati anormali. In entrambi gli ambienti potevano essere ritenuti non idonei alla vita militare ma le norme, o meglio l'assenza di norme a riguardo, impedivano una chiara politica risolutiva. Ciò può essere considerata come una delle cause principali del continuo girovagare di individui del genere tra ospedali militari e manicomi, dinamica segnalata dalla letteratura psichiatrica militare del tempo e considerata da alcuni un grave danno per lo spreco di risorse e di uomini.

³⁷⁹ AONA, Direzione, Militari I guerra mondiale, n. 1289. Relazioni mediche eseguite per le autorità militari, *Soldato C.C.* (26/02/1919).

³⁸⁰ Ivi, *Soldato R.G.* (15/06/1918).

Da questo punto di vista un dato significativo è quello sulle dichiarazioni esplicite di simulazione. Su 20 ricoverati le autorità militari avevano nutrito forti sospetti, esplicitati tra le informazioni richieste a questure, prefetture e ospedali che avevano ricoverato precedentemente tali soggetti; nella maggior parte dei casi non vennero tuttavia confermati dalle osservazioni praticate nel manicomio di Arezzo. Sono solo 4 le relazioni che attestavano simulazioni senza aver rilevato sintomi patologici, mentre sono più comuni le descrizioni di soggetti malati che inscenavano comunque una qualche forma di simulazione. La relazione di C.A., ammesso il 6 novembre 1917, affermò che negli ospedaletti da campo n°108 e n°109 era stato giudicato prima simulatore e poi affetto da «demenza precoce ebfrenica». Le note relative alla dimissione, avvenuta il 15 marzo 1918 con una proposta di licenza, citavano i numerosi episodi descritti dai diari clinici degli ospedaletti da campo, insieme con quelli rilevati durante l'osservazione ad Arezzo, a giustificazione della proposta formulata:

date le circostanze sopra esposte; pur ritenendo che nel soggetto non sieno mancate manifestazioni simulate, tuttavia per sintomi morbosi genuini sicuramente constatati riteniamo che il soggetto debba essere giudicato un anomalo con deficienti poteri critici e con ottusità etica (imbecillità prevalentemente morale e sociale; passivo probabilmente di ricorrenti crisi nevrotiche.

E siccome sembraci opportuno che [...] possa giovare un lungo riposo del soggetto in famiglia, proponiamo che al Chiantosini venga concessa una licenza di convalescenza di mesi 3.³⁸¹

A volte la direzione era favorevole al ritorno immediato in servizio dei sospetti per l'impossibilità di avere elementi sufficienti ad affermare la presenza dei disturbi ipotizzati durante gli esami, complice anche la carenza di informazioni anamnestiche. D.F.L. fu subito restituito al proprio Corpo, nonostante il riconoscimento di un probabile «substrato convulsionario», perché l'unico giudizio sicuro che potevano dare era quello della non esistenza di una vera patologia. Forse le informazioni ricevute dalle autorità condizionarono in parte i medici:

il Prefetto di Napoli ci scrive che il [D.F.] "ha buoni precedenti individuali ma non familiari perché un di lui fratello è un emerito ladro. Il [D.F.] non è stato mai affetto da alienazione mentale [...]. Il medesimo è capace di simulare tale infermità per esimersi dal servizio militare". Il sindaco di Frattaminore dopo averci dichiarato risultargli che il [D.F.] è disertore e simula di essere folle, chiestogli su quali circostanze di fatto potesse essere basata tale affermazione specifica: "Quest'Ufficio ha ragione di dubitare della follia del [D.F.], perché un altro fratello è qui in riforma, quale dichiarato folle, ed intanto attende alle sue occupazioni, e corrono sul suo conto voci sinistre per reati contro la proprietà. Lo stesso sistema di simulazione avrà probabilmente praticato il controscritto, essendovi riuscito il fratello. Di tante convulsioni ed epilessie finora non si avevano notizie". I Carabinieri di Frattamaggiore confermano il giudizio del Sindaco. Invece un certificato medico (Dr. Parolisi di Frattaminore) afferma che il [D.F.] fino da poca età soffre di convulsioni epilettiche che in modo

³⁸¹ Ivi, *Soldato C.A.* (11/03/1918).

ricorrente si manifestano, da rimanerlo prostrato con le forze e d'intelligenza ottusa, ed altri fratelli, con la madre, soffrono della stessa malattia.³⁸²

Contraddizioni del genere erano difficilmente risolvibili: se le forze dell'ordine potevano essere accusate di forti pregiudizi verso i militari ricoverati per malattie mentali, come provato anche dalla troppa frequenza in tutti gli istituti analizzati di cartelle cliniche con giudizi simili a quelli inviati ad Arezzo per D.F.L., i medici locali potevano essere sospettati di una probabile complicità con i pazienti³⁸³.

Quasi la metà dei sospetti simulatori (9 su 20) erano campani, per lo più napoletani (7). La stereotipia con cui vengono decritti alcuni di loro può sembrare dettata in parte da pregiudizio; d'altro canto, dall'esame delle cartelle cliniche dei ricoverati nel manicomio provinciale di Napoli risulta che la percentuale di soldati partenopei riformati dal servizio militare, ma in seguito dichiarati sani di mente, non era insignificante. La relazione stilata per G.D. ne è un esempio chiaro. I medici del manicomio di Volterra, dove era stato in precedenza dimesso con una licenza di convalescenza di 2 mesi «per crisi isteriche in soggetto degenerato», lo descrissero come un soggetto dal «carattere alquanto falso, subdolo, con tendenze all'esagerazione e a un eccessivo bisogno di mettersi in evidenza e farsi compatire»³⁸⁴. Ad Arezzo il tentativo di simulazione venne scoperto anche se i dubbi sull'eventuale presenza di disturbi reali non vennero meno:

non eietta sintomi di alienazione mentale attendibili poiché una smemorataggine goffamente rappresentata nel primo periodo di degenza non può essere considerata manifestazione morbosa. Dubbioso rimane l'apprezzamento circa una breve crisi convulsiva isterica verificatasi il 24 Settembre. Se non simulata, potrebbe essere interpretata come isterica. Il paziente si è mostrato sempre lucido e accessibile. Quanto al contegno ha tenuto quello proprio ai camorristi napoletani, descritto con esattezza nella relazione del Manicomio di Volterra sopra riportata alla quale ci associamo anche per quanto riguarda i dati somatici del soggetto e certe turbe nervose come la balbuzie, il tic palpebrale, il torpore nella reazione pupillare ecc. [...]

Data la "degenerazione originaria" del soggetto aggravata forse da vicissitudini sfavorevoli di vita, da cattive consuetudini, da mali venerei, disordini di ogni sorta ecc.; noi riteniamo che l'esercito nessun utile potrà mai ritrarre da simile personalità e perciò nonostante l'assenza di reali manifestazioni vesaniche e la constatazione di artificiosi atteggiamenti volontari, noi consigliamo la riforma del militare al tempo stesso che ne provochiamo il licenziamento dal Manicomio per insufficienza di titolo all'associazione definitiva. In attesa potrebbe essere inviato in licenza di convalescenza a tempo indeterminato.³⁸⁵

³⁸² Ivi, *Soldato D.F.L.* (21/05/1918).

³⁸³ Ciò accadde, per esempio, al direttore del manicomio di Roma Giovanni Mingazzini, accusato di concedere troppo facilmente la riforma dal servizio ai propri pazienti. La campagna denigratoria che subì era legata, comunque, principalmente alla sua mancata adesione all'interventismo nazionalista, a cui si univa la colpa di avere una moglie tedesca. P. F. Peloso, *La strana malattia. Guerra e psichiatria tra primo e secondo conflitto mondiale*, in N. Labanca (a cura di), *Guerra e disabilità: mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, cit., p. 180.

³⁸⁴ AONA, Direzione, Militari I guerra mondiale, n. 1289. Relazioni mediche eseguite per le autorità militari, *Soldato G.D.* (28/11/1918).

³⁸⁵ *Ibid.*

Come in molti altri casi, la proposta di riforma era dettata dalla incompatibilità tra servizio militare e caratteri considerati al di fuori della normalità piuttosto che da una vera e propria malattia. Anche quando il tentativo di simulazione era altamente probabile, come per G.D., la riforma era comunque considerata maggiormente proficua sia per l'Esercito che per i ricoverati in quanto si trattava di elementi impossibili da disciplinare. Non mancano casi di totale inesperienza nei tentativi di simulazione. P.M., napoletano anch'egli, dimostrò sempre una condotta inaccessibile e strana, da subito giudicata non patologica. Fu inoltre «sorpreso spesso dagli Infermieri a discorrere animatamente con altri militari napoletani di brutti precedenti, e le conversazioni sono bruscamente interrotte e l'atteggiamento consueto è ripreso se si accorge di essere visto»³⁸⁶. Dimesso come non folle e inviato al Deposito dal quale era pervenuto, aveva confessato ai medici anche la simulazione del soldato citato in precedenza, C.C., conosciuto qualche anno prima nel porto di Napoli³⁸⁷. La presenza dei soldati napoletani all'interno dell'istituto era massiccia se considerata in percentuale rispetto agli altri pazienti. Limitando il conteggio ai soli anni di guerra, in totale erano 38, secondi solo agli aretini che ovviamente costituivano la maggioranza (72). Il fatto che Napoli fosse al primo posto nella classifica delle città più popolate d'Italia giustifica in parte questo dato, ma esiste un'ulteriore traccia che corrobora l'ipotesi della presenza certa di napoletani imboscati. S.A. non era stato riconosciuto folle ma fu riformato per gracilità fisica costituzionale, sviluppo originario difettoso della personalità morale, debilitamento organico conseguente alla sifilide e accessi convulsivi comprovati³⁸⁸. Il medico del distaccamento di Anghiari riferì che era proveniente dalla malavita napoletana ed era stato più volte in carcere: «è tale da non spaventarsi di commettere delitti»³⁸⁹. La Questura, riferendo che un fratello si trovava al fronte e l'altro prigioniero in Austria, confermò la condotta criminosa di S.A., comportamento che utilizzò probabilmente contro i suoi stessi concittadini se il medico annotò che era «malvisto dai compagni perché supposta spia degli infermieri»³⁹⁰.

Al di là della questione dei napoletani, in generale la simulazione o l'esagerazione di sintomi psichici durante la guerra non era poi ristretta a quei pochi casi in cui il sospetto non era del tutto ingiustificato. Si intersecava con quella vasta zona grigia di pregiudicati e 'degenerati morali' difficili da inquadrare soprattutto per le autorità militari, quindi soggetti a provvedimenti non sempre coerenti tra loro. Oltre a quelli in cui la questione è riportata nelle relazioni, in molti altri casi di soldati restituiti ai propri Corpi, anche se riconosciuti anormali dal punto di vista caratteriale, è possibile ipotizzare l'intervento delle dinamiche citate per il caso di C.C. Delle 71 relazioni sanitarie esaminate di soldati ritornati in servizio, sono rare quelle che non rilevarono deficit intellettivi lievi, costituzioni caratteriali anomale o forti tendenze alla indisciplina. Per mediare tra l'assenza di estremi per assegnare la riforma e la constatazione della difficoltà di reinserire questi uomini nell'ambiente militare, gli psichiatri di Arezzo proponevano in alcuni casi l'esonero dai soli servizi al fronte consigliando

³⁸⁶ Ivi, *Soldato P.M.* (16/08/1918).

³⁸⁷ *Ibid.*

³⁸⁸ Ivi, *Soldato S.A.* (05/12/1918).

³⁸⁹ *Ibid.*

³⁹⁰ *Ibid.*

Marco Romano

quindi la collocazione in reparti territoriali o in generale a servizi sedentari. Ciò venne richiesto esplicitamente in almeno 6 casi dei 71 in questione.

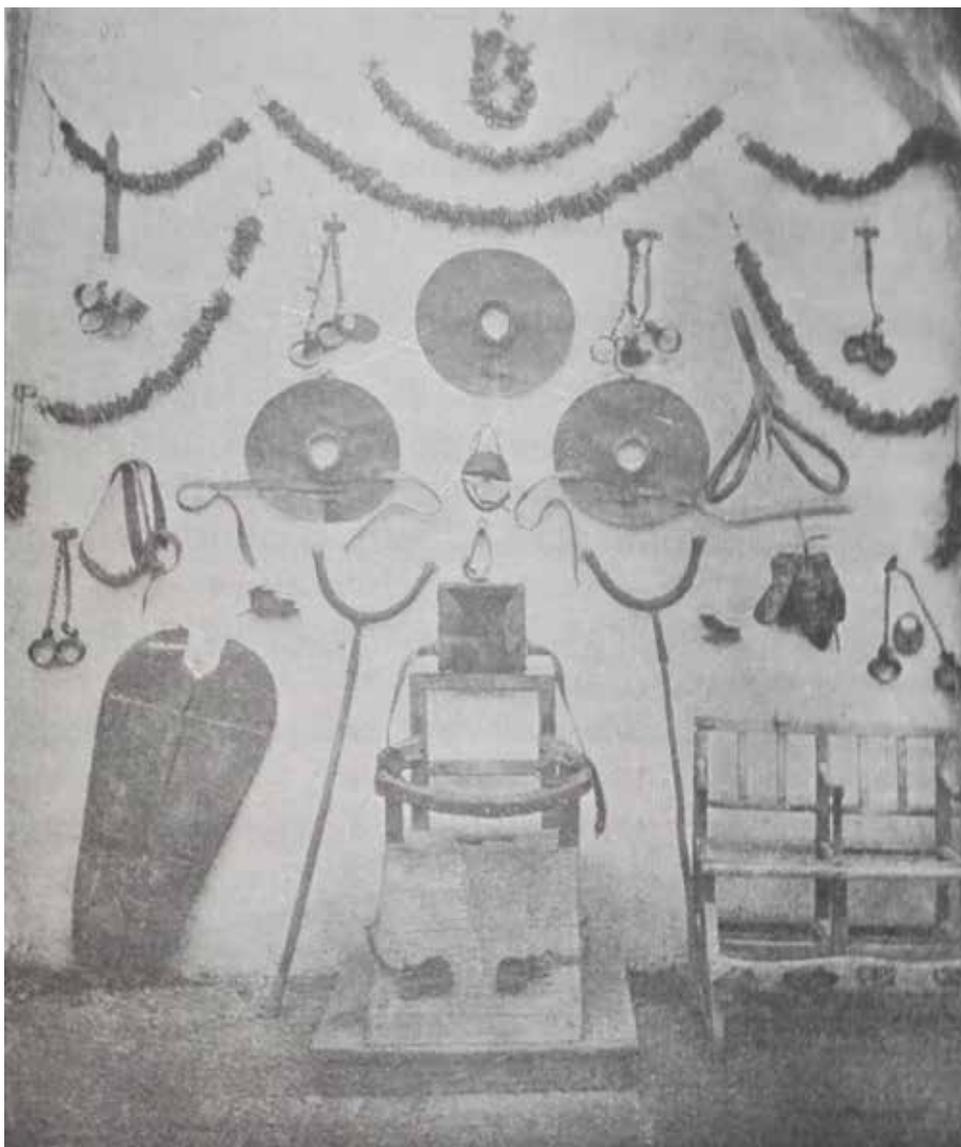


Figura 5. Museo di anticaglie del manicomio provinciale di Reggio Emilia. Qui si raccoglievano i vecchi strumenti di trattamento coercitivo non più in uso, s.d. Fonte: A. Tamburini, G. C. Ferrari e G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 119



Figure 6 e 7. Disegni compiuti da soldati durante la degenza nel manicomio provinciale di Reggio Emilia, 1917. Fonte: AORE, Archivio Sanitario, Cartelle cliniche, busta 347, nn. 448 e 403.

Capitolo 3

Simulatori, esageratori e sovraffollamento: il caso del manicomio provinciale di Napoli (Manicomio di Capodichino)

3.1 La simulazione di malattie mentali nell'Esercito: pregiudizio e prudenza delle autorità militari

La preoccupazione verso i simulatori di nevrosi e psicosi durante la Prima guerra mondiale può essere compresa pienamente a partire da un problema più ampio con cui le autorità militari dovettero confrontarsi sin dai primi anni dell'Italia unita: la renitenza alla leva. Il rifiuto del servizio militare obbligatorio di una parte consistente della popolazione aveva attraversato infatti tutta la storia ottocentesca dell'Italia unita. Dalla prima leva nazionale del 1863, i dati riguardanti soprattutto le province meridionali alimentavano i timori di una classe dirigente già impegnata nella lotta al brigantaggio³⁹¹. I frequenti dibattiti antropologici sulle differenze caratteriali dei meridionali, individualisti e refrattari alla disciplina rispetto ai più socievoli connazionali dell'Italia del nord³⁹², contribuivano poi a legare strettamente il fenomeno a quello della criminalità diffusa nel Mezzogiorno. Il deciso interventismo statale nella lotta alla renitenza diede tuttavia i suoi frutti: a distanza di un anno le percentuali calarono drasticamente anche se la mappa geografica non mutò, ponendo ai primi posti sempre Napoli e le province siciliane³⁹³. La perdurante percezione da parte delle popolazioni meridionali della leva militare come un'imposizione violenta e malvoluta è testimoniata dall'ampia diffusione tra le classi popolari di canzoni e filastrocche che esprimevano un rifiuto spontaneo, più che organizzato, ma l'analisi di tali espressioni rivelano nel corso del tempo una progressiva rassegnazione al destino del servizio militare obbligatorio³⁹⁴.

Grazie al rafforzamento del meccanismo militare italiano era sempre più difficile sfuggire alla chiamata, ma la diserzione non era l'unica via praticabile. Secondo le

³⁹¹ Sul totale degli iscritti nelle singole province, i renitenti furono a Napoli il 57%, a Catania il 45%, a Palermo il 44% e a Trapani il 41%. Secondo Piero Del Negro i dati raccolti fino agli anni Settanta dell'Ottocento sarebbero inoltre fortemente sottostimati. P. Del Negro, *Esercito, Stato, società*, Cappelli, Bologna 1979, p. 177.

³⁹² Cfr. R. Foschi, *La rappresentazione psico-antropologica dei meridionali tra Ottocento e Novecento*, «Physis. Rivista internazionale di storia della scienza», 51, 1-2, 2016.

³⁹³ Con la chiamata del 1864 in Sicilia si passò dal 28, 45% al 9,04% degli iscritti, mentre a Napoli dal 57,19% al 24, 97%. P. Del Negro, *Esercito, Stato, società*, cit., p. 183.

³⁹⁴ G. Oliva, *Soldati e ufficiali. L'esercito italiano dal Risorgimento a oggi*, Mondadori, Milano 2009, pp. 49-54.

statistiche ufficiali, in alcune città, per esempio, le percentuali di richiamati che simulavano malattie durante le visite di leva erano altissime ancora nel 1875 (spesso superavano il 50%) coinvolgendo per lo più le malattie degli occhi, dell'apparato circolatorio, l'epilessia e la claudicazione (deformazione degli arti inferiori)³⁹⁵. I pregiudizi delle autorità militari risentivano ancora della situazione emergenziale degli anni 1861-1865 ed erano suffragati da rilevazioni che indicavano un fenomeno in calo ma persistente. I giudizi espressi nel 1875 dal Tenente Medico Leopoldo Tomellini, autore di uno studio approfondito sulla simulazione di malattie durante le visite di leva, sono rappresentativi di uno sguardo diffidente delle autorità militari verso la massa dei coscritti che non scomparve del tutto e che si acui in una situazione di estrema carenza di uomini quale la guerra del 1915-1918:

son ben pochi gl'iscritti atti al servizio che si presentano lieti e giulivi, e che deposti prontamente gli abiti si pongono già in attitudine militare dichiarando di non avere alcun difetto. I più, benché rassegnati a compiere il più santo dei doveri imposto dalla legge, cercano ogni via per ottenere la riforma. [...] Dai consigli di leva passando poi ai reggimenti, agli ospedali militari, ed al campo di battaglia noi vediamo che fingersi ammalato per non fare un esercizio, o per non andare a una rivista, ad una marcia militare, ad un servizio faticoso qualunque è lo stratagemma impiegato ogni giorno dai soldati; e questo se in tempo di pace può essere cosa di poco momento, in guerra è gravemente dannoso. [...] Negli ospedali militari le piccole e lunghe licenze concesse a chi ha bisogno di aria natia e di quiete domestica per ristabilirsi in salute, ed i congedi di riforma e chi si rese assolutamente inabile, solleticano chi non è disposto alla carriera delle armi, e serve mal volentieri, ad esagerare le sofferenze, e a farsi credere affetto della tale o tal altra infermità nella speranza di poter carpire la riforma, o una licenza, o una proposta per bagni termali, onde poi avere maggiore pretesto a continuare l'inganno. [...] Il sottrarsi con sotterfugi ed inganni al servizio militare fu l'unica idea che balenò alle menti fin da quando esso fu reso generale³⁹⁶.

Nell'affrontare la questione delle simulazioni di malattie mentali Tomellini faceva delle distinzioni precise: erano quelle del sistema nervoso, soprattutto l'epilessia, a rendere maggiormente difficile il compito dei medici militari, mentre i tentativi di simulare disturbi mentali si presentavano solo in minima parte³⁹⁷. Se, tuttavia, in tempo di pace il servizio di leva poteva essere preferibile al ricovero manicomiale per chi era in procinto di abbracciare le armi, in un conflitto di massa come quello del 1915-1918 il rischio di essere feriti o uccisi aumentava a dismisura. A distanza di quarant'anni le affermazioni di Tomellini furono estese anche al campo delle malattie mentali:

un altro fatto molto importante, su cui merita di richiamare l'attenzione, è la grande frequenza di *simulatori* e di *esageratori* di disturbi nervosi e psichici che si riscontrano tra i ricoverati dei Reparti d'Armata, come, e specialmente, nei Reparti d'Osservazione territoriali, e sulla difficoltà di prendere congrui e razionali provvedimenti

³⁹⁵ L. Tomellini, *Delle malattie più frequentemente simulate o provocate dagli iscritti*, Voghera, Roma 1875.

³⁹⁶ Ivi, pp. 2-5.

³⁹⁷ Ivi, pp. 145-148.

per essi. È indubitato che questi individui appartengono, nella quasi totalità, alla categoria degli *anormali degenerati*, spesso *amorali e criminali*, che presentano sovente fenomeni isteroidi, in parte reali e in parte simulati o esagerati o mantenuti con volontaria perseverazione. Costoro sono elementi infettanti dell'ambiente in cui si trovano, producendo sugli altri un vero contagio morale per imitazione, e nuocendo sempre alla moralità dei loro compagni³⁹⁸.

Le parole qui espresse da Augusto Tamburini nella primavera del 1916 affermano una presenza notevole di simulatori che trova riscontro solo in parte nei dati raccolti dai consulenti d'Armata durante il conflitto. Le relazioni che sintetizzavano la loro attività, consegnate allo Stato Maggiore dell'Esercito nel 1919, contengono informazioni frammentate per cui non è possibile ricavare un quadro completo, ma sono ugualmente utili a confrontare la percezione del fenomeno nei diversi responsabili. Per Angelo Alberti, della III Armata, quella dei simulatori e degli esageratori costituiva una categoria «abbastanza numerosa e non consueta nella pratica professionale». La relazione riporta, su un totale di 609 soldati entrati nei vari reparti gestiti dalla sua consulenza tra il 1° dicembre 1915 e il 30 giugno 1916, 74 restituiti ai Corpi perché non riconosciuti alienati (12%)³⁹⁹, sottolineando in particolare il problema di distinguere le epilessie genuine da quelle simulate⁴⁰⁰. Per la IV Armata si conoscono unicamente i dati del 1916: su circa 1.480 inviati in osservazione furono 160 i soggetti non riconosciuti folli (10%). Vincenzo Bianchi, consulente della II Armata, non fa alcun accenno alla presenza di 'imboscati', mentre per il responsabile della zona Carnia il problema non era secondario:

Gli anomali e i simulatori criminali eran quelli che davan più da fare, e mettevano a dura prova la pazienza e la perizia del medico. Alcuni di questi presentavano più o meno cospicue anomalie antropologiche degenerative, nel qual caso era più agevole l'orientazione del clinico; ma alcuni altri non presentavano tali anomalie ed erano così astuti, intelligenti e bugiardi, che talvolta non si sapeva da qual verso prenderli per venire a capo della verità⁴⁰¹.

Su un totale di 599 militari osservati nel reparto in zona Carnia, circa un quinto era composto da simulatori, anche se in molti casi si trattava di esagerazione di sintomi reali o riproduzione di disturbi ormai guariti⁴⁰².

Il riassunto delle attività svolte da Arturo Morselli, consulente della I Armata, restituisce invece una realtà completamente diversa: nel periodo di attività che va dal gennaio 1916 al dicembre 1917, su 11.043 militari osservati nei reparti della I Armata, solo 245 furono giudicati simulatori (2,2%)⁴⁰³. Nelle note che accompagnavano gli specchietti riassuntivi della relazione consegnata allo Stato Maggiore, Arturo Morselli

³⁹⁸ A. Tamburini, *L'organizzazione del servizio neuro-psichiatrico di guerra nel nostro esercito*, cit., pp. 185-186.

³⁹⁹ AUSSME, Fondo E7 – Busta 31 – Fasc. 353, *Relazione sanitaria guerra 1915-1918. Servizio neuro-psichiatrico*, pp. 449-450.

⁴⁰⁰ Ivi, p. 465.

⁴⁰¹ Ivi, pp. 30-31.

⁴⁰² Ivi, p. 434.

⁴⁰³ Ivi, pp. 401-404.

non accennava neanche al problema, giudicato forse insignificante dati i numeri bassi. Il Direttore del reparto psichiatrico militare annesso al manicomio di Brescia, gestito sempre dalla consulenza della I Armata, nel presentare le proprie osservazioni allo Stato Maggiore affermava che «la simulazione della malattia mentale venne osservata molto raramente; e quei militari, che furono inviati al reparto come sospetti di simulazione, all'osservazione risultarono affetti da forme varie di psicosi tipica»⁴⁰⁴. Anche se si presentavano di frequente casi di esagerazione dei sintomi, per il direttore anche la maggior parte dei reati militari erano commessi da soldati durante stati di alterazione mentale per cui sarebbe dovuta decadere la piena responsabilità penale: «è ormai posto fuori dubbio che la guerra, accentuando le malattie, le deficienze del carattere, gli squilibri mentali, diede origine a manifestazioni morbose le più diverse dell'intelligenza, dei sentimenti, della condotta, delle azioni, e conseguentemente, favorì quelle cause che hanno una non piccola parte nell'etiologia dei reati»⁴⁰⁵.

Alla luce della lunga storia della renitenza nell'Italia liberale e in un clima di costante aumento degli atti di insubordinazione, diserzioni e ricoveri psichiatrici, la grave preoccupazione delle autorità per la simulazione di malattie nervose e mentali durante la Grande Guerra, al di là della loro effettiva diffusione, diventa più comprensibile. Il discorso potrebbe sembrare poco significativo per il numero limitato di casi presentatisi ufficialmente all'interno di una categoria, quella dei malati mentali, che già fu minoritaria nel vasto panorama delle ferite e delle malattie belliche. Permette nondimeno di osservare la storia della follia in guerra da una prospettiva che contrasta in parte il forte preconcezzo della sostanziale passività del soldato italiano e della malattia mentale come scappatoia inconscia. Se infatti gli psichiatri constatarono una nutrita presenza di esageratori di sintomi reali piuttosto che di simulatori veri e propri, la fuga dalla guerra attraverso la malattia fu in gran parte anche consapevole. L'ipotesi di una compresenza dell'elemento conscio e inconscio porta inoltre a una possibile riconsiderazione del numero di esageratori, molti dei quali, essendo realmente malati o almeno essendolo stati in precedenza, sfuggirono probabilmente alla caccia dei medici militari. Non esistono ancora prove certe di un'effettiva diffusione del fenomeno in Italia, ma l'analisi delle vicende di quei soldati che furono ricoverati nei manicomi delle proprie città a seguito di una diagnosi psichiatrica stabilita da medici militari potrebbe portare a una leggera riconsiderazione dell'efficacia di un intervento che non aveva ancora a disposizione gli strumenti adatti per realizzare a pieno i propri obiettivi.

Il caso dei soldati ricoverati nel manicomio provinciale di Napoli tra il 1915 e il 1919 offre proprio una prospettiva del genere. Il primo dato curioso da rilevare è la totale assenza di pubblicazioni scientifiche del direttore Cesare Colucci sull'argomento guerra. Le interferenze delle autorità militari sulla gestione dei ricoverati, inoltre, non erano paragonabili a quelle caratterizzanti gli ospedali militari e civili più vicini alle zone di combattimento. Non facendo parte della rete di strutture predisposte per

⁴⁰⁴ Ivi, pp. 415-416.

⁴⁰⁵ Ivi, p. 414.

accogliere i soldati⁴⁰⁶, non aveva né padiglioni separati né medici in uniforme sottoposti a ufficiali superiori. Il trattamento dei militari, in maggioranza campani e ammessi quando il decreto di riforma dal servizio militare era già stato attuato, non sembra poi essere stato diverso da quello degli infermi civili. L'appartenenza all'Esercito poteva incidere sulle osservazioni e le considerazioni dei medici ma, nel complesso, ciò che più richiamò l'attenzione non riguardava i soldati realmente malati. La propensione a nutrire forti sospetti sui sintomi presentati dai soldati è coerente con una certa visione della psichiatria militare relativamente diffusa negli anni bellici non solo tra i medici dell'Esercito, ma nel caso napoletano non sembra siano stati questi i motivi delle numerose dichiarazioni di «non constatata pazzia». I giudizi registrati nei diari clinici dei soldati e i provvedimenti presi nei loro confronti, dimostrano il relativo disinteresse del personale medico per le priorità belliche. Ciò diede luogo anche a contrasti di tipo professionale tra Placido Consiglio e Cesare Colucci, in carica a Capodichino dal maggio 1914 al dicembre 1923⁴⁰⁷. Le uniche testimonianze dirette delle opinioni di Colucci circa le malattie mentali dei militari si trovano in alcune cartelle cliniche, ma sono rare e poco approfondite per cui è necessario comprendere innanzitutto il suo bagaglio teorico. Il forte interesse che nutriva verso gli studi di psicologia sperimentale e i risultati cui pervenne sono importanti per capire l'approccio avuto con i pazienti da lui osservati durante la guerra.

3.2 La carriera peculiare di Cesare Colucci e il manicomio provinciale di Napoli tra sovraffollamento, criminalità e legge sugli alienati

Gli studiosi che hanno analizzato l'apporto della psicologia nello studio delle patologie mentali durante la Grande Guerra si sono concentrati principalmente sugli scritti di Giulio Cesare Ferrari⁴⁰⁸ e Agostino Gemelli⁴⁰⁹. Il primo pubblicò una serie di

⁴⁰⁶ Il reparto neuropsichiatrico per soli militari di Napoli citato dalla letteratura dell'epoca si riferisce a quello organizzato all'interno della Clinica universitaria delle malattie nervose e mentali, separata dal manicomio cittadino. *Notizie. Centri nevrolgici militari*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 42, 1917, p. 384.

⁴⁰⁷ AOLB, Carteggio Capodichino, Categoria 9 - Personale sanitario, fasc. 23 - Colucci dott. Cesare, n. 2419 (18/05/1914) e n. 7406 (18/12/1923).

⁴⁰⁸ Giulio Cesare Ferrari (Reggio Emilia, 29 ottobre 1867 – Bologna, 21 ottobre 1932) fece le sue prime esperienze lavorative sotto la guida di Augusto Tamburini nel manicomio S. Lazzaro di Reggio Emilia, dove entrò come assistente nel 1892. Si orientò da subito verso le ricerche di psicologia sperimentale: nel 1902 ereditò la direzione del laboratorio avviato da Gabriele Buccola al S. Lazzaro e lo dotò di attrezzature scientifiche aggiornate. Nel 1905 fondò la *Rivista di psicologia* che divenne subito il principale periodico italiano dedicato interamente a questa disciplina. A questa attività affiancò per tutta la vita quella di psichiatra, dirigendo prima il manicomio di Imola (dal 1907 al 1924) e poi l'ospedale psichiatrico Roncati di Bologna (dal 1921 al 1932). Tra le sue numerose attività, anche nel campo dell'assistenza ai minori, è da annoverare quella svolta per la *Lega italiana di igiene e profilassi mentale*, di cui fu cofondatore nel 1924. P. Zocchi, *Giulio Cesare Ferrari*, Archivio storico della psicologia italiana, 12/08/2016. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/78/>> (09/2018).

⁴⁰⁹ Edoardo Gemelli (Milano, 18 gennaio 1878 – Milano, 15 luglio 1959) si laureò a Pavia come allievo di Camillo Golgi, neurologo di fama internazionale, proseguendo per qualche tempo gli studi di istologia e fisiologia nel suo laboratorio. Nel 1903, dopo una conversione al cattolicesimo avvenuta durante il

articoli per la *Rivista di psicologia*, periodico che aveva fondato nel 1905, caratterizzati da una forte componente ideologica che esaltava il valore del soldato italiano deprecando gli atti di vigliaccheria come i crolli psicologici, visti spesso come segni di un senso morale distorto piuttosto che disturbi patologici⁴¹⁰. Nel corso del conflitto Ferrari fu tuttavia costretto a rendere le sue riflessioni meno univoche sia per l'esperienza diretta avuta con i soldati che per l'influenza delle prime pubblicazioni di Gemelli; fattori che portarono a relativizzare la riflessione su concetti come il coraggio o la vigliaccheria. Gemelli aveva introdotto profonde novità nella comprensione dell'universo psicologico soprattutto dei soldati semplici: il coraggio di questi ultimi era misurato infatti attraverso la capacità che avevano di diventare un oggetto passivo nelle mani dei comandi e di sopportare quindi le durissime condizioni delle guerre moderne, più che con l'esibizione dei tradizionali valori militari come l'audacia o l'iniziativa personale. Secondo questa visione era lo stereotipo del contadino tradizionale italiano, poco acculturato e insensibile all'ideale di patria, a rappresentare il soldato perfetto; i volontari e i borghesi subivano invece uno shock più intenso per il contrasto tra la loro proiezione ideale della guerra, ancorata ai valori tradizionali del coraggio e dell'onore, e la cruda realtà che incontravano nelle trincee⁴¹¹. Riflessioni, quelle dei due psicologi citati, di sicuro utilissime a penetrare la mente dei combattenti e il loro spirito di adattamento, ma che risultano limitanti, al pari dell'interpretazione psicoanalitica delle nevrosi di guerra, se applicate nello specifico alle malattie nervose e mentali dei soldati. La teoria sulla passività del soldato italiano di bassa estrazione sociale viene ridimensionata, tra l'altro, dai numerosi casi di autolesionismo e diserzione nell'Esercito italiano, che attestavano la capacità di immaginare possibili vie di fuga e il coraggio di provare ad attuarle anche se non era facile sfuggire alle maglie oppressive dell'autorità militare; una dinamica simile a quella di chi tentò di simulare disturbi psichici e nervosi. Il rapporto tra studi psicologici e Grande Guerra non è comunque riducibile all'opera dei soli Ferrari e Gemelli.

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, promotore della Società italiana di psicologia – fondata da Giulio Cesare Ferrari nel 1910⁴¹² – nonché collaboratore di riviste quali *Psiche* e *Rivista di psicologia*. Solo negli ultimi decenni si è giunti a una valutazione complessiva della sua attività che dà

servizio militare, entrò nel Convento francescano di Rezzato a Brescia dove cambiò nome in Agostino. Abbandonò progressivamente gli studi medici per approfondire le ricerche di psicologia sperimentale avviate nel 1911. Dopo l'esperienza trascorsa come direttore del Laboratorio psicofisiologico del Comando supremo dell'Esercito durante la guerra italiana del 1915-1918, fondò nel 1921 l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano dove lavorò fino al suo collocamento a riposo nel 1953. Per un profilo biografico completo si rimanda a G. Cosmacini, *Gemelli. Il Machiavelli di Dio*, Rizzoli, Milano 1985.

⁴¹⁰ G. C. Ferrari, *Il pellantronismo (osservazioni di psicologia para-militare)*, «Rivista di psicologia», 13, 2-3, 1917.

⁴¹¹ A. Scartabellati, *Intellettuuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, cit., pp. 201-209.

⁴¹² M. Manotta, *Società italiana di psicologia*, Archivio storico della psicologia italiana – Protagonisti, 2010 <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/164/>> (07/2019).

il giusto spazio al contributo di Colucci 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 indipendente. In questo Colucci si allineava sulle posizioni di chi sosteneva le ricerche sperimentali di psicofisiologia, ma ciò non portò alla contemporanea sottovalutazione di temi quali le manifestazioni psichiche prive di apparenti connessioni con l'organo cerebrale. Il processo di inserimento della psicologia nell'alveo delle discipline scientifiche presupponeva, al pari di quello che aveva investito la psichiatria qualche decennio prima, il mantenimento del paradigma organicista. E fu proprio all'interno dell'universo psichiatrico che la psicologia riuscì a penetrare nel mondo scientifico e accademico. Il più importante periodico psichiatrico italiano, *Rivista sperimentale di freniatria*, dedicando ampi spazi ai primi studi sperimentali e a riflessioni metodologiche, contribuì non poco alla sua iniziale diffusione in ambito medico.

Fu nella seconda metà del XIX secolo, grazie a personalità influenti non sempre appartenenti al mondo medico come Roberto Ardigò e Giuseppe Sergi e ai primi medici sperimentatori come Angelo Mosso e Gabriele Buccola, che in Italia venne richiamata l'attenzione sulla necessità di fondare la psicologia su basi scientifiche, allontanandola dalle speculazioni metafisiche che l'avevano contrassegnata nel corso del suo sviluppo come campo d'indagine autonomo. Emerse quindi nel corso degli anni la contrapposizione tra una psicologia di stampo sperimentale, legata soprattutto alle ricerche fisiologiche, e una di stampo filosofico, che reclamava la centralità delle questioni teoriche e l'irriducibilità della psiche a semplici manifestazioni biologiche. Una dicotomia che è sicuramente inefficace a rendere una complessità di orientamenti non riconducibili a due soli schieramenti⁴¹³, come dimostra, per esempio, lo svolgimento dei lavori durante il V Congresso internazionale di Psicologia tenutosi a Roma nel 1905⁴¹⁴. La semplificazione tra psicologi sperimentali e filosofi è tuttavia significativa perché, nata dallo stesso dibattito dell'epoca, esprimeva i due poli catalizzatori delle diverse vedute riguardo i fondamenti di un settore ancora in formazione. Contrasti che nella pratica influirono, per esempio, sulla collocazione delle prime tre cattedre di Psicologia sperimentale create in Italia nel 1905. La commissione incaricata di assegnarle era formata da due fisiologi, due psichiatri e un neurologo, i quali nominarono Federico Kiesow (Torino), Sante De Sanctis (Roma) e Cesare Colucci (Napoli)⁴¹⁵. Il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione che doveva approvare gli atti del concorso, composto invece quasi interamente da umanisti, collocò le cattedre nelle Facoltà di Filosofia delle rispettive università nonostante la forte opposizione di

⁴¹³ Cfr. G. P. Lombardo e R. Foschi, *La psicologia italiana e il Novecento. Le prospettive emergenti nella prima metà del secolo*, Franco Angeli, Milano 2010.

⁴¹⁴ P. Guarnieri, *La psicologia patologica al V Congresso internazionale*, in G. Ceccarelli (a cura di), *La psicologia italiana all'inizio del Novecento. Cento anni dal 1905*, Franco Angeli, Milano 2010, pp. 98-100.

⁴¹⁵ Dal 1903, sempre grazie all'appoggio di Leonardo Bianchi, Colucci era titolare dell'insegnamento di Psicologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia ma la commissione giudicatrice del 1905 aveva inizialmente assegnato la nuova cattedra al prof. Mariano Luigi Patrizi. Questi rinunciò attirato dalla possibilità di sostituire Cesare Lombroso nella Cattedra di Antropologia criminale a Torino permettendo così la nomina di Colucci. C. Menga, *Cesare Colucci. Gli albori della psicologia italiana*, Sipintegrazioni, Casoria (Na) 2012, pp. 54-56.

personaggi rilevanti come lo stesso Leonardo Bianchi, che dalla posizione di Ministro della Pubblica Istruzione diede, tra l'altro, la spinta decisiva alla creazione delle cattedre. Quella di Roma fu assegnata alla Facoltà di Medicina solo grazie a un veto opposto da Carlo Cantani nel 1901, ancora valido, all'ingresso di De Sanctis come libero docente nella Facoltà di Filosofia⁴¹⁶.

È nel contesto connotato dall'assenza di un'identità disciplinare salda che va quindi collocato lo sforzo di Colucci nel dotare la psicologia di solide basi metodologiche approfondendo le ricerche di psicofisiologia, convinto che solo attraverso una formazione medica gli studiosi potessero avvicinarsi ad argomenti considerati allora oltre i limiti della scienza. La formazione giovanile di Colucci si iscrive all'interno di una tradizione psichiatrica napoletana fortemente empirica che poneva in stretta connessione, senza differenze di grado, studi neurologici, psichiatrici e psicologici⁴¹⁷. Si laureò a venticinque con una tesi sulla morfologia della cellula nervosa con il prof. Giovanni Paladino, titolare della cattedra di Fisiologia generale ed istologia della Facoltà di Medicina di Napoli; qui conobbe Leonardo Bianchi, neurologo e psichiatra di fama internazionale molto attivo politicamente, che suscitò l'interesse per gli studi psichiatrici e che lo sostenne nei primi passi della sua carriera. Dopo la nomina nel 1891 come medico alunno del Manicomio provinciale di Napoli, diretto allora dallo stesso Bianchi, dal 1892 al 1903 Colucci lo assistette anche all'interno della Clinica psichiatrica universitaria, svolgendo sotto la sua supervisione una serie di esperimenti di neurofisiologia della visione nonché le prime ricerche di psicologia⁴¹⁸.

Le riflessioni di un lavoro pubblicato nel 1904 su *Rivista d'Italia*, intitolato *Limiti di una psicologia sperimentale*, sintetizzano l'approccio di Colucci. Se da un lato viene affermata in modo netto la necessità di ancorare la psicologia a ricerche anatomiche, istologiche e fisiologiche, dall'altro non viene escluso l'utilizzo di metodi che si avvicinavano alle indagini di tipo filosofico come l'introspezione («il dialogo della mente con sé stessa»), limitandoli comunque a una semplice funzione descrittiva di quegli stati mentali difficili da analizzare con metodi scientifici⁴¹⁹. 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*, testo pubblicato nel 1935 che racchiude le idee maturate in trent'anni di attività medica, praticata anche in forma privata⁴²⁰, insegnamento universitario e ricerche di laboratorio all'interno dell'Istituto di Psicologia Sperimentale della Reale Università di Napoli, creato nel 1923 grazie al

⁴¹⁶ F. Di Trocchio e L. Fiasconaro, *Cesare Colucci, docente universitario*, in G. Ceccarelli (a cura di), *La psicologia italiana all'inizio del Novecento. Cento anni dal 1905*, cit., pp. 254-255.

⁴¹⁷ G. Cimino e G. Sava, *Psichiatria e psicologia nel Mezzogiorno dell'Italia postunitaria*, in AA.VV., *La scienza nel Mezzogiorno dopo l'Unità d'Italia*, Rubbettino, Soveria Mannelli (CZ) 2008, p. 1044.

⁴¹⁸ C. Menga, *Cesare Colucci. Gli albori della psicologia italiana*, cit., p. 43.

⁴¹⁹ Ivi, pp. 40-42.

⁴²⁰ Nel 1914 Colucci fondò la Stazione Climatica per la cura delle malattie del Sistema Nervoso. Claudia Menga scrive a proposito: «da quanto riferitomi dal prof. Cesare 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». C. Menga, *Cesare Colucci. Gli albori della psicologia italiana*, cit., p. 46.

contributo dello stesso Colucci⁴²¹. La natura biologica del pensiero costituiva sempre un'acquisizione incontestabile, 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, diventava quasi indispensabile per il procedere delle conoscenze⁴²². Dedicò inoltre un ampio capitolo alla psicoanalisi dove, pur criticando la sua utilità terapeutica, le assegnava una fondamentale valenza teorica riconoscendo a Freud il merito di aver mostrato la possibilità di rendere l'inconscio, un oggetto ritenuto inaccessibile, degno di essere studiato⁴²³. La sua attività di psicologo non fu mai nettamente separata da quella di psichiatra e ciò sembra contraddire l'assenza di studi sui traumi psichici dei soldati. Il fatto è che durante il periodo bellico l'interesse di Colucci verso la psicologia era, in misura maggiore che negli anni seguenti, orientato verso la ricerca dei nessi tra fisiologia e fenomeni psichici piuttosto che alle tematiche introspettive come la psicoanalisi.

Divenuto medico ordinario 1905, avrebbe sostituito sempre più spesso nelle funzioni di direttore del manicomio provinciale di Napoli il suo maestro, occupato ormai a tempo pieno nella didattica universitaria e nell'attività politica⁴²⁴. Ottenne il grado di medico primario nel 1913 e la direzione nel 1914, vincendo un concorso pubblico a cui parteciparono illustri alienisti come Guglielmo Cantarano nonché Vincenzo Bianchi, figlio del direttore uscente⁴²⁵. A seguito della riforma Gentile, che sanciva l'incompatibilità dell'insegnamento universitario con altri uffici retribuiti, nel 1923 Colucci dovette lasciare il posto avendo optato per la cattedra di Psicologia sperimentale. Dietro questa decisione non sono da escludere dissidi con l'amministrazione provinciale e in particolare con Vincenzo Bianchi, oltre alla passione per l'insegnamento e la ricerca. Dai pochi documenti ritrovati nei fascicoli del personale sanitario non è stato possibile ricostruire la vicenda in modo chiaro, ma s'intuisce l'inizio di un acceso diverbio a partire da un articolo pubblicato sul periodico *La Voce Sanitaria* il 29 agosto 1923. Il testo riportava pesanti accuse di malgoverno all'amministrazione provinciale e al direttore mosse da personaggi anonimi interni all'istituto stesso:

esponemmo nel passato numero le gravissime risultanze dell'inchiesta al nostro Manicomio Provinciale e ci riservammo appunto di completare ora quanto non avemmo modo di fare la passata volta, onde inchiodare alla gogna del pubblico disprezzo i nostri amministratori provinciali che, in possesso di elementi di fatto tanto gravi, non avevano preso quei provvedimenti di eccezione che il caso imponeva [...]; è in gioco la vita e la salute di una intera popolazione di folli dicevamo, che l'ispettore Placella à affermato soggetta a percosse, che il prof. Capriati à asserito trovarsi con abiti estivi in pieno inverno, che il rag. Palumbo à assicurato sprovvista di indumenti. [...] Se in un manicomio sono potuti avvenire fatti gravi quanto quelli deplorati, se i folli criminali, con la connivenza del personale di servizio, àno potuto evadere, come

⁴²¹ Ivi, p. 46.

⁴²² Ivi, pp. 165-168.

⁴²³ F. Di Trocchio e L. Fiasconaro, *Cesare Colucci, docente universitario*, in G. Ceccarelli (a cura di), *La psicologia italiana all'inizio del Novecento. Cento anni dal 1905*, cit., p. 267.

⁴²⁴ G. Cimino e G. Sava, *Psichiatria e psicologia nel Mezzogiorno dell'Italia postunitaria*, in AA.VV., *La scienza nel Mezzogiorno dopo l'Unità d'Italia*, cit., p. 1045.

⁴²⁵ C. Menga, *Cesare Colucci. Gli albori della psicologia italiana*, cit., p. 43.

nell'ultimo caso del tenente [...], o si sono potute impiccare per mancanza di sorveglianti, come nel tragico caso del [...], se il direttore à avuto l'abitudine di recarsi in manicomio solo due ore al giorno (e questa abitudine conservava fino a pochissimo mesi or sono), se, per sistema, non si facevano consulti, e gl'ammalati non si visitavano nell'entrata, nonostante la legge faccia obbligo al Direttore di un Manicomio di visitare, *personalmente*, tutti gli infermi, inoltrandone rapporto al Procuratore del Re, è segno che si tratta di sistemi non emendabili per cui si manca costantemente al proprio dovere. Se il Direttore infine (ed è questa dal punto di vista morale, per noi, la cosa più grave) à due case di salute private che non osa però di intestare a se e di cui, sia per pudore, sia per la precisa disposizione del regolamento per gl'impiegati della provincia, che sono obbligati a non esercitare altre professioni, dice di essere soltanto consulente, se tutto questo è vero, non è possibile che i responsabili di simile stato di cose possano trasformarsi o correggersi, è assolutamente indispensabile che uomini nuovi li sostituiscano [...].

Non sappiamo perché l'inchiesta non à creduto occuparsi dell'opera nefasta di Colucci come *magna pars* delle commissioni giudicatrici dei varii concorsi espletati al Manicomio, che ànno lasciato il ricordo inglorioso dei soprusi più iniqui e delle più spudorate e malvage sopraffazioni, quando si è trattato di favorire ad ogni costo creature care al ben fatto cuore del sig. Direttore⁴²⁶.

Giudizi durissimi che riflettono, al di là della verità sulle accuse mosse, contrasti interni al personale sanitario. Nove giorni prima che l'articolo fosse pubblicato, Colucci aveva già richiesto all'amministrazione provinciale l'avvio di un'inchiesta per appurare gli autori del pezzo che aveva preceduto quello citato, ma gli fu respinta⁴²⁷. Si vide così costretto a procedere per vie legali «con querela al dott. Capece e agl'ispiratori della sua campagna giornalistica, tra cui il prof. V. Bianchi»⁴²⁸. Non ci sono prove incontrovertibili che queste vicende abbiano persuaso Colucci a lasciare la direzione in favore dell'insegnamento, ma dovettero di certo pesare dopo una lunga carriera cominciata negli anni Novanta del secolo precedente. Il clima era ormai avvelenato: in una lettera al Presidente del Consiglio provinciale affermò di aver ricevuto una minaccia dal Presidente della Deputazione provinciale, percependo «un crescendo di ostilità»⁴²⁹ che intralciava il corretto funzionamento dell'istituto. Dal canto suo si difendeva come poteva. Scrisse anche al Prefetto di Napoli criticando la decisione della Deputazione provinciale di collocarlo a riposo il 18 dicembre piuttosto che il 31 dicembre, come da lui richiesto per motivi burocratici, sottolineando i risultati ottenuti in nove anni di direzione:

non so quale utilità vi sia di far rimanere innanzi tempo l'Istituto senza Direttore e quale necessità spirituale di liberarsene pochi giorni prima, ma è evidente che si tratta di una rinnovata impazienza di affermarsi dinanzi all'Istituto e dinanzi al Paese l'imperio di uno sgarbo.

⁴²⁶ AOLB, Carteggio Capodichino, Categoria 9 - Personale sanitario, fasc. 36 - Bianchi dott. Vincenzo, *La Voce Sanitaria*, (29/08/1923).

⁴²⁷ Ivi, n. 15049 (30/08/1923).

⁴²⁸ Ivi, *Circa le pubblicazioni del giornale "La Voce Sanitaria"* (ottobre 1923).

⁴²⁹ AOLB, Carteggio Capodichino, Categoria 9 - Personale sanitario, fasc. 23 - Colucci dott. Cesare, n. 6672 (30/10/1923).

Io sento di avere il diritto di rimanere nel mio ufficio, pel disbrigo di pratiche in corso, fino al 31 dicembre, ed essendo la Direzione sanitaria anche funzione di Stato, domando la garanzia della S.V.Ill.ma perché mi sia vietata qualunque inutile violenza. Rispetto a tale atteggiamento ho il conforto di lasciare l'Istituto in ottime condizioni igieniche, con una esemplare nettezza di locali e di ammalati, con una cifra di mortalità fra le più basse, con un numero massimo di repressi (e quasi senza camicia di forza) di 30 a 35 su 1.500 infermi, con un ordinato svolgimento di tutti i servizi [...]⁴³⁰.

Non è possibile qui approfondire la storia dell'ultimo anno di Colucci come direttore o la trasparenza del suo operato negli anni precedenti, ma non c'è dubbio che le condizioni in cui lavorava il personale sanitario non favorivano iniziative votate al miglioramento dei servizi, obiettivo comunque perseguito da Colucci. Sotto la sua direzione vennero infatti ridotte le misure di contenzione e incrementate le terapie del lavoro, ma soprattutto si cercò di contrastare il perenne sovraffollamento, fonte di molti insuccessi terapeutici, tramite un aumento delle dimissioni grazie anche alla pratica della custodia familiare⁴³¹. Durante gli anni del conflitto fu applicato il medesimo orientamento nei confronti dei militari napoletani inviati a Capodichino, la maggior parte dei quali arrivati per il ricovero definitivo e non, come nei casi analizzati in precedenza, per osservazione. Napoli era distante dalla zona di guerra e il manicomio cittadino era votato principalmente alla sola accoglienza dei soldati residenti in provincia già dichiarati malati altrove. Il numero di ammessi non fu quindi altissimo, ma andava a peggiorare una situazione che era sempre stata difficile da gestire.

3.3 I soldati napoletani della Grande Guerra nello scontro tra psichiatria militare e pratica manicomiale

Il manicomio di Napoli aveva dovuto affrontare sin dalla sua nascita il problema del numero eccessivo di degenti rispetto alla capacità di accoglienza e ciò avrebbe caratterizzato tutta la storia successiva dell'istituto⁴³². Prima del 1871 i malati mentali napoletani venivano inviati nel Manicomio di Aversa ma in seguito a una controversia tra la Deputazione provinciale di Napoli, cui spettava il pagamento delle loro rette, e il direttore aversano Gaspare Virgilio, che richiese l'ennesimo aumento, la prima decise di provvedere autonomamente alla loro assistenza. In pochi anni vennero organizzate cinque sedi distanziate ma riunite nell'ente Manicomio provinciale di Napoli, le quali divennero presto inadeguate a causa dell'incremento continuo di ammissioni. Nei primi anni Ottanta venne così preparato il progetto di un'unica grande struttura che accogliesse tutti i folli della provincia, da costruire ex novo e non riadattando vecchi edifici in modo da disporre di un'architettura pienamente consona alla prevista capacità di accoglienza e ai dettami più aggiornati della scienza alienistica. Un

⁴³⁰ Ivi, n. 7406 (18/12/1923).

⁴³¹ G. Cimino e G. Sava, *Psichiatria e psicologia nel Mezzogiorno dell'Italia postunitaria*, in AA.VV., *La scienza nel Mezzogiorno dopo l'Unità d'Italia*, cit., p. 1047.

⁴³² Per una ricostruzione generale della storia dell'istituto si veda C. Carrino e R. Di Costanzo, *Archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Napoli Leonardo Bianchi. Inventario*, Ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi, Napoli, 2003, pp. 19-36

progetto voluto con insistenza 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 nuovo ospedale psichiatrico sarebbe entrato in funzione solo nel 1909, quando si era ormai arrivati alla ragguardevole cifra di 1.128 ricoverati⁴³³.

La nuova sede migliorò le condizioni degli ospiti ma non arrestò il continuo flusso in entrata. Dal 1900 al 1924 le ammissioni annue superarono sempre ampiamente le dimissioni, con una tendenza che sarebbe proseguita tra alti e bassi fino agli anni Settanta del Novecento⁴³⁴. La Prima guerra mondiale diede un'ulteriore spinta all'andamento dei ricoveri. Dal 1910 al 1915 la media annua dei maschi entrati in osservazione fu di circa 450 salendo a 550 negli anni 1916-1919, a differenza della media femminile che si mantenne più o meno stabile⁴³⁵. Lo scarto degli anni 1916-1919 è da imputare sicuramente all'arrivo dei soldati: non esistono dati statistici riferiti agli anni di guerra, ma dallo spoglio dei documenti nelle singole cartelle è stato possibile calcolare che tra l'agosto 1915 e il dicembre 1919⁴³⁶, su un totale di circa 1400 nuovi arrivi, non meno di 518 erano militari o ex-militari, tra i quali 430 residenti nella provincia di Napoli e 88 residenti in altre province⁴³⁷. Molti di loro avevano già ottenuto la riforma e trascorsero quindi la degenza in qualità di civili, caratteristica decisiva per determinare il tipo di trattamento: la responsabilità della cura, con i relativi costi di mantenimento, passava dalle autorità militari alle amministrazioni provinciali del territorio di appartenenza degli interessati; i provvedimenti non rispecchiavano più la normativa militare, ma erano presi dalle direzioni in base alla legge n. 36 del 14 febbraio 1904 e al regolamento di attuazione approvato con R.D. 16 agosto 1909, n. 615. Per evitare di fraintendere il comportamento di Colucci e dei suoi collaboratori nei confronti dei soldati napoletani è utile avere ben presente i limiti che la legge stabiliva ai ricoveri.

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, presenti nel primo articolo della legge⁴³⁸, non erano necessariamente qualità proprie delle malattie mentali, ma piuttosto un criterio restrittivo utile a limitare il continuo aumento della popolazione negli ospedali psichiatrici italiani⁴³⁹. L'errata estensione del

⁴³³ C. Carrino e R. Di Costanzo, *Archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Napoli Leonardo Bianchi. Inventario*, cit., pp. 19-20. <http://www.cartedalegare.san.beniculturali.it/fileadmin/redazione/inventari/Napoli_OP_LeonardoBianchi.pdf> (09/2017).

⁴³⁴ Durante gli anni Settanta si raggiunse il picco massimo delle presenze con quasi 3000 infermi. Ivi, p. 192.

⁴³⁵ AOLB, Carteggio Capodichino, Categoria 20 - Affari generali, b. 34 "Movimento infermi (dati statistici 1925-1949)", *Provincia di Napoli. Statistica del movimento degli alienati entrati nel Manicomio provinciale di Napoli dall'anno 1900 al 1924*.

⁴³⁶ È stato preso in considerazione anche l'anno 1919 perché continuarono ad entrare in osservazione soldati che nel 1918 erano stati in reparti psichiatrici militari.

⁴³⁷ Non essendo state rinvenute statistiche stilate al termine della guerra dall'amministrazione manicomiale o dai medici, non è possibile affermare con certezza che il numero costituisce il totale dei militari ed ex-militari entrati in osservazione a Capodichino tra il 1915 e il 1919.

⁴³⁸ Si veda p. 55, nota 126 di questo lavoro.

⁴³⁹ P. Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, cit., p. 483.

concetto di pericolosità sociale a tutti i malati psichiatrici ha gravato pesantemente sulla formazione dei pregiudizi negativi verso la psichiatria italiana. Da questo punto di vista la lotta politica per la chiusura dei manicomi avviatasi in Italia negli anni Sessanta del Novecento, che vide la partecipazione attiva della società civile e che si concluse con l'emanazione della legge n. 180 del 13 maggio 1978, influi in modo decisivo:

quando una normativa dura troppo a lungo, e si continua ad applicarla in tempi molto diversi, spesso accade che venga 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 diversi⁴⁴⁰.

A sostegno dell'interpretazione che vede la legge 36/1904 come un tentativo, fallito se si considera la costante degli scandali manicomiali in Italia, 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 dalle Direzioni solo se le persone affette da disturbi mentali non potevano essere custodite e curate in altri luoghi. Il regolamento emanato nel 1909 per l'applicazione della legge specificava meglio le tipologie di cliniche alternative al ricovero manicomiale, 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 omofamiliare e eterofamiliare. Conteneva però una falla che avrebbe facilitato proprio l'errata applicazione della legge: gli articoli 6 e 62 ammettevano che i luoghi di cura in proposito erano ancora insufficienti sul territorio nazionale, costringendo le direzioni ad accogliere in reparti separati pazienti né pericolosi né di pubblico scandalo. Le norme emanate nel 1909 frenarono così la portata del criterio selettivo presente nella legge stessa al fine di limitare gli accessi⁴⁴¹. L'ingresso di elementi che potevano essere curati o custoditi in altre strutture gravava in modo significativo sulla densità abitativa e di conseguenza sulla capacità di assicurare condizioni dignitose ai ricoverati. La faccenda era ben nota già nei decenni precedenti l'emanazione della legge. Nella relazione finale di un'ispezione nei manicomi italiani ordinata dal Ministero dell'Interno nel 1891, Augusto Tamburini e Cesare Lombroso affermarono che

nella maggior parte dei Manicomi l'aumento dei ricoverati, più che da pazzi, nel vero senso della parola, cioè affetti da forme di psicopatie ben nette e caratterizzate, è dato dalle seguenti categorie: idioti [...]; alcoolisti [...]; epilettici [...]; peggiori [...];

⁴⁴⁰ Ivi, pp. 482-483.

⁴⁴¹ Ivi, p. 485.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

dementi apoplettici, paralitici, senili [...]; dementi cronici, insanabili, tranquilli ed innocui [...]; degenerati morali⁴⁴².

I *degenerati morali*, in particolare, erano ritenuti un grave fattore di squilibrio per il continuo disordine provocato dalla loro indisciplina e per i continui tentativi di corruzione del personale e degli altri infermi⁴⁴³. Una situazione comune a molti istituti psichiatrici e non molto diversa da quella descritta quasi trent'anni dopo anche a Capodichino quando si aggiunse il problema dell'arrivo dei militari, tra i quali non pochi individui dalle tendenze criminali. Una traccia significativa si trova nella cartella clinica di un soldato che dopo essere stato prosciolto per infermità di mente dai reati di diserzione e insubordinazione, fu degente dal 6 dicembre 1918 al 22 luglio del 1919, giorno in cui riuscì a evadere eludendo la sorveglianza⁴⁴⁴. Il fuggitivo fu subito rintracciato dalla Regia Questura ma non venne riportato in manicomio dato che i medici, dopo sette mesi d'osservazione, non avevano constatato segni di patologie mentali⁴⁴⁵. Fu così redatta una lettera da indirizzare al Prefetto di Napoli, datata 30 luglio 1919, in cui appare chiaro che l'arrivo di militari che avevano commesso reati sotto le armi costituiva un grave turbamento dell'ordine interno che sovraccaricava un problema, quello della presenza di criminali prosciolti, caratterizzante la vita dell'istituto già prima del conflitto:

in continuazione di recente pratica, debbo informare la S.V. Illma che in data 23 volgente [la data esatta in realtà è 22] sono evasi da questo Manicomio detti due criminali prosciolti C[...] e G[...].

In occasione di quest'altra evasione io non posso non richiamare nuovamente l'attenzione della S.V. Illma su di uno stato di cose che potrebbe dare conseguenze anche più pericolose di quelle fin qui avute.

E per quanto anche in altri miei rapporti abbia esposto alla S.V. Illma ed all'Ilmo Procuratore del Re le ragioni per le quali era urgente evitare l'ammissione di nuovi prosciolti, p[?] qui preciso le condizioni esistenti, le quali spero inducano l'On. Ministero nei sensi della mia richiesta.

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,

⁴⁴² C. Lombroso, A. Tamburini e R. Ascenzi, *Relazione sulla ispezione dei Manicomi del Regno*, «Rivista sperimentale di freniatria», 1891, cit. in R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, p. 200.

⁴⁴³ *Ibid.*

⁴⁴⁴ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22 - Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 6564, n. 4232 (23/07/1919).

⁴⁴⁵ Ivi, *Storia clinica*.

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.

Che cosa sia nella quotidiana vita dell'Istituto, questa criminalità integrata nella vita di un ospedale, quale offesa morale, quale continuo pericolo sia avere i peggiori campioni della mala vita napoletana, i più scaltri ed audaci, tra i poveri malati che hanno bisogno di cure e di pace, io ho già detto. Si consideri la intromissione di questo contagio, e questo pericolo, in un istituto costruito per mille ricoverati e che ne contiene da 1300 a 2300, oltre 500 impiegati.

Il trattamento che si usa a questi criminali, ha fin qui scongiurati gravi pericoli, l'averli spesso adibiti al lavoro, ha indugiata la loro aspettazione, ma essi non possono tradire a lungo la loro natura, e coi legami che facilmente stabiliscono con la mala vita di fuori, si propongono la fuga.

Come ho già altre volte detto, nelle condizioni attuali dell'Istituto tali evasioni non possono essere scongiurate.

Manca, come ho anche detto, una sezione a parte di prosciolti, così come è voluta dalla legge, né è stato facile fin qui costruirla. I suddetti criminali sono perciò trattati in una comune sezione (la 6° Sez.), che per quanto sia sezione di maggior sorveglianza, a cui sono assegnati custodi in maggior numero, i più provetti e forti, tuttavia si tratta di una sezione di malati e non di un cellulare, l'organizzazione che può e deve prevalere è quella ospedaliera e non quella carceraria⁴⁴⁶.

La copia presente nella cartella clinica è priva di firma ma, dati i contenuti, è possibile supporre che l'autore sia Cesare Colucci. Una lettera densa di significato utile a interpretare una documentazione altrimenti comprensibile solo in parte. Il tema dei caratteri dalle tendenze criminali era strettamente connesso a quello dei *degenerati morali*; la letteratura psichiatrica a cavallo tra Ottocento e Novecento mostra chiaramente l'importanza che assumeva il discorso sulla follia morale dal punto di vista sociale e giuridico nella lotta al problema dei prosciolti per infermità mentale⁴⁴⁷. A Capodichino durante la Grande Guerra la presenza di *degenerati morali* era vistosa e dovuta, secondo le note cliniche redatte dai sanitari, alla presenza di imboscati oltre che di individui processati per reati militari.

Per l'analisi delle cartelle cliniche appartenenti ai militari sono stati esclusi gli 88 residenti in altre province, in maggioranza giunti a Napoli via mare da territori esteri dove erano presenti truppe italiane. Capodichino era per loro una tappa provvisoria e di conseguenza la documentazione a loro collegata è povera di informazioni rispetto a quella relativa ai napoletani. Di questi ultimi sono state trovate, come accennato, 430 cartelle cliniche: 264 appartengono a soldati riconosciuti realmente malati, 156 riportano la dicitura *non folle o non constata pazzia* mentre 10 quella di *simulatore*. Se nelle vicinanze del fronte sin dall'inizio fu evidente l'alta affluenza di soldati nei

⁴⁴⁶ Ivi, n. 4408 (30/07/1919).

⁴⁴⁷ Cfr. V. D'Alessio, *Crime and madness at the opposite shores of the Adriatic: moral insanity in Italian and Croatian psychiatric discourses*, «Acta medico-historica adriatica», 15, 2, 2017, pp. 219-252.

reparti psichiatrici, a Napoli fu solo dalla primavera del 1916 che cominciò ad aumentare significativamente la loro presenza⁴⁴⁸. Dei 264 soldati a cui fu diagnosticata una patologia psichiatrica, 137 furono dimessi migliorati, espressione che indicava la non completa guarigione ma la possibilità di essere affidati a cure esterne al manicomio, comprese le proprie famiglie; i soldati considerati completamente ristabiliti, dimessi guariti, furono circa 40 ma la metà di questi fece poi ritorno in manicomio.

In generale, le osservazioni riportate sui diari clinici dei militari riconosciuti malati rivelano che a Napoli gli psichiatri non si allontanavano di molto dalle teorie dominanti sulla predisposizione e sull'ereditarietà delle malattie mentali. L'anamnesi personale e familiare risultava fondamentale nello stabilire le cause e il tipo di patologia e furono segnalate dai medici con precisione su tutti i diari clinici, eccetto quando non era possibile reperire alcuna notizia. Sono pochissimi i casi in cui si afferma la consequenzialità tra guerra e disturbi psichici; anche quando era evidente, vennero dedicati solo brevi accenni. Un documento presente all'interno del fascicolo di un soldato ventiduenne appartenente al 52° Reggimento Artiglieria, trasferito a Capodichino il 17 ottobre 1917⁴⁴⁹, può aiutare a capire la posizione degli psichiatri a Napoli riguardo l'argomento della guerra come causa diretta di malattie mentali. Le autorità militari non misero mai in dubbio le cause di servizio, anche perché le sue ferite non erano puramente psichiche. Era stato travolto dallo scoppio di una granata nemica nei pressi del monte S. Marco, riportando gravi ferite al torace e agli arti con forti spasmi vescicali, per cui fu trasferito all'Ospedale Regina Elena di Napoli in vista della lunga convalescenza⁴⁵⁰. Qui si aggravò la sindrome malinconica da trauma psichico che aveva accompagnato le ferite fisiche, si rese quindi necessario il trasferimento a Capodichino⁴⁵¹ dove la direzione, due anni dopo, chiese alle autorità un chiarimento della sua posizione militare per autorizzare la dimissione e l'affidamento alla famiglia perché migliorato⁴⁵². Ricevette invece il verbale che attestava la causa di servizio per le ferite riportate in guerra. Colucci replicò ricordando le uniche informazioni che lo potevano interessare al fine di procedere con la dimissione su richiesta della famiglia e cioè se il paziente fosse ancora soggetto ad obblighi militari⁴⁵³. Alle richieste di chiarimenti sulle cause scatenanti le patologie inviate dagli uffici dell'Esercito, dal Ministero della guerra o dal Ministero dell'assistenza militare e pensioni di guerra, la direzione di Capodichino rispondeva sempre riportando le sole osservazioni compiute sul posto. Raramente venivano espressi pareri sulle relazioni tra vita militare, guerra e malattia mentale, anche perché gli ospedali militari possedevano sicuramente più informazioni a riguardo.

Se le note cliniche di coloro che furono realmente riconosciuti malati a Napoli contraddicevano raramente quelle redatte negli ospedali militari o in altri istituti psichiatrici, una netta differenza di orientamenti risulta invece evidente analizzando le

⁴⁴⁸ Nel triennio 1917-1919 entrarono non meno di 380 tra militari in uniforme ed ex-militari da poco riformati, con un picco di 174 nel 1918.

⁴⁴⁹ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22 - Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 5948, *frontespizio*.

⁴⁵⁰ Ivi, *Ospedale da campo da 100 letti n. 028. Cartella clinica 252 (221)*, p. 1.

⁴⁵¹ Ivi, *Croce Rossa Italiana. Ospedale territoriale n. 8 Regina Elena (27/07/1917)*.

⁴⁵² Ivi, *N. 1701 (07/04/1919)*.

⁴⁵³ Ivi, *Amministrazione della Provincia di Napoli. Manicomio provinciale. N. 3468*.

cartelle dei soldati dimessi come *non folli* o per *non constatata pazzia*. Queste espressioni indicavano di solito quei casi in cui il paziente era affetto da disturbi non considerati propri delle malattie mentali⁴⁵⁴ o quando non esistevano disturbi evidenti. I singoli diari clinici, che ci permettono di ricostruire il formarsi dei giudizi medici giorno dopo giorno, dimostrano che durante la guerra i sospetti riguardo certi atteggiamenti erano nutriti non solo nei confronti di quelli dimessi ufficialmente come simulatori. Dal principio della guerra, fino a tutto il 1916, i soldati usciti perché non idonei al ricovero furono meno della metà rispetto al totale (6 simulatori e 11 non folli su 53 ammessi), ma cominciarono a emergere gli stereotipi legati a chi voleva evitare il dovere. Manifestare sintomi durante una licenza in famiglia poteva, per esempio, corroborare i sospetti di simulazione, in particolar modo se il ricovero avveniva a pochi giorni dal rientro in servizio. M.U., arruolato nel 31° Reggimento Fanteria, fu accompagnato dal padre la sera del 28 novembre 1915:

29-dicembre-1915 - Il ricoverato presenta fenomeni subbiettivi di natura nevrastenica sulla cui veridicità ben si possono formulare sospetti (è un militare in licenza che deve tornare al fronte). In ogni modo anche se veri non sono tali da giustificare la permanenza in questo istituto onde si propone al Signor Direttore di non confermare il ricovero dimettendo per non constatata follia nel prolungato periodo d'osservazione⁴⁵⁵.

Nei casi in cui i dimessi come *non folli* appartenevano ancora all'Esercito, la direzione avvertiva sempre le autorità competenti, anche quando il ricoverato usciva libero o consegnato alla famiglia. Le informazioni riguardanti gli ex-militari venivano inviate dalla direzione solo se richieste, dato che non vi erano obblighi di leva una volta ottenuta la riforma, anche quando si nutrivano il dubbio di una simulazione compiuta in periodi precedenti. Nonostante i costanti controlli, i simulatori potevano quindi raggiungere in parte il proprio scopo se non scoperti subito. Il tempo trascorso durante i trasferimenti nei vari ospedali 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. Un bracciante ventiquattrenne ammesso il primo ottobre 1916 e dimesso il 15 novembre come «non folle», quando ancora pendeva su di lui un giudizio del Tribunale Militare di Ancona, a Napoli non tentò neanche di fingere:

2 ottobre 1916. È calmo, tranquillo, risponde con sufficiente prontezza alle domande. Mostra di avere compreso di trovarsi in Manicomio. Dice di essere stato sotto le armi 27 mesi, ma di non avere quasi mai prestato servizio: è stato quasi sempre ammalato. Non ha fatto che girovagare da un ospedale ad un altro⁴⁵⁶.

⁴⁵⁴ È il caso, per esempio, dei *degenerati morali* o dei malati del sistema nervoso senza compromissione delle facoltà mentali. A volte è presente anche la dicitura «non dell'opera» come motivo di dimissione per indicare la necessità di ricovero in strutture diverse dal manicomio.

⁴⁵⁵ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22 - Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 5413, *Storia clinica. Modificazioni e fasi* (29/12/1915).

⁴⁵⁶ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22 - Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 5620, *Storia clinica. Modificazioni e fasi* (02/10/1916).

Dopo qualche giorno di permanenza l'ostinazione nel richiedere le dimissioni, unita a un comportamento insofferente, avevano mostrato la sua vera natura: «si rivela quale è: lo dice con chiarezza e sincerità: "io non ho mai lavorato: la disciplina militare non è per me"»⁴⁵⁷.

Il vagabondare continuo di alcuni soldati dalla difficile guarigione è attestato in svariati diari clinici: G.L., ricoverato a Capodichino dall'8 settembre 1916 al 16 febbraio 1917, aveva fatto tappa all'Ospedale n° 234 di S. Giorgio di Nogaro e nel reparto psichiatrico militare nel Frenocomio di S. Lazzaro a Reggio Emilia. La relazione stilata a Reggio Emilia che accompagnava l'infermo, ormai riformato dall'Esercito, indica che «da tempo passava da ospedale a ospedale per disturbi frenastenici»⁴⁵⁸. In molti casi a Napoli tali disturbi venivano correlati a soggetti refrattari alle regole, al limite della normalità ma non malati. Il diario clinico del caso appena citato costituisce un esempio abbastanza tipico di ciò che si pensava dei pregiudicati:

16-2-917. Ha precedenti criminali ed è un alcolista. Da una rapida scorsa alla relazione sanitaria trasmessaci si constata che è andato soggetto alle ormai abituali crisi di furore, che siamo soliti riscontrare in tutti gli anormali, a tendenze criminali, eccitabili ed impulsivi. Di tutti questi episodi il soggetto afferma di non serbare ricordo alcuno. E fondandosi sul carattere dell'amnesia, al Manicomio di S. Lazzaro, è stata fatta diagnosi di "psicosi epilettica". La nostra modesta esperienza ci induce a essere ormai più guardinghi al riguardo. Se si volesse prestare fede alla pretesa amnesia, si dovrebbe dedurre che non vi è criminale che non sia un epilettico: giacché tutti i soggetti simili, da noi osservati in questo periodo, hanno avuto di tali episodi con pretesa amnesia consecutiva [...]. 3-3-917. È degente in questo ospizio da ormai quindici giorni, durante i quali è stato sempre tranquillo, docile, disciplinato, di umore abitualmente sereno [...]. La nostra indagine, confortata dalle notizie fornite dalla stessa famiglia, ci induce a ritenerlo unicamente un degenerato criminaloide, dedito per giunta anche all'alcolismo, facile ad abbandonarsi volontariamente e coscientemente ad atti di violenza per la sua costituzione morbosa essenzialmente criminaloide (è stato già condannato due volte per reati di violenza) e non per reale costituzione epilettica. In tale convincimento diagnostico, ne proponiamo il licenziamento da questo ospizio "per non constatata pazzia".⁴⁵⁹

La rilevanza dei precedenti penali sembra persino più forte di quella legata alle tare ereditarie e ciò può essere interpretato, più che come pregiudizio definibile superficialmente lombrosiano, come conseguenza di una situazione di fatto che la lettera inviata al Prefetto di Napoli, citata in precedenza, spiega in modo esaustivo: individui che per legge non dovevano trovarsi in un istituto psichiatrico potevano entrarci grazie alle ambiguità della stessa legge, intralciando per di più il lavoro terapeutico svolto sui pazienti regolari.

Durante il 1917 poco meno della metà dei militari arrivati a Capodichino fu dimessa per l'assenza di sintomi che giustificassero il ricovero (4 *simulatori* e 49 *non folli* su 108 ammessi). Le osservazioni di atteggiamenti patologici non genuini, grazie anche

⁴⁵⁷ Ivi, *Modificazioni e fasi* (10/10/1916).

⁴⁵⁸ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22 - Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 5733, *Frenocomio di S. Lazzaro* (15 febbraio 1917).

⁴⁵⁹ Ivi, *Storia clinica. Modificazioni e fasi* (16/02/1917-03/03/1917).

al progressivo aumento delle ammissioni, furono supportate da una casistica più ampia mentre le osservazioni degli psichiatri napoletani contraddicevano sempre più frequentemente le diagnosi stilate dai medici militari. I casi definiti «semplici di spirito», dalla «scarsa evoluzione psichica», o «degenerati criminaloidi» furono abbastanza numerosi; inviati a Napoli con diagnosi di patologie anche gravi, venivano sovente dimessi come non folli, applicando in questo modo alla lettera i principi della legge del 1904. Nelle descrizioni dei diari clinici il confine che divideva gli atteggiamenti, per esempio, di un individuo dalla «scarsa evoluzione psichica» rispetto a quelli di un vero pazzo sembra molto sfumato. Non era facile capire se i comportamenti segnalati come anormali a Napoli, anche se non giustificavano la permanenza in un reparto psichiatrico, erano tali da rendere invece necessario l'allontanamento dall'Esercito: molte 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 evidenziandone il carattere irruento:

il soggetto sarebbe sempre stato di temperamento nervoso irritabile e impulsivo. Non ha mai esercitato continuamente 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. [...] È in servizio militare da circa 2 anni. Dopo pochi mesi riportò una distorsione ad un piede e ottenne in due periodi circa 6 mesi di licenza. Ritornato al Deposito a Napoli, senza sapere né come né perché, sparò vari colpi di revolver contro la folla, buttandosi poi in mare. Raccolto e portato in ospedale commise un atto di violenza contro un sacerdote, e fu allora trasferito al Manicomio di Aversa, dal quale fu dimesso dopo circa due mesi di degenza per non verificata pazzia. Rinviato al Deposito commise ancora trasgressioni alla disciplina e atti violenti. Dai documenti coi quali è stato qui inviato risulta che dall'Ospedale principale di Napoli, veniva trasferito a mezzo dei Carabinieri in zona di guerra per rispondere a non si sa quale imputazione. Nelle carceri giudiziarie di Bologna, ove restò qualche giorno, diede segni di squilibrio psichico [...]. Perciò il 3 Ottobre u.s. fu ricoverato in un ospedale di Bologna.⁴⁶⁰

Dopo lunghe peregrinazioni in ospedali e carceri militari, l'11 ottobre I.A. fu ricoverato a Imola dove

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.

⁴⁶⁰ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22 - Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 5658, *Ospedale militare di riserva di Imola. Reparto psichiatrico. Note cliniche* (15/11/1916).

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Una volta, senza motivo alcuno, ebbe una lunga crisi di riso di 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 1916.⁴⁶¹

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 annotò: «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»⁴⁶². Le note cliniche stilate per I.A. sintetizzano bene un giudizio di frequente a Napoli:

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 accessoriale, 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.⁴⁶³

Il 5 gennaio 1917 il sospetto venne consegnato alla famiglia poiché la Questura aveva assicurato che su di lui non pendevano procedimenti penali⁴⁶⁴; una decina di giorni dopo il comandante del 31° Reggimento Fanteria comunicò alla direzione l'esatto contrario⁴⁶⁵, ma il paziente era ormai stato dimesso.

Dove le note cliniche parlavano in modo chiaro di simulazione, perché veniva usata la locuzione neutra *non folle* per le dimissioni? Le conseguenze potevano essere anche gravi: uomini in meno da impiegare in combattimento. 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

⁴⁶¹ *Ibid.*

⁴⁶² Ivi, *Storia clinica. Modificazioni e fasi* (17/11/1916).

⁴⁶³ Ivi, *Storia clinica. Modificazioni e fasi* (09/12/1916).

⁴⁶⁴ Ivi, n. 366 (18 gennaio 1917).

⁴⁶⁵ Ivi, *Fonogramma 31° Reggimento Fanteria* (16 gennaio 1917).

una degenza in manicomio poteva precludere l'assunzione in determinati settori lavorativi, come nelle forze dell'ordine, anche a eventuali discendenti. L'unica spiegazione, forse poco convincente perché troppo sintetica, la diede lo stesso Cesare Colucci nel luglio 1917 a proposito della dimissione di un soldato soggetto a fasi depressive:

il B. ha un marcato fondo di degenerazione psichica nel quale si avvicendano e si innestano note di criminalità e di neuropatia, e le sue manifestazioni sono in parte la conseguenza della sua costituzione anomala, in parte sono intenzionali. Con tali criteri sono da considerare le fasi di depressione, di malinconia che egli ha presentato nel passato ed ha mostrato in questo istituto. Non può essere, ai termini della psichiatria, ed ai fini ed alle consuetudini della istituzione manicomiale, riconosciuto folle, ma occorre riconoscere questo fondo anomalo e neuropatico della sua costituzione psichica. Si dimette perciò per non constatata pazzia, ed avendo il B. obblighi di leva, si comunichi alle autorità militari il risultato di questa osservazione.⁴⁶⁶

Secondo Colucci era quindi la rigorosa osservanza della scienza psichiatrica, nonché della normativa statale, che spingeva la direzione a dimettere con facilità i militari. Una pratica che avrebbe provocato aspre critiche da parte del direttore del Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta creato a Reggio Emilia all'inizio del 1918. Durante l'ultimo anno di guerra non meno di 173 soldati, principalmente riformati o in attesa di giudizio da parte dei tribunali militari, furono trasferiti a Capodichino con un numero di dimessi per *non constatata pazzia* che raggiunse il picco massimo del periodo bellico (93)⁴⁶⁷. Aumentarono inoltre le annotazioni critiche verso osservazioni e diagnosi stilate dai medici di altri istituti. Più spesso che negli anni precedenti, molti dei militari ricoverati erano stati inviati con diagnosi di patologie giudicate inesistenti a Napoli e quindi dimessi. Se i Comandi riuscivano poi a rintracciarli e riportarli sotto le armi, poteva ripetersi facilmente il medesimo itinerario. È il caso, per esempio, di B.G., emblematico inoltre della diversa impostazione professionale che avevano gli psichiatri operanti a Capodichino rispetto ai medici del Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta di Reggio Emilia. Non fu il primo del genere, ma proprio per questo provocò una netta presa di posizione da parte di Placido Consiglio. Era stato riformato per «demenza precoce» e inviato a Napoli il 17 marzo 1918⁴⁶⁸ dove i suoi atteggiamenti, giudicati intenzionali, svanirono del tutto in pochi giorni. Venne dimesso il 29 marzo come *non folle*⁴⁶⁹ ma, richiamato poco dopo in servizio, il 15 maggio fu riportato al CPMPR⁴⁷⁰. Consiglio non la prese molto bene e inviò una lunga lettera di protesta alla direzione di Capodichino:

⁴⁶⁶ Ivi, *Storia clinica. Modificazioni e fasi* (03/07/1917).

⁴⁶⁷ Nel 1919 il fenomeno cominciò a decrescere anche se di poco: su un totale di 98 ammessi, 35 furono dichiarati non folli.

⁴⁶⁸ AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22 - Uomini residenti nella provincia di Napoli, fasc. 6066, *Centro Psichiatrico Militare di 1° Raccolta. Risultato d'osservazione* (14 settembre 1918).

⁴⁶⁹ Ivi, *Frontespizio* (26/03/1918).

⁴⁷⁰ Ivi, *Centro Psichiatrico Militare di 1° Raccolta. Risultato d'osservazione* (14 settembre 1918).

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Reggio Emilia. 11/6/'18. La scrivente si permette richiamare l'attenzione di cotesta Direzione su di un grave inconveniente avvertatosi per un militare costà trasferito da questo Centro, a nome B., entrato in cotesto Manicomio il 18 marzo p.p., e dimesso il 29 successivo. Il detto militare era stato qui giudicato affetto da demenza precoce, e avviate le pratiche di riforma, lo si trasferiva sino a che non fosse dimissibile in famiglia.

Ma da cotesto Manicomio la dimissione è stata così motivata: «per non constata pazzia, non avendo presentato durante la degenza sindrome di malattia mentale»; in altro foglio, poi, di cotesta Direzione, in esito a richiesta di questa, era detto ancora: «gli atteggiamenti stolidi intenzionali sono svaniti rapidamente».

Ciò posto, lo scrivente osserva, e si permette sottoporre tali osservazioni alla equanime serietà di cotesta Direzione, che certamente non ha visto l'ammalato, e che ne ha scritto per sentito dire, per quanto sorprenda spiacevolmente che siasi indotta a scrivere quanto sopra senza accertarsi personalmente delle reali condizioni mentali del B., od anche senza richiedere almeno altre notizie a questo Centro, ed una cartella clinica dei disturbi qui presentati e sui quali erasi creduto venire a quella formulazione diagnostica:

1° il personale tecnico di questo Centro è tutto scelto, e, prescindendo dal Direttore, i medici che lo costituiscono formano una vera élite non solo per la pratica scientifico-psichiatrica, ma soprattutto per la esperienza medicolegale di guerra, quotidianamente realizzata su centinaia di ammalati. Inoltre, non vi è ammalato, proposto a giudizio medicolegale, che non sia visitato personalmente dal Direttore scrivente, che può ben dire di possedere una grandissima pratica medicolegale e psichiatrica quale non può formarsi soltanto negli ambienti più specializzati di un manicomio e di una clinica: ad esempio, è costumanza di discutere ed osservare, in questo Centro, gli apparentemente guariti di un episodio demenziale (soprattutto per la varietà ebefrenica), fase di remissione, od i casi detti deboli mentali, per mettere in rilievo le reali deficienze della personalità psico-affettiva o per saggiare le differenze sottili fra un frenastenico ed un eboidofrenico. Onde, concludendo, se la diagnosi per il B. fu di demenza precoce, essa è indubbiamente tale, e nessuno può e deve dubitarne: il B. è un tipico ebefrenico!

2° Comunque, non può dirsi che le frasi scritte da cotesta Direzione siano piacevoli: certo non sono lusinghiere per dei colleghi od anche per dei discepoli, così come tutta la pratica non può dirsi che deontologicamente sia molto corretta, in quanto che vuol essere (non nell'intenzione, certamente) una lezione della quale il Centro non ha affatto bisogno; peggio se si volesse dare importanza all'ultima frase – evidentemente di qualche amanuense che cotesta Direzione farà bene a riprendere – in cui, cioè, si parla di atteggiamenti stolidi intenzionali, il cui valore questi medici specialisti non compresero.

3° A parte queste deficienze deontologiche, spiace dover fare osservare che i medici i quali rappresentarono a cotesta Direzione quel loro giudizio, evidentemente sono poco esperti in psichiatria, la quale soprattutto si afferma non per le diagnosi di stati e di sindromi quali tutti gli infermieri riescono bene a fare, ma per le sottili formulazioni diagnostiche o differenziali: per esempio, non può essere bene rilevata la mentalità di un soggetto che ha sorpassato una fase ebefrenica se non si abbia un acuto intuito psicologico e non si sappia fare un' approfondita clinica psichiatrica.

4° Comunque, sta il fatto che il B., soltanto per il trauma morale di essere riaccompagnato a questo Centro d'ordine della scrivente, è entrato in gravissima confusione mentale, ed ha ripresentato un classico episodio di amenza stuporosa ebefrenica, cui è susseguito tipico quadro demenziale. Tutti i colleghi lo hanno potuto osservare naturalmente sorpresi e addolorati dell'accaduto; ma la scrivente, ad ogni buon conto, ha voluto farlo esaminare ai colleghi borghesi del Manicomio, e specialmente al prof.

Petrazzani ed al Direttore prof. Guicciardi, il quale ha messo in Atti una sua lunga e dettagliata relazione, che si mette a disposizione di cotesta Direzione qualora voglia ammaestrare quei colleghi che furono così precipitosi nel formulare un giudizio superficiale di impressione dal quale soprattutto gli psichiatri seri debbono enormemente diffidare, specialmente in Medicina legale militare. Il Maggiore Medico Direttore Placido Consiglio⁴⁷¹.

Consiglio, dalla sua posizione di fondatore e direttore di quello che era allora il principale istituto psichiatrico militare italiano, ma soprattutto di veterano nello studio delle patologie mentali dei soldati, non poteva di certo accettare giudizi clinici così antitetici ai suoi come quelli emessi dai medici napoletani. Il paziente venne di nuovo trasferito a Capodichino il 21 settembre, ancora una volta con la diagnosi di «demenza precoce», ma fu dimesso come *non folle* pochi giorni dopo⁴⁷². La risposta di Colucci alla lettera di Consiglio venne spedita quando la guerra era cessata ormai da quattro mesi.

Napoli. 14 marzo 1919. Il dì 11/6/18 con nota n. 8063 R. la S.V. mi inviava una protesta per aver questa Direzione dimesso il 25 marzo detto anno, come non folle il militare B. che da cotesta Spe. Direzione era stato dichiarato affetto da demenza precoce. Questa Direzione per riguardo al parere ed agli accertamenti di cotesti Sanitari aveva preferito di fare il licenziamento con la formula “per non constatata pazzia” ammettendo così più per cortesia che per convincimento clinico, che nella osservazione precedente fatta costà vi potessero essere stati dei disturbi psichici, (certo però non quelli della demenza precoce). Non pertanto la S.V. scrisse in termini che stavano assai al di là di un risentimento più o meno legittimo, e per cui sarebbe stato giustificata una proporzionata reazione, se l’abitudine ed il dovere di restare nella buona norma, non avesse consigliato a rimanere nell’orbita di interessi affatto obbiettivi. Il B. fu riammesso in cotesto centro psichiatrico e di nuovo fu riconosciuto folle, e con la identica diagnosi di Demenza precoce, e fu affermato che fosse esistente “un evidente e progressivo decadimento psichico globale”. Rinviato per competenza, in questo Istituto fu da questi Sanitari e da me tenuto in prolungata osservazione, dal 21 settembre al 28 novembre 1918, e si dovette di nuovo dimetterlo come non folle essendo di nuovo constatato che i suoi atteggiamenti erano fittizi, ed essendo anche questa volta seguita alla finzione un contegno normale, con la dimostrazione di una coscienza e di una condotta vigile, accorta. Ci si informa che il B. seguiti a vivere le condizioni di normalità. Io ho indug[i]ato a dare alla S.V. queste informazioni per poterla nello stesso tempo informare, dopo le opportune indagini, sullo stato consecutivo alle dimissioni, che anche i seguenti militari che cotesto centro psichiatrico ci inviò a suo tempo come infermi di mente, e che le indicazioni, per lo più, di malattie inguaribili non poterono essere qui riconosciuti come folli, e furono dimessi per non constatata pazzia. I dimessi sono i seguenti: [...]. Il Direttore⁴⁷³.

Il tono di Colucci non esprime alcun risentimento per le offese ricevute sulla sua professionalità e su quella 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

⁴⁷¹ Ivi, n. 8063 (11/06/1918).

⁴⁷² Ivi, *Storia clinica* (28/11/1918).

⁴⁷³ Ivi, n. 1343 (14/03/1919).

non constatata pazzia e sulle osservazioni riportate dagli psichiatri a Napoli, le lettere sono indicative di un problema che divenne visibile durante il 1918 tanto da provocare le proteste di Consiglio. Nella cartella clinica di B.G., dopo le lettere citate, sono presenti una serie di fogli manoscritti che mostrano un quadro sommario dei militari trasferiti da altri istituti psichiatrici prendendo in considerazione poco più di cento casi, ammessi dal febbraio 1917 fino al luglio 1918. Il dato interessante riguarda le percentuali di errori diagnostici commessi secondo i medici napoletani: Aversa, Venezia, Firenze, Padova, Genova, Milano, Cuneo 0%, essendo stata confermata a tutti i trasferiti la diagnosi precedente; Udine 33%; Lucca 46%; Volterra 52%; Verona 53%; Siena 57%; Reggio Emilia e Torino 80%; Brescia e Alessandria 100%⁴⁷⁴. La tabella prova che non si trattava di una contesa personale con i medici di Reggio Emilia. Inoltre, anche prima che Colucci ricevesse la lettera di Consiglio, gli psichiatri di Capodichino avevano confermato alcune patologie diagnosticate nel Centro anche se mai manifestatesi ai loro occhi.

La controversia sulle diagnosi è significativa della diversa impostazione professionale rispetto agli alienisti del Centro emiliano. Una delle spiegazioni possibili è, per esempio, quella che suppone una scarsa considerazione dei concetti psichiatrici di degenerazione e predisposizione in Colucci rispetto a Consiglio. I contrasti sarebbero quindi il risultato di differenti modelli di riferimento, ma ciò spiega solo in parte le grosse differenze tra le due esperienze. L'impostazione teorica dei protagonisti è sicuramente da tenere presente nella lettura delle diverse interpretazioni cliniche, ma dal punto di vista dei provvedimenti medico-legali fu soprattutto la commistione tra le contingenze belliche e i diversi contesti locali e istituzionali a influire sulle loro decisioni. L'ambiente manicomiale, per esempio, era fortemente condizionato dalle incertezze finanziarie e amministrative causate dalla concentrazione di migliaia di ammalati in un'unica sede, mentre la prassi comune all'interno della psichiatria militare era caratterizzata innanzitutto dalla necessità di salvaguardare la disciplina interna da individui mentalmente instabili. È certo, poi, che anche a Napoli gli psichiatri commettevano errori che essi stessi ammettevano⁴⁷⁵, ma sembra comunque inverosimile che dimettessero come sani di mente centinaia di individui gravemente malati. Si può supporre che le differenze a volte abissali con le osservazioni praticate nei reparti militari fossero dovute alla superficialità delle diagnosi degli alienisti in uniforme, costretti a lavorare in condizioni difficili. In riferimento ai primi due anni di guerra Emilio Riva, assistente di Placido Consiglio a Reggio Emilia, affermava che

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. e a guadagnare, per lo meno, tempo – quando purtroppo non riuscivano ad ottenere di più, carpando cioè qualche mese di licenza a qualche Direttore di Reparto psichiatrico territoriale che, pur essendo valente e provetto specialista, non aveva dimestichezza con la medicina legale militare – e che individui i quali avevano sofferto soltanto di un fugace e transitorio episodio psicopatico e, previo un breve periodo di

⁴⁷⁴ Ivi, *Quadro riassuntivo dei trasferiti*.

⁴⁷⁵ È il caso, per esempio, dei soldati S.F. e D'A.A. AOLB, Carteggio Capodichino, Cartelle cliniche, Categoria 22 - Uomini residenti nella provincia di Napoli, fascicoli 6090 e 6554.

riposo in un Deposito di Convalescenza e Tappa, avrebbero potuto dare nuovamente la loro opera proficua di combattenti, entravano invece in territorio ed iniziavano la trafila delle licenze di convalescenza che in alcuni casi si ripetevano con ritmo costante sino a quando una qualche visita di controllo non rompeva l'incanto⁴⁷⁶.

Grazie al decreto che aveva prolungato da uno a tre mesi il periodo massimo di osservazione prima del ricovero definitivo dei militari con disturbi nervosi e mentali, dalla metà del 1916 i medici in servizio nei manicomi avevano molto più tempo a disposizione per stabilire il tipo di patologia o l'eventuale assenza di sintomi. Nel Centro emiliano la celerità nella formulazione dei giudizi era invece uno dei vanti dei fautori dell'iniziativa, ma ciò non poteva che favorire osservazioni cliniche superficiali, data anche la proporzione sfavorevole tra medici, infermieri e pazienti⁴⁷⁷.

In conclusione, si possono sollevare due questioni rilevanti: il rapporto tra psichiatria militare e pratica manicomiale; la possibilità e la capacità che avevano gli uomini di controbilanciare l'azione disciplinare nell'Esercito. Le contraddizioni emerse dalle vicende analizzate possono essere risolte, per esempio, cogliendo la differente prospettiva che potevano avere i medici a Napoli rispetto a quelli che operavano sotto il peso dell'influenza delle autorità militari. 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 dannosi per l'ordine della truppa. È necessario quindi valutare la prassi in vigore nei decenni precedenti lo scoppio delle ostilità: se comportamenti considerati non patologici dagli alienisti civili venivano etichettati come sintomi dai medici militari, ciò derivava più dal rigore con cui si concedeva la riforma a tutti gli uomini potenzialmente dannosi per l'ordine interno della truppa piuttosto che dall'incapacità di riconoscere i simulatori. La guerra, soprattutto dopo le gravi perdite del 1917, provocò una maggior attenzione nell'individuazione di falsi malati, 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. È utile a questo proposito ricordare le idee espresse da Placido Consiglio nel 1912:

un capitolo apposito meriterebbe l'argomento della simulazione, specialmente dal lato psichiatrico: essa, soprattutto quando si simula una malattia mentale, è segno evidente di degenerazione; scoprirla o confessarla non significa che non si sia ammalati, e spesso anzi si trova alla base l'isterismo, e le tendenze mitomani. È assai dubbio se un sano del tutto sia capace di simulare follia, e molti Autori lo escludono (Schott) [...]. Intanto si possono, io credo, distinguere due categorie di forme: simulazione di malattie comuni, e simulazione di pazzia e nevrosi: la prima categoria nei militari, come negli operai per infortuni, è la più numerosa, e rappresenta, in genere, soltanto un mezzo fraudolento nella lotta per la vita; la seconda invece (che qui più ci interessa), molto più comune fra i carcerati, o negli imputati, anche militari, è sempre – a

⁴⁷⁶ E. Riva, *Il Centro psichiatrico militare di I° raccolta*, cit., p. 309.

⁴⁷⁷ Si veda p. 110 di questo lavoro.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

me pare – di natura morbosa, espressione per lo meno di degenerazione morale quando non sia una equivalenza psiconevrotica⁴⁷⁸.

Colucci e i suoi collaboratori la pensavano diversamente, dovevano affrontare difficoltà che prescindevano dalla presenza o meno dei militari. Come negli anni precedenti e successivi il conflitto, era soprattutto il sovraffollamento a influire direttamente sulla pratica clinica. La soluzione più immediata per questa emergenza fu la propensione a dimettere facilmente i pazienti considerati dalla legge non idonei al ricovero anche se considerati non del tutto sani.

⁴⁷⁸ P. Consiglio, *Studi di psichiatria militare (II)*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 38, 3-4, 1912, pp. 836-839.

Capitolo 4

Gli istituti neurologici militari nell'Italia della Grande Guerra. Modelli assistenziali alternativi al manicomio

4.1 Breve introduzione ai centri neurologici militari

La seconda metà del XIX secolo fu un periodo di forte accelerazione del progresso tecnologico nel campo della medicina e di nuove scoperte conseguenti a esso che avrebbero stimolato una fiducia sempre maggiore verso le ricerche anatomiche e fisiologiche. Da questo punto di vista uno degli eventi più significativi fu la scoperta dei raggi X alla fine del 1895, grazie alla quale il fisico tedesco Wilhelm Conrad Röntgen ottenne il Premio Nobel per la Fisica nel 1901. I neurologi furono tra i primi medici a essere affascinati dalla possibilità di guardare con una fotografia l'interno del corpo umano. Una delle prime applicazioni nel campo della neuropatologia fu la riproduzione di un proiettile di arma da fuoco conficcato nel cervello, risalente alla primavera del 1896, ma le immagini erano di pessima qualità e quindi difficilmente valutabili. Prima dell'introduzione della tomografia computerizzata negli anni Settanta del Novecento, non fu possibile vedere il cervello vero e proprio ma solo la calotta cranica, per cui la possibilità di estrarre dati utili dalle radiografie era molto limitata⁴⁷⁹. L'introduzione negli ospedali italiani delle prime macchine radiografiche fu comunque sentita come una svolta soprattutto per gli scenari che potevano aprirsi con un futuro avanzamento delle tecnologie. La scoperta dei raggi X faceva parte di un processo più generale che coinvolgeva tutta la medicina e che vedeva le indagini da laboratorio aumentare nei contesti ospedalieri, pur senza offuscare il contributo della clinica basata sull'osservazione dei segni che caratterizzavano il decorso delle malattie.

Nuovi scenari ospedalieri si aprono. Moderni laboratori di chimica-microscopia-batteriologia sostituiscono i già improvvisati gabinetti d'analisi. Moderni padiglioni chirurgici prendono il posto delle vecchie sale, rinascimentali o barocche, adibite alla cura dei malati «esterni». L'ospedale diventa consumatore delle nuove tecnologie, che d'altra parte, in quanto sempre più complesse, possono essere adottate e impiegate solo in contesti istituzionalmente idonei a recepire tale crescente complessità⁴⁸⁰.

⁴⁷⁹ A. Passerini, *Storia della Neuroradiologia europea*, «Rivista di Neuroradiologia», 7, 4, 1994, p. 542-543.

⁴⁸⁰ G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, cit., p. 418.

È nel segno del progresso tecnologico, ancora limitato all'inizio del XX secolo ma molto promettente, che va collocata l'espansione della specializzazione neurologica nel primo Novecento e la nascita dei centri militari durante la guerra, i quali costituiscono un tassello importante per il futuro della disciplina. Studiati sinora solo singolarmente, con brevi approfondimenti riferiti ai contesti locali, furono tutt'altro che esperienze isolate, costituendo gli incubatori di novità sia dal punto del trattamento sanitario che da quello teorico dei dibattiti intorno al binomio neurologia-psichiatria.

I numeri riguardanti i soldati della Grande Guerra feriti o malati del sistema nervoso sono poco chiari quanto quelli delle alienazioni mentali. In un volume pubblicato dal Ministero per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra nel 1919 si contavano, tra le sole malattie con riconoscimento ufficiale delle cause di servizio: 104 «diminuzione favella», 19.600 nevropatie organiche, 3.640 nevropatie funzionali, 4.060 psicopatie; dei 27.404 invalidi totali, 22.940 (83%) appartenevano al campo neurologico⁴⁸¹. Questi numeri riguardano solo il numero di riformati per cause di servizio. Lo scenario evidenziato da Augusto Tamburini in pieno conflitto era, per esempio, di gran lunga più preoccupante: già nell'agosto 1916, prima dell'impennata di ricoveri degli anni 1917-1918, registrò circa 20.000 soldati già entrati in osservazione per sole ferite e malattie del sistema nervoso, escluse quindi le alienazioni mentali⁴⁸². Prescindendo dalla difficoltà di calcolare il numero totale di soldati colpiti nello specifico da disturbi del sistema nervoso, la cosa che qui interessa è che agli occhi dei responsabili del servizio sanitario militare l'impatto delle malattie neurologiche deve essere stato maggiore di quelle considerate invece psicopatie pure. La questione venne presto sollevata nei dibattiti dove emerse sin da subito l'esempio della Francia. Qui una circolare del 9 ottobre 1914 aveva previsto la creazione di centri militari specializzati nel trattamento delle patologie del sistema nervoso, comprese quelle con compromissione psichica⁴⁸³. Sono i centri avanzati menzionati nel primo capitolo, nei quali esistevano sottosezioni psichiatriche ma la cui direzione era affidata a esperti neurologi⁴⁸⁴. La difficile separazione dei due gruppi nosologici portò, nella pratica, alla formazione di centri misti, ma in Francia, a differenza che in Italia, al loro interno vigeva una separazione netta di compiti tra lo specialista psichiatra e il neurologo. L'organizzazione generale e soprattutto gli scopi erano comunque simili. La loro funzione principale era quella di selezionare le diverse tipologie di malattie per un più efficiente smistamento dei ricoverati, evitando trasferimenti a lungo termine in ospedali del territorio interno di malati considerati recuperabili velocemente. Un'organizzazione che voleva rispondere al triplice compito di «restituire all'Esercito il maggior numero di uomini validi; diminuire il più possibile le conseguenze delle ferite; restituire alla società

⁴⁸¹ Ministero per l'assistenza militare e le pensioni di guerra, *L'assistenza di guerra in Italia: assistenza militare - pensioni di guerra. III conferenza interalleata per la protezione degli invalidi di guerra*, Società anonima poligrafica italiana, Roma 1919, p. 14.

⁴⁸² A. Tamburini, *Sulla istituzione dei centri nevrologici per malati militari*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 42, 1, 1916, p. 189.

⁴⁸³ M. Derrien, «*La tête en capilotade*». *Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980)*, cit., p. 101.

⁴⁸⁴ Anche le autorità sanitarie inglesi presero a modello i centri avanzati francesi quando all'inizio del 1916 istituirono lungo il fronte i «NYDN centres» (not yet diagnosed nervous). E. Jones e S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, cit., p. 21.

individui che [...] siano socialmente utili e capaci di provvedere a sé e alle loro famiglie»⁴⁸⁵. Sulla base di questi principi, che presupponevano un'assistenza completa fino alla riforma dal servizio militare, da alcuni psichiatri veniva invocata la creazione di strutture simili in Italia. Un motivo non meno importante era inoltre l'insufficienza dei posti letto messi a disposizione dalle cliniche universitarie e dalle sezioni neurologiche degli ospedali comuni. Quando Gustavo Modena descrisse il modello francese nell'ottobre del 1916, in Italia esistevano ufficialmente otto centri neurologici militari⁴⁸⁶ mentre a luglio del 1918 la cifra era salita a dieci⁴⁸⁷. La loro diffusione non avvenne tuttavia in modo coordinato come in Francia, facendo di ogni esemplare un caso a sé. L'utenza degli istituti neurologici e psichiatrici era infatti solo in parte diversa: in entrambi era facile incontrare pazienti con disturbi psichici sia conseguenti a lesioni organiche del sistema nervoso, sia prive di corrispondente ferita fisica. Una prima constatazione fondamentale per capire la posizione dei centri neurologici militari rispetto alla disciplina neuropsichiatrica riguarda la distinzione che si faceva tra organici e funzionali:

i primi comprendono i feriti del sistema nervoso centrale o periferico, che offrono fenomeni patologici in diretto rapporto con la lesione riportata; i secondi, invece, senza lesione apparente, offrono fenomeni neurotici o psicotici, talora collegati ad una causa commotiva o emotiva, talora invece indipendenti apparentemente da cause esterne.⁴⁸⁸

Il doppio utilizzo dell'aggettivo «apparente» lascia intendere che la definizione di malattia funzionale non era poi del tutto definita. Con il passare del tempo la pratica clinica sui malati del sistema nervoso confermò infatti l'inadeguatezza di questa dicotomia per molti fatti patologici. La frequente presenza di disturbi mentali in feriti del sistema nervoso era la conferma per alcuni alienisti dell'opportunità di legare più strettamente neurologia e psichiatria. Le concezioni teoriche e la pratica clinica dei direttori dei centri qui analizzati erano a volte molto diverse tra loro, ma i loro istituti sembrano essere stati accomunati dalla capacità di costituire un'alternativa valida agli ospedali psichiatrici per alcune tipologie di soldati malati. Una delle costanti ricavabili

⁴⁸⁵ G. Modena, *L'organizzazione dei centri neurologici in Francia*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 42, 2-3, 1916, p. 344.

⁴⁸⁶ «Roma – Nevrocomio militare Villa Wurtz, sotto la direzione del Prof. A. Tamburini, Maggiore Generale medico; Ancona – Reparto militare del Manicomio diretto dal prof. G. Modena, Maggiore medico; Napoli – Clinica psichiatrica e Ospedale V. Emanuele. Sotto la direzione del Prof. V. Bianchi, Magg. Medico; Catania – Clinica psichiatrica e Ospedale Garibaldi, diretto dal Prof. G. D'Abundo, Col. Medico; Bologna – Villa Seminario (Ferrara) diretto dal Prof. G. Boschi, Magg. Medico; Pavia – Ospedale Borromeo, sotto la direzione del Sen. Prof. Golgi; Milano – Ospedale Maggiore, diretto dal Prof. E. Medea, Maggiore medico. In zona di Guerra è stato istituito un centro nevrologico avanzato a Treviso, sotto la direzione del Maggiore Medico Prof. Angelo Gatti». *Notizie. Centri neurologici militari*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», cit., p. 384.

⁴⁸⁷ A quelli presenti dal 1916 si aggiunsero i Centri neurologici militari di Genova (Arturo Morselli), Siena (Onofrio Fragnito), Bologna (Vincenzo Neri). Alla fine del 1917 il centro di Ferrara fu trasferito a Bari mentre quello di Treviso venne chiuso. A. Mendicini, *I Centri Neurologici nella Mostra nazionale delle opere di Assistenza all'Esercito*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 43, 1-2, 1918, pp. 331-339.

⁴⁸⁸ G. Modena, *L'organizzazione dei centri neurologici in Francia*, cit., p. 344.

dai ricoveri dei soldati durante la Grande Guerra è quella della presenza massiccia di dimessi perché giudicati non idonei al ricovero manicomiale, dicitura che poteva indicare casi molto diversi tra loro come simulatori o esageratori, cronici curabili in altri istituti, portatori di disturbi lievi che non pregiudicavano la possibilità di vivere in società. I feriti e malati del sistema nervoso con compromissioni psichiche costituivano proprio una delle categorie che rientravano in questa tipologia di dimissioni. Solo una minima parte di essi fu curata in centri neurologici specializzati, per la forte carenza di posti letto rispetto all'incremento continuo di invalidi, ma la loro creazione costituì una novità significativa sia per le ricerche sperimentali condotte su alcune patologie belliche che per la spinta data in generale alla specializzazione neurologica.

4.2 L'approccio neuropatologico: il Centro per i Feriti del Sistema Nervoso di Milano

La Fondazione IRCCS⁴⁸⁹ Istituto neurologico Carlo Besta, complesso dislocato nel quartiere Città Studi di Milano, è attualmente un centro che si propone come punto di riferimento nazionale dell'assistenza sanitaria e della ricerca scientifica⁴⁹⁰. Nei cinque edifici occupati dall'istituto sono ospitate, oltre alla sede amministrativa, due laboratori di ricerca e cinque unità operative (Neuroscienze cliniche, Neuroscienze pediatriche, Neurochirurgia, Diagnostica e tecnologia applicata). La storia dell'istituto milanese affonda le proprie radici nei primi mesi del 1915, quando, con l'entrata in guerra dell'Italia, a Milano venne creato un ospedale specializzato nel trattamento dei feriti del sistema nervoso grazie all'iniziativa di Carlo Besta.

Laureatosi presso la prestigiosa Facoltà di Medicina dell'Università di Pavia nel 1900, allievo dell'illustre neurologo Camillo Golgi - premio Nobel per la medicina nel 1906 - nei primi anni di attività le sue ricerche fisiologiche sul sistema nervoso erano strettamente legate allo studio contemporaneo delle malattie mentali. Dal 1901 al 1907 prestò servizio presso l'Ospedale Psichiatrico S. Lazzaro di Reggio Emilia prima come praticante e poi come assistente medico. Fu all'interno di quest'istituto, dotato di laboratori scientifici dalla fervente attività, che Besta si dedicò definitivamente allo studio delle patologie del sistema nervoso cominciando a lavorare in particolare all'epilessia, con studi che avrebbe poi approfondito durante il conflitto. Nel 1907 fu chiamato a dirigere il reparto Osservazione dell'Ospedale psichiatrico San Servolo di Venezia, potenziandone le capacità sia dal punto di vista del personale che dei mezzi adeguati a precise indagini scientifiche. Il suo approccio si basava infatti sulla centralità della ricerca sperimentale nei manicomi che vedeva non solo come luoghi di cura, ma come potenziali centri di ricerca. Rispetto alle limitate cliniche universitarie o ai pochi istituti specializzati esistenti allora, nei manicomi vi era la possibilità di

⁴⁸⁹ «Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità [...]». Ministero della Salute. <http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn> (09/2017).

⁴⁹⁰ Fondazione I.R.C.C.S. Istituto Neurologico "Carlo Besta", Codice etico, Art. 1. <<http://www.istituto-besta.it/Docs/Istituto/Statuto-e-Codice-Etico/1.Codice%20etico.pdf>> (09/2017).

estendere a un alto numero di casi l'unione sistematica di indagini in laboratorio e pratica clinica. Questo tipo di impostazione professionale influì sulla futura specializzazione di Besta nel campo delle ricerche neurologiche, che in quegli anni conobbero uno sviluppo decisivo. Poco dopo il periodo veneziano cominciò la sua attività di ricerca al fianco di Ernesto Belmondo, direttore dell'Istituto Psichiatrico e Neuropatologico di Padova, dedicandosi poi negli anni successivi all'insegnamento prima con la libera docenza in Clinica delle malattie nervose e mentali a Padova, poi come titolare della cattedra a Messina nel 1913⁴⁹¹. È importante sottolineare il contesto in cui Besta mosse i primi passi per comprendere il tipo di attività che svolse durante la guerra: l'interesse verso i fenomeni psichici non venne meno nonostante la progressiva attenzione dedicata all'anatomia patologica e alla fisiopatologia.

Nel maggio del 1915 Besta venne richiamato alle armi e assegnato come consulente all'Ospedale militare di S. Ambrogio, a Milano, con il grado di Maggiore medico. Sin dai primi mesi di servizio ne rilevò la capacità limitata rispetto all'aumento progressivo dei feriti del sistema nervoso e propose la creazione di un reparto separato, con attrezzature e personale specializzato, per gli interventi chirurgici e le terapie che non potevano realizzarsi nei normali ospedali militari o civili⁴⁹². L'iniziativa fu accolta dalle autorità e fu quindi avviato l'allestimento del Centro per i feriti del sistema nervoso (450 posti letto), facente parte ufficialmente dell'Ospedale militare della Guastalla, utilizzando i locali del Collegio Reale delle Fanciulle di Milano⁴⁹³. Venivano svolte per lo più operazioni chirurgiche e terapie di recupero mirate a sanare lesioni fisiche, mentre per il trattamento dei disturbi funzionali, non attribuibili con certezza a una lesione degli organi interessati, continuava a funzionare il reparto neurologico diretto da Eugenio Medea già in funzione nell'Ospedale Militare Principale di S. Ambrogio⁴⁹⁴. Fu il centro della Guastalla, distaccato dall'ospedale militare principale, a costituire il nucleo di quello che poi diventerà l'Istituto pro feriti cerebrali di guerra nel 1918, Istituto neurobiologico pro feriti cerebrali nel 1923, Istituto neurologico Vittorio Emanuele III nel 1932 e infine Istituto neurologico Carlo Besta nel 1950⁴⁹⁵. Aperto alla fine del 1915, fu dotato sin dall'inizio delle attrezzature necessarie ad affrontare le patologie in tutte le loro fasi, dalla diagnosi alle operazioni chirurgiche, fino alla rieducazione funzionale. Besta riuscì a ottenere anche l'acquisto di strumenti innovativi, come gli impianti di radiodiagnostica e Röntgenterapia che sfruttavano la recente scoperta dei raggi X⁴⁹⁶. La struttura era quindi in grado di accogliere le tre categorie principali di soldati neurolesi: i feriti al sistema nervoso periferico, i feriti al

⁴⁹¹ F. Arosio, *Carlo Besta. 1876-1940*, Istituto nazionale neurologico "Carlo Besta", Milano 1993, pp. 20-24.

⁴⁹² Archivio storico dell'Istituto neurologico Carlo Besta di Milano (d'ora in avanti AICB), Attività del fondatore, Pubblicazioni e contributi di Carlo Besta, fasc. 83, *Il centro neurochirurgico della Guastalla* (26/05/1935), estratto da "Minerva medica", a. 1935, vol. I, n. 21. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8757/>> (09/2018).

⁴⁹³ F. Arosio, *Carlo Besta. 1876-1940*, cit., p. 24.

⁴⁹⁴ AICB, Direzione e amministrazione, fasc. 1, *Centro neurologico della Guastalla* (1918), p. 1. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8501/>> (09/2018).

⁴⁹⁵ M. Regina (a cura di), *Archivio storico dell'Istituto Nazionale Neurologico "Carlo Besta". Inventario*, Scripta, Como 2006, pp. 6-7.

⁴⁹⁶ F. Arosio, *Carlo Besta. 1876-1940*, cit., p. 24.

midollo spinale e i feriti cranio-encefalici (o cranio-cerebrali)⁴⁹⁷. Per il tema affrontato nella ricerca interessa approfondire quest'ultima categoria, la più numerosa oltre che quella in cui si rendeva necessaria una preparazione più tipicamente psichiatrica. Non sono state rintracciate le cartelle cliniche prodotte tra il 1915 e il 1919. Franco Arosio, segretario dal 1973 al 2001, assicura che sono andate tutte perse⁴⁹⁸. Al grande impegno che Besta spendeva nella ricerca scientifica non corrispose inoltre un'elaborazione teorica sistematica dei suoi numerosi studi, disseminati in una serie di articoli e saggi non collegati tra loro⁴⁹⁹. Da questi è possibile nondimeno ricavare alcune considerazioni significative sui problemi principali che stavano alla base della sua iniziativa. In un articolo pubblicato su *Minerva Medica* il 26 maggio 1935, ricordò che durante la guerra le complicazioni maggiori riguardavano proprio i feriti cranio-cerebrali:

ho constatato subito che mentre per i feriti ai tronchi nervosi il problema, almeno parzialmente, era risolto inquantoché molti erano operati già negli ospedali di seconda linea, e per i feriti al midollo spinale quasi sempre era fatto quanto era umanamente possibile, ben diversa era la condizione dei lesionati craniocerebrali che, guariti dalla ferita, per disposizioni regolamentari tassative avrebbero dovuto essere riformati e ritornati alle loro case, senza che per loro fosse risolto tutto il programma di cure necessarie a diminuire le loro sofferenze.

Mi è apparsa subito la necessità della creazione di un grande ospedale specializzato, [...] nel quale fosse accolto il maggior numero possibile dei neurolesi, con preferenza feriti cerebrali, per poter apprestare loro tutte quelle cure che li ritornassero alle loro famiglie nelle migliori condizioni possibili.⁵⁰⁰

La casistica più ampia venne quindi fornita da militari che presentavano ferite alla testa portatrici di svariate disfunzioni cerebrali: durante il periodo bellico ne affluirono circa 1300, quasi tutti con ferite già operate e chiuse negli ospedali più avanzati⁵⁰¹. I *cranio-cerebrali* spesso avevano deficit non solo fisici, come nel caso dei feriti del sistema nervoso periferico, ma anche psichici, per i quali erano necessarie terapie lunghe e un'attenzione costante. Tipologie di ricoverati che si potevano incontrare facilmente anche negli ospedali psichiatrici, nei quali l'attenzione a loro dedicata era minima se confrontata con i trattamenti ricevuti nel centro neurologico milanese. L'ergoterapia, per esempio, era organizzata in modo da non ledere la dignità dei pazienti – pagati in modo soddisfacente per i lavori compiuti – cercando di sviluppare in loro una capacità lavorativa utilizzabile anche dopo la dimissione. Per

⁴⁹⁷ AICB, Attività del fondatore, Pubblicazioni e contributi di Carlo Besta, fasc. 83, *Il centro neurochirurgico della Guastalla* (26/05/1935), cit., p. 1.

⁴⁹⁸ F. Arosio, *Carlo Besta. 1876-1940*, cit., pp. 25-26.

⁴⁹⁹ Delle cartelle cliniche redatte dal prof. Besta durante la guerra, per esempio, restano solo brevi note riassuntive che lasciano tuttavia intuire, come nel caso dell'epilessia, la grossa influenza che ebbero tali studi nell'indicare le vie per le ricerche degli anni successivi. Ivi, p. 26.

⁵⁰⁰ AICB, Attività del fondatore, Pubblicazioni e contributi di Carlo Besta, fasc. 83, *Il centro neurochirurgico della Guastalla* (26/05/1935), cit., p. 1. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8757/>> (09/2018).

⁵⁰¹ Ivi, p. 7.

l'organizzazione di alcuni lavori fu indispensabile il contributo di imprenditori privati, vanto di Besta per il valore morale che assumeva il lavoro regolarmente retribuito:

per il lavoro manuale il dirigente ha pensato che si potevano sostituire le cure meccaniche solite col lavoro manuale eseguito colle macchine da lavoro usate negli stabilimenti, scegliendo per ogni forma di difetto funzionale da curare la macchina adatta. E così [...] è stata istituita nel Reparto Guastalla un'officina meccanica per la lavorazione di parti di spolette in modo che ogni ammalato deve lavorare colla macchina cosicché, mentre lavora, produce e guadagna, cura anche il proprio difetto funzionale. Altre lavorazioni industriali che funzionano in modo regolare sono quelle delle scope, arredi diversi in giunco, giocattoli e burattini in carta pesta, grazie all'intervento di industriali che dopo aver mandato persone per istruire i degenti si sono impegnate a collocare il materiale prodotto, pagando i degenti nella stessa misura con cui pagano i loro lavoratori.

Le varie fotografie mostrano detti laboratori in piena effic[i]enza, dimostrando che senza ricorrere inutilmente allo Stato e senza insistere in concetti di beneficenza e di carità che diventano facilmente importuni e che facilmente possono umiliare i feriti bisognosi, si può, purché si voglia, unire alle cure il vantaggio di occupazioni educative e proficue⁵⁰².

Si parlava qui principalmente di malati con disfunzioni motorie che dovevano esercitare la mobilità delle parti colpite, ma nello stesso tempo non veniva trascurato l'aspetto del recupero intellettuale e culturale:

tutti i degenti debbono frequentare le scuole elementari organizzate nel Reparto Guastalla-Zaccaria dall'Ufficio V° di Milano in modo che gli analfabeti imparino per lo meno a leggere e scrivere e che gli altri frequentino corsi superiori a quelli frequentati prima di essere chiamati sotto le armi. La scuola, così organizzata fino dal 1916, (la prima del genere in un Ospedale Militare) venne frequentata da oltre 350 feriti, tra i quali circa 180 analfabeti, e nel solo anno scolastico 1917 vennero conferiti 59 diplomi (22 per licenza elementare e 37 per esami di compimento). Per i più istruiti, o meglio, per quelli di cure più lunghe, è stato organizzato un corso complementare con insegnamento di disegno, pittura, lingua, ecc⁵⁰³.

L'iniziativa fu possibile grazie al sostegno di un comitato femminile, capeggiato dalla «signora Sacerdote-Donati», che si occupava inoltre delle attività della scuola di rieducazione per feriti cerebrali che avevano difetti psichici. Nella quasi totalità di questi ultimi casi si trattava di lesioni nella regione sinistra dell'emisfero cerebrale con disturbi legati alle funzioni del linguaggio, campo in cui la rieducazione produsse risultati molto positivi anche nei casi di patrimonio culturale gravemente alterato, stando alle dichiarazioni dello stesso Besta⁵⁰⁴.

Una delle ricerche più proficue condotte all'interno dell'istituto fu quella sull'epilessia essenziale o comune, quella caratterizzata da perdita di coscienza, convulsioni e

⁵⁰² AICB, Direzione e amministrazione, fasc. 8 *Centro neurologico della Guastalla* (1918), cit., pp. 3-4. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8501/>> (09/2018).

⁵⁰³ Ivi, pp. 2-3.

⁵⁰⁴ AICB, Attività del fondatore, Pubblicazioni e contributi di Carlo Besta, fasc. 83, *Il centro neurochirurgico della Guastalla* (26/05/1935), cit., p. 10.

successivi fenomeni psichici anche gravi come impulsività improvvisa o stati alternati di depressione e eccitamento. Besta espose i risultati di 8 anni di ricerche condotte su circa 250 epilettici da ferita cerebrale in una comunicazione fatta al XVI Congresso della Società Freniatria Italiana (Roma, aprile 1923). Lo studio evidenziò che la frequenza delle manifestazioni aumentava notevolmente nei casi di lesioni della regione cerebrale frontale e di lesioni superficiali, mentre erano minime o quasi assenti quando le ferite erano più profonde e interessavano le parti centrali e posteriori del cervello⁵⁰⁵. Un'acquisizione assolutamente nuova e dal grande valore scientifico, come precisato in una recensione del 1922:

il Relatore [Carlo Besta], che ha riferito numerosi dati clinici in prova delle sue affermazioni (dati che è impossibile di riassumere), rileva l'importanza delle sue osservazioni, che per la prima volta, se non gli è sfuggito qualche dato bibliografico, danno una base anatomica a fenomeni morbosi, per i quali appariva solo razionale la patogenesi tossica, e che permettono uno sguardo più sicuro, a suo modo di vedere, sul meccanismo di produzione dell'attacco epilettico classico [...].

Della maggiore importanza gli sembrano i dati riferentisi ai feriti al lobo frontale, per il fatto che precisamente la perdita improvvisa della coscienza e le manifestazioni di natura psichica meglio sembravano interpretate dall'intervento di un fattore tossico che da un fattore organico.

Egli rileva che esiste un parallelismo perfetto di sintomi tra le manifestazioni dei feriti cerebrali e quelle dei comuni epilettici. Ricorda in proposito le osservazioni già da lui pubblicate da circa 15 anni, nelle quali ha rilevato con quanta frequenza l'accurata analisi ed osservazione clinica dimostra negli epilettici, considerati come essenziali, l'esistenza di fatti che documentano una lesione organica [...].

Osservazioni metodiche continuate da allora su tutti i casi che ha avuto la possibilità di studiare, hanno dato risultati identici. Ma si trattava di osservazioni cliniche: l'osservazione metodica dei feriti cerebrali ha offerto il controllo anatomico indispensabile, permettendo di chiarire i punti oscuri: fra questi in modo speciale i sintomi psichici.

Da qualche tempo egli ha iniziato, nei casi ribelli alle cure mediche, la cura chirurgica degli epilettici. Precisata, cioè, coll'analisi clinica la sede di focolaio, fa praticare l'intervento.

Il numero dei casi operati non è così rilevante da permettere conclusioni definitive: egli, però, può dire che in sette casi, considerati da tutti i neurologi, che li avevano curati, come epilettici essenziali, ha potuto far diagnosi di sede, ed in tutti l'intervento operativo ha confermato l'esattezza delle sue deduzioni, basate, gli è caro a dirlo, sui dati emersi dalle osservazioni fatte sui feriti cerebrali di guerra.

In tutti i casi si sono riscontrate placche meningee, degli infiltrati, degli ispessimenti, che spiccavano chiaramente all'esame oculare per il contrasto col tessuto sano, ma che forse non si sarebbero potuti rilevare all'autopsia per l'opacamento delle meningi e per il conseguente pallore del tessuto nervoso⁵⁰⁶.

⁵⁰⁵ AICB, Attività del fondatore, Pubblicazioni e contributi di Carlo Besta, *Epilessia e ferite cerebrali di guerra* (1922), p. 1. Estratto da «Giornale di Psichiatria Clinica e Tecnica Manicomiale», anno 1922, fasc. III-IV. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8723/>> (09/2018).

⁵⁰⁶ Ivi, pp. 2-4.

L'epilessia è uno dei campi in cui venne illustrata la possibilità che l'incremento delle ricerche di tipo anatomico-fisiologico potevano risolvere alcuni misteri su patologie che l'indagine clinica psichiatrica era incapace di spiegare.

Quello di Milano fu un modello sicuramente innovativo per i tempi, anche se non unico nel suo campo. La vocazione, come per molti altri centri sorti in quegli anni, era per i malati organici, assumendo un'importanza primaria la pratica neurochirurgica e la rieducazione motoria. La guerra aveva tuttavia generato casi numerosi di commistione tra lesioni fisiche e disturbi psichici anche nei feriti del sistema nervoso periferico e non solo nei craniocerebrali. Una semplice disfunzione motoria limitata, per esempio, a un braccio e a una gamba, poteva essere di natura psicogena o causare piccoli disturbi mentali, non paragonabili sicuramente alle malattie mentali più conclamate ma comunque suscettibili di aggravamento. Il trattamento che ricevevano i feriti con compromissioni psichiche nel centro diretto da Besta era decisamente diverso da quello che poteva capitare in un istituto psichiatrico. Venne prolungato, per esempio, il periodo di dipendenza dei pazienti dalle autorità militari, ponendo queste ultime di fronte al compito di un'assistenza totale, non limitata alle sole operazioni chirurgiche urgenti. L'iniziativa finì così, come nelle intenzioni stesse del prof. Besta, per far assumere pienamente alle autorità militari l'onere della cura dei soldati neurolesi senza scaricarne l'intero peso sulle famiglie o sulla sanità pubblica.

Per il completo funzionamento del reparto della Guastalla si rese necessaria la partecipazione di settori della società civile milanese dimostratisi molto attivi. L'assistenza parasanitaria era assicurata dalla Croce verde milanese, mentre grazie alle donazioni dei comitati di beneficenza e di alcuni industriali ci fu la possibilità di compensare le limitate risorse economiche delle autorità militari. Il sostegno civile fu fondamentale anche per la sopravvivenza dell'istituto dopo che la smobilitazione in Italia pose fine all'esistenza di molti centri neurologici militari allestiti durante la guerra. Il successo dell'esperienza convinse Besta del bisogno di promuovere la nascita di istituti specializzati in malattie del sistema nervoso su tutto il territorio nazionale; l'opera della neurologia militare non avrebbe dovuto arrestarsi nel dopoguerra, data la necessità di assicurare la dovuta assistenza a feriti la cui natura patologica necessitava di lunghi periodi di convalescenza. Il congedo lasciava invece il compito all'assistenza pubblica o privata, ma per Besta gli ospedali chirurgici e i reparti neurologici degli ospedali comuni non erano ancora sufficientemente attrezzati, almeno non quanto i centri neurologici militari «che nel corso della guerra si erano di mano in mano perfezionati in modo da corrispondere sempre meglio alle necessità speciali della neurologia di guerra»⁵⁰⁷. Durante la terza Conferenza interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra propose quindi l'istituzione un ospedale neurologico militare per ogni regione italiana, ma la sua proposta non riscosse molto successo e non fu mai realizzata⁵⁰⁸.

L'ospedale della Guastalla fu eretto in ente giuridico l'8 giugno 1918 come Istituto Pro Feriti Cerebrali di Guerra e trapiantato nella residenza signorile dell'industriale Ercole Marelli, nella periferia di Milano, ceduta poi in via definitiva dai suoi eredi nel

⁵⁰⁷ C. Besta, *Criteri direttivi per l'Assistenza agli Invalidi per Lesioni del sistema nervoso*, in *Atti della III Conferenza interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra (Roma, 12-17 ottobre 1919)*, Tip. La Rapida, Roma 1919, p. 463.

⁵⁰⁸ Ivi, p. 467.

1924. Continuò a funzionare per tutto il 1919 prima che la smobilitazione impose un momentaneo arresto delle attività che ripresero nel gennaio del 1922. Lo stesso gruppo di privati attivo durante la guerra, a cui si aggiunsero molti altri nel corso degli anni, si impegnò ad assicurare il dovuto sostegno economico⁵⁰⁹. Con il passare degli anni, dai soli feriti di guerra l'accoglienza venne estesa a tutti i lesionati organici del sistema nervoso e in modo particolare agli invalidi del lavoro. Un'idea che Besta nutriva sin dal primo dopoguerra, tanto che nello statuto approvato il 13 aprile 1921 venne già delineata la possibilità di accogliere dei civili non appena si fossero resi disponibili dei posti letto occupati da soldati⁵¹⁰. L'idea iniziale venne formalizzata in modo completo solo dieci anni dopo, con il nuovo statuto approvato nel 1932⁵¹¹.

L'attenzione che Besta voleva attirare sul problema delle malattie neurologiche non rientrava solo in una prospettiva di sostegno sociale. Faceva parte piuttosto, almeno a partire dagli anni Trenta, di una visione eugenetica rispetto alle patologie neurologiche: la società doveva essere obbligata a trattarle adeguatamente in modo da sfuggire i potenziali pericoli che rappresentavano per il proprio ordine. È utile citare un intervento radiofonico andato in onda il primo marzo del 1938 alle 18:45 e intitolato *Importanza sociale delle malattie neurologiche*. Anche se enunciate quasi vent'anni dopo la fine della Prima guerra mondiale, sono parole indicative della maturità di un percorso scientifico cominciato con le ricerche sui militari durante la Prima guerra mondiale:

è quasi superfluo il dire che parlare di malattie neurologiche è parlare di malattie sociali nel più stretto senso della parola, dato che le malattie neurologiche ledono od alterano gli individui precisamente nelle funzioni della vita di relazione che appunto rappresentano il mezzo necessario per i rapporti fra i singoli: la normalità individuale è condizione imprescindibile per la normalità della vita civile e sociale.

È però necessario distinguere nelle malattie neurologiche due categorie fondamentali: l'una nella quale il sistema nervoso per sé stesso normale è reso irregolare nel suo funzionamento da anormalità della vita somatica, per lo più per squilibri endocrini e neurovegetativi; l'altra nella quale è il sistema nervoso stesso ammalato in misura maggiore o minore: la sintomatologia clinica è in stretto rapporto colla sede della lesione e colla sua estensione. Questa seconda categoria di malattie è come vedremo di gran lunga più importante della prima.

La prima categoria di malattie che potremo definire col nome riassuntivo di nevrosi od anche di psiconevrosi o di sindromi endocrino-simpatiche o neurovegetative entrano nel campo neurologico solo perché i malati avvertendo sintomi nervosi, ritengono di essere ammalati al sistema nervoso mentre non lo sono affatto: sono soggetti che accusano tutti i disturbi possibili, variandone continuamente il tipo e la natura, individui in continuo stato di autoosservazione che non si stancano di analizzare e di registrare tutte le variazioni del loro fisico, interpretandole come fatti patologici anche se non lo sono affatto, che credono di avere tutte le malattie di cui sentono parlare o di cui leggono sui giornali. Sono individui la cui patologia è basata su un'anormale

⁵⁰⁹ F. Arosio, *Carlo Besta. 1876-1940*, cit., pp. 26-27.

⁵¹⁰ AICB, Statuti e regolamenti, fasc. 1-Provvedimento di erezione in ente morale dell'istituto, *Statuto approvato il 13 aprile 1921*. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8490/>> (09/2018).

⁵¹¹ AICB, Statuti e regolamenti, Statuto, *Statuto approvato il 2 maggio 1932*. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8491/>> (09/2018).

emotività, che lasciano perfettamente tranquillo lo specialista sperimentato il quale sa che nessun pericolo esiste per loro [...].

D'altra parte tali forme - molto frequenti una volta - sono in diminuzione continua. Nei giovani, se debbo credere alla esperienza di consulente del Guf, sono pressappoco scomparse ed a questo ha certamente contribuito in larghissima misura l'abitudine ad una vita fisica sportiva, sempre più piena, alle gare, ai campeggi. Il corpo sano produce la mente sana [...].

Molto più grave e preoccupante dal punto di vista sociale è quello delle malattie organiche del sistema nervoso. Questo può essere attaccato e lesa da un numero notevolissimo di intossicazioni [...] e da pressappoco tutte le infezioni che colpiscono l'uomo, dalla sifilide alla scarlattina, dalla tubercolosi al vaiolo.⁵¹²

Da questa esposizione sembra delinearci una posizione solida, che distingue chiaramente tra patologie neurologiche e psichiche, posizionando inoltre le seconde su un piano inferiore, meno degne cioè di esami medici scrupolosi. Bisogna però tener presente che l'autore si rivolse qui a un pubblico non specialista, semplificando opinioni che sono inoltre riferite unicamente alle nevrosi e non a tutte le malattie mentali. In effetti le nevrosi non attirarono l'attenzione di Besta che durante la sua attività di medico militare vide pochi casi del genere, anche perché era un tipo di patologia di competenza del reparto milanese diretto da Medea. Ciò non significa, tuttavia, che nella sua carriera professionale, compresa quella trascorsa come medico militare, non si interessò di disturbi propriamente psichiatrici.

Nel 1924 l'Istituto neurobiologico pro feriti cerebrali divenne sede della cattedra assegnata a Besta di Clinica delle malattie nervose e mentali della nuova Università degli studi di Milano, nata in quello stesso anno. Mancando il suo istituto di pazienti affetti da malattie mentali non nervose da presentare nella didattica, riteneva incompleto l'insegnamento e propose così un accordo tra Provincia e Università di Milano, sancito nel 1931, per l'invio di malati dall'Ospedale psichiatrico di Mombello per migliorare la didattica delle lezioni di argomento psichiatrico⁵¹³. Il binomio neurologia-psichiatria non venne mai meno nonostante la priorità assegnata alla prima e la sottovalutazione delle nevrosi e delle psiconevrosi. Malattie ritenute invece di primaria importanza per la neurologia, per esempio, da Gaetano Boschi, fondatore di un ospedale specializzato nel loro trattamento.

4.3 L'approccio psichiatrico: Gaetano Boschi e l'Ospedale Neurologico Villa del Seminario

Nel maggio 1915 Gaetano Boschi, neuropsichiatra laureatosi a Padova, la sua città natale, era vicedirettore dell'ospedale psichiatrico provinciale di Ferrara dopo una

⁵¹² AICB, Attività del fondatore, Pubblicazioni e contributi di Carlo Besta, *Importanza sociale delle malattie neurologiche* (1938), pp. 1-3. <<https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8765/>> (09/2018).

⁵¹³ E. Montanari, *La Clinica delle malattie nervose e mentali di Milano tra neurologia e psichiatria*, Archivio storico della psicologia italiana – Protagonisti, 2015. <<http://www.aspi.unimib.it/collections/colletion/detail/55/>> (09/2017).

veloce carriera cominciata nel 1906 come secondo medico assistente⁵¹⁴. Il manicomio ferrarese accolse 88 soldati tra il 1915 e il 1918, una cifra estremamente bassa se confrontata con i ricoveri dei manicomi provinciali italiani, ma la città ospitò esperienze peculiari nel servizio sanitario militare proprio per la presenza di Boschi. Presidente dell'Accademia delle Scienze mediche e naturali della città emiliana, organizzò incontri mensili, denominati *Riunioni medico-militari*, durante le quali tutti i medici interessati potevano discutere di sanità militare aggiornando le proprie conoscenze sulla base delle ultime pubblicazioni⁵¹⁵. Ma soprattutto fondò l'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario, ospitato all'interno di un edificio distante circa tre chilometri da Ferrara e messo a disposizione delle autorità militari in uso gratuito dall'Arcivescovo Giulio Boschi⁵¹⁶. Il concorso della beneficenza pubblica fu fondamentale come a Milano: «molti oggetti di adornamento, di comodità, di igiene, di svago di sport, la maggior parte degli apparecchi diagnostici e di cura, furono offerti da un comitato di gentili signore, apposta costituitesi in “Comitato pro Mutilati funzionali”»⁵¹⁷. L'ospedale fu attivo dall'8 marzo 1916 ma a seguito della battaglia di Caporetto, tra l'ottobre e il novembre 1917, la struttura venne convertita in ospedale di tappa. Il personale medico e le attrezzature furono adoperati per la costruzione del nuovo Centro neurologico del Corpo d'Armata di Bari e Piazza Marittima di Taranto (350 posti letto), diretto sempre da Boschi ed entrato in funzione nell'aprile del 1918⁵¹⁸.

Non esistono studi biografici approfonditi sulla sua vita e dai pochi scritti dedicati a lui si ricavano principalmente informazioni riguardanti la vita professionale e il percorso di studi e ricerche che lo collocano tra i protagonisti della disciplina fino alla sua morte, avvenuta nel 1969 quando aveva 86 anni⁵¹⁹. La sua principale scoperta, grazie alla quale ottenne anche un certo prestigio, lo colloca più nel campo della neurologia che della psichiatria: raccogliendo i principali studi italiani e stranieri sul liquido cefalorachidiano, fluido dalle numerose funzioni circolante nel sistema nervoso centrale, elaborò una terapia chiamata *metodo diacefalo-rachidiano* adatta al trattamento di alcune malattie nervose toso-infettive nonché del tetano; consisteva in una puntura lombare che estraendo una parte di fluido permetteva la sua sostituzione tramite lo stimolo a una nuova produzione⁵²⁰. Molti altri suoi studi riguardarono l'anatomia e la fisiologia del sistema nervoso ma ciò andava di pari passo con l'attenzione

⁵¹⁴ L. Raito, *Gaetano Boschi. Sviluppi della neuropsichiatria di guerra (1915-1918)*, cit., p. 14.

⁵¹⁵ Ivi., p. 20.

⁵¹⁶ G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiali», 45-46, pp. 9-10.

⁵¹⁷ Ivi., p. 22.

⁵¹⁸ F. Paoletta, *La neuro-psichiatria in Emilia-Romagna durante la Grande Guerra*, cit., pp. 88 e 94. Non si conosce molto dell'ospedale barese ma ci sono testimonianze che provano la volontà da parte di alcune personalità locali di seguire le indicazioni di Boschi. Il 30 maggio 1919 l'Ammiraglio Davi Lopez, in vista della chiusura del centro neurologico militare, scrisse al sindaco di Bari affermando la necessità di incoraggiare i progressi scientifici stimolati dalle contingenze belliche nella città. Suggerì quindi di proporre al Ministero della Guerra la cessione all'amministrazione comunale di tutto il materiale annesso all'istituto per un suo utilizzo in supporto all'assistenza ospedaliera civile, richiesta effettivamente inviata dal sindaco il 4 giugno. L. Raito, *Gaetano Boschi. Sviluppi della neuropsichiatria di guerra (1915-1918)*, cit., pp. 26-27.

⁵¹⁹ Ivi., p. 32.

⁵²⁰ G. P. Arcieri, *Figure della medicina contemporanea italiana*, Fratelli Bocca, Milano 1952, pp. 40-42.

dedicata ai problemi che riguardavano le patologie più specificatamente psichiche, nella convinzione che per la comprensione delle malattie mentali, nonostante la necessità dal punto di vista didattico di separare le materie per meglio approfondirle, fosse necessaria l'unione delle conoscenze neurologiche e psichiatriche.

A proposito della competizione delle singole categorie di malati alle diverse branche delle mediche discipline, io credo si vada commettendo errore nel voler adottare criteri assoluti, spesso non del tutto sereni e dipendenti anzi da ragioni di interesse professionale e individuale. La neurologia, da una parte la avocano alla loro competenza gli psichiatri; dall'altra protestano i medici internisti essere la neurologia di loro spettanza; dall'altra ancora ne pretendono il monopolio neurologi puri. Contro queste composizioni artificiali e arbitrarie del dottrinale sta la concatenazione di tutti fra loro i fatti naturali, onde i fenomeni della neurologia sono connessi e con quelli della medicina interna e con quelli della psichiatria, e tal altra volta invece così predominanti per manifestazioni loro proprie da sembrare che possano ammettere uno scibile tutto proprio costituendo una vera individualità di materia. Per cui il campo della neurologia è vastissimo; e mentre è giustificato che taluni uomini di studio si dedichino, neurologi puri, esclusivamente allo studio e alla trattazione di molti dettagli, è richiesto pure che allo studio di altre parti si dedichino uomini esperti di psichiatria ed altri esperti di medicina interna, i quali portino alle conoscenze neuropatologiche il riflesso e il lume delle loro cognizioni nelle rispettive branche collaterali. La divisione di lavoro esige ripartizioni delle competenze, ma senza che si trascuri nessuna delle attinenze naturali fra i vari ordini di fenomeni. Questi concepimenti teorici sono suffragati dalla osservazione pratica: effettivamente, ad onta della deliberata trasformazione della Clinica delle malattie mentali in Clinica delle malattie mentali e nervose, le malattie nervose non cessano di entrare nel programma della Clinica medica, e la Clinica delle malattie nervose propriamente dette non ha cessato di sentirsi così ricca di contenuto suo proprio da giustificare la sua personalità isolata come materia di studio. E tutto questo dico io, assertore provato della legittima individualità di una Clinica neuropsichiatrica⁵²¹.

All'epoca dell'articolo l'ospedale fondato da Boschi era in funzione da circa un anno. Accoglieva i soldati colpiti da patologie del sistema nervoso sia organiche che funzionali, a differenza di Milano dove esistevano due strutture separate per i due gruppi. Le nevrosi figuravano comunque in primo piano:

è chiaro che, se è razionale ammettere che una pazzia conclamata presupponga il concorso, colla etiologia estrinseca, di una predisposizione individuale abbastanza spiccata, dove invece il grado di predisposizione sia inferiore, le cause esogene non possono determinare niente più che una malattia del sistema nervoso la quale ingeneri, non lo sfacelo delle funzioni che è proprio della pazzia, ma soltanto dissesti di funzione più miti, qualche cosa che non molto scosti dai fenomeni fisiologici della emotività e della stanchezza nervosa e sia costituito semplicemente da esagerazioni di essi. Da tali disturbi appunto sono costituite la maggior parte delle sintomatologie così

⁵²¹ G. Boschi, *Assistenza neurologica di guerra*, «Rivista sperimentale di freniatria», 42, 4, 1917, pp. 506-507.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

dette nevrosiche (nevrosi traumatica, nevrastenia, psicastenia, ipocondriasi, isterismo, ecc.)⁵²².

Fu forse la convinzione generale che le nevrosi, a differenza delle malattie mentali vere e proprie, potessero essere facilmente curate senza la necessità di lunghi ricoveri, che provocò dei rallentamenti nell'attuazione del progetto. In un volume intitolato *La guerra e le arti sanitarie* pubblicato nel 1931 all'interno della collana *Collezione italiana di diari, memorie, studi e documenti per servire alla storia della guerra del mondo* diretta da Angelo Gatti, Boschi ricorda le difficoltà incontrate nell'attuazione della sua idea giudicata ai tempi innovativa e poco compresa dalle autorità militari⁵²³. L'accento che l'autore pose sulla novità assoluta di un ospedale militare specializzato in malattie del sistema nervoso è tuttavia esagerata. Al momento della sua fondazione, nel marzo del 1916, esistevano sul territorio vari centri neurologici militari, anche se è vero che quella ferrarese fu un'esperienza del tutto particolare. È verosimile, comunque, che la volontà di ammettere nello stesso istituto malati psichici lievi insieme con veri e propri feriti poteva incontrare gli ostacoli accennati da Boschi. I pregiudizi delle autorità militari verso i simulatori trovavano qui terreno fertile per la facilità con cui i soldati potevano esagerare sintomi reali ma di lieve entità, privi di conseguenze effettive per lo svolgimento del servizio militare. L'alto ufficiale a cui dovette rivolgersi per ungere le ruote della burocrazia legata alla Commissione sanitaria superiore era il comandante del Corpo d'Armata di Bologna, Generale Lorenzo Aliprindi, il cui intervento fu decisivo⁵²⁴.

Per Boschi la particolare attenzione rivolta alle forme nevrosiche e in generale alla psicoterapia non contrastava con la presenza di feriti privi di disturbi mentali ed era ritenuta positiva anche per alcuni malati con lesioni organiche.

Anche pure, queste forme sono di spettanza della Neurologia; per la loro complessità esse richiedono uno studio specializzato pressoché esclusivamente. La Neurologia saprà avocare la collaborazione della chirurgia ove questa occorra. Ma succede altresì

⁵²² G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, cit., p. 7.

⁵²³ «Come suol accadere, l'idea della innovazione sorse dunque in un cervello isolato. L'organizzazione della Sanità militare non ancora si era fatta snodata ed elastica come divenne indi a poco. Non era in grado di tradurre in realizzazione pronta una proposta che implicasse la reazione di un'assoluta novità. L'ideatore doveva dunque forzare i congegni ferrei e ben saldati che sogliono preservare ogni burocrazia dalla invasione perturbatrice delle idee nuove a quel modo che la montagna si infischia del vento. Dovette passare infatti per una specie di *via crucis* innanzi di vedere accettato il suo disegno. [...] Finché un giorno poté imbattersi in un Uomo elevatissimo in grado, che possedeva anche un intelletto aperto ed un cuore generoso.

Quando egli ebbe esposto a quel generale le indicazioni ovvie, di una siffatta assistenza ospedaliera specializzata, egli sentì che quella innovazione sanitaria si sarebbe ormai effettuata. C'era soltanto da evitare un pericolo. Incombeva l'obbligo burocratico che fosse consultata una certa Commissione medica superiore [...]. - Eccellenza, siamo bloccati – osò prospettare cotesto piccolo Lutero della Sanità. E il generale capi a volo anche questo. E credo che la Commissione sia stata così indotta da lui a fare il proprio dovere nel modo migliore, e cioè obbedendo. Sta di fatto che, una settimana appresso, quel medico fu interpellato ufficialmente da superiori suoi più o meno diretti e invitato a *far conoscere un certo suo progetto*, che, viceversa poi, era ormai arcinoto; e cominciò il lavoro fattivo di preparazione, di organizzazione e di funzionamento». G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, A. Mondadori, Milano 1931, pp. 190-192.

⁵²⁴ F. Paoletta, *La neuro-psichiatria in Emilia-Romagna durante la Grande Guerra*, cit., p. 88.

che alle suddette lesioni ben frequentemente si associno alterazioni di indole funzionale, sine materie, psicogene. Evidentemente, queste concomitanze psiconevrotiche richiedono un ambiente di cura informato a criteri psichiatrici, mentre i mezzi fisioterapici adatti esercitino il trattamento del componente organico della sindrome (la lesione da ferita).

Ecco pertanto un'altra parte del contenuto dell'Ospedale Militare Villa del Seminario: lesioni organiche del sistema nervoso, addizionate o meno di turbe funzionali. Giova rilevare che l'accoglimento nello stesso ospedale degli infermi organici insieme cogli psiconevrosici non alienati, produce a vantaggio di questi un effetto morale che seconda lo spirito informativo della loro spedalità speciale perché contribuisce a dirimere il fantasma manicomiale di cui taluni ricoverati appaiono fobici ad onta della costituzione e della organizzazione dell'istituto, liberale e sui generis⁵²⁵.

Chi aveva subito danni fisici al sistema nervoso presentava spesso disturbi pienamente inseriti nella gamma delle sindromi nevrosiche, dimostrando per Boschi l'utilità di un ricovero comune. I nevrotici, i neurolesi e coloro che possedevano entrambe le qualità erano quindi accomunati da disturbi psichici che necessitavano di particolari trattamenti ma che, tuttavia, non potevano rientrare nella stessa categoria degli alienati – i veri e propri matti – per motivi di ordine terapeutico, ma in parte anche sociali. In Boschi appare evidente la consapevolezza della funzione sostitutiva al ricovero manicomiale che potevano avere i centri neurologici per molti soldati italiani.

I comuni manicomi hanno aperto ampiamente le porte, nell'occasione della guerra, per accogliere anche militari malati nervosi non alienati. I soliti ingombri burocratici sono stati tolti di mezzo. Ma per quanto il manicomio moderno voglia mirare a criteri di tecnica ospedaliera comune, è tuttavia evidente che i suoi ospiti abituali richiedono, per la loro sintomatologia psichica, dei dispositivi tecnici che, vincolando la libertà, sono invece impropri, perché eccessivi, ai malati nervosi speciali di cui qui è parola. Ed è vero che i disturbi psichici dovrebbero essere interpretati ormai anche dal grande pubblico come fenomeni di malattia e non come una vergogna, e il vincolo manicomiale come un intervento sanitario e niente altro. Sta bene; ma esiste pure un pudore della malattia, tanto più spiccato quanto più elevata è la sfera funzionale compromessa. Ecco perché, nonostante la più evoluta modernità di vedute, il cachet di malato di mente, impresso al malato nevrosico col suo ricovero in un istituto manicomiale, viene a cagionargli già di per se una gene dello spirito, che costituisce una contro corrente ad ogni tentativo. Poi, non tutti i pregiudizi popolari in fatto di pazzia sono sfatati (e perché dovremmo noi vedere le cose come si vorrebbe che fossero e non come sono, per regolarci nella pratica? I propri provvedimenti e la propria condotta devono essere assunti conforme alla realtà delle cose). Ad ogni modo, una pregressa degenza manicomiale legittima il sospetto che l'individuo non presenti una validità ed una stabilità psichica normali.

Male la Patria compensa il figlio che le ha offerto la vita, se, allorché si tratti di risanarlo, gli comprometta la validità della persona sociale [...].

E nemmeno si avvantaggiano la maggior parte dei nevrosici di una cura in famiglia. Le loro manifestazioni psichiche rasentano la normalità, cosicché nel convincimento dei profani stentano a essere interpretate come espressioni di malattia, e siccome,

⁵²⁵ G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, cit., p. 8.

d'altra parte, riescono urtanti ai convenienti, sogliono provocare da parte di questi reazioni e trattamenti alquanto duri o, quantomeno, inadatti⁵²⁶.

Si parla qui unicamente di nevrosi e psiconevrosi, che Boschi distingueva in modo netto dalle confusioni mentali post-emoive o post-commotive, cioè dalle malattie mentali pure, che non potevano essere trattate adeguatamente se non in reparti psichiatrici. La loro presenza avrebbe potuto danneggiare malati non del tutto alienati dando un'impronta manicomiale che si voleva evitare a tutti i costi.

Nell'istituto vigeva la totale libertà di movimento per i pazienti, con le dovute eccezioni per quei soldati che cercavano di approfittare dei propri disturbi per evitare un ritorno in servizio. Per questi fu preparato un reparto di isolamento regolato da un regime disciplinare abbastanza duro che vietava, per esempio, la partecipazione ai giochi e la concessione di permessi o di visite esterne. Si trattava però di una piccola percentuale di ricoverati, principalmente «psiconevrotici delle membra» che dovevano recuperare funzionalità motorie circoscritte di natura psicogena. Per Boschi non erano veri e propri simulatori, anche se non potevano godere di un regime libero non dovevano essere puniti:

a prescindere dal suo meccanismo della sua produzione, il fatto a cui ci troviamo di fronte, l'alterazione funzionale, è intrattenuto da un fatto psicologico oltre che da quello psicopatologico; per dissiparlo, dobbiamo dunque ricorrere ad argomenti di indole pedagogica e non solamente psichiatrica; anzi i primi hanno ben maggiore importanza dei secondi, perché la malattia propriamente è per lo più cosa da poco. Quindi è consigliabile di angustiare e costringere la vita del paziente senza altro scampo che uno solo, il quale gli schiuda la possibilità della vita più intensa e più elevata: la guarigione conseguita la quale il paziente possa riprendere la sua piena funzionalità, fisica, spirituale e sociale. Qui è lo spirito pedagogico dell'isolamento. Effettivamente l'azione teleologica del dolore consiste in un tropismo negativo di fronte alla sua causa. Orbene, nel caso concreto, in paragone di un'altra causa di dolore (la partecipazione alla guerra) il dolore della malattia è scarso e inefficace? ed intensifichiamolo dunque, se il meccanismo della guarigione esige che si espleti il meccanismo teleologico del dolore! *Quo vergit Natura*.

Ma non bisogna dimenticare, in pari tempo, che la malattia c'è: da auto o eterosuggestione, da fobia, da iperestesia... Chi trattasse il malato come un volgare simulatore comprometterebbe a sé stesso ogni prestigio e ribadirebbe nel malato la convinzione di malattia, esaltandola per ragione di contrasto. Qui riposa una ragione della inopportunità di generalizzare fra i funzionali paratonici inveterati le elettrizzazioni violente, i «*torpillages*»⁵²⁷.

L'utilizzo delle terapie elettriche suggestive era ammesso da Boschi ma, stando alle sue testimonianze e in assenza di documentazione comprovante la loro effettiva diffusione, il loro peso fu minimo nel complesso dei sistemi terapeutici adottati. Il reparto di isolamento, che in realtà consisteva in due sole camere senza finestre, era infatti un'eccezione in un istituto in cui il regime disciplinare era simile a quelli diffusi in ambito ospedaliero. Un ambiente predisposto per la psicoterapia oltre che per le

⁵²⁶ Ivi, pp. 6-7.

⁵²⁷ Ivi, p. 45.

cure mediche generali lo rendeva tuttavia un luogo del tutto particolare sia rispetto ai manicomi che agli ospedali comuni.

sopra tutto la conformazione dell'ospedale speciale per malati nervosi non alienati deve avere per base il concetto che qui non si tratta di ricoverare dei malati allettati, la cui cura si possa espletare con sostanze medicinali o con atti operativi esclusivamente; ma bensì degli individui in cui la parte malata, il sistema nervoso, si giova, oltreché dei mezzi chimici e fisici, anche di quelli spirituali, facendo parte del suo ricambio funzionale appunto anche l'elemento psichico. L'ambiente ospedaliero speciale deve perciò considerare le più evolute attitudini della attività umana ed offrire i mezzi per influire su di esse anche direttamente. Quindi:

I. la maggiore profusione possibile di confortevolezza – amenità del sito, svaghi. [...] Occorre persuadere l'ammalato di ciò che la natura ha ancora di buono, ripresentargli le bellezze naturali, ristabilire la pervietà alle loro impressioni. Fa d'uopo ridare alla psiche la primordiale e fondamentale attitudine estetica, che impartisce a sua volta una estetica, uno stile, un ordine, alla condotta. (È implicita in ciò una sana finalità utilitaristica dell'Arte);

II. fisionomia dell'istituto che valga a conferirgli anche nell'aspetto un prestigio di fronte al malato;

III. argomenti di vita sociale (laboratori per il lavoro rieducativo e ricreativo)⁵²⁸.

Le attività di svago occupavano un posto di rilievo ed erano diversificate in modo da soddisfare le più svariate attitudini ed evitare la noia, «il veleno del riposo»⁵²⁹: canottaggio, pesca, equitazione (per gli ufficiali possessori di un cavallo), ciclismo, calcio, volano, tamburello, bocce, birilli, croquet da giardino e da tavolo, giochi da tavolo, il thè delle cinque, spettacoli di burattini, gite⁵³⁰. La scuola elementare e di rieducazione psichica fu organizzata, come a Milano, da un comitato di beneficenza. Ancor più incoraggiate le attività artistiche, cosa comprensibile alla luce degli interessi esterni al campo medico del direttore.

Studiando la figura di Gaetano Boschi nei suoi svariati aspetti, si rinviene una personalità complessa, superbamente eclettica. In essa non trovi, di fatto, soltanto il promotore instancabile, il ricercatore geniale, l'innovatore che presagisce e dimostra, coordina e plasma a sistema, ma l'umanista, lo storico, il poeta, l'artista, lo scrittore, il parlatore.

Ben lungi ci porterebbe il dire convenientemente di ognuna di queste qualità [...], ma non possiamo tacere quelle di scrittore, che spesso raggiungono espressioni di alta significazione poetica⁵³¹.

Un giudizio piuttosto lusinghiero degli scritti letterari di Boschi⁵³² inserito in una brevissima biografia incentrata unicamente sulla sua attività scientifica. In ogni caso è

⁵²⁸ Ivi, pp. 18-19.

⁵²⁹ Ivi, p. 32.

⁵³⁰ Ivi, pp. 32-36.

⁵³¹ G. P. Arcieri, *Figure della medicina contemporanea italiana*, cit., p. 47.

⁵³² G. Boschi, *Scorreria di un medico attraverso la Divina Commedia*, Masini, Genova, 1930; G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, cit.; G. Boschi, *Diagnostica della pazzia di Orlando*, «Il Pensiero Medico», giugno 1952.

importante segnalare il suo forte interesse verso le arti e la letteratura per le forti influenze che avevano sulla sua attività professionale: all'interno della Villa del Seminario venivano organizzati concerti musicali e spettacoli teatrali a cui partecipavano anche professionisti esterni⁵³³. A rendere l'ambiente decisamente originale contribuiva poi la presenza, in qualità di ricoverati, di artisti divenuti poi celebri come Carlo Carrà, Giorgio De Chirico e Filippo De Pisis. L'incontro tra Carrà e De Chirico, che battezzò il luogo «la villa degli enigmi», fu fondamentale per gli sviluppi della corrente metafisica, avviando un sodalizio interrotto solo nel 1920 quando nel libro *Pittura Metafisica*, pubblicato da Carrà nel 1920, De Chirico non venne mai citato⁵³⁴. Singolare, a questo proposito, la testimonianza di De Pisis riportata dal fratello Pietro:

in una serena settecentesca villa patrizia del suburbio, già dimora per gli onesti spazi estivi per il Seminario, i pittori De Chirico e Carrà in grigio verde alternavano gli ozi militareschi alle pitture metafisiche. Sarei troppo ardito se dicessi che queste produzioni potevano essere pretesto ai bravi superiori per crederli un tantino malati di mente? Ma, Dio mio, è la vecchia tragedia del secolo XX dagli Enciclopedisti in poi, dove finisce la pazzia e incomincia il genio?⁵³⁵

Boschi era molto sensibile alle potenzialità insite in individui dalla psiche in parte alterata e incoraggiava spesso le loro espressioni artistiche. Ciò si rifletté nella grande apertura a questo tipo di attività in funzione della guarigione dei pazienti, ma l'impronta marcatamente psicoterapica che aveva l'istituto era anche una conseguenza del fatto che non fu installato un gabinetto radiologico e tantomeno un servizio chirurgico, come avrebbe invece voluto il direttore.

L'ospedale Villa del Seminario non è corredato di servizio chirurgico in sito (ricorre al Riparto chirurgico dell'Ospedale di Riserva di Ferrara – chirurgo il Cap. dott. Edmondo Buscaroli). Ciò non consente il buon funzionamento del moderno binomio neurologico chirurgico. Ciò infatti non dà affidamento che il chirurgo possa essere tutto dedito a questa delicata branca della chirurgia; difficoltà l'assiduità di rapporti fra neurologo e chirurgo; con indugi ed ostacoli rischia di compromettere l'effettuazione dell'atto operativo, stancando la perseveranza dell'infermo già mostratosi ben disposto alla accettazione.⁵³⁶

Si può quindi ipotizzare che l'insistenza di Boschi nel presentare la sua creazione come dedicata alla cura delle nevrosi, anche se venivano accolti in parte anche malati organici del sistema nervoso, non sia solo un indirizzo voluto ma anche uno stato di necessità. Necessità che fece però risaltare la sua peculiarità nel complesso dei centri neurologici e che sembra inoltre difficilmente attribuibile a una presenza massiccia di ufficiali, ovviamente trattati ovunque con più riguardo, dato che su 200 posti letto

⁵³³ G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, cit., p. 31.

⁵³⁴ G. Germano, *Gaetano Boschi, l'ospedale militare neurologico Villa del Seminario e gli artisti metafisici*, «Annali di Neurologia e Psichiatria», 92, 1998, pp. 114-115.

⁵³⁵ Cit. in Ivi, p. 116

⁵³⁶ G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, cit., p. 47.

disponibili solo 30 erano riservati a loro⁵³⁷. In assenza di dati più specifici sui ricoveri non è possibile tuttavia pronunciare giudizi definitivi.

La direzione degli ospedali neurologici militari prima di Ferrara e poi di Bari aveva mostrato a Boschi la grande utilità di ricoverare gli psiconevrotici in centri specializzati. Già dal 1917 era convinto che ciò sarebbe tornato utile anche alla sanità pubblica civile⁵³⁸. Nella relazione presentata alla terza Conferenza interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra (Roma, 12-17 ottobre 1919) ritornò sul tema, che riteneva decisivo anche dal punto di vista sociale dato che gli invalidi psiconevrotici erano divenuti ormai quasi tutti civili.

Quest'assistenza non trova in seno alla società civile, con cui dovrebbe stringere rapporti come per l'assistenza ad altre invalidità (psicosi, per es.), non trova né aiuto ed ospitalità di mezzi preformati, né appoggio di principii che abbiano già avuto almeno l'affermazione teorica. Purtroppo della assistenza *ospedaliera* agli psiconevrotici, che pure in molti casi è necessaria, l'assistenza pubblica non si occupa convenientemente. Dovremo noi permettere che gli psiconevrotici di guerra subiscano questo assenteismo?

Già comunicai in proposito alla prima conferenza Interalleata. Non la famiglia e le cure ambulatorie, non i manicomi, non gli ospedali comuni sono mezzi e ambienti che si confacciano a una gran parte degli psiconevrotici, Il ricco lascia il soggiorno quotidiano, il clima abituale e se ne va in una casa di salute o in una stazione climatica. Il povero non ha mezzi di cura corrispondenti.

La guerra suscitò una affermazione pratica del proprio vantato significato evolutivo civile e, prendendo lo spunto dai bisogni sanitari degli psiconevrotici di guerra, promueva la istituzione di ospedali speciali per malati nervosi e non mentali. Opera Nazionale per l'assistenza agli invalidi di guerra, per l'Italia, ed opere della assistenza sanitaria pubblica civile si accordino per la loro effettuazione [...].

Non si voglia trascurare le psiconevrosi. Non si dimentichi la loro portata sociale. Esse turbano il carattere e la condotta e, passando spesso inavvertite, consentono il lasciar passare nelle società di atti patologici dannosi. Quanti puntigli, quante antipatie, quanti odii, quanti atti di violenza, quante scioperataggini sono espressioni di nervosità anziché il frutto di direttive psicologiche ed etiche, e sarebbero sventati dal riconoscimento precoce della loro natura e dell'adeguato trattamento sanitario!⁵³⁹

4.4 Il Reparto Infermeria del manicomio provinciale di Arezzo: un esempio di integrazione tra ricerca scientifica e assistenza

Il Manicomio provinciale di Arezzo era un contesto secondario rispetto alle principali strutture che avevano ospitato i militari ma al proprio interno venne avviato un esperimento significativo per la storia della neuropsichiatria. Tra il 1915 e il 1918 il reparto destinato all'infermeria si trasformò in una sezione dell'ospedale militare di Arezzo e la progressiva specializzazione nel trattamento delle patologie del sistema nervoso orientò tuttavia il direttore nella futura decisione di aprire il padiglione neurologico

⁵³⁷ Ivi, p. 12.

⁵³⁸ Ivi, p. 7.

⁵³⁹ G. Boschi, *Criteri direttivi nell'assistenza agli invalidi per lesioni funzionali del sistema nervoso*, in *Atti della III Conferenza interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra*, cit., pp. 456-457.

interno al manicomio nel 1926. Una delle risposte al problema di un'assistenza neurologica civile venne quindi da quel luogo che molti ritenevano deleterio per i malati del sistema nervoso e cioè da un ospedale psichiatrico.

Il padiglione era funzionante già prima del conflitto come Infermeria Uomini e destinato ai malati di medicina e chirurgia. Fu il direttore Arnaldo Pieraccini, in linea con il suo grande impegno per il miglioramento continuo dei servizi nel manicomio, a sollecitarne fortemente la creazione. Entrò in funzione il 4 marzo 1911, completo di tutto ciò che poteva servire alla medicina ospedaliera comune: una sezione chirurgica con sala operatoria, anti-operatoria, disinfezioni e due stanze per la strumentazione tecnica e il materiale di medicatura; una sezione infermeria comune con un grande dormitorio per i malati di medicina e uno più ridotto per quelli di chirurgia, due camere di isolamento, un soggiorno/refettorio e altre stanze per bisogni vari; una sezione per malattie infettive con tre camere di isolamento. Era predisposto anche, all'occorrenza, per pazienti di sesso femminile⁵⁴⁰. Un mini-ospedale funzionante all'interno del manicomio in modo da poter trattare adeguatamente i casi di ferite gravi o di malattie comuni, molto frequenti tra la popolazione manicomiale ma spesso, anche per la mancanza di mezzi a disposizione, curati solo superficialmente. Era per ovviare a tutto ciò che Pieraccini organizzò in modo accurato una struttura che sarà destinata a evolversi nel tempo, rivestendo un ruolo importante nella storia del manicomio aretino della prima metà del Novecento.

Fu sempre grazie a una proposta di Pieraccini alla Deputazione provinciale e alle autorità militari di Arezzo che il 18 luglio 1915 l'infermeria del manicomio venne messa a disposizione dell'Esercito e trasformata in Padiglione provinciale – III Sezione degli Ospedali Militari di Riserva di Arezzo, funzionale al ricovero di tutti i feriti di guerra, senza preferenze cliniche, ed è questo forse il motivo per cui non figurava nelle descrizioni dei centri neurologici militari nati durante il conflitto. Ufficialmente si trovava sotto la sorveglianza dell'ospedale militare, che interveniva confermando o rigettando le proposte del direttore riguardo le ammissioni, le dimissioni e le licenze di convalida, ma non vennero assunti medici militari, se si escludono i chirurghi chiamati a prestazione per gli interventi più gravi. Il personale era quello del manicomio e la gestione interna era sostanzialmente indipendente. Non furono necessari particolari lavori di riadattamento, così alla fine di luglio furono già accolti un ufficiale e quindici uomini di truppa⁵⁴¹.

A causa della chiamata alle armi di quattro infermieri il 26 maggio 1915 vennero assunte provvisoriamente quattro vedove che vennero poco dopo confermate in modo definitivo⁵⁴². Cominciò così una prassi che durerà nel tempo e che venne estesa già nel periodo bellico alle sezioni mentali, in particolare a quella che ospitava i cronici, nella colonia agricola e in quella industriale⁵⁴³. L'idea di Pieraccini che in alcuni casi

⁵⁴⁰ A. Pieraccini, *Il Padiglione neurologico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo. Giudizi critici sulla iniziativa e primi risultati di esercizio*, Marsano, Genova 1927, pp. 1-2, estratto da «Quaderni di Psichiatria», anno 1927, n. 3-4.

⁵⁴¹ AONA, Direzione, Militari I guerra, Relazioni mediche e ammissioni, n. 1290-Reperto *Infermeria Uomini*, pp. 5 e 8.

⁵⁴² Ivi, p. 3.

⁵⁴³ A. Pieraccini, *Il Padiglione neurologico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo. Giudizi critici sulla iniziativa e primi risultati di esercizio*, cit.

l'assistenza femminile fosse nettamente superiore a quella maschile era sicuramente innovativa, ma nello stesso tempo veniva giustificata da concezioni tradizionali delle attitudini di una donna. Non a caso furono assunte principalmente vedove di guerra.

Né inconveniente alcuno è mai emerso da questa promiscuità, mentre i vantaggi – anche prescindendo da quelli, pur notevolissimi, della economia – sono apparsi ed appaiono nel campo tecnico molteplici e sensibili.

Già, la donna, per le sue stesse attitudini e consuetudini di vita, è la più adatta per l'assetto e il buon ordine degli ambienti e per tutto ciò che ha attinenza con l'intera vita domestica delle Sezioni, come per le sue doti d'animo improntate a paziente dolcezza è la più adatta al trattamento degli infermi. Chi è, di fatto, che nella casa si costituisce infermiere quando uno dei componenti si alletta o comunque si rende bisognoso di assistenza?

Ma, alla prova pratica, un altro pregio dell'elemento femminile si è in quest'opera reso evidente e si è anzi imposto alla meravigliata constatazione di tutti. Intendo parlare della favorevole influenza suggestiva che dalla donna viene esercitata sull'alienato, e che si esplica sotto la forma di un benefico ascendente atto a determinare nel malato uno stato d'animo di quiete di remissività di obbedienza e di rispetto. Ed è nella generalità degli alienati, indipendentemente dalla classe sociale da cui provengono come dalle forme di malattia e dal contegno che offrono, che questo fascino si esercita, tanto che noi ne notiamo in identico modo gli effetti così per il gruppo dei malati assegnati alla Colonia Agricola dove il ricoverato proveniente dalla campagna considera l'infermiera come la massaia della casa, così per il gruppo di quelli assegnati alla Colonia Industriale costituito di appartenenti alla classe operaia, così per il gruppo a carattere sotto ogni aspetto misto assegnato all'Osservazione e alla Vigilanza Continua tranquilli, come infine per il gruppo degli assegnati al Reparto Cronici dove gli scomposti sono in numero notevole. E poiché noi ci troviamo nella condizione di poter fare raffronti tra il modo in cui si svolgeva la vita dei Reparti prima della introduzione dell'assistenza femminile e il modo in cui si è svolta successivamente e si svolge oggi, e troviamo che cospicua ne è la differenza a vantaggio dell'assistenza femminile, così riteniamo che il convincimento nostro possa avere un certo valore⁵⁴⁴.

Le figure descritte sono corrispondenti al ruolo tradizionale che avevano le donne nel campo dell'assistenzialismo ai soldati feriti e un fenomeno tutt'altro che nuovo; nell'iconografia del tempo i compiti in cui venivano più spesso ritratte erano proprio quelli dell'infermiera e della dama di carità. La Grande Guerra fu tuttavia un momento in cui la presenza femminile diventava indispensabile in servizi che lo Stato e l'Esercito non erano in grado di assicurare ai soldati e alle loro famiglie⁵⁴⁵. Fu soprattutto attraverso i comitati di assistenza civile che le donne estesero in modo capillare la loro attività assistenzialistica⁵⁴⁶; nei centri neurologici di Milano e Ferrara, per esempio, il contributo dei comitati fu essenziale per lo svolgimento delle attività di rieducazione. Nel caso specifico dell'assistenza manicomiale rappresentava tuttavia un fatto inedito, che può essere interpretato anche alla luce nel discorso sull'assunzione femminile in lavori prima svolti da uomini. La chiamata alle armi aveva ridotto notevolmente la

⁵⁴⁴ Ivi, p. 7.

⁵⁴⁵ Cfr. A. Molinari, *Una patria per le donne. La mobilitazione femminile nella Grande Guerra*, Il Mulino, Bologna 2014; S. Bartoloni, *Italiane alla guerra. L'assistenza ai feriti 1915-1918*, Marsilio, 2003.

⁵⁴⁶ A. Molinari, *Una patria per le donne. La mobilitazione femminile nella Grande Guerra*, cit., p. 131.

presenza maschile nell'ambito della società civile per cui fu necessario avere autiste di tram, ferroviere, impiegate e soprattutto operaie di fabbrica. Si toccavano qui i tabù propri di una mentalità generale ancora impreparata a certe libertà femminili, come quella di uscire da sole o di avere responsabilità prima riservate agli uomini⁵⁴⁷. La condizione delle infermiere manicomiali addette a sezioni maschili si trovava a metà strada tra l'idea tradizionale della donna che si dedica ad alleviare le sofferenze dell'uomo e quella della donna emancipata capace di assumere ruoli nuovi. Nel manicomio di Arezzo la prova si rivelò positiva e venne così potenziata la presenza di impiegate e infermiere nei decenni successivi la guerra innescando un cambiamento irreversibile, a differenza di altri contesti, come le fabbriche e il trasporto pubblico, dove si vide in breve tempo un ritorno alla normalità⁵⁴⁸. Quello del manicomio di Arezzo e del reparto neurologico annesso non fu l'unico esempio in Italia; molti istituti psichiatrici provinciali si dovettero adeguare alla carenza di personale assumendo donne per assistere gli uomini: Perugia, Vicenza, Cremona, Roma, Parma, Belluno e Udine⁵⁴⁹.

Nell'archivio storico del manicomio aretino sono presenti 256 relazioni sanitarie inviate alle autorità militari dalla sezione neurologica relative ai soldati accolti negli anni 1915-1918, ma secondo un breve riassunto delle attività svolte dalla fondazione nel 1911, redatto dalla direzione con tutta probabilità tra la fine del 1925 e il 1926, durante il periodo bellico vennero accolti 273 militari feriti o ammalati. Tra questi 90 erano ufficiali e 183 soldati di truppa, con una presenza media piuttosto bassa dovuta ai tempi brevi delle degenze:

Tabella 3. Movimento annuale dei ricoverati nel Padiglione provinciale del manicomio di Arezzo

Anno	Ammessi	Dimessi	Rimasti
1915	53	38	15
1916	69	64	5
1917	122	106	16
1918	29	65	0

Fonte: AONA, Direzione, Militari I guerra, Relazioni mediche e ammissioni, n. 1290, Reparto Infermeria Uomini, p. 11.

La proporzione tra ufficiali e truppa era sbilanciata nettamente in favore dei primi rispetto alla composizione generale dell'Esercito e ciò potrebbe far riflettere sulla politica selettiva della direzione dell'ospedale militare di Arezzo riguardo i soggetti da inviare nel Padiglione. In ogni caso qui interessa sottolineare non tanto la presenza di un gruppo consistente di ufficiali a giustificazione della qualità del trattamento

⁵⁴⁷ Cfr. S. Bartoloni (a cura di), *La Grande Guerra delle italiane. Mobilitazioni, diritti e trasformazioni*, Viella, Roma 2016; A. Molinari, *Donne e ruoli femminili nell'Italia della Grande Guerra*, Selene, Milano 2008; L. Tomassini, *Donne e lavoro nella fotografia agli inizi del Novecento*, Roma, Agra, 2015.

⁵⁴⁸ A. Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani. 1915-1918*, BUR Rizzoli, Milano 2014, pp. 188-190.

⁵⁴⁹ *Notizie. I Manicomi italiani e la guerra. L'assistenza femminile nei reparti maschili dei manicomi*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 45-46, 1917-1918, p. XLVII.

sanitario, ma piuttosto la cospicua presenza di soldati di truppa che ricevettero trattamenti non inferiori, se si escludono alcuni privilegi concessi agli ufficiali. Il tipo di ferite e le malattie presentate da questi ultimi si differenziavano nettamente da quelli registrati per i soldati semplici. In questi ultimi risaltano le patologie accompagnate da disturbi psichici mentre per gli altri non c'è una netta prevalenza di mali specifici. Tra gli ufficiali ci fu un solo caso di «psiconevrosi traumatica» e quattro di «nevra-stenia», mentre a ben 61 militari di truppa, un quarto del totale dei ricoverati, fu diagnosticata una «nevrosi»⁵⁵⁰. Nelle relazioni sanitarie sono specificate le patologie che rientravano sotto questo generico insieme, dove non figuravano solo le vere e proprie nevrosi nel senso specificato da Gaetano Boschi ma tutti i disturbi che alteravano le facoltà psichiche, anche conseguenti a ferite.

La maggior parte delle diagnosi di nevrosi stilate nella sezione neurologica di Arezzo erano collocabili all'interno dei grandi gruppi dell'isteria e delle neuropsicosi, tipologie di pazienti che affollavano i manicomi italiani. Tra questi ci fu un solo caso trasferito alle sezioni mentali⁵⁵¹ mentre i restanti evitarono, almeno nel breve tempo, il ricovero manicomiale con tutte le conseguenze che poteva recare dal punto di vista dei danni sociali, morali e materiali. Per quanto riguarda i provvedimenti presi nei loro confronti le notizie non sono sempre precise. Su un campione di 64 militari con disturbi psichici, cifra che dovrebbe rappresentare la quasi totalità degli ufficiali e dei soldati con sintomi del genere, almeno 18 vennero dimessi con la proposta di riforma dal servizio o rassegna di rimando, spesso dopo l'assegnazione di una licenza di convalescenza che poteva andare da 15 giorni a 6 mesi. In 21 casi si consigliava invece il ritorno in servizio al termine della licenza, spesso con trasferimento in reparti non combattenti perché ritenuti non adatti al fronte. Bisogna ricordare che si trattava sempre di proposte fatte dai medici alla direzione dell'ospedale militare di Arezzo, la quale aveva l'ultima voce in capitolo. Non ci sono prove, comunque, di cambi di rotta delle autorità militari rispetto alle decisioni medico-legali raccomandate, se si escludono due casi trasferiti al Centro Neurologico di Siena «per ordini superiori»⁵⁵² e due reclamati invece dalla sezione Maglio dell'ospedale militare di Firenze⁵⁵³. Solo una volta ci furono forti pressioni per il ritorno immediato al servizio di un Maggiore di commissariato, evidentemente indispensabile per il ruolo che ricopriva⁵⁵⁴.

Anche i simulatori furono rari secondo il parere dei medici: solo 4 delle 64 relazioni ne parlano. Due casi sfociarono nella proposta di restituzione al corpo⁵⁵⁵, mentre per gli altri due venne suggerita la rassegna di rimando perché, nonostante simulassero

⁵⁵⁰ AONA, Direzione, Militari I guerra, Relazioni mediche e ammissioni, n. 1290-Reperto Infermeria Uomini, pp. 12-13.

⁵⁵¹ AONA, Direzione, Militari I guerra, Relazioni mediche e ammissioni, n. 1288-Fascicoli personali dei militari feriti ricoverati nel Reparto infermeria, S.B. – ammesso l'08/04/1916.

⁵⁵² AONA, Direzione, Militari I guerra, Relazioni mediche e ammissioni, nn. 1287-1288-Fascicoli personali dei militari feriti ricoverati nel Reparto infermeria, C.B. – ammesso il 20/11/1917 e R.A. – ammesso il 12/11/1917.

⁵⁵³ Ivi, S.G. – ammesso il 27/10/1916 e C.U. – ammesso il 21/03/1918.

⁵⁵⁴ AONA, Direzione, Militari I guerra, Relazioni mediche e ammissioni, n. 1288 Fascicoli personali dei militari feriti ricoverati nel Reparto infermeria, C.C. – ammesso il 10/11/1917.

⁵⁵⁵ AONA, Direzione, Militari I guerra, Relazioni mediche e ammissioni, n. 1287 Fascicoli personali dei militari feriti ricoverati nel Reparto infermeria, C.F. – ammesso l'08/04/1917 e E.G. – ammesso il 30/12/1917.

disturbi nervosi, erano «deficienti», dalle ridotte capacità mentali per difetti congeniti e quindi inutilizzabili⁵⁵⁶. È interessante notare come fossero tutti campani appartenenti al 70° reggimento di Fanteria, ma soprattutto l'atteggiamento benevolo dei medici. C.F. era stato ammesso l'8 aprile 1917, proveniente dall'ospedale militare di Arezzo con diagnosi di «gastro-enterite cronica» e «nevrastenia». Era un caso di evidente simulazione:

nei primi 5 giorni di degenza rappresenta un goffo, contraddittorio, inverosimile quadro di alterità mentale in cui si confondono al solito tratti di piena consapevolezza e perfino di astuzia, di prontezza appercettiva, di integrità di ricordi ecc. con gli errori di orientamento, di apprezzamento, di memoria ecc. i più grossolani. Denuncia anche dolore ad un orecchio, scambiando il d. col sin. in affermazioni successive, e, forse incoraggiato dall'apparente credulità dei sanitari, finisce per dichiararsi sordo del tutto pur accennando a dolore unilaterale.

Fattogli comprendere che i medici avevano ben conosciuto la natura dei suoi disturbi, la sera del 12 corrente afferma di essere caduto nel correre e di essersi rialzato completamente guarito⁵⁵⁷.

Con la raccolta dei dati anamnestici si venne a sapere dal padre che nel settembre del 1916 C.F. aveva tentato il suicidio avvelenandosi, che sin da piccolo era di carattere irascibile e che a seguito di una commozione cerebrale subita a 10 anni la sua «eccitabilità nervosa» sarebbe aumentata notevolmente. Dovendo dar credito solo alla testimonianza del padre per la mancata risposta delle autorità a cui vennero richieste le informazioni, i sanitari decisero di proporre il ritorno al Deposito del 70° Reggimento Fanteria perché chiaramente simulatore, ma con il suggerimento di non punire il soldato visti i precedenti⁵⁵⁸.

Sul versante delle terapie attuate all'interno del reparto il resoconto del 1926 riporta sommariamente l'utilizzo di applicazioni elettriche, massaggi, meccanoterapia e bagni di luce, ma le relazioni contengono pochissime informazioni, forse ritenute superflue per la direzione dell'ospedale militare di Arezzo. Tra i degenti con compromissione mentale vengono citati solo cinque casi, tutti isterici con disfunzioni motorie o del linguaggio, trattati con scosse elettriche risultate risolutive in tre casi. I medici sembra nutrissero fiducia nei confronti dell'interpretazione, parzialmente diffusasi negli ambienti della psichiatria militare, dell'isteria come disturbo dalla natura suggestiva e quindi curabile con uno stimolo contro-suggestivo. Per questo era importante non tanto la scossa elettrica in sé ma tutto l'apparato scenico e i comportamenti teatrali assunti da medici e infermieri per impressionare vivacemente il paziente quasi come in uno spettacolo. È da notare comunque che per i medici di Arezzo, stando alle uniche informazioni presenti nelle relazioni, questo tipo di trattamento non era rivolto al recupero veloce di soldati da rispedire al fronte ma era un semplice strumento curativo di sintomi gravi; non escludeva la possibilità di convalescenze anche lunghe prima di una guarigione completa, che tra l'altro non era assicurata del tutto. Per tutti i cinque

⁵⁵⁶ Ivi, *B.N.* – ammesso il 13/07/1917 e *D.T.S.* – ammesso il 27/02/1917.

⁵⁵⁷ Ivi, *C.F.* – ammesso l'08/04/1917.

⁵⁵⁸ *Ibid.*

casi venne proposta una licenza di almeno 30 giorni, in due di questi con successiva riforma dal servizio⁵⁵⁹.

In generale, le relazioni sanitarie del gruppo di malati con disturbi psichici dimostrano un'estrema prudenza verso qualsiasi potenziale pericolo che la dimissione di un paziente poteva provocare sia per l'Esercito combattente che per la salute individuale. Un atteggiamento obiettivo dal punto di vista medico-scientifico che teneva conto dei bisogni e forse anche delle pressioni delle autorità militari per il ritorno in servizio dei ricoverati, ma che nello stesso tempo non trascurava la necessità di assegnare un minimo di riposo per non permettere che disturbi considerati guaribili o passibili di miglioramento sfociassero in malattie mentali più complicate da curare. Furono così proposte numerose licenze di convalescenza e fu spesso consigliato di concedere la riforma dal servizio militare o l'assegnazione a servizi territoriali, lontano quindi da situazioni perturbanti. Anche se non venne dichiarato esplicitamente da Pieraccini, come fece Gaetano Boschi in riferimento al suo istituto, in pratica vennero evitate lunghe e inutili degenze manicomiali che potevano compromettere il futuro di uomini i cui disturbi non rientravano nel gruppo di patologie passibili di ricovero psichiatrico a norma di legge. La visione che aveva Pieraccini del rapporto tra neurologia e psichiatria si differenziava tuttavia sia da quella di Boschi che di Besta. Per coglierla in pieno bisogna evidenziare quelli che furono gli sviluppi del reparto negli anni del dopoguerra.

Il 25 ottobre 1918 venne chiuso per la diffusione dell'influenza spagnola all'interno del complesso manicomiale aretino e non venne più riaperto come sezione dell'ospedale militare di Arezzo a causa della fine della guerra⁵⁶⁰. Le funzioni ritornarono momentaneamente a quelle precedenti il 1915, ma l'esperienza bellica del reparto non era stata vana sia per le risorse procurate che per il modello clinico sperimentato. Già nell'agosto del 1916 la Deputazione provinciale di Arezzo aveva deciso di destinare parte dei proventi ricavati dalle rette del reparto Infermeria all'acquisto di un apparecchio radiologico del costo di circa 7.500 lire, utilizzabile sia per i militari ricoverati momentaneamente che per le future attività dell'istituto, a patto che l'amministrazione militare avesse fornito metà della cifra necessaria⁵⁶¹. Il 7 novembre del 1916 accolse poi la richiesta di Pieraccini di acquistare con gli stessi fondi un trasformatore elettrico e due impianti per la meccanoterapia⁵⁶², anche se nella stessa adunata fu deciso di rinviare l'acquisto al preventivo di bilancio del 1918 per il mancato sostegno finanziario delle autorità militari che avrebbero in parte beneficiato delle nuove attrezzature⁵⁶³. Al termine del conflitto il reparto, da semplice posto di medicazione qual era nel 1915, era diventato un potenziale reparto neurologico specializzato. Le attività nel

⁵⁵⁹ AONA, Direzione, Militari I guerra, Relazioni mediche e ammissioni, nn. 1287-1288 Fascicoli personali dei militari feriti ricoverati nel Reparto infermeria, *A.M.* – ammesso il 22/02/1916, *B.A.* - ammesso il 14/03/1917, *M.V.* – ammesso il 12/05/1917, *P.L.* – ammesso il 27/02/1917, *V.P.* – ammesso il 24/05/1917.

⁵⁶⁰ AONA, Direzione, Militari I guerra, Relazioni mediche e ammissioni, n. 1290 Reparto Infermeria Uomini, p. 11.

⁵⁶¹ AONA, Direzione, Carteggio, anno 1916, b. 56, 4.1.2 Gabinetto elettroterapico, *Deputazione provinciale di Arezzo – Adunanza del dì 7 agosto 1916.*

⁵⁶² *Ibid.*

⁵⁶³ AONA, Direzione, Carteggio, anno 1916, b. 55, 4.1.1 Gabinetto di microscopia chimico, clinico, anatomico, *Deputazione provinciale di Arezzo – Adunanza del dì 7 novembre 1916.*

dopoguerra vennero orientate sempre più verso quest'indirizzo fino a quando il 15 aprile 1926, ancora su iniziativa di Pieraccini, il Reparto Infermeria divenne il Padiglione Neurologico annesso al manicomio, il quale fu a sua volta rinominato Ospedale Neuropsichiatrico provinciale di Arezzo. Nel panorama italiano degli anni Venti erano cambiamenti significativi che non riguardavano la sola terminologia, rientrando in un processo di riforme che apportò alcune innovazioni. Negli articoli che riassumevano le attività svolte all'interno del reparto nel corso degli anni emerge con chiarezza il pensiero di Pieraccini a riguardo. Non è possibile ovviamente applicare al periodo bellico idee espresse un ventennio dopo ma non c'è dubbio, anche alla luce dei dati ricavati dalle relazioni sanitarie, che le attività di quella che in origine era la sezione Infermeria misero in luce l'importanza della creazione di strutture specializzate in malattie del sistema nervoso interne ai manicomi. Furio Martini, futuro vicedirettore dell'istituto, nel 1938 pubblicò un articolo dove è ben sintetizzato l'approccio di Pieraccini e la sua applicazione in dodici anni di attività del Padiglione Neurologico:

questa concezione unitaria, comprensiva, integrale, dell'ospedale destinato ad accogliere la generalità delle malattie nervose – ben s'intende a preferenza in luoghi fuori sede universitaria e quindi privi di una Clinica Neuropsichiatrica – muove da considerazioni che militano in favore della inscindibilità della neuropatologia dalla psichiatria e quindi della non dissociata assistenza ai neuropatici e ai mentali. Fra queste due branche della medicina esistono invero rapporti ed analogie numerosi – sia nel campo patogenetico, specie ereditario, sia in quello clinico che anatomopatologico –, rapporti che spesso rendono misti i caratteri clinici dei quadri morbosi e indeterminati i confini tra i due gruppi di malattie. Di qui la necessità che nell'osservazione e nello studio di tutte le malattie «nervose», nel senso più ampio di questa parola, la conoscenza della psichiatria e quella della neurologia non siano disgiunte fra loro.

Queste ragioni sono valse nella decisione di riunire in un'unica cattedra, per l'insegnamento universitario, la neuropatologia alla psichiatria e queste stesse ragioni sono sufficienti a dimostrare la razionalità del principio inteso alla formazione di unità ospitaliere destinate alla cura così dei nervosi come dei mentali, salvo naturalmente le nette separazioni di reparto e le logiche differenze di ammissione, di trattamento e di dimissione [...].

Nell'attuazione pratica di questa nuova concezione ospitaliera nel Manicomio Provinciale di Arezzo il Prof. Pieraccini fu inoltre confortato dalla esperienza ricavata nell'esercizio, durante il periodo di guerra 1915-1918, di due Reparti dello stesso Istituto destinati, sempre su una proposta e per delibera dell'Amministrazione Provinciale, agli ufficiali e ai soldati, feriti di guerra, lesionati del sistema nervoso senza compromissione mentale.

Tale assistenza, durata per l'intero periodo bellico ed esercitata su 273 casi, aveva infatti dimostrato non solo l'opportunità e l'utilità pratica del provvedimento, ma aveva anche richiamato l'attenzione sulla mancanza di ogni triste impressione da parte dei militari neuropatici per il fatto che la loro assistenza fosse svolta in un unico Ospedale insieme a quella dei malati di mente.

L'osservazione e lo studio di quelle sindromi nervose in condizioni particolarmente favorevoli, perché alla degenza ospitaliera si accoppiava la possibilità di ogni ricerca di laboratorio, fecero inoltre rilevare, accanto alla sicura azione psicoterapica, come fosse possibile ed utile il ricovero dei neuropatici in reparti specializzati, anche se compresi in un Istituto per alienati.

Da tutte queste constatazioni e per sempre più profondo convincimento, maturato negli anni successivi all'esperimento del periodo bellico, che cioè tutte le malattie del

sistema nervoso dovessero essere ospitalizzate in Istituti Neuropsichiatrici, il Prof. Pieraccini era spinto nel 1926 alla trasformazione del Manicomio Provinciale di Arezzo in un Ospedale Neuropsichiatrico.

L'ardita riforma, cui spetta il vanto di una proprietà assoluta in Italia e, almeno da quanto è emerso finora da ricercate notizie, anche nei riguardi dell'estero, è riuscita alla prova pratica quanto mai felicemente, sia per i risultati raggiunti, oltre quello di aver accresciuto il valore morale dell'Istituto ed averne intensificati i benefici sociali, sia per la simpatia suscitata nel pubblico che entra nel «Padiglione Neurologico» senza far più alcuna differenza fra il nostro ed un reparto specializzato di un comune Ospedale.

Le modalità di ammissione, dice il Pieraccini, «sono», infatti, «identiche a quelle di un comune Ospedale. Il malato viene accettato in base alla richiesta del Podestà del Comune di appartenenza se indigente; in base alla richiesta di un Istituto assicuratore se destinato ad osservazione medicolegale; in base alla richiesta dell'Ente di protezione se orfano di guerra, esposto, mutilato di guerra, oppure semplicemente in base a deposito se pagante in proprio. Nel quale ultimo caso è la Cassa interna dell'Istituto, gestita dalla ispettrice, che provvede in un momento. Come ben s'intende, nessuno avviso viene dato dell'ammissione ad Autorità alcuna. La degenza e la dimissione pure sfuggono a qualsiasi vincolo formalistico». [...] Per non dar luogo a malintesi, è bene precisare che il «Padiglione Neurologico» non è un «Reparto aperto per alienati», un «reparto aperto» aggiunto ad un ospedale psichiatrico chiuso, ma è un reparto esclusivamente destinato alle malattie nervose vere e proprie, fuori da ogni vincolo assistenziale e quindi in ambiente ultralibero [...].

L'ospitalizzazione dei neuropatici non fa carico in alcun modo all'Amministrazione provinciale – che anzi è per essa economicamente vantaggiosa – ma grava unicamente sull'Ente pubblico o sul privato, che si è assunto la spesa di degenza e a cui, ogni volta che si renda necessario un prolungamento del ricovero, si richiede preventivamente l'autorizzazione a farlo [...].

Le degenze sono, per lo più, brevi: a scopo diagnostico o per cure rapide. [...] I privati – e ciò è motivo particolare compiacimento per la Direzione medica perché resta dimostrata la radicale trasformazione avvenuta nell'opinione pubblica a riguardo di un Ospedale un tempo destinato solo ai «pazzi» - affluiscono numerosi o per esami o per cure o per assistenza o anche a scopo tranquillizzante contro velature ipocondriache sovrapposte ai disturbi più svariati⁵⁶⁴.

Anche se viene specificato di continuo che il reparto non era aperto alle malattie mentali, ma solo nervose, la sottile se non inesistente linea di confine che separava i due gruppi di patologie giustificava la presenza di soggetti i cui disturbi non erano sempre facilmente inquadrabili:

fra le infermità osservate al «Padiglione Neurologico» un gruppo non indifferente è poi costituito da quelle con compromissione psichica. In questo gruppo figurano soprattutto le malattie dell'equilibrio psichico in rapporto alla sfera cenestetica (quadri ipocondriaci legati a cenestopatie, al climaterio, ecc., stati ipotimici in arteriosclerotici ipertesi) e quelle in cui predomina l'elemento psicopatologico, come l'isterismo e la nevralgia. Queste malattie, che generalmente vengono considerate come intermedie, di passaggio, fra le malattie nervose vere e proprie e le mentali, tanto è vero che

⁵⁶⁴ F. Martini, *Il primo dodicennio di accettazione e cura dei neuropatici nell'Ospedale neuropsichiatrico provinciale di Arezzo*, «Rassegna di Studi Psichiatrici», luglio-agosto 1938, 27, 4, pp. 719-723.

chi ne è affetto viene spesso definito come «piccolo mentale» e, per questo particolare, rifiutato dagli ospedali comuni o escluso dal ricovero manicomiale perché gli estremi di pericolosità voluti dalla Legge non sono raggiunti, queste malattie, dico, trovano nel «Padiglione Neurologico» l'ambiente ospitaliero più adatto alle loro speciali condizioni, mentre d'altro canto, per la possibilità di visite minuziose, esami ripetuti e trattamenti specialistici, vengono i relativi infermi a porsi in grado di risentire più efficacemente dell'opera complessa della psicoterapia [...].

Malati di mente si insinuano tuttavia, di tanto in tanto, in questo ambiente, che, come sto dicendo, non sarebbe creato per loro [...] ed ecco perché è stato possibile far figurare nella esposizione statistica, illustrata in precedenza, un gruppo per le malattie mentali. In questi casi i disturbi psichici erano all'atto dell'accettazione, come ben s'intende, poco evidenti o appena sfumati ed il ricovero si rendeva al medico curante, che l'aveva procurato, tanto più necessario per chiarire, con una osservazione adeguata, il complesso quadro sintomatologico. Altre volte invece i disturbi psichici si sono resi eclatanti subito dopo l'accettazione o nel corso della degenza, rendendo incompatibile un'ulteriore permanenza dell'infermo al «Padiglione Neurologico». In quest'ultimo caso si provvede di norma, e nel modo più sollecito, al licenziamento del malato, richiamando i parenti, o chi per essi, e riaffidandolo a loro. Qualora poi il caso richieda provvedimenti urgentissimi, ai parenti accorsi viene prospettato e consigliato il passaggio del congiunto nella Divisione malati di mente. Ad autorizzazione ottenuta per iscritto, e mai arbitrariamente, il trapasso del malato alla Divisione alienati avviene secondo i normali procedimenti.⁵⁶⁵

L'ammissione di veri e propri folli non si traduceva in un immediato trasferimento alle sezioni mentali. Una volta ammessi venivano prima svolti tutti gli esami necessari all'inquadramento dei casi per poi dimetterli o, nelle situazioni più gravi, venivano avviate le procedure per il ricovero manicomiale secondo la legge del 1904. Si attuava così una sorta di servizio di tipo ambulatoriale per alcune categorie di malati mentali lievi.

Il continuo aumento della frequenza di assistiti all'interno del Padiglione era per Pieraccini la prova del successo riscosso nell'opinione pubblica aretina. La fisionomia di tipo clinico dovuta alla maggiore frequenza con cui si applicavano nozioni di medicina generale rispetto alle sezioni mentali, lo rendeva più simile a un ospedale comune, come nei casi precedentemente analizzati in questo capitolo, ma la differenza decisiva era che ad Arezzo tutto ciò avveniva all'interno di un manicomio. Oltre all'utilità pratica per gli psichiatri, che avevano così la possibilità di estendere le proprie conoscenze di neuropatologia, la commistione agiva da stimolo per la lotta ai pregiudizi comuni verso gli ospedali per pazzi, permettendo così una migliore azione di profilassi all'interno di una società dove si cercava di contrastare la vergogna di ricorrere ai servizi manicomiali. Di ciò non avrebbero giovato solo i malati nervosi ma anche alcune categorie di malati mentali⁵⁶⁶.

L'iniziativa di Pieraccini non fu esente da critiche varie da parte dei colleghi a cui rispose con un articolo del 1927 dove, presentando anche le statistiche del primo anno di attività del Padiglione Neurologico, sosteneva la validità di una maggior

⁵⁶⁵ Ivi, pp. 747-748.

⁵⁶⁶ Ivi, pp. 750-751

collaborazione tra neurologia e psichiatria per il progresso sia delle ricerche scientifiche che delle pratiche terapeutiche.

Ritengo opportuno porre in rilievo appunto tali riserve e discuterle brevemente.

Mi rifarò alla più severa: quella – che potremmo dire anche pregiudiziale – sulla competenza dei medici alienisti in materia neurologica. Me la rivolge (con tutto il garbo, bisogna riconoscerlo) un caro amico, distintissimo Primario in un importante Manicomio. Ne taccio il nome, per quanto l'inciso: «con le dovute eccezioni», che Egli pone a cortese correttivo, potrebbe autorizzare ognuno ad incasellarsi tra gli esclusi e, per tal modo, darsene pace.

In merito alla obiezione, osservo che il riconoscimento delle affinità e dei rapporti fra le malattie mentali e le nervose – riconoscimento risultato pacifico nelle dichiarazioni degli alienisti pronunciatisi in merito – rappresenta un elemento di contrasto a quanto il Collega sospetta; e osservo pure che il fatto della occasione che per tal modo, col materiale di studio, viene a essere offerta ai manicomiali, di addestrarsi cioè approfondirsi nella conoscenza delle neuropatie, può via via correggere, fino poi ad eliminarlo, il guaio, dato che questo (negato a buon conto da E. Morselli) effettivamente esista.

Due dubbi di altra natura mi vengono espressi, e questi da D'Ormea: l'uno, che la vicinanza degli alienati sia la meno adatta per i puri neuropatici; l'altro, che l'abbinamento dei due rami – psichiatria e neurologia – in un unico Ospedale e con un unico corpo medico, non vada a detrimento degli studi e della pratica psichiatrica, «così come è avvenuto, egli afferma, nell'insegnamento universitario con la infelicissima fusione delle due cattedre che molti degli stessi clinici vanno ormai riconoscendo dannosa anziché benefica, sempre a danno, naturalmente, della cenerentola: la psichiatria».

Contro il primo di questi timori mi permetto osservare che le garanzie possono essere facilmente ricercate in una conveniente separazione del Reparto o dei Reparti destinati ad accogliere i nevropatici, dagli ambienti occupati dagli alienati [...].

Quanto al secondo dubbio, perché non supporre invece che benefica influenza possa esercitare sulla cultura clinica e sulle attitudini semeiologiche dell'alienista, il quotidiano studio delle nevropatie e dei nevropatici, così da [avere una] favorevole ripercussione sul terreno strettamente psichiatrico? Invero dov'è che finiscono le malattie nervose e cominciano quelle della mente? I due gruppi hanno confini indeterminati, e molte e vaste zone di territorio sono loro a comune.

Per le malattie mentali, se si tolgono le vesanie schiette – schizofrenie, ciclotimie, paranoia – (le quali pure del resto si associano, e talora con interferenze reciproche, a turbe nervose), le rimanenti forme hanno caratteri misti. Cerebropatie delle età estreme, stati deliriosi e amenziali, epilessie, psicosi di reazione, quadri ossessivi e così via, che altro rappresentano se non sindromi complicate di manifestazioni mentali e nervose ora ai margini ora nella trama così della psichiatria come della neuropatologia? Più che altro è per le ripercussioni che di sovente esse hanno sulla condotta del malato che vengono assegnate alla competenza dello psichiatra. Finché si svolgono in quiete, se la contendono la Clinica neurologica e la Clinica medica generale.

Lo stesso può dirsi per le malattie nervose. [...] Il che ci richiama al fatto della frequenza di turbe nervose nelle psicopatie e di turbe psichiche nelle neuropatie (alterazioni motorie di certe psicosi; nevrosi secretorie in alienati; dispepsie nervose portanti a regimi singolari, a concezioni paranoide; ossessioni e stati dubbiosi nelle neurastenie; Korsakow in polinevritici; complicazioni mentali nelle scler. a plac., in certe ipercinesie, nei midollari e così via).

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

V'è poi tutta una serie di infermità che si trovano descritte così nei Trattati di Neurologia come in quelli di Psichiatria e ciò appunto perché esse sono di pertinenza tanto del neurologo quanto dello psichiatra e la loro selezione, dal punto di vista della competenza ospitaliera, è determinata solo da circostanze peculiari ed in ogni modo estrinseche alla natura e ai caratteri clinici ordinari della malattia.

Vi sono anche numerosi casi in clinici pei quali la competenza del neurologo non potrebbe essere distinta da quella dello psichiatra che in relazione alle varie fasi del decorso. [...] Mingazzini ha visto paralitici sottoposti alle consuete cure elettriche e perfino inviati a Stabilimenti di acque termali; tanto poco essi appartenevano alla competenza dello psichiatra!

[...] Sugli stretti rapporti esistenti tra Psichiatria e Neuropatologia e sulla inscindibilità teorica di questi due rami della medicina, conviene Tambroni, ma egli trova che «quest'ultima (la neuropatologia) ha oggi raggiunto tale estensione e importanza che non può essere efficacemente professata insieme alla Psichiatria».

A parte che lo stesso Tambroni, con la ben nota competenza nell'esercizio delle due branche, costituisce una prova della possibilità che egli impugna, si può osservare come ugual rilievo dovrebbe allora essere oggi prospettato per troppi rami della nostra disciplina generale.

Un'ultima riserva è espressa da Antonini. Egli è d'accordo «nel considerare come inscindibile il sofferente di malattia nervosa dal malato psicopatico» e, «dove non esistano suddivisi gli Istituti che provvedano a ciascuna delle categorie separatamente, non vede alcun inconveniente o alcuna critica da elevare». «Ma, aggiunge, io ho però la convinzione che l'attuale decadenza della Psichiatria (non facciamoci illusioni, è da parecchi anni che pubblico ed Amministrazioni stanno perdendo l'interessamento che un tempo avevano per gli alienati) sia in gran parte dovuta la fatto che si è voluto, rafforzando il pregiudizio antimanicomiale, accentuare questa comunanza, di genesi e di trattamento, che tende nel pubblico a ridurre ed abbassare dalla gravità del diagnostico di forma clinica mentale all'attenuazione di un semplice disturbo secondario alla malattia nervosa le più conclamate forme di alienazione. Appunto perché il neuropatico trapassa facilmente nel psicopatico, io temo che negli organismi troppo pesanti, troppo gravi come è il mio Istituto dove ho 1800 ammissioni all'anno sulla presenza di oltre 3300 ricoverati, quest'esperimento male si presterebbe a essere iniziato. [...] Più che la comunanza in uno stesso Istituto dei neuropatici e degli psicopatici, al progresso della terapia per questi due ordini di malattie gioverebbe la libertà di accettazione non vincolata come è ora dalle complesse pratiche burocratiche giudiziarie. Superato questo ostacolo, probabilmente le neuropatie più accentuate graviterebbero poi gradatamente sul Manicomio».

Indubbiamente le ragioni speciali che l'Antonini adduce per i grandi Manicomi sono di notevole rilievo. Esse costituiscono un nuovo elemento di differenziazione funzionale fra gli Ospedali Psichiatrici nei riguardi della loro capienza singola e forse valgono anche a mettere in evidenza una nuova caratteristica di superiorità a vantaggio dei Manicomi di media grandezza⁵⁶⁷.

Non era tanto criticata l'idea di un'integrazione tra le discipline neurologica e psichiatrica, sul cui legame stretto quasi tutti concordavano. Era piuttosto il tentativo di applicare questa concezione alla tecnica manicomiale che non era accettato da tutti, non solo psichiatri ma anche amministratori, nonostante l'iniziativa ricevette numerosi

⁵⁶⁷ A. Pieraccini, *Il Padiglione neurologico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo. Giudizi critici sulla iniziativa e primi risultati di esercizio*, cit.

apprezzamenti⁵⁶⁸. Alcuni alienisti tentarono infatti di importare il modello di Arezzo ma incontrarono ostacoli da parte delle amministrazioni provinciali, preoccupate di un'ulteriore spesa economica che poteva gravare su bilanci già in perdita continua. Preoccupazione che Pieraccini riteneva ingiustificata se, al pari dell'ospedale diretto da Carlo Besta, erano i Comuni, gli enti pubblici o i privati che richiedevano l'ammissione a corrispondere per intero le rette di mantenimento dei ricoverati. Con questo sistema dal 1926 la provincia di Arezzo aveva ottenuto un utile di 77.283,35 lire in soli tre anni di attività⁵⁶⁹.

Le osservazioni sul funzionamento del Padiglione Neurologico aperto nel 1926 non sono ovviamente retrodatibili. Era trascorso più di un decennio e l'utenza era civile, non militare. Nel periodo di guerra si possono tuttavia individuare quelle dinamiche che formarono poi le fondamenta del successivo sviluppo: le brevi degenze, le proposte di riforma dal servizio, le licenze di convalida che affidavano in modo permanente o anche solo temporaneamente i soggetti all'ambiente familiare, visto come il più adatto per alcuni soggetti (contrariamente al pensiero di Carlo Besta e Gaetano Boschi). Ma soprattutto il campione di soldati osservati alimentò la messa in discussione dei concetti di organico e funzionale, e più in generale di fisico e psichico, che potevano essere applicate in modo non sempre coerente al campo delle malattie sia nervose che mentali.

Pieraccini chiudeva l'articolo di risposta alle critiche ricevute sperando nella diffusione in Italia del suo modello e invocando un'unione che non sarebbe mai avvenuta:

voglio poi chiudere questa breve relazione rinnovando un antico voto da me già altra volta espresso, quello di vedere costituiti in Italia dei Centri neuropsichiatrici regionali diretti dai Clinici della specialità e destinati precipuamente a dare stimolo indirizzo ed aiuto all'azione scientifica degli ospitalieri, i quali dall'appoggio dei Maestri potrebbero sentirsi incoraggiati nei maggiori compiti che a certe innovazioni si collegano. D'altra parte, anche le Cliniche [universitarie] potrebbero ritrarre un certo vantaggio dalla creazione di tali rapporti con gli Ospedali neuropsichiatrici in quanto che il ricco materiale clinico e anatomico-patologico, di cui tali Istituti dispongono, potrebbe dalle Cliniche venire utilizzato così ai fini puramente scientifici come ai fini didattici.

Alla «Società Freniatria» e alla «Neurologica» - per quanto tempo ancora non riunite in una sola associazione? - io mi permetto prospettare l'auspicata intesa.⁵⁷⁰

⁵⁶⁸ *Ibid.*

⁵⁶⁹ AONA, Opuscoli, Pieraccini Arnaldo, *Reparti Neurologici negli Ospedali Psichiatrici*, S. A. Industrie Grafiche, Ferrara 1930, p. 4. Comunicazione fatta al XIX Congresso della Società Freniatria Italiana, Ferrara 24-27 aprile 1930, estratto dal «Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale, anno 1930, vol. III.IV.).

⁵⁷⁰ AONA, Opuscoli, Pieraccini Arnaldo, *Il Padiglione neurologico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo. Giudizi critici sulla iniziativa e primi risultati di esercizio*, cit.

4.5 I centri neurologici militari negli sviluppi del dibattito psichiatrico successivo alla guerra

I direttori dei centri neurologici militari qui analizzati avevano visioni diverse su come avrebbe dovuto essere un ospedale per malattie nervose. Besta sembra quello più attento alle lesioni organiche, Boschi alle psiconevrosi, mentre per Pieraccini la differenza tra i due gruppi patologici era utile dal solo punto di vista diagnostico. Uno sguardo più vicino al complesso delle attività da loro svolte prova inoltre che al di là degli interessi maggiori o minori verso la ricerca psichiatrica, questa non cessò mai di giocare un ruolo importante a causa della natura psicogena di alcune malattie neurologiche. Che il sistema nervoso e la sfera psichica fossero strettamente connessi era acquisito già da tempo, ma la conoscenza dei meccanismi con cui ciò avveniva era quasi totalmente oscura.

Se da una parte la divisione tra patologie nervose e psichiche aveva portato risultati utili nella formazione di modelli efficienti riguardo le prime, dall'altra la distinzione più specifica tra malattie organiche e funzionali non era risultata sempre adeguata. Ognuno dei tre istituti aveva caratteristiche diverse a seconda della maggiore propensione ad accogliere feriti organici o funzionali, ma questi concetti non sembravano più adatti a definire la vasta gamma di disturbi e soprattutto la loro frequente compresenza in uno stesso soggetto. Giacomo Pighini, consulente neuropsichiatra della IV Armata, era tra quelli che ormai rifiutavano questa distinzione. Nei casi di *psiconevrosi traumatiche* a lui presentatisi tendeva, per esempio, ad escludere una natura isterica di base, interpretazione invece ampiamente diffusa non solo in Italia. Trovava difficoltà ad applicare il concetto di lesione funzionale, priva cioè di corrispondenti lesioni fisiche e imputabile quindi alla sola sfera psichica, a casi in cui si poteva invece intuire, anche se non dimostrare, una forte compromissione di alcune funzioni organiche. Il fatto che gli esami escludevano in molti soggetti la loro presenza era quindi dovuto alla conoscenza ancora insufficiente dell'articolato funzionamento del sistema nervoso e del suo rapporto con le facoltà mentali.

Il dissidio, secondo me, fu male interpretato quando si volle da un lato sostenere la lesione organica, e dall'altro la lesione funzionale. Questo concetto, di lesione funzionale, è assai poco chiaro per fisiopatologico: poiché presuppone una turba nella funzione senza una corrispondente turba nell'organo o tessuto che sia. La minuta ricerca istologica ed istochimica è venuta via via documentando importanti e caratteristiche lesioni dei tessuti in molte malattie, che prima, per defic[i]ente nozione anatomopatologica, passavano per funzionali: non è gran tempo che la corea e la epilessia erano considerate pure nevrosi, e la demenza precoce una psicosi funzionale (e v'è per quest'ultima chi lo sostiene ancora!). Ove ancora oggi non è possibile rilevare una lesione evidente del sistema nervoso centrale e periferico, si parla di nevrosi o di psicosi funzionale. Tale concetto però, che include l'altro di malattia senza alterazione materiale dell'organo, è accolto con diffidenza dai moderni indagatori, che pur mirano incessantemente a scoprire le gelose differenze di struttura e costituzione istochimica fra organi sani e ammalati. La malattia che più sfugge a questo controllo materiale è appunto, nel nostro campo, l'isteria: malattia che, accettando la definizione clinica dei suoi più competenti illustratori, si manifesta colla inscenatura dei più svariati sintomi della patologia nervosa e mentale, suscitati da una abnorme attività delle rappresentazioni a tonalità affettiva. Sintomatologia, adunque, di origine puramente psichica, per

dissociazione del processo armonico della attività cerebrale, e il predominio di speciali rappresentazioni ideative, che foggiano a loro immagine l'abito mentale e l'atteggiamento fisico del soggetto.

Questa sindrome prettamente funzionale – poiché, almeno finora, non abbiamo anatomia patologica della isteria – venne invocata a interpretazione della psiconevrosi traumatica senza lesione organica apprezzabile [...].

A chi ha potuto osservare sin dall'inizio numerosi casi di questa malattia, credo che tale concezione non soddisferà pienamente, come è avvenuto a me. [...] Un minuto esteso esame anatomico-patologico non si è potuto ancora fare, e per più ragioni [...].

Ciò però non esclude che minute alterazioni del sistema nervoso centrale e periferico, alterazioni glandolari, alterazioni umorali (nel moderno senso della parola) possano esistere nella malattia, indipendenti dalle banali lesioni di origine commotiva. La sindrome clinica almeno lo lascia supporre: e sarà compito ulteriore degli studiosi il cercarle. Il modesto scopo del presente mio scritto è appunto quello di prospettare questa possibilità, e portare qualche dato, come vedremo, in appoggio a questa tesi⁵⁷¹.

Pighini concludeva l'articolo invocando la necessità di approfondire i dati fisiologici e soprattutto gli stati del sistema endocrino dei soggetti colpiti da psiconevrosi belliche e traumatiche in generale⁵⁷². Quelle di Pighini riguardo l'isteria non erano le uniche ipotesi di stretta connessione tra scompensi nel sistema endocrino e disturbi psichici nei soldati. Vito Maria Buscaino, per esempio, aveva condotto ricerche in questa direzione durante la sua attività a Villa Corbelli, una delle sedi di ricovero del centro psichiatrico militare di Reggio Emilia. Anch'egli convinto della presenza maggioritaria di predisposti tra i casi esaminati, richiamava tuttavia l'attenzione sul ruolo delle disfunzioni endocrine nella comparsa di alcuni disturbi mentali dei «cenestopatici costituzionali» («psicodegenerati a temperamento eretistico violento»). Se per Buscaino il punto di partenza era sempre il forte stress o le emozioni violente vissute, queste non colpivano direttamente la sfera psichica, come si pensava in genere, ma provocavano uno squilibrio chimico che alimentava a sua volta lo stato emotivo distorto⁵⁷³. Erano considerazioni che, prefigurando la nascita della psicosomatica, riportavano alla inscindibilità dell'unità tra organico e psichico e alla conseguente necessità di condurre ricerche non limitate dai paletti che dividevano discipline formalmente autonome come la neurologia, la psichiatria e la psicologia. Anche Boschi e Bennati avevano ipotizzato proprio delle alterazioni ormonali come fattore influente nel processo da loro definito *anafilassi neuropsichica*⁵⁷⁴ e avevano per questo attirato forti critiche dal campo psichiatrico. Boschi dovette ribadire, a guerra conclusa, che si trattava solo di fantasie su possibili strade da intraprendere nella ricerca: «da parte nostra non si tratta nemmeno di ipotesi: nient'altro che puntate, appassionate, ma sottomesse, dello spirito verso l'ignoto. Chi tentò trinciarle grossolanamente con un coltello da salumiere, credo si sia ritrovata fra le mani la sua propria lama»⁵⁷⁵. Parole, queste,

⁵⁷¹ G. Pighini, *Contributo alla clinica e patogenesi delle "Psiconevrosi emotive" osservate al fronte*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 42, 3-4, 1916, pp. 306-307.

⁵⁷² Ivi, p. 342.

⁵⁷³ Buscaino studiò in particolare il ruolo della zona mesencefalica nella genesi delle emozioni. V. P. Babini, *Liberi tutti: manicomio e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, cit., pp. 57-58.

⁵⁷⁴ G. Boschi e N. Bennati, *L'anafilassi neuropsichica*, cit., pp. 67-68.

⁵⁷⁵ G. Boschi, *Ancora sull'anafilassi neuropsichica*, cit., p. 185.

altamente significative del livello di comprensione delle malattie mentali dei soldati da parte dei medici, apparentemente semplificata sui temi della predisposizione e dell'ereditarietà, che forniscono uno spunto utile a capire uno dei motivi della crescita di importanza della neurologia in Italia negli anni successivi. La Grande Guerra dimostrò in alcune realtà l'efficacia di un approccio neurologico anche nello studio di patologie ritenute sino ad allora di esclusiva competenza della psichiatria, come l'epilessia e le nevrosi. Approcci che non sono da confondere con il concetto di una psichiatria orientata dal paradigma organicista. Si trattava infatti di mettere in evidenza la necessità di approfondire la conoscenza anatomica del sistema nervoso non solo per affermare la natura somatica delle malattie mentali, ma per esplorare l'inedito campo del rapporto tra fisico e psichico.

Dal punto di vista istituzionale gli ospedali neurologici militari nati durante il conflitto costituirono un'assoluta novità in un'Italia dove le poche cliniche neurologiche presenti sul territorio erano costose e quindi accessibili a pochi. Per la prima volta le patologie del sistema nervoso divennero di competenza statale, anche se il sostegno civile fu in molti casi necessario per la piena attuazione delle iniziative e la loro stessa fondazione fu possibile solo grazie all'impegno personale dei direttori, tutti e tre di formazione civile e arruolati solo dopo l'entrata dell'Italia in guerra. Questi cercarono, ognuno con la sua particolare visione, di isolare le malattie del sistema nervoso da ambienti inadatti alla loro cura quali potevano essere gli ospedali comuni e i manicomio. Una dinamica paragonabile per sommi capi a quella che nell'Ottocento connotò il tentativo di ospedalizzare le malattie mentali strappandole dagli istituti per poveri o incurabili. Ma qui è utile sottolineare la spinta che la creazione dei centri neurologici militari diede allo sviluppo di un'assistenza che poteva definirsi para-manicomiale, in linea con gli scopi della legge sui manicomio del 1904 che escludeva dal ricovero psichiatrico i soggetti né pericolosi né di pubblico scandalo. Il reparto neurologico di Arezzo, per esempio, entrava a pieno titolo nella questione dei così detti *servizi aperti*, molto dibattuta tra gli anni Venti e Trenta del Novecento nel contesto delle svariate proposte di riforma della legge sull'assistenza psichiatrica del 1904. Dietro l'espressione *servizi aperti* vi erano in realtà una serie di concezioni anche molto diverse tra loro, unite dal comune intento di rendere l'assistenza psichiatrica parzialmente svincolata dai rapporti con le autorità giudiziarie e di pubblica sicurezza e di conseguenza più conforme alla pratica degli ospedali comuni. Nella concezione dello psichiatra francese Édouard Toulouse, colui che, secondo il parere di Pieraccini, fu il primo ad applicare in modo pianificato tale sistema, i servizi aperti consistevano in un piccolo ospedale o reparto situato all'interno o adiacente all'ospedale psichiatrico, funzionale all'esame e alla cura di patologie nervose e mentali per le quali il manicomio risultava un ambiente troppo rigoroso, ma che non potevano essere trattate con servizi adeguati nei reparti ospedalieri comuni (Pieraccini cita come esempi principali i disturbi mentali leggeri, le nevropatie e le isterie)⁵⁷⁶.

Il pensiero del Toulouse è dunque molto chiaro e preciso nei riguardi del programma svolto e della azione sulla quale, per il momento almeno, si adagia. Egli in sostanza

⁵⁷⁶ A. Pieraccini, *Problemi di attualità nell'assistenza neuropsichiatrica ospitaliera e para-ospitaliera*, «Rassegna di studi psichiatrici», 22, 1933, pp. 730-731.

dice: all'attuale ospedale psichiatrico «chiuso», dove non si entra e da dove non si esce senza l'ordine di Autorità, deve essere sostituito l'ospedale psichiatrico «aperto», dove possa essere accettato, *senza formalità restrittive di sorta* (certificati medici, ordini di un'autorità pubblica, nullaosta o requisitoria di un'autorità amministrativa o giudiziaria, restrizione per la durata del soggiorno ecc.) chiunque vi si presenti o vi venga condotto (on étant amené). È sufficiente, per l'accettazione, che l'individuo sia affetto da disturbi mentali. Altro non si cerca. Per «casi eccezionali» (così li considera nel testo), di «malati protestatari o a reazioni pericolose», «provvedono gli odierni Ospedali chiusi» («Asiles des aliénés» equivalenti ai nostri «Manicomi») o provvederanno in seguito «quartieri chiusi» da crearsi «attorno ai servizi aperti»⁵⁷⁷.

Toulouse avviò quella che viene considerata la prima esperienza ufficiale di servizio psichiatrico aperto⁵⁷⁸ nel 1922 presso l'ospedale psichiatrico Saint-Anne di Parigi, ma in pochi anni la struttura si ingrandì a tal punto da divenire autonoma con la denominazione di Hôpital psychiatrique Henri Rousselle⁵⁷⁹. Il progetto era praticamente identico a quello ideato da Pieraccini sin dagli anni del conflitto ed è probabile che abbia agito anche da modello ispiratore per il medico toscano dato che Toulouse aveva teorizzato i servizi aperti già sul finire dell'Ottocento. Il reparto di Arezzo si differenziava, tuttavia, per l'accento posto sulla specializzazione neurologica piuttosto che su tutte le patologie non idonee al ricovero manicomiale. Se è vero, come visto in precedenza, che era inevitabile l'inclusione di alcune malattie mentali nel reparto neurologico diretto da Pieraccini, queste rappresentavano delle eccezioni a un regolamento che formalmente accettava unicamente feriti e malati del sistema nervoso. Era proprio questo uno dei punti su cui insisteva il direttore quando l'attività della sua sezione neurologica veniva citata da alcuni psichiatri come primo modello di servizio aperto in Italia. Durante un Convegno psichiatrico svoltosi a Firenze il 10 dicembre 1933, dove una Commissione di 15 membri doveva pronunciarsi sui punti principali della tanto attesa riforma della legge sui manicomi, Luigi Baroncini mise a verbale queste parole: «Coll'art. 1° del progetto Baroncini⁵⁸⁰ si può ottenere da tutti, sotto altra forma, quello che Pieraccini ha ottenuto col suo Reparto per nervosi, che non tutti possono avere e che certe condizioni locali non possono consentire»⁵⁸¹. Da parte sua Pieraccini cercò di distanziarsi nettamente dai molti che in Italia invocavano l'introduzione dei servizi psichiatrici aperti, sottolineando il fatto che il suo reparto, al di là

⁵⁷⁷ Ivi, p. 734.

⁵⁷⁸ Quella di Toulouse non era in realtà la prima esperienza equiparabile alla pratica dei *servizi aperti*, anche se quelle conosciute in precedenza, con esempi anche in Italia, non erano veri e propri modelli estendibili a livello nazionale. Ivi, p. 730.

⁵⁷⁹ *Ibid.*

⁵⁸⁰ Luigi Baroncini formulò una proposta di riforma nel 1925 che inseriva alcune importanti modifiche alla legge del 1904, tra le quali l'istituzione di servizi aperti: «Art. 1°, comma 2° - Possono inoltre (negli Ospedali Psichiatrici) esservi ricoverati, curati e custoditi anche i malati in genere affetti per qualunque causa da alienazione mentale, per i quali non si riscontrano gli estremi di cui al comma precedente [il riferimento è al primo articolo della legge 36/1904]. Per l'assistenza e la cura di questa categoria di alienati [quelli non idonei al ricovero manicomiale definitivo] è in facoltà delle Amministrazioni di provvedere all'impianto ed al mantenimento di speciali reparti, Istituti o Case di cura». AONA, Opuscoli, Pieraccini Arnaldo, *La riforma della legge sui manicomi e sugli alienati*, p. 8, estratto da «Annali dell'Ospedale Psichiatrico di Perugia», 1, 1934.

⁵⁸¹ *Ibid.*

di possibili sovrapposizioni tra i due gruppi patologici, era funzionale alla cura delle patologie del sistema nervoso e non mentali: «concepire dei Servizi aperti misti per alienati e neuropatici è anche più grave, sembrami, che mirare con tale creazione a puri Servizi aperti per soli malati di mente. E quando si cita, a confronto di vedute del genere, ciò che è stato fatto ad Arezzo, si confondono involontariamente le cose»⁵⁸². Era la posizione giuridica dei pazienti che preoccupava Pieraccini nell'equiparazione degli alienati ai malati del sistema nervoso dal punto di vista delle procedure di ricovero, soprattutto a causa del carico di responsabilità per i direttori determinato dall'esclusione dell'autorità giudiziaria dal processo decisionale; ne sarebbe derivato poi un potere troppo esteso per i medici, liberi di trasformare a proprio piacimento un ricovero volontario in uno coatto qualora si sarebbe reso necessario un trasferimento in manicomio per la gravità delle condizioni.

Il dibattito sui servizi aperti condotto durante gli anni del fascismo era lontano ormai da possibili riferimenti alla guerra, ma la citazione di Baroncini è significativa di un modello, quello dei centri neurologici militari, che costituì un esempio efficace nel lungo processo di inclusione delle malattie mentali nelle pratiche sanitarie comuni a tutte le specializzazioni mediche, al di là dei fraintendimenti sul ruolo dei servizi aperti. Era lo stesso Pieraccini, tra l'altro, a evidenziare una realtà pratica spesso ibrida a fronte della divisione formale delle discipline neurologica e psichiatrica⁵⁸³. Tra i casi presentati quelli di Milano e Arezzo sopravvissero alla guerra, anche se non fu possibile rendere l'assistenza neurologica di totale competenza pubblica come per i manicomi. Ciò limitò di molto la possibilità di estenderla a larghi strati della società nel breve termine, ma le strutture create furono decisive nel percorso che ha portato alla formazione delle moderne cliniche neurologiche in Italia, nelle quali si sono potute approfondire – grazie al veloce progresso tecnologico avvenuto nella seconda metà del Novecento – ricerche votate anche all'esplorazione delle malattie mentali.

⁵⁸² *Ibid.*

⁵⁸³ Si veda, oltre alle dichiarazioni citate in precedenza, il capitolo *L'abbinamento della ospitalizzazione neurologica e psichiatrica* in A. Pieraccini, *Problemi di attualità nell'assistenza neuropsichiatrica ospitaliera e para-ospitaliera*, cit., pp. 780-792.



Immagine 7. Soldati che frequentano la scuola elementare organizzata all'interno dell'ospedale militare neurologico di Ferrara Fonte: G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, cit., p. 41.



Figura 8. Soldati ricoverati a Ferrara che svolgono attività di canottaggio Fonte: G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, cit., p. 41.



Figura 9. Soldati che giocano a «croquet da giardino» nell'ospedale neurologico Villa del Seminario. Fonte: G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, cit., p. 36.



Figura 10. Sala di soggiorno dell'ospedale militare neurologico di Ferrara. Fonte: G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, cit., p. 30.

Conclusioni

Le vicende analizzate mostrano che l'universo psichiatrico non affrontò la guerra come un monolite saldo nel far fronte al richiamo patriottico e alle necessità belliche. I contesti locali e la formazione professionale dei protagonisti influivano in modo significativo sul trattamento dei soldati ricoverati nelle strutture da loro dirette. I provvedimenti medico-legali proposti nei manicomi attestano che i bisogni dei soldati non vennero totalmente trascurati, contraddicendo in parte la vulgata sul potere invasivo delle autorità militari e sugli psichiatri come semplici custodi dell'ordine sociale. È possibile notare inoltre un certo impegno, differente a seconda delle personalità e dei campi specifici di studio, verso il progresso di una branca ancora giovane delle scienze mediche. Se gli alienisti di formazione manicomiale dovettero per forza di cose adattare i propri metodi alle tempistiche e alle priorità dei comandi militari, riuscirono comunque a influenzare a loro volta l'intervento delle autorità in funzione dei dettami della propria disciplina, delle proprie opinioni scientifiche e delle varie circostanze operative. Non è possibile quindi porre il conflitto come evento che trasformò radicalmente una pratica formatasi ormai da decenni nei manicomi italiani, ma non c'è dubbio che fornì le condizioni per approfondire argomenti chiave del dibattito psichiatrico come l'ereditarietà delle malattie mentali e il ruolo delle emozioni nella loro comparsa. La guerra non influì solo sui discorsi teorici ma costrinse le autorità a sperimentare nuovi modelli ospedalieri. L'attenzione rivolta ai centri neurologici militari nati tra il 1915 e il 1918 è giustificata proprio dalla possibilità di portare alla luce esperienze proficue per la crescita della ricerca scientifica e per il miglioramento dei trattamenti sanitari anche nei decenni successivi. Con la parabola dei sospetti simulatori il focus viene invece spostato dalla risposta delle istituzioni a quelle dei soldati, mostrando casi di reazione consapevole, anche se non di ribellione aperta, alle imposizioni della guerra.

Sono tutti aspetti utili ad osservare il fenomeno degli 'scemi di guerra' da punti di vista alternativi a quello che insiste sulla loro condizione di traumatizzati e su di una psichiatria incapace di comprenderla. Dopo decenni di ricerche storiche è ormai acquisito che i soldati della Grande Guerra furono vittime del meccanismo brutale di una guerra di massa, industrializzata, e che quelli colpiti da malattie nervose e mentali divennero, e sono ancora oggi, una delle espressioni più disturbanti di tale brutalità. Nondimeno risulta limitante l'adozione di un paradigma vittimario, sbilanciato troppo verso un approccio empatico ai traumi subiti dagli uomini al fronte. Le cause che portavano alla comparsa di quella vastissima serie di sintomi propri delle patologie nervose e mentali erano le più svariate, per cui è riduttivo sottolineare il solo potere patogeno della guerra per l'interpretazione di un fenomeno estremamente complesso.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Le gravi sofferenze subite dai soldati sono ovviamente innegabili, ma gli aspetti che potevano contrastare questa sofferenza sono stati spesso sottovalutati. Le malattie nervose e mentali furono per alcuni un meccanismo psicologico di autodifesa o il risultato di ferite; per altri ebbero un'utilità strategica e furono utilizzate in modo cosciente per ingannare le autorità, anche esagerando sintomi reali ma lievi. La condizione di subordinazione dei malati mentali rispetto a una scienza che si proponeva come medica ma che implicava un potente intervento di emarginazione sociale, doveva fare i conti con la capacità e le possibilità che i soldati avevano di ritagliarsi spazi di scelta anche in ambienti connotati dalla repressione sistematica del dissenso, di uscire dallo status di vittime impotenti della guerra.

Abbreviazioni

ACS - Archivio Centrale dello Stato

AICB - Archivio storico dell'Istituto neurologico Carlo Besta di Milano

AOLB - Archivio storico dell'ex-Ospedale psichiatrico provinciale Leonardo Bianchi di Napoli

AONA - Archivio storico dell'ex-Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo

AORE - Archivio storico dell'ex-Ospedale psichiatrico provinciale S. Lazzaro di Reggio Emilia

AOST - Archivio storico dell'ex-Ospedale psichiatrico provinciale S. Artemio di Treviso

AOSV - Archivio storico dell'ex-Ospedale psichiatrico provinciale S. Servolo di Venezia

CPMPR – Centro Psichiatrico Militare di Prima Raccolta di Reggio Emilia

Fondi archivistici consultati

Archivio Centrale dello Stato:

- Ministero del Tesoro - Direzione Generale Pensioni di Guerra

Archivio storico dell'ex-Ospedale psichiatrico provinciale S. Artemio di Treviso:

- Amministrazione
- Cartelle cliniche

Archivio storico dell'ex-Ospedale psichiatrico provinciale S. Servolo di Venezia:

- Registro deliberazioni interne 1906, 1916-1917-1918
- Archivio amministrativo
- Sezione sanitaria

Archivio storico dell'ex-Ospedale psichiatrico provinciale S. Lazzaro di Reggio Emilia:

- Archivio amministrativo
- Archivio sanitario
- Busta 22

Archivio storico dell'ex-Ospedale psichiatrico provinciale Leonardo Bianchi di Napoli:

- Carteggio Capodichino, Categoria 9 - Personale sanitaria
- Cartelle cliniche

Archivio storico dell'ex-Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo:

- Direzione
- Opuscoli

Archivio storico dell'Istituto neurologico Carlo Besta di Milano (AICB):

- Attività del fondatore
- Direzione e amministrazione
- Statuti e regolamenti

Bibliografia

Fonti primarie

- (1915), *Nomina di ufficiali medici di complemento*, «La Riforma medica», 21, p. 581.
- (1917), *Notizie. Centri neurologici militari*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 42, p. 384.
- (1917-1918) *Notizie. I Manicomi italiani e la guerra. L'assistenza femminile nei reparti maschili dei manicomi*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 45-46, pp. XLVII-L.
- (1917) *Note di attualità. Le cause morbose d'inabilità al servizio militare nei riguardi della psichiatria e neuropatologia*, «Quaderni di psichiatria», 4, pp. 217-222.
- (1916) *Note di attualità pratica. Per l'insegnamento clinico della psichiatria e neuropatologia al corpo sanitario militare*, «Quaderni di psichiatria», 3, pp. 73-80.
- Boschi G. (1931), *La guerra e le arti sanitarie*, A. Mondadori, Milano.
- Boschi G. (1923), *Ancora sull'anafilassi neuropsichica*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 51, 3-4, pp. 183-186.
- Boschi G. (1919), *Criteri direttivi nell'assistenza agli invalidi per lesioni funzionali del sistema nervoso*, in AA. VV., *Atti della III Conferenza interalleata per l'assistenza agli invalidi di guerra (Roma, 12-17 ottobre 1919)*, Tip. La Rapida, Roma.
- Boschi G. e Bennati N. (1917-1918), *L'anafilassi neuropsichica*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 45-46, pp. 59-69.
- Boschi G. (1917-1918), *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'Ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, «Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale», 45-46, pp. 5-58.
- Boschi G. (1917), *Assistenza neurologica di guerra*, «Rivista sperimentale di freniatria», 42, 4, pp. 505-515.
- Bucciante A. (1912), *Pazzia morale e Legge penale militare*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 38, 1, pp. 246-248.
- Bucciante A. (1912), *Profilassi della delinquenza nell'esercito*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 38, 1, pp. 248-259.
- Buscaino V. M. (1919), *Esperienza psichiatrica di guerra*, «Rivista di Patologia nervosa e mentale», 23, pp. 221-238.
- Buscaino V. M. e Coppola A., *Disturbi mentali in tempo di guerra*, «Rivista di patologia nervosa e mentale», 21, 1-2, 1916, pp. 1-103, 135-182.
- Cappelletti L. (1904), *La nevrastenia*, U. Hoepli, Milano.
- Cappelletti L. (1899), *Dignità scientifica dell'Antropologia criminale*, Tipografia dell'Eridano, Ferrara.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

- Consiglio P. (1912), *Studi di psichiatria militare (II)*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 38, 3-4, pp. 370-410.
- De Lisi L. e Foscarini E. (1920), *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, «Note e Riviste di Psichiatria», 8, pp. 9-130.
- Ferrari G. C. (1917), *Il pellandronismo (osservazioni di psicologia para-militare)*, «Rivista di psicologia», 13, 2-3, pp. 73-86.
- Funaioli G. (1912), *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'Esercito*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 38, pp. 257-260.
- Liuzzi G. (1934), *I servizi logistici nella guerra*, Corbaccio, Milano.
- Martini F. (1938), *Il primo dodicennio di accettazione e cura dei neuropatici nell'Ospedale neuropsichiatrico provinciale di Arezzo*, «Rassegna di Studi Psichiatrici», 27, 4, pp. 719-751.
- Mencinini A. (1918), *I Centri Neurologici nella Mostra nazionale delle opere di Assistenza all'Esercito*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 43, 1-2, pp. 331-339.
- Modena G. (1917), *L'organizzazione dei centri neurologici in Francia*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 42, 2-3, pp. 344-355.
- Pieraccini A. (1933), *Problemi di attualità nell'assistenza neuropsichiatrica ospitaliera e para-ospitaliera*, «Rassegna di studi psichiatrici», 22, pp. 729-823.
- Pieraccini A. (1927), *Il Padiglione neurologico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo. Giudizi critici sulla iniziativa e primi risultati di esercizio*, Marsano, Genova.
- Pighini G. (1917), *Contributo alla clinica e patogenesi delle "Psiconevrosi emotive" osservate al fronte*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 42, 3-4, pp. 298-343.
- Riva E. (1919), *Il Centro psichiatrico militare di I° raccolta*, «Rivista sperimentale di freniatria», 43, 1-2, pp. 308-324.
- Tamburini A., Ferrari G. C. e Antonini G. (1918), *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Unione Tipografico-Editrice torinese, Torino.
- Tamburini A. (1916), *Sulla istituzione dei centri neurologici per malati militari*, «Rivista Sperimentale di Freniatria e medicina legale», 42, 1, pp. 178-187.
- Tamburini A. (1916), *L'organizzazione del servizio nevro-psichiatrico di guerra nel nostro esercito*, «Rivista sperimentale di freniatria», 42, 1, pp. 187-190.
- Tomellini L. (1875), *Delle malattie più frequentemente simulate o provocate dagli iscritti*, Voghera, Roma.
- Zanon Dal Bò L. (1921), *Se esistono particolari forme di Psicosi in dipendenza della guerra*, «Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi», 2, 1, pp. 53-65.
- Zanon Dal Bò L. (1920), *Guerra e malattie mentali*, in «Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi», 2, 1, pp. 253-256.

Fonti secondarie

- Fuori dal manicomio. Gli archivi della salute mentale dall'Unità d'Italia alla legge 180*, resp. scientifica Patrizia Guarnieri, SIUSA, Roma 2015, accessibile on line <<https://siusa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=credits&RicProgetto=preg-tos-fuoman>> (07/2020).
- Adami M. V. (2006), *L'esercito di San Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, Il Poligrafo, Padova.
- Andreucci F. e Detti T. (a cura di) (1975), *Il movimento operaio italiano: dizionario biografico*, Ed. Riuniti, Roma.
- Arcieri G. P. (1952), *Figure della medicina contemporanea italiana*, Fratelli Bocca, Milano.
- Armiato L., Gaspari F. e Turola M. C., *Temporaneamente inadatti. La follia della Grande Guerra*, mostra organizzata sull'isola di San Servolo (03-30 marzo 2017).
- Arosio F. (1993), *Carlo Besta. 1876-1940*, Istituto nazionale neurologico "Carlo Besta", Milano.
- Associazione Nazionale Volontari di Guerra (1929), *Il Decennale. Pubblicazione nazionale sotto l'augusto patronato di S. M. il Re e con l'alto assenso di S. E. il capo del Governo*, Stabilimenti Grafici A. Vallecchi, Firenze.
- Babini V. P. (2009), *Liberi tutti: manicomio e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna.
- Babini V. P. (1989), *Organicismo e ideologie nella psichiatria italiana dell'Ottocento*, in Ferro F. M. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Vita e pensiero, Milano, pp. 331-350.
- Barham P. (2004), *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, New-Haven-London.
- Bartoloni S. (a cura di) (2016), *La Grande Guerra delle italiane. Mobilitazioni, diritti e trasformazioni*, Viella, Roma.
- Bartoloni S. (2003), *Italiane alla guerra. L'assistenza ai feriti 1915-1918*, Marsilio.
- Benvenuti M. (1957), *Profili di neuropsichiatri*. Arnaldo Pieraccini, «Rivista di Neurobiologia», 3, 2, pp. 321-339.
- Berti L. (a cura di) (2004), *Protagonisti del Novecento aretino: atti del ciclo di conferenze, Arezzo, 15 ottobre 1999-30 novembre 2000*, L. S. Olschki, Firenze, p. 542.
- Bettiol N. (2008), *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomio del Veneto. 1915-1918*, Istresco, Treviso.
- Bettiol N. (2008), *Destini della follia in guerra. Vivere, sopravvivere e scrivere al S. Artemio di Treviso*, in Scartabellati A. (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio Editore, Torino, pp. 221-329.
- Bianchi B. (2001), *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Bulzoni, Roma.
- Bianchi R. e Borgognone G. (2017), *La Grande guerra in Italia*, «Passato e presente», 100, pp. 203-237.
- Bongiorno V. (2002), *Il dedalo della mente. Augusto Tamburini tra neurofisiologia e psichiatria*, Edizioni Kappa, Roma.
- Botti F. (1991), *La logistica dell'esercito italiano (1831-1981). Volume II*, Ufficio storico dello Stato Maggiore dell'Esercito, Roma.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

- Bruttocao P., Frattini R. e Tosi L. (2012), *100 anni del Sant'Artemio: un secolo attraverso immagini, notizie e testimonianze: catalogo della Mostra aprile-settembre 2011, sede della Provincia di Treviso, Sant'Artemio*, Istresco, Treviso.
- Canosa R. (1979), *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano.
- Carrino C. e Di Costanzo R. (2003), *Archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Napoli Leonardo Bianchi. Inventario*, Ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi, Napoli.
- Cassata F. (2006), *Molti sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cimino G. e Sava G. (2008), *Psichiatria e psicologia nel Mezzogiorno dell'Italia postunitaria*, in AA.VV., *La scienza nel Mezzogiorno dopo l'Unità d'Italia*, Rubbettino, Soveria Mannelli (CZ), pp. 955-1084.
- Cini A. (2004), *Arnaldo Pieraccini, precursore di una nuova psichiatria*, in Berti L. (a cura di), *Protagonisti del Novecento aretino: atti del ciclo di conferenze*, Arezzo, 15 ottobre 1999-30 novembre 2000, L. S. Olschki, Firenze, pp. 143-160.
- Conti F. e Silei G. (2005), *Breve storia dello Stato sociale*, Carocci, Roma.
- Cortesi T. (1952), *Luigi Cappelletti*, in AA.VV., *In memoria dei soci defunti*, «Ateneo Veneto», 136.
- Cosmacini G. (1994), *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Laterza, Bari.
- Cosmacini G. (1985), *Gemelli. Il Machiavelli di Dio*, Rizzoli, Milano.
- D'Alessio V. (2017), *Crime and madness at the opposite shores of the Adriatic: moral insanity in Italian and Croatian psychiatric discourses*, «Acta medico-historica adriatica», 15, 2, pp. 219-252.
- De Certeau M. (1980), *L'invention du quotidien*, Union Générale d'Éditions, Paris.
- De Peri F. (1984), *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra otto e novecento*, in Della Peruta F. (a cura di), *Storia d'Italia. Annali. Vol. 7: Malattia e medicina*, Einaudi, Torino, pp. 1057-1140.
- Del Negro P. (1979), *Esercito, Stato, società*, Cappelli, Bologna.
- Derrien M. (2015), «*La tête en capilotade*». *Les soldats de la Grande Guerre internés dans les hôpitaux psychiatriques français (1914-1980)*, Tesi di Dottorato in Storia, Université Lumière Lyon 2 - Laboratoire de recherche historique Rhône-Alpes - École doctorale Sciences sociales 483.
- Di Cori P. (2010), *Porte girevoli. A partire da "L'invenzione del quotidiano"*, Postfazione a De Certeau M. (2010), *L'invenzione del quotidiano*, Edizioni Lavoro, Roma, 2° ed., pp. 285-325.
- 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*, Franco Angeli, Milano, pp. 247-268.
- Favaretto G. (2016), *Le malattie mentali, i soldati della Grande Guerra e il Sant'Artemio di Treviso*, «Terra e storia», 9, pp. 187-195.
- Fiorani M. (2013), *Arnaldo Pieraccini*, Archivio storico della psicologia italiana <<http://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/127/>> (01/2018).
- Fiorino V. (2011), *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, Edizioni ETS, Pisa.
- Fiorino V. (2002), *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia.
- Flora P. e Heidenheimer A. J. (a cura di) (1983), *Lo sviluppo del welfare state in Europa e in America*, Il Mulino, Bologna.
- Forcella E. e Monticone A. (1968), *Plotone d'esecuzione: i processi della Prima guerra mondiale*, Laterza, Bari.

- Foschi R. (2016), *La rappresentazione psico-antropologica dei meridionali tra Ottocento e Novecento*, «Physis. Rivista internazionale di storia della scienza», 51, 1-2, pp. 253-265.
- Foucault M. (1975), *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Gallimard, Paris (ed. italiana *Sorvegliare e punire: nascita della prigionia*, Einaudi, Torino 1976).
- Foucault M. (1961), *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris (ed. italiana *Storia della follia nell'età classica*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano 1963).
- Frigessi D. (2003), *Cesare Lombroso*, Giulio Einaudi, Torino.
- Fussell P. (1975), *The Great War and Modern Memory*, Oxford University press, New York-London (ed. italiana *La Grande Guerra e la memoria moderna*, Il Mulino, Bologna 1984).
- Galzigna M. (2007) (a cura di), *Museo del manicomio di San Servolo. La follia reclusa*, Arsenale, Venezia.
- Germano G. (1998), *Gaetano Boschi, l'ospedale militare neurologico Villa del Seminario e gli artisti metafisici*, «Annali di Neurologia e Psichiatria», 92, pp. 111-116.
- Gherardi S. e Montani P. (a cura di) (2004), *Inventario dell'Archivio storico dell'Ospedale neuropsichiatrico di Arezzo*, Le Balze, Arezzo.
- Giacanelli F. (1995), *Il medico, l'alienista*, in Frigessi D., Giacanelli F. e Mangoni L., *Cesare Lombroso. Delitto, genio, follia. Scritti scelti*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gibelli A. (2014), *La Grande Guerra degli italiani. 1915-1918*, BUR Rizzoli, Milano.
- Gibelli A. (1991), *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del paesaggio mentale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gibelli A. (1986), *L'esperienza di guerra. Fonti medico-psichiatriche e antropologiche*, in Leoni D. e Zadra C. (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Il Mulino, Bologna.
- Gradassi E. (2002), *Arnaldo Pieraccini psichiatra e socialista*, «Storia e problemi contemporanei», 31, pp. 27-44.
- Grillini A. (2018), *La guerra in testa. Esperienze e traumi di civili, profughi e soldati nel manicomio di Pergine Valsugana (1909-1924)*, Il Mulino, Bologna.
- Guarnieri P. e Fiorani M. (2019), *Salute mentale e territorio. Luoghi e archivi prima e dopo la legge n. 180 del 1978*. «Le Carte e la Storia», 25, pp. 183-194.
- Guarnieri P. e Fiorani M. (2015), *Fuori dal manicomio. I luoghi della salute mentale dall'Unità d'Italia alla legge 180* <<https://siusa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/pagina.pl?RicProgetto=preg-tos-fuoman>> (07/2020).
- Guarnieri P. (2013), *Caesar or Cesare? American and Italian images of Lombroso*, in P. Knepper, P. J. Ystehede (a cura di), *The Cesare Lombroso Handbook*, Routledge, Taylor & Francis Group, New York-Oxford, pp. 113-130.
- 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, pp. 94-106.
- Guarnieri P. (2007), *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, «Studi Storici», 2, pp. 477-521.
- Guarnieri P. (2006), *L'ammazzabambini. Legge e scienza in un processo di fine Ottocento*, Laterza, Roma-Bari (ed. orig. 1988).
- Guarnieri P. (2005), *Madness in the home. Family care and welfare policies before fascism*, in M. Gijswijt-Hofstra, H. Oosterhuis, J. Vijselaar, H. Freeman (a cura di), *Psychiatric cultures compared. Mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches*, Amsterdam University Press, Amsterdam, pp. 312-328.
- Guarnieri P. (2004), *Su Lombroso e il lombrosismo*, «Passato e presente», 61, pp. 141-150.
- Guarnieri P. (1990), *La storia della psichiatria italiana. Un secolo di studi in Italia*, L. S. Olschki, Firenze.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

- Guarnieri P. (1986), *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Franco Angeli, Milano.
- Guarnieri P. (1985), *Teatro e Laboratorio. Scienziati e medici davanti al magnetismo*, «Belfagor», 5, pp. 561-575.
- Guarnieri P. (1983), «*La volpe e l'uva*»: *cultura scientifica e filosofia del positivismo italiano*. «Physis», 25, pp. 301-336.
- Guarnieri P. (1980), *Filosofia e scuola nell'età giolittiana*, Loescher, Torino.
- Hobsbawm E. J. (2001), *Age of Extremes: The Short Twentieth Century, 1914-1991*, Abacus, London.
- Isnenghi M. e Rochat G. (2008), *La Grande Guerra. 1914-1918*, Il Mulino, Bologna.
- Isnenghi M. (1970), *Il mito della Grande Guerra: da Marinetti a Malaparte*, Laterza, Bari.
- Isnenghi M. (1967), *I vinti di Caporetto nella letteratura di guerra*, Marsilio, Padova.
- Jones E. e Wessely S. (2006), *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Psychology Press, New York.
- Kuhn T. S. (1985), *La tensione essenziale. Cambiamenti e ontinuità nella scienza*, Einaudi, Torino (ed. orig. 1977).
- Kuhn T. S. (2009), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino (ed. orig. 1962).
- La Fata I. (2014), *Follie di guerra: medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Unicopli, Milano.
- La Fata I. (2012), «*Scemi di guerra*». *Comportamenti sociali e nevrosi psichiche tra i soldati della Grande guerra. Il caso di Parma*, Tesi di Dottorato in Storia, Università degli studi di Parma.
- Labanca N. (2016), *Discutendo di guerra*, «Italia contemporanea», 280, pp. 209-215.
- Labanca N. (a cura di) (2016), *Guerra e disabilità: mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, Unicopli, Milano.
- Labanca N. (a cura di) (2014), *Dizionario storico della Prima guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari.
- Larsson M. (2009), *Families and Institutions for Shell-Shocked Soldiers in Australia after the First World War*, «Social History of Medicine», 22, 1, pp. 97-114.
- Leoni D. e Zadra C. (a cura di) (1986), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Il Mulino, Bologna.
- Leed E. J. (1979), *No Man's Land: Combat & Identity in World War I*, Cambridge University press, Cambridge (ed. italiana *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Il Mulino, Bologna 1985).
- Lombardo G. P. e Foschi R. (2010), *La psicologia italiana e il Novecento. Le prospettive emergenti nella prima metà del secolo*, Franco Angeli, Milano.
- Loughran T. (2012), *Shell Shock, Trauma, and the First World War: The Making of a Diagnosis and Its Histories*, «Journal of the History of Medicine and Allied Sciences», 67, 1, pp. 94-119.
- Manente S. e Scartabellati A. (2008), *Gli psichiatri alla guerra. Organizzazione militare e servizio bellico, 1911-1919*, in Scartabellati A. (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio Editore, Torino, pp. 91-118.
- Mantovani C. (2004), *Rigenerare la società. L'Eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Rubbettino, Soveria Mannelli (Cz).
- Menga C. (2012), *Cesare Colucci. Gli albori della psicologia italiana*, Sipintegrazioni, Casoria (Na).
- Menghi Sartorio B. (2010), *Ospedale psichiatrico "S. Lazzaro"*, in Gruppo di coordinamento del progetto nazionale «Carte da Legare» (a cura di), *Primo rapporto sugli archivi degli ex Ospedali psichiatrici*, Editrice Gaia, Anagni (Sa), pp. 62-70.

- Manotta M. (2010), *Società italiana di psicologia*, Archivio storico della psicologia italiana – Protagonisti <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/164/>> (07/2019).
- Mayer A. J. (1981), *The Persistence of the Old Regime: Europe to the Great War*, Pantheon, New York.
- Melograni P. (1969), *Storia politica della Grande Guerra*, Laterza, Bari.
- Ministero per l'assistenza militare e le pensioni di guerra (1919), *L'assistenza di guerra in Italia: assistenza militare - pensioni di guerra. III conferenza interalleata per la protezione degli invalidi di guerra*, Società anonima poligrafica italiana, Roma.
- Molinari A. (2014), *Una patria per le donne. La mobilitazione femminile nella Grande Guerra*, Il Mulino, Bologna.
- Molinari A. (2008), *Donne e ruoli femminili nell'Italia della Grande Guerra*, Selene, Milano.
- Mondini M. (2014), *Potere civile e potere militare*, in N. Labanca (a cura di), *Dizionario storico della Prima guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari, pp. 35-43.
- Montaldo S. (2018), *Lombroso: The Myth, The History*, «Crime, Histoire & Sociétés/Crime, History & Societies», 22, 2, pp. 31-61
- Montanari E. (2015), *La Clinica delle malattie nervose e mentali di Milano tra neurologia e psichiatria*, Archivio storico della psicologia italiana – Protagonisti <<http://www.aspi.unimib.it/collections/collection/detail/55/>> (09/2017).
- Monteleone R. (a cura di) (1973), *Lettere al Re: 1914-1918*, Editori riuniti, Roma.
- Nicasi S. (1986), *Il germe della follia. Modelli di malattia mentale nella psichiatria italiana di fine Ottocento*, in Rossi P. (a cura di), *L'età del positivismo*, Il Mulino, Bologna.
- Nicola P. (1987), *Snidare l'anormale: psichiatria e masse combattenti nella Prima guerra mondiale*, «Rivista di storia contemporanea», 1, pp. 59-84.
- Oliva G. (2009), *Soldati e ufficiali. L'esercito italiano dal Risorgimento a oggi*, Mondadori, Milano.
- Paoletta F. (2010), *La neuro-psichiatria in Emilia-Romagna durante la Grande Guerra*, in Montella F., Paoletta F., Ratti F. (a cura di), *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia-Romagna durante la Prima Guerra Mondiale*, Clueb, Bologna, pp. 67-110.
- Paoletta F. (2008), *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, in Carrettieri M. e Ferraboschi A., *Piccola Patria Grande Guerra. La Prima guerra mondiale a Reggio Emilia*, Clueb, Bologna, pp. 187-204.
- Passerini A. (1994), *Storia della Neuroradiologia europea*, «Rivista di Neuroradiologia», 7, 4, pp. 541-556.
- Passione R. (2009), *Augusto Tamburini*, Archivio storico della psicologia italiana, <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/146/>> (10/2018).
- Peloso P. F. (2016), *La strana malattia. Guerra e psichiatria tra primo e secondo conflitto mondiale*, in Labanca N. (a cura di), *Guerra e disabilità: mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, Unicopli, Milano, pp. 169-210.
- Pick D. (1999), *Volti della degenerazione. Una sindrome europea 1848-1918*, La Nuova Italia, Scandicci (Fi) (ed. orig. 1989).
- Pironti P. (2015), *Grande guerra e Stato sociale in Italia. Assistenza a invalidi e superstiti e sviluppo della legislazione sulle pensioni di guerra*, «Italia contemporanea», 277, pp. 63-89.
- Procacci G. (2013), *Warfare-welfare: intervento dello Stato e diritti dei cittadini (1914-18)*, Carocci, Roma.
- Procacci G. (1993), *Soldati e prigionieri italiani nella Grande Guerra*, Editori riuniti, Roma.
- Puggioni G. (2008), *Ferdinando Cazzamalli. Dal manicomio di Como alla Camera dei Deputati*, in Scartabellati A. (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio Editore, Torino, pp. 422-425.

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

- Quagliaroli F. (2016), *Le pensioni per gli invalidi della Prima guerra mondiale*, «Contemporanea», 19, 1, pp. 43-67.
- Raito L. (2010), *Gaetano Boschi: sviluppi della neuropsichiatria di guerra (1915-1918)*, Carocci, Roma.
- Regina M. (a cura di) (2006), *Archivio storico dell'Istituto Nazionale Neurologico "Carlo Besta". Inventario*, Scripta, Como.
- Reid F. (2007), *Distinguishing between Shell-shocked Veterans and Pauper Lunatics: The Ex-Services' Welfare Society and Mentally Wounded Veterans after the Great War*, «War History», 14, 3, pp. 347-371.
- Ritter G. (1999), *Storia dello Stato sociale*, Laterza, Roma-Bari.
- Sabatucci G. (2003), *La Grande Guerra come fattore di divisione*, in Di Nucci L. e Galli della Loggia E. (a cura di), *Due nazioni. Legittimazione e delegittimazione nella storia dell'Italia contemporanea*, Il Mulino, Bologna, pp. 107-125.
- Salvante M. (2015), *Thanks to the Great War the blind gets the recognition of his ability to act': the rehabilitation of blinded servicemen in Florence*, «First World War Studies», 6, 1, pp. 21-35.
- Salvante M. (2013), *The Italian Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi di Guerra and its International Liaisons in the Post Great War Era*, in Eichenberg J. e Newman J. P. (a cura di), *The Great War and Veterans' Internationalism*, Palgrave Macmillan, New York, pp. 162-183.
- Scarfone M. (2016), *La psichiatria italiana au front: L'expérience fondatrice de la guerre de Libye, 1911-1912*, «Le Mouvement Social», 257, pp. 109-126
- Scartabellati A. (2016), *Esistenze mutilate. La storia senza riscatto dei folli di guerra*, in Labanca N. (a cura di), *Guerra e disabilità. Mutilati e invalidi italiani e primo conflitto mondiale*, Unicopli, Milano.
- Scartabellati A. (2016), *Placido Consiglio*, Archivio storico della psicologia italiana, <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/331/>> (09/2018).
- Scartabellati A. (a cura di) (2008), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio Editore, Torino.
- Scartabellati A. (2003), *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (UD).
- Shephard B. (2000), *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists, 1914-1994*, Jonathan Cape, London.
- Starnini M. (2015), *Carlo Livi*, Archivio storico della psicologia italiana – Protagonisti <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/278/>> (10/2018).
- Taccari E. (1971), *Borri, Lorenzo*, in AA. VV., *Dizionario biografico degli italiani. Vol. 13: Borremans-Brancazolo*, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma. <<http://www.treccani.it/enciclopedia/lorenzo-borri>> (10/2018).
- Targetti L. (1946), *Roberto Veratti ed Ottaviano Pieraccini. Per una stessa Fede vissero uniti e caddero. Dall'almanacco del P.S.I.U.P. del 1946*, in AA.VV., *Comitato per le onoranze a Roberto Veratti e Ottaviano Pieraccini martiri della liberta: per una stessa fede vissero uniti e caddero*, A. Corticelli, Milano.
- Tomassini L. (2018), *Verso la mobilitazione totale. Agricoltura, industria, approvvigionamenti 1915-1918*, in Procacci G., Labanca N. e Goddi F., *La guerra e lo Stato 1914-1918*, Unicopli, Milano, pp. 325-362.
- Tomassini L. (2015), *Donne e lavoro nella fotografia agli inizi del Novecento*, Agra, Roma.
- Vanini M. (2008), *Alcune note statistiche dal Manicomio Provinciale di Como*, in Scartabellati A. (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio Editore, Torino, pp. 411-421.

Marco Romano

- Verrengia S. (2006), *Il Movimento di unità proletaria*, «Dimensioni e problemi della ricerca storica», 18, 2, pp. 45-87.
- Vetro G. N. (2011), *Dizionario della musica del ducato di Parma e Piacenza. Giacomo Pighini*, <<http://www.lacasadellamusica.it/Vetro/Pages/Dizionario.aspx?ini=P&tipologia=1&idoggetto=1199&idcontenuto=2295>> (10/2018).
- Wessely S. (2006), *Twentieth-century theories on combat motivation and breakdown*, «Journal of Contemporary History», 41, 2, pp. 269-286.
- Zocchi P. (2016), *Giulio Cesare Ferrari*, *Archivio storico della psicologia italiana*, <<https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/78/>> (09/2018).

Indice dei nomi

- Adami, Maria Vittoria, 16 e n. 26 e 28, 209
Agostini, Cesare, 60
Alberti, Angelo, 51 e n. 114, 141
Alfieri Di Sostegno, Adele, 92
Aliprindi, Lorenzo, 178
Andreucci, Franco, 116 n. 324 e 330, 209
Antonini, Giuseppe, 55 e n. 127, 84 n. 231, 86, 120 n. 343, 136, 194, 208
Arcieri, Giovanni Piero, 176 n. 521, 181 n. 532, 209
Ardigò, Roberto, 145
Armiato, Luigi, 70 e n. 181, 76 n. 204, 209, 222
Arosio, Franco, 170 e n. 499, 179 n. 492, 494 e 497, 174 n. 510, 209
Babini, Valeria Paola, 14 n. 22, 15 n. 23, 67 n. 169, 197 n. 574, 209
Babinski, Joseph, 46
Bardelli, Lorenzo, 92
Barham, Peter, 21 n. 45, 90, 91 n. 238 e 239, 209
Baroncini, Luigi, 199 e n. 581, 200
Bartolomei, Tito, 118
Bartoloni, Stefania, 185 n. 546, 186 n. 548, 209
Basso, Lelio, 116
Belmondo, Ernesto, 67 n. 169, 169
Bennati, Nando, 42 e n. 84, 43 n. 88 e 89, 197 e n. 575, 207
Benvenuti, Marino, 118 n. 337, 209
Bernard, Claude, 20 n. 41
Bernardini, Ferruccio, 116
Berti, Luca, 116 n. 325, 117 n. 334, 209
Besta, Carlo, 25, 29, 168-175, 189, 195, 196
Bettiol, Nicola, 16 e n. 26 e 29, 49 n. 105, 56 n. 129, 57 e n. 133 e 135, 59 n. 141, 61 n. 151, 62 n. 153, 70 n. 180, 209
Biagi, Luigi, 97 n. 260
Bianchi, Bruna, 12 e n. 13 e 14, 16, 17 n. 33, 31 n. 50, 32 n. 51, 35 n. 63 e 65, 46 n. 100, 51 n. 115, 53 n. 119, 61 n. 151, 94 n. 247, 108 n. 301, 209
Bianchi, Leonardo, 41, 53, 144, 146, 150, 51 n. 113, 145 n. 415
Bianchi, Roberto, 10 n. 2, 209
Bianchi, Vincenzo, 51 e n. 113, 141, 147, 148, 167 n. 487
Bizio Gradenigo, Andrea, 80
Bombardieri, Chiara, 222
Bonfigli, Clodomiro, 66, 68
Bongiorno, Vincenzo, 50 n. 107, 209
Borgognone, Giovanni, 10 n. 2, 209
Borri, Lorenzo, 42 e n. 86
Boschi, Gaetano, 25, 29, 41, 42 e n. 84 e 87, 43 e n. 88 e 89, 167 n. 487, 175-183, 187, 189, 195-197, 201, 202, 207
Boschi, Giulio, 176
Botti, Ferruccio, 94 n. 250, 209
Brugia, Raffaele, 53 n. 120
Bruttocao, Paola, 54 n. 124, 210
Bucciante, Angelo, 92 e n. 244, 113 e n. 316, 207
Buccola, Gabriele, 45, 50 n. 107, 143 n. 408
Buscaino, Vito Maria, 40, 87, 112 e n. 314, 197 e n. 574, 207
Buscaroli, Edmondo, 182
Cabrini, Angiolo, 33
Cadorna, Luigi, 32 e n. 51, 94
Canosa, Romano, 152 n. 442, 210
Cantani, Carlo, 146
Cantarano, Guglielmo, 147
Cappelletti, Luigi, 25, 26, 66-69, 71 e n. 182 e 183, 72, 74-76, 78, 80-82, 84, 107, 207
Carrà, Carlo, 182
Carrettieri, Mirco, 16 n. 26, 213
Carrino, Candida, 149 n. 432, 150 n. 433, 210
Caruso, Enrico, 51 n. 115
Cassata, Francesco, 39 n. 76, 210
Caviglia, Enrico, 33, 34
Cazzamalli, Ferdinando, 38 e n. 74, 39, 43
Ceccarelli, Glauco, 145 n. 414, 146 n. 416, 147 n. 423, 210, 211
Chavigny, Paul, 50
Cimino, Guido, 146 n. 417, 147 n. 424, 149 n. 431, 210

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

- Cini, Annalisa, 117 n. 334, 210
 Cini, Guido, 117
 Clerici, Alessandro, 48
 Colbachini, Giambattista, 82, 84
 Colucci, Cesare, 64, 105, 111, 112, 142-150, 153, 154, 159, 161, 162, 164
 Consiglio, Placido, 24, 27, 38-41, 43, 49, 53, 59-62, 72, 75, 80-84, 93 n. 246, 97, 100, 104, 108, 110-114, 143, 159, 161, 163, 164 n. 479, 208
 Conti, Fulvio, 33 n. 57, 210, 222
 Coppola, Alfredo, 87, 208
 Cortesi, Tancredi, 67 n. 168 e 170, 210
 Cosmacini, Giorgio, 19 n. 39, 20 n. 41, 144 n. 409, 165 n. 481, 210
 D'Abundo, Giuseppe, 167 n. 487
 D'Alessio, Vanni, 153 n. 447, 210
 D'Ormea, Antonio, 193
 Dalsler, Ida, 51 n. 114
 De Chirico, Giorgio, 182
 De Certeau, Michel, 21 e n. 43, 21, 210
 De Lisi, Lionello, 40 e n. 78, 41 n. 81, 44, 208
 De Peri, Francesco, 13 n. 17, 19 n. 38, 20 n. 40, 20 n. 42, 98 n. 261 e 262
 De Pisis, Filippo, 182
 De Pisis, Pietro, 182
 De Sanctis, Sante, 145-146
 Del Negro, Piero, 139 n. 391 e 393, 210
 Della Peruta, Franco, 13 n. 17, 210
 Detti, Tommaso, 116 n. 324 e 330, 210
 Derrien, Marie, 50 n. 108, 51 n. 11, 166 n. 484, 210
 Di Costanzo, Raffaele, 149 n. 432, 150 n. 433, 210
 Di Nucci, Loreto, 10 n. 4, 214
 Diaz, Armando, 32 e n. 51
 Di Trocchio, Federico, 146 n. 416, 147 n. 423, 210
 Duprè, Ernst, 40
 Eichenberg, Julia, 22 n. 46, 214
 Erikson, Erik Homburger, 11
 Favaretto, Gerardo, 54 n. 125, 59 e n. 144, 210, 222
 Ferraboschi, Alberto, 16 n. 26, 213
 Ferrari, Giulio Cesare, 50 n. 107, 55 e n. 127, 84 n. 231, 120 n. 343, 86, 136, 143 e n. 408, 144 e n. 410, 208, 208
 Ferri, Enrico, 67
 Ferro, Filippo Maria, 14 n. 22, 210
 Fiasconaro, Luigi, 146 n. 416, 147 n. 423, 210
 Filippi, Angelo, 42 n. 86
 Fiorani, Matteo, 24 n. 48, 44 n. 93, 117 n. 332, 210, 211
 Fiorino, Vinzia, 16 n. 26, 16, 17 n. 30 e 32, 210
 Flora, Peter, 33 n. 57
 Forcella, Enzo, 11 e n. 6, 12 n. 14, 210
 Foscarini, Ezio, 40 e n. 78, 41 n. 81, 44, 208
 Foschi, Renato, 139 n. 392, 145 n. 413, 211, 212
 Foucault, Michelle, 13 e n. 16, 211
 Fragnito, Onofrio, 167 n. 488
 Francovich, Carlo, 116
 Frattini, Raffaella, 54 n. 124, 211
 Freeman, Hugh, 22 n. 47, 211
 Freud, Sigmund, 17, 45, 47, 147
 Frigessi, Delia, 13 n. 17, 45 n. 98, 211
 Funaioli, Gaetano, 93 e n. 245, 208
 Fussel, Paul, 11 e n. 9, 211
 Galli della Loggia, Ernesto, 10n. 4, 214
 Galzigna, Mario, 67 n. 169, 211
 Gaspari, Fiora, 70 e n. 181, 76 n. 204
 Gatti, Angelo, 178, 167 n. 487
 Gemelli, Agostino, 143 e n. 409, 144, 212
 Gemelli, Edoardo, si veda Agostino
 Germano, Giuseppe, 182 n. 535, 211
 Gherardi, Stefania, 117 n. 333, 211
 Giacanelli, Ferruccio, 13 n. 17, 211
 Gibelli, Antonio, 12 e n. 12, 16, 17 n. 33, 186 n. 549, 211
 Gigli, Lucilla, 222
 Gijswijt-Hofstra, Marijke, 22 n. 47, 211
 Goddi, Federico, 89 n. 233 e 235, 214
 Golgi, Camillo, 143 n. 409, 167 n. 487, 168
 Gradassi, Enzo, 116 n. 326 e 328, 118 n. 336, 130 n. 378, 211
 Grillini, Anna, 46 n. 99, 211
 Grimbert, Charles, 40
 Guarnieri, Patrizia, 13 n. 15 e 17, 15 n. 23-25, 22 n. 47, 24 n. 48, 51 n. 112, 56 n. 132, 119 n. 340, 145 n. 414, 150 e n. 439, 210, 211, 212, 222
 Guicciardi, Giuseppe, 27, 98, 98, 102, 110, 113, 114, 161
 Heidenheimer, Arnold Joseph, 33 n. 57
 Hobsbawm, Eric John Ernest, 10 n. 1

Marco Romano

- Isnenghi, Mario, 10 n. 5, 11 n. 11, 32 n. 51, 33 n. 56, 61 n. 149, 102 n. 271 e 272, 212
- Jones, Edgar, 21 n. 44, 91 n. 329, 166 n. 485, 212
- Kiesow, Federico, 145
- Knepper, Paul, 13 n. 17, 211
- Kuhn, Thomas Samuel, 44 e n. 96, 45 e n. 97, 212
- La Fata, Ilaria, 17 n. 31, 53 n. 120, 212
- Labanca, Nicola, 10 n. 2 e 3, 18 n. 34, 32 n. 51, 89 n. 233 e 235, 133 n. 383, 212-214, 222
- Larsson, Marina, 21 n. 45, 91 e n. 241, 212
- Leed, Eric J, 11 e n. 9, 12, 17, 212
- Leoni, Diego, 11 n. 10, 12 n. 12, 213, 212
- Liuzzi, Guido, 54 n. 122, 208
- Lombardo, Giovanni P., 145 n. 413, 212
- Lombroso, Cesare, 13 e n. 17, 45 n. 98, 76, 79, 145 n. 415, 151, 152 n. 422
- Lopez, Davi, 176 n. 519
- Loughran, Tracey, 21 n. 44, 212
- Macry, Paolo, 222
- Mayer, Arno Joseph, 10 n. 1, 213
- Manente, Silvia, 53 n. 121, 94 n. 254, 212
- Mangoni, Luisa, 13 n. 17, 213
- Manotta, Marina, 144 n. 412, 212
- Mantegazza, Paolo, 51 n. 115
- Mantovani, Claudia, 39 n. 77, 60 n. 147, 212
- Marelli, Ercole, 173
- Martini, Furio, 190, 191 n. 565, 208
- Myers, Charles, 91 n. 239
- Medea, Eugenio, 167 n. 487, 169, 175
- Melograni, Piero, 11 e n. 7, 213
- Mendicini, Antonio, 167 n. 488, 208
- Menga, Claudia, 145 n. 415, 146 n. 418 e 420, 147 n. 425, 212
- Menghi Sartorio, Barbara, 98 n. 260, 212
- Mingazzini, Giovanni, 133 e n. 383
- Modena, Gustavo, 167 n. 486, 487 e 489, 208
- Molinari, Augusta, 185 n. 546, 547, 186 n. 548, 213
- Mondini, Marco, 32 n. 51, 89 n. 234, 90 n. 236, 213
- Montaldo, Silvano, 13 n. 17, 213
- Montanari, Elisa, 175 n. 514, 213
- Montani, Patrizia, 117 n. 333, 213
- Monteleone, Renato, 11 e n. 8, 213
- Montella, Fabio, 16 n. 26, 213
- Monticone, Alberto, 11 e n. 6, 12 n. 14, 213
- Morel, Bénédict-Auguste, 14 n. 20
- Morselli, Arturo, 51 e n. 112, 141, 167 n. 488
- Morselli, Enrico, 15, 45 n. 98, 48, 51, 94, 95, 97 e n. 260, 98, 102-104, 117, 120, 193
- Moschieri, Luigi, 99, 100 n. 270
- Mosso, Angelo, 145
- Mussolini, Benito, 51 n. 114
- Neri, Vincenzo, 167 n. 488
- Newman, John Paul, 22 n. 46, 214
- Nicasi, Stefania, 14 n. 19, 15 n. 23 e 25, 45 n. 98, 213
- Niccolodi, Aurelio, 92
- Nicola, Paola, 12 n. 12, 213
- Oliva, Gianni, 139 n. 394, 213
- Oosterhuis, Harry, 22 n. 47, 211
- Oppenheim, Hermann, 46 n. 99, 70
- Orlando, Vittorio Emanuele, 32 n. 51
- Paladino, Giovanni, 146
- Paoletta, Francesco, 16 n. 26, 16 e n. 27, 24, 25 e n. 49, 99 n. 267, 100 n. 269, 108 n. 302, 109 n. 306, 110 n. 308, 112 n. 313, 176 n. 519, 178 n. 525, 213
- Paoli, Giuseppe, 118
- Passerini, Angelo, 165 n. 480, 213
- Passione, Roberta, 50 n. 107, 213
- Peloso, Paolo Francesco, 133 n. 383, 213
- Petrazzani, Pietro, 161
- Pick, Daniel, 14 n. 18, 14 n. 20, 213
- Pieraccini, Arnaldo, 27, 29, 36, 115-118, 119 n. 341, 120 e n. 344, 127, 128, 130 e n. 378, 184 e n. 541-544, 189-192, 194 n. 568, 195 e n. 570 e 571, 196, 198-200, 208, 211, 212
- Pieraccini, Ottaviano, 116 e n. 329
- Pighini, Giacomo, 51 e n. 115, 61, 196, 197 n. 572, 208
- Pinel, Philippe, 19, 20
- Pironti, Pierluigi, 33 n. 59, 213
- Procacci, Giovanna, 12 n. 14, 33 n. 57, 89 n. 232, 233 e 235, 213, 214
- Puggioni, Gavino, 39 n. 74, 213
- Quagliaroli, Fabiano, 33 n. 55, 35 n. 62, 214

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

- Raito, Leonardo, 71 n. 183, 176 n. 515 e 519, 214
 Ratti, Felicità, 16 n. 26, 213
 Regina, Marina, 169 n. 469, 214
 Reid, Fiona, 21 n. 45, 91 n. 240, 214
 Ritter, Gerhard, 33 n. 57, 214
 Riva, Emilio, 24, 61, 62, 97, 100, 102, 108-112, 162, 208, 109 e n. 304 e 307, 111 e n. 310, 112 e n. 315, 163 e n. 477
 Rochat, Giorgio, 11 n. 11, 32 n. 51, 33 n. 56, 61 n. 149, 102 n. 271 e 272, 212
 Röntgen, Wilhelm Conrad, 165
 Rossi, Paolo, 14 n. 19, 213
 Sabatucci, Giovanni, 10 n. 4, 214
 Salandra, Antonio, 77
 Salvante, Martina, 92 e n. 242 e 243, 22 n. 46, 214
 Sava, Gabriella, 146 n. 417, 147 n. 424, 149 n. 431, 211
 Scarfone, Marianna, 93 n. 246, 214
 Scartabellati, Andrea, 16 n. 29, 17 e n. 33, 18 n. 34 e 35, 31 n. 50, 37 n. 68, 38 n. 72 e 73, 39 n. 74 e 75, 41 e n. 82, 43 n. 91, 44 e n. 94, 46 n. 101, 48 n. 104, 51 n. 112, 53 n. 121, 54 n. 122 e 123, 59 n. 142, 96 n. 259, 144 n. 411, 209, 212-214
 Sergi, Giuseppe, 145
 Shephard, Ben, 21 n. 44, 214
 Sicolo, Anna, 222
 Silei, Gianni, 33 n. 57, 212
 Simmel, Ernst, 46
 Sonnino, Sidney, 77
 Starnini, Martina, 98 n. 260, 214
 Taccari, Egisto, 42 n. 86, 214
 Tambroni, Ruggero, 66, 194
 Tamburini, Augusto, 45 n. 98, 50 e n. 107, 52 e n. 116 e 117, 53 n. 120, 55 e n. 127, 84 n. 231, 86, 97 e n. 260, 98, 112, 114, 120 e n. 343, 136, 141 e n. 398, 151, 143 n. 408, 152 n. 442, 166 e n. 483, 167 n. 487, 208
 Tanzi, Eugenio, 44 e n. 93
 Targetti, Lodovico, 116 n. 229
 Tomellini, Leopoldo, 140 e n. 395, 208
 Tomassini, Luigi, 89 n. 235, 186 n. 548, 214
 Trombetta, Edmondo, 60, 61
 Tronconi, Alessandro, 63
 Turner, Victor, 11
 Turola, Maria Cristina, 70 e n. 181, 76 n. 204
 Vanini, Mario, 54 n. 122, 59, 142, 214
 Verga, Andrea, 98
 Veratti, Roberto, 116 n. 329
 Verrengia, Sarah, 116 n. 327, 215,
 Vetro, Gaspare Nello, 51 n. 115, 215
 Virchow, Rudolf, 20 n. 41
 Virgilio, Gaspare, 149
 Vijselaar, Joost, 22 n. 47, 211
 Wessely, Simon, 21 n. 44, 91 n. 239, 166 n. 485, 2115, 215
 Winnicot, Donald Woods, 91
 Ystehede, Jørgen, 13 n. 17, 211
 Zadra, Camillo, 11 n. 10, 12 n. 12, 211, 212
 Zalla, Mario, 44 e n. 93
 Zani, Ignazio, 50 n. 107
 Zanon Dal Bò, Luigi, 25, 26, 37 e n. 69 e 70, 38 n. 71, 47 e n. 102, 48 e n. 103, 54 e n. 124, 55, 56, 59-62, 64, 84, 208
 Zocchi, Paola, 143 n. 408, 215
 Tosi, Luisa, 54 n. 124, 211
 Toulouse, Édouard, 198, 199 e n. 579

Ringraziamenti

Ringrazio innanzitutto la mia famiglia – in particolare mio padre Mario, mia madre Rosalba, i miei fratelli Giuseppe e Vincenzo, mia zia Marilena, la mia compagna Carolina e i miei cari amici Alberto, Barbara, Andrea, Gisella, Gianluca, Mariapaola – per il supporto materiale e psicologico senza il quale non avrei potuto svolgere le mie ricerche. Un ringraziamento speciale va alla Prof.ssa Patrizia Guarnieri, che mi ha seguito pazientemente durante i tre anni di ricerca svolti per il XXXI ciclo del Dottorato in Studi storici delle Università di Firenze e Siena; le lunghe chiacchierate e i suoi consigli sono stati indispensabili a chiarire idee spesso confuse. Per aver fornito spunti utili a migliorare la comprensione del testo ringrazio i revisori anonimi della tesi e i membri della commissione giudicatrice, la Prof.ssa Augusta Molinari e il Prof. Luigi Tomassini. Un riconoscimento particolare va anche ai professori e ai colleghi del mio ciclo di Dottorato per i numerosi incontri stimolanti, in modo particolare ai Proff. Fulvio Conti, Nicola Labanca e Simone Neri Serneri. Il volume è il risultato di un percorso di studi cominciato dalla stesura della tesi di Laurea Magistrale seguita dal Prof. Paolo Macry, che colgo l'occasione di ringraziare vivamente per aver incoraggiato il mio interesse verso la storia sociale dell'età contemporanea e per aver guidato i miei primi passi da ricercatore. Per la cordiale disponibilità e gli aiuti forniti durante questo lavoro sono infine grato a tutto il personale degli archivi storici manicomiali consultati e in modo particolare alle Dott.sse Chiara Bombardieri, Lucilla Gigli, Anna Sicolo, al Prof. Gerardo Favaretto e al Dott. Luigi Armiato.

PREMIO TESI DI DOTTORATO

ANNO 2007

- Bracardi M., *La Materia e lo Spirito. Mario Ridolfi nel paesaggio umbro*
Coppi E., *Purines as Transmitter Molecules. Electrophysiological Studies on Purinergic Signalling in Different Cell Systems*
Mannini M., *Molecular Magnetic Materials on Solid Surfaces*
Natali I., *The Ur-Portrait. Stephen Hero ed il processo di creazione artistica in A Portrait of the Artist as a Young Man*
Petretto L., *Imprenditore ed Università nello start-up di impresa. Ruoli e relazioni critiche*

ANNO 2008

- Bemporad F., *Folding and Aggregation Studies in the Acylphosphatase-Like Family*
Buono A., *Esercito, istituzioni, territorio. Alloggiamenti militari e «case Herme» nello Stato di Milano (secoli XVI e XVII)*
Castenasi S., *La finanza di progetto tra interesse pubblico e interessi privati*
Colica G., *Use of Microorganisms in the Removal of Pollutants from the Wastewater*
Gabbiani C., *Proteins as Possible Targets for Antitumor Metal Complexes: Biophysical Studies of their Interactions*

ANNO 2009

- Decorosi F., *Studio di ceppi batterici per il biorisanamento di suoli contaminati da Cr(VI)*
Di Carlo P., *I Kalasha del Hindu Kush: ricerche linguistiche e antropologiche*
Di Patti F., *Finite-Size Effects in Stochastic Models of Population Dynamics: Applications to Biomedicine and Biology*
Inzitari M., *Determinants of Mobility Disability in Older Adults: Evidence from Population-Based Epidemiologic Studies*
Macri F., *Verso un nuovo diritto penale sessuale. Diritto vivente, diritto comparato e prospettive di riforma della disciplina dei reati sessuali in Italia*
Pace R., *Identità e diritti delle donne. Per una cittadinanza di genere nella formazione*
Vignolini S., *Sub-Wavelength Probing and Modification of Complex Photonic Structures*

ANNO 2010

- Fedi M., *«Tuo lumine». L'accademia dei Risvegliati e lo spettacolo a Pistoia tra Sei e Settecento*
Fondi M., *Bioinformatics of genome evolution: from ancestral to modern metabolism. Phylogenomics and comparative genomics to understand microbial evolution*
Marino E., *An Integrated Nonlinear Wind-Waves Model for Offshore Wind Turbines*
Orsi V., *Crisi e Rigenerazione nella valle dell'Alto Khabur (Siria). La produzione ceramica nel passaggio dal Bronzo Antico al Bronzo Medio*
Polito C., *Molecular imaging in Parkinson's disease*
Romano R., *Smart Skin Envelope. Integrazione architettonica di tecnologie dinamiche e innovative per il risparmio energetico*

ANNO 2011

- Acciaioi S., *Il trompe-l'œil letterario, ovvero il sorriso ironico nell'opera di Wilhelm Hauff*
Bernacchioni C., *Sfingolipidi bioattivi e loro ruolo nell'azione biologica di fattori di crescita e citochine*
Fabbri N., *Bragg spectroscopy of quantum gases: Exploring physics in one dimension*
Gordillo Hervás R., *La construcción religiosa de la Hélade imperial: El Panhelenion*
Mugelli C., *Indipendenza e professionalità del giudice in Cina*
Pollastri S., *Il ruolo di TAF12B e UVR3 nel ciclo circadiano dei vegetali*
Salizzoni E., *Paesaggi Protetti. Laboratori di sperimentazione per il paesaggio costiero euro-mediterraneo*

ANNO 2012

- Evangelisti E., *Structural and functional aspects of membranes: the involvement of lipid rafts in Alzheimer's disease pathogenesis. The interplay between protein oligomers and plasma membrane physicochemical features in determining cytotoxicity*
- Bondi D., *Filosofia e storiografia nel dibattito anglo-americano sulla svolta linguistica*
- Petrucci F., *Petri Candidi Decembrii Epistolarum iuveniliū libri octo. A cura di Federico Petrucci*
- Alberti M., *La 'scoperta' dei disoccupati. Alle origini dell'indagine statistica sulla disoccupazione nell'Italia liberale (1893-1915)*
- Gualdani R., *Using the Patch-Clamp technique to shed light on ion channels structure, function and pharmacology*
- Adessi A., *Hydrogen production using Purple Non-Sulfur Bacteria (PNSB) cultivated under natural or artificial light conditions with synthetic or fermentation derived substrates*
- Ramalli A., *Development of novel ultrasound techniques for imaging and elastography. From simulation to real-time implementation*

ANNO 2013

- Lunghi C., *Early cross-modal interactions and adult human visual cortical plasticity revealed by binocular rivalry*
- Brancasi I., *Architettura e illuminismo: filosofia e progetti di città nel tardo Settecento francese*
- Cucinotta E., *Produzione poetica e storia nella prassi e nella teoria greca di età classica*
- Pellegrini L., *Circostanze del reato: trasformazioni in atto e prospettive di riforma*
- Locatelli M., *Mid infrared digital holography and terahertz imaging*
- Muniz Miranda F., *Modelling of spectroscopic and structural properties using molecular dynamics*
- Bacci M., *Dinamica molecolare e modelli al continuo per il trasporto di molecole proteiche - Coarse-grained molecular dynamics and continuum models for the transport of protein molecules*
- Martelli R., *Characteristics of raw and cooked fillets in species of actual and potential interest for italian aquaculture: rainbow trout (*oncorhynchus mykiss*) and meagre (*argyrosomus regius*)*

ANNO 2014

- Lana D., *A study on cholinergic signal transduction pathways involved in short term and long term memory formation in the rat hippocampus. Molecular and cellular alterations underlying memory impairments in animal models of neurodegeneration*
- Lopez Garcia A., *Los Auditoria de Roma y el Athenaeum de Adriano*
- Pastorelli G., *L'immagine del cane in Franz Kafka*
- Bussoletti A., *L'età berlusconiana. Il centro-destra dai poli alla Casa della Libertà 1994-2001*
- Malavolti L., *Single molecule magnets sublimated on conducting and magnetic substrates*
- Belingardi C., *Comunanze urbane. Autogestione e cura dei luoghi*
- Guzzo E., *Il tempio nel tempio. Il tombeau di Rousseau al Panthéon di Parigi*

ANNO 2015

- Lombardi N., *MEREFaPS: uno Studio di Farmacovigilanza Attiva e Farmacoepidemiologia in Pronto Soccorso*
- Baratta L., *«A Marvellous and Strange Event». Racconti di nascite mostruose nell'Inghilterra della prima età moderna*
- Richichi I.A., *La teocrazia: crisi e trasformazione di un modello politico nell'Europa del XVIII secolo*
- Palandri L., *I giudici e l'arte. Stati Uniti ed Europa a confronto*
- Caselli N., *Imaging and engineering optical localized modes at the nano scale*
- Calabrese G., *Study and design of topologies and components for high power density dc-dc converters*
- Porzilli S., *Rilevare l'architettura in legno. Protocolli metodologici per la documentazione delle architetture tradizionali lignee: i casi studio dei villaggi careliani in Russia*

ANNO 2016

- Martinelli S., *Study of intracellular signaling pathways in Chronic Myeloproliferative Neoplasms*
Abbado E., *“La celeste guida”. L’oratorio musicale a Firenze: 1632-1799*
Focarile P., *I Mannelli di Firenze. Storia mecenatismo e identità di una famiglia fra cultura mercantile e cultura cortigiana*
Nucciotti A., *La dimensione normativa dell’imprenditorialità accademica. Tre casi di studio sugli investigatori principali, i loro gruppi di ricerca e i fattori di innesco dell’imprenditorialità accademica*
Peruzzi P., *La inutilizzabilità della prestazione*
Lottini E., *Magnetic Nanostructures: a promising approach towards RE-free permanent magnets*
Uricchio T., *Image Understanding by Socializing the Semantic Gap*

ANNO 2017

- Valenti R., *Cerebral Small Vessel Disease and Cerebral Amyloid Angiopathy: neuroimaging markers, cognitive features and rehabilitative issues*
Starnini M., *L’uomo tutto intero. Biografia di Carlo Livi, psichiatra dell’Ottocento*
Verardi D., *La scienza e i segreti della natura a Napoli nel Rinascimento: la magia naturale di Giovan Battista Della Porta*
Minicucci G., *Il dolo nella bancarotta. Alla ricerca della tipicità soggettiva della fattispecie patrimoniale*
Pattelli L., *Imaging light transport at the femtosecond scale: a walk on the wild side of diffusion*
Egea Molines M.T., *Etnobotánica en el Alto Valle del Reno (Toscana y Emilia-Romaña, Italia). Etnobotanica nell’Alta Valle del Reno (Toscana ed Emilia-Romagna, Italia)*
Romano I.M., *Pressione turistica sul Centro Storico di Firenze - sito UNESCO. Un modello per la valutazione dell’impatto percettivo*

ANNO 2018

- Costa A., *Histaminergic neurotransmission as a gateway for the effects of the fat sensing molecule Oleylethanolamide. Focus on cognition and stress-reactivity*
Solera D., *«Sotto l’ombra della patente del Santo Ufficio». I familiares dell’Inquisizione romana tra XVI e XVII secolo*
Landi G., *Secession and Referendum. A new Dimension of International Law on Territorial Changes?*
Sacchetti A., *La costituente libertaria di Camillo Berneri. Un disegno politico tra federalismo e anarchismo*
Livi L.F., *New quantum simulations with ultracold Ytterbium gases*
Bellini E., *Ambienti sensoriali “terapeutici” che rendono Abili. Un progetto integrato di vita per persone con Disturbi dello Spettro Autistico*
Piscitelli L.R., *Serviceability and post-failure behaviour of laminated glass structural elements*

ANNO 2019

- Molinaro A., *New insights into creatine transporter deficiency. Identification of neuropathological and metabolic targets for treatment*
Romano M., *Soldati e neuropsichiatria nell’Italia della Grande Guerra. Controllo militare e pratiche assistenziali a confronto (1915-1918)*
Venturi M.T., *«Io vivo fra le cose e invento, come posso, il modo di nominarle». Pier Paolo Pasolini e la lingua della modernità*
Rossi F., *Apparenza del diritto e rapporti di fatto nell’esperienza giuridica di Roma antica*
Turrini L., *Development of optical methods for real-time whole-brain functional imaging of zebrafish neuronal activity*
Moschetti V., *Camere Azzurre. Costruzione di un’antologia mediterranea. Da Palladio a Peter Märkli*
Talluri L., *Micro turbo expander design for small scale ORC. Tesla turbine*

Soldati e neuropsichiatria nell'Italia della Grande Guerra

Sullo sfondo di una riflessione critica dei concetti psichiatrici di organicismo e predisposizione alle malattie mentali, la ricerca indaga il rapporto tra psichiatria e Grande Guerra da un'ottica che considera la complessità sia degli orientamenti assunti dagli alienisti italiani sulle patologie belliche che delle pratiche sanitarie attuate nei confronti dei soldati. Lo studio evidenzia il confronto/scontro tra due approcci totalmente diversi costretti a convivere durante il conflitto: quello proprio della psichiatria militare e quello caratteristico invece dei manicomi civili. Le due prospettive non erano sempre nettamente separate, ma è possibile rilevare una tensione costante tra i doveri verso lo sforzo bellico e l'etica professionale dettata dalla disciplina neuropsichiatrica.

MARCO ROMANO, laureatosi presso l'Università di Napoli "Federico II", dal 2015 al 2018 ha svolto un dottorato di ricerca in Studi Storici (curriculum Storia contemporanea) presso le Università di Firenze e Siena. I suoi interessi di ricerca spaziano dalla storia sociale della Prima guerra mondiale al fenomeno delle migrazioni di intellettuali e accademici italiani durante il governo fascista. Attualmente collabora alla creazione del database presente nel sito Internet *Intellettuali in fuga dall'Italia fascista. Migranti, esuli e rifugiati per motivi politici e razziali*, (<http://intellettualinfuga.fupress.com/>) di cui è responsabile la prof.ssa Patrizia Guarnieri.