



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MESSINA
DIPARTIMENTO DI CIVILTÀ ANTICHE E MODERNE

Dottorato di ricerca in “Scienze Storiche, Archeologiche e Filologiche”
(XXXI Ciclo)

**NEVROSI BELLICHE, DINAMICHE DI INTERNAMENTO E SOLDATI ALIENATI
IN UN MANICOMIO ITALIANO DURANTE LA “LUNGA” GRANDE GUERRA.**

IL CASO RACCONIGI (1908-1919)

(M-STO/04)

Triennio 2015-2018

Coordinatore

Chiar.mo Prof. Vincenzo Fera

Tutor

Ch.mo Prof. Antonino Baglio

Dottorando

Milazzo Fabio

ANNO ACCADEMICO 2017-2018

Abbreviazioni

ASONR= Archivio Storico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi

BSONR= Biblioteca Scientifica dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi

APCN= Archivio della Provincia di Cuneo

ACP= Atti del Consiglio Provinciale

ACR= Archivio Comunale di Racconigi

AST= Archivio Storico del comune di Torino

matr.= matricola

Prot.=protocollo

c.c.= cartella clinica

cat.= categoria

UA= unità archivistica

tit.= titolo

art.= articolo

RSF= Rivista Sperimentale di Freniatria

Introduzione

*Una generazione che era andata a scuola con i tram a cavalli,
si trovava, sotto il cielo aperto,
in un paesaggio in cui nulla era rimasto immutato fuorché le nuvole,
e, sotto di esse, in un campo magnetico di correnti ed esplosioni micidiali,
il minuto e fragile corpo dell'uomo.*
Walter Benjamin, *Angelus Novus. Saggi e frammenti*

La prima Guerra Mondiale rappresenta per il Novecento un evento catastrofico, in grado di segnare una rottura netta rispetto a tutto ciò che l'ha preceduta. Per circa quattro anni 65 milioni di uomini furono mobilitati e mandati a combattere per ragioni che la quasi totalità di essi non riuscì a comprendere, se non attraverso la mediazione precaria di categorie, come quella di "patria" o di "interesse della nazione", per i più prive di adeguata copertura semantica. Significanti vuoti attraverso cui la retorica bellica e la propaganda nazionale cercò di far accettare a questi uomini la concreta possibilità di morire sul teatro di guerra o di rimanere definitivamente segnati da ferite e mutilazioni. E se circa nove milioni furono i decessi, probabilmente indefinibile resta la consistenza proprio dei feriti, degli invalidi e dei mutilati, in particolare di quei soggetti a cui la guerra lasciò in eredità una disabilità permanente – nella maggior parte dei casi non riconosciuta come dipendente da causa di servizio – in grado di alterarne il corso dell'esistenza. Accanto a questi individui che riportarono ferite e danni permanenti, ci furono altri soggetti stravolti dal conflitto, ma in una forma più sfuggente e meno chiaramente determinabile, almeno secondo i paradigmi dell'epoca: gli «scemi di guerra». Questi uomini, se possibile ancor di più dei feriti nel corpo, incontrarono molte difficoltà nel veder riconosciuta e accettata la loro forma di disabilità e per questo rappresentano i testimoni silenziosi di una parola negata, di un riconoscimento sociale mancato che si è protratto per buona parte del Novecento. Le ferite della mente risultavano infatti invisibili agli sguardi indagatori dei medici del tardo positivismo e, per questo, potevano essere disconosciute o ritenute effetto di simulazione.

Il carattere traumatico ed epocale del conflitto non bastò a far emergere la consapevolezza dei suoi effetti sulla psiche degli uomini che, per questo, vennero condannati al silenzio e all'oblio. Come vedremo sarà soltanto dopo il conflitto in Vietnam che l'elaborazione del «Post Traumatic Stress Disorder» favorirà l'emergere di una consapevolezza sociale riguardo al legame tra trauma e disagio mentale. In relazione a ciò lo "scemo di guerra" del Primo Conflitto Mondiale rappresenta la figura genealogica che identifica un mancato riconoscimento e, per questo, il coagularsi di discorsi e pratiche diverse attraverso cui medici, autorità militari, alienisti, cercarono di dare forma a questa entità inedita. Se infatti retrospettivamente è possibile identificare nel soldato che "perde la ragione" la figura paradigmatica del traumatizzato dagli orrori del conflitto, dalla violenza industrializzata che lo contraddistingue, dalla distruzione che tutto annienta, questa è un'acquisizione tutto sommato recente e non un patrimonio dei contemporanei della Grande Guerra. Piuttosto questi si pongono davanti alle menti dei soldati sconvolti, ai deliri cui si lasciano andare, alle afasie, agli sguardi vuoti e ai contegni "stuporosi", con un misto di diffidenza e pregiudizio. Infatti, e soprattutto in una prima fase, i "militari alienati" vennero ritenuti da una parte dei potenziali simulatori che cercavano di evitare la guerra, dall'altra – nei casi in cui il disagio venne riconosciuto – dei predisposti alla follia a causa di tare familiari. In tutto ciò la guerra non era

contemplata in quanto causa e svolgeva al massimo un fattore di accelerazione o di scatenamento di una situazione destinata, comunque, a palesarsi prima o poi.

Dunque, uno degli elementi simbolo della immane tragedia costituita dal primo conflitto mondiale, lo «scemo di Guerra», è tale solo retrospettivamente. Gli sguardi allucinati e smarriti, le disfunzioni motorie, la confusione mentale e il mutismo che colpiscono i militari di ritorno dal fronte, sono invece dei sintomi che agli occhi dei contemporanei vengono inquadrati alla luce di consolidate categorie diagnostiche che escludono l'impatto sociale e patologico del conflitto¹. Da allora le storiografie internazionali e, con sempre maggiori attenzione, anche quella italiana, hanno posto la loro attenzione sulla categoria dei "soldati alienati", tutti quei militari che la guerra ha stravolto e cambiato, producendo nei termini di un'«officina»² soggetti spaesati e mentalmente instabili, quando non completamente impazziti e, dunque, necessitanti dell'internamento manicomiale. Il termine usato, soprattutto dalla storiografia inglese, per identificare la patologia di cui soffrivano questi militari è «shell shock», un sintagma attraverso cui identificare non soltanto le trasformazioni interne al paradigma epistemologico psichiatrico ma, più in generale, l'evoluzione psico-sociale di traumi collettivi fino ad allora poco presi in considerazione. Tutto ciò avvicina lo "scemo di guerra" ad altre figure paradigmatiche della contemporaneità e, precisamente, l'operaio-massa, il contadino sradicato e inurbato, il lavoratore alienato. Tutte rappresentazioni attraverso cui si indica il drammatico impatto sulla vita degli uomini di un sistema di produzione che aliena l'individuo rendendolo un ingranaggio di un sistema-macchina spersonalizzante e i cui ritmi producono disagio mentale e tracolli nervosi.

Il soldato-contadino, il militare moderno, il fante della guerra di massa, è dunque, al pari delle figure sopra indicate, in balia di forze soverchianti cui non è possibile opporre alcuna forma di resistenza. E l'annichilimento prodotto da eventi incomprensibili e distruttivi non può che provocare disagio mentale e fuga nell'irrazionale. In tale ottica possiamo affermare che la Grande Guerra fece emergere non soltanto un fenomeno inedito, fino ad allora sottovalutato o trattato secondo la tassonomia offerta dall'antropologia criminale³, ma "costrinse" anche gli stessi psichiatri a mettere alla prova pratiche e categorie diagnostiche logore e non all'altezza dei tempi. Questo contribuì a fare della Grande Guerra, quasi da subito, un conflitto diverso da tutti gli altri, un «evento biologico di proporzioni inaudite»⁴, in grado di modificare non soltanto la percezione di sé, ma anche il rapporto con gli altri e, più in generale, la sensibilità collettiva. Tutto ciò non poteva non avere delle ricadute profonde sull'immaginario, «il senso della vita e il senso della storia»⁵ dei combattenti, ma anche dei loro familiari e, più in generale, di medici e psichiatri chiamati a confrontarsi con gli effetti patologici di questa trasformazione. Cambiamenti profondi che fanno della guerra «un evento storico per sua natura squisitamente degenerogeno»⁶, fortemente segnato nello sviluppo e nello svolgimento da attese palingenetiche di rigenerazione della specie. Così i numerosi casi di squilibri

¹ Sul tema esiste ormai una bibliografia copiosa. Vedi almeno: A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2007 (1 ed. 1991); B. Bianchi, *La follia e la fuga*, Bulzoni, Roma 2000; A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio, Torino 2008; E. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Bologna 1985 (ed. or. 1979); B. Shepard, *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Jonathan Cape, London 2000; M. Micale, P. F. Lerner (ed.), *Traumatic pasts, History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge University Press, Cambridge 2001; P. Leese, *Shell Shock, Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, Palgrave-McMillan, New York 2002; P. Barham, *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, New Haven-London 2004.

² A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale ...*, cit.

³ Cfr. F. Milazzo, «Pazzi di caserma». *Politiche di difesa sociale, tipologie diagnostiche e soldati alienati nel manicomio di Racconigi (1909-1914)* in «Memoria e ricerca», 2/2018, Il Mulino, Bologna 2018.

⁴ Ivi, p. 7.

⁵ Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, p.46.

⁶ Cfr. C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni trenta*, Rubbettino, Soveria-Mannelli 2004, p. 149. La questione della «Dégénérescence», nei suoi rapporti con il darwinismo sociale e con le implicazioni eugenetiche rappresenta uno degli elementi paradigmatici dell'epoca.

mentali, che nei termini di una vera e propria epidemia coinvolsero i soldati impegnati nel conflitto⁷, non sono da leggere soltanto come l'effetto della paura di morire, della lontananza da casa e dagli affetti, ma più propriamente come il sintomo di una psiche collettiva sottoposta a una mobilitazione perpetua e a una tensione trasformativa inedita, le cui più dirette ascendenze sono da ricercare negli sviluppi e nei mutamenti tecnologici, culturali e sociali di inizio Novecento.

Questa consapevolezza ha favorito il diffondersi di un'attenzione per le fonti che rimandano al vissuto soggettivo degli individui, un aspetto per lungo tempo tralasciato dalla storiografia interessata perlopiù alle ricostruzioni politiche e militari degli avvenimenti. Nella fattispecie la svolta è avvenuta nel momento in cui un importante saggio sulla questione dei traumatizzati di guerra è stato tradotto in Italia: *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, di Eric J. Leed⁸. Nell'opera lo studioso sottolinea la connessione tra l'evento bellico e le trasformazioni identitarie dei soldati, marcando soprattutto l'aspetto di discontinuità tra la vita dei militari prima del conflitto e quella successiva allo stravolgimento bellico. Il successo dell'opera, anche per la capacità di produrre suggestioni molto forti nell'immaginario collettivo, è stata recepita soprattutto nella sua versione semplificata come un tentativo di stabilire causalmente connessioni quasi deterministiche tra l'emergere delle patologie psichiatriche, la trasformazione del carattere dei soldati e la guerra. In realtà, come mostrano anche i dati documentari da noi esaminati, questa connessione non può essere sostenuta in modo così disinvolto, anche perché le trasformazioni caratteriali non emergono che sul lungo periodo e le fonti non seguono i soldati così tanto e, anche nei casi di internamenti lunghi, non rendono mai conto di tali variazioni, limitandosi a riportare l'evoluzione sintomatica, che è molto diversa da quella dell'identità. Dunque, se la semplicità e l'intuibilità delle tesi esposte da Leed ne hanno favorito la ricezione presso il grande pubblico della questione, il confronto con il dato documentario invita piuttosto alla circospezione e alla problematizzazione, come tra l'altro è stato sottolineato dalla storiografia italiana⁹. Nonostante queste riserve, l'opera di Leed ha indubbiamente il merito di aver favorito l'attenzione per il vissuto dei singoli, per lo sviluppo di una storia dal basso in grado di rendere conto anche delle paure, degli stati d'animo, dei sintomi dei soldati e di confrontarsi con fonti problematiche quali quelle psichiatriche e cliniche. Tutto ciò ha dato nuovi stimoli e impulsi alla ricerca storiografica italiana, alla scoperta e all'attenzione per fonti diverse, all'inaugurazione di inedite piste d'indagine, centrate sulla gente comune. Di tutto ciò è testimone il convegno di Rovereto del 1985 e la successiva opera di raccolta di testimonianze e fonti diverse scritte da donne e uomini durante la Prima Guerra Mondiale¹⁰. Accanto a questa enorme massa documentaria anche le fonti psichiatriche emergono in tutta la loro importanza, riuscendo a rendere conto dell'impatto traumatico della guerra sulla psiche dei combattenti. I silenzi, le sofferenze, le confusioni patite dai soldati, gli sguardi sbarrati, i deliri, in tal senso, sono fondamentali per ricostruire un ambito problematico, eppure decisivo del rapporto uomo-guerra. In particolare la loro analisi consente di porre alcuni interrogativi storiograficamente rilevanti: Di fronte a questi sintomi come reagì la psichiatria italiana? Come categorizzò un problema fino ad allora inedito? Come ciò contribuì alla definizione della sua funzione sociale? Come vennero trattati sul piano medico e delle politiche di trattamento i militari traumatizzati? Dove vennero "curati"? Quali furono le loro storie? A queste domande la presente

⁷ Cfr. W. Johnson, R.G. Rows, *Neurasthenia and war neuroses*, in W.G. Mac Pherson, W.P. Herringham, T.R. Elliot and A. Balfour (editors), *History of the Great War based on official documents, medical services, diseases of the war*, volume 2, HMSO London 1923, pp. 2-61

⁸ Cfr. E. J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, trad. it. di R. Falcioni, Il Mulino, Bologna 1985.

⁹ Cfr. G. Rochat, *La Grande Guerra negli studi di Fussell e Leed*, in «Rivista di Storia Contemporanea», 2, 1987, p. 294.

¹⁰ Gli interventi prodotti durante il convegno di Rovereto sono stati raccolti in D. Leoni e C. Zadra (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria immagini*, Il Mulino, Bologna 1986.

ricerca prova ad offrire alcune risposte e, in linea con i più recenti sviluppi della storiografia¹¹, si propone di farlo attraverso il punto di osservazione manicomiale. La scelta ermeneutica è legata al fatto che la quasi totalità dei soldati affetti da disagio mentale, anche prima della guerra, venivano internati nei manicomi civili, mancando altre opzioni. Infatti, ancora allo scoppio del conflitto, come vedremo, l'Italia non soltanto non aveva un adeguato servizio neuropsichiatrico militare, ma non presentava neanche strutture adeguate per il ricovero dei soldati alienati. Alla luce di ciò lo spazio manicomiale assume un valore non secondario per lo studio della portata patogena della guerra. Sulla base di questa assunzione il presente contributo sceglie di collocare il proprio punto di osservazione all'interno di un perimetro asilare concreto, quello di Racconigi, in provincia di Cuneo, nel periodo compreso tra il 1909 e il 1919, vale a dire in quell'arco di tempo che abbiamo definito la «lunga Grande Guerra».

La provincia di Cuneo, tra Otto e Novecento, si configura in misura sempre più marcata come un territorio di caserme, un insieme disperso di avamposti militari chiamati a vigilare sul confine occidentale dell'Italia unita. Questa presenza viene potenziata proprio a cavallo tra i due secoli, quando il governo decide di riorganizzare le caserme del capoluogo destinandogli un'intera area dislocata ai margini della città dell'epoca¹². In considerazione di tale capillare diffusione non sorprende dunque rintracciare, nel periodo esaminato, la presenza costante, anche se inizialmente statisticamente non significativa, di soldati ritenuti «pericolosi a sé e agli altri» e per questo inviati in osservazione presso il manicomio di Racconigi. Una buona percentuale di essi proviene da una delle caserme presenti in provincia, in diverse circostanze dopo un passaggio al presidio medico-militare di Savigliano. Altri invece vengono inviati dalle zone di guerra perché appartenenti alla provincia; un ulteriore contingente è costituito dai militari provenienti dall'ospedale S. Osvaldo di Udine e dal manicomio di Treviso, entrambi sgombrati dopo Caporetto. Dunque, anche se tale scelta ermeneutica non consente di esaurire la complessità dei possibili nessi tra disturbi mentali, politiche di trattamento, disciplina e giustizia militare, guerra e follia, permette di problematizzare alcuni elementi in gioco a partire da un prisma di osservazione concreto, fortemente segnato dalla presenza di caserme e presidi militari, sia prima che durante la guerra. Inoltre la scelta del segmento temporale dovrebbe non soltanto evitare di appiattire la questione del disagio mentale nei militari al solo momento del conflitto, come se prima i soldati non soffrissero di disturbi militari in caserma, ma soprattutto di mettere a confronto la situazione pre-bellica con quella segnata dal conflitto. La comparazione dovrebbe consentire di portare alla luce continuità e rotture nel fenomeno, ma anche far emergere le specificità (se ce ne sono state) e le trasformazioni generate dalla guerra in un campo sfuggente quale è quello della salute mentale. In relazione a quest'ultimo aspetto sono state poste sotto particolare attenzione soprattutto le variazioni diagnostiche, le categorie utilizzate per identificare i sintomi sofferti dai soldati e le politiche di trattamento manicomiali.

Il lavoro è organizzato in quattro parti, a loro volta divise in capitoli. La prima tratta dello «shell shock», della sua origine e genealogia nella società di fine Ottocento, delle politiche di trattamento e della psichiatria italiana. In particolare si è cercato di rendere conto delle dinamiche attraverso cui da questo insieme ha preso forma l'alienismo militare italiano, la sua fisionomia e la sua particolare prospettiva politica e terapeutica. Nella seconda parte si è delineata brevemente la storia del manicomio provinciale di Cuneo durante quella che abbiamo definito la «lunga Grande Guerra», un periodo che ha inizio con le travagliate vicende che conducono alla nomina del nuovo direttore

¹¹ Cfr. V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, ETS, Pisa 2001, pp. 135 e segg.; A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Donzelli ed., Roma 2014, pp. 168 e segg.; I. La Fata, *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Edizioni Unicopli, Milano 2014, pp. 119 e segg.; M.V. Adami, *L'esercito di san Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, Il Poligrafo, Padova 2007, pp. 32-33.

¹² Cfr. R. Albanese, *Caserme come Piazze, Piazze come Caserme*, in Cuneo da Ottocento anni 1198-1998, ed. L'Artistica, Savigliano 1998, pp. 350 e segg.

dell'istituto e terminano con la fine delle ostilità e la lenta transizione verso il fascismo. Anche questa scelta, che non si limita al solo periodo della guerra, si inquadra nell'ottica di considerare il segmento temporale più ampio in cui scoppia la Prima Guerra Mondiale. La molteplicità dei tempi storici in relazione a un evento è un patrimonio acquisito dalla storiografia. Così, anche per il caso che qui analizziamo, valgono le parole di Oliver Janz, autore di una recente importante opera di sintesi sulla Grande Guerra – 14 – *Der große Krieg*: «La prima guerra mondiale fu una guerra non solo globale, ma anche molto lunga e segnò un'epoca. Per molti aspetti cominciò ben prima del 1914 [...]»¹³. Nella terza parte affrontiamo la situazione dei soldati internati a Racconigi per problemi mentali nel periodo che precede il conflitto, tra il 1909 e il 1914. Oltre a focalizzare le modalità di trattamento, le specificità e le rotture rispetto agli altri alienati, i sintomi sofferti, le diagnosi loro riservate, vengono passate in rassegna alcuni singoli casi. In relazione a quest'ultimo aspetto la convinzione è che solo partendo dalla concretezza delle singole vicende e dal dato documentario sia possibile non soltanto restituire la parola ai soggetti che la storia ha condannato al silenzio, ma anche verificare, o confutare, le interpretazioni e le chiavi di letture adottate. Nell'ultima parte in cui è articolata la ricerca, la quarta, la questione degli “alienati di guerra” viene analizzata negli anni del conflitto, cercando di leggere in sede locale dinamiche più generali riguardo al rapporto tra esercito, disagio mentale, politiche diagnostiche e di trattamento. Nello specifico cercheremo di rispondere a questi interrogativi: Quanti furono gli alienati militari internati a Racconigi? Di cosa soffrirono? Quali le categorie diagnostiche utilizzate per inquadrare i loro sintomi? Quali politiche di internamento vennero loro riservate? Cercheremo inoltre di contestualizzare queste domande attraverso alcune vicende specifiche, analizzate a partire dalla documentazione amministrativa e clinica prodotta dall'ente stesso: cartelle¹⁴, diari clinici, relazioni della direzione sanitaria. Fa seguito una conclusione, in cui si tirano le fila del discorso, e un'appendice statistica costruita a partire dai dati desunti durante le ricerche in archivio.

L'archivio

La presente ricerca, frutto di un lavoro sistematico e inedito sulle fonti primarie, si è svolta presso i principali archivi in cui sono conservati materiali e documenti provenienti dal manicomio provinciale di Cuneo. In particolare questi sono tre: l'archivio storico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Cuneo¹⁵, sito in Racconigi; l'archivio della provincia di Cuneo; l'archivio Comunale di Racconigi.

Dal principio della sua istituzione in quanto Ospedale Neuropsichiatrico (1871) si andò costituendo, presso lo stesso nosocomio, un importante archivio che rende conto della gestione amministrativa, medica e sociale del “manicomio” fino alla data di chiusura successiva alla Legge 180 che nel 1978 ha disposto la dismissione di tutte le strutture manicomiali italiane, ad esclusione di quelle giudiziarie¹⁶. L'archivio si sviluppa per 90 metri lineari e risulta composto da 1.395 unità di conservazione, suddivise in classi e sottoclassi. Attualmente è conservato in una sala al primo piano dell'Ospedale Civile di Racconigi, sede del Centro Studi in Psichiatria e Scienze Umane della provincia di Cuneo, in via Ormesano 7, proprio di fronte all'ingresso principale della vecchia struttura

¹³ Cfr. O. Janz, *1914-1918. La grande guerra*, trad.it. di E. Leonzio, Einaudi, Torino 2014, p. 6.

¹⁴ Sull'uso della cartella clinica come fonte storica vedi: V. Fiorino, *La cartella clinica. Un'utile fonte storiografica?*, in F. Alberico, G. Franchini, M.E. Landini, E. Passalia (a cura di), *Identità e rappresentazione di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Dismec, Genova 2010, pp. 51-69.

¹⁵ Per una introduzione vedi il volume collettaneo pubblicato nella collana «Gli archivi della Sanità»: D. Caffaratto (a cura di), *Archivio dell'ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi*, Hapax editore, Torino 2010.

¹⁶ Per un recente lavoro sulla questione si veda: J. Foot, *La «Repubblica dei matti». Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014.

manicomiale. L'archivio è costituito da fascicoli cartacei, fotografie e lastre fotografiche che testimoniano l'attività medica svolta dalla struttura a favore dei pazienti reclusi. Alcune immagini presenti rappresentano momenti di vita ordinaria all'interno del complesso e per questo possono essere considerate documenti a tutti gli effetti, utili per ricostruire la storia sociale e il funzionamento del dispositivo manicomiale.

Prima del riordino, avvenuta a cura della Soprintendenza archivistica del Piemonte, buona parte della documentazione era stata temporaneamente dislocata al piano terreno di uno dei padiglioni dell'ex ospedale Neuropsichiatrico in stato di abbandono. Qui è stata ritrovata e sottoposta a riordino. La documentazione recuperata è costituita da molti registri riguardanti i 52.600 ricoveri, insieme

«a carte sciolte, raccolte per la maggior parte in pacchi, incartati e legati da spaghi, talvolta con indicazione corretta del contenuto sul rispettivo faldone. Il tutto appoggiato su scaffali, senza alcun criterio e frammisto a pubblicazioni e materiale a stampa di carattere medico, ricoperto da spesso strato di polvere. [...] Questo materiale proveniva da uno dei padiglioni abbandonati della struttura, denominato Chiarugi, dove altra documentazione simile è ancora stata rinvenuta durante il riordino, questa in stato di conservazione alquanto precario in quanto collocata per diversi anni in una cantina umidissima e frammista ad altro materiale di nessun valore»¹⁷.

Altre carte, riguardanti in particolare l'amministrazione della struttura e lo stato di salute dei pazienti, le cure e i trattamenti effettuati, la gestione del personale assunto presso il manicomio, relativamente alla seconda metà del secolo XX, sono state ritrovate al piano secondo del padiglione Chiarugi, ammucciate e impilate senza ordine, ma in condizioni di deterioramento tutto sommato accettabili. Tra la documentazione ritrovata, e parzialmente ordinata, anche una serie di registri che testimoniano i frequenti ricoveri degli internati presso l'ospedale civile.

Il complesso recuperato non corrisponde a tutta la documentazione prodotta dall'ente ed è possibile che parte della documentazione mancante sia ancora dispersa nei locali inagibili della vecchia struttura o in altro luogo sconosciuto. L'archivio è attualmente costituito da due fondi distinti: il fondo sanitario, costituito da 52.600 cartelle cliniche relative ai pazienti ricoverati, secondo la ripartizione in «Coatti», «Volontari» e «A porte aperte»; il complesso amministrativo, che comprende tutta la documentazione prodotta dall'ente in relazione al proprio funzionamento istituzionale. Dallo spoglio di questa enorme mole di documenti si evince non soltanto la complessità organizzativa della struttura, ma anche il progressivo tentativo di ergersi nella forma di comunità autonoma rispetto al contesto esterno. Attualmente l'archivio risulta essere ordinato secondo una ripartizione in classi e sottoclassi. Queste ultime sono composte da unità documentarie varie, oppure da «pratiche, che a loro volta possono essere formate da più fascicoli o faldoni. La successione dei documenti segue quasi sempre una sequenza cronologica»¹⁸. L'inventario presenta delle schede informative in cui è presente il numero del fascicolo, il numero del faldone contenente la documentazione, una sommaria descrizione indicante lo stato di conservazione dell'unità e i riferimenti cronologici. A ciascun faldone corrisponde una scheda, la quale riporta la classificazione (classe, sottoclasse, unità archivistica), oltre alla descrizione degli elementi distintivi della schedatura. I faldoni contengono più pratiche, a loro volta conservate in cartelline – in alcuni casi quelle originarie. In definitiva la classificazione in inventario presenta: una prima colonna con indicato il numero di serie del complesso documentario; il numero di classe e sottoclasse; una

¹⁷ Cfr. D. Bello, *Archivio-Storico Inventario 1871-1980, A.S.L. 17, Ospedale Neuropsichiatrico per la Provincia di Cuneo, Racconigi sd*, p. LV.

¹⁸ Ivi, p. LIX

ulteriore ripartizione con indicato l'unità archivistica, il titolo e il contenuto dei fascicoli; i riferimenti cronologici.

Accanto all'archivio dell'ospedale neuropsichiatrico, per la ricostruzione delle vicende attinenti l'istituto, è fondamentale l'archivio della provincia di Cuneo, sito nel capoluogo, in corso Nizza 21. L'archivio misura oltre 2000 metri lineari di sviluppo ed è suddiviso in diversi locali nella sede dell'ente. Le sue origini possono essere datate al 1859, a seguito del Regio decreto n.3702 del 23 ottobre. Da allora si è andato strutturando secondo una ripartizione articolata in 14 "titoli", che rendono conto delle attività svolte dall'ente stesso. Il "titolo" che interessa il manicomio è il 10, a sua volta organizzato in 8 categorie: affari generali, patrimonio, personale, pazzi, contabilità, relazioni e statistiche, manicomi diversi e succursali manicomiali. Nonostante la ripartizione lo stato dell'archivio versa in una situazione di confusione che non rende agevole la consultazione. Accanto a questa documentazione, per la ricostruzione della storia dell'ente manicomiale, è fondamentale la consultazione dei verbali del Consiglio Provinciale e della Deputazione, i due organi deliberanti della Provincia. Altrettanto necessari risultano essere gli atti del Consiglio Provinciale che contengono le annuali relazioni sanitarie ed economiche provenienti dal manicomio.

Infine, anche se di minore importanza, per le vicende che riguardano l'istituto è importante l'archivio comunale di Racconigi, la cittadina presso cui il manicomio ha avuto sede. Nella fattispecie presso questo archivio sono state effettuate le ricerche relative alle origini dell'ente manicomiale e quelle sul patrimonio immobiliare (padiglioni, sezioni, etc.) costituenti il complesso psichiatrico.

Parte I

Grande guerra, traumi mentali e politiche di trattamento

Capitolo I

Shell Shock, nevrosi traumatiche e Grande Guerra

*La grande guerra che giustamente, a mio parere,
viene chiamata “guerra mondiale”, e non perché l’ha fatta tutto il mondo,
ma perché noi tutti, in seguito ad essa,
abbiamo perduto un mondo, il nostro mondo.
J. Roth, La Cripta dei Cappuccini.*

*Fu un attimo. In quell’istante, mi ricordai d’aver visto quegli stessi occhi,
freddi e roteanti, al manicomio della mia città.
E. Lussu, Un anno sull’altipiano.*

1. La Grande Guerra: un conflitto traumatico

«We are all familiar with the mentally broken soldier of the First World War»¹⁹. Questo l’incipit che Fiona Reid ha dedicato allo studio sui «shell-shocked–man – often shell-shocked-boy»²⁰, il variegato insieme di soldati distrutti nel corpo e, soprattutto, nella mente, dagli effetti della Grande Guerra. Uno «scontro immane nel quale migliaia di uomini vissero lunghe attese e morirono contendendosi rabbiosamente pochi chilometri o addirittura poche centinaia di metri di terreno»²¹. Primo conflitto globale, guerra di dimensioni inaudite, macello insensato, «evento biologico di proporzioni inaudite»²². Tutte queste definizioni cercano di catturare la dimensione epocale di un fenomeno tragico, che ha interessato un’intera generazione, distrutta sui campi di battaglia o segnata nel corpo e nello spirito dall’impatto traumatico di un evento in grado di stravolgere «il senso della vita e il senso della storia»²³. Una generazione cresciuta nell’illusione «che il dono della pace dovesse durare in eterno»²⁴ e che, invece, dovette ben presto fare i conti con una tragedia difficilmente immaginabile nell’Europa della *belle époque*²⁵, contraddistinta da uno sviluppo economico e culturale che sembrava essere inarrestabile: «il culmine di un mondo, il punto di arrivo e di confluenza di tutte le virtù, le invenzioni, la tecnica, l’arte. Il *progresso*, divinità laica unificante di tutti gli europei, portati a rispecchiarsi nel mito di se stessi come frutto esaltante di secoli di lavoro e di incivilimento umano»²⁶.

Alla luce di ciò ancor più difficile fu per quegli europei accettare di trovarsi «sgomenti in un buco scavato nella terra, intenti a sparare o a ripararsi dai tiri del tedesco – o del francese – incontrato

¹⁹ Cfr. F. Reid, *Broken Men. Shell Shock, Treatment and recovery in Britain 1914-1930*, Bloomsbury, London-New-York 2012, p. 1

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli Italiani 1915-1918*, Bur Rizzoli, Milano 2014, p. 6.

²² *Ivi*, p. 7.

²³ Cfr. A. Gibelli, *L’officina della guerra. La Grande guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, p. 46.

²⁴ Cfr. M. Isneghi, G. Rochat, *La Grande Guerra 1914-1918*, Il Mulino, Bologna 2008, p. 17.

²⁵ Cfr. E. Bairati, *La belle époque. L’ingannevole euforia di un quindicennio della storia d’Europa*, Mondadori, Milano 1977.

²⁶ Cfr. M. Isneghi, G. Rochat, *La Grande Guerra 1914-1918...cit.*, p. 17.

magari inconsapevolmente qualche mese prima a passeggio sotto la Tour Eiffel»²⁷. Mutilazioni e ferite sconvolgono le esistenze di milioni di uomini costretti ad abbandonare vite ordinarie, famiglie e affetti per essere gettati nel vivo di un inferno incomprensibile, insensato e tanto più inaccettabile alla luce di quel mondo che fino a qualche mese prima celebra l'affermazione della civiltà. La guerra è invece un inferno scandito da una routine tanto perversa quanto inutile, che costringe moltitudini di uomini a dividere il proprio tempo tra la permanenza forzata in strette fosse e gli inutili attacchi all'arma bianca in porzioni di terra presidiate dalle mitragliatrici e dal fuoco dei difensori. Morte e mutilazioni su scala industriale rappresentarono l'esito sempre più scontato di questi attacchi suicidi, a cui le diverse parti in conflitto si sottomiserò secondo regolarità e scadenze tanto ordinate, quanto inutili nei loro effetti. Ogni contesa di minuscole porzioni di terra produsse cimiteri delle dimensioni di migliaia di metri quadrati. Un rapporto paradossale che, forse, meglio di tante rappresentazioni può rendere conto dell'orrore provocato dal primo conflitto industriale della storia. Da qui l'effetto traumatico di un avvenimento che sconvolge tanto le esistenze individuali, quanto i vissuti collettivi, e che è

«difficile da rielaborare: per circa quattro anni, in alcuni territori del continente europeo, milioni di uomini si erano sistematicamente dedicati ad ammazzare altri uomini mediante l'impiego di moderne tecnologie; milioni di corpi per lo più giovani e in buona salute erano stati trasformati in cadaveri in putrefazione. E ciò era avvenuto nel cuore di una società che per decenni aveva profuso le migliori energie per produrre una ricchezza crescente e per sfruttare le innovazioni tecnologiche allo scopo di migliorare la qualità della vita pubblica e privata: illuminare le città, rendere più confortevoli le abitazioni, più veloci i trasporti, più facile la comunicazione a distanza, più accessibili le meraviglie del mondo»²⁸.

Un conflitto che, immaginato breve per durata e ristretto per coinvolgimento di contendenti, fu invece in grado di dispiegare «fino in fondo il potenziale accumulato dalle tecnologie produttive e distruttive»²⁹ realizzate in decenni di ricerche e innovazioni. Il risultato? «Una guerra *così grande* che non era possibile pensarla nella sua reale portata prima che fosse accaduta»³⁰. Capace di interrompere la percezione del corso della storia in maniera tanto dirompevole, quanto inattesa è stata la piega intrapresa dagli avvenimenti nel 1914. In questo senso il primo conflitto mondiale rappresenta un evento traumatico³¹ che funge da cesura tra due epoche e due mondi. E gli stravolgimenti riguardano tanto il piano degli assetti geopolitici – sconvolti quelli delineati a partire dal Congresso di Vienna –, quanto quello delle rappresentazioni immaginarie di gruppo. Come sintetizza efficacemente lo storico Antonio Gibelli: «una guerra smisurata, radicalmente nuova. E per questo generò uomini nuovi»³².

La società su cui si abbatte questa guerra industriale di massa è ancora quella contadina scandita da ritmi, riti e orizzonti che perlopiù non oltrepassano in confini del villaggio. In Italia, nonostante il Paese avesse conosciuto una prima fase di industrializzazione di massa, la percentuale degli occupati nel settore agricolo era del 58%³³, «mentre l'industria comprendeva il 23,7% e le altre attività (il cosiddetto settore terziario) davano lavoro a poco meno del 18%»³⁴. Quella di contadino era dunque

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli Italiani 1915-1918...* cit., p. 7.

²⁹ Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande guerra e le trasformazioni del mondo mentale...* cit., p. 4

³⁰ *Ibidem*.

³¹ Sull'emergere della categoria di trauma e sul suo uso per descrivere avvenimenti storico-sociali vedi: P. Lerner e M. S. Micale, *Traumatic Past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge University Press, New York 2001, pp. 6 e segg.

³² Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande guerra e le trasformazioni del mondo mentale...* cit., p. 4.

³³ Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli Italiani 1915-1918...* cit., p. 85.

³⁴ *Ibidem*.

l'occupazione più diffusa tra gli italiani che, nella stragrande maggioranza dei casi, trascorrevano tutta l'esistenza in un orizzonte esistenziale ristretto, non più ampio di quello servito dalla parrocchia di riferimento. Di certo è vero, come afferma Antonio Gibelli, che «nel periodo precedente alla guerra in molte aree del paese i rapporti tra città e campagna si erano profondamente trasformati, e lo sviluppo industriale aveva attirato nella sua orbita parecchia manodopera di provenienza rurale»³⁵, ma ciò non aveva intaccato in maniera profonda la percezione identitaria di una popolazione che continuava a gravitare nell'orbita della campagna, delle sue attività, delle relazioni in essa poste in essere e nei suoi ritmi. Come succede anche con i salariati del manicomio di Racconigi, molti lavoratori occupati in lavori diversi da quelli agricoli, spesso, soprattutto in prossimità della "bella stagione", facevano ritorno in campagna. Nel contesto di cui ci stiamo occupando – il territorio che fa capo alla città di Cuneo – questo significa che buona parte della popolazione, anche quella che statisticamente risulta impegnata in mestieri diversi da quelli agricoli, sovente alterna le occupazioni senza abbandonare definitivamente la campagna. Come sostiene sempre Gibelli, «molti [...] si consideravano contadini perché abitavano in campagna e continuavano a esercitare il lavoro della terra almeno per una parte dell'anno»³⁶. Questi uomini, che spesso erano «entrati nel lavoro di fabbrica, di edilizia»³⁷ o, come nel caso che ci interessa, nei frenocomi, si possono definire "salariati-contadini", poiché non soltanto continuavano a lavorare la terra ma ne dividevano i codici e l'universo simbolico. E furono soprattutto questi uomini a doversi confrontare con una "guerra nuova", «che si ancorò nel patrimonio di valori della popolazione, i cui simboli e rituali si appellavano prima di tutto alla sfera dei sentimenti e delle emozioni»³⁸. Numericamente di che cifre stiamo parlando? Considerando che gli italiani arruolati durante la guerra furono circa 5.900.000³⁹, possiamo rapidamente dedurre che quasi 1/6 della popolazione venne coinvolto attivamente nel conflitto. Un numero enorme, se relazionato alle passate esperienze belliche, e per questo in grado di incidere sul sentimento delle masse. Proprio «l'incentivazione del sentimento nazionale nelle masse, che si accompagnò all'estetizzazione e sacralizzazione del politico»⁴⁰, fu un altro dei fattori di stravolgimento collettivi generati dalla guerra. Infatti per milioni di individui il conflitto rappresentò l'esperienza di un forzato processo di identificazione collettiva con un'idea, quella di "patria", tanto astratta quanto inizialmente incomprensibile per persone nate e cresciute entro le coordinate del villaggio. Ciò però «mise in moto una dinamica che le élite politiche non riuscirono più a controllare a piacimento e che restrinse il loro spazio d'azione soprattutto nella sfera extrapolitica»⁴¹. In tal senso la Grande Guerra fu anche la mobilitazione di un esercito di valori, simboli e grammatiche, fatti interagire entro una cornice drammatica quale fu quella bellica. «La guerra – come sostiene Gibelli – esalta il ruolo dello Stato, facendo di esso una presenza capillarmente insediata nella vita privata e nella interiorità di ciascuno, un agente di mobilitazione massiccia di forze, sentimenti, immagini»⁴². Questo significò la ridefinizione del «paesaggio mentale»⁴³ collettivo e ciò coincise con l'ingresso – anche se traumatico – delle masse sulla scena politica e con il primo delinarsi di un sentimento della nazione, di una memoria condivisa, se con ciò intendiamo una qualche forma di partecipazione d'insieme alle rappresentazioni dal sentimento nazionale⁴⁴.

³⁵ Ivi, p.86.

³⁶ Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli Italiani 1915-1918...*cit., p. 86.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ Cfr. O. Janz, *1914-1918. La Grande Guerra*, trad. it., di E. Leonzio, Einaudi, Torino 2014, p. 14.

³⁹ Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli Italiani 1915-1918...*cit., p.86.

⁴⁰ Cfr. O. Janz, *1914-1918. La Grande Guerra*, trad. it., di E. Leonzio, Einaudi, Torino 2014, p. 14.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande guerra e le trasformazioni del mondo mentale...*cit., p. 10.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ Cfr. P. Fussell, *La grande guerra e la memoria moderna*, Il Mulino, Bologna 1984.

L'interazione di codici simbolici, lingue e significanti afferenti realtà tanto diverse sul piano geografico, quanto simili per la grammatica dei valori, ha contribuito inoltre ad accelerare la commistione tra le classi, i gruppi e le realtà sociali. Per molti versi la genealogia della società globalizzata ha nella Grande Guerra, e nel suo "trauma", un momento fondamentale, «conseguenza di pratiche sociali come le iniziative di condizionamento e di controllo delle coscienze, le opere di alfabetizzazione, le attività di formazione del consenso»⁴⁵. Condivisione di ansie, desideri, dolori, inattività, attese fatte di immagini e rappresentazioni, sono tutti elementi che mobilitano e sovvertono l'universo mentale e i suoi significanti. Per questo le trasformazioni decisive, quelle che rendono la guerra una cesura, non riguardano soltanto il piano degli avvenimenti⁴⁶, o quelli degli strumenti utilizzati nel conflitto, ma più in profondità interessano l'ambito della soggettività, dell'universo simbolico collettivo. Una grammatica in grado di far interagire uomini diversi per provenienza geografica, classe, abitudini e stili di vita. In tale ottica un ruolo fondamentale venne svolto dagli ufficiali, soprattutto quelli di grado inferiore, che misero in comunicazione operai e contadini, siciliani e piemontesi, favorendo il superamento di alcuni di quegli steccati che rendevano di fatto, e per molti aspetti, inconsistente l'unità nazionale. Come afferma sempre Gibelli, «furono questi ufficiali a fare da raccordo tra gli alti comandi e la massa dei combattenti, a tenere vivo lo spirito di corpo, a fare da punto di riferimento e quasi da interpreti alle schiere di contadini semianalfabeti inquadrati»⁴⁷. Furono d'altra parte gli stessi ufficiali ad applicare una rigida e feroce disciplina⁴⁸ nei confronti di quegli stessi fanti semianalfabeti che cercarono, nei modi più diversi, di sottrarsi ad un dovere percepito come tragico e insensato⁴⁹.

Sicuramente, però, l'aspetto più evidente del conflitto è quello della inutile violenza che ha coinvolto la popolazione – 600mila morti circa⁵⁰ –, costretta a subire, suo malgrado, e con passiva rassegnazione, una tragedia ai più incomprensibile. Guerra, violenza e lutto⁵¹ – per sottolineare alcuni degli elementi della celebre monografia di Stéphane Audoin-Rouzeau e Annette Becker –, dunque, ma anche momento di tragica condivisione, spazio per l'emergere di sentimenti e codici comuni. In questa contraddizione si cela tutta la complessità di un avvenimento epocale. E le trincee, paradigmaticamente passate alla storia come simbolo nefasto del conflitto, hanno rappresentato non soltanto lo spazio della promiscuità, del fango, dei giorni e delle notti passate al freddo più pungente o al caldo più soffocante, ma anche il luogo entro cui sono emersi sentimenti, progetti, rivendicazioni, sogni e deliri che hanno animato il «secolo breve». Per questo, ai contemporanei, la Grande Guerra poté apparire anche, «sotto più riguardi, una meravigliosa acceleratrice della evoluzione sociale»⁵², un mutamento di rotta e uno stravolgimento di assetti geopolitici e simbolici consolidatisi nel tempo⁵³.

Tutti ciò ha trovato una sintesi simbolica in quel «grande contenitore degli impulsi differenziati [che] è la nazione»⁵⁴. Un'idea in nome della quale i contadini erano stati strappati alla loro esistenza ordinaria e mandati a morire su campi e terre sconosciute. Nel caso dell'Italia «in nome del principio nazionale e del completamento del processo di unificazione si reclamano Trento e Trieste»⁵⁵. Fino ad allora il coinvolgimento delle masse con l'idea di Italia era stato tutto sommato modesto,

⁴⁵ Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande guerra e le trasformazioni del mondo mentale...cit.*, p. 12.

⁴⁶ Cfr. I. F. W. Beckett, *La prima guerra mondiale. Dodici punti di svolta*, trad.it. di C. Veltri, Einaudi, Torino 2013, p. X.

⁴⁷ Ivi, p. 90.

⁴⁸ Cfr. E. Forcella- A. Monticone, *Plotone d'esecuzione. I processi della prima guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari 1968.

⁴⁹ Cfr. N. Labanca- G. Rochat, (a cura di), *Il soldato, la guerra, il rischio di morire*, Unicopli, Milano 2006.

⁵⁰ Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli Italiani 1915-1918...cit.*, p. 88.

⁵¹ Cfr. S. Audoin-Rouzeau, A. Becker, *La violenza, la crociata, il lutto. La Grande Guerra e la storia del Novecento*, trad.it. di S. Vacca, Einaudi, Torino 2002.

⁵² Cfr. R. Bachi, *L'Italia economica nel 1918*, Città di castello 1919, p. XIII.

⁵³ Cfr. E. Gentile, *L'apocalisse della modernità. La Grande Guerra per l'uomo nuovo*, Mondadori, Milano 2008, p. 39.

⁵⁴ Cfr. M. Isneghi, G. Rochat, *La Grande Guerra 1914-1918...cit.*, p. 38.

⁵⁵ Ivi, p. 39.

evanescente, lontano. L'Italia, ancora alla vigilia del conflitto, continuava ad essere, il dominio ideale dei pochi, intellettuali, scrittori, poeti e insegnanti, gente che, per la maggior parte, l'aveva conosciuta attraverso i libri, in un paese in cui la lingua italiana «era patrimonio del 60% circa della popolazione»⁵⁶ e la percentuale degli analfabeti era pari a circa il 40%, con picchi del 70% in alcune regioni come la Calabria⁵⁷. In questo contesto il sentimento comunitario, nonostante gli sforzi delle istituzioni scolastiche, era un qualcosa di oscuro, che non superava la dimensione del paese di nascita. Né le carte geografiche appese nelle aule scolastiche, né i racconti del glorioso passato sotto l'egida di Roma, erano riusciti a fare degli italiani una comunità. Qualcosa in più, sotto questo punto di vista, era stato fatto grazie agli eventi sportivi, su tutti il «Giro d'Italia», organizzato per la prima volta nel 1909⁵⁸. Un fattore decisivo fu invece l'incontro, durante la guerra, tra i dialetti, i costumi e i modi di vita dei commilitoni. Ciò rappresentò per tanti italiani, tali soltanto sulla carta, un'apertura di orizzonti in grado di facilitare l'ingresso immaginario in una dimensione diversa, più ampia e, forse, almeno parzialmente, identificabile con la nazione.

Per molti contadini e abitanti delle campagne questo scambio di esperienze significò anche il primo contatto – anche se mediato simbolicamente – con la civiltà urbana, con il suo volto industriale, con i problemi posti e le opportunità offerte ai suoi abitanti. I racconti e le esperienze dei “cittadini” evocavano nuove forme di occupazione, mestieri sconosciuti nelle campagne, condizioni di produzione in grado di generare interessi e opinioni diversi ma anche comunità di intenti, spazi di lotta e rivendicazione. È il volto della «società di massa», caratterizzata dagli agglomerati industriali, dal ruolo delle tecnologie, dalle ferrovie, dalla proletarizzazione di vasti strati di popolazione e dalla produzione standardizzata di morte e distruzione, come tragicamente attestato dalla Grande Guerra⁵⁹. La stessa idea di «guerra industriale», caratterizzata dalla distruzione anonima e su larga scala, con la sua violenza intensa e con la sua durata potenzialmente infinita, poiché non più legata alle energie dei combattenti, sorge con il Primo Conflitto Mondiale. E anche per questo continua ad apparire convincente la tesi di Paul Fussell, che ha parlato di una guerra tanto tragica da risultare traumatica e per questo generatrice di una nuova esperienza collettiva⁶⁰. Un conflitto in grado di stipulare una nuova fase della coscienza europea, attraverso il coinvolgimento di campi diversi – economia, politica, costumi, scienze –, la cui mobilitazione segna i confini di un nuovo paesaggio mentale, un diverso rapporto tra gli individui e la società. Alla luce di ciò non sorprende che tra gli effetti sugli uomini mandati a combattere, in quelli che a tutti gli effetti furono dei “macelli industriali” per soldati, ci fu la fuga, l'autolesionismo⁶¹ e la follia, vera o simulata⁶².

Fame, terrore, insufficiente equipaggiamento, disciplina spietata, sono infatti tutti elementi potenzialmente traumatici per i soldati impegnati nel conflitto. E se dedurre da ciò, quasi causalmente, gli effetti sulla vita psichica può risultare azzardato, è indubbio che l'aumento dei

⁵⁶ Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli Italiani 1915-1918...cit.*, p. 10.

⁵⁷ Sulla questione delle politiche di alfabetizzazione nell'Italia unita vedi: G. Chiosso, *Alfabeti d'Italia. La lotta all'ignoranza nell'Italia unita*, Sei, Torino, 2011.

⁵⁸ Cfr. M. Franzinelli, *Il Giro d'Italia - Dai pionieri agli anni d'oro*, Feltrinelli, Milano 2015 e D. Marchesini, *L'Italia del Giro d'Italia*, Il Mulino, Bologna 2009.

⁵⁹ Cfr. A. Caracciolo et al., *Il trauma dell'intervento 1914-1919*, Vallecchi, Firenze 1968.

⁶⁰ Cfr. P. Fussell, *La grande guerra e la memoria moderna*, Il Mulino, Bologna 1984. Per una problematizzazione del saggio di Fussell (e di quello altrettanto celebre di Eric Leed, Bologna 1985 [ed. or. 1979]) si veda Giorgio Rochat, *La grande guerra negli studi di Fussell e Leed*, in «Rivista di storia contemporanea», fasc. 2, gennaio 1987, pp. 291-300.

⁶¹ Vedi B. Bianchi, *La follia e la fuga*, Bulzoni, Roma 2000 e, sempre della stessa Autrice: B. Bianchi, *Il trauma della modernità*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio, Torino 2008, pp. 45-46.

⁶² Sul tema delle «nevrosi di guerra», il cosiddetto «shell-shock», la produzione storiografica, soprattutto al di fuori dell'Italia è ampia e articolata. Oltre ai titoli già indicati vedi: P. F. Lerner, *Historical men. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*, Cornell University Press, Ithaca 2003 e M.R. Trimble, *Post-traumatic neurosis. From railway Spine to the Whiplash*, John Wiley, Chichester 1981.

fenomeni di alienazione mentale nei soldati non può più essere ricondotto, come fatto da buona parte delle autorità italiane dell'epoca, a ignoranza, a incapacità delle classi subalterne ad adattarsi alla disciplina, o a predisposizione ontologica verso la malattia mentale, uno stigma connaturato alla debolezza caratteriale dei contadini e degli operai. Lo "scemo di guerra", in altre parole, per le autorità militari dell'epoca chiamate a confrontarsi con la questione, è il sintomo dell'inaffidabilità di uomini inadatti a sopportare le fatiche della vita e quindi quelle della guerra. È palese, in queste interpretazioni, la diffidenza di classe legata a pregiudizi secolari che, ancora all'inizio del secolo, e nonostante le trasformazioni inerenti l'avvento della società di massa, sono radicati e vivi. In tal senso deve far riflettere il dato sulle pensioni di guerra assegnate ai reduci ricoverati per *nevrosi da guerra*; a fronte di circa quarantamila ospedalizzazioni, soltanto duemila pensioni vennero assegnate, secondo le stime dell'Opera Nazionale per la Protezione ed Assistenza degli invalidi di Guerra⁶³. Questo perché la diffidenza, il carico di pregiudizi e i sospetti verso individui considerati deboli nel migliore dei casi, o simulatori interessati negli altri, rese sempre più complicato riconoscere nell'alienato di guerra un sofferente beffato tre volte dal conflitto: una volta per aver dovuto abbandonare gli affetti per "partire alla guerra"; un'altra per aver smarrito la ragione; e infine per essere considerato dai più l'equivalente di un traditore della patria. Così non sorprende che per essere concettualizzato adeguatamente, il «trauma di guerra», abbia dovuto attendere un clima culturale, sociale e politico diverso, da quello della prima metà del Novecento. Questa diversa congiuntura è quella in cui avvenne il conflitto in Vietnam.

2. Alle origini delle nevrosi di guerra: il «Post Traumatic Stress Disorder» [PTSD]

La categoria diagnostica delle nevrosi di guerra non esiste durante il Primo Conflitto Mondiale, ciò determina nei medici e negli psichiatri, chiamati a confrontarsi con gli alienati militari, quello stato di incertezza clinica palese anche nel caso da noi analizzato. Si può anzi sostenere che, sul piano della configurazione concettuale, le nevrosi belliche sono un'invenzione recente. Infatti la categoria diagnostica che più direttamente è correlata con il trauma da guerra è il «Post Traumatic Stress Disorder» [PTSD]⁶⁴. Questo, che è il disturbo correlato tra l'altro allo stress da guerra, ha avuto pieno riconoscimento clinico e attenzione storiografica soltanto a seguito della guerra in Vietnam⁶⁵, quando il numero dei soldati che ha evidenziato disturbi mentali, la polemica ideologica, il clima culturale e sociale e la questione del reinserimento in società dei reduci ha reso ineludibile il dibattito sulla questione. La posta in gioco è il riconoscimento di una categoria diagnostica in grado di rendere conto degli effetti «sulla fisiologia del sistema nervoso centrale»⁶⁶ delle esperienze traumatiche, in particolare di quelle prodotte durante la guerra. Inizialmente, nonostante gli studi fossero stati effettuati su «un ampio campione»⁶⁷ di veterani ed ex-combattenti del Vietnam⁶⁸, la difficoltà nel valutare la natura delle informazioni reperite sulle eventuali cause e la polemica ideologica legata al problema del reducismo determinò un «generale scetticismo sia nel mondo

⁶³ Cfr. B. Bianchi, *Il trauma della modernità...cit.*, p. 64.

⁶⁴ Cfr. E. Jones e S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Psychology Press, Taylor & Francis Group, New York 2005, pp. 109-115; Creamer, O'Donnell, Meaghan *Post-traumatic stress disorder, Current Opinion in «Psychiatry»*, 15, 2002, pp. 163-168.

⁶⁵ Cfr. E. T. Dean, *Shook over Hell, Post-Traumatic Stress, Vietnam and the Civil War*, Harvard University Press Cambridge, Massachusetts 1997.

⁶⁶ Cfr. D. Caldirola, A. Bertani, G. Perna, *PTSD: ieri, oggi, domani*, in L. Bellodi, P. Castrogiovanni, M. Mantero, G. Muscettola (a cura di), *Il Disturbo Post Traumatico da Stress*, Pacini ed., Pisa 2002, p. 8.

⁶⁷ Cfr. E. Jones e S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War...cit.*, p. 113.

⁶⁸ Cfr. R.A. Kulka, W.E. Schlenger, J.A., Fairbank, R.L. Hough, B.K. Jordan, C.R. Marmar, et al., *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, Brunner/Mazel New York 1990.

psichiatrico che al di fuori di esso»⁶⁹. Si riteneva che la fissazione del disturbo in categoria fosse «una concessione politica ai veterani del Vietnam che non erano stati in grado di reintegrarsi nella società»⁷⁰. Infatti, la spinta maggiore affinché venisse riconosciuta una categoria diagnostica che rendesse conto dei sogni terribili, dell'ansia intensa, delle diverse fobie⁷¹ lamentate dai soldati, venne perpetrata dal «Vietnam Veterans Working Group» [VSWG], un'organizzazione collettiva, fondata nel 1974, «comprendente una serie di associazioni professionali ed umanitarie finalizzate al sostegno dei veterani del Vietnam»⁷².

L'universo psichiatrico, d'altra parte, si interrogava da tempo sull'utilità di un quadro clinico autonomo, da distinguere dai disturbi d'ansia, in grado di rendere conto delle specificità sintomatiche lamentate da militari ed ex combattenti⁷³. Ciò anche sulla base di una convinzione lentamente radicata nel tempo, quella secondo cui il quadro clinico dei soggetti che hanno subito un evento traumatico è ritenuto conforme alla risposta normale «che pressoché tutti gli individui avrebbero mostrato in circostanze analoghe»⁷⁴. Insomma come valutare la specificità entro certi limiti normale dei soggetti colpiti da un'esperienza emotivamente traumatica? Come rendere conto della sofferenza e dei sintomi sofferti da soldati e combattenti? Interrogativi che hanno assunto una prospettiva diversa dopo che gli studi di «psicobiologia dello stress» hanno evidenziato come gli eventi traumatici siano in grado di «modificare l'espressione genica in varie regioni cerebrali»⁷⁵. Ciò significa che un evento esterno – o l'esposizione prolungata ad una serie di stimoli esterni – può alterare in profondità la fisiologia del sistema nervoso centrale. È indubbiamente il caso di quei soldati che subirono mutilazioni o ferite più o meno gravi durante la Grande Guerra, ma anche di quelli che assistettero impotenti alla morte di un commilitone, all'esposizione prolungata alle intemperie e alla tensione logorante che precede un assalto frontale all'arma bianca.

«L'evitamento verso stimoli legati al trauma [...], l'appiattimento emotivo»⁷⁶, sforzi per evitare pensieri e sensazioni legati all'evento e alla situazione traumatica, difficoltà nel ricordare, «sentimenti di distacco o di estraneità verso sé o verso gli altri»⁷⁷, sono alcuni dei sintomi che il DSM-IV include nella tabella nosografica del «Disturbo Post-Traumatico da Stress». Tra gli altri ci sono: la persistente «difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno», l'«irritabilità o scoppi di collera», la «difficoltà di concentrazione», l'«ipervigilanza», l'«esagerata risposta d'allarme»⁷⁸. Nonostante tutte le problematicità epistemologiche legate alla traduzione in categorie contemporanee di criteri e diagnosi utilizzati al tempo della Grande Guerra, possiamo sostenere con ragionevole certezza che i sintomi riscontrati dagli psichiatri sui soldati alienati, durante la prima Guerra Mondiale, non si discostano da quelli elencati nel DSM-IV, almeno sul piano medico⁷⁹, come caratterizzanti il PTSD. Anche le cartelle cliniche del manicomio di Racconigi, come quelle di altri istituti⁸⁰, evocano allucinazioni, «stati stuporosi», deliri acuti, «lipemanie», stati depressivi, vuoti di

⁶⁹ Cfr. D. Caldirola, A. Bertani, G. Perna, *PTSD: ieri, oggi, domani...*cit., p. 7.

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ Cfr. M.R. Trimble, *Post-traumatic neurosis. From railway Spine to the Whiplash*, John Wiley, Chichester 1981.

⁷² Cfr. D. Caldirola, A. Bertani, G. Perna, *PTSD: ieri, oggi, domani...*cit., p.14.

⁷³ Cfr. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III)*, 3rd Ed., Dc: American Psychiatric Press, Washington 1980.

⁷⁴ Cfr. D. Caldirola, A. Bertani, G. Perna, *PTSD: ieri, oggi, domani...*cit., p. 7.

⁷⁵ Ivi, p. 8.

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ Cfr. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)*, 4rd Ed., Dc: American Psychiatric Press, Washington 1994.

⁷⁸ Cfr. la tabella riassuntiva tratta dal DSM.IV in D. Caldirola, A. Bertani, G. Perna, *PTSD: ieri, oggi, domani...*cit., p. 10.

⁷⁹ Cfr. B. Van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth, (editors), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on Mind, Body and Society*, Guilford Press, New York 1996.

⁸⁰ Cfr. A. Scartabellati, *Destini della follia in guerra. Cremona: il catalogo raccapricciante è questo* in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio, Torino 2008, pp. 153-220; M.V. Adami, *L'esercito di San Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese*, Il Poligrafo, Padova 2007, pp. 85-102; N.

memoria, condizioni di ipervigilanza: un catalogo sintomatico che appare essere conforme a quello descritto per il Disturbo Post-traumatico da Stress⁸¹. La persistente presenza di ricordi invasivi, di immagini intolleranti, di sogni e flashbacks, la difficoltà nel prendere sonno, una più generale perdita di interesse per la vita, sono sintomi che perseguitano tanto i soldati internati di Racconigi ieri, quanto i reduci del Vietnam e i militari impegnati nei recenti conflitti in Iraq e Afghanistan⁸². Il PTSD⁸³ si configura dunque come una costellazione diagnostica complessa, che contempla «una serie di sintomi scarsamente specifici che sono presenti anche in altri disturbi psichiatrici»⁸⁴. Ma ciò, se da una parte cerca di rendere conto della «eziologia multifattoriale [...] in gran parte modulata da fattori predisponenti individuali»⁸⁵, dall'altra espone il PTSD alle stesse critiche mosse dagli psichiatri che si confrontarono con i reduci del Vietnam, e che riguardano l'eccessiva genericità di «una serie di sintomi scarsamente specifici che sono presenti anche in altri disturbi psichiatrici»⁸⁶. Qual è insomma la soglia di specificità del PTSD? Quali sono i suoi confini? Quando è stato inventato⁸⁷ il Disturbo Post-traumatico da Stress?⁸⁸ Esiste un legame con le nevrosi di guerra del Primo Conflitto Mondiale?

Innanzitutto bisogna sottolineare come la “paura di morire”, la tensione e il logoramento psicofisico prodotti dai conflitti, non sono invenzioni recenti o sintomi legati esclusivamente al Primo Conflitto Mondiale⁸⁹. Tra l'altro, come indicato da Geoffrey Parker in *The Military Revolution, 1500–1800* [2nd ed. 1996]⁹⁰, almeno fin dalla «Guerra dei Trent'anni», si registra la sistematica prassi militare di creare terrore sulla popolazione civile, di incidere cioè sull'aspetto psico-emotivo degli avversari e della gente comune forzatamente coinvolta nelle dinamiche del conflitto. Case e campi venivano fatti oggetto di razzie, veniva praticata la distruzione sistematica del raccolto, stupri e violenze erano esercitati abitualmente sulle donne; tutti questi eventi terribili avevano l'effetto di generare e diffondere ansie collettive e terrore che amplificavano l'azione degli aggressori. D'altra parte anche i soldati erano esposti a lutti, privazioni ed emozioni traumatiche e, proprio per questo, hanno perfettamente ragione Edgar Jones e Simone Wessely quando sostengono che «non possiamo supporre che i soldati alla fine del XVIII secolo fossero immuni dallo stress del

Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto 1915-1918*, ISTRESCO, Treviso 2008, pp. 82-100; B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Bulzoni ed., Roma 2001, pp. 86-158; A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Donzelli ed., Roma 2014, pp. 140-192; V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, ETS, Pisa 2011, pp. 127-166; I. La Fata, *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Unicopli, Milano 2014, pp. 134-162.

⁸¹ Cfr. D.R. Johnson, R. Rosenbeck, A. Fontana, H. Lubin, D. Charney, S.M. Southwick, *Outcome of intensive treatment for combat-related posttraumatic stress disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 153, 1996, pp. 771-777.

⁸² Cfr. C.W. Hoge- C.A. Castro- S.C. Messer-D. McGurk, D.I. Cotting e R.L. Koffmann, *Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems* in «The new England journal of Medicine», 351/1, 2004, pp. 13-22.

⁸³ Cfr. M. Micale-P. Lerner, *Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Historical Introduction* in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...*cit., p. 1.

⁸⁴ Cfr. D. Caldirola, A. Bertani, G. Perna, *PTSD: ieri, oggi, domani...*cit., p. 11.

⁸⁵ *Ibidem*.

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ Il significato del termine «invenzione» in questo contesto non vuole relativizzare o disconoscere la portata empirica dei sintomi cui il quadro diagnostico intende offrire una cornice, piuttosto vuole sottolineare il portato culturale della creazione concettuale. Come sostenuto da Eric Hobsbawm e Terence Ranger, in *The Invention of Tradition* [1983], diverse «[...] tradizioni che ci appaiano, o si pretendono, antiche hanno spesso un'origine piuttosto recente, e talvolta sono inventate di sana pianta» [p.1]. Il discorso può essere esteso anche alle creazioni concettuali quale quella qui esaminata. Cfr. E. Hobsbawm- T. Ranger (a cura di), *L'invenzione della tradizione*, Trad.it. di E. Basaglia, Einaudi, Torino 2002. Vedi inoltre: M. Micale, P. F. Lerner (a cura di) *Traumatic pasts, History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge University Press, Cambridge 2001 e A. Young, *The Harmony of Illusions, Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton New Jersey 1995.

⁸⁸ Cfr. E. Jones, R. Hodgins Vermaas, H. McCartney, C. Beech, I. Palmer, K. Hyams, S. Wessely, *Flashbacks and posttraumatic stress disorder: the genesis of a twentieth-century diagnosis* in «British Journal of Psychiatry» 182, 2003, pp. 158-63.

⁸⁹ Cfr. "Se domani si va all'assalto / soldatino non farti ammazzar...". *Appunti e riflessioni sulla vita e la morte del soldato in trincea*, di Lucio Fabi in N. Labanca, G. Rochat (a cura di) *Il soldato, la guerra e il rischio di morire*, Unicopli, Milano 2006.

⁹⁰ Cfr. G. Parker, *La rivoluzione militare Le innovazioni militari e il sorgere dell'occidente*, Il Mulino, Bologna 1999, pp. 115 e 116.

combattimento»⁹¹. Questo perché, come naturale, l'esposizione agli eventi traumatici che la guerra comporta, e le sue conseguenze, sono vecchi quanto la storia dei conflitti⁹². Richard Holmes⁹³ ha sostenuto che segnali evidenti di reazioni post-traumatiche agli eventi della guerra sono rintracciabili a partire almeno dal XVI secolo, quando gravi e persistenti costellazioni sintomatiche di tipo ansioso si registrano nei soldati a seguito di traumi legati ai conflitti. Ma è soprattutto dopo le guerre napoleoniche che si moltiplicano i casi di «“cerebro-spinal shock”, con formicolii, spasmi muscolari e anche paralisi parziale»⁹⁴, che interessano in particolare «soldati che erano stati vicini al passaggio di un proiettile o alla sua esplosione»⁹⁵. Il fenomeno, definibile con la terminologia di Kraepelin⁹⁶, «nevrosi da spavento», colpisce quei soggetti che, anche senza aver subito alcuna lesione organica, mostrano gravi quadri ansiosi conseguenti a traumi emotivi. «La maggior parte dei casi sono stati trattati con scetticismo da parte di medici militari»⁹⁷ e delle autorità che sminuiscono o non prendono in considerazione quanto lamentato dai combattenti.

Proprio le diverse interpretazioni adottate per descrivere gli effetti dei traumi mentali della guerra, e il loro significativo diffondersi in conseguenza dello scoppio del Primo Conflitto Mondiale, rendono questo periodo centrale per la definizione non soltanto della categoria diagnostica, ma anche del suo trattamento all'interno degli istituti manicomiali. Il profilarsi di una situazione nuova per la psichiatria, con il diffondersi, su grande scala, di malattie nervose e mentali legate alla guerra, pone una serie di scottanti questioni davanti alle quali l'ambiente medico è costretto ad interrogarsi⁹⁸. Come riconosce lo psichiatra tedesco Robert Gaupp, già nel 1915:

«Dal dicembre 1914 vi è un crescente numero di pazienti con malattie nervose o psichiche la cui causa principale viene identificata in un violento shock conseguente all'esplosione di una granata. L'offensiva francese da metà dicembre fino alla fine di gennaio 1915 ci ha mandato a casa un considerevole numero di soldati in uno stato di agitazione e crollo nervoso subentrato dopo l'esplosione di granate. In questi casi non c'era bisogno di un danno al corpo per provocare il disturbo ai nervi; lo shock e il devastante effetto della vista dei compagni morti era sufficiente»⁹⁹

I soldati che giungono negli ospedali da campo o nelle infermerie in osservazione appaiono essere traumatizzati non soltanto dalla paura di morire ma anche dalla paura della paura di morire. Un terrore, questo, che secondo William Rivers¹⁰⁰ è del tutto normale in uomini esposti non soltanto all'ansia prolungata per la propria sorte, ma anche alla paura di veder morire commilitoni e persone con cui si è creato un rapporto in qualche forma duraturo, visto che la coabitazione in spazi ristretti e angusti, come le trincee, e la condivisione di ansie e aspettative lega emotivamente tra di loro i soldati. Rivers, che «aveva elaborato un programma finalizzato a migliorare la capacità di soldati e ufficiali di tollerare il conflitto tra la paura di morire e il desiderio di servire la patria»¹⁰¹, era in

⁹¹ Cfr. E. Jones e S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Psychology Press, Taylor & Francis Group, New York 2005, p. 2 [traduzione a cura dello scrivente].

⁹² Cfr. F. M. Richardson, *The Fighting Spirit, Psychological Factors in War*, Leo Cooper London 1978.

⁹³ Cfr. R. Holmes, *Acts of War: The Behavior of Men in Battle*, Free Press, London 1985.

⁹⁴ Cfr. E. Jones e S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War...cit.*, p. 2.

⁹⁵ *Ibidem*.

⁹⁶ Cfr. E. Kraepelin, *Trattato di Psichiatria*, trad.it. di G. Guidi, Vallardi, Milano 1907.

⁹⁷ Cfr. E. Jones e S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War...cit.*, p. 2.

⁹⁸ Cfr. E. Jones, *Doctors and trauma in World War One: the response of British military psychiatrists*, In P. Gray, and K. Oliver (Eds), *The Memory of Catastrophe*, Manchester University Press, Manchester 2004, pp. 91-105.

⁹⁹ Cfr. R. Gaupp, *Hysterie und Kriegsdienst*, «Münchener Medizinische Wochenschrift», 62, 1915, p. 361.

¹⁰⁰ Cfr. W.H.R. Rivers, *Instinct and the Unconscious. A Contribution to a Biological Theory of the Psycho-Neuroses*, Cambridge Univ. Press Cambridge 1920.

¹⁰¹ Cfr. C. Bonomi, *Introduzione storica all'idea di trauma psichico*, Intervento letto in occasione della presentazione del Centro di psicotraumatologia, Firenze, Chiostrò del Maglio, 19 maggio 2001.

posizione minoritaria e la psichiatria, quando non convinta della strumentalità dei sintomi lamentati, riteneva che la radice degli stessi fosse ereditaria e legata a predisposizione. Furono proprio questi due paradigmi – ereditarietà e predisposizione – a rappresentare la chiave interpretativa di riferimento delle nevrosi belliche durante il Primo Conflitto Mondiale e a denotare di nuovi significati la categoria di “trauma”.

3. Genealogia dell’idea di trauma psichico.

L’affermazione dell’idea di trauma è uno degli avvenimenti che contraddistinguono la storia delle idee del XIX secolo. La conseguenza di un lento mutamento delle strutture mentali collettive che coincide con la storia stessa della Modernità. Durante il «secolo breve» questa categoria ha poi riscosso un successo che va molto al di là della sua iniziale applicazione clinica, tanto da essere utilizzata per connotare diversi avvenimenti sociali, politici, culturali e da entrare nel linguaggio comune. Come sostenuto da Paul Lerner e Mark S. Micale, nella introduzione a *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*¹⁰², nel corso del Novecento sono stati diversi gli storici che si sono interessati dell’idea di trauma, al di là del suo più stretto valore medico. Innanzitutto ci sono gli studiosi che hanno analizzato l’emergere della categoria nell’Inghilterra Vittoriana¹⁰³; c’è poi chi ha indagato la presenza dell’idea di trauma nel passato, valutando soprattutto elementi di continuità e di rottura¹⁰⁴; infine c’è il gruppo di storici che ha analizzato l’influenza dell’idea di trauma sull’immaginario collettivo e, in particolare, i suoi riflessi sulle arti figurative, sulla letteratura, sull’indagine storiografica. Influenza rilevante proprio a partire dalla Grande Guerra, quando la lenta rielaborazione del fenomeno delle nevrosi belliche e il suo innesto nell’ambito clinico diagnostico inaugurato dall’idea di trauma, ha determinato inediti utilizzi semantici in molteplici ambiti discorsivi¹⁰⁵. Ma nello specifico cosa indica il termine “trauma”? E perché le nevrosi belliche, lentamente, sono state comprese a partire dalla sua estensione semantica?

Storicamente, il termine “trauma”¹⁰⁶,

«È stato usato in psicopatologia per indicare un evento grave che fosse in grado di produrre nell’individuo delle conseguenze dannose sia fisiche che psichiche. [...] L’etimologia della parola traumatizzato riporta quindi al concetto di ferita (dal greco, *traumatizein*=ferire) ed anche se Freud l’ha soprattutto utilizzato in senso psichico, esso per decenni è stato applicato a condizioni in cui un importante coinvolgimento emotivo era associato a lesioni fisiche, come ad esempio nella “fisionevrosi” che indicava il duplice coinvolgimento psichico e somatico nei traumi da combattimento [...]. In altri casi si utilizzò il termine trauma per identificare degli eventi con un forte impatto solo emotivo sull’individuo. Attualmente nel concetto di trauma sono comprese sia condizioni in cui le lesioni fisiche sono associate ad un grave coinvolgimento emotivo (es.

¹⁰² Cfr. P. Lerner e M. S. Micale, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge University Press, New York 2001, p. 6.

¹⁰³ Cfr. E. Fischer-Homberger, *Die traumatische Neurose: vom somatischen zum sozialen*, Hans Huber, Bern, 1975

¹⁰⁴ Cfr. B. Gersons e I. Carlier, “Post-Traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept”, in «British Journal of Psychiatry» 161, 1992, pp. 742-748; B. Parry-Jones e W.L. Parry-Jones, “Post-Traumatic Stress Disorder: Supportive Evidence from an Eighteenth Century national Disaster”, «Psychological Medicine», 24, 1994, pp. 15-27; J. P. Wilson, “The Historical Evolution of PTSD Diagnostic Criteria: From Freud to DSM-IV”, in «Everly and Lating, Psychotraumatology», 1995, cap.2.

¹⁰⁵ Cfr. S. Felman e D. Laub, *Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History*, Routledge, New York 1992; D. Aberbach, *Surviving Trauma: Loss, Literature, and Psychoanalysis*, Yale University Press, New Haven 1989; S. Sillars, *Art and Survival in First World War Britain*, Macmillan Press, Houndmills, Hampshire 1987; T. Tate, *Modernism, History and the First World War*, Manchester University Press, Manchester 1998; R. Cork, *A Bitter Truth: Avant-Garde Art and the Great War*, Yale University Press, New Haven and London 1994.

¹⁰⁶ Su cui vedi: Cfr. M. Micale, P. Frederick Lerner (ed.), *Traumatic pasts, History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.

essere coinvolti in una rapina subendo violenza fisica), che situazioni con impatto solo psichico (es. assistere ad una violenza perpetrata su di un altro individuo)»¹⁰⁷.

Come mostra il passo sopra riportato, tratto da un'analisi di Daniela Caldirola¹⁰⁸, la categoria è molta fluida e indica soprattutto il tentativo di inquadrare sul piano medico gli effetti fisici e psichici causati da un'esperienza di forte impatto emotivo. Paura, senso di impotenza, terrore, sguardo perso nel vuoto, sono queste alcune delle caratteristiche più evidenti dell'esposizione al trauma. E sono anche le caratteristiche lamentate dai soldati inviati nei manicomi, durante la Grande Guerra, per manifesti segnali di squilibrio mentale. L'importanza riconosciuta a questi sintomi affonda le sue radici nell'Ottocento, caratterizzato dagli sviluppi della tecnica, dalla velocità dei dispositivi di produzione, da un certo ottimismo verso le possibilità del progresso, ma anche dai rischi che questo lascia intravedere per la tenuta delle forme tradizionali di vita. È il ritratto della società investita dalle trasformazioni della seconda rivoluzione industriale, con il diffondersi di una presenza sempre più pervasiva delle macchine e il delinearsi di un immaginario in cui la scienza e la tecnica assumono il valore di «nuove divinità moderne che avevano donato agli uomini la potenza per dominare la natura e liberare l'umanità dalle tenebre dell'ignoranza, della povertà, delle malattie»¹⁰⁹. Il trionfo del progresso, attraverso la tecnica, se da una parte suscita gli entusiasmi della gente, dall'altra evoca paure ancestrali, legate all'accelerazione dei tempi, alla compressione degli spazi per un verso e alla loro dilatazione dall'altra¹¹⁰. La velocizzazione dell'esistenza, in particolare, dava l'impressione di poter raggiungere traguardi impensati attraverso il superamento delle distanze e dei limiti da questi posti alle società del passato. Il clima è ben sintetizzato da queste affermazioni di William R. Hearst, editore e politico statunitense:

«Il XIX secolo ci ha portato la ferrovia, la nave a vapore, il telefono, il fonografo, le macchine rotative per la stampa, la fotografia, la macchina per cucire, la mietitrebbia, il sistema di produzione su scala industriale, le corazzate, il siluro, la trasmissione elettrica dell'energia, il tram, la luce elettrica, la ferma militare obbligatoria delle nazioni europee, e il sindacato industriale. [...] La mente umana vi è stata stimolata a un grado di attività così intenso quale mai si era raggiunto prima»¹¹¹.

“Fare in fretta, correre, fare presto”, divengono ingiunzioni tipiche di un modello di esistenza nuovo, che nella velocità individua non soltanto la cifra di un mondo inedito, ma anche e soprattutto una strategia per dilatare i tempi, cogliere maggiori opportunità e quindi “vivere di più”, con maggiore intensità. Di tutto ciò è rappresentativo l'avvento della ferrovia, in grado di affascinare l'immaginario collettivo attraverso le possibilità offerte di trasportare uomini e merci a grandi distanze e a tempi notevolmente ridotti rispetto al passato, ma anche di atterrire a causa degli spaventosi incidenti che sovente funestano i suoi percorsi. La potenza dei cavalli a vapore riesce bene a rappresentare per l'immaginario collettivo l'ambivalenza di un futuro che si prospetta luminoso e carico di aspettative, ma anche in grado di generare terrore e ansia. E proprio l'incidente ferroviario assume per l'epoca il valore di un simbolo in grado di concretizzare i rischi della

¹⁰⁷ Cfr. D. Caldirola, *Il concetto di trauma...cit.*, p. 17.

¹⁰⁸ Specialista in Psichiatria e consulente del Centro per i Disturbi d'Ansia dell'Università Vita Salute San Raffaele di Milano.

¹⁰⁹ Cfr. E. Gentile, *L'apocalisse della modernità. La Grande Guerra per l'uomo nuovo*, Mondadori, Milano 2008, p. 30.

¹¹⁰ Cfr. W. Schivelbusch, *The Railway Journey: The Industrialization of Time and Space in the Nineteenth Century*: University of California Press, Berkeley 1986.

¹¹¹ Citato in E. Gentile, *L'apocalisse della modernità. La Grande Guerra per l'uomo nuovo...cit.*, p. 35.

Modernità¹¹². Ciò che colpisce i medici che devono curare le vittime è che oltre i danni e le mutilazioni fisiche, fanno la loro comparsa tutta una serie di sintomi attinenti alla sfera psichica: perdita della parola, confusione mentale, insonnia, depressione, idee ossessive, allucinazioni. E non sono soltanto le vittime direttamente coinvolte dagli incidenti a presentare tali disturbi, infatti, accanto ad essi, compaiono altri tipi di “feriti psichici”: i testimoni dell’incidente¹¹³. Ciò che colpisce è che questi soggetti, sovente, presentano molti dei sintomi comuni agli ordinari feriti ma, diversamente da questi, non sono stati coinvolti direttamente negli incidenti.

Sono soprattutto gli individui che non presentano ferite evidenti o lesioni organiche a rappresentare un enigma per la medicina del periodo, costretta a confrontarsi con l’insorgere di condizioni psico-patologiche spesso transitorie e di natura non chiara¹¹⁴. Come scrive Carlo Bonomi: «È allora che i due simboli della modernità, la ferrovia e l’irritazione spinale, si incontrano, dando luogo alla prima descrizione di un complesso di sintomi di tipo post-traumatico, la “railway-spine”»¹¹⁵. Questa prima diagnosi per fenomeni nuovi, contraddistinti dal legame con i cambiamenti in atto nella società industriale, si ricollega proprio a un clima di discussioni, di interrogativi clinico-sociali¹¹⁶, il frutto del dibattito sorto per comprendere la situazione sul piano psico-patologico. Come afferma sempre Carlo Bonomi:

«Negli anni seguenti la localizzazione della lesione nervosa viene riconcettualizzata conformemente all’evolversi delle teorie mediche, spostandosi prima sui riflessi nervosi, poi sul sistema nervoso centrale e infine sulle rappresentazioni mentali. Questa migrazione della sede È anche uno slittamento semantico, un viaggio attraverso linguaggi e universi diversi, da cui prende forma il concetto ibrido di “trauma psichico”. Esso origina da una confluenza di discorsi diversi attorno alla nozione chirurgica di “shock”, la quale incomincia a colorarsi di un significato emozionale, molto prossimo all’idea classica di “spavento”»¹¹⁷.

Il legame sopra indicato tra il rapido sviluppo della società industriale e le patologie da «shock nervoso» si comprende meglio se consideriamo che nel 1883, Herbert Page, responsabile di un ospedale psichiatrico del Massachusetts, pubblica uno studio sugli incidenti ferroviari “senza lesioni meccaniche apparenti”, incentrata intorno alla nozione ambigua di «shock nervoso» [*nervous shock*]¹¹⁸. La tesi dello studio si basa sull’osservazione delle reazioni di diversi pazienti agli incidenti ferroviari e ciò che colpisce Page è che i casi osservati evidenziano tutti una gamma di sintomi in cui è centrale la paura¹¹⁹. Così come sarà per i soldati durante la Grande Guerra, lo spavento, la paura di morire, la confusione mentale che ne deriva, sembrano rappresentare la cifra di una molteplicità di sintomi, tutti accomunati dall’essere legati, in qualche modo, alla società industriale in rapida trasformazione¹²⁰. Sullo sfondo si agita il volto affascinante, ma anche oscuro, della società di massa

¹¹² Cfr. R. Harrington, *The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain* in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...cit.*, pp. 31-56.

¹¹³ Cfr. E. Caplan, *Trains, Brain, and Sprains: Railway Spine and the Origins of Psychoneuroses*, in «Bulletin of the history of Medicine», 69, 1995, pp. 387-419.

¹¹⁴ Cfr. W. Schivelbusch, *The Railway Journey: The Industrialization of Time and Space in the Nineteenth Century*, Basil Blackwell, Oxford 1980.

¹¹⁵ Cfr. C. Bonomi, *Breve storia del trauma dalle origini a Ferenczi (1880-1930ca)...cit.*

¹¹⁶ Cfr. R. Harrington, *The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain*, in *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...cit.*, p. 32.

¹¹⁷ Ivi, pp. 75-76.

¹¹⁸ Cfr. M. Micale-P. Lerner, *Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Historiographical Introduction* in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...cit.*, p. 10.

¹¹⁹ Cfr. E. Caplan, *Trains and Trauma in the American Gilded Age* in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...cit.*, pp. 57-80.

¹²⁰ Cfr. R. Harrington, *The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain* in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...cit.*, pp. 31-56.

e delle metropoli, con i loro simboli – l'energia elettrica, ad esempio –, le loro paure, i conflitti, le speranze:

«la tecnologia dell'elettricità che trasforma le notti in giorni, la tecnologia della chimica che distrugge il paesaggio e lo ricrea, che dilania il corpo umano e ne reintegra le parti con protesi perfezionate, con apparecchi automatici di torsione, presa, deambulazione, con mani meccaniche capaci di accendere un cerino. È l'epoca della riproducibilità tecnica della distruzione creativa. Sullo sfondo di una società ancora in gran parte ancorata ai ritmi e alle scansioni tradizionali della vita e della morte, del giorno e della notte, del lavoro e del riposo, si disegnano dinamismi e meccanismi sovversivi, capaci di violare antichi limiti e di capovolgere antichi ordinamenti»¹²¹.

La metropoli affascina ma anche atterrisce, spersonalizza, rompe legami e contribuisce ad un senso di straniamento cui il sistema psichico reagisce come può: «Le metropoli moderna, con le sue miriadi di stimoli sensoriali, si configura come il luogo di nuovi disturbi nervosi e mentali, diventando un perimetro di crescente preoccupazione medica e di intervento»¹²². In questo panorama, lentamente, prendono corpo sintomi nuovi o, forse più correttamente, emergono griglie interpretative in grado di dare un nome a eventi e patologie prime mute, costrette al silenzio da una grammatica assente. Come sostengono Micale e Lerner: «Il XIX secolo ha prodotto un rapido accumulo di conoscenze sulla struttura e la funzione (e la fragilità) del sistema nervoso centrale e di conseguenza ha visto l'emergere della clinica neurologica»¹²³. Così, se le trasformazioni rapide, violente, confondono e attirano, contribuendo ad accendere i toni emotivi e le passioni, parimenti la psichiatria va incontro ad un processo di rinnovamento epistemologico che la porta ad elaborare nuove categorie e grammatiche.

È in questo clima che si staglia la celebre figura di Jean Martin Charcot che, intorno al 1880, individua nell'incapacità del soggetto di liberarsi dall'«idea fissa» legata al trauma, l'effetto più evidente causato da questo genere di «ferite dell'anima» prodotte nel contesto della società industriale di massa¹²⁴. Charcot, almeno dalla metà degli anni settanta dell'Ottocento, lavora ad un quadro diagnostico in grado di descrivere la molteplicità dispersa dei sintomi riscontrabili a seguito di un evento traumatico. In particolare, attraverso l'ipnosi, l'osservazione e l'analisi clinica, giunge alla configurazione di una categoria, quella di «isteria traumatica», responsabile della «paralisi istero-traumatica, ossia la paralisi che insorge dopo un incidente in persone con una disposizione isterica»¹²⁵. La condizione di dissociazione e l'alterazione della coscienza, inoltre, sono alcune delle conseguenze possibili dello shock nervoso; nei soggetti con predisposizione isterica essi tendono a riconfigurare la personalità ancorandola a delle idee patologiche [«idee fisse»] che l'individuo non riesce ad allontanare. Ed è proprio la difficoltà a liberarsi dei ricordi, dalle idee legate agli avvenimenti traumatici, uno dei fattori che caratterizzano i soggetti sofferenti di trauma psichico. Charcot non ritiene l'idea ossessiva una semplice illusione, piuttosto egli la considera «un parassita insediatosi nella corteccia motoria»¹²⁶ in grado di sovvertire l'equilibrio del sistema nervoso e, più in generale, dello stesso organismo. Una «lésion dynamique» di tipo psicologico, ma con effetti

¹²¹ Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, p. 226.

¹²² Cfr. M. Micale-P. Lerner, *Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Historiographical Introduction* in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...cit.*, p. 10.

¹²³ *Ibidem*.

¹²⁴ Sul ruolo di J.M.Charcot in riferimento al trauma psichico vedi: M. S. Micale, *Jean-Martin Charcot and les névroses traumatiques: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century* in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...cit.*, pp. 115-139.

¹²⁵ Cfr. C. Bonomi, *Breve storia del trauma psichico dalle origini a Ferenczi (1870-1930 ca)...cit.*, p. 76.

¹²⁶ *Ibidem*.

organici e neurofisiologici con cui la medicina deve confrontarsi, andando oltre il riduzionismo dell'epoca. «La nuova entità diagnostica, variamente definita “traumatic neurosis,” “traumatic hysteria,” and “hystero-traumatism”»¹²⁷, consente a Charcot di descrivere una serie di sintomi precedentemente correlati al malfunzionamento del sistema nervoso e, adesso, specificamente posti in relazione con le rappresentazioni mentali fisse e il meccanismo di ruminazione psicologico da loro originato a seguito dell'evento traumatico.

In questa congiuntura, nel 1884, Adolf Strümpell introduce la nozione vera e propria di «trauma psichico». L'idea, originata dalle osservazioni compiute sui pazienti visitati, è che l'evento perturbante può alterare l'equilibrio psicofisico in soggetti particolarmente predisposti. Tremori, mal di testa, allucinazioni, stati catatonici, da reazioni momentanee e passeggere possono diventare condizioni patologiche permanenti, tanto da configurare nuovi e disadattivi equilibri psico-fisici. La linea di ricerca di Strümpell si sviluppa parallelamente alla psichiatria organicista che cerca di ricondurre i sintomi traumatici a lesioni fisiche o a cause organiche. In particolare egli si concentra sulla relazione tra i sintomi sofferti dai pazienti e le rappresentazioni mentali disturbate. Centrale nella sua prospettiva è la categoria di «Begehrung Vorstellungen», che sposta l'attenzione del discorso dall'ambito delle lesioni organiche a quello delle rappresentazioni e dei cortocircuiti della sfera delle idee. La torsione compiuta da Adolf Strümpell rispetto alla tradizione dominante, basata sul riduzionismo fisiologico, è netta e apre prospettive interessanti per lo studio e il trattamento del trauma. Questo inedito percorso medico e psichiatrico, che in qualche modo cerca di affrancarsi dai limiti del discorso vigente, ha delle ricadute anche nella definizione clinico diagnostica di quella che è la categoria fondamentale della psichiatria a cavallo dei due secoli: l'isteria. Come sostiene Carlo Bonomi, ancora

«nel 1888, nella lezione sull'isteria dei ragazzi, Charcot (1889)¹²⁸ giunge ad affermare che l'isteria è “per $\frac{3}{4}$ psichica”. Si può apprezzare questa affermazione solo avendo presente che in pochi anni l'isteria si trasforma da malattia dei nervi, ossia “nevrosi”, a “neuro-psicosi”, a “psico-nevrosi” e infine a “psicosi”, o per meglio dire a disturbo *psicogeno* (termine che viene introdotto proprio in questo periodo per evitare la confusione a cui dava adito il parlare, in questo contesto, di “psicosi”)»¹²⁹.

Il successo della categoria di «isteria» – centrale nelle diagnosi delle nevrosi di guerra¹³⁰ – tra Otto e Novecento, si spiega proprio, anche, in relazione alla maggiore attenzione che, sul piano clinico, viene riconosciuta agli effetti patogeni delle rappresentazioni e delle immagini mentali. I traumi, che sempre più numerosi colpiscono i testimoni degli incidenti ferroviari o i soldati – come i 4 militari divenuti pazienti di Charcot¹³¹ – impegnati nei conflitti di fine Ottocento, evidenziano infatti crolli nervosi in cui gli incubi, la confusione mentale, l'incapacità di elaborare l'avvenimento, non hanno una causa organica chiaramente individuabile. Ciò favorì l'affermarsi dell'isterismo come paradigma interpretativo per una molteplicità di sintomi post-traumatici, ma facilitò anche il diffondersi della diffidenza nei confronti dei soggetti che presentarono tali disturbi nervosi e mentali. Se infatti il trauma era in fin dei conti un disturbo di tipo isterico, legato cioè alle rappresentazioni mentali del soggetto, come dimostrare la reale natura dei sintomi? Come

¹²⁷ Cfr. M. S. Micale, *Jean-Martin Charcot and les névroses traumatiques: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century* in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...cit.*, p. 116.

¹²⁸ Cfr. J. M. Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière, Policlinique, 1888-1889*, Progrès médical, Paris 1889.

¹²⁹ Cfr. C. Bonomi, *Breve storia del trauma psichico dalle origini a Ferenczi (1870-1930 ca)...cit.*, p. 77.

¹³⁰ Cfr. M. S. Micale *Hysterical Men: The Hidden History of Male Nervous Illness*, Harvard University Press, Cambridge Mass, 2008.

¹³¹ Cfr. M. Micale, *Jean-Martin Charcot and les névroses traumatiques: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century*, in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...cit.*, p. 122.

individuare dietro agli isterici i possibili simulatori? La questione assunse particolare urgenza in un momento in cui le compagnie ferroviarie erano sempre più spesso chiamate in causa come responsabili dei traumi dei soggetti coinvolti negli incidenti. L'alto numero di richieste di risarcimento spinse le stesse compagnie e le assicurazioni a porre la questione come improcrastinabile e ciò influì sul dibattito pubblico e sugli orientamenti dello stesso. Il pregiudizio e la diffidenza che avrebbe colpito i militari alienati durante il Primo Conflitto Mondiale affonda qui le sue origini. Come sostiene Carlo Bonomi:

«Se infatti tutti i sintomi dell'isteria comune erano interpretabili secondo il meccanismo psichico individuato nell'isteria traumatica, allora tutti i sintomi dell'isteria erano psicogeni allo stesso titolo. Ma questo poneva davanti a un bivio: o il quadro dell'isteria traumatica si dissolveva nell'isteria comune (e ciò significava ammettere che i soggetti traumatizzati facevano "la commedia"), oppure si cercava di preservare la specificità del quadro post-traumatico ponendo dei limiti alla interpretazione psicogena. Scegliendo la prima opzione, l'isteria diventava sì un disturbo interamente psicogeno ma il trauma finiva per perdere ogni specificità, dato che i suoi effetti potevano essere spiegati come degli "isterismi"»¹³².

L'inquadramento dei sintomi post-traumatici all'interno della più vasta categoria dell'isteria favorisce dunque la riduzione del portato patologico del disagio stesso a semplice allucinazione del singolo, nel migliore dei casi, a "commedia" per le ragioni più diverse negli altri. Questo è un passaggio fondamentale nel percorso che conduce da una parte alla sottovalutazione, e alla diffidenza, dei medici nei confronti dei disturbi mentali dei militari durante la Grande Guerra, dall'altra alla diffidenza pregiudiziale esercitata dalle autorità militari. Questi ultimi, infatti, si poterono giovare di un clima di incertezza sulla natura dei fattori emotivi in relazione all'emergenza delle nevrosi belliche, conseguenza proprio del «progressivo affermarsi di interpretazioni che vedevano nella volontà l'origine delle nevrosi di guerra»¹³³. Desiderio di non ottemperare ai doveri verso la patria, codardia e pusillanimità sono le presunte caratteristiche degenerative di questi soldati ritenuti "inutili"; individui che, in quanto isterici, mostrano il loro essere inadatti e deboli, soggetti da raddrizzare piuttosto che da curare¹³⁴. L'idea che i sintomi post-traumatici – in particolari quelli di guerra – fossero l'effetto di suggestione isterica converge verso la convinzione che non «erano l'emozione e il dolore ad avere una influenza diretta sulla psiche, ma la suggestione; la guerra non era considerata responsabile della malattia, bensì la struttura psichica del soldato»¹³⁵.

Questa piega, come indicato da Bruna Bianchi, si sviluppa e si rafforza in seguito alla diffusione, in Italia e Francia, del «pitiatismo»¹³⁶, introdotto dal neuropsichiatra francese J. Babiński per indicare quanto l'isteria dipendesse dalla suggestione. «Nel 1917 Babiński aveva limitato il quadro clinico dell'isteria ai soli sintomi riproducibili con la volontà; a suo parere tali sintomi, nati per suggestione convergevano su funzioni che dipendevano dalla volontà ed erano guaribili con la persuasione»¹³⁷. Con questa interpretazione del discorso le cause neurologiche-organiche, tradizionalmente ritenute le principali responsabili della diversità patologica, venivano sostituite dall'elemento suggestivo e, dunque, dal fattore "volontà". In altre parole non era tanto l'evento a generare il trauma, né lo scatenamento emotivo, quanto una forma di plagio, di auto-inganno, attraverso cui il soggetto – più o meno volontariamente – si ammalava. Anche alla luce di ciò non sorprende che uno degli allievi di Babiński, Clovis Vincent, si fece conoscere, durante la Grande

¹³² Cfr. C. Bonomi, *Breve storia del trauma psichico dalle origini a Ferenczi (1870-1930 ca)...*cit., pp. 78-79.

¹³³ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...*cit., pp. 29-30.

¹³⁴ Cfr. B. Bianchi, *Psychiatrists, Soldiers, and Officers in Italy During the Great War* in M. Micale-P. Lerner, *Traumatic Past. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930...*cit., pp. 222-252.

¹³⁵ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...*cit., p. 30.

¹³⁶ Cfr. B. Bianchi, *Il trauma della modernità...*cit., p. 39.

¹³⁷ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...*cit., p. 30.

Guerra, proprio per l'intransigenza e il radicalismo con cui portò avanti le "terapie" volte a smascherare i "soldati isterici", ritenuti, nella quasi totalità e pregiudizialmente, dei simulatori, più o meno consapevoli¹³⁸.

Il «pitiatismo» per molti versi partecipa di un movimento carsico che anima e, in un certo senso, lavora dall'interno i paradigmi di una psichiatria in movimento, protesa verso orizzonti diagnostici nuovi, sollecitati da problemi inediti. In questa congiuntura emerge la figura di Hermann Oppenheim, neurologo di Berlino, un interessante promotore di originali interpretazioni sull'isterismo. Nel 1889, a seguito di un prolungato studio operato sui casi registrati e raccolti presso l'Ospedale universitario della Charité di Berlino, mette a punto la categoria diagnostica della «nevrosi traumatica». Attraverso di essa vuole rendere conto di una serie abbastanza variegata di quadri sintomatici, effetto di sollecitazioni emotive molto forti, come quelli causati da incidenti ferroviari, terremoti, incendi o sciagure diverse¹³⁹. Oppenheim, dopo aver osservato 41 casi di operai e lavoratori traumatizzati a seguito di incidenti sul lavoro¹⁴⁰, ritiene «che l'urto meccanico fosse la causa di disturbi funzionali cerebrali, con sede nei centri della motilità e sensibilità. Oltre alla scossa meccanica, Oppenheim ipotizzava un trauma psichico (cioè uno spavento) che poteva avere conseguenze durature proprio grazie al disturbo nervoso funzionale»¹⁴¹. Ciò, se da una parte dava valore ad una subordinazione dell'elemento psichico nei confronti di quello organico, dall'altra affermava il valore patologico "reale" delle "nevrosi traumatiche", la cui origine era da correlare a un avvenimento esterno e non a semplice suggestione. Il credito riconosciuto ad Oppenheim e alla sua tesi generò in Germania un clima favorevole al riconoscimento della patologia da trauma come malattia invalidante, e al conseguente rilascio di pensioni di servizio. Ciò però suscitò un clima di sospetto tra medici e autorità preoccupati del diffondersi di richieste e concessioni. Lo stesso Hermann Oppenheim, in seguito, proprio a causa del suo impegno a favore del riconoscimento del valore specifico del "trauma di guerra", venne duramente attaccato poiché ritenuto anti-patriottico e contrario agli interessi della nazione. Da parte sua lo studioso espresse a più riprese critiche, anche molto feroci, verso un ambiente medico ritenuto cieco e sordo nei confronti di quelli che erano, secondo la propria opinione, gli effetti evidenti «dei violenti traumi mentali della guerra [...]»¹⁴².

La teoria di Oppenheim è interessante perché mostra la molteplicità delle interpretazioni in campo per spiegare gli effetti del trauma nelle sue diverse articolazioni. Se in una prima fase sembra prevalere l'idea che la predisposizione individuale organica sia la condizione per lo scatenamento e il perdurare dei sintomi post-traumatici, dopo gli studi del neurologo di Berlino, viene riconosciuto un peso maggiore all'elemento sub-cosciente e ideativo, cioè alla piega psicologica. Successivamente, nonostante la teoria di Oppenheim si sforzi di sottolineare il carattere "reale" delle rappresentazioni patologiche di cui il soggetto non riesce a liberarsi a seguito del trauma¹⁴³, la declinazione psicologica del discorso, prendendo il posto di quella organica in un contesto di rigido determinismo biologico, va nella direzione che sottolinea il nesso tra la volontà, la suggestione e l'influenza sulla psiche. Per il nostro discorso la conseguenza principale è che la guerra – come un qualunque altro avvenimento traumatico – non viene considerata responsabile della malattia. Piuttosto, ad essere messa sotto la lente d'ingrandimento di alienisti e autorità militari – soprattutto in una prima fase –, sarà la struttura psichica del soggetto, ritenuta perlopiù predisposta

¹³⁸ Cfr. C. Vincent, *Le traitement intensif des hystériques*, in «Revue Neurologique», 1916, II sem.

¹³⁹ Cfr. C. Bonomi, *La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica" (1870-1920 ca)*, Teoria & Modelli, ns, V, 1-2, pp. 125-161.

¹⁴⁰ Cfr. C. Bonomi, *Breve storia del trauma psichico dalle origini a Ferenczi (1870-1930 ca)...*cit., p. 80.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² Cfr. D. Kaufmann, *Science as cultural practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany*, «Journal of Contemporary History», 3, 1, (1999), p. 134.

¹⁴³ Cfr. P. Lerner, *Hysterical Men. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany 1890-1930*, Cornell University Press, Ithaca-London 2003, pp. 61-85.

all'insorgere del trauma". In tale ottica i paradigmi della "predisposizione" e della "degenerazione" svolgeranno un ruolo determinante nel rafforzare il senso di discredito e di diffidenza «nei confronti del soldato che presentava disturbi nervosi e mentali. Si vedeva in lui il simulatore, l'anomalo, il debole, il primitivo»¹⁴⁴. Un soggetto da correggere e non da curare.

4. La guerra dei nervi: lo shell shock.

L'isterizzazione del trauma ha conosciuto la propria ratifica durante la Prima Guerra Mondiale, quando medici e psichiatri si dovettero confrontare con il diffondersi sul larga scala della sintomatologia post-traumatica¹⁴⁵. Le conseguenze fisiche e mentali provocate dalla guerra, il dissesto emotivo e la difficoltà della medicina di comprendere gli effetti sulla psiche della guerra hanno generato le condizioni perché il problema degli alienati militari fosse trattato soprattutto nei termini di una questione disciplinare, legata cioè alla presunta volontà dei soldati di sottrarsi ai propri doveri nei confronti della nazione. Abbiamo fin qui cercato di illustrare quali furono gli sviluppi interni alla medicina che favorirono questa strategia, ma è indubbio che soprattutto in Italia le ragioni principali sono da ricercare non soltanto in un clima politico e culturale non predisposto alla comprensione del fenomeno, ma anche in una psichiatria troppo desiderosa di accreditarsi come scienza al servizio della nazione, del suo progredire e migliorarsi¹⁴⁶. Concretamente rivestire la funzione di sapere garante del consolidamento dell'elemento psichico nazionale, significa operare per snidare e correggere l'anormale, soprattutto quando questo è presente nella superiore comunità militare¹⁴⁷. Come afferma Andrea Scartabellati: «Al liberale principio della difesa delle libertà individuali, [...], si contrapponevano ora le necessità di un presunto uomo collettivo, che individuava coerentemente il suo braccio operativo nella superiore collettività militare»¹⁴⁸.

Tutto ciò ha prodotto una sottovalutazione del fenomeno post-traumatico e, più in generale, una sua riduzione biopolitica volta a disciplinare il dissenso e il rifiuto della guerra in senso lato. Si spiega così, almeno parzialmente, l'«isterizzazione» delle nevrosi post-traumatiche¹⁴⁹ da combattimento e il loro trattamento attraverso la rapida esclusione manicomiale e le terapie più sbrigative, quali quelle elettriche¹⁵⁰. Reclusione che, nel caso degli alienati militari, essendo la strategia adottata per sancire immediatamente il confine tra i sani e i malati, viene gestita nei termini di un problema di politica sociale e non in vista della salute del "traumatizzato". Questo significa che durante la Grande Guerra, una volta riconosciuto il militare come alienato e genericamente inadatto alla vita militare, vengono avviate rapidamente le procedure per impedire che il degenerato, con la propria presenza, "infetti" quello che viene quasi ritenuto il corpo mistico della nazione, cioè la comunità militare. Contaminare con il morbo della "deficienza mentale", «positivisticamente inteso quale manifestazione comportamentale della sua inferiorità biologica e psichica»¹⁵¹, la collettività militare è dunque il grande pericolo che le autorità vogliono scongiurare. In tale ottica, l'opera di profilassi di medici e psichiatri è di fondamentale importanza, ma a prevalere sono le istanze di sanità pubblica

¹⁴⁴ Cfr. B. Bianchi, *Il trauma della modernità...cit.*, p. 72.

¹⁴⁵ Cfr. W. Johnson R.G. Rows, *Neurasthenia and war neuroses* in W.G. Macpherson, W.P. Herringham, T.R. Elliott and A. Balfour (editors), *History of the Great War based on official documents, medical services, diseases of the war*, volume 2, HMSO London 1923, pp. 2-61

¹⁴⁶ Cfr. G. Mortara, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Bari 1925, pp. 4 e segg.

¹⁴⁷ Cfr. P. Nicola, *Snidare l'anormale": psichiatria e masse combattenti nella prima guerra mondiale*, in «Rivista di storia contemporanea», 1987, pp. 69-70.

¹⁴⁸ Cfr. A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la grande guerra (1909-1921)*, Edizioni Goliardiche, Udine 2003, p. 14.

¹⁴⁹ Cfr. S. De Sanctis, *L'isterismo di guerra*, in RSF, (1918).

¹⁵⁰ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)...cit.*, p. 30 e segg.

¹⁵¹ Cfr. A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la grande guerra (1909-1921)...cit.*, p. 21.

e ciò spiega, almeno in parte, le tendenze degli alienisti a gestire il problema sulla base di categorie e paradigmi che ben si prestano a questa funzione. “Predisposizione”, “degenerazione”, “inferiorità biologica” e “costitutiva inadattabilità alla vita militare”, “isteria”, furono soltanto alcune delle categorie messe in campo per descrivere il problema dei traumatizzati di guerra e per disinnescarne la potenziale pericolosità sociale.

Non sorprende, alla luce di quanto detto, il destino riservato alle migliaia di uomini che, segnati nel corpo e nella mente dalla violenza e dalla brutalità del conflitto, affluirono copiosi negli ospedali da campo con sintomi molto simili a quelli registrati dopo un evento traumatico: stato di confusione, perdita della parola, dissociazione psico-fisica, condizioni depressive, alterazione dell’umore, scatti violenti, incapacità di controllo, smarrimento della memoria. Questi sintomi, di non immediata decifrazione, che rimandavano ad un campo diagnostico che, come abbiamo visto, era in evoluzione e risultava scisso tra istanze ora tese al riduzionismo organico, ora a evidenziare il peso psicologico delle idee patologiche, e quindi a sottolineare il carattere artefatto, “isterico”, di sintomi che, in una qualche forma, riguarderebbero la sfera della “cattiva volontà”.

Le diagnosi mutarono nel corso del conflitto e si cercò, quanto più possibile, di rispedire al fronte la maggior parte dei soldati, soprattutto con il protrarsi della guerra e con l’accrescere delle esigenze poste dal combattimento stesso. Dopo una prima fase contraddistinta dalla convinzione che la simulazione e la predisposizione organica potessero spiegare il diffondersi epidemico del fenomeno, si riconobbe sempre più spazio all’idea che l’alterazione emotiva fosse in qualche modo una reazione “normale” in uomini esposti allo stress della guerra. Questa ipotesi, insieme a quella “isterica” e transitoria, convinse sempre più medici e psichiatri della necessità di agire sul piano di terapie coercitive, le uniche in grado di forzare e correggere l’istinto “malato” del soldato. In ogni caso, sia che il militare fingesse, sia che l’istinto di conservazione lo spingesse ad ammalarsi, l’unica strategia prevista consisteva in pratiche brutali e intransigenti in grado di correggere la psiche.

Non ci sono cifre affidabili, molti soldati vennero ospedalizzati e registrati con diagnosi che non facevano espresso riferimento alla sofferenza psichica, inoltre, negli ospedali da campo, ad una mancanza di preparazione diffusa sul tema psichiatrico, si sommò il proposito di evitare la suggestione collettiva e la diffusione di epidemie di isterismo. Questo vuol dire che, soprattutto in un primo tempo, si fece di tutto per presentare i sintomi lamentati dai soldati come effetto di deficienza organica e di tare generazionali e per questo vennero trattati come problemi individuali e non come parte di un fenomeno più ampio, dalle implicazioni sociali. In diversi casi, poi, i soldati vennero registrati più volte, in altri riuscirono a fuggire durante le fasi preliminari di ricovero. Quando poi avveniva l’invio al manicomio di competenza, era la direzione sanitaria del frenocomio – come nel caso di Racconigi – ad evitare quanto più possibile anamnesi chiare e diagnosi specifiche. Tutto ciò, molto probabilmente, per evitare di dover prendere esplicita posizione relativamente alle cause e alle origini delle nevrosi guerra. Il risultato della situazione è che ad oggi, in Italia, non ci sono cifre certe sui ricoveri dei militari sofferenti di disagio mentale. Come sostiene Bruna Bianchi:

«Nel complesso si valuta che sia in Francia sia in Germania i soldati ospedalizzati per ragioni nervose o mentali fossero stati 200000, in Gran Bretagna 80000 secondo i dati ufficiali, 200000 secondo le stime della storiografia recente. In Italia in base alle valutazioni del dopoguerra i ricoverati sfiorarono i 40000, un numero probabilmente sottostimato e solo apparentemente limitato se si considera l’inferiorità numerica dell’esercito italiano»¹⁵².

¹⁵² Cfr. B. Bianchi, *Psichiatria e guerra* in S. Audoin Rouzeau- J. J. Becker, *La prima guerra mondiale*, ed.it. a cura di A. Gibelli, Einaudi, Torino 2014, p. 323.

Numeri rilevanti che lasciano intravedere la dimensione paradigmatica del fenomeno, a tutti gli effetti in grado di dissolvere vecchie strutture e consolidate forme d'esistenza e, quindi, di incidere anche sulla salute pubblica. Come abbiamo detto, soprattutto in una prima fase, la psichiatria italiana interpretò il fenomeno alla luce delle categorie di "predisposizione" e di "degenerazione", sottolineando così la dimensione individuale del problema¹⁵³. Quasi totalmente assente fu l'analisi più ampia delle coordinate entro cui il fenomeno maturò e prese corpo. La grammatica attraverso cui, nelle diverse nazioni, si andarono designando gli insiemi di sintomi registrati sui soldati alienati è costituita da termini non propriamente sinonimi, che rimandano a fattori e dinamiche sociali, culturali e, non in ultimo, legati alla storia medica, propri delle diverse realtà. Il termine più celebre tra quelli utilizzati per descrivere i sintomi che colpivano gli "scemi di guerra" è quello di «shell-shock»¹⁵⁴ [shock da granata], introdotto già durante la guerra, nel 1915, da Charles S. Myers¹⁵⁵, in Gran Bretagna, per identificare diversi casi contraddistinti da perdita di memoria, allucinazioni, stanchezza, palpitazioni problemi all'udito e altri deficit sensoriali. I sintomi elencati e descritti da Myers nell'articolo sono simili a quelli registrati nella stessa epoca in soggetti traumatizzati da calamità naturali (terremoti, maremoti, etc.), da incidenti ferroviari o nei casi di naufragi. Al di là del riferimento, presente nel sintagma, alle granate, la categoria non presenta, sul piano medico, caratteristiche tali da differenziarla dai sintomi post-traumatici che la psichiatria dell'epoca aveva incominciato a porre sotto attenzione. In questo senso ha ragione Bruna Bianchi quando sostiene che «il termine *shell-shock* [...] più che una malattia, designava l'inevitabile conseguenza della guerra industriale»¹⁵⁶. In un certo senso tale consapevolezza semantica emerge già durante la Grande Guerra, tanto da far polemicamente sostenere a Ernesto Lugaro, in una recensione allo studio di G. Elliott Smith e T. H. Pear, «Shell Shock and its lessons», le seguenti parole:

«Il termine "Shell-shock", ormai d'uso corrente, è adoperato qui in senso larghissimo e del tutto convenzionale, che abbraccia ogni sorta di psicosi da strapazzo bellico. Benché l'esplosione di un proiettile sia spesso la causa immediata dei sintomi più impressionanti, È pur certo che la malattia si va preparando prima dell'incidente finale, sotto l'accumularsi dell'eccitamento penoso mantenuto dal continuo fracasso delle esplosioni e delle impressioni disgustose inevitabili nella vita di trincea, delle emozioni terrifiche, dello strapazzo, dell'insonnia, della tensione psichica determinata dal pericolo continuo o dalle gravi responsabilità (negli ufficiali)»¹⁵⁷.

Per la stessa ragione, però, il termine, mantenendo un profilo vago e adattabile, ben si è prestato ad essere connotato nelle forme più diverse e più rispondenti alle particolari ermeneutiche elaborate per spiegare diverse circostanze. Tanto da far dire a W.A. Brend¹⁵⁸, una volta scoppiata la Seconda Guerra Mondiale e ripresentatosi lo stesso problema di vaghezza terminologica, che «le parole 'nevrastenia traumatica' e 'nevrosi traumatica' hanno fatto altrettanti danni nei casi civili di quanto la parola "shell-shock" ne fece nei casi di guerra, e sarebbe assai meglio lasciar cadere nell'oblio tutti questi malaugurati nomi (misnomers)»¹⁵⁹. Sovrapposizione terminologica e confusione diagnostica vanno di pari passo e hanno contribuito a confondere e pregiudicare non soltanto la complessità di un discorso in cui fattori ambientali, culturali, personali interagiscono

¹⁵³ Cfr. G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, in RSF, 1911, pp. 348 e segg.

¹⁵⁴ Cfr. H. Binneveld, *From Shell Shock to Combat Stress. A comparative History of Military Psychiatry*, University of Michigan Press, Ann Arbor 1998.

¹⁵⁵ Cfr. C.S. Myers, *Contribution to the Study of Shell Shock*, in «The Lancet», Vol. 185, Issue 4772, 13 Feb 1915, pp. 316-330.

¹⁵⁶ Cfr. B. Bianchi, *Il trauma della modernità...cit.*, p. 38.

¹⁵⁷ Cfr. E. Lugaro, recensione a G. Elliott Smith e T. H. Pear, *Shell Shock and its lessons*, Longman, London 1917, in "Rivista di patologia nervosa e mentale", fasc. 5, vol. XXII, maggio 1917, p. 324.

¹⁵⁸ Cfr. W.A. Brend, *Review of The Neuroses in War* (1940) in «J. Psycho-Anal.», n. 21, pp. 483-485.

¹⁵⁹ Ivi, p.484.

senza soluzione di continuità, ma anche – soprattutto? – le politiche terapeutiche che da questi discorsi hanno origine.

Il termine, indubbiamente, marca una differenza che è soprattutto culturale¹⁶⁰ e che riguarda il coagularsi di istanze diverse maturate nel corso degli ultimi decenni, a cavallo dei due secoli. Il carattere di novità della guerra industriale di massa colpisce l'immaginario collettivo dei soldati, ma anche quello delle autorità, dei medici e, più in generale, della gente comune, ciò sollecita il bisogno di una grammatica nuova in grado di rendere conto della frattura; in tale ottica gli innesti semantici e i neologismi come lo "shell-shock" vogliono soprattutto rendere conto del «primato dell'artificio, della tecnologia, della scomposizione e della costruzione, della istantaneità e della simultaneità»¹⁶¹, insomma di tutti quegli elementi che più colpiscono l'immaginario comune, le ansie e le paure collettive. Così non sorprende registrare nei diversi paesi l'emergere di categorie che, più o meno esplicitamente, evocano o comunque fanno riferimento allo "shock" subito in battaglia, in occasione dello scoppio di una granata o guardando l'effetto dei gas letali «sui volti dei compagni soffocati»¹⁶². In Francia, ad esempio, prende corpo il termine di «choc traumatique»¹⁶³ che pone «l'accento sulla spossatezza e il logoramento»¹⁶⁴ prodotti dal conflitto, dagli eventi tragici e dalle loro ricadute sulla struttura psichica. L'idea di fondo è che l'esposizione allo stress prodotto dalla battaglia produca idee patologiche in grado di "inquinare" i processi di autoidentificazione degli individui traumatizzati. Anche alla luce di ciò si comprende perché oltretutto la storiografia abbia dato parecchio spazio proprio agli effetti della guerra sull'immaginario sui soldati e sui civili. Il gruppo di ricerca che si riunisce intorno all'Historial de la Grande guerre di Péronne ha sviluppato nel corso degli anni proprio questo filone interpretativo, che appare essere in continuità con una delle pieghe intraprese dal discorso sulla sintomatologia post-traumatica a cavallo tra 800 e 900¹⁶⁵. C'è da sottolineare che questa non è però l'unica linea di ricerca seguita dalla storiografia francese, tra le altre, una merita particolare attenzione per il dibattito suscitato e per la tesi sviluppata. È quella portata avanti da Stéphane Audoin-Rouzeau e Annette Becker, curatori tra l'altro della «Encyclopédie de la Grande Guerre 1914-1918» tradotta in italiano per i tipi di Einaudi. I due studiosi, in un'opera del 2000 – anche questa tradotta in Italia –, «La violenza, la crociata, il lutto»¹⁶⁶, sostengono che la comprensione della Grande Guerra è stata obnubilata dal peso eccessivo riconosciuto alla memorialistica (lettere, diari, appunti, cartoline, etc.), la più interessata, per diverse ragioni, a ridimensionare il ruolo della "violenza" nel conflitto¹⁶⁷. L'orrore, i sentimenti che emergono in battaglia, l'odio, la rabbia, invece, rivestono un ruolo non secondario nelle dinamiche di guerra e, solo un evidente puritanesimo accademico, può sminuire o non riconoscere loro il giusto valore¹⁶⁸. «In guerra sono i corpi a scontrarsi, a patire, a infliggere la sofferenza»¹⁶⁹. Muovere da questa considerazione implica dover fino in fondo fare i conti con il "desiderio di guerra" che ha animato, in maniera sotterranea, milioni di individui coinvolti in un meccanismo perverso di autoalimentazione della violenza. Questo discorso significa, però, anche rimodulare il peso dello «choc traumatique», in particolare il suo valore in relazione alla volontà di sottrarsi alla guerra. Ciò che sostengono i due autori, infatti, è degno di nota proprio perché sovverte le canoniche interpretazioni e afferma che la guerra si alimenta anche grazie al desiderio dei combattenti, alla

¹⁶⁰ Cfr. J. Winter, *Shell-shock and the Cultural History of the Great War* in «Journal of Contemporary History», vol.35, n.1, 2000.

¹⁶¹ Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale...cit.*, p. 226.

¹⁶² *Ibidem*.

¹⁶³ Cfr. M. de Clercq, François Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, Editeur Elsevier-Masson, 2001.

¹⁶⁴ Cfr. B. Bianchi, *Il trauma della modernità...cit.*, p. 39.

¹⁶⁵ Cfr. L. Crocq, *Les traumatismes psychiatriques de guerre*, Odile Jacob, Paris 1999.

¹⁶⁶ Cfr. S. Audoin-Rouzeau - A. Becker, *La violenza, la crociata. La Grande Guerra e la storia del Novecento, il lutto*, Einaudi, Torino 2002.

¹⁶⁷ *Ivi*, p. 4.

¹⁶⁸ *Ivi*, p. 3.

¹⁶⁹ *Ibidem*.

loro voglia di uccidere il nemico. Ma così lo «choc traumatique» non può più assumere il valore di paradigma interpretativo, di sintomo di una volontà costretta che non può ribellarsi, piuttosto deve essere valutato caso per caso, evitando le generalizzazioni e le riduttive letture d'insieme. Gli autori puntano molto sull'aspetto corporeo della guerra, sui «versanti osceni e disgustosi, le eredità luttuose e traumatiche¹⁷⁰, tutto ciò che la memorialistica, in particolare quella proveniente dai testimoni in campo, ha cercato di espungere, *in primis* per ragioni legate a un comprensibile bisogno autoassolutorio. L'idea di un conflitto che via via prende la forma di una crociata laica per l'affermazione delle rispettive nazioni ha condotto Audoin Rouzeau e Becker a sottolineare, dunque, non tanto l'aspetto di fuga e di resistenza alla guerra dei soldati, quanto la volontà di distruggere il nemico, l'unico argine tra la guerra e il ritorno a casa. Al di là della sua plausibilità, questa lettura ha il merito di offrire una interpretazione divergente rispetto a quella, maggioritaria, che vede nello «choc traumatique» il riflesso sintomatico dell'orrore patito di fronte alla morte e alla paura di morire. C'è da dire che in Francia il dibattito sulle nevrosi traumatiche di guerra si è mantenuto, tutto sommato, sul solco tradizionale¹⁷¹, ciò ha probabilmente contribuito alla divulgazione di tesi – come quella appunto della crociata – che fanno esplicitamente a meno del filtro ermeneutico psichiatrico, quindi della chiave interpretativa medica del fenomeno. E' invece proprio la letteratura psichiatrica ad aver considerato, perlopiù retrospettivamente, le nevrosi di guerra come una “normale” reazione agli orrori del conflitto e allo stress da questo prodotto.

Sempre dalla Francia, ma da un altro punto di vista rispetto a quello di Audoin Rouzeau e Becker, viene uno studio che ha invece posto sotto la lente di ingrandimento i traumi e i problemi psichici che hanno interessato non soltanto i soldati, ma anche i civili, in particolari le donne, cioè i soggetti più esposti e anche meno salvaguardati della società. Il testo è «*Treating the trauma of the Great War: soldiers, civilians, and psychiatry in France, 1914-1940*»¹⁷², di Gregory Matthew Thomas, che ha il merito di partire dall'impatto delle nevrosi di Guerra sui militari e sui civili, per sviluppare un discorso più ampio che analizza le ricadute sulla società francese nel primo dopoguerra. Thomas si è reso conto di come il fenomeno abbia provocato degli effetti che sono andati ben oltre l'impatto sui soldati alienati, infatti, intorno a questi, c'è tutta una costellazione familiare ad essere stata stravolta dalla patologia mentale dello “scemo di guerra”. Costi, cure ma anche rapporti e legami emotivi vengono completamente ridisegnati dall'evento traumatico che, a tutti gli effetti, rappresenta un fattore dalle forti implicazioni dirompenti per la società, almeno per quel suo segmento più direttamente coinvolto.

Detto ciò, resta però la fuga “mentale” dalla guerra e dalle disumane condizioni esistenziali della trincea, la spiegazione che la storiografia ha privilegiato per descrivere e interpretare il diffondersi delle «nevrosi di guerra»¹⁷³. Come sostenuto da Antonio Gibelli, nel celebre *L'officina della guerra*, «la caratteristica comune a molti casi di fuga, diserzione e abbandono di posto è [...] quella di svolgersi nell'incoscienza, sotto la spinta di impulsi incontrollati e di automatismi»¹⁷⁴. Quando non si riesce a scappare nella realtà si evade nel dominio psicologico, e la fuga diventa regressione sintomatologica. Questa lettura, a tutti gli effetti quella più celebre, ma anche quella maggiormente strumentalizzata, è stata sovente utilizzata ideologicamente per caratterizzare lo “scemo di guerra” come un sovversivo che, attraverso la fuga nella follia, testimonia il suo rifiuto della società

¹⁷⁰ Cfr. A. Gibelli, Introduzione in S. Audoin-Rouzeau - A. Becker, *La violenza, la crociata. La Grande Guerra e la storia del Novecento, il lutto...cit.*, p. XII.

¹⁷¹ Cfr. A. Prost – J. Winter, *Penser la Grande Guerre. Un essai d'Historiographie*, Editions du Seuil, Paris 2004, pp. 253 e segg.

¹⁷² Cfr. T. Gregory, *Treating the trauma of the Great War: soldiers, civilians, and psychiatry in France, 1914-1940*, Baton Rouge, Louisiana State 2009.

¹⁷³ Per una lettura problematica di tale interpretazione vedi: 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*, Unicopli, Milano 2016, pp. 75-93.

¹⁷⁴ Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale...cit.*, p.136.

disciplinare. La sua origine è da ricercare nell'enorme successo del testo di Eric J. Leed, *No Man's Land: Combat and Identity in World War 1*, del 1979¹⁷⁵, che fa della trasformazione del panorama mentale collettivo a seguito, del Primo Conflitto Mondiale, uno degli argomenti principali del suo studio. Questa lettura, affascinante di certo, ha però probabilmente contribuito a stabilire una interpretazione univoca, che ha sacrificato le specificità delle diverse realtà nazionali e, in particolare, dei molteplici contesti locali in cui il disagio mentale dei militari è stato osservato, diagnosticato e trattato. Inoltre l'idea, di derivazione freudiana, delle nevrosi belliche nei termini di una forma di fuga dalla guerra, ha consentito di caricare l'immagine dei soldati alienati di significati eversivi che, alla luce della documentazione esaminata, appaiono quantomeno forzati, quando non apertamente in contraddizione con la complessità delle singole vicende.

5. La storiografia e il riconoscimento sociale degli "scemi di guerra".

Tra le interpretazioni storiografiche che hanno preso le distanze da questa che è stata la lettura prevalente c'è quella di Joanna Bourke, docente di Storia al Birkbeck College di Londra. Convinta che il disagio mentale dei soldati abbia rappresentato il trauma per il superamento dell'istintivo tabù del dare la morte, anche lei – come Audoin Rouzeau – ha sottolineato come i traumi di guerra siano stati interpretati unidirezionalmente e secondo una prospettiva troppo rigida. Come altri interpreti anche Bourke ha collegato le nevrosi di guerra allo stress patito dal soldato, ma diversamente dalla maggior parte degli storici ha ritenuto la causa principale del disagio dei combattenti il non poter uccidere liberamente, il non poter sfogare lo stato di violenza sollecitato dalle condizioni di guerra¹⁷⁶. Uccidere il nemico in battaglia diventa così non la causa scatenante del trauma, quanto il momento catartico di rigenerazione dello stress, la condizione per il superamento dell'ansia da attesa e, dunque, per la rigenerazione psichica. La tesi di Bourke, però, come tutte quelle che pretendono di interpretare il vissuto inespresso dei combattenti sovrainterpretandolo, o al contrario dando poco rilievo alla documentazione medica, manca il bersaglio perché risulta non adeguatamente supportata dalle fonti disponibili, almeno per la situazione italiana.

Se la storiografia francese¹⁷⁷, tutto sommato, si è mantenuta su un registro interpretativo canonico, la situazione britannica, da subito, è apparsa più interessata agli "alienati di guerra"¹⁷⁸. Come abbiamo visto, il termine coniato per descrivere il fenomeno è quello di «shell-shock» che, secondo Edgar Jones e Simon Wessely, «anche se aveva alcune caratteristiche in comune con disturbo da stress post-traumatico (PTSD), [...] non era il medesimo disturbo»¹⁷⁹, poiché lo *shell-shock* non può essere collegato monocausalmente ad un evento traumatico e riguarda piuttosto il logoramento psico-fisico indotto dalla guerra in genere. In tale senso vanno anche le ricerche di Frederick Mott, direttore del laboratorio di patologia del London County Council al Claybury Asylum, che dall'osservazione di diversi militari alienati ha dedotto una debole relazione tra le esplosioni di granate e lo shell-shock. Quest'ultimo identifica, piuttosto, una costellazione sintomatologica complessa, che riguarda processi inconsci di dissociazione e di negazione che interessano i soldati

¹⁷⁵ Cfr. E. J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Il Mulino, Bologna 1985.

¹⁷⁶ Cfr. J. Bourke, *Le seduzioni della guerra. Miti e storie di soldati in battaglia*, Carocci, Roma 2003.

¹⁷⁷ Sulla situazione francese vedi inoltre C. S. Myers, *Shell Shock in France, 1914–1918*, Cambridge University Press 1940, M. Pignot, *Allons enfants de la patrie: Génération Grande Guerre*, Éd. du Seuil, Paris 2012 e L. Crocq, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob, Parigi, 1999.

¹⁷⁸ Cfr. T. Downing, *Breakdown: The Crisis of Shell Shock on the Somme*, Little, Brown Book Group, London 2016; S. Grogan, *Shell Shocked Britain: The First World War's Legacy for Britain's Mental Health*, Pen & Sword, Barnsley South Yorkshire 2014; *Report of the War Office Committee of Enquiry Into "Shell-Shock"*, Naval and Military Press 2014; T.W. Salmon, *The Care And Treatment Of Mental Diseases And War Neuroses ("Shell Shock"): In The British Army*, CreateSpace Independent Publishing Platform 2013.

¹⁷⁹ Cfr. E. Jones- S. Wessely, *Legacy of the 1914–18 war 2. Battle for the mind: World War 1 and the birth of military psychiatry* in «The Lancet», Vol. 387, 8 November 2014, p. 1708.

segnati dal clima della guerra. Una predisposizione alle psico-nevrosi piuttosto che un necessario meccanismo causale che fa seguito all'evento traumatico.

Sempre in tale ottica deve essere letto uno dei primi tentativi organici di spiegare le nevrosi di guerra, quello operato dal «War Office Committee of Enquiry», diretto da Lord Southborough. Questo, nel 1920, evidenziando l'aspetto conscio delle «nevrosi da guerra», ha illustrato il diffondersi quasi epidemico del fenomeno ponendo un'ipoteca sulla ricezione politica e sociale, ma anche sull'immagine collettiva degli «scemi di guerra»¹⁸⁰. C'è da sottolineare che le autorità britanniche sono stata tra le prime ad interessarsi del problema, fin dalla battaglia della Somme, «quando tra luglio e novembre 1916, 419 600 soldati britannici vennero uccisi o feriti, tra loro vi furono una *marea crescente* di vittime psichiatriche»¹⁸¹. Dopo di allora si procedette alla costituzione di quattro unità specializzate, dislocate in una posizione di sicurezza ma non troppo lontano dalla linea del fronte. Il compito di queste unità era quello di fornire consulto immediato, rapida assistenza e porre le condizioni per rispedire rapidamente i soldati in trincea. In realtà, però, il numero dei soldati che ripresero la via del fronte non fu elevato. Basta considerare che «al 30 giugno 1917, per esempio, dei 731 pazienti dimessi da Maghull Hospital della Croce Rossa, vicino a Liverpool, solo 153 (20, 9%) sono tornati al servizio militare, mentre 476 (65, 1%) sono stati riformati»¹⁸². La ragione è semplice: molti dei disturbi post-traumatici colpivano militari che già presentavano lesioni organiche, ferite e mutilazioni; su questi soggetti il disagio psichico ritardava ulteriormente il processo di guarigione, tanto che gli psichiatri, spesso, tendevano a riformare o a concedere periodi di convalescenza abbastanza lunghi. È una delle ragioni che spiega la linea politica intrapresa dal «War Office Committee of Enquiry» che ha ritenuto medici e psichiatri, in genere, troppo disponibili verso i militari traumatizzati. Non tutti i medici britannici, però, furono così benevoli nell'accogliere e riconoscere le ragioni dei soldati alienati. È il caso di Gordon Holmes, consulente neurologo per gli inglesi, convinto che lo «shell-shock» potesse non soltanto essere una strategia consapevole utilizzata dai soldati per sfuggire ai doveri militari, ma che, anche quando fosse genuino, potesse facilmente essere superato attraverso un po' di riposo, un'adeguata alimentazione e le «cure» del caso. Oggi la storiografia ritiene invece che il problema abbia avuto una sua consistenza non minimizzabile e che più di 200000¹⁸³ soldati britannici furono interessati dalle «nevrosi di guerra», molte delle quali invalidanti per il resto dell'esistenza¹⁸⁴. Tutto da indagare è in tal senso il legame tra la cronicizzazione dei sintomi – anche dopo il conflitto – e le «terapie» adottate per smascherare i sintomi ritenuti esagerati o frutto di simulazione. Il frequente e copioso utilizzo delle scariche elettriche, l'isolamento, la contenzione, sono tutti elementi che in ordine a ciò meritano la necessaria attenzione.

Per cercare di affrontare la situazione in vista di futuri conflitti, venne istituito il citato «War Office di Southborough» che, raccolte diverse testimonianze, relazioni e dichiarazioni, molte delle quali provenienti da ufficiali e medici, concluse, in linea con il clima maturato in quegli anni, che il problema del diffondersi quasi epidemico dello shell-shock potesse essere evitato e che la responsabilità fosse in buona parte da ricercare in una carenza di disciplina¹⁸⁵. Si comprende questo bisogno di delegittimare gli alienati di guerra se si focalizza la posta in gioco della questione: il rilascio

¹⁸⁰ Cfr. Lord Southborough, *Report of the War Office Committee of Enquiry into 'Shell Shock'*, HMSO London 1922.

¹⁸¹ Cfr. E. Jones- S. Wessely, *Legacy of the 1914–18 war 2. Battle for the mind: World War 1 and the birth of military psychiatry ...cit.*, p. 1710.

¹⁸² *Ibidem*.

¹⁸³ Ivi, p.1711 e P. Leese, *Shell Shock: Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, Palgrave Macmillan, New York 2002.

¹⁸⁴ Cfr. M. Stone, *Shellshock and the psychologists* in W.F. Bynum, R. Porter e M. Shepherd (editors), *The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry*, Tavistock, London 1985, pp. 242-71.

¹⁸⁵ Cfr. E. Jones- S. Wessely, *Legacy of the 1914–18 war 2. Battle for the mind: World War 1 and the birth of military psychiatry...cit.*, p. 1710.

delle pensioni di guerra e più in generale l'onere da parte dello stato di farsi carico del militare invalido. Non sorprende quindi prendere atto che, nel 1939, il «British Medical Journal», alla luce di quanto accaduto nel Primo Conflitto Mondiale, abbia sottolineato «che nessuna pensione di guerra per disturbi psicologici sarebbe stata assegnata durante il conflitto»¹⁸⁶ e che tutti i casi dovevano essere valutati una volta terminata la guerra, con scrupolo e ponderazione. Ciò avvenne dopo che nell'estate dello stesso anno [il 1939] si era proceduto ad una quasi formale prescrizione del sintagma shell-shock che non doveva essere utilizzato per non innescare, dietro il paravento di una categoria ingombrante, fenomeni difficilmente gestibili dalle autorità.

Il problema non si risolse, come mostrano i dati riportati nella tabella comparativa con il numero delle pensioni rilasciate per problemi psichiatrici, sviluppata da Jones e Wessely in *Legacy of the 1914–18 war 2. Battle for the mind: World War 1 and the birth of military psychiatry*¹⁸⁷

pensions	World War 1 pensions	World War 2
Wounds and injuries	£ 504 000 (37,5%)	£ 122 572 (24,4%)
Rheumatism	£ 84 855 (6,3%)	£ 7943 (1,6%)
Heart disease	£ 118 995 (8,9%)	£ 19 814 (4,0%)
Epilepsy	£ 8436 (0,6%)	£ 1766 (0,4%)
Neurological and mental disorders (excluding epilepsy)	£ 84 681 (6,3%)	£ 50 060 (10,0%)
Others	£ 542 161 (40,4%)	£ 299 281 (59,7%)
Data are n (%). Data derived from 28th Report of the Ministry of Pensions for the period to March 31, 1953.46		
A comparison of UK war pensions by diagnosis		

I dati riguardanti le pensioni per “disordini mentali” mostrano che non ci fu una maggiore sensibilità verso il problema e che, anzi, si andò attenuando l'idea di una qualche forma di responsabilità oggettiva della guerra nell'insorgenza del sintomo. Se le autorità politiche avevano tutto l'interesse ad evidenziare l'aspetto biologico e individuale del problema, ai fini di una deresponsabilizzazione dello Stato, contro luce il dato ci indica anche una scarsa sensibilità collettiva dell'opinione pubblica, a cui diversamente la politica si sarebbe in qualche forma adeguata. Quindi, se è vero quanto sostenuto da Jones e Wessely per la realtà inglese, cioè che «prima del 1914, la malattia mentale era generalmente pensata in termini ereditari e degenerogeni, ma nel 1918, molti medici avevano riconosciuto che l'ambiente potrebbe avere un ruolo importante»¹⁸⁸ nello sviluppo del complesso sintomatico, è altrettanto indiscutibile che ciò non determinò un maggiore riconoscimento sociale per gli “alienati di guerra”. Anzi, come indica il dato sulle pensioni, la concessione dei sussidi non mutò sensibilmente e i traumatizzati dalla guerra dovettero attendere

¹⁸⁶ *Ibidem.*

¹⁸⁷ *Ibidem.*

¹⁸⁸ *Ivi*, p. 1712.

ancora parecchio per quell'attestazione sociale¹⁸⁹ che, compiutamente, sarebbe giunta soltanto «con il riconoscimento formale del PTSD dall'American Psychiatric Association nel 1980»¹⁹⁰. Soltanto dopo di allora, ma molto lentamente – come mostrano ancora le diagnosi dai fronti attuali¹⁹¹ –, si è cominciato a riconoscere legittimità ad una costellazione sintomatica che, emersa parallelamente agli studi sui traumi della società industriale di fine Ottocento, interessa istanze sociali, culturali, politiche e congiunturali, legate all'avvento della guerra industriale di massa.

¹⁸⁹ Cfr. E. Jones, , R. Hodgins Vermaas, H. McCartney, B. Everitt,, C. Beech, D. Poynter, I. Palmer, K. Hyams, and S. Wessely, (2002), *Post-combat syndromes from the Boer War to the Gulf: a cluster analysis of their nature and attribution* in «BMJ» 324, 2002, pp. 321-324.

¹⁹⁰ Cfr. E. Jones- S. Wessely, *Legacy of the 1914–18 war 2. Battle for the mind: World War 1 and the birth of military psychiatry...cit.*, p. 1712.

¹⁹¹ Cfr. K.C Hyams, F.S. Wignall, e R. Roswell, *War Syndromes and Their Evaluation: From the U.S. Civil War to the Persian Gulf War* in «Annals of Internal Medicine», 125 (5) (1996), pp. 398-405.

Capitolo II

Politiche di difesa sociale, psichiatria e trattamento della devianza nell'esercito.

*Per quanta diligenza s'impieghi
nell'attuazione delle norme rigorose del reclutamento
[...] entreranno sempre nelle file dell'esercito
varii candidati alle psicopatie e alla delinquenza,
rappresentati soprattutto da individui a fondo mentale debole
e a costituzione antropologica non eccessivamente abnorme
e quindi difficilmente valutabile.*

Gaetano Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*

1. La psichiatria italiana tra istanze disciplinari e illusioni terapeutiche

A guerra quasi ultimata, nel 1918, in un'opera scritta con Giulio Cesare Ferrari, direttore dell'Ospedale Provinciale di Imola, e Giuseppe Antonini, direttore del manicomio di Mombello, Augusto Tamburini, a sua volta direttore dell'Istituto Psichiatrico di Roma e psichiatra tra i più celebri in Italia, così introduce la questione dell'assistenza agli alienati nell'esercito:

«la necessità di un'organizzazione psichiatrica nell'esercito, che sia più conforme ai dettami della moderna psichiatria e della psicologia criminale, è rivelata dall'andamento delle malattie nervose e mentali, segnalato dalle statistiche dei vari Eserciti, nonché dai voti formulati da medici italiani o stranieri, militari e civili, per un miglioramento di questo ramo di servizio medico negli Ospedali militari»¹⁹².

Il passo contiene almeno due indicazioni importanti. La prima riguarda il riferimento alla "psicologia criminale", ritenuta la tassonomia d'elezione per affrontare la questione delle malattie nervose nei militari. La seconda fa riferimento a un necessario ammodernamento dell'organizzazione psichiatrica militare. I due punti si trovano tra di loro in un rapporto di stretta dipendenza e ciò può essere apprezzato una volta tenuto conto che proprio l'affermazione del paradigma della "medicina sociale"¹⁹³, quello che tratta la questione degli alienati militari alla luce della psichiatria criminale e dell'antropologia lombrosiana, è anche una delle ragioni del disinteresse sul piano medico delle autorità militari per il problema e, quindi, del mancato sviluppo dei servizi psichiatrici nell'esercito. Infatti, quest'ultimo, ancora negli anni immediatamente precedenti al Primo Conflitto Mondiale, scontava un ritardo significativo sul piano dell'organizzazione del servizio e questo a differenza della Regia Marina che, fin dalla guerra di Libia, si era mossa attrezzando l'ospedale di La Spezia con apposite sale per il ricovero e l'osservazione del personale alienato.

Le ragioni di tale ritardo sono diverse e interessano, più in generale, il destino delle scienze del comportamento mentale – psichiatria e psicologia – in Italia. Le conseguenze del rapido affermarsi del paradigma criminologico di derivazione lombrosiana avevano infatti contribuito a determinare

¹⁹² Cfr. A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni*, UTET, Torino 1918, p. 656.

¹⁹³ Cfr. P. Consiglio, *La medicina sociale nell'esercito*, estratto dal «Giornale di Medicina Militare», [Maggio 1914], Tipografia Entico Voghera, Roma 1914.

uno sviluppo incerto dell'alienismo militare italiano, più orientato verso il controllo disciplinare dell'anormalità che sulla cura e l'interessamento medico per il destino del folle. Più in generale ciò non significa negare l'effervescenza e la vitalità di psichiatria e psicologia italiane, ma contestualizzarle alla luce di una storia su cui pesa non soltanto la funzione reclusiva svolta dall'istituzione manicomiale, ma anche il valore che la tanto attesa legge Giolitti sull'assistenza degli alienati del 1904 ha avuto nello sviluppo delle politiche cliniche rivolte ai malati di mente. In particolare la fisionomia della psichiatria¹⁹⁴, intesa come scienza della diagnostica e della correzione dell'anormalità mentale¹⁹⁵, e della psicologia¹⁹⁶, da intendersi come scienza «indirizzata all'esatta valutazione dell'indice intellettuale e morale»¹⁹⁷, a inizio Novecento, dipendeva dalla vitalità del positivismo e dal suo innesto in un orizzonte paradigmatico che identificava la follia nei termini di un problema di criminalità. Alla base di questa contaminazione di istanze diverse, e non necessariamente congruenti, ci sono tutte le difficoltà di un sapere – quello psichiatrico¹⁹⁸ – che ambisce al riconoscimento dello statuto di scienza, pur non potendo vantare quelle prerogative di chiarezza e certezza che sanciscono la differenza principale tra la il sapere scientifico e gli altri generi discorsivi. In tale ottica il vertiginoso aumento degli internati in manicomio, il fallimento delle politiche di trattamento della malattia mentale, le difficoltà di presentare soluzioni mediche che non siano semplici espedienti attraverso i quali espellere il problema “follia” dalla comunità, sono tutti elementi che concorrono alle difficoltà della psichiatria e che, per molti versi, la indirizzano verso terapeutiche energiche e sbrigative, le uniche in grado di offrire l'illusione di poter in qualche modo “curare” – e quindi gestire – il problema.

Più in generale, tra Otto e Novecento, la congiuntura psichiatrica affronta un momento di transizione legato alla crisi del modello positivista e alla sua evoluzione verso un orizzonte di tipo biologico e organicista. E le soluzioni di retroguardia adottate nella pratica clinica, quali il disconoscimento dell'elemento psichico a favore di quello biologico, non erano altro che la testimonianza più evidente della difficoltà di abbandonare un paradigma ormai logoro e della difficoltà di acquisirne uno più rispondente al sentire del tempo¹⁹⁹. In questa congiuntura va collocata la citata Legge Giolitti, un provvedimento atteso da tempo, necessario per dare ordine e regolamentare l'afflusso nei manicomi che, in Italia, svolgevano funzioni diverse, tra cui quella particolarmente onerosa e non ufficializzata dell'assistenza pubblica nei confronti della povertà diffusa²⁰⁰, in un momento in cui le trasformazioni sociali ed economiche investivano la comunità provocando un aumento delle disuguaglianze e, conseguentemente, un maggior carico per le strutture assistenziali presenti nei territori²⁰¹. D'altra parte l'ambiguità dell'istituto manicomiale era costitutiva e affondava le sue radici nel processo di definizione attraverso cui, a partire dal

¹⁹⁴ Cfr. F. Stok, *La formazione della psichiatria*, Pensiero scientifico, Roma 1981.

¹⁹⁵ Per la categoria di «anormale» vedi: M. Foucault, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, trad.it. di V. Marchetti e A. Salomoni, Feltrinelli, Milano 2000.

¹⁹⁶ Cfr. S. Marhaba, *Lineamenti della psicologia italiana: 1870-1945*, Firenze 1992.

¹⁹⁷ Cfr. A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni...cit.*, p. 666.

¹⁹⁸ Il discorso che sviluppiamo in queste pagine fa riferimento soprattutto alla psichiatria, anche se, nel periodo esaminato, i confini che la separano dalla psicologia non sono netti e risultano permeabili e spesso sovrapponibili.

¹⁹⁹ Cfr. C. Pogliano, *La Grande guerra e l'orologio della psiche*, in “Belfagor”, n.4, 1986, p. 403.

²⁰⁰ Sulle politiche assistenziali tra Otto e Novecento vedi: G. Procacci, *Welfare-Warfare. Controllo sociale, assistenza e sicurezza 1880-1919*, in AA.VV., *Assistenzialismo e politiche di controllo sociale nell'Italia liberale e fascista*, “Materiali di discussione”, Università degli Studi di Modena, luglio 2001; U. Ascoli, *Il sistema italiano di welfare*, in Id. (a cura di), *Welfare State all'italiana*, Laterza, Roma-Bari 1984; R. Bartocci, *Alle origini del welfare state*, in V. Costeta (a cura di), *Il Welfare italiano. Teorie, modelli e pratiche dei sistemi di solidarietà sociale*, Donzelli, Roma 1995; R. Bartocci, *Le politiche sociali nell'Italia liberale (1861-1919)*, Donzelli, Roma 1999; G. Silei, *Lo Stato sociale in Italia. Storia e documenti, vol. I, Dall'Unità al fascismo (1861-1943)*, Lacaia, Manduria-Bari-Roma 2003; G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, il Mulino, Bologna 1997.

²⁰¹ Cfr. A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzieri, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano 1980.

Settecento, il sapere medico si era posto il problema della follia e del suo trattamento²⁰². Il paradosso è che «l'elaborazione di un modello istituzionale di cura degli alienati, quale il manicomio, da parte della scienza medica, va [...] collocato sullo sfondo di una utopia sociale di umanizzazione dell'uomo mediante il sapere scientifico, che ha ispirato il pensiero illuminato e successivamente quello positivo»²⁰³. Un vasto anelito riformatore che si è dislocato lungo tutto l'Ottocento e che si contraddistingue soprattutto per il concreto fallimento in cui si è declinato l'intento filantropico e umanista che lo caratterizza inizialmente. Alla luce di ciò il "grande internamento" che caratterizza il periodo tra Otto e Novecento, e che suscita così tante proteste da parte delle direzioni mediche del tempo, appare come l'ennesima declinazione di un insuccesso delle politiche di trattamento della follia, cui si è cercato di rimediare attraverso l'istituto manicomiale.

In questo orizzonte di contraddizioni e tensioni divergenti un ruolo non secondario lo ha giocato l'ambiguità con cui il sapere medico e scientifico si è confrontato con la "follia", un oggetto difficile da trattare che ha suscitato storicamente risposte e politiche di trattamento sempre oscillanti tra l'indagine anatomo-patologica del cervello, ritenuto biologicamente disfunzionale, e il tentativo ermeneutico e descrittivo di comprendere il vissuto interiore del folle, ritenuto in qualche misura disciplinabile una volta individuate le condizioni di funzionamento ideativo e le cause. Da una parte indagine sul campo di tipo anatomo-patologica, dall'altra osservazione del malato, dei suoi comportamenti, delle cause disfunzionali che lo determinano. Questi due poli hanno rappresentato durante tutto l'Ottocento, nelle diverse declinazioni ideologiche in cui si sono concretizzati i tentativi di cura, gli estremi di un confronto con il problema della follia che per forza di cose non è stato solo medico e sociale, ma anche politico e teorico.

Nello specifico durante il XIX° secolo è l'ottica anatomo-patologica, che individua nell'organo e nelle sue malformazioni l'origine della sofferenza, a prevalere, segnando così l'orizzonte terapeutico e la riflessione di medici e alienisti. L'idea che la malattia mentale derivi da una lesione d'organo o da un suo mal funzionamento pone una serie di questioni relative alla curabilità della malattia mentale e alla gestione dei folli. Come si può "normalizzare", «vale a dire riportarlo al piano della razionalità e del senso comune»²⁰⁴, questo folle che ontologicamente risulta "diverso"? La risposta che si delinea è quella di predisporre adeguati "contenitori" entro rinchiudere i folli per sottoporli all'azione "terapeutica" del medico ventiquattro ore su ventiquattro. Il progetto è quello sviluppato a partire dalle indicazioni del più celebre dei riformatori psichiatrici, Esquirol, che nel 1838 lo presenta in un'opera destinata a segnare lo sviluppo della storia dell'alienismo: *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*²⁰⁵. Qui vengono definiti almeno due elementi fondamentali: il valore dello spazio manicomiale come perimetro d'esercizio per la correzione e rieducazione del malato di mente e della sua razionalità disfunzionale; il ruolo dell'alienista, a tutti gli effetti responsabile non soltanto della strategia correttiva adottata, ma anche dell'esistenza stessa del folle alle sue cure assegnato. Con il manicomio, inoltre, il malato di mente acquisiva, anche per destinazione, uno statuto del tutto particolare che lo rendeva diverso dagli altri malati; ciò concludeva un ideale percorso, già prefigurato attraverso la precedente dislocazione in stanze e ambienti specifici all'interno degli ospedali comuni o degli ospizi di carità. Il suo isolamento, la separazione dalla comunità di cui, per nascita, fa parte, sanziona così una esclusione raddoppiata che alla condizione di alienazione mentale aggiunge la separazione sociale sancita attraverso provvedimento esecutivo. Da questa svolta la storia della psichiatria diviene inscindibile da quella dei manicomi, delle funzioni per loro previste e da quelle effettivamente

²⁰² Cfr. F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento* in *Storia d'Italia, Annali vol. 7*, Einaudi, Torino 1984, pp. 1056-1140.

²⁰³ Ivi, p. 1059.

²⁰⁴ Ivi, p. 1067.

²⁰⁵ Cfr. J.E.D. Esquirol, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris 1838.

svolte. Istituto, custodia e cura sono così termini che in questo orizzonte paradigmatico si sovrappongono e si rincorrono, senza mai separarsi davvero, tanto da ridurre la terapia della malattia mentale al valore medico delle condizioni cliniche e ambientali del manicomio.

Dalla metà dell'Ottocento questo quadro conosce uno sviluppo ulteriore che afferma ancora più radicalmente una concezione materialistica dell'organismo umano e delle sue funzioni. In ordine a ciò i sintomi che rimandano alle condizioni patologiche devono essere indagati attraverso la lente di saperi in grado di catturare il funzionamento "meccanico" dell'essere umano. La prassi medica si declina sempre più in microfisica anatomica e la clinica, come riconosciuto dal medico Filippo Lussana, tende sempre più a celebrare l'indagine elementare dell'organo disfunzionale, ritenuto sede e origine dell'equilibrio patologico²⁰⁶. Il successo epistemologico di questa micro-semeiotica precede e per molti versi indirizza l'affermazione delle idee positivistiche in ambito medico ma, soprattutto, conferisce alla categoria degli alienisti la convinzione di essere finalmente dei medici specialisti, gli unici in grado di indagare e operare sull'organo malato responsabile della malattia mentale: il cervello²⁰⁷. Una svolta che, almeno apparentemente, poneva al riparo l'alienismo dalle metafisiche trascendentali dell'idealismo e dalla distanza che questa tradizione sanciva rispetto alle scienze naturalistiche. In ballo c'era la credibilità scientifica di una disciplina che, avendo a che fare con un oggetto misterioso, quale la mente, era sempre a rischio di veder compromesso il proprio statuto epistemologico.

Se questa molto sommariamente descritta è l'evoluzione dell'orizzonte psichiatrico, la situazione italiana presenta delle specificità. In particolare l'alienismo italiano, per rafforzare la propria credibilità scientifica, doveva innanzitutto darsi una organizzazione stabile, con delle scuole e, quindi, una possibile tradizione disciplinare attraverso cui affermare il proprio ruolo. Il proposito viene raggiunto grazie all'azione di Andrea Verga che, insieme a Serafino Biffi, fa di Milano il centro di irradiazione sperimentale di una psichiatria con ambizioni accademiche e politiche. Verga, direttore del manicomio milanese della Senavra dal 1843 al 1852 e, di seguito, cattedratico presso l'Ospedale Maggiore di Milano²⁰⁸, grazie a indubbie capacità organizzative riesce nel difficile compito di inserire «i problemi della nascente psichiatria nel contesto del dibattito che si andava animando in quegli anni sullo sviluppo nazionale delle scienze mediche».²⁰⁹ Lo fece soprattutto attraverso la fondazione di una rivista, l'«Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali», che per tutta la fine dell'Ottocento rappresentò lo spazio di sperimentazione e confronto più importante per l'alienismo italiano. Il progetto che teneva in piedi la rivista era qualcosa in più del resoconto degli studi e delle ricerche degli psichiatri italiani, puntava infatti alla costituzione di un movimento scientifico in grado di far sentire la propria voce e dialogare con le istituzioni e con la politica. E in riferimento a ciò la «scuola di Milano», la comunità scientifica guidata dall'azione di Verga e Biffi, perorò in particolare l'istanza di una «legge protettrice degli alienati»²¹⁰, necessaria per regolare la situazione incerta degli anni successivi all'Unità. Il provvedimento, la «Legge Comunale e Provinciale n.2248» del 1865, quando finalmente venne emanato sembrò esaudire le richieste da tempo avanzate dal mondo alienista ma, affidando l'assistenza dei malati di mente alle province, non risolse i dubbi, le incertezze e le ambiguità sul ruolo dei manicomi in ordine al trattamento dei folli e della psichiatria in relazione a questi due elementi. Il problema principale, evidente a Verga, era quello di uno scollamento tra il mondo dell'alienismo e la più ampia comunità scientifica e, in relazione a ciò, la Legge n.2248 rischiava di

²⁰⁶ Cfr. F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento...*cit., pp. 1079-1080.

²⁰⁷ Cfr. V. P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, Il Mulino, Bologna 1982, p. 15.

²⁰⁸ Ivi, p. 30.

²⁰⁹ Cfr. F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento...*cit., p. 1082.

²¹⁰ Cfr. A. Verga, *Editoriale* in «Archivio italiano per le malattie nervose e più particolarmente per le alienazioni mentali» 1864.

essere un peggioramento della situazione che andava nella direzione di legare sempre più l'azione dello psichiatra alla sfera manicomiale, di fatto sancendo un'esclusione sociale parallela a quella degli alienati. Era necessaria un'azione politica di ampio respiro, in grado di evitare proprio che le politiche di trattamento della follia e il ruolo di alienisti e manicomi venissero esclusi dai dibattiti più ampi sulla medicina, sulla sua funzione, sui problemi e le opzioni che le prospettive idealiste e positiviste ponevano in relazione alla cura e alla diagnostica. Così nel 1873 il gruppo che si ritrova intorno all'«Archivio italiano per le malattie nervose», durante l'XI Congresso degli Scienziati Italiani, riesce a porre sul tavolo delle discussioni una petizione da sottoporre al Governo incentrata su quattro argomenti²¹¹: una legge che tuteli gli alienati in forme più chiare ed evidenti rispetto a quelle del provvedimento n. 2248; un piano per una tassonomia uniforme delle diverse forme morbose mentali; una statistica generale degli alienati del Regno; una società in grado di portare avanti le istanze della psichiatria italiana in maniera organica. Quest'ultimo punto portò alla costituzione della «Società Freniatria italiana» che nell'anno successivo, il 1873, tenne il suo primo congresso a Imola, riunendo 88 membri.

Se con la costituzione della «Società» il progetto del Verga e della sua scuola sembrava aver raggiunto un punto decisivo, ciò non modificava nel medio periodo lo statuto incerto della psichiatria italiana, schiacciata tra incertezze epistemologiche, sudditanze accademiche e debolezze politiche. In questa situazione emerse con sempre maggiore spinta un'altra "scuola", per molti versi alternativa a quella Milanese, anche se più per ragioni di opportunità e di posizionamento politico che per reali divergenze teoretiche: la scuola Reggiana. Questa, che aveva il proprio centro di riferimento nel manicomio di S.Lazzaro, si giovava della spinta di giovani alienisti come Enrico Morselli e Augusto Tamburini, desiderosi di riaffermare la centralità empirica dell'analisi anatomo-patologica della malattia mentale e di "svecchiare" così la psichiatria italiana, liberandola da quelle che venivano percepite come tante inutili e asfittiche questioni di provincia. Politica da una parte, clinica e teoria dall'altra, così viene rappresentato il conflitto che in realtà, dietro queste rappresentazioni manichee, cela tutta l'effervescenza di un movimento – quello psichiatrico – frantumato per alcuni versi sul piano cronologico dei suoi maggiori esponenti ma, soprattutto, diviso sugli orizzonti e le prospettive attraverso cui modulare il proprio ruolo nella geografia più ampia dei movimenti e delle correnti internazionali. Così, nel 1875, la «scuola Reggiana» fondava una propria rivista, la «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale», che negli intenti doveva sviluppare tanto l'aspetto sperimentale dell'indagine nervosa e psichica, quanto quello anatomico dello studio empirico-patologico del cervello. Aspetto antropologico e indagine clinica si fondevano in questo precario e incerto tentativo di mantenere istanze diverse, che afferivano tanto alla rivoluzione fisiopatologica tedesca di Griesinger, quanto alle sollecitazioni provenienti da Oltralpe. In fondo a tutto ciò c'era il fermo intendimento di mantenere l'alienismo italiano fuori dai provincialismi e di collegarlo alle istanze più moderne provenienti dal contesto internazionale.

Tra gli intenti della «scuola Reggiana» c'era quello di indagare le diverse "frenopatie" che colpivano il folle nei termini di «malattie dell'organo cerebrale»²¹²; non sorprende dunque l'incontro con la figura di Cesare Lombroso²¹³, medico veronese da diversi anni impegnato a sviluppare studi di confine e ibridazioni teoriche sul crinale tra antropologia, psichiatria e clinica. Anche se, nonostante l'interesse mostrato da diversi esponenti, in particolare da Enrico Morselli, gli studi di

²¹¹ Cfr. V. P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento...* cit., pp. 29-30.

²¹² Cfr. F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento...* cit., p.1088.

²¹³ Sulla figura di Cesare Lombroso: (Verona, 1835 - Torino, 1909) vedi almeno: D. Frigessi, *Cesare Lombroso*, Einaudi, Torino 2003; F. Giacanelli, *Il medico, l'alienista*, in a cura di F. Giacanelli, L. Mangoni e D. Frigessi, *C. Lombroso, Delitto, genio, follia. Scritti scelti*, Bollati Boringhieri, Torino 1995; R. Villa, *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, Franco Angeli, Milano 1985.

Lombroso vennero sempre guardati con quel misto di attrazione e sospetto che ne pregiudicarono una completa e organica adesione di scuola.

2. Individuare ed espellere il soldato anormale.

Sulla considerazione generale dell'opera lombrosiana, da parte dell'alienismo italiano, pesava un metodo d'indagine che faceva dell'assenza di sistematicità e della giustapposizione empirica, ritenuta a torto dallo studioso veronese auto-evidente, il punto di forza per ardite sperimentazioni cliniche e teoriche, ma anche il più evidente fattore di debolezza in riferimento alla ricezione e fruizione di un pensiero disorganico e per molti versi «lacunoso e non scevro di esagerazione»²¹⁴. Nonostante tali elementi gli studi di Lombroso influenzeranno il volto della psichiatria a cavallo tra Otto e Novecento e avranno in particolare profonde ricadute sulle politiche cliniche e di trattamento adottate dalla psichiatria militare che, ramo secondario e poco praticato di una scienza incerta e dai confini epistemologici non chiari, troverà nell'ibridazione con l'antropologia criminale un momento fondamentale del proprio percorso. Ma attraverso quale via Lombroso sviluppa il connubio criminalità-follia? Quale paradigma interpretativo ne coagula le istanze? Come tutto ciò poteva risolvere il problema di individuare quei soldati che, apparentemente normali, una volta entrati in caserma e sottoposti alla ordinata disciplina militare evidenziavano le «aberrazioni del sentimento morale»²¹⁵?

Tali questioni, complici alcuni tragici episodi di caserma, cominciano ad affacciarsi nel dibattito pubblico, soprattutto di quello militare, intorno agli anni ottanta del XIX secolo. D'altra parte, come registrato da Tamburini, Ferrari e Antonini, proprio il fenomeno dei disordini mentali latenti e quello delle riforme per anomalie della personalità, psicosi e neurosi, conoscono tra il 1876 e il 1904 un progressivo e inesorabile aumento; più nello specifico si passa dallo 0,54 per mille del 1876 al 5,07 del 1904²¹⁶. La situazione è simile in Francia²¹⁷ e in Germania²¹⁸ e ciò sembra attestare tanto la dimensione patogena della vita in caserma, quanto le difficoltà legate alle trasformazioni degli eserciti in seguito all'avvento della "società di massa". Tutto ciò, che secondo Tamburini si spiegava alla luce delle «maggiori esigenze del servizio militare»²¹⁹, poneva una serie di problemi organizzativi per l'esercito, il primo dei quali era costituito dal necessario miglioramento dei filtri durante le visite di leva, fondamentali per scongiurare l'ingresso di pazzi e di delinquenti palesi o latenti. Per evitare il ripetersi delle stragi in caserma era infatti necessario individuare quei soggetti, "apparentemente normali", e per questo più difficili da identificare durante le visite di leva, che una volta chiamati alle armi crollavano portando alla luce la follia latente. Eppure l'individuazione dei soggetti anormali, soprattutto «se [...] passati per la trafila dell'osservazione»²²⁰ durante la visita di leva, non è semplice «perché il rilievo di certe anomalie della mente e delle minime aberrazioni morali, si sottrae sovente ad ogni indagine, né si può effettuare sempre con i reattivi mentali e morali che si possono avere a disposizione»²²¹. D'altra parte, come sostengono Tamburini, Antonini e Ferrari, riprendendo testualmente le affermazioni di Gaetano Funaioli:

²¹⁴ Cfr. F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento...*cit., p. 1088.

²¹⁵ Cfr. A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni...*cit., p. 656.

²¹⁶ Cfr. P. Consiglio, *La medicina sociale nell'esercito*, estratto dal "Giornale di Medicina Militare", [Maggio 1914], Tipografia Entico Voghera, Roma 1914, p. 12; A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni...*cit., p. 657.

²¹⁷ Cfr. A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni...*cit., p. 658.

²¹⁸ Ivi, p. 659.

²¹⁹ Ivi, p. 660.

²²⁰ Ivi, p. 661.

²²¹ *Ibidem*.

«Per quanta diligenza si impieghi nell'attuazione delle norme rigorose del reclutamento, col coscienzioso esame dell'iscritto di leva, entreranno sempre nelle file dell'Esercito candidati alle psicopatie e alla delinquenza, rappresentati soprattutto da individui a fondo mentale debole e a costituzione antropologica non eccessivamente abnorme e quindi difficilmente valutabile. [...] gli stati congeniti di debolezza mentale, che sono il fondamento delle psicosi ed anche i processi demenziali giovani sono, tra i soldati, le forme nosografiche più frequenti realmente constatate»²²².

Nonostante la messa a fuoco del problema, la «consapevolezza dell'esistenza di una specifica delinquenza militare»²²³, ancora allo scoppio del conflitto l'esercito non presenta risorse, mezzi e competenze adeguate alla natura della questione, che fino ad allora risulta sottovalutata e, comunque, gestita nei termini di semplice criminalità sociale. Non molti anche gli alienisti militari che si erano interessati del fenomeno della pazzia nei militari. Tra questi spicca la figura di Placido Consiglio²²⁴, capitano medico presso l'Ospedale Militare di Roma, assistente onorario della «Clinica delle Malattie Nervose» dell'Università di Roma²²⁵, nonché tra i maggiori esponenti della psichiatria militare in Italia nel periodo che precede la Grande Guerra. Convinto sostenitore di una necessaria azione eugenica volta a sgombrare l'esercito dai tanti potenziali criminali, dagli alcolisti, dagli alienati e dai simulatori, Consiglio ritiene utile affrontare la questione con decisione, avendo come obiettivo non tanto l'aspetto terapeutico, quanto quello della «difesa sociale». La follia è per lui una forma di delinquenza potenziale che pretende di essere individuata e controllata, meglio se preventivamente. In tale ottica è necessario porre particolare attenzione al processo di selezione della leva, che assume il valore di vero e proprio filtro eugenico «di profondo rinnovamento sociale, non esauribile da una sola generazione, che porterà infine a una razionale selezione progressiva della razza [...]»²²⁶. Per questa prospettiva era dunque fondamentale individuare la strategia più efficace per decifrare i «segni della devianza» negli «individui sottoposti all'osservazione»²²⁷. Era altresì necessaria una preliminare opera di catalogazione delle caratteristiche che individuavano la condizione anormale, una sorta di grammatica della devianza costituita a partire dall'attento studio dei diversi casi nel loro decorso clinico. Il carcere e il manicomio assumevano così il ruolo centrale di spazi d'osservazione in cui far interagire analisi empirica, diagnostica clinica e costruzione scientifica della figura del «soldato delinquente».

Eppure, nonostante l'importanza che per questo discorso rivestiva il prisma d'osservazione asilare, in Italia, ancora allo scoppio della guerra mondiale, pochi erano gli studi specifici basati sui casi presenti nei singoli frenocomi. Tra questi quello realizzato da «un medico del manicomio criminale di Aversa, Filippo Saporito, allievo di Gaspare Virgilio. Utilizzando i fascicoli giudiziari di 85 soldati, egli riuscì a distinguere la costituzione mentale primitiva, al momento dell'arruolamento, dai fenomeni psicopatici sviluppati sotto le armi»²²⁸. Nel suo studio, pubblicato nel 1903, Saporito

²²² Ivi, pp. 661-662.

²²³ S. Montaldo, *L'antropologia criminale e l'esercito italiano (1884-1920)*, in (cura di G. P. Brizzi), E. Signori *Minerva armata. Le università e la Grande guerra*, Bologna, Clueb, 2017, p. 183.

²²⁴ Tra le opere di Consiglio vedi: *Saggi di psicosociologia e di scienza criminale nei militari*, Tip. E. Voghera, Roma 1907; *Le anomalie antropologiche secondo le statistiche mediche militari*, Società Editrice Librai, Milano 1910; *La medicina militare in rapporto alla ferma biennale*, Tip. E. Voghera, Roma 1910; *L'alcolismo nell'esercito*, Tip. E. Voghera, Roma 1911; *Cesare Lombroso e la medicina militare*, Tip. Unione Ed., Roma 1911; *Le forme di pazzia nei militari*, Tip. E. Voghera, Roma 1911; *Osservazioni sopra 243 casi di pazzia nei militari, con considerazioni medico-legali*, Tip. E. Voghera, Roma 1912; *La recidiva militare e la delinquenza dei minorenni*, Tip. E. Voghera, Roma 1912; *Studi di psichiatria militare*, Società anonima cooperativa fra lavoratori tipografi, Reggio Emilia 1912.

²²⁵ Cfr. F. Paoletta, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, in M. Carrattieri e A. Ferraboschi (a cura di), *Piccola patria, grande guerra. La Prima guerra mondiale a Reggio Emilia*, Clueb, Bologna 2008, pp. 187-204; A. Scartabellati, *Un Wanderer dell'anormalità? Un invito allo studio di Placido Consiglio (1877-1959)*, in RSF, n. 3, pp. 89-98.

²²⁶ Cfr. P. Consiglio, *La recidiva militare...cit.*, p. 46.

²²⁷ Cfr. A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni...cit.*, p. 661.

²²⁸ S. Montaldo, *L'antropologia criminale e l'esercito italiano (1884-1920)...cit.*, p. 189.

afferitava inoltre che i soggetti osservati erano, nella maggior parte dei casi, inclini al disagio mentale ancora prima di fare l'ingresso in caserma²²⁹. Su questa condizione di partenza il servizio militare influiva, facendo emergere la condizione psicopatologica più o meno latente. Sulla base di queste osservazioni Saporito elaborava la categoria diagnostica dell'«epilessia propria dei militari»²³⁰, una condizione «caratterizzata da una restrizione del campo della coscienza e da un monospasmo psichico, tendente a risolversi in atti automatici, che colpiva, sotto l'influenza di fattori legati all'armata, persone predisposte alle psicopatie»²³¹. Secondo la lettura di Saporito l'esercito e la vita in caserma, insomma, aggravavano le costellazioni patologiche preesistenti e per questo auspicava la diffusione presso le autorità mediche militari di un'adeguata preparazione psichiatrica. Nonostante il suo ottimismo²³², però, nell'immediato c'era ancora molto da fare e di un adeguato servizio psichiatrico militare non c'era traccia.

La ricostruzione di Saporito era basata sui dati desunti dal manicomio criminale di Aversa. Ma non tutti i soldati alienati venivano internati negli istituti di questo tipo, infatti la presenza degli stessi in Italia era molto limitata e diverse erano le province che ne risultavano sprovviste²³³. Così una quota rilevante di soldati affetti da disagio mentale, anche se responsabili di atti criminali, venivano internati nei manicomi civili. Ciò rendeva l'osservazione e lo studio dei casi, se possibile, ancora più complicata, soprattutto perché i rapporti e la collaborazione tra le autorità militari e le diverse direzioni sanitarie dei manicomi erano sovente problematiche e rallentati dalla mediazione delle autorità provinciali, da cui i manicomi dipendevano.

Tra i non molti studi di caso a disposizione degli analisti c'era quello del libero docente in psichiatria e medico alienista presso il Regio Spedale Bonifazio per i mentecatti Pietro Grilli che, nel 1883, pubblicava un saggio dal titolo *La pazzia nei militari*²³⁴. Lo studio seguiva un precedente contributo del 1870, *La pazzia né militari. Note statistiche intorno ai casi occorsi in un ventennio nel manicomio fiorentino*²³⁵, in cui l'alienista aveva raccolto «tutte le storie mediche dei militari stati reclusi nel manicomio di Firenze durante il ventennio fra il 1849 ed il 1869, notando le più particolarità di ciascuna»²³⁶. Consapevole di quanto simile lavoro di analisi e raccolta dati all'epoca potesse risultare bizzarro, così giustificava il proprio lavoro:

«Pure, quantunque profano, spero di trovare venia se mi permetto di invadere un campo che non è precisamente il mio, calcolando che ai medici militari, per quanto peritissimi possano essere nella Psichiatria, manca l'occasione di studiare gli alienati; e ciò perché in Italia, come presso tutte le nazioni civili, allorché un soldato incomincia a presentare fenomeni di alienazione mentale, non si trattiene negli ospedali militari, ma si invia al manicomio, che serve ai bisogni della provincia ove egli si trova»²³⁷.

Ciò che Pietro Grilli sottolinea problematicamente è che i soldati alienati, una volta evidenziati «fenomeni di alienazione mentale», vengono internati in manicomio e, per tale ragione, non sono i

²²⁹ Cfr. F. Saporito, *Sulla delinquenza e sulla pazzia dei militari*, Stabilimento Tipografico R. Pesole, Napoli 1903, p. 52.

²³⁰ Ivi, p. 60.

²³¹ Cfr. S. Montaldo, *L'antropologia criminale e l'esercito italiano (1884-1920)*...cit., p.190.

²³² Cfr. F. Saporito, *Sulla delinquenza e sulla pazzia dei militari*, Stabilimento Tipografico R. Pesole, Napoli 1903, p. 154.

²³³ Sulle discussioni relative alla nascita dei manicomi criminali in Italia vedi: G. Virgilio, *Sulla istituzione dei manicomi criminali in Italia*, in «Archivio italiano per le malattie nervose», a. XIV, nn. 5-6, 1877; A. Tamburini, *I manicomi criminali: studio bibliografico*, in «Rivista di discipline carcerarie», 1873; A. Tamburini, *Dei manicomi criminali e di una lacuna nell'odierna legislazione*, in «Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale», a. II, nn. 3-4, 1876;

²³⁴ Cfr. P. Grilli, *La pazzia nei militari*, Voghera Carlo, Tipografia di S.M., Roma 1883.

²³⁵ Cfr. P. Grilli, *La pazzia né militari. Note statistiche intorno ai casi occorsi in un ventennio nel manicomio fiorentino*, Tipografia Fodratti, Firenze SD [Estratto dal Giornale di Medicina Militare, n.9, 1870]

²³⁶ Ivi, p. 3.

²³⁷ Ivi, p. 4.

medici militari a diagnosticare loro il tipo di patologia sofferta, né sono loro a seguire il decorso della malattia. Questa situazione rende difficoltosi tanto l'osservazione dei singoli casi, quanto la messa a punto di ermeneutiche basate sul dato clinico. Anche alla luce di ciò individuare i soldati che, dietro un aspetto e un contegno ordinario, celano il "germe della follia" è ancora più difficoltoso. Come nel più celebre dei casi che scuotono l'epoca, quello che vede protagonista il soldato Salvatore Misdea.

3. Il soldato delinquente: Salvatore Misdea

Salvatore Misdea è un soldato calabrese ventiduenne che il 13 marzo del 1884, giorno di Pasqua, nella caserma di Pizzofalcone, a Napoli, esplose ben 52 colpi di fucile, uccidendo e ferendo diversi commilitoni. Al processo che con solerzia viene messo in piedi Lombroso, insieme a Leonardo Bianchi, celebre alienista dell'epoca, svolge la funzione di perito medico-legale. Le esigenze biopolitiche delle istituzioni militari pretendono una risoluzione veloce del caso e una sentenza esemplare, che serva da monito per tutti i soldati. Il caso assume ben presto un valore paradigmatico, poiché nella situazione interagiscono alcuni degli elementi più problematici della realtà italiana post-unitaria. Innanzitutto il movente della reazione di Misdea è legato agli scherni rivolti da soldati di origine lombarda alla Calabria, la sua terra d'origine. Vi è poi implicato il clima di tensione, le logiche di gruppo e i processi di esclusione che una realtà chiusa come la caserma sollecita e fa emergere. Inoltre nel caso emergono in maniera drammatica i nodi irrisolti legati al reclutamento, alla difficoltà di individuare quelli che Tamburini definisce i «candidati alle psicopatie e alla delinquenza» occultati, i degenerati nascosti tra le fila dell'Esercito. Tutto ciò in una congiuntura in cui si registrava un sensibile aumento delle malattie mentali tra i militari, come riscontrato da Gaetano Funaioli – allora capitano medico e assistente della Clinica psichiatrica di Roma – nella sua disamina sull'«Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito»²³⁸. A questa situazione, lentamente, l'esercito risponde inasprendo le politiche di selezione dei candidati alla leva e quelle pedagogiche all'interno della caserma, per cercare di rendere quanto più omogenea possibile la comunità militare.

In quest'ottica bisogna rivedere e contestualizzare l'opinione di quegli studiosi, come Maiocchi, che sostengono che il rifiuto dell'eugenica italiana delle soluzioni più radicali, quali quelle proposte dall'eugenica positiva, sia da collegare all'inconciliabilità «con la tradizione, la sensibilità, la cultura latina e cattolica»²³⁹. Infatti, se è vero che l'eugenica positiva è in palese contraddizione con la cultura cattolica del paese, le ragioni dell'affermarsi dell'eugenica negativa vanno ricercate anche in altro, in particolare nella capacità di offrire strategie e soluzioni più funzionali in ordine ai problemi che la congiuntura presenta. La gestione della comunità militare di massa è uno di questi. Rigenerare la collettività per sottrazione, attraverso politiche di esclusione preventiva, rientra infatti in una strategia di politica sociale di più ampio raggio, rispetto alle misure necessariamente mirate dell'eugenica positiva. Liberare e purificare la comunità militare dall'elemento deviante assume così un valore laboratoriale in ordine a misure di bio-profilassi più generali, che la società italiana, lentamente, va introiettando. Infatti, se il recente processo unitario poneva l'Italia in coda rispetto alle nazioni che potevano vantare una coesione comunitaria più antica, dovuta a processi di consolidamento identitario più omogenei e remoti, proprio la recente unificazione poteva servire come punto di avvio per la formazione di un aggregato razziale omogeneo, basato su biopolitiche che puntavano al "cuore stesso degli individui". Tutti questi elementi devono dunque essere

²³⁸ Cfr. G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito* in RSF, 1911, p. 339-342

²³⁹ Cfr. R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, La Nuova Italia, Firenze 1999, pp. 9-10.

contestualizzati alla luce del processo più generale attraverso cui le autorità politiche cercano di “fare gli italiani”²⁴⁰.

Proprio in relazione a queste istanze che animano la società e le istituzioni militari negli anni successivi all’Unità, processi come quello intentato a Salvatore Misdea non rappresentano soltanto avvenimenti di cronaca²⁴¹, ma devono essere letti come fenomeni paradigmatici in grado di orientare e rafforzare una concezione disciplinare del rapporto tra lo Stato, l’esercito e la cittadinanza. Ciò ha indubbiamente segnato il volto psico-profilattico della medicina sociale e, in particolare, l’opera di medicalizzazione compiuta dalla psichiatria militare che, non bisogna dimenticarlo, almeno fino alla Grande Guerra è un sottoinsieme dell’ambito medico-militare con compiti specifici e ridotti, limitati perlopiù all’esame delle truppe potenziale durante la visita di leva e alla valutazione dei sintomi lamentati dai soldati durante la ferma obbligatoria. Proprio i medici militari, incapaci di scorgere i “segni della devianza” in Salvatore Misdea, sono tra i maggiori responsabili dell’accaduto secondo l’opinione pubblica. Tracce, segni e indizi sfuggiti all’esame dei selettori, dopo il delitto, ai più sembrano evidenti, anche alla luce del comportamento e dalle dichiarazioni rese dal soldato durante il processo: «“Mi chiamo Misdea Salvatore, detenuto per aver esploso diversi colpi di fucile... essendo ubbriaco [...] Con mio padre e mia madre ci rivedremo all’inferno; ma quanto a mio fratello Michele, se non sarò fucilato, lo voglio ammazzare”²⁴².

Tutti questi fattori interagiscono e si condizionano reciprocamente segnando l’orizzonte sociale della medicina militare che trova in Lombroso – e nelle sue teorie – il punto di riferimento attraverso cui definire teoricamente e clinicamente, oltre che giuridicamente, il problema del “soldato alienato”. Il medico veronese, proprio nella sua figura di perito psichiatrico nominato dalla difesa, affrontò il processo a Salvatore Misdea nella convinzione che i dati messi a disposizione²⁴³, le analisi effettuate e le spiegazioni esposte, potessero «convincerne l’unanimità sull’errore, in cui incorsero, sul fatto di Misdea, organi della stampa autorevolissimi, i quali credettero, al pari delle infime plebi, che il compito della nuova scuola fosse quello di tutelare i birbanti, mascherandoli da pazzi, ed esponendo la società, indifesa, ai loro colpi»²⁴⁴. La scuola cui fa riferimento Lombroso è quella “penale nuova” e ciò di cui bisogna convincersi è che, contrariamente a quanto preteso dall’opinione pubblica, il soldato alienato e delinquente non è imputabile per quell’assenza di libero arbitrio che lo contraddistingue. Tesi scomoda, che suscita resistenze nella società, ma che inaugura in maniera irreversibile, anche nelle aule di tribunali, l’antropologia criminale come ermeneutica per la decifrazione e la comprensione dei “segni della devianza”. Misdea, alla fine del processo viene condannato, ma ciò non spinge Lombroso a rigettare le ipotesi fino ad allora sviluppate, anzi egli si lamenta a più riprese della scarsa lungimiranza dei giudici che, a suo, dire con la condanna hanno privato la scienza di un soggetto così interessante. Un “oggetto” da studiare per decifrare la condizione clinica-criminale che contraddistingue Misdea: l’epilessia²⁴⁵. Una categoria fondamentale, questa, nell’architettura lombrosiana, che sviluppa e per molti versi, definisce la teoria che ha nell’atavismo e nella follia morale due elementi fondamentali:

²⁴⁰ Cfr. P. Del Negro, N. Labanca, A. Staderini, *Militarizzazione e nazionalizzazione nella storia d’Italia*, Unicopli, Milano 2005.

²⁴¹ Per valutare l’interesse suscitato dal caso basta considerare la pubblicazione, a puntate, sul quotidiano «La Riforma», del saggio romanzato «Il romanzo di Misdea». Il testo è stato recentemente riedito: E. Scarfoglio, *Il romanzo di Misdea*, Polistampa, Firenze 2003. Sul romanzo giudiziario in Italia e sull’importanza in ordine alla costituzione di un immaginario comune vedi: S. Adamo, *Mondo giudiziario e riscrittura narrativa in Italia dopo l’Unità*, in «Problemi», 113 (1999), pp. 70-98; S. Adamo, *Farina e il romanzo giudiziario: Il segreto del nevaio*, in *Salvatore Farina: la figura e il ruolo a 150 anni dalla nascita*, Atti del convegno, Sassari - Sorso 5/8 dicembre 1996, Ed. Dino Manca, Sassari, Edes, 2001; S. Adamo, *La giustizia del dimenticato: sulla linea giudiziaria nella letteratura italiana del Novecento*, in *Postmodern impegno*, Eds. Pierpaolo Antonello-Florian Mussgnug, Oxford, Peter Lang, 2009; R. Ceserani, *Il gioco delle parti*, in *Il processo di Frine*, Palermo, Sellerio, 1995.

²⁴² Cfr. C. Lombroso, *L’uomo delinquente...* cit., vol. II, pp. 56, 61, 62, [4 ed. 1889]

²⁴³ Lombroso sviluppò il proprio punto di vista in un opuscolo: C. Lombroso - L. Bianchi, *Misdea e la nuova scuola penale*, Torino 1884.

²⁴⁴ Ivi, pp. 6-9.

²⁴⁵ Cfr. R. Villa, *Il deviante e i suoi segni...* cit., pp. 180-184.

«codesti epilettici (larvati) sono anzi molto più pericolosi dei pazzi morali, coi quali intanto hanno una estrema analogia, seppure, come noi opiniamo da qualche tempo, *epilessia e pazzia morale* non sono collegate intimamente sotto il punto di vista della patogenesi, potendosi ambedue considerare come anomalie costituzionali di sviluppo della personalità: del ché è anche argomento irrefutabile quel facile associarsi e succedersi dell'una e dell'altra»²⁴⁶.

L'epilessia di Misdea, secondo Lombroso, spiega l'«amnesia successiva al delitto»²⁴⁷, ma anche l'efferatezza della strage, «sintomo clinico e causa dell'atto criminale»²⁴⁸, che proprio per questo delinea «uno stato patologico che si univa all'atavistico nel formare il tipo del delinquente»²⁴⁹.

«Gli zigomi, vari di grandezza, sono distanti l'uno dall'altro come nei Giapponesi. Chi vede un Giapponese vede Misdea (si ride). La nota dei due incisivi segna anche una degenerazione. La follia morale è un fatto atavistico, che su su va fino ai selvaggi, all'uomo primitivo, agli orsi. [...]. Nelle razze inferiori, nei Cafri, nei Mongoli, si trova una buona distanza fra gli incisivi e i canini. Quello che in Misdea è sembrato un sorriso, non è che la naturale sporgenza dei denti. Per trovare consimili difetti bisogna retrocedere fino ai conigli. [...] Rispondo dunque ai quesiti proposti: lo stato mentale del Misdea è quello del delinquente nato, dell'imbecille morale»²⁵⁰.

Il volto, il cranio, le asimmetrie, la dentatura imperfetta, la mancanza di pentimento dopo il delitto, sono tutti elementi che concorrono a definire Misdea come un epilettico. In quest'ottica l'utilizzo della definizione diagnostica per spiegare lo scoppio improvviso del militare rappresenta un momento di svolta nella storia della comprensione del fenomeno. Infatti, sostenendo che in Misdea «i sintomi della pazzia morale sono esagerati dall'epilessia»²⁵¹, Lombroso non soltanto pone le basi per l'affermazione di un canone interpretativo, ma afferma implicitamente il valore dell'antropologia criminale nello scoprire quelli che, sulla scorta di Henry Maudsley, sono considerati i «malati più pericolosi pei guardiani e pei medici alienisti»²⁵². Inoltre, una volta stabilita questa costellazione patologica nei termini di un quadro diagnostico che coincide con la personalità stessa dell'individuo che ne è portatore, si pongono le basi per una sovrapposizione sempre più estesa tra l'antropologia criminale e la medicina sociale e dunque per la designazione del soldato alienato²⁵³. Coglie bene queste dinamiche Renzo Villa quando sostiene che

«la costruzione di tipologie mediche è indubbiamente uno dei caratteri della medicalizzazione della devianza: la presenza di dati caratteristici riferiti ad una tipologia in un soggetto particolare, conduce il medico ad un processo inferenziale per cui il comportamento è dedotto dall'appartenenza ad una tipologia appunto specifica»²⁵⁴.

²⁴⁶ Cfr. E. Morselli-C. Lombroso, *"Epilessia larvata-pazzia morale"*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale», 1885, 1, p. 42.

²⁴⁷ Cfr. R. Villa, *Il deviante e i suoi segni...cit.*, p. 181.

²⁴⁸ *Ibidem*.

²⁴⁹ Cfr. C. Lombroso, *Identità dell'epilessia colla pazzia morale e delinquenza congenita*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale», 1885, 1, p. 27.

²⁵⁰ Cfr. G. Patarini, Patarini, *"Il processo Misdea", Modelli, giudizi e pregiudizi*, p. 29, [http://w3.uniroma1.it/dsmc/old/ricerca/materiali_fine_secolo].

²⁵¹ Cfr. C. Lombroso, L. Bianchi, *Misdea e la nuova scuola penale*, cit., p. 47.

²⁵² Cfr. H. Maudsley, *La responsabilità nelle malattie mentali*, Dumolard, Milano 1875, p. 177.

²⁵³ Precisiamo che almeno fino alla Grande Guerra, nelle interpretazioni mediche segnate dall'ottica antropologico-criminale, la follia viene considerata una forma di crimine, potenziale o in atto, a seconda delle sue espressioni.

²⁵⁴ Cfr. R. Villa, *Il deviante e i suoi segni...cit.*, p. 183.

Attraverso la fissazione di una natura patologica dell'anormale e per mezzo di una riflessione più ampia che vede gli studi medici, psichiatrici, antropologici e le indagini di tipo statistico, fare l'ingresso in processi come quello a Salvatore Misdea si compie un ulteriore passaggio nel percorso che afferma la centralità della «questione dell'eredità da un punto di vista nazionale»²⁵⁵. L'avvenire della nazione si configura così in maniera sempre più netto come l'esito destinale di un processo di purificazione che ha nella costituzione del soldato virile e pronto al sacrificio, l'archetipo di un modello che riguarda l'avvenire dell'italiano stesso. Insomma attraverso nozioni quali «atavismo» ed «epilettoidismo» Lombroso psichiatizza la devianza criminale – come sostenuto da Renzo Villa²⁵⁶ – ma contribuisce anche a sancire la funzione disciplinare della psichiatria, in particolare di quella militare, all'interno del dominio più ampio della medicina sociale. Anche grazie alla semplicità, almeno ad un certo livello, di nozioni che ben si prestano ad essere comprese ed utilizzate per spiegare agevolmente questioni decisive per l'epoca come la criminogenesi, Lombroso riesce a diventare «scienziato e scrittore più noto fra i dilettanti ed il pubblico, che fra i colleghi e gli altri scienziati. Come nessun medico accetta di fare una diagnosi clinica di mattoidismo ed epilettoidismo, così il giornalismo se ne appropria e le diffonde. Anche così nasce il caso Lombroso»²⁵⁷. Il caso di uno studioso tanto celebre sulla stampa e presso l'opinione pubblica, quanto screditato sempre più presso il consesso scientifico. Come dimostrano le decise critiche mossegli dagli antropologi francesi durante il II° Congresso di Antropologia Criminale, svoltosi a Parigi nel 1889²⁵⁸. Qui non soltanto veniva messa radicalmente in discussione la teoria del «delinquente nato», ma si evidenziava la forzatura dell'accostamento tra la pazzia morale e l'epilessia. Nonostante ciò da allora l'interesse delle teorie lombrosiane per le applicazioni militari non viene meno e segna la storia della psichiatria militare italiana a cavallo tra Otto e Novecento, con sviluppi che attraversano la Grande Guerra e si innestano nel fascismo.

4. Follia, criminalità nell'esercito e difesa sociale tra Otto e Novecento.

Prima della Grande Guerra, quando la diffusione dello «shell shock» raggiunge dimensioni tali da rendere inaggrabile il dibattito sulle cause del disagio mentale nei militari, la questione viene concettualizzata, quasi esclusivamente, all'interno di un ordine discorsivo che fa riferimento al controllo della «devianza». L'aspetto terapeutico del fenomeno è subordinato a quello delle politiche di individuazione e di controllo della follia, senza che si possano apprezzare significative differenze interpretative tra la condizione del disagio mentale e la criminalità. I casi citati di Salvatore Misdea e di Pietro Radice sollecitano, con urgenza, nelle autorità militari il problema di garantire la sicurezza all'interno delle caserme. Come detto, soprattutto a seguito del «caso Misdea» ottiene sempre più credito la categoria di «epilessia», utilizzata da Lombroso per spiegare lo scoppio improvviso e violento del militare²⁵⁹. Follia morale ed epilessia si saldano così in una chiave di lettura posta all'incrocio fra discorso psichiatrico e teorie come l'atavismo e la degenerazione di derivazione antropologico criminale. Il risultato è da una parte la psichiatizzazione sempre più marcata della criminalità²⁶⁰, dall'altra l'affermazione della necessità

²⁵⁵ Cfr. G. C. Ferrari, *L'eugenica*, in «Rivista di psicologia», 8, 1912, p. 437.

²⁵⁶ Cfr. R. Villa, *Il deviante e i suoi segni...*cit., p. 182.

²⁵⁷ Ivi, p. 184.

²⁵⁸ Cfr. D. Frigessi, *Cesare Lombroso...* cit., pp. 214-222.

²⁵⁹ Cfr. C. Lombroso, L. Bianchi, *Misdea e la nuova scuola penale*, ed. Bocca, Torino 1884. Il volume, scritto in occasione della strage con Leonardo Bianchi, oltre a essere una difesa delle tesi dell'antropologia criminale, punta al riconoscimento del valore della perizia criminologica in simili processi.

²⁶⁰ Cfr. S. Montaldo, *L'antropologia criminale e l'esercito italiano (1884-1920)...*cit., p. 180.

di un metodo in grado «di poter scoprire simili patologie»²⁶¹ e dunque impedire il ripetersi di simili stragi. Per le autorità militari la priorità diventa quella di migliorare i filtri durante le visite di leva e l'opera di monitoraggio in caserma per individuare potenziali delinquenti e alienati.

A seguito della strage compiuta da Misdea, nel 1884, l'esercito irrigidisce dunque le politiche disciplinari nei confronti di anomali, epilettici e simulatori presenti nella comunità militare e ciò, tra l'altro, si palesa nelle sei condanne a morte emesse tra il 1884 e il 1890 a carico di soldati²⁶². Le sentenze generarono diverse discussioni nell'opinione pubblica, in particolare sul differente regime giuridico cui erano sottoposti i soldati. Come valutare militari come Misdea²⁶³ identificati nei termini di folli morali o epilettici? La condanna a morte, tra l'altro non comminata più nei processi civili, doveva essere inflitta anche nei loro confronti? Sullo sfondo di queste discussioni lo spirito di codici militari, come quello del 1869, che erano stati pensati per «un esercito che doveva far fronte a fenomeni potenzialmente destabilizzanti come la renitenza e la diserzione [...]»²⁶⁴. Sempre nella direzione di una necessaria opera di gestione e disciplinamento dei coscritti, il codice del 1869, attribuiva «particolare gravità a quei reati che rischiavano di minare la convivenza tra gli uomini come le insubordinazioni, le disobbedienze e l'abuso d'autorità»²⁶⁵. Fu però soprattutto a partire dai tardi anni Settanta «che il mai del tutto sopito dibattito sulla giustizia marziale riprese vigore»²⁶⁶. La schermaglia dialettica non riguardava più solo specialisti, avvocati e militari, ma investiva la società nel suo insieme, più sensibile alle istanze problematiche che agitavano alcuni nodi irrisolti, come appunto la separazione tra esercito e società civile, l'imputabilità del reo folle, l'incidenza della vita di caserma nell'emergere del disagio mentale. Elementi diversi che però riguardavano tutti «quei soggetti fisiologicamente predisposti al male che il diritto militare – in ritardo rispetto al progresso della scienza medica più che rispetto a quella penalistica – si ostinava a punire, mantenendoli però nell'organico delle forze armate»²⁶⁷.

Tra gli effetti di tali discussioni bisogna registrare, a partire dalla metà degli anni ottanta, la decisione del «Ministero della guerra [...] di non pubblicare più i dati sulla criminalità militare»²⁶⁸. Se questa presa di posizione si iscrive in un processo che vede la comunità militare chiudersi sempre più su se stessa, d'altra parte ciò ha l'effetto di rendere ancora più problematico il monitoraggio e l'analisi empirica del fenomeno. Parallelamente prende sempre più corpo l'idea che sia proprio l'ambiente militare ad essere patogeno e che la disciplina, lungi dal rappresentare un fattore positivo in relazione alla “costruzione” dell'italiano, sia un elemento perturbatore della psiche e, dunque, in grado di scatenare reazioni violente. Sono questi alcuni degli argomenti affrontati in un importante studio pubblicato nel 1886: *L'esercito e la sua criminalità*, di Augusto Setti²⁶⁹. L'autore non era uno sconosciuto ricercatore alle prime armi, ma un magistrato consigliere della Corte di cassazione di Torino che, per diverso tempo, aveva operato nei tribunali militari²⁷⁰. La sua opinione perciò era autorevole e basata sulla conoscenza di molta documentazione processuale relativa a casi che avevano riguardato soldati. Le lenti utilizzate nel suo studio sono quella della scuola positiva in cui si riconosce. Egli ritiene la criminalità nell'esercito la conseguenza di cause organiche, sociali

²⁶¹ Ivi, p. 181.

²⁶² *Ibidem*.

²⁶³ Cfr. M. Rovinello, *Una giustizia senza storia? I codici penali militari nell'Italia liberale*, in «Le carte e la storia», 2, 2012, pp. 59-78, p. 69.

²⁶⁴ Ivi, p. 65.

²⁶⁵ *Ibidem*.

²⁶⁶ Ivi, p. 67.

²⁶⁷ Ivi, p. 70.

²⁶⁸ Cfr. S. Montaldo, *L'antropologia criminale e l'esercito italiano (1884-1920)...cit.*, p. 181.

²⁶⁹ Cfr. A. Setti, *L'esercito e la sua criminalità*, Brigola, Milano 1886.

²⁷⁰ Cfr. M. Cioccarelli, *L'abbandono minorile in Italia fra assistenza pubblica tra Otto e Novecento*, in A. Carera, M. Taccolini, R. Canetta (a cura di), *Temi e questioni di storia economica e sociale in età moderna e contemporanea. Studi in onore di Sergio Zaninelli*, Vita e Pensiero, Milano 1999, p.427, pp. 425-444.

e antropologiche che, aggravate dalle condizioni proprie della vita in caserma, determinano gli impulsi criminali dei soldati. Anche alla luce di ciò si rende necessaria un'opera di filtraggio adeguata, che metta i medici militari nelle condizioni di liberare l'esercito da quei soggetti che, naturalmente degenerati, sono dei veri e propri criminali²⁷¹. Per questo gli stessi medici dovevano essere formati allo studio e alla valutazione delle misurazioni antropometriche, ritenute criteri oggettivi e certi, per individuare preventivamente durante le visite di leva i criminali e i degenerati²⁷².

Letture come quella di Setti risentono evidentemente degli influssi di Lombroso e della elaborazione della sua antropologia criminale, eppure – come sottolineato da Silvano Montaldo in un contributo sul tema²⁷³ –, il rapporto tra il medico veronese e il crimine nell'esercito è meno lineare e più articolato di quanto a posteriori si potrebbe ritenere. Infatti, dopo l'esperienza come soldato nell'esercito post-unitario, «Lombroso scrisse il suo unico studio sul crimine nell'esercito»²⁷⁴, in occasione del citato «caso Misdea». Il marcato antimilitarismo²⁷⁵, la vicinanza «agli ideali del socialismo umanitario»²⁷⁶ e la convinzione che la pulsione al conflitto fosse una traccia dell'atavismo, sono tutti elementi che contraddistinsero l'approfondirsi della diffidenza di Lombroso verso l'esercito stesso. Inoltre, soprattutto con il trascorrere degli anni, si convinse sempre di più della natura degenerogena della caserma e, più in generale, dell'ambiente militare. Proprio per questo si convinse sempre più della necessità dell'antropologia criminale come tassonomia per individuare i potenziali delinquenti e impedire lo scatenamento della follia, come quella di Misdea. Da una parte dunque un antimilitarismo sempre più marcato, dall'altra l'individuazione dell'esercito come campo d'applicazione per la sua antropologia criminale. Il risultato di questa dialettica senza sintesi è la marcata ambiguità di Lombroso verso il tema e, parallelamente, il generarsi di un'attenzione sempre più evidente per le sue teorie, e per la rielaborazione di esse in direzione della medicina sociale²⁷⁷, negli alienisti militari e nei medici dell'esercito. Questa rielaborazione del “lombrosianesimo”, che si muove in direzione dell'eugenica negativa, si giova dell'azione clinica e teorica di medici e studiosi influenzati dalle dottrine di Lombroso, ma che non necessariamente sono stati suoi pedissequi allievi. Tra questi Pietro Brancaleone-Ribaudo, autore di *Lo studio antropologico del militare delinquente*, un'opera in cui l'autore, a seguito dell'analisi antropometrica e morfologica di diversi militari internati, sottolinea il carattere degenerativo e legato a predisposizione della delinquenza osservata²⁷⁸. Da qui la conclusione che riconosceva all'antropologia criminale il ruolo di mezzo necessario per individuare il criminale nato e allontanarlo dall'esercito. Del 1896 è invece *Il marinaio epilettico e la delinquenza militare*²⁷⁹, del medico capo della Regia Marina Leonardo Cognetti de Martiis. Nello studio anche l'ufficiale sosteneva la necessità di organizzare strutture adeguate per filtrare efficacemente i marinai in entrata e tenere così lontano il morbo della follia dalla marina²⁸⁰. Sulla stessa lunghezza d'onda Luigi Scarano, ufficiale medico, che, a differenza di altri autori, considerava l'esercito un fattore rigenerativo per la costruzione identitaria del singolo e della nazione, ma proprio per questo – al pari degli altri – riteneva fondamentale individuare ed espellere degenerati e delinquenti dalle caserme.

²⁷¹ Cfr. A. Setti, *L'esercito e la sua criminalità...cit.*, p. 17.

²⁷² Cfr. B. Farolfi, *Antropometria militare e antropologia della devianza (1876-1908)*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp.1183-1190, pp. 1181-1222.

²⁷³ Cfr. S. Montaldo, *L'antropologia criminale e l'esercito italiano (1884-1920)...cit.*, pp. 177-181 e 196.

²⁷⁴ Ivi, p.177.

²⁷⁵ Cfr. R. Girardi, *Né pazzi né sognatori. Il pacifismo democratico italiano tra Otto e Novecento*, Pacini editore, Pisa 2016, pp.26-30 e 245-274.

²⁷⁶ Cfr. S. Montaldo, *L'antropologia criminale e l'esercito italiano (1884-1920)...cit.*, p. 177.

²⁷⁷ Cfr. P. Consiglio, *La medicina sociale nell'esercito...cit.*

²⁷⁸ Cfr. P. Brancaleone-Ribaudo, *Lo studio antropologico del militare delinquente*, Tip. A. Fiore, Palermo 1893, p. 53.

²⁷⁹ Cfr. L. Cognetti de Martiis *Il marinaio epilettico e la delinquenza militare*, Bocca, Torino 1896.

²⁸⁰ Ivi, p. 144 e segg.

Pur nelle differenze, dunque, questi lavori concordano nel fare riferimento ai mezzi messi a disposizione dall'antropologia criminale per riconoscere criminali e anormali. E in tale ottica vennero accolti con sempre maggiore convinzione dai medici militari che, soprattutto dopo Adua, sono chiamati a "curare" il "corpo malato della nazione"²⁸¹. Il fine è quello «di trasformare il cittadino in soldato e prepararlo alla guerra, all'interno della caserma»²⁸². Per raggiungere questo obiettivo bisogna poter lavorare con soggetti duttili, flessibili e, soprattutto, "normali". È dunque l'incontro tra fattori culturali, elaborazioni scientifiche e contingenze politiche, a determinare la piega dell'alienismo militare italiano verso la medicina sociale e l'affermarsi di istanze bio-profilattiche sempre più marcate. Non è un caso che Placido Consiglio, figura paradigmatica di questo alienismo, cominci a far parlare di sé proprio a cavallo tra Otto e Novecento, quando maggiori sono le discussioni relative a una necessaria rigenerazione della nazione. In particolare, è almeno dal V Congresso internazionale di psicologia del 1905, che Consiglio avvia il proprio percorso di elaborazione teorica della medicina sociale. E tali istanze sono ormai pienamente diffuse negli anni che precedono la Grande Guerra, quando pochi dubbi sussistono sull'importanza sociale dell'«indagine delle anomalie costitutive e delle manifestazioni morbose – episodiche od immanenti – di ciascuna forma di vita collettiva»²⁸³. Da qui la necessità di una «medicina sociale, che è essenzialmente igiene [...] e che oggi trionfa e si sviluppa rigogliosa per l'impulso fecondo, e rinnovatore della scuola positiva italiana di antropologia e sociologia criminale»²⁸⁴.

Il proposito dell'ufficiale medico di estendere il campo d'azione della medicina sociale, tanto da farne un più generale «rinnovamento nei metodi pedagogici, seriazioni di attività e di rendimenti, selezionamenti opportuni onde adattare ai singoli gruppi metodi educativi differenti e modi diversi di istruzione»²⁸⁵, mostra la piega raggiunta, prima della Grande Guerra, dall'ordine discorsivo sviluppatosi dall'incontro tra le teorie lombrosiane (nella lenta rielaborazione di cui si è detto), il darwinismo sociale e le politiche di igiene militare. In questa congiuntura è ormai chiaro che l'opera di controllo dell'alienismo militare riveste un'importanza fondamentale rispetto al processo attraverso cui si costruisce una nazione libera dalle sue presunte tare psicobiologiche²⁸⁶. Eppure questa realtà, abbastanza evidente nei discorsi dei medici alienisti già negli anni della guerra in Libia, si scontra con la realtà dell'assenza di un adeguato servizio medico-psichiatrico dell'esercito²⁸⁷ e con il fatto – a suo tempo già notato da Pietro Grilli – che «i medici militari non hanno manicomi»²⁸⁸. Per poter valutare dunque l'effetto concreto dei saperi e dei concetti, elaborati in un paio di decenni su studi e riviste scientifiche, sul piano delle pratiche e delle reali politiche di trattamento del disagio mentale nei militari, bisogna assumere il punto di vista delle singole realtà manicomiali.

5. La Prima Guerra Mondiale e il servizio medico-psichiatrico dell'esercito

Proprio questi ritardi, ma anche le contraddizioni strutturali del sistema, vennero alla luce con evidenza dopo i primi mesi di guerra, quando «negli ospedaletti da campo presso le prime linee, in particolare dopo azioni lunghe e sanguinose, affluirono a migliaia soldati attoniti, confusi,

²⁸¹ Cfr. P. Chimienti, Piero, *Dopo Adua. La Camera, l'esercito ed il paese*, Roma, Elzevieriana, 1896.

²⁸² *Ibidem*.

²⁸³ Cfr. P. Consiglio, *La medicina sociale nell'esercito*, Tipografia Enrico Voghera, Roma 1914, p. 3 [estratto dal «Giornale di medicina militare», maggio 1914].

²⁸⁴ *Ivi*, p. 4.

²⁸⁵ *Ivi*, pp. 5-6.

²⁸⁶ Cfr. F. Scarpato, A. Scartabellati, *Il discorso eugenico della psichiatria italiana dagli inutili alla vita ad una dannosa sottoumanità? Un'ipotesi di ricerca*, in *Archivio Trentino*, 2, 2003, p. 79.

²⁸⁷ Cfr. G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, in *Rivista sperimentale di freniatria*, 38, 1911, pp. 337-368, p. 338.

²⁸⁸ Cfr. P. Grilli, *La pazzia nei militari*, Roma, Voghera Carlo, Tipografia di S.M., 1883, p. 6.

paralizzati, che avevano perduto l'uso della parola, dell'udito, o che avevano smarrito la memoria»²⁸⁹. I dati che riguardano l'Italia non sono definitivi e, molto probabilmente, peccano per difetto individuando 40000 ricoverati a causa di patologie nervose. La contabilità nei centri di prima assistenza non era precisa, spesso le diagnosi erano sommarie e sovente omettevano i riferimenti ai disturbi mentali. Per quanto riguarda le politiche di trattamento, nonostante l'ambito psichiatrico non fosse immobile – nel 1907 viene fondata la «Società italiana di neurologia» –, il paradigma lombrosiano mantiene tutto il suo peso e in tale ottica vengono affrontati i primi casi di nevrosi traumatiche evidenziati dai soldati. Fu subito chiaro che le dimensioni del fenomeno non potevano essere fronteggiate senza un adeguato servizio di coordinamento tra «zona di guerra e ospedali nelle retrovie dove i medici dovevano rapidamente classificare secondo la genesi, lo sviluppo e l'esito sindromi nuove e difficilmente riconducibili all'interno dei tradizionali schemi interpretativi»²⁹⁰.

Tra le maggiori acquisizioni della storiografia che si è interrogata sul tema c'è quella della brutalità e dell'inefficienza terapeutica attraverso cui vennero «curati» gli «scemi di guerra»²⁹¹. Ciò, anche alla luce di quanto fin qui detto, non deve sorprendere; infatti, se l'interpretazione più classista e ideologica risulta oggi inadeguata e deve essere aggiornata, anche alla luce di un «potere psichiatrico»²⁹² che non può più essere identificato nei termini di un Leviatano che persegue i folli come il mostro biblico fa con gli alteri e i superbi, ciò non ridimensiona la sofferenza prodotta su masse di uomini trattate alla stregua di criminali. Le istanze disciplinari descritte, il ruolo della medicina sociale soprattutto dopo Adua, contribuirono dunque a segnare – come detto – il volto della psichiatria militare e ciò divenne ancora più marcato con lo scoppio della guerra: «Le applicazioni della psicologia criminale interessano nel modo più diretto, tra tutti gli ambienti collettivi, quello militare»²⁹³. In tal senso, contrariamente a quanto sostenuto da Gibelli, la guerra russo-giapponese²⁹⁴ non aveva attirato più di tanto l'attenzione degli psichiatri militari per il tema delle nevrosi belliche, argomento fagocitato dalle discussioni sulla delinquenza militare e dai suoi rapporti con la follia. Come scrive il neuropsichiatra ferrarese Gaetano Boschi dopo la guerra:

«C'era l'esperienza delle altre guerre, più o meno recenti: la guerra anglo-boera, quella russo-giapponese, le guerre balcaniche, la guerra italo-turca. I mezzi guerreschi, le proporzioni del conflitto, il numero dei malati e dei feriti erano stati in queste guerre infinitamente inferiori a quelli che la nuova guerra avrebbe rappresentato. E lo studio da parte di quei medici e gli insegnamenti da loro esposti erano stati scarsi. Cominciava a farsi l'esperienza clinica sul teatro della Grande guerra, quella combattuta non più contro i selvaggi o tra popoli mezzo selvaggi, ma bensì tra popoli civili coi mezzi raffinati e imponenti, dalla civiltà escogitati e costruiti. Bisognava dunque che i medici si accontentassero, si istruissero, un po' per nozioni un po' per congetture, su questa speciale clinica della guerra moderna»²⁹⁵.

Più che altro l'esito del conflitto russo-giapponese era servito per analizzare, sulla base di consolidati stereotipi di matrice razzista, le ragioni della vittoria, le cause della sconfitta e sviluppare

²⁸⁹ Cfr. B. Bianchi, *Psichiatria e guerra*, in S. Audoin Rouzeau e A. Becker, *La Prima Guerra Mondiale*, ed.it. a cura di A. Gibelli, Einaudi, Torino 2014, p. 323.

²⁹⁰ *Ibidem*.

²⁹¹ Solo per avere un quadro di insieme vedi il classico: B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, pp. 84 e segg.

²⁹² Cfr. M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)...cit.*

²⁹³ Cfr. G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito...cit.*, p. 339.

²⁹⁴ Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale...cit.*, pp. 22 e segg. Per le risonanze sulla psichiatria internazionale vedi: P. Wanke, *Russian/Soviet Military Psychiatry, 1904-1945*, Frank Cass, London and New York 2005, pp. 17-29.

²⁹⁵ Cfr. G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano 1931, pp. 23-24.

ulteriormente la questione del “tramonto della civiltà” secondo quell’ottica palinogenetica²⁹⁶ portata avanti da larghi settori della società. Parzialmente diversa la situazione del conflitto libico che, affrontato inizialmente sul fronte psichiatrico senza particolare interesse, sollecitò progressivamente una maggiore attenzione e un certo dibattito, anche scientifico²⁹⁷ che, però, non produsse effetti sensibili, né quei miglioramenti organizzativi da tempo richiesti. Retrospectivamente, una volta scoppiata la Grande Guerra, l’esperienza in Libia servì invece come termine di paragone per le prime, incerte, analisi comparative tra le rispettive forme nevrotiche e i differenti teatri bellici. E’ il caso delle valutazioni effettuate da Placido Consiglio nel 1916:

«Naturalmente, data questa diffusa predisposizione nevrotica, in guerra dovranno aumentare le manifestazioni morbose, del sistema nerveo e della psiche, poiché non agiscono soltanto, e ingranditi, i comuni fattori di perturbamento organico od ambientale, o relativi al servizio militare, come nel tempo di pace, ma altri ancora specifici allo stato di guerra; fattori di naturale evidenza, e di complessa natura e di origine molteplice, i quali sono per una certa parte diversi, e per altro verso di differente efficacia a seconda che si tratti di guerra coloniale o di guerra continentale. Nelle guerre coloniali, oltre alle cause morali disciplinari ed autotossiche da fatica, alle nostalgiche agli stati psicomotivi speciali a quelle guerriglie, è da mettere in rilievo il maggior danno dell’alcool e dell’iperalimentazione carnea, la maggior facilità dei disturbi gastro-intestinali con relative tossiemie depressive, e la probabile azione vasoparetica cerebrale che secondo Gedeken pare abbiano i raggi attinici solari in quei paesi, agevolanti così le détente nerveose e le défaillances psichiche.

Nelle guerre continentali, invece, soprattutto prevale – oltre alla composizione diversa delle truppe combattenti – (enorme numero di riservisti), il modo così speciale del guerreggiare odierno: se le grandi battaglie d’oggi agiscono a guisa dei grandi cataclismi cosmici come scriveva l’Jacoby in occasione della campagna di Maniuria, l’efficacia perturbativa di tali grandi cataclismi è oggi ringrandita e moltiplicemente variata, sicché si può parlare di psicosi da mine, di psicosi da trincee, di psicosi da aereoplani o da gas asfissianti, di psicosi da scoppio di granate od obusiti ecc.»²⁹⁸.

Questi primi tentativi di comprendere il fenomeno delle nevrosi belliche avvengono in un contesto che, soprattutto nei primi mesi di conflitto, è stravolto dai numerosi ricoveri per «le forme di psicopatie, o di crisi psico-motorie»²⁹⁹ dei militari. Il canone d’orientamento applicato dai medici prevede che risultino sospette tutte quelle che «non hanno un substrato organico, seriamente valutabile»³⁰⁰, da qui l’ampio utilizzo di categorie antropo-criminologiche, quali «diserzione», «insubordinazione», «degenerazione», per tutta una gamma di patologie di difficile ed equivoca identificazione ritenute «manifestazione di una diversità che solo l’occhio dello specialista poteva individuare e definire»³⁰¹. La psichiatria, d’altra parte, accolse questa situazione come un’occasione per garantirsi quel prestigio e quella funzione sociale a lungo cercata; in questo senso il più o meno convinto interventismo dei singoli alienisti deve essere contestualizzato alla luce di una situazione

²⁹⁶ È il caso di Placido Consiglio, per cui vedi: *Le anomalie del carattere dei militari in guerra*, in RSF, 1918, p. 132.

²⁹⁷ Cfr. L. Daneo, *Sulla psico-patologia dell’emozione durante la guerra*, Tip. Ditta Lazzari, Siena 1913; G. D’Abundo, *Turbe neuro-psichiche consecutive alle commozioni della Guerra Italo-Turca. Nota Clinica*, Tip. C. Galatola, Catania 1912; A. Gorrieri, *Contributo alla studio delle turbe neuro-psichiche dovute alle emozioni durante la Guerra Italo-Turca*, Tip. Ditta Lazzari, Siena 1913; P. Consiglio, *Nevrosi e psicosi in guerra. Nota I*, Tip. E. Voghera, Roma 1913; P. Consiglio, *Nevrosi e psicosi in guerra. Nota II*, Tip. E. Voghera, Roma 1915.

²⁹⁸ Cfr. P. Consiglio, *Psicosi, nevrosi e Criminalità nei militari in guerra*, in «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 37, 1916, p. 261.

²⁹⁹ Cfr. G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell’esercito...cit.*, p. 346.

³⁰⁰ *Ibidem*.

³⁰¹ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 62.

che fece intravedere a molti di loro la possibilità di ritagliarsi un ruolo diverso da quello di semplici garanti dell'ordine manicomiale. E sempre in tale ottica deve essere letto l'entusiasmo di riviste come i «Quaderni di psichiatria» che invita senza troppi giri di parole la “classe alienistica” italiana a servire il bene supremo del Paese:

«Noi pensiamo che la classe alienistica italiana sia pronta a tutti quei sacrifici di persona, di comodità e di interessi, che il bene supremo del Paese oggi reclama da tutti i suoi figli. Noi sappiamo già del fervore patriottico con cui molti dei nostri colleghi hanno risposto al richiamo sotto le armi; parecchi di essi prestano di già l'opera loro assidua, sapiente, fraterna, anche vicino alla linea di combattimento, e non specializzata, ma medico-chirurgica in genere. Vada ad essi tutti il nostro più caloroso plauso; vada il nostro saluto augurale: potrà la Psichiatria Italiana segnare per loro merito nei suoi fasti una nuova e sublime pagina di gloria!»³⁰².

Si trattava di ritagliarsi un posto come “sapere” al servizio della Nazione, dei suoi interessi e delle sue necessità. Al fondo l'obiettivo era lo sdoganamento dall'identificazione della psichiatria come scienza dei manicomi, un ruolo che agli alienisti stava sempre più stretto e che rischiava di minare sul nascere ogni ambizione professionale. Affermato ciò risulta più comprensibile, poiché situata appunto in un orizzonte specifico, la posizione di quegli alienisti, come appunto Placido Consiglio, che auspicano che la profilassi bio-psicologica possa essere estesa dall'ambito militare alla società tutta:

«Ma la profilassi deve maggiormente esercitarsi nel campo delle malattie morali, ed in ogni forma di infermità, sino anche ad investire le estreme variazioni fisiologiche della personalità umana, che dalla reazione ad una forma particolare di vita consociata trarrebbero ragione di perturbamento e di deviazione»³⁰³.

Il risultato di queste tensioni ideologiche, di questi bisogni corporativi, di queste dialettiche politiche, fu un dibattito contrassegnato dall'innesto del problema delle nevrosi belliche nel troncone delle istanze eugeniche volte alla liberazione dell'ordine sociale dai difetti psico-biologici. Il teatro principale di questo scambio di opinioni, di letture divergenti, di orientamenti diversi, furono le riviste scientifiche, dove la “nevrosi traumatica da guerra”, interpretata perlopiù come forma di isteria maschile, venne inquadrata nei termini di una inedita configurazione patologica, in grado di tenere insieme l'aspetto degenerativo legato alla predisposizione individuale e quello traumatico legato agli effetti del conflitto. Da questo solco teorico prese forma, soprattutto al termine della guerra, una spiegazione della diffusione epidemica dello *shell shock* meno riduttiva e generica di quelle di inizio conflitto e, quindi, per certi versi più convincente:

«Il fattore predisposizione ha certamente valore... - scrive Ferdinando Cazzamalli – ma in realtà la guerra colla coorte dei suoi agenti patogeni fisici, esteriorizza un'influenza assai grande nevropsicopatogena, alla quale soggiacciono pure in notevole misura soggetti a piena integrità fisiopsichica, immuni da tare ereditarie e da precedenti morbosità...Nella guerra sono contenute cause traumatiche, dotate di così intenso potere neuro-psicopatogeno da turbare, sia transitoriamente, l'equilibrio nervoso del soldato anche se costituzionalmente non predisposto»³⁰⁴.

³⁰² Cfr. *Psichiatria e guerra*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 9-10, settembre-ottobre 1915, vol. II, p. 397.

³⁰³ Cfr. P. Consiglio, *Studi di psichiatria militare*, parte IV, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. 41, a. LII, 1915, p. 36.

³⁰⁴ Cfr. F. Cazzamalli, *La guerra come avvenimento storico degenerogeno*, in «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 1919, pp. 197-198.

Ad essere messo in questione non è tanto la predisposizione, ma il suo uso strumentale, quello che permise ad esempio al Clerici, ancora nel 1905, sulla «Rivista di Psicologia», di negare la correlazione tra guerra e manifestazioni morbide³⁰⁵. La rielaborazione del paradigma, oltre che sotto il peso degli eventi, è legato ad un più generale processo di comprensione del fenomeno che, a-posteriori, cerca di spiegare qualcosa di inatteso che, per molti versi, ha scompaginato la diagnostica clinica e l'ermeneutica medica fissata nella tradizione. Tutto ciò avviene lentamente, senza scossoni, nei termini di successivi e progressivi aggiustamenti di categorie mai messe realmente in questione. Si rafforza così l'idea della guerra come avvenimento in grado di portare a compimento le istanze rigenerative presenti nella stirpe, di fare selezione tra i forti e i deboli. Scrive ad esempio Giacomo Pighini:

«La grande scuola della guerra palestra dei forti, esaltatrice delle più tenaci energie della stirpe, vaglia i valori umani, e ne smaschera le deficienze. Per ciò che riguarda la costituzione psichica, svela negli uni – e sono i più, per la buona ventura dei nostri alti istinti – la saldezza dello spirito e il vigore dell'animo; in altri svela la manchevolezza organica e sveglia la malattia mentale; in altri ancora – e sono per fortuna i meno – svela la manchevolezza del carattere, e indice spesso della dolorosa piaga della simulazione di pazzia»³⁰⁶.

In questo orizzonte i morti, i mutilati, le vite che dalla guerra non si sarebbero più riprese, rappresentano gli scarti che una metafisica e teleologica “ragione dei tempi” ha provveduto a eliminare dal consesso umano. Diversamente i sopravvissuti, e quanti erano riusciti in qualche modo a sfuggire alla furia della guerra, rappresentavano il nucleo della razza rigenerata, quella che, attraverso successive riproduzioni, avrebbe consentito all'Italia di guadagnare il proprio posto tra le potenze industriali e coloniali. Dunque, anche attraverso la configurazione inedita dello *shell shock* nei termini di patologia degenerativa, si compie quel processo che punta alla costruzione del cittadino ideale e che verrà sviluppato con maggiore consapevolezza ideologica durante il fascismo. Giungeva così a pieno sviluppo quell'istanza – che abbiamo definito lombrosiana – presente già alla fine dell'Ottocento nella psichiatria italiana e che, alla fine del conflitto, tiene insieme diversi ordini discorsivi: quello medico, quello legale, quello antropologico-criminale, quello biopolitico e quello eugenico. E' in questa configurazione che, pur senza scadere nei teleologismi, deve essere individuata la radice più prossima di ciò che sarebbe avvenuto di lì a poco con le politiche di salvaguardia della razza e di difesa sociale.

All'inizio del conflitto questa realtà non è però ancora prefigurata con chiarezza. E i primi tentativi di comprensione del fenomeno possono essere descritti come un incerto e claudicante empirismo diagnostico che, attraverso il confronto con la situazione degli altri Paesi e per mezzo di una incerta e sommaria contabilità diagnostica, prova a spiegare e a rendere conto della diffusione su larga scala del fenomeno:

«Si è visto, tanto in Francia, quanto in Germania, che al principio delle ostilità scoppiavano specialmente delle psicosi alcoliche e delle psicosi acute da emozione per l'improvviso reclutamento in soggetti predisposti; talvolta si rivelavano demenze precoci latenti. Più tardi apparvero casi di psicosi confusionali, per esaurimento, per emozione sul campo di battaglia, per shock o commozione cerebrale indotta dal cosiddetto “vento degli obici”. In ultimo, prolungandosi la guerra, soprattutto dopo il periodo delle trincee, si svolgono forme piuttosto

³⁰⁵ Cfr. A. Clerici, *Disturbi psichici dei combattenti*, in «Rivista di Psicologia», 1915, pp. 113-114.

³⁰⁶ Cfr. G. Pighini, *Il servizio neuro-psichiatrico nella zona di guerra*, in «Annali del Manicomio provinciale di Perugia», 1915, fasc. 1-2-3-4, p. 58.

croniche, psicosi maniaco-depressive, confusioni allucinatorie, deliri di persecuzione, senza contare le paralisi generali, ecc.»³⁰⁷

Interventi come questo sono indice della scarsa consapevolezza clinico-sociale con cui il sistema-Italia affrontò la situazione. Si fa riferimento alle psicosi alcoliche e a quelle emotive, ma non si contestualizzano le ragioni dell'insorgenza, né si problematizza adeguatamente il nesso tra guerra e follia. Manca un sistema integrato di assistenza psichiatrica e, soprattutto nei primi periodi, il fenomeno viene sottovalutato nella convinzione che i manicomi sarebbero stati in grado di gestire i casi più problematici. Così il 1915 trascorre fundamentalmente alla luce di due istanze che abbiamo visto contraddistinguere le politiche di trattamento della follia nei decenni precedenti: individuare e punire i simulatori, trattandoli secondo il paradigma antropologico-criminale, e rispedire al fronte con rapidità i soldati alienati che potevano essere dislocati in funzioni e compiti ausiliari. Ma le polemiche non tardarono a dilaniare il fronte medico, soprattutto perché evidenti si dimostrarono le inefficienze del servizio psichiatrico. Il presidente dell'Associazione fra i Medici dei Manicomi Italiani, Antonio Brugia, già ad Ottobre del 1915 prese di mira Augusto Tamburini, presidente della Società Italiana di Freniatria, e consulente generale dell'esercito per il coordinamento delle politiche di trattamento. Brugia polemizzava per la scarsa considerazione riconosciuta ai medici dei manicomi che, a parer suo, proprio in virtù dell'esperienza maturata nel trattamento quotidiano della follia, avrebbero dovuto gestire «la osservazione e la prima cura dei nevrottraumatizzati»³⁰⁸; l'attacco proseguiva evidenziando l'enigmaticità della figura dei consulenti e l'incomprensibile ritardo con cui non si era ancora proceduto con l'istituzione dei servizi psichiatrici per gli "scemi di guerra". Polemica concentrica, basata su argomenti difficilmente contestabili, anche alla luce dei ritardi e dei disservizi dei primi periodi. Davanti a questa situazione, però, l'azione delle autorità fu rapida e convincente e si concretizzò nella nomina di una serie di psichiatri con funzioni di consulenza per ognuna delle armate dislocate nel conflitto. A Verona, sede della I Armata, venne nominato Arturo Morselli, il figlio del celebre Enrico e autore di un diffuso manuale di psichiatria dopo la guerra; a Udine, presso il Comando della II Armata, venne inviato Vincenzo Bianchi, futuro parlamentare e membro del sottosegretariato per l'Assistenza militare e le pensioni di guerra³⁰⁹; figlio inoltre di Leonardo, autore con Lombroso del saggio sul caso Misdea, nonché futuro ministro del governo Boselli; a San Giorgio di Nogaro, presso la III° Armata, venne nominato il medico Angelo Alberti, direttore del Manicomio di Pesaro, nonché direttore della rivista «Note e riviste di psichiatria»; infine, a Belluno, presso la IV° Armata, venne inviato il Giacomo Pighini, allievo di Paolo Mantegazza³¹⁰.

Il processo di rapida organizzazione non si esaurì con queste nomine e a Leonardo Bianchi, già direttore del Manicomio di Napoli, nel Giugno del 1916, venne affidato il coordinamento dei servizi sanitari di guerra, mentre Enrico Morselli «diresse la sezione ligure dell'Associazione dei Medici per la resistenza nazionale»³¹¹. Nonostante le iniziali ritrosie delle autorità militari, convinte che il problema delle nevrosi belliche fosse da risolvere secondo paradigmi criminologici, l'articolazione del servizio fu rapida e contemplò anche l'istituzione, presso le linee del fronte in Carnia e Cadore, di due reparti avanzati per la prima osservazione e cura, nonché successiva distribuzione nelle retrovie dei militari alienati. Le strutture venivano incontro alla necessità di effettuare una prima opera di filtraggio e diagnostica per evitare che gli invii di massa intasassero i reparti delle retrovie;

³⁰⁷ Cfr. La direzione, *Come provvedere ai casi di malattie nervose e mentali negli eserciti in guerra*, in «Quaderni di psichiatria», 1915, n. 5, p. 234.

³⁰⁸ Cfr. A. Tamburini, *Sul servizio psichiatrico di guerra*, in RSF, 1916, p. 509.

³⁰⁹ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p.64.

³¹⁰ Cfr. *Psichiatria e guerra*, in «Quaderni di psichiatria», 1915, p. 396.

³¹¹ Cfr. B. Bianchi, *Psichiatria e guerra...cit.*, p. 325.

la seconda linea era infatti quella presso cui, dopo un periodo d'osservazione, si valutava l'eventuale invio verso gli ospedali militari o, nei casi più gravi, presso i manicomi³¹².

Bisogna immaginare queste strutture di primo intervento come una realtà a metà tra il frenocomio classico e dei campi di prigionia difesi da filo spinato, posti di guardia e ronde militari³¹³. Una sorta di prigionia coatta per gli internati, dislocata nei pressi delle prime linee, che doveva ulteriormente comunicare ai militari alienati la condizione di esclusione all'interno di un contesto da cui non era comunque possibile scappare: da soldati o da internati non era possibile abbandonare la linea del fronte. Come ben riassume Andrea Scartabellati:

«L'ubicazione dei villaggetti psichiatrici militari intendeva inviare ai combattenti folli o sani che fossero lì ricoverati, un univoco messaggio, senza possibili fraintendimenti o incomprensioni: alla guerra non si poteva scappare, se non con una vera pazzia, accertata in continui e asfissianti consulti alienistici, la quale, se poteva rappresentare una momentanea via d'uscita dalla realtà bellica, poteva anche significare, e per tanti significò, la definitiva espulsione dalla società civile oltre gli stessi limiti temporali del conflitto»³¹⁴.

Augusto Tamburini, nel saggio scritto con Giulio Cesare Ferrari e Giuseppe Antonini, sull'*Assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, dedica un'intera sezione, la VII³¹⁵, al tema dell'*assistenza degli alienati nell'Esercito* e non sorprende nel testo, visto anche il suo ruolo, le indicazioni fornite per l'organizzazione dei reparti avanzati che devono a tutti gli effetti costituire un «Reparto clinico» adatto

«a una rigorosa sorveglianza. Naturalmente il periodo di permanenza in cotali Sezioni non dovrà sorpassare i tre mesi, dacché questo termine, mentre si presta a esaurire una perizia, basta pure alla constatazione se le pazzie acute tendano al trapasso in croniche, nel qual caso si esaurisce il compito specifico di questi Reparti speciali e subentra la necessità dell'invio degli ammalati nei Manicomi civili»³¹⁶.

Nel passo emerge la strategia attraverso la quale il servizio svolge la propria funzione: una sezione, posta in prossimità della prima linea, per i servizi d'emergenza, le osservazioni e le valutazioni diagnostiche. La funzione terapeutica non è scissa da quella disciplinare, evidenziata dal riferimento alla rigorosa sorveglianza, e ciò rende conto di un quadro mentale in cui i due aspetti si compenetrano e, diversamente da quanto ritenuto ovvio per la sensibilità più tarda, rappresentano, entrambi, aspetti diversi della medesima politica di trattamento. Lo illustra bene il consulente della IV Armata: «Ho detto medicina e disciplina poiché la funzione nostra di consulenti ha dovuto sin dal principio assumere i molteplici aspetti di diagnosticatrice, curativa e fiscale»³¹⁷. Ed è proprio in tale prospettiva che va colta la specificità del paradigma italiano del trattamento delle malattie mentali nell'esercito. Lo sottolinea sempre Tamburini quando ribadisce «che l'obiettivo precipuo del servizio psichiatrico nell'Esercito sia il disimpegno di funzioni di indole medico-legale, è dimostrato sia dalla frequenza e dalla natura delle malattie mentali reali, sia dalla possibilità di simulazioni, sia anche dalle osservazioni sui rapporti tra psicopatie e determinate forme di reati»³¹⁸. Così anche la

³¹² Cfr. A. Tamburini, *L'organizzazione del servizio neuro-psichiatrico di guerra nel nostro Esercito*, in RSF, 1917, p. 179.

³¹³ Cfr. P. Consiglio, *Un Villaggio neuro-psichiatrico in Zona di Guerra*, in RSF, 1917, p.174.

³¹⁴ Cfr. A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la grande guerra (1909-1921)*, Ed. Goliardiche, Udine 2003, p. 74.

³¹⁵ Cfr. A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni...cit.*, pp. 656-679.

³¹⁶ Ivi, p. 661.

³¹⁷ Cfr. G. Pighini, *Il servizio neuro-psichiatrico nella zone di guerra...cit.*, p. 54.

³¹⁸ Cfr. A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni...cit.*, p. 661

simulazione³¹⁹, essendo espressione di una ben precisa tipologia di individui *degenerati* va a tutti gli effetti trattata come una qualunque altra patologia, effetto di quella regressione della specie che albergava anche all'interno della razza italica³²⁰.

6. Psichiatria di guerra e politiche di trattamento del trauma

L'organizzazione del servizio psichiatrico che si andava delineando ricalcava la struttura operativa del servizio sanitario di guerra che, organizzato in tre stadi, puntava a risolvere le situazioni emergenziali. Fondamentali erano i presidi di primo soccorso e una rete capillare di luoghi di cura presso cui dislocare i feriti su tutto il territorio.

«Il servizio sanitario di guerra si svolge in tre zone. La prima zona, che è il campo delle ostilità, dispone, accanto ai posti di medicazione reggimentali, delle Sezioni di Sanità e degli Ospedaletti o degli Ospedali da campo. La seconda zona ha varie formazioni sanitarie, che servono come luoghi di dimora provvisoria per malati-feriti e come luoghi di collegamento tra i posti sanitari avanzati e quelli situati verso l'interno del paese e costituisce quindi il tratto di transito dei malati e feriti che verranno disseminati nelle retrovie. La terza zona comprende gli Ospedali militari territoriali, gli ospedali civili, messi a disposizione dell'Autorità militare, i Depositi di convalescenza adibiti a scopo di Ospedali. (...) Naturalmente lo scopo che deve avere il servizio psichiatrico-militare in prima ed in seconda linea sarà quello di accogliere, assistere e apprestare le prime cure agli alienati senza la preoccupazione di approfondire l'indole delle loro condizioni mentali, poiché è molto difficile, nelle zone avanzate, senza adeguati mezzi di osservazione, in condizioni di stabilità precaria e, soprattutto, in istato di animo non sereno, procedere alle indagini cliniche minuziose e delicate, che sarebbero necessarie»³²¹.

Affinché il servizio funzionasse adeguatamente servivano alienisti da dislocare in prima linea per una diagnostica d'emergenza, ma lo scarso numero di medici – solo una quarantina quelli impiegati presso la linea del fronte – non consentiva un'adeguata copertura delle zone³²². Vista l'assenza di un servizio organizzato prima della guerra, con medici e personale all'uopo formati, si risolse attraverso la chiamata alle armi degli alienisti disponibili, non soltanto cattedratici ma anche medici impiegati nelle diverse realtà manicomiali della Nazione. Ciò consentì di fare riferimento su di un serbatoio di 180 psichiatri da alternare nelle diverse zone di guerra secondo necessità³²³. Questa situazione – come si vedrà anche per il caso Racconigese – causerà alle diverse realtà asilari una quota aggiuntiva di problemi che produrranno continue e reiterate frizioni tra i direttori, le autorità provinciali e quelle militari. D'altra parte l'organizzazione di un servizio psichiatrico-militare dal nulla – o quasi – richiedeva interventi d'emergenza e così da subito, almeno dall'estate del 1915, Tamburini, si muoveva per ottenere dalle strutture manicomiali, dagli ospedali civili e da quelli militari, ma anche dalle università o dai presidi medici più piccoli, uno sforzo affinché fossero garantiti, presso ogni struttura, dei padiglioni, delle sale o comunque degli spazi da destinare al ricovero degli alienati militari. I risultati furono apprezzabili tanto che Enrico Morselli, nel 1916, afferma:

³¹⁹ Cfr. P. Penta, *La simulazione della pazzia e il suo significato antropologico, etnico, clinico e medico-legale*, Francesco Perrella editore, Napoli 1900.

³²⁰ Alcune osservazioni di Tamburini sui «rapporti tra psicopatie e alcune forme di reati» vedi le pp. 663 e segg di A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni...cit.*

³²¹ Cfr. A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni... cit.*, pp. 670- 675.

³²² Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 65.

³²³ Cfr. A. Tamburini, *Sul Servizio psichiatrico di guerra*, in RSF, 1916, p. 510

«per iniziativa delle Direzioni mediche di Manicomi sono stati istituiti in non pochi degli Stabilimenti situati in zona di guerra, speciali comparti riservati ai militari alienati, la cui cura non potrebbe essere fatta nei reparti di osservazione, sia per la entità, sia per la durata della malattia. Ne ricordo alcuni, quali i reparti impiantati nei Manicomi di Treviso, Udine, Vicenza, Verona, Brescia, ecc. E ometto quelli fuori della vera zona bellica»³²⁴.

Alla fine il servizio era basato su dieci reparti psichiatrici e sezioni di primo intervento dislocati nei pressi della linea del fronte e su una trentina di nuclei specializzati divisi tra ospedali civili, militari e manicomi³²⁵. Le esigenze, però, con il trascorrere del tempo aumentarono tanto che le autorità militari, superando ritrosie e incertezze, acconsentirono ad organizzare presso l'Università da campo di S. Giorgio di Nogaro³²⁶, corsi di psichiatria che consentissero al personale medico di completare gli studi secondo necessità e di operare così almeno nelle situazioni di maggiore emergenza e nelle circostanze di primo intervento. Questa «Scuola da campo, detta anche *Università castrense*»³²⁷, diretta dal Colonnello medico Tunisini, dell'Università di Modena, era organizzata presso i locali municipali di San Giorgio in Nogaro e presso strutture temporanee costruite dal Genio Militare e doveva servire per «preparare i giovani studenti di Medicina e Chirurgia per le urgenze particolari del servizio militare»³²⁸. La scuola medica, o da campo, attirò numerose critiche e, tra l'altro venne definita dalla Facoltà medica di Roma «superfetazione costosa, dannosa e inutile» ma, soprattutto, destarono dubbi i corsi accelerati, la loro spendibilità una volta terminata la guerra e l'effettiva utilità in termini di rapporto costi/benefici.

La prassi prevedeva che i soldati stazionassero nei reparti di primo intervento tra i dieci e i quindici giorni, giusto il tempo di consentire ai medici sommarie descrizioni diagnostiche e pratiche di intervento brutali che puntavano a individuare i simulatori o gli esagerati al fine di segnalarli alle autorità per le misure del caso. Nella maggior parte dei casi, però, i sintomi apparivano più tenaci e resistenti rispetto a quanto descritto dalle rassicuranti indicazioni delle autorità militari. I tremori fisici, la perdita della parola, lo stato confusionale, gli eccessi, la paura, i sentimenti d'oppressione lamentati e palesati davanti ai medici mostravano una situazione sconcertante, verso al quale i rimedi a disposizione apparivano inefficaci. Anche in tale ottica si spiega la scarsità di note diagnostiche inserite nella documentazione clinica; poche osservazioni, spesso limitate ai sintomi più evidenti, poche le conclusioni mediche vere e proprie, a suggello di una situazione d'impotenza generalizzata che si riprodurrà anche nella documentazione dei casi giunti in manicomio.

Soprattutto nel contesto più prossimo ai combattimenti emergeva tutta la distanza rispetto alle sottili distinzioni con cui sulle riviste scientifiche si discuteva dell'argomento, delle sue origini, cause ed effetti. Le distinzioni e le valutazioni qui prefigurate si scontravano con l'evidenza di una realtà di emergenza e di confusione, in cui medici spesso improvvisati dovevano far fronte a sintomi e a evidenze difficilmente classificabili.

«Chi, dopo mesi di servizio al fronte, era assegnato all'osservazione degli infermi colpiti nella sfera psichica, ed era ancora digiuno di letteratura psichiatrica di guerra, provava un senso di disagio e di disorientamento nella nuova pratica quotidiana: abituato al contatto con gli alienati negli stabilimenti manicomiali ed al ricordo dei quadri morbosi più o meno riferibili alle entità e alle sindromi delle note classificazioni psicopatologiche, egli urtava contro la difficoltà di

³²⁴ Cfr. E. Morselli, *Psichiatria di guerra*, in «Quaderni di psichiatria», III, 1916 [s.p.].

³²⁵ Ufficio storico di Stato maggiore dell'Esercito, fondo E7, b. 53, *Relazione storica sui servizi sanitari in tempo di guerra*, p. 836.

³²⁶ Cfr. Redazione, *Per l'insegnamento clinico della psichiatria e neuropatologia al Corpo Sanitario Militare*, in «Quaderni di Psichiatria», 1916, p.72 e segg.; G. Tusini, *Scopi e limiti dei corsi di Medicina e Chirurgia in Zona di Guerra*, Udine 1916.

³²⁷ Cfr. Redazione, *Per l'insegnamento clinico della psichiatria e neuropatologia al Corpo Sanitario Militare...cit.*

³²⁸ *Ibidem*.

classificare secondo il proprio acquisito abito mentale e i tradizionali concetti della clinica psichiatrica; e tale difficoltà ne teneva per qualche tempo l'animo sorpreso e perplesso»³²⁹.

Come detto, gli psichiatri impegnati nelle zone avanzate affrontarono perlopiù la situazione sulla base di terapie emergenziali sbrigative, le uniche ritenute in grado di modificare le condizioni patologiche transitorie e curare i sintomi «che impedivano al soldato il ritorno al servizio attivo»³³⁰. Ciò si tradusse in una certa libertà d'azione che, basandosi sui principi d'obbedienza militari, si declinò nell'abuso frequente delle terapie elettriche, delle minacce, dei tentativi ipnotici, di tutte quelle misure disciplinari che si riteneva potessero correggere l'elemento anormale. In particolare la terapia elettrica, utilizzata in Germania e Austria già dal 1915, su sollecitazione di Fritz Kaufmann, prevedeva l'applicazione di forti scariche elettriche alternate a fasi serrate di interrogatori con ordini, comandi, minacce³³¹. L'orizzonte di fondo che spiega il largo uso di queste terapie è quello che nel soldato alienato individua un debole che, al di là della genuinità dei sintomi lamentati, soffre di quella mancanza di virilità che segna inequivocabilmente degenerati e predisposti. D'altra parte le interpretazioni meglio disposte verso la sofferenza dei soldati riconoscevano che costringere alla guerra gli uomini era per natura in conflitto con l'istinto di sopravvivenza, per questo erano necessarie misure da shock per forzare la volontà disfunzionale: «Forti scosse di terapia faradica applicate alla laringe o agli arti, provocando movimenti o suoni involontari, potevano far desistere dal mutismo o dalla paralisi isterica, o smascherare il simulatore, liberando così il medico dal più difficile e delicato compito diagnostico»³³². Accanto alla faradizzazione si fece largo uso di pratiche intimidatorie, minacce, pressioni psicologiche e, ovviamente, mezzi contenitivi. Si riteneva che la predisposizione di un clima di terrore favorisse nei soldati il risveglio di quel coraggio necessario per guarire. Su questi indirizzi di massima gravava inoltre un diffuso sadismo da parte di medici esposti alle duplici tensioni prodotte dall'impotenza terapeutica e dalle logoranti condizioni di operatività. La convinzione poi, abbastanza diffusa, che le nevrosi belliche, in particolare quelle non sviluppatasi in presenza di lesioni organiche, fossero in qualche modo legate all'ambito della volontà disfunzionale del soggetto, spingeva i medici ad agire con ancora più energia e brutalità. E ciò era rafforzato dal successo del paradigma isterico-maschile che, sulla scorta degli studi di Joseph Babinski, legava il trauma bellico all'ambito dei «sintomi riproducibili con la volontà»³³³ e per questo guaribili attraverso pratiche controsuggestive basate su terapie energiche e risolutive.

Nel corso del conflitto, per far fronte ad una situazione che vide ben presto la saturazione delle sezioni di emergenza dislocate nei pressi delle prime linee, si rese necessario organizzare un servizio di rapido smistamento degli alienati verso le retrovie, in particolare verso i manicomi provinciali. Questi ultimi, gravati dall'incremento degli ingressi, dalla scarsità di medici e personale e dai problemi di rifornimenti, non erano però in grado di sopportare il carico, così le autorità autorizzarono l'istituzione di istituti specifici, tra i quali il più celebre fu il nevrocomio militare di Villa Wurt al Gianicolo di Roma³³⁴. Altre sedi furono quelle di Milano³³⁵, di Pavia, di Ferrara, di Genova, Perugia e Ancona. Il sistema, che tutto sommato riuscì a reggere tra il 1916 e il 1917, entrò in crisi a seguito della disfatta di Caporetto. Particolarmente stravolta fu la situazione degli ospedali da campo e delle sezioni psichiatriche in prima linea. Qui l'organizzazione prevedeva di solito una ventina di posti letto occupati dai militari che provenivano nel numero di 5 circa al giorno. Questo

³²⁹ Cfr. L. De Lisi - E. Foscarini, *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, in «Note e riviste di psichiatria», 1920, n. 1, pp. 14-15.

³³⁰ Cfr. B. Bianchi, *Psichiatria e guerra...*cit., p. 327.

³³¹ Cfr. F. Kaufmann, *Die Planmassige Heilung komplizierter psychogener Bewegungstörungen bei Soldaten in einer Sitzung*, in «Münchener medizinische Wochenschrift», 9/5/1916, p. 802.

³³² Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...*cit., p. 31.

³³³ Cfr. B. Bianchi, *Psichiatria e guerra...*cit., p. 328.

³³⁴ Cfr. A. Tamburini, *Il nevrocomio militare a Villa Wurt al Gianicolo*, Roma 1918.

³³⁵ Cfr. G. Antonini, *Relazione sul primo anno d'esercizio del reparto Ospedale Militare di riserva di Mombello*, Busto Arsizio 1917.

numero crebbe anche a 6-7 dopo Caporetto, in un contesto, però, messo in ginocchio dalla rottura degli equilibri precedenti. Se le descrizioni dell'esercito sbandato verso le retrovie fanno ormai parte della coscienza collettiva, altrettanto tragica fu la situazione dei reparti avanzati e degli ospedali da campo, costretti ad organizzare in una situazione d'emergenza il transito verso le retrovie del personale militare alienato. La situazione è descritta bene da una delle maggiori riviste psichiatriche, i «Quaderni di psichiatria»:

«Gli avvenimenti di guerra dell'ottobre e novembre u.s. hanno apportato notevoli mutamenti nei servizi Neuropsichiatrici dell'Esercito. Non solo si è dolorosamente perduta tutta l'organizzazione sanitaria nella zona invasa dal nemico, ma anche le Consulenze neuropsichiatriche della II. Armata (Udine), dell'Armata Carnica (Osoppo), della IV. Armata (Belluno), e infine della III. Armata (Cervignano-San Giorgio di Nogaro), si sono dovute effettivamente abolire o restringere. Di più il Reparto neurologico di Treviso, affidato al Magg. med. Prof. L.Gatti, è stato trasferito a Milano»³³⁶.

Nonostante la drammaticità di quei frangenti il sistema, nel complesso, seppe gestire anche questa impegnativa prova. Molto dipese dall'organizzazione multicentrica messa in piedi negli anni precedenti che, basata su realtà diverse – civili e militari –, riuscì a sopportare l'arrivo degli sfollati consentendo così una rapida riorganizzazione del sistema che ebbe uno dei suoi punti nevralgici nel «Centro neuropsichiatrico della zona di guerra» in Reggio Emilia, affidato proprio a Placido Consiglio, uno degli alienisti militari italiani con maggiore esperienza. Tale scelta si pose in continuità con le politiche di igiene sociale da tempo perseguite dal Consiglio e che, ancora una volta dopo una sconfitta – come già per Adua –, tornarono con forza poiché capaci di offrire, al contempo, un contesto interpretativo sulle ragioni della disfatta e un orizzonte riabilitativo per l'esercito e per la nazione. Riemergevano come attuali le parole da “fine della civiltà” che lo stesso Consiglio aveva scritto con l'esperienza libica davanti agli occhi per descrivere lo stato di abbruttimento della razza italica:

«Pur troppo la nostra razza, oggidi è debole: sembra che essa subisca il peso della sua grande attività [...] il quale fiacca specialmente il carattere morale e la energia volitiva [...] essa è anche –oggidi- poco temprata muscolarmente, fiacca di energie nervose, poco allenata alla prontezza di iniziative superiori, nella continuativa metodicità di lavoro, nella disciplina delle meditate attività del pensiero e delle azioni»³³⁷.

Nei confronti di questa realtà di debolezza la struttura diretta da Consiglio si poneva come un argine per evitare che la nazione avesse a subire ulteriori tragiche sconfitte a causa di contingenti militari minati all'interno dal morbo degenerativo. Il Centro neuropsichiatrico, con i suoi 1100 posti e la ripartizione interna basata sulle differenze patologiche, ma anche sulla maggiore o minore pericolosità sociale, rappresentava la messa in forma di quel lombrosianesimo che abbiamo visto innervare la psichiatria militare con maggiori tendenze igienico-sociali. Rigidi strumenti contenitivi, ferrea disciplina, frequenti sedute riabilitative basate su terapie energetiche, questo era il programma terapeutico di una struttura che programmaticamente si poneva l'obiettivo di purificare il “corpo ammalato” dell'esercito.

La guerra terminò e, tutto sommato, la sinergia tra queste misure diverse, l'azione rieducatrice condotta nelle diverse sezioni in prima linea e la procedura di smaltimento di questa rilevante massa di uomini verso le retrovie – presso i manicomi e gli ospedali di riserva –, funzionò e l'esercito riuscì

³³⁶ Cfr. *Psichiatria e guerra*, in «Quaderni di Psichiatria», 1918, p. 90.

³³⁷ Cfr. P. Consiglio, *La delinquenza nei minorenni*, in «Rivista d'Italia», 5, p. 721.

sotto le pressanti esigenze dell'emergenza a dotarsi di un servizio neuro-psichiatrico che, tenuto conto del ritardo della situazione iniziale, svolse il suo compito. Lo riconosce, già nel 1916, Enrico Morselli quando sostiene:

«L'organizzazione del servizio sanitario psichiatrico, così come si è venuta sviluppando dalla primitiva concezione, non è da ritenersi in nulla inferiore a quella posta in atto presso altri Eserciti: anzi, se si deve giudicare da quanto si è letto di questi, deve essere ritenuta per alcuni riguardi superiore. Essa segna in ogni modo un progresso, del quale la Psichiatria non potrà che avvantaggiarsene sia fin da ora, sia nell'avvenire»³³⁸.

Certo, questo almeno secondo i paradigmi terapeutici che abbiano finora descritto e che sono da inquadrare all'interno del discorso medico-sociale. Un discorso che, coerentemente con le premesse organicistiche innestate nel solco lombrosiano, riteneva la guerra un acceleratore degenerogeno in grado di produrre autonomamente quegli anticorpi sociali attraverso cui la specie salvaguarda se stessa. La guerra in tutto ciò si configura come un fattore di accelerazione in grado di recidere le titubanze e i dubbi che invece persistono nel tempo ordinario.

«In conclusione, se la guerra non crea nuove forme di psicosi, disvela ed aggrava le disposizioni psicopatiche e le latenze nevrotiche, anche in soggetti che senza di ciò sarebbero forse rimasti sani; donde la necessità di un risanamento morale preventivo nelle truppe, prima della guerra, e di una attiva igiene mentale dei soldati prima della battaglia; il soldato non deve considerarsi un semplice esecutore di ordini, ma bisogna valutarne, e saperne valutare, le perdite di energie nervose e psichiche, che possono condurre a *défaillances* improvvise – per quanto transitorie se subito curate, o prevenute, – in seguito all'azione delle marce prolungate, dell'alimentazione insufficiente, delle veglie protratte, dell'agitazione nervosa e della insonnia che ne risultano»³³⁹.

Il risanamento morale da perseguirsi in tempo di pace diventa allora lo sfondo che conferisce senso a un'azione medica che solo collateralmente si pone il problema di guarire la variegata e superflua – alla luce dei paradigmi menzionati – umanità colpita dalle nevrosi belliche. Folli morali, criminali nati, degenerati, epilettici, isterici, confusi mentali, sono in tale ottica soltanto le declinazioni diverse di una popolazione degenerata che deve essere controllata, resa inoffensiva e votata alle necessità della nazione. E la guerra non può che rafforzare questa convinzione. Si profila un orizzonte disciplinare pervasivo, irrealizzabile nei fatti, ma indice di un ordine discorsivo in cui le figure dell'alienista e quelle dell'eugenista si intrecciano e si confondono, sancendo la difficoltà ermeneutica di tracciare chiaramente i confini e le peculiarità. Anche e soprattutto in questa difficoltà emergono contro luce l'insieme di contraddizioni che interessano l'alienismo italiano del periodo – di cui quello militare è un sottoinsieme –. In mezzo a ciò, vittime ripetute di queste dinamiche, i “nevrotici di guerra” che, equiparati a “criminali nati”, non godettero né di adeguate politiche riabilitative prima, né di riconoscimenti sociali poi, una volta terminato il conflitto. Infatti pochi di loro riuscirono a far riconoscere la propria disabilità mentale e quindi ottenere una pensione di guerra³⁴⁰. In compenso furono oggetto di riprovazione e stigma sociale, in un contesto storico, quale quello del dopoguerra, proteso verso il fascismo e, proprio per questo, poco disposto a riconoscere le loro ragioni.

³³⁸ Cfr. E. Morselli, *Psichiatria di guerra*, in «Quaderni di psichiatria», III, 1916 [s.p.].

³³⁹ Cfr. P. Consiglio, *La pazzia nei militari in guerra*, intervento al XIV Congresso della Società freniatria italiana, Perugia, 3-7 maggio 1911, in RSF, vol. 38, a. XLIX, 1912, p. 255.

³⁴⁰ Secondo i dati dell'«Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi di guerra» furono solo 2000 le pensioni rilasciate. Il dato, però, è problematico, e deve essere considerato solo come tendenziale.

Parte II

Il disagio mentale nell'esercito alla vigilia del Primo Conflitto Mondiale (1909-1914)

Capitolo III

Militarismo e follia nell'esercito in tempo di pace

*ai medici militari, per quanto peritissimi possano essere nella Psichiatria,
manca l'occasione di studiare gli alienati;
e ciò perché in Italia, come presso tutte le nazioni civili,
allorché un soldato incomincia a presentare fenomeni di alienazione mentale,
non si trattiene negli ospedali militari, ma si invia al manicomio,
che serve ai bisogni della provincia ove egli si trova.*

P. Grilli, *La pazzia né militari*

1. Una provincia-caserma: fare il militare a Cuneo

«Sono un uomo di mondo: ho fatto tre anni di militare a Cuneo». È una delle più celebri battute del «Principe della Risata», Totò, pronunciata nella scena del vagone letto in cui il comico fa irritare e ridicolizza l'onorevole Trombetta. È una battuta paradigmatica che ha assunto il valore di emblema di posti remoti, sconosciuti alla maggior parte dei cittadini di un'Italia povera, in cui i viaggi li faceva soltanto chi emigrava, oppure chi partiva per il servizio di leva. Un'Italia di periferia e di montagne, di nevi, ghiacci e di campagne. Un'Italia fredda che migliaia di italiani, a cavallo tra Otto e Novecento, imparano a conoscere in quanto luogo in cui viene svolto il servizio di leva.

Nella realtà, al tempo, Cuneo è una tranquilla realtà di provincia, con tutti gli agi e i servizi che può garantirsi una comunità con meno pretese e più sobrietà rispetto alle popolose città dell'Italia settentrionale dell'epoca. Disseminata di alberghi, osterie e ristoranti, già ad inizio del Novecento³⁴¹, è la meta ideale per le gite fuori porta di chi desidera abbandonare il contesto urbano in anni segnati dal rapido sviluppo industriale e dal conseguente vertiginoso aumento della popolazione. Rispetto a ciò Cuneo si configura come una media e sonnolenta realtà di confine, ben collegata al capoluogo Torino, in cui si affacciano quegli elementi di trasformazione che segnano diverse altre realtà urbane dell'epoca: l'illuminazione pubblica, la diffusione della rete telefonica e la ridefinizione e il potenziamento della rete ferroviaria. La provincia di Cuneo è però anche – e soprattutto – un territorio di caserme, un insieme disperso di avamposti militari chiamati a vigilare sul confine Occidentale dell'Italia unita. Il legame tra la presenza militare e la città è così saldo che «amministratori e mondo del commercio tentano di difendere gelosamente la presenza di un presidio che garantisce ai secondi consistenti attività economiche, in una città che non vanta altri grandi settori di sviluppo»³⁴². Queste pressioni, unite al valore strategico di una terra di confine, spingono il governo a incrementare la già cospicua presenza di caserme, attraverso la progettazione di un nuovo quartiere militare dislocato ai margini della città del tempo, nei pressi della odierna – e invece centrale – piazza Galimberti³⁴³. Con la realizzazione della caserma dedicata a Vittorio Emanuele II, intorno alla metà degli anni Ottanta, ha inizio un processo di trasformazioni urbane che

³⁴¹ Cfr. le pagine dedicate a osterie, ristoranti e altri luoghi di ritrovo sulla *Guida Oggero della Provincia di Cuneo*, Tipografia Oggero, Cuneo 1900.

³⁴² Cfr. E. Angeleri, E. Forzinetti, L. Martini, *Dal cuneese alla Libia 1911-1912. La guerra dimenticata*, ArabAFenice ed., Boves 2015, p. 44.

³⁴³ Cfr. R. Albanese, *Caserme come Piazze, Piazze come Caserme*, in Cuneo da Ottocento anni 1198-1998, ed. L'Artistica, Savigliano 1998, pp. 350 e segg.

coinvolgono l'intera area destinata al nuovo complesso militare. Accanto alla caserma Vittorio Emanuele viene realizzata la Ferdinando di Savoia con cui, nel corso del Novecento, costituisce un ampio e articolato distretto militare. Durante la Grande Guerra, la struttura intitolata al re protagonista dell'Unità, è sede del II Reggimento Alpini, mentre la caserma Ferdinando di Savoia è sede del 33° Reggimento Fanteria e, in seguito, del III° Gruppo di Artiglieria da montagna Mondovì³⁴⁴. La città e la provincia, parallelamente al processo di costituzione del nuovo quartiere militare, legano sempre più il proprio territorio alle brigate Alpini che, già prima della Grande Guerra, si trovano dislocate a "macchia di leopardo". Come riassunto efficacemente da uno studio recente sulla guerra libica e il territorio cuneese:

«L'ultima riorganizzazione con la costituzione di Brigate Alpine comprendenti più reggimenti è avvenuta nel 1910. La I° Brigata ha sede a Cuneo e comprende due reggimenti: il Primo, con sede Mondovì, con i battaglioni Ceva³⁴⁵, Pieve di Teco³⁴⁶, Mondovì; il Secondo con sede in Cuneo, raggruppa i battaglioni Borgo San Dalmazzo, Dronero, Saluzzo³⁴⁷. I battaglioni conservano, con alcune varianti, il nome della località in cui risiedeva a fine '800 il rispettivo centro di mobilitazione, detto magazzino di arredamento. [...] Al momento dello scoppio della guerra di Libia il complesso delle caserme cuneesi ospita, alla Vittorio Emanuele II la sede della Brigata di Fanteria Livorno, il Battaglione Ceva del I° Reggimento Alpini e reparti dei battaglioni Dronero, Borgo San Dalmazzo e Saluzzo del II Reggimento Alpini. Il distacco del 23° Reggimento Artiglieria è situato presso la Ferdinando di Savoia, in corso re Umberto (oggi corso Soleri). Proprio di fronte, nella caserma Tornafonte, ha sede il 16° Reggimento Cavalleria Lucca (con distacco a Fossano). Altri reparti sono situati nelle strutture più vecchie: il 33° Fanteria alle caserme Carlo Emanuele III, in via Ospedale, e alla vicina caserma Leutrum, dove si trova anche il panificio militare. Nella caserma dell'ex convento di San Francesco è situato il Distretto militare. La sede del Genio Militare è lungo corso Gesso»³⁴⁸.

Nel 1914 Cuneo è inoltre la sede della 4° Divisione Territoriale, comandata dal tenente generale Ezio Reisoli, e della 3° Squadriglia aeroplani, costituita da monopiani Blériot a due posti. «La pista e gli hangar sono situati in piazza d'armi, il responsabile è il tenente Ettore De Carolis»³⁴⁹. Una presenza capillare che ben contraddistingue non soltanto la fisionomia urbanistica di città-caserma di Cuneo, ma un più generale e consolidato legame tra i militari e la cittadinanza, con i primi che, di fatto, rappresentano una porzione considerevole, anche se in parte contingente e transitoria, della comunità. Ma la presenza dei militari non si limita soltanto alla città, anche l'intero territorio della provincia è ben vigilato. A Dronero, dal 1887, è presente il Battaglione Dronero. A Saluzzo sono presenti il Reggimento Cavalleggeri Lucca e il 74° Fanteria, quest'ultimo a guardia della fortezza della Castiglia, il carcere di massima sicurezza situato nell'ex castello del marchesato. A Mondovì, oltre al secondo distretto militare, è presente il I° Reggimento Alpini, il Battaglione Mondovì e il I° Reggimento di Artiglieria da montagna³⁵⁰. A Fossano, invece, sono presenti i comandi del 34° Fanteria e del 26° Artiglieria, un battaglione del 16° Cavalleria e il deposito del 34° Fanteria. A Savigliano, oltre alla caserma Arimondi che, durante la Grande Guerra, conta 2mila soldati circa, è presente l'Ospedale Militare, da cui provengono una buona parte dei militari alienati giunti a Racconigi in osservazione. A Bra è presente il 74° Fanteria della Brigata Lombardia, mentre ad Alba

³⁴⁴ Cfr. E. Angeleri, E. Forzinetti, L. Martini, *Dal cuneese alla Libia 1911-1912. La guerra dimenticata...*cit., p. 44.

³⁴⁵ Cfr. G. Ferraris, G. Gonella, G. Raviolo, «Ricordati che sei del Ceva». *Storia di un Battaglione alpino*, ArabAFenice, Boves, 2014.

³⁴⁶ Cfr. P. Alassio, *Dalle Alpi marittime alla steppa russa. Storia del Battaglione alpini «Pieve di Teco»*, Dominici Editore, Imperia 2003.

³⁴⁷ Cfr. G. Unia, *Il 2° Reggimento Alpini. Dalle origini a Kabul*, L'Arciere, Cuneo 2006.

³⁴⁸ Cfr. E. Angeleri, E. Forzinetti, L. Martini, *Dal cuneese alla Libia 1911-1912. La guerra dimenticata...*cit., pp. 44-45.

³⁴⁹ Cfr. M. Ruzzi, *Cuneo in guerra 1915-18 e 1940-45* in M. Calandri e M. Corrdero (a cura di), *Novecento a Cuneo. Studi sull'ottavo secolo della città*, tomo 1, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2000, p. 106.

³⁵⁰ Cfr. E. Angeleri, E. Forzinetti, L. Martini, *Dal cuneese alla Libia 1911-1912. La guerra dimenticata...*cit., p. 46.

è dislocato il 73° sempre della medesima Brigata. Insomma, come testimonia l'annuale *Guida Oggero* che raccoglie le diverse attività presenti nella provincia di Cuneo, la presenza di caserme, avamposti e presidi ospedalieri, rende il territorio della «Granda» una sorta di vigile guarnigione a difesa del confine con la Francia.

Non stupisce così rintracciare nel periodo esaminato prima della Grande Guerra – dal 1909 in avanti – la presenza costante, anche se statisticamente non rilevante, di soldati alienati inviati presso il manicomio di Racconigi. Diversi, dopo un periodo di osservazione, vengono rispediti alla caserma di provenienza, altri conoscono la strada che conduce al frenocomio della provincia di appartenenza, qualcuno, invece, permane a Racconigi per ulteriori periodi di osservazione fino a quando viene definitivamente licenziato. Quasi tutti provengono da una delle caserme disseminate sul territorio, in qualche circostanza dopo un passaggio al presidio ospedaliero di Savigliano. Cuneo è una città strategica ma, ancor di più lo è il territorio circostante, in un momento in cui i rapporti con la Francia risultano essere tesi e la situazione in nord Africa rischia di inasprire i contrasti con le altre nazioni interessate al Maghreb.

In questa congiuntura³⁵¹ le trasformazioni in atto non riguardano soltanto la logistica e la dislocazione sul territorio cuneese delle caserme, è infatti tutto il comparto militare ad essere soggetto a sussulti e cambiamenti, anche di tipo estetico. Dal 1910 viene distribuita a tutti i reparti la celebre divisa grigio-verde, quella che nell'immaginario collettivo contraddistingue i soldati italiani impegnati nella Grande Guerra, ma soprattutto, dopo una fase iniziata nel 1891, caratterizzata dalla riduzione di qualche mese dei tre anni previsti come ferma obbligatoria, la leva diviene finalmente biennale, venendo incontro ad una richiesta mai sopita nell'opinione pubblica³⁵². La riduzione del periodo da trascorrere obbligatoriamente a servizio dello Stato giungeva al termine di un processo di ridefinizione delle forze armate iniziato in coincidenza con l'Unità d'Italia. Al principio, nel 1863, la ferma obbligatoria era della durata di cinque anni, poi, al termine dei provvedimenti conosciuti come «riforma Ricotti», dal nome del ministro Cesare Ricotti, nel 1882, venne portata a 3 anni. Veniva stabilito che le reclute fossero destinate ad una regione diversa rispetto a quella d'origine, ad esclusione degli alpini, il corpo che per definizione affermava il legame tra la truppa e il territorio di provenienza³⁵³. Se nel primo caso l'intento era quello di far circolare gli italiani sul territorio nazionale, di evitare che nel caso di rivolte l'esercito non potesse essere utilizzato per ragioni di ordine pubblico, nel secondo l'intento era piuttosto quello di fortificare lo spirito di corpo e di radicarlo in un ambiente ostile, quale quello alpino. Ma in una nazione ancora prevalentemente contadina, in cui la maggior parte degli uomini erano dediti alle attività agricole, quegli anni trascorsi al servizio dello stato suscitavano malumori e opposizioni, più o meno striscianti.

Oltre a ciò la leva ebbe però anche un ruolo sociale emancipativo, nello specifico sui processi di alfabetizzazione degli italiani. La maggior parte di questi ultimi avevano notevoli difficoltà con la lettura e pochi di essi avevano mai preso in mano un giornale per leggerlo. Come riporta Antonio Gibelli, nella classe del 1872, quelli che nel 1917 avevano 45 anni, l'analfabetismo era del 39%, «mentre nella classe 1900 era sceso al 23%»³⁵⁴. Abituati ad esprimersi perlopiù in dialetto, questi giovani di vent'anni circa, durante il servizio militare entrarono in contatto non soltanto con lingue e cadenze sconosciute ma anche con documenti, circolari, leggi, disposizioni compilate nella lingua ufficiale della nazione: l'italiano. Leggi e disposizioni non potevano non essere conosciute dai

³⁵¹ Come mostrato recentemente da Oliver Janz in *1914-1918. La grande guerra...cit.*, pp. 11 e segg. le vicende che conducono al conflitto globale sono molto meno lineari e teleologicamente orientate di quanto ritenesse la vecchia storiografia e hanno nelle crisi marocchine, nella tensione venutasi a creare nell'Africa del Nord e nelle successive vicende balcaniche un laboratorio di sviluppo che ha conosciuto un esito per molti versi impreveduto rispetto a quanto immaginato dagli attori in campo.

³⁵² Cfr. N. Labanca (a cura di), *Fare il soldato. Storie del reclutamento militare in Italia*, Unicopli, Milano 2008.

³⁵³ Cfr. G. Rochat- G. Massobrio, *Breve storia dell'esercito italiano dal 1861 al 1943*, Einaudi, Torino 1978, pp. 84 e segg.

³⁵⁴ Cfr. A. Gibelli, *La grande guerra degli italiani. 1915-1918*, BUR, Milano 2014, p. 136.

militari, che dovettero fare gli sforzi necessari per leggere e comprendere una lingua per molti estranea. Come sostiene Tullio De Mauro «durante la guerra si profilò per la prima volta un livello linguistico popolare e unitario, ricco di regionalismi ma non regionale: [...] il primo costituirsi dell'italiano popolare unitario»³⁵⁵. Per questo la leva favorì l'alfabetizzazione dei fanti, l'acquisizione di una, seppur rudimentale, capacità di leggere, scrivere e comprendere l'italiano. Eppure, a fronte di tutto ciò, il servizio militare restava nell'immaginario collettivo un odioso sopruso che un'entità lontana e astratta imponeva ai cittadini. Proprio alla luce di ciò la riduzione del periodo di ferma obbligatorio viene vissuta come una liberazione, in particolare nelle famiglie contadine in cui la partenza dei figli maschi, necessari per il lavoro nei campi, rappresenta a tutti gli effetti una sciagura in grado di far precipitare nella miseria l'intero gruppo parentale.

C'è da dire, però, che al netto del disprezzo condiviso dalle comunità, la leva ha rappresentato per buona parte del XX° secolo il più importante rito di passaggio per l'ingresso degli uomini nella vita adulta. Ed essere giudicati "rivedibili" o, peggio ancora, "riformati" equivale ad ottenere il disprezzo della comunità di riferimento e a essere declassati ad una condizione di sudditanza sociale. I riformati sono, in qualche misura, soggetti che non hanno raggiunto l'età adulta e, per questo, elementi su cui la collettività può fare poco riferimento. Questa è anche la condizione che interessa tutti coloro i quali sono stati dichiarati inizialmente "abili" per il servizio militare, salvo essere andati incontro ad esperienze particolari che ne hanno pregiudicato la condizione accertata con la visita di leva. Tra queste c'è la convalescenza per problemi legati alla sanità mentale. Transitare dalla condizione di soggetti "normali" a quella di potenziali alienati o, peggio ancora, di "mentecatti", equivale ad ottenere la patente di "pazzi" e, quindi, la commiserazione nel migliore dei casi, o il disprezzo negli altri. Questo anche in virtù di un processo più generale, emerso durante l'età Liberale, che ha riguardato la capacità dell'esercito di rappresentare per i giovani un rito di passaggio, vale a dire una soglia che immette nella condizione adulta.

Su tutto ciò ha giocato un ruolo fondamentale la capacità dell'esercito di rappresentare un fattore centrale nella costituzione dell'identità nazionale e, più nello specifico, nella nazionalizzazione delle masse nella società italiana tra Otto e Novecento³⁵⁶. Come ben riassume Lorenzo Benadusi:

«Un secolo fa, quando le cose erano molto diverse, la preparazione della guerra costitutiva invece il compito più importante dello stato e la sfera militare era tra le più rilevanti nella vita del paese, tanto da assorbire il 20-25% delle risorse pubbliche, risultando la prima voce di spesa esclusi gli interessi sul debito. L'esercito inteso inoltre come scuola della nazione, come struttura portante della nazionalizzazione delle masse. L'obbligo della ferma, la cui durata arrivava ai due anni, rispondeva infatti a questo obiettivo, e agli ufficiali spettava il compito supremo di educare i soldati, di farne dei cittadini e dei patrioti. [...] Anche la stampa seguiva quotidianamente i problemi delle forze armate, soffermandosi sia sulle più importanti questioni strategiche, sia sui dettagli tecnici: numero delle divisioni, tipi di fortificazioni, armamenti, durata della leva, esecuzioni delle grandi manovre, stipendi e persino le fogge delle divise che gli ufficiali dovevano indossare»³⁵⁷.

Il passo, riportato dal volume di Benadusi *Ufficiale e gentiluomo. Virtù civili e valori militari in Italia 1896-1918*, sottolinea quanto le vicende militari fossero al centro degli interessi – e delle preoccupazioni – non soltanto dei governanti ma anche della società tutta. Questa ultima si informa, discute e analizza con interesse non soltanto lo stato e le condizioni delle caserme, dei soldati e degli

³⁵⁵ Cfr. T. De Mauro, *Storia linguistica dell'Italia unita*, Laterza, Roma-Bari 1991, pp. 108-109.

³⁵⁶ Solo per restare in Italia, e tra le produzioni recenti, vedi: L. Benadusi, *Ufficiale e gentiluomo. Virtù civili e valori militari in Italia, 1896-1918*, Feltrinelli, Milano 2015.

³⁵⁷ Ivi, p. 12.

armamenti, ma si occupa anche delle vicende private dei soldati e delle loro famiglie, come accade a Cuneo dove nel 1911 fa scandalo – riempiendo le cronache e le discussioni in città – una presunta storia di tradimenti che coinvolge la moglie di un maresciallo dell'esercito residente in una delle caserme della città³⁵⁸. Tutto ciò indica quanto le caserme, e i militari in esse residenti, fossero parte del tessuto urbano e sociale delle città tra Otto e Novecento e, nella fattispecie, quanto nella provincia Granda questo legame fosse consolidato e sentito dalla popolazione che, nel suo insieme, difende gelosamente questa presenza a salvaguardia del territorio. Si spiega anche in tale ottica la ferma opposizione e il moto di aperta ostilità della popolazione di Bra all'allontanamento degli alpini dalla città, in cui avevano sede dalla fondazione nel 1882, durante la fase di nuova dislocazione delle truppe sul territorio tra Otto e Novecento.

Per molti versi, dunque, quello cuneese è un territorio in cui la presenza delle caserme viene vissuta come parte dell'ambiente, al pari delle cascine e delle aziende agricole, e non come un elemento estraneo; ciò favorisce localmente quel processo di «rapida militarizzazione della società» e di «progressiva civilizzazione dell'esercito»³⁵⁹ che rappresenta una delle cifre del passaggio di secolo. Come sostenuto sempre da Benadusi, «i due ambiti finivano per compenetrarsi e condizionarsi»³⁶⁰ e se l'esercito trasmetteva alla società «alcuni valori militari come quelli di onore, coraggio, spirito di corpo, rispetto delle gerarchie, capacità di sacrificio e senso del dovere»³⁶¹, anche la società influenzava il mondo delle caserme con valori tipicamente borghesi quali il pragmatismo, l'efficienza, la professionalità. Tutto ciò sarebbe entrato in profonda crisi con lo scoppio della Grande Guerra e con la lacerazione inferta alla società nella sua interezza e, quindi, anche a questo connubio. La compenetrazione e il reciproco condizionamento sarebbero da lì a poco entrati in crisi anche, e soprattutto, a causa dei pesanti costi umani, sociali ed economici della guerra. E il rifiuto della guerra assume il volto di un rifiuto delle logiche che la animano e, dunque, anche di quel militarismo che ne costituisce il volto più repressivo e autoritario. Torna così prepotente – ammesso che sia mai venuta meno – l'antinomia tra civiltà e barbarie, tra società civile e ambiente militare, tra borghesia e esercito. E in queste dicotomie va ricercato quel disagio della civiltà, celebrato dai poeti, analizzato dagli storici e dai filosofi, di cui le nevrosi di guerra che colpiscono fanti e ufficiali durante il grande conflitto, forse, sono il contrassegno più evidente e sintomatico.

2. Soldati alienati prima della Grande Guerra (1910-1914)

L'ufficiale medico Gaetano Funaioli, volendo sottolineare l'importanza del problema psichiatrico tra i soldati dell'esercito italiano prima della Guerra, già ad inizio del secolo, dimostra – dati alla mano – il sensibile aumento dei riformati per alienazione mentale. Più precisamente tra il 1876 e il 1904, i calcoli evidenziavano questi numeri: tra il 1876 e il 1880 = 0,78 per mille; tra il 1881 e il 1885 = 1,36 per mille; tra il 1886 e il 1890 = 1,79 per mille; tra il 1891 e il 1895 = 2,29; tra il 1896 e il 1900 = 3,74 per mille; tra il 1901 e il 1904 = 4,37 per mille³⁶². In costante aumento anche il numero dei soldati «ricoverati in cura per l'Alcoolismo, nel periodo 1894-1907, è stato: 2 – 7 – 13 – 4 – 20 – 7 – 18 – 15 – 17 – 24 – 29 – 32 – 35 – 51»³⁶³.

Il trend è simile a quello che si registra tra gli ingressi presso il manicomio della provincia di Cuneo. Qui, infatti, lo spoglio dei dati che si riferiscono al periodo precedente la guerra,

³⁵⁸ Cfr. «Sentinella delle Alpi», 23 settembre 1911 in E. Angeleri, E. Forzinetti, L. Martini, *Dal cuneese alla Libia 1911-1912. La guerra dimenticata...cit.*, p. 44.

³⁵⁹ Cfr. L. Benadusi, *Ufficiale e gentiluomo. Virtù civili e valori militari in Italia...cit.*, p. 12.

³⁶⁰ *Ivi*, p. 13.

³⁶¹ *Ibidem*.

³⁶² Cfr. G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito* in RSF, vol. 38, 1911, p. 339

³⁶³ Cfr. P. Consiglio, *L'Alcoolismo nell'Esercito*, in RSF, 1912, p. 94.

precisamente all'arco di tempo tra il 1909 e il 1914 compreso, indica che la percentuale degli alienati militari rispetto agli ingressi totali è minima, anche se in costante aumento. Nel 1909, l'anno del «Regolamento per la esecuzione della legge 14 Febbraio 1904, n.36»³⁶⁴ sui «manicomi e gli alienati», ci fu un solo soldato ricoverato nel frenocomio di Racconigi, su un totale di 353 ingressi³⁶⁵, divisi in 224 uomini e 129 donne³⁶⁶. Nel 1910 i soldati internati sono 3³⁶⁷ su un totale di 315 totali. Di essi 200 furono gli uomini e 115 le donne³⁶⁸. Nel 1911 sono 6³⁶⁹ gli alienati militari su un totale di 278³⁷⁰, 160 uomini e 118 donne. Nel 1912 furono 7³⁷¹ i soldati internati, su un totale di 320³⁷², tra cui 163 uomini e 157 donne. Nel 1913 sono 8³⁷³, su un totale di 293³⁷⁴ ingressi così ripartiti: 153 uomini e 140 donne. Nel 1914, l'anno effettivo dello scoppio delle ostilità che, però, vide l'Italia in posizione di attesa, i soldati alienati furono 5³⁷⁵, su un totale di 305 ingressi³⁷⁶. Di essi gli uomini furono 170 e le donne 135.

Anno	Totale ricoveri	Soldati internati (con relativo numero di matricola)
1909	353	1 (7548)
1910	315	3 (7655, 7731, 7837)
1911	278	6 (8034, 8165, 8179, 8188, 8205, 8226)

³⁶⁴ Decreto legge 16 agosto 1909, n.615, pubblicato il 16 settembre sulla «Gazzetta Ufficiale».

³⁶⁵ AONR, Serie IX.1.1, UA 1142, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti*, num. di matricola:4588-7653. Il numero di matricola dell'alienato è il 7548.

³⁶⁶ APCN, ACP di Cuneo 1909, Sessione ordinaria, Tipografia Provinciale Marengo, Cuneo 1910, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 178 e ACP Cuneo 1910, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1911, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 197.

³⁶⁷ AONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti*, num. di matricola:7654-10529.

³⁶⁸ APCN, ACP di Cuneo 1910, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1911, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 197 e ACP Cuneo 1911, Sessione ordinaria e straordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1912, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 204.

³⁶⁹ AONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti*, anno 1911. I numeri di matricola degli alienati sono rispettivamente il 8205 e il 8226.

³⁷⁰ APCN, ACP di Cuneo 1911, Sessione ordinaria e straordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1912, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 204 e ACP Cuneo 1912, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1913, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 230.

³⁷¹ AONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti*, anno 1912. I numeri di matricola sono rispettivamente: 8336, 8357, 8397, 8512 e 8550.

³⁷² APCN, ACP di Cuneo 1912, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1913, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 230 e ACP Cuneo 1913, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1914, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 223.

³⁷³ AONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti*, anno 1913. I numeri di matricola sono rispettivamente: 8681, 8719, 8745, 8756, 8819.

³⁷⁴ APCN, ACP di Cuneo 1913, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1914, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 223 e ACP di Cuneo 1914, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1915, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 224.

³⁷⁵ AONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti*, anno 1914. I numeri di matricola sono rispettivamente: 8875, 8938, 9106, 9140, 9141.

³⁷⁶ APCN, ACP di Cuneo 1914, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1915, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 224 e ACP Cuneo 1915, Sessione ordinaria e straordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1916, *Allegato n.1-Quadro dei movimenti dei ricoverati*, p. 211.

1912	320	7 (8336,8357,8375,8397,8458,8512,8550)
1913	293	8 (8600,8632,8681,8719,8745,8747,8771,8819)
1914	305	5 (8875,8938,9106,9140,8141)

Fonti: Archivio Storico Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi [d'ora in avanti ASONR], Serie IX.1.1, UA 1142, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1897-1909*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917* [elaborazione ns].

I dati raccolti presentano una situazione indicativa, con percentuali minime di soldati ricoverati rispetto alla popolazione totale. E ciò viene confermato anche da alcune dichiarazioni dell'Avvocato Donato Colombo, presidente della Commissione Amministrativa del Manicomio della Provincia di Cuneo», che nella annuale «Relazione sul disegno di Bilancio per 1918», volendo sottolineare l'emergenza derivante dal ricovero degli "alienati militari", effettua un raffronto comparativo con la situazione pre-conflitto e indica in 6-8 militari la presenza «negli anni di pace»³⁷⁷. Il dato, confermato alla luce delle fonti disponibili e della documentazione esaminata, mostra a un primo sguardo una presenza poco incisiva di militari nel periodo pre-bellico e questo a fronte di una presenza di caserme sul territorio capillare. Le cifre, però, da sole non riescono a descrivere la complessità della situazione, per questo devono essere contestualizzate alla luce di alcuni elementi. Intanto non tutti i soldati che mostravano segni di disagio mentale finivano in manicomio; spesso le infermerie dei corpi di appartenenza non riconoscevano la condizione e, tutt'al più, davano al soldato qualche giorno di "riposo in branda". Nei casi più evidenti, quelli che solitamente venivano inquadrati come "mania acuta", veniva disposto il trasferimento all'ospedale militare di riferimento – quello di Savigliano – che non necessariamente, a sua volta, provvedeva al trasferimento presso il manicomio provinciale. Il soldato poteva essere mantenuto in osservazione con diagnosi diverse, rispedito al corpo d'appartenenza e, solo in alcuni casi, inviato in osservazione al frenocomio di Racconigi. Insomma il ventaglio di possibilità, che non consente di ricostruire il numero esatto dei soldati che soffrirono di patologie psichiatriche prima della guerra, è ampio. E se i numeri, a una prima lettura, sembrano indicarci che prima del conflitto, nelle caserme del cuneese, si soffre poco di problemi mentali, in realtà la situazione è meno evidente e più sfuggente. C'è infatti almeno un'altra spiegazione che riguarda la sottovalutazione dei sintomi psichici lamentati dai militari e la conseguente adozione di politiche mediche che prevedono l'invio in manicomio solo nei casi eccezionali. Ciò sarebbe in linea con quanto segnalato da Pietro Grilli relativamente a una scarsa dimestichezza dei medici militare con l'ambito psichiatrico e con la riluttanza delle istituzioni militari a condividere, in qualche modo, la gestione della truppa con un altro ente – il manicomio –, dipendente da amministrazioni diverse (nella fattispecie la Provincia)

Nel 1909 l'unico soldato ricoverato rappresenta lo 0,28 % del totale degli ingressi e lo 0,45 % degli internati uomini accolti nel frenocomio. La percentuale dei soldati ricoverati, nel 1910, è dello 0,95 % rispetto al totale degli ingressi e dell'1,5 % rispetto agli uomini. Per il 1911 i militari alienati sono lo 2,15 % degli ingressi totali e il 3,75 % della popolazione maschile entrata in manicomio durante

³⁷⁷ APCN, *Relazione sul disegno di Bilancio per 1918* in ACP di Cuneo 1917, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1918, p. 391.

l'anno. Nel 1912 la percentuale è di 2,19 % rispetto al totale e del 4,29 % rispetto a quella degli uomini. Nel 1913 il rapporto è di 2,73 % sul totale e del 5,23 % rispetto a quella maschile. Nel 1914, nell'anno dello scoppio della guerra, gli alienati militari che vengono ricoverati sono l'1,64 % del totale degli ingressi e lo 2,94 % della popolazione maschile. Ad una prima lettura questi numeri mostrano dunque quanto il fenomeno dei soldati alienati, anche in una provincia di confine, e per questo ricca di caserme, come Cuneo, fosse tutto sommato non considerevole o, comunque, statisticamente non rilevante. Anche le vicende personali di questi soldati sono piuttosto varie, non riconducibili a uno schema comune e in tale ottica sembrano ragionare i medici che li osservano e li "analizzano" più sulla base di categorie preconcepite consolidate – su tutte quella del "degenerazionismo" – che per l'incidenza del contesto – la caserma – da cui provengono e per il tipo di vita che questo comporta.

I primi quattro ricoverati del periodo esaminato, dopo una breve degenza che non supera i 150 giorni nel caso più grave, affetto da «demenza precoce»³⁷⁸, vengono tutti rispediti in caserma. Tra i ricoverati del 1911 c'è un decesso per «enterite cronica»³⁷⁹, due soldati giudicati «non di competenza manicomiale», altri due militari guariti e un soldato che, a causa di un persistente stato di «esaltamento maniaco»³⁸⁰ resta in manicomio per quasi un anno, dopodiché viene rispedito in caserma. Situazione varia anche nel 1912; tra i casi si registrano però due diagnosi di «confusione allucinatoria»³⁸¹, una delle categorie più spesso utilizzata durante la guerra per descrivere i casi di «shell shock». Tra gli altri si segnala un militare affetto da «evitamento psicomotorio da alcolismo»³⁸². Tutti, dopo un breve periodo di osservazione, vengono rispediti alle caserme di provenienze. Nel 1913 i casi di «accesso confusionale»³⁸³ aumentano, sono 5 su 8, e il dato sembra indicare che i medici cominciano a utilizzare sempre più di frequente questa categoria per i soldati che giungono dalle caserme «agitati», in preda a confusione o «esaltati». Nel 1914, invece il dato prevalente riguarda le diagnosi di «non competenza manicomiale»³⁸⁴.

La maggior parte di essi, 18 su 30, hanno 21 anni, sono militari di leva, quindi molto giovani, e provengono dalle caserme disseminate sul territorio o dall'Ospedale Militare dislocato a Savigliano (17 di essi). Solo una percentuale ridotta del segmento considerato – 4 soldati – è costituito da militari cuneesi in servizio di leva presso altre province che vengono trasferiti nel manicomio della provincia di appartenenza. La giovane età dei ricoverati inviati nel «comparto d'osservazione» si spiega considerando che tutti i soldati sono in periodo di "ferma obbligatoria" svolta in una delle caserme presenti sul territorio. Il servizio di leva, già divenuto obbligatorio nello Stato sabauda attraverso la riforma La Marmora (legge 20 marzo 1854 n. 1676), dopo l'unità d'Italia venne esteso progressivamente a tutti i territori della penisola attraverso la legge 13 luglio 1862 n. 696 che introdusse la leva obbligatoria per tutte le province dello Stato³⁸⁵. Come visto, nel periodo esaminato – precisamente nel 1910 – la leva diventa biennale, una novità che seppur attesa e accolta con favore non riesce a mitigare l'effetto dell'allontanamento coatto dalla propria terra, famiglia e abitudini. Un disagio comprensibile alla luce della violenza implicita del processo attraverso cui si cerca di plasmare il cittadino facendone un soldato preparato ed efficiente; un uomo al contempo chiamato a saper rispondere con equilibrio e flessibilità a istanze divergenti quali quelle sollecitate dalla vita militare che in tempo di pace si prepara alla guerra.

³⁷⁸ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. 7837, *tabella nosografica: anamnesi*.

³⁷⁹ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. 8205, *foglio di decesso*, 12 Agosto 2017.

³⁸⁰ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. 8188, *tabella nosografica: diario clinico*.

³⁸¹ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. 8375 e 8550.

³⁸² AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. 8336.

³⁸³ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. 8600, 8632, 8719,8745, 8771.

³⁸⁴ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. 9106, 9140, 9141.

³⁸⁵ Cfr. A. Sandulli, G. Vesperini, *L'organizzazione dello Stato unitario*, in «Rivista trimestrale di diritto pubblico», n. 1/2011.

Nella congiuntura specifica trasformarsi, per le istituzioni militari, significava abbandonare il volto più oscurantista e reazionario di una società che per secoli aveva fatto della separatezza, della chiusura, della differenza rispetto ai codici e ai valori della società, uno dei nuclei fondamentali della propria identità. In Italia questo processo che, più in generale, coinvolgeva le forze armate delle diverse nazioni europee, si innestava all'interno delle dinamiche relative all'Unità. Costruire uno stato nazionale, traghettarlo nel novero delle potenze mondiali, modernizzarlo, sono fattori che per forza di cose coinvolgono direttamente le forze armate e il processo di necessaria riforma che le riguarda. La leva obbligatoria, infatti, da una parte aveva messo a disposizione dello stato un numero senza precedenti di uomini, dall'altra richiedeva una organizzazione in grado di far fronte alla nuova realtà. Educare, formare e disciplinare questi giovani che, per la maggior parte, provenivano dall'ambiente contadino comportava una profonda revisione delle modalità di gestione delle risorse umane adesso disponibili. Infatti, secondo i dati a disposizione, ancora nell'immediatezza del periodo qui preso in esame, nel 1911, momento del censimento generale, quasi il 60%³⁸⁶ della popolazione era occupato in agricoltura, mentre il resto era diviso – nella stessa misura all'incirca – tra l'industria e altre attività (terziario). Queste cifre, pur nei limiti e nelle problematicità di simili rilevazioni statistiche, trovano conferma nei rilievi relativi ai salariati richiamati sotto le armi alla fine del 1918 che, per il comparto agricolo, ricalcano le cifre del 1911, vale a dire il 58% circa. Questo ci consente di affermare, in linea con quanto ricostruito dalla storiografia, che il mondo contadino è il serbatoio più rilevante per l'esercito di massa di inizio Novecento. Migliaia di giovani abituati alla vita di campagna, alle attività all'aria aperta, provenienti dai contesti più disparati d'Italia, che dovevano essere educati, formati e messi a disposizione dello Stato. E per raggiungere questo obiettivo era necessario ripensare l'intero sistema e adeguarlo alla nuova realtà. Anche alla luce di ciò deve essere contestualizzato il rilevante peso che il bilancio del Ministero della Guerra ha all'interno della finanza pubblica del neonato Regno. Nel 1895 le spese per l'Esercito e la Marina ammontavano al 25% del totale e nel periodo della Guerra di Libia erano del 22% circa³⁸⁷. In generale tra il 1876 e il 1911 le spese per il comparto militare (compresa la Marina) sono circoscritte tra il 20 e il 25% del totale della spesa pubblica³⁸⁸, una percentuale che chiarisce non soltanto quanto fosse ritenuto importante la realizzazione di un sistema militare moderno e all'altezza delle sfide del tempo, ma anche quanto ciò gravasse sul bilancio pubblico³⁸⁹.

Il processo di lenta trasformazione dell'esercito, l'abbandono della prassi feudale dell'affrancamento attraverso il pagamento di una quota, l'estensione della leva a tutti gli strati sociali, se non rendeva l'Italia uno "Stato-Caserma", indubbiamente aumentava il livello di militarizzazione della società; il fenomeno, politicamente, presentava delle ragioni molto profonde legate al bisogno di veicolare il Paese al di fuori della lunga stagione feudale, lontano da un sistema in cui le differenze di classe sancivano il posto nella gerarchia sociale. Per raggiungere questi obiettivi era necessario che un ambito tradizionalmente ostile ad ogni mutamento, quello militare, andasse incontro a profondi cambiamenti e venisse percepito dalla collettività in maniera diversa rispetto al passato; come un'istituzione in grado di offrire nuove opportunità a tutti, con il solo discrimine della volontà e degli interessi della nazione. In realtà, come è stato notato dalla storiografia³⁹⁰, sul piano degli effetti concreti il risultato del processo di democratizzazione dell'esercito fu piuttosto modesto e la leva di massa si palesò come l'ulteriore, odioso, balzello a carico delle classi più povere, quelle con meno strumenti a disposizione per sfuggire alla coscrizione

³⁸⁶ Il 58% per la precisione. Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani...cit.*, pp. 85-88.

³⁸⁷ Cfr. G. Rochat- G. Massorbio, *Breve storia dell'esercito italiano dal 1861 al 1943*, Einaudi, Torino 1978, p. 73.

³⁸⁸ Bisogna però considerare che quasi il 50% di questa spesa è destinata al pagamento degli interessi sul debito pubblico.

³⁸⁹ Cfr. P. Cammarano, *Storia dell'Italia liberale*, Laterza, Roma-Bari 2011, p. 30 e segg..

³⁹⁰ Cfr. P. Del Negro, *Esercito, Stato, società. Saggi di storia militare*, Cappelli, Bologna 1979, pp. 170 e segg. e M. Mondini, *Militarismo e militarizzazione. Modelli nazionali nel rapporto tra armi e politica nell'Europa contemporanea*, in «Memoria e Ricerca», n.28, 2008.

obbligatoria. Ciò però non escluse, in una qualche misura, una certa ibridazione tra componenti sociali diverse, costrette a condividere tempi e spazi nelle caserme sparse dell'Italia – come a Cuneo –; tutto questo favorì quell'apertura del mondo contadino ai valori borghesi ritenuta una delle condizioni necessarie per l'ammmodernamento della Nazione. Ciò, però, espose l'esercito ad una nuova – e per certi versi non inedita – lotta intestina tra componenti diverse che si divisero per affermare la propria visione della transizione e per evitare che il processo venisse vissuto in modo traumatico. Tali frizioni e contrasti, che contribuirono ad acuire la crisi dell'esercito a cavallo tra Otto e Novecento, non furono estranei alla determinazione delle politiche disciplinari attraverso cui si cercò di gestire la leva di massa. Furono inoltre determinanti in relazione alla costituzione dell'atteggiamento attraverso cui vennero affrontati tanto i fenomeni di criminalità interni alla comunità militare, quanto quelli di disagio mentale, entrambi ritenuti come forme diverse – ma solo fino a un certo punto – di devianza rispetto alla norma auspicata.

Se la crisi di fine secolo si concluse «con la vittoria di quanti sostenevano il primato dell'élite civile su quella militare»³⁹¹, ciò comportò paradossalmente un inasprimento delle politiche disciplinari attraverso cui venne gestito il variegato fenomeno della resistenza alla leva obbligatoria e del disagio psichico tra i soldati. Infatti, come detto, aprire le porte delle caserme ai cittadini significava dover gestire l'incontro tra una mentalità democratica e borghese e lo spirito e i valori della tradizione militare, un ordine basato sul rispetto della gerarchia, sull'autorità e sullo spirito marziale. Insomma, era necessario che innovazione non diventasse sinonimo di stravolgimento, per questo, tra le conseguenze più o meno indirette dell'ingresso delle masse nell'esercito, ci fu una maggiore attenzione verso tutti quei fenomeni di rifiuto della vita militare, quali la diserzione, il mancato rispetto degli ordini e, più in generale, la «protesta morale nei confronti di una disciplina durissima che negava ai soldati ogni spazio di libertà [...] e mortificava quotidianamente la dignità»³⁹². Per tutti questi motivi i casi di soldati che non rientrarono dopo le licenze o che si finsero matti per ottenere il trasferimento vicino a casa e rivedere così il genitore malato – come in un caso che vedremo – vennero gestiti, anche prima della guerra, con estrema durezza, all'insegna di un irrigidimento delle politiche disciplinari e di controllo della truppa che si spiegano proprio alla luce delle trasformazioni in corso. Tutto ciò, se possibile, fece lievitare lo stato di tensione tra la truppa e le gerarchie militari, ritenute insensibili ed espressione di uno stato despota.

Alla luce di ciò non è del tutto arbitrario interpretare i fenomeni di disagio psichico, di cui soffrirono i soldati, come forme di resistenza passiva nei confronti di un sistema oppressivo. In tal senso “il mal di caserma” potrebbe essere posto in totale continuità con le nevrosi belliche sofferte dai soldati durante la Grande Guerra, secondo una lettura che privilegia la ribellione, anche se implicita e inconscia, nei confronti dell'ordine costituito. È una lettura suggestiva, che ha riscontrato parecchio credito nella storiografia che si è occupata del tema. Eppure, tanto nel periodo di pace quanto durante il conflitto, la complessità e la molteplicità delle diverse vicende rende problematica l'iscrizione entro regimi ermeneutici di certo affascinanti e suggestivi, eppure per molti versi troppo rigidi per non risultare forzati. Infatti ogni storia che la documentazione consente di ricostruire si colloca tanto in un rapporto di continuità con le trasformazioni sociali che abbiamo brevemente ricostruito, e che interessano il mondo militare tra Otto e Novecento, quanto in un regime di discontinuità legato proprio alla singolarità di ogni vicenda. Per questo, riteniamo, il fenomeno della “pazzia nei militari”, il suo trattamento e le politiche diagnostiche adottate per comprenderlo, non possono essere indagati adeguatamente per grandi orizzonti ermeneutici, ma devono essere studiati trasversalmente, attraverso quei segnali in grado di rendere conto dei cambiamenti meno evidenti e delle lente persistenze rispetto al contesto entro cui si situano.

³⁹¹ Cfr. L. Benadusi, *Ufficiale e gentiluomo. Virtù civili e valori militari in Italia...cit.*, p. 38.

³⁹² Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano...cit.*, p. 18.

3. Il “mal di caserma” a Racconigi tra statistica e diagnostica

Se il “mal di caserma” non appare tra le problematiche prese esplicitamente in esame dai medici di Racconigi negli anni precedenti la guerra, ciò non significa necessariamente che il fenomeno passò inosservato. La complessità delle singole vicende, il contesto sociale e politico, l’orizzonte ideologico e la formazione, oltre che la sensibilità dei singoli medici, sono soltanto alcune delle componenti in gioco nella definizione della questione. Alla luce di questa premessa appare necessario abbandonare le ipotesi definitive e le affermazioni risolutive. Più produttivo è cercare di catturare le lente trasformazioni cui andò incontro il fenomeno attraverso una serie di segnali diversi, meno espliciti ma ugualmente in grado di rendere conto degli elementi di discontinuità all’interno di un ordine apparentemente immobile e continuo. Tra questi c’è l’adozione, sempre più rilevante, di categorie diagnostiche stabilite, quali lo «stato confusionale»³⁹³, anche nella sue declinazioni di «accesso confusionale» e di «stato confusionale allucinatorio», e l’«esaltamento maniaco». Queste ultime due categorie vengono utilizzate anche nelle diagnosi iniziali – quelle del periodo d’osservazione – per alcuni dei soggetti successivamente dichiarati «guariti»³⁹⁴ o «non di competenza manicomiale»³⁹⁵.

Più nello specifico possiamo notare che l’unico soldato ricoverato nel 1909, secondo la documentazione clinica, soffre di “problemi mentali”³⁹⁶ evidenziati in caserma, in particolare uno «stato di viva agitazione» che lo rende pericoloso a sé e agli altri³⁹⁷. La diagnosi finale è di «stato maniacale» che, secondo Leonardo Bianchi³⁹⁸, medico-alienista, politico e rettore dell’Università di Napoli tra il 1902-1903 e tra il 1911 e il 1913, nonché autore di un celebre *Trattato di psichiatria*³⁹⁹ dell’epoca, «è caratterizzata da un’anomala situazione affettiva intonata ad allegria, al piacere, alla gioia, al benessere. Una tale intonazione dell’umore dell’animo induce una depressione dei poteri inibitori e un più facile corso di idee, un esaltamento più o meno sensibile della memoria, un più agevole ed incontrastato risolversi delle idee e delle intuizioni motrici negli atti correlativi»⁴⁰⁰. La condizione di “passaggio all’atto”, presente tra gli elementi sintomatici, l’allegria e lo stato di alterazione dell’umore contraddistingue diversi militari “maniaci” che finiscono in manicomio dopo qualche gesto particolarmente eclatante o proprio per la condizione di esaltazione in cui versano.

Nello specifico la «mania acuta» di cui soffre il soldato ricoverato nel 1909 viene inquadrata a Racconigi tra le «psicosi periodiche», un gruppo entro cui figurano le “frenosi maniaco-depressive”, le “manie” e le “melanconie”, secondo la tassonomia di Kraepelin che, nel suo celebre *Trattato di psichiatria*, scritto nel 1883,⁴⁰¹ ritiene che tali patologie debbano «esser comprese sotto un’unica denominazione, e considerate come un’entità morbosa che assume forme diverse»⁴⁰². Bisogna precisare che la ripartizione diagnostica operata dagli alienisti nei diversi manicomi italiani non seguiva un ordine rigidamente stabilito e gli schemi utilizzati erano più legati alla sensibilità, alla cultura e all’ideologia del direttore che all’uso di una piattaforma condivisa. Così non sorprende che Enrico Toselli, il primo direttore a Racconigi – dopo la breve parentesi del dott. Lombard –, organizzi la follia secondo 6 categorie diagnostiche, divise in “mania”, “monomania”, “melanconia”,

³⁹³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n.: 8034, 8375, 8550, 8600, 8632,8719, 8745, 8771, 8875.

³⁹⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 7548: «stato maniacale».

³⁹⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n.: 9140: «accesso di mania acuta»; 9141: «mania acuta».

³⁹⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n.. 7548.

³⁹⁷ ASONR, matr. n. 7548, *tabella nosografica*: anamnesi.

³⁹⁸ Cfr. M. Santoro-E. Gencarelli, *Leonardo Bianchi* in *Dizionario Biografico degli italiani* [[http://www.treccani.it/enciclopedia/leonardo-bianchi_\(Dizionario-Biografico\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/leonardo-bianchi_(Dizionario-Biografico)/)]

³⁹⁹ Cfr. L. Bianchi, *Trattato di psichiatria*, casa editrice Cav. Dott. V. Pasquale, Napoli 1905.

⁴⁰⁰ Ivi, p. 507.

⁴⁰¹ Cfr. E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, trad. dott. Guido Guidi; sotto la direzione del prof. A. Tamburini, F. Vallardi, Milano 1907 [1883].

⁴⁰² Cfr. L. Bianchi, *Trattato di psichiatria...cit.*, p. 507.

“demenza”, “pazzia epilettica” e “pazzia paralitica”⁴⁰³. Il dot. Giovanni Rossi invece, medico facente funzione vicaria nel periodo tra l’abbandono del direttore Enrico Toselli e la conclusione del concorso che attraverso cui assume la direzione Oscar Giacchi, quindi nel 1879, utilizza 18 tipologie diagnostiche⁴⁰⁴, dimostrando, così facendo, di seguire la nota classificazione di Andrea Verga⁴⁰⁵, medico e primo presidente della «Società Freniatria Italiana». Il successivo direttore, Oscar Giacchi, organizza la ripartizione in 22 categorie⁴⁰⁶ divise tra frenastenie, “frenosi congenite”, “frenosi acquisite”, “frenosi semplici” e “complicate”⁴⁰⁷ e, dunque, si dimostra più vicino a Cesare Lombroso che separa le “alienazioni congenite” (cretinismo, idiozia, imbecillità e mattoidismo), le “alienazioni acquisite” (mania, melanconia, monomania, pazzia circolare e demenza), le “alienazioni unite a nevrosi” (paralisi generale, epilessia, isterismo) e infine le “alienazioni da intossicazione” (alcolismo, absintismo, pellagra)⁴⁰⁸. Il direttore Cesare Rossi, in carica dal settembre del 1908, dopo le dimissioni di Vitige Tirelli⁴⁰⁹, organizza la sua tassonomia in 14 categorie, così divise: “frenastenie” (idiozia, imbecillità, cretinismo), “degenerazioni psichiche” (pazzia morale, psicopatie sessuali, paranoia originaria), “psicosi nevrasteniche” (idee fisse), “psicosi epilettiche”, “psicosi periodiche” (frenosi maniaco-depressiva, mania, melanconia), “demenza primitiva” (demenza precoce, frenesia sensoria, cronica, etc.), “paranoia cronica”, “psicosi senili” (melanconia evolutiva, demenza senile, etc.), “demenza paraletica”, “demenze da altre encefalopatie organiche”, “alcolismo” (forme acute e croniche), “psicosi pellagrosa”, “amenza” (confusione mentale primitiva”, frenosi sensoria acuta, psicosi allucinatoria), “delirio acuto”. In alcuni casi, vista la natura flessibile della ripartizione diagnostica, può accadere che una condizione sintomatica si ritrovi a cavallo tra due categorie utilizzate – è il caso del soldato affetto da «mania acuta» con passato da alcolista⁴¹⁰ –, più in generale comunque tutti i soldati trattati prima del conflitto vengono inquadrati all’interno di una delle categorie adottate dalla direzione sanitaria, senza che vi sia un particolare riconoscimento per lo status di militare e per le cause scatenanti del delirio. Però, nonostante il “mal di caserma” non appaia tra le categorie utilizzate, in maniera lenta e sotterranea, esso comincia ad avere uno spazio implicito nella considerazione dei medici di Racconigi, soprattutto nei termini di un insieme di diagnosi che vengono sempre più utilizzate per designare il disagio mentale sofferto dai militari. Più che una patologia, dunque, si può parlare di una ermeneutica diagnostica trasversale che fa riferimento a una condizione di vita ben precisa e a uno *status*.

Durante il 1909 a Racconigi ci sono 221⁴¹¹ casi di “psicosi periodiche”, tra di essi viene annoverata la “mania acuta” diagnosticata all’unico soldato ricoverato. Va sottolineato che tra le diverse “frenopatie” presenti questo dato è il più consistente, a dimostrazione di un dispositivo diagnostico frequente, probabilmente condizionato dalla “pericolosità sociale” dimostrata da molti degli internati sofferenti di “psicosi periodiche”.

Nel 1910 i soldati ricoverati sono 3, due vengono riconosciuti «non alienati»⁴¹² e uno affetto da «demenza precoce»⁴¹³. Solo quest’ultimo, vista la gravità della condizione, rimarrà in manicomio fino al 18 Dicembre 1915. Gli altri due vengono invece rapidamente dimessi. Risulta interessante notare che la “demenza precoce”, inserita nel gruppo delle “demenze primitive”, è nel 1910 la

⁴⁰³ APCN, ACP di Cuneo 1874...cit., p. 97.

⁴⁰⁴ APCN, ACP di Cuneo 1879...cit., pp. 107-112.

⁴⁰⁵ Cfr. S. Zago-C. Randazzo, *Andrea Verga (1811-1895)* in «Journal of Neurology», 253, (2006), pp. 1115-1116.

⁴⁰⁶ APCN, *Relazione dell’annata 1886-1887*...cit., p. 19.

⁴⁰⁷ Cfr. L. Berardo, *Un manicomio provinciale nell’età del “grande internamento” (1871-1914)*...cit., p. 73.

⁴⁰⁸ Cfr. C. Lombroso, *Delitto, genio, follia*...cit., p. 27.

⁴⁰⁹ APCN, *Relazione sull’andamento dell’annata 1908-1909* in ACP di Cuneo 1909...cit., p. 172.

⁴¹⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 7548.

⁴¹¹ APCN, *Quadro del movimento dei ricoverati divisi secondo le frenopatie*, in ACP di Cuneo 1910, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1911, p. 198.

⁴¹² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 7655 e 7631.

⁴¹³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 7837.

seconda causa di internamento, dopo le “psicosi periodiche”. Nel 1911 i soldati ricoverati sono 6, tra di loro uno “stato confusionale” su sfondo frenastenico⁴¹⁴, due risultati «non di competenza manicomiale»⁴¹⁵, uno guarito durante il periodo d’osservazione⁴¹⁶, uno internato a causa di «esaltamento maniaco»⁴¹⁷ e uno morto a causa di «enterite cronica»⁴¹⁸. Tra di loro il caso più interessante è quello di «stato confusionale», che è il quadro di riferimento più spesso diagnosticato per i soldati, soprattutto durante il conflitto. La presenza, anche prima della guerra, di soldati che pur non essendo impegnati in battaglia, tra bombardamenti, morti e feriti, giungono in manicomio in condizione di “confusione mentale” è uno degli indizi che possono far ipotizzare quel lento ripetersi di diagnosi ristrette a carico dei militari cui abbiamo fatto cenno. La condizione viene iscritta all’interno della più ampia diagnosi di «amenza» che comprende la “confusione mentale primitiva”, la “frenosi sensoria acuta” e le “psicosi allucinatorie”. La “confusione mentale”, in particolare, nonostante venga sovente diagnosticata come patologia, rappresenta una di quelle costellazioni sintomatiche dietro cui è possibile scorgere il “mal di caserma” e questo perché, come riconosciuto da Leonardo Bianchi che se n’è occupato durante il conflitto mondiale, non rimanda a «una malattia a sé, è un sintomo secondario»⁴¹⁹. In altre parole, il sintagma clinico di “confusione mentale” svolge la funzione di un vero e proprio simulacro che identifica un certo numero di sintomi, lasciando sullo sfondo le cause. Come sottolinea Leonardo Bianchi: «la dissociazione, la incoerenza, le impulsioni illogiche dei dementi acuti»⁴²⁰ altro non sono che «formazioni paranoide secondarie». L’utilizzo di un sintomo elevato al rango diagnosi può essere spiegato come un tentativo di non prendere parola sulle cause e l’origine della condizione patologica. Come vedremo questa politica diagnostica ha una sua ragion d’essere se correlata con il proposito di evitare contrasti e frizioni con le autorità militari, fermamente contrarie al riconoscimento della natura patogena della vita in caserma.

Nel 1912 i soldati ricoverati sono 7, tra le loro diagnosi riscontriamo: un “evitamento psicomotorio da alcolismo”⁴²¹, un “evitamento maniaco”⁴²², due “confusioni allucinatorie”⁴²³, una “demenza precoce”⁴²⁴, una condizione non diagnosticata⁴²⁵ e un «non di competenza manicomiale»⁴²⁶. A parte le due diagnosi di “confusione allucinatoria” che vanno nella direzione indicata, abbastanza interessante è la “frenosi alcolica”, diagnosi che vede il soldato colpito accomunato ad altri 37 internati (28 uomini e 9 donne), indice di una pratica collettiva fortemente radicata negli usi del territorio e, più in generale – come vedremo – del mondo contadino. L’abuso di alcool nelle caserme, invece, risultava essere una delle strategie più semplici e diffuse per sopportare lo stile di vita e gli abusi correlati; i medici, anche sulla base dello stigma morale che pesava sull’identità di “bevitore”, tendevano a ricollegare l’abitudine a una condizione di “degenerazione” familiare, solitamente verificata in sede di anamnesi.

Nel 1913 i soldati ricoverati sono 8 e la maggior parte di essi vengono internati con la diagnosi di «accesso confusionale»⁴²⁷, ad ulteriore dimostrazione che i sintomi presentati dai soldati più di

⁴¹⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8034.

⁴¹⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8165 e 8226.

⁴¹⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8179.

⁴¹⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8188.

⁴¹⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8205.

⁴¹⁹ Cfr. L. Bianchi, *Trattato di psichiatria...*cit., p. 583.

⁴²⁰ *Ibidem*.

⁴²¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8336.

⁴²² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8357.

⁴²³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n.: 8375 e 8550.

⁴²⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8397.

⁴²⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8458.

⁴²⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8515.

⁴²⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. : 8600, 8632, 8719, 8745, 8771.

frequente riguardano i disordini sensoriali, quasi sempre accompagnati da agitazioni psicomotorie. Per il resto c'è un caso di «lipemania»⁴²⁸, e due di «demenza precoce»⁴²⁹. Di questi ultimi due uno muore nel corso dell'internamento a causa di una sopraggiunta tubercolosi polmonare⁴³⁰, il secondo, originario di Mazara del Vallo, viene trasferito presso il manicomio di Palermo, competente territorialmente, dopo il periodo di osservazione⁴³¹. Entrambi i casi colpiscono sia per la durata dell'internamento – in un caso il soldato muore nel 1923 in manicomio –, sia perché la diagnosi di «demenza precoce», tra i soldati, è più frequente di quanto ci si potrebbe aspettare. Viene inserita nel gruppo delle “demenze primitive” che, nel 1913, riguardano 245 internati, l'insieme più consistente dell'annata. La “demenza precoce” era ritenuta al tempo contigua alle patologie con «inizio allucinatorio acuto evidentissimo»⁴³², tanto che il già citato Leonardo Bianchi, affrontandola, pone una serie di questioni che riguarda la sua eziologia, le cause, i sintomi che gli sono connaturati, concludendo che «la discussione che facciamo intorno a questo gruppo di malattie, non è oziosa, e non è una semplice questione di parole. [...] Questa questione ha la sua importanza per la patologia, e per la tendenza alla localizzazione dei fenomeni psichici. [...] Tali sindromi, per quanto variano, somigliano in tutto agli stati consecutivi agli attacchi acuti di frenosi sensoria⁴³³. La differenza più evidente rispetto al gruppo delle patologie allucinatorie riguarda l'insorgenza in giovane età e anche per questo, quando veniva diagnosticata ai militari, spesso era correlata a tare degenerative familiari che rendevano la guarigione particolarmente difficile e l'esito sfavorevole. L'internamento per lunghi periodi, il trasferimento nei manicomi di riferimento e il provvedimento di riforma dal servizio militare, era sovente il destino che riguardava questi soldati. Per loro, più che per altre categorie di militari, valeva quanto sostenuto più in generale da Placido Consiglio con l'affermazione di «zona grigia della possibilità anormale»⁴³⁴. Questi soggetti, essendo costitutivamente malati, venivano ritenuti biologicamente incompleti e, dunque, inadattabili alla vita militare e ai doveri da questa richiesti. Il recupero sociale era considerato difficile, se non impossibile, e per questo la riforma e l'internamento molto frequenti.

Nel 1914 i soldati ricoverati sono 5, tra di loro due vengono riconosciuti «non alienati»⁴³⁵ e uno «non di competenza manicomiale»⁴³⁶; entrambe le diciture troveranno larghissimo uso durante la guerra, quando si cercherà di rispedire al fronte quanta più gente possibile. C'è poi un caso di «confusione allucinatoria»⁴³⁷ e un «accesso lipemaniaco da alcolismo»⁴³⁸. Per quello che riguarda la situazione generale non ci sono novità rilevanti, con il gruppo delle “demenze primitive” (257 casi) e delle “psicosi periodiche” (197 casi) a rappresentare le maggiori cause di internamento in un contesto che letteralmente “scoppia” visto che i ricoverati presenti al 30 Giugno 1914 ammontano alla cifra di 967, un numero che la direzione sanitaria, ancora a guerra iniziata, così commenta: «E' da augurarsi che questo forte aumento di popolazione costituisca un fatto isolato, di carattere transitorio; diversamente le previsioni sul progressivo aumento dei ricoverati acquisterebbero un significato grave ed inquietante»⁴³⁹. Lo sviluppo degli avvenimenti avrebbe palesato proprio quella dimensione «grave e inquietante» che la direzione sanitaria tanto temeva e che ancora nel 1914 era difficile immaginare.

⁴²⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8681.

⁴²⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n.: 8747 e 8819.

⁴³⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8747, decesso avvenuto il 22/02/1923.

⁴³¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8819, trasferito il 6 Luglio 1914.

⁴³² Cfr. L. Bianchi, *Trattato di psichiatria...cit.*, p. 559.

⁴³³ Ivi, pp. 559-563.

⁴³⁴ Cfr. P. Consiglio, *Studi di psichiatria militare* in RSF, 1912, p. 370

⁴³⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n.: 9106 e 9141.

⁴³⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 9140.

⁴³⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8875.

⁴³⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 8938.

⁴³⁹ APCN, ACP di Cuneo 1914, Relazione all'On. Deputazione ed all'On. Consiglio Provinciale (1913-1914)...cit., p. 221.

Capitolo IV.

Storia di soldati alienati nel manicomio prima della Grande Guerra

*Esiste, in altri termini,
nella massa degli individui che la mobilitazione ha chiamato sotto le armi,
una gradazione infinita di predisposizioni,
di squilibri più o meno latenti, di psicosi anche già superate in passato
e soggette tanto a riacutizzarsi sotto cause non belliche.*

A. Morselli, *Il reparto neuro-psichiatrico dell'ospedale
da campo di 100 letti 032 (III Armata), 1915.*

1. Francesco C. e «l'orgasmo per la salute della madre».

Tra le maggiori difficoltà che devono affrontare i giovani soldati di leva chiamati al servizio militare c'è il dover accettare lo sradicamento coatto dalla terra d'origine, un'esperienza vissuta come vessatoria e iniqua, responsabile di alcuni dei ricoveri che abbiamo analizzato nel periodo che precede la Grande Guerra. Emblematici i casi di Francesco C.⁴⁴⁰ e Giuseppe P.⁴⁴¹, due giovani di 21 e 22 anni, originari entrambi di Napoli, che finiscono in manicomio lo stesso giorno, il 13 dicembre del 1914, provenienti dall'Ospedale Militare di Savigliano. Il clima è quello agitato dallo scoppio della guerra: si rincorrono notizie contrastanti sulla situazione internazionale e mancano informazioni certe sull'atteggiamento dell'Italia. In questo contesto i due militari giungono in ospedale e qui vengono giudicati come potenziali «alienati» e spediti a Racconigi. In manicomio restano in osservazione per un mese scarso⁴⁴², dopodiché vengono giudicati «non di competenza manicomiale» e rispediti in caserma.

Francesco ha 21 anni, Giuseppe 22, sono entrambi celibi e la loro esperienza è comune a quella di tanti altri giovani fanti che, dopo la visita di leva, vengono smistati nei reparti disseminati nelle diverse regioni d'Italia. Ma cosa prevede l'iter per i giovani da arruolare? Innanzitutto, verificata l'idoneità fisica, a partire dai 154 centimetri minimi richiesti all'epoca, vengono valutate le condizioni fisiche generali, si procede poi ad un esame di massima delle condizioni mentali. Il superamento di questo esame, condotto perlò più in maniera superficiale, è la condizione per la delibera dell'idoneità al servizio di leva. Una volta ottenuta questa attestazione di "sana e robusta costituzione", i soldati vengono smistati ai reparti d'addestramento o, in alternativa, finiscono nella categoria dei "sovranumerari", la riserva di forze su cui l'esercito può contare nel caso di bisogno. C'è, infine, un terzo possibile destino per gli "idonei", quello dell'esonero per giusta causa; spetta ai figli di madre vedova o a quanti hanno altri fratelli impegnati nella ferma obbligatoria. Giuseppe e Francesco non rientrano in quest'ultima categoria e dopo la visita di leva, ottenuta l'idoneità, vengono dislocati nelle caserme del cuneese.

La loro storia ci aiuta a comprendere meglio come, a fronte dell'ibridazione tra valori culturali e militari che segna la società italiana tra Otto e Novecento – cui si è fatto cenno –, la coscrizione obbligatoria penetri nelle esistenze degli italiani stravolgendone i tempi e le abitudini ma,

⁴⁴⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. n. 9140.

⁴⁴¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9141.

⁴⁴² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9140: data di dimissione il 05 gennaio 1915; matr. n. 9141: data di dimissione l'8 gennaio 1915.

soprattutto, inserendo un elemento di controllo e di coercizione estraneo ai ritmi ordinari della vita. È quanto accade ai due soldati napoletani che fanno la conoscenza del volto oscuro e repressivo dello Stato, nascosto tra le pieghe della quotidianità imposta. Alla luce di ciò, la fuga nell'opzione "nevrotica" che li conduce a Racconigi è per i due soldati, al di là della genuinità dei sintomi lamentati, indicativa di un più generale rifiuto di una forma di vita estranea a quella vissuta ordinariamente.

In particolare la storia di Francesco C. evidenzia il cortocircuito tra le difficoltà di adattamento alla vita militare, situazioni di disagio psichico latente e problemi familiari che lo sradicano e l'allontanano da casa rendono impossibile seguire. Per giovani come lui la caserma rappresenta non soltanto un ambiente estraneo e ostile, ma anche un limite alla libertà di movimento in un momento familiare particolarmente gravoso. La malattia mentale rappresenta allora una delle strategie possibili di fuga, spesso l'ultima a disposizione nei casi più disperati. Francesco C. viene inviato a Racconigi, il 13 Dicembre 1914, dal delegato di P.S. di Savigliano, su segnalazione del maggiore Medico che lo ha visitato presso l'Ospedale Militare della cittadina.

«Durante la sua permanenza – scrive il Maggiore Medico – in questo stabilimento manifestò a più riprese sintomi di alterazioni psichiche susseguiti da periodi di relativa tranquillità. Ieri però fu colto improvvisamente da un accesso di mania acuta con manifestazioni impulsive verso i piantoni ed il suo compagno di camera per cui gli si dovette applicare il corsaletto di forza per renderlo innocuo. Trattandosi di un individuo di difficile custodia e pericoloso si propone che venga ricoverato d'urgenza al manicomio provinciale di Racconigi»⁴⁴³.

Alla luce di ciò l'autorità di pubblica sicurezza dichiara, secondo la formula di rito, che il soldato «è affetto da alienazione mentale che lo rende pericoloso a sé e agli altri»⁴⁴⁴, quindi ne ordina «il ricovero provvisorio» coatto. Il 30 di marzo del 1915, dopo circa tre mesi, la Regia Procura competente per il territorio, quella di Saluzzo, con Decreto n. 20⁴⁴⁵, ne ordina il «licenziamento definitivo». Come chiarisce il direttore Rossi, in una lettera del 5 Gennaio inviata in risposta alle richieste di notizie della madre del soldato, il ragazzo «non [è] riconosciuto di competenza manicomiale perché, sebbene abbia presentato degli accessi compulsivi di natura probabilmente epilettica, non ha manifestato fenomeni psicopatologici di tale natura»⁴⁴⁶ da determinare il definitivo ricovero in manicomio. Colpisce subito la data della risposta del direttore, il 5 Gennaio, cioè poco meno di un mese dopo l'ordine di ricovero del delegato di P.S., questo significa che il periodo di osservazione, conclusosi con l'avviso di licenziamento provvisorio⁴⁴⁷, è durato una quindicina di giorni, vale a dire l'indispensabile. Questo è un segnale importante che, al di là del caso singolo, getta una luce sulla più generale politica della direzione sanitaria del manicomio, interessata a licenziare, quanto più rapidamente possibile i casi dubbi o, comunque, quelli che non evidenziano fenomeni psicopatologici chiaramente pericolosi per il soggetto o per la comunità. Tale indirizzo terapeutico, adottato già prima dell'effettivo coinvolgimento nella guerra dell'Italia, mostra che il problema di gestione degli spazi e dei fondi a disposizione per la gestione del manicomio è preponderante rispetto a qualunque altra possibile valutazione di ordine politico e sociale. La rapidità con cui viene emessa la diagnosi sembra confermare quanto Gaetano Boschi, neurologo, docente universitario e vicedirettore del manicomio provinciale di Ferrara, afferma nella sua lettura retrospettiva – scrive negli anni Trenta – delle politiche psichiatriche nel periodo della Grande

⁴⁴³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9140, *Comunicazione della Direzione dell'Ospedale Militare Principale di Savigliano*, Savigliano 11 Dicembre 1914.

⁴⁴⁴ Ivi, *Ordine di ricovero emesso dal delegato di Ps di Savigliano*, 13 Dicembre 1914.

⁴⁴⁵ Ivi, *Decreto n. 20 della Regia Procura di Saluzzo*, 30 Marzo 1915.

⁴⁴⁶ Ivi, *Lettera del Direttore*, 5 Gennaio 1915.

⁴⁴⁷ Ivi, *Avviso di Licenziamento provvisorio n. 80*, 5 Gennaio 1915.

Guerra: «Ci voleva l'impressione diffusa di una disciplina senza intransigenze: il giudizio clinico doveva farsi piuttosto sommario»⁴⁴⁸. Sgomberare al più presto i manicomi dagli elementi militari, restituirli alle caserme di provenienza e ai doversi verso la patria, si profila come il criterio per valutare un servizio psichiatrico efficiente, in grado di fronteggiare il problema.

Dunque se la durata del periodo di osservazione – un mese circa – e la diagnosi di dimissione – «non di competenza manicomiale» –, lasciano intravedere qualche dubbio sulla effettiva possibilità di valutare la sussistenza di problemi psichiatrici, le più generali e profonde motivazioni che sono all'origine del ricovero sembrano trovare nell'esperienza di leva un fattore di accelerazione e una concausa di scatenamento. È quanto si evince dalla lettera che il padre del soldato alienato, Antonio C., invia al Direttore per aver notizie del figlio. La missiva, caso eccezionale tra le centinaia di cartelle studiate, è scritta a macchina e controfirmata. È facile sia stata redatta da un intermediario che ne ha tradotto i contenuti in una forma discorsiva che non possiamo valutare quanto abbia alterato le intenzioni originarie. Premesso ciò, nella lettera il padre non nasconde tutta la costernazione che la notizia del ricovero del figlio ha causato in lui e nella famiglia, già provata dalle instabili condizioni mentali di un altro figlio, Leopoldo. L'opinione della famiglia è che la ferma di leva sia la condizione dell'aggravamento dei disturbi patiti da Francesco, «che da poco ha dato qualche segno di squilibrio mentale»⁴⁴⁹; in ciò il gruppo parentale sembra riconoscere un'attenuante in grado di alleggerire la posizione del militare. Nel caso specifico a ciò si deve aggiungere la sofferenza per la madre malata e l'impossibilità di esserle vicina, una situazione che la lontananza da casa rende psichicamente insostenibile per il soldato: «Ritengo che tali disturbi – scrive il padre – si siano accentuati a causa della malattia della madre (alla quale egli è affezionatissimo) e l'orgasmo per la di lei salute, stando lontano, ha dovuto maggiormente comprimere l'animo suo ed i suoi centri nervosi»⁴⁵⁰.

La situazione di Francesco, dunque, si iscrive in un quadro familiare non facile: «Quanto ai precedenti di famiglia, devo significare che, disgraziatamente, ve ne sono pur troppo, diversi»⁴⁵¹. La puntualizzazione evidenzia quanto lo scrivente non soltanto condivide un corpus di credenze che fanno riferimento all'ereditarietà della malattia mentale, ma come tale relazione sembri attenuare il peso e lo stigma morale che dalla condizione derivano, tanto che il genitore si affretta a precisare: «Mio figlio Francesco non beve vino e nessun'altra bevanda alcolica»⁴⁵². Sono in particolare questi due passaggi della missiva, quello della componente familiare della follia e quello in cui si sottolinea che «nessuno di famiglia è stato mai affetto da mali venerei, od altre malattie infettive»⁴⁵³, insieme alla precisazione che non è un "bevitore", che facendo riferimento a un insieme di credenze tipiche dell'immaginario criminologico e medico del tempo, ci fanno ipotizzare che l'intermediario scrivente appartenga a una di queste due sfere. È invece nella sottolineatura dell'effetto patogeno dello sradicamento dai luoghi nati e dalla famiglia, e nel fermo desiderio di averlo restituito all'atmosfera domestica, che risalta la voce del capo-famiglia a cui è stato sottratto il figlio:

«Ritengo fermamente che lo stato presente del detto mio figlio sia da attribuirsi alla lontananza dalla famiglia, appunto per le preoccupazione della salute della madre, che egli lasciò a letto quando rientrò dalla licenza verso al fine di ottobre u.s. [...] Chiedo quindi formalmente a V.S. che si compiaccia disporre per l'immediato rimpatrio di mio figlio, potendo assicurare che

⁴⁴⁸ Cfr. G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie...*cit., p. 57.

⁴⁴⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9140, *Lettera di Antonio C. al Direttore*, Marianella (Napoli), 17 Dicembre 1914.

⁴⁵⁰ *Ibidem*.

⁴⁵¹ *Ibidem*.

⁴⁵² *Ibidem*.

⁴⁵³ *Ivi*, *Lettera di Antonio C. al Direttore*, Marianella (Napoli), 17 Dicembre 1914.

egli si calmerà e potrà anche avviarsi alla guarigione se ritorna in famiglia. Assumo io qualsiasi responsabilità⁴⁵⁴, ma desidero che egli sia subito fatto partire alla volta di Napoli»⁴⁵⁵.

Il genitore appare essere abbastanza certo riguardo alla natura e alle cause dello stato di salute del figlio e sulla base di ciò, con altrettanta decisione, ne richiede il rimpatrio sotto la propria responsabilità. La convinzione è quella di una pronta guarigione del giovane una volta rientrato tra le mura domestiche. Tutte queste certezze, a così tanta distanza, fanno emergere qualche dubbio sulla genuinità dei sintomi lamentati dal soldato napoletano e sul ruolo della famiglia nella vicenda. Il direttore risponde pazientemente, con missiva del 21 Dicembre 1914⁴⁵⁶, che il desiderio del padre «non può per ora essere esaudito»⁴⁵⁷. Infatti qualora il soldato venga riconosciuto come alienato sarà destinato al competente manicomio provinciale, diversamente verrà “riconsegnato” all’autorità militare. Lo scambio epistolare prosegue e il padre di Francesco scrive nuovamente il 31 Dicembre 1914⁴⁵⁸ e, preso atto dell’esistenza «dei regolamenti»⁴⁵⁹, implora quantomeno l’invio presso il manicomio di Napoli, tutto ciò al fine «di tener contenta la sua vecchia ed ammalata madre che per sì tanta iattura deperisce giorno per giorno»⁴⁶⁰. Viene così chiarita la probabile causa che ha scatenato gli “accessi confusionali” che hanno scosso il soldato: la sofferenza per le condizioni di salute della madre e l’impossibilità di esserle vicino durante la malattia. Tale causa però non dice ancora nulla sullo stato di salute del giovane, infatti è possibile ipotizzare anche una simulazione, d’altra parte, i sintomi convulsivi sono emersi in maniera anomala, durante un periodo di ricovero, avvenuto presso l’Ospedale Militare di Savigliano, per un banale problema agli occhi⁴⁶¹. In ospedale il soldato «manifestò a più riprese segni di alterazioni psichiche seguiti da periodi di relativa tranquillità. Il 10 Dicembre fu colto improvvisamente da accesso di mania acuta con manifestazioni impulsive verso i piantoni ed il suo compagno di camera»⁴⁶². Inviato in manicomio il soldato appare «tranquillo, lucido, cosciente [...] Alquanto sornione, talora inquieto, bestemmia, dà pugni sui tavoli, minaccia rappresaglie contro i suoi superiori militari, ma interrogato a questo riguardo nega aver mai manifestato simili propositi. Dorme e si nutre regolarmente»⁴⁶³. I medici notano inoltre uno strano comportamento. In particolare durante un accesso convulsivo è presente un infermiere «che descrive tale accesso come atipico. L’a. [alienato *nb*] avrebbe agitato un po’ le braccia e le gambe, non emise schiuma dalla bocca, non presentò consecutivo stato confusionale»⁴⁶⁴. Francesco dichiara inoltre un secondo accesso che, però non ha testimoni. Durante questo «dice di essersi trovato sotto il letto senza accorgersene (?). In parecchi giorni tranquillo, dorme e si nutre regolarmente»⁴⁶⁵. Qualche giorno dopo, il 30 di Dicembre, viene registrata la dichiarazione del soldato che lamenta un ulteriore accesso notturno. L’infermiere di guardia «dice di non aver potuto nulla constatare»⁴⁶⁶. Un ricovero contraddistinto da un comportamento anomalo che, tutto sommato, si addice tanto a un malato genuino, quanto a un simulatore interessato a far rapido

⁴⁵⁴ Le due sottolineature sono presenti nel documento originale, probabilmente fatte dal Direttore.

⁴⁵⁵ Ivi, *Lettera di Antonio C. al Direttore*, Marianella (Napoli), 17 Dicembre 1914.

⁴⁵⁶ Ivi, *Lettera della Direzione sanitaria in risposta alla missiva di Antonio C.*, 21 dicembre 1914.

⁴⁵⁷ *Ibidem*.

⁴⁵⁸ Ivi, *Lettera di Antonio C. al Direttore*, Marianella (Napoli), 31 Dicembre 1914.

⁴⁵⁹ *Ibidem*.

⁴⁶⁰ *Ibidem*.

⁴⁶¹ Ivi, *Tabella nosografica, Anamnesi*.

⁴⁶² *Ibidem*.

⁴⁶³ ASO NR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9140, *Tabella nosografica, Diario clinico*, 17 Dicembre 1914.

⁴⁶⁴ Ivi, *Tabella nosografica, Diario clinico*, 27 Dicembre 1914.

⁴⁶⁵ *Ibidem*.

⁴⁶⁶ Ivi, *Tabella nosografica, Diario clinico*, 30 Dicembre 1914.

ritorno a casa. Alla luce di ciò la Direzione Sanitaria decide di «restituirlo all'autorità militare»⁴⁶⁷, ritenendo che il periodo d'osservazione non giustifichi «il suo sequestro manicomiale»⁴⁶⁸.

La natura dei fenomeni che conducono Francesco in manicomio, la missiva del padre – così curata sotto l'aspetto formale e con l'esplicita richiesta di rimpatrio del figlio – e il periodo di osservazione fanno dunque emergere più di un dubbio sulla natura di quell'«accesso convulsivo di probabile natura epilettica»⁴⁶⁹ che è la diagnosi finale per il soldato e la direzione sanitaria non vuole apparire sprovvista, né complice, di fronte alle autorità militari, così licenzia rapidamente il soldato. Decodificare in ultima istanza i sintomi lamentati da Francesco non è possibile, in ogni caso gli attacchi convulsivi si inscrivono in un fenomeno più generale di rifiuto nei confronti della vita militare, di natura più o meno inconscia. E in tale senso la ribellione mentale del giovane soldato appare essere indicativa di una refrattarietà più generale ai codici dell'esercito, alle sue regole e agli obblighi che impone. Nel caso specifico sembra rivestire un ruolo particolare la lontananza dalla famiglia, soprattutto il distacco dalla madre malata e l'impossibilità di esserle accanto. Quest'ultimo aspetto è importante perché ci consente di sottolineare la complessa natura delle singole vicende che conducono i militari in manicomio e che non possono essere inquadrati solo alla luce di fattori sociali, politici o ideologici. Infatti è possibile ipotizzare che senza la malattia della madre il percorso militare di Francesco non sarebbe sfociato in quei sintomi che ne hanno provocato il ricovero. E dunque anche la sua “ribellione” nei confronti dell'esercito, probabilmente, sarebbe stata diversa.

Per quanto riguarda invece il punto di vista dei militari, bisogna sottolineare come ogni tendenza all'insofferenza verso l'ordine e la disciplina rappresentasse una minaccia per l'ordine e la disciplina necessarie alla vita in caserma e, più in generale, per la funzione educativa che l'esercito svolge nell'edificazione del cittadino. Anche per questa ragione, le forme di insubordinazione mascherata come le alienazioni mentali, venivano considerate con particolare sospetto e ritenute tipiche di caratteri deboli, indisciplinati, poco virili e tendenti all'effeminato. Se infatti il cittadino modello è il padre di famiglia che sa badare alle esigenze del proprio nucleo e, parimenti, servire i più generali interessi della collettività, quello che rifiuta, in maniera più o meno esplicita, questo ruolo è un degenerato da correggere per evitare il contagio della comunità.

La psichiatria che si occupava degli alienati militari doveva dunque svolgere, accanto al processo terapeutico, una profonda azione di eugenica negativa, selezionando e individuando gli elementi da scartare, poiché ritenuti inutili alle esigenze richieste dalle trasformazioni in atto. Le parole del già citato Placido Consiglio, medico siciliano nominato nel luglio 1916 ufficiale per meriti di guerra, attestano questo progetto di profilassi sociale già nel 1912:

«Però, queste nuove esigenze importano novelle richieste, più complesse, più varie e più elevate, di energie al soldato moderno, e quindi un adattamento superiore, tanto più (è bene ripeterlo) nella coscienza – in via di formazione – delle funzioni sociali che l'esercito può, e deve compiere, nei paesi democratici della educazione del carattere alla lotta contro l'anomalo: ed allora, elevato il tono dell'adattamento, maggiore sarà il numero dei dismorfici, e quindi più ampia la necessità della selezione».⁴⁷⁰

Si seleziona preventivamente anche non riconoscendo il valore dei sintomi lamentati dai soldati – come nel caso di Francesco –, soprattutto nelle situazioni dubbie. In queste circostanze la prassi, soprattutto prima della situazione d'emergenza posta in essere dal conflitto, prevedeva che si riducesse al minimo il periodo d'osservazione – che nel caso specifico abbiamo visto essere un mese

⁴⁶⁷ Ivi, *Tabella nosografica, Diario clinico*, 5 Gennaio 1915.

⁴⁶⁸ *Ibidem*.

⁴⁶⁹ Ivi, *Invito al ritiro del ricoverato*, Racconigi, 4 Gennaio 1915.

⁴⁷⁰ Cfr. P. Consiglio, *Studi di psichiatria militare*, Parte I, in RSF, vol. 38, a. XLIX, 1912, p. 373

circa – e che si provvedesse al rapido reintegro nella comunità militare. Sminuire l'accaduto, evitare che si diffonda l'idea di una correlazione tra disagio mentale e vita militare, obbligare il degenerato a svolgere i propri doveri verso la Nazione. Sono questi gli elementi di una politica non scritta che sembra caratterizzare il trattamento di militari come Francesco C. prima della guerra.

2. Un «accesso confusionale» da psicodegenerazione familiare: il caso di Antonio S.

Se nel caso del soldato Francesco C. il processo di valutazione e di licenziamento è stato abbastanza rapido, favorito nel suo sviluppo da una serie di elementi quali le lettere del padre, la natura dei sintomi lamentati e la più generale situazione familiare, in altri casi l'elemento in grado di contestualizzare la situazione diagnostica è ricercato con maggiore insistenza nella predisposizione familiare. In queste circostanze la prassi di valutazione e dimissione può essere ancora più rapida, come nel caso del soldato Antonio S., entrato il 29 giugno 1913 e dimesso il 13 luglio 1913⁴⁷¹. Al momento del ricovero ha 20 anni, è celibe e risulta aver frequentato le scuole elementari. Non è mai stato ricoverato in manicomio⁴⁷², è di buona costituzione e non rifiuta il cibo. Non si hanno notizie di problemi psichiatrici occorsi durante l'infanzia o l'adolescenza, ma una sorella è stata ricoverata in manicomio⁴⁷³, ciò consente di contestualizzare il caso alla luce del determinismo fisiologico familiare. Infatti il riferimento a parenti ricoverati in manicomio facilita l'applicazione delle rassicuranti categorie del "darwinismo sociale", anche quando – come nel caso presente – il potenziale alienato sostiene di non avere sofferto «di malattie degne di menzione, che non è bevitore, non si è infettato di morbi venerei»⁴⁷⁴. È questo, forse, il tratto più evidente di un lombrosismo che, al prezzo di una rappresentazione stereotipata degli studi dell'autore dell'*Uomo delinquente*, consente a medici, psichiatri e criminologi di identificare la malattia mentale come espressione di quelle classi disagiate, e potenzialmente pericolose, che per struttura ontologica non tollerano i doveri sociali, come il servizio militare.

Antonio è il caso tipico di soldato che fa esperienza della malattia mentale in caserma. Proviene dal 33° reggimento fanteria di Cuneo e secondo le notizie fatte pervenire dalla caserma «ha sempre prestato lodevole servizio ed è sempre stato calmo e disciplinato»⁴⁷⁵. Solo recentemente, secondo il medico militare, «si mostra "agitato-taciturno, sfugge la compagnia dei commilitoni e di notte si alza e va in giro per le camerate borbottando frasi sconnesse. Piange e si lagna di forte cefalea»⁴⁷⁶. In manicomio i medici che lo visitano lo giudicano «aperto, simpatico»⁴⁷⁷. Non mostra neanche problemi d'orientamento nello spazio e la sfera intellettuale risulta essere «normale»⁴⁷⁸. Insomma, non presenta nessuna di quelle caratteristiche fisiognomiche o posturali in grado di farlo inquadrare nelle categorie degli "anormali" o dei "delinquenti nati". Il suo rifiuto della vita militare "deve" allora avere un'origine familiare, da qui il riferimento alla sorella ricoverata in manicomio. Per i medici la stirpe è sicuramente malata e ciò spiega l'«accesso confusionale»⁴⁷⁹ in un soggetto che, per altri versi, è del tutto normale. Infatti durante il periodo di ricovero è tranquillo, «libero di turbe sensoriali»⁴⁸⁰, risponde alle «interrogazioni, non sa spiegarsi il motivo che l'ha condotto in manicomio»⁴⁸¹. Riferisce di alterchi con i commilitoni e non sembra contento di trovarsi nello

⁴⁷¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 8719.

⁴⁷² Ivi, *Polizza medica*.

⁴⁷³ *Ibidem*.

⁴⁷⁴ Ivi, *Anamnesi in Tabella nosografica*.

⁴⁷⁵ *Ibidem*.

⁴⁷⁶ *Ibidem*.

⁴⁷⁷ Ivi, *Esame psichico in Tabella nosografica*.

⁴⁷⁸ *Ibidem*.

⁴⁷⁹ Ivi, *Diagnosi in Tabella nosografica*.

⁴⁸⁰ Ivi, *Diari psichici e fisici in Tabella nosografica*, 3 Luglio 1913.

⁴⁸¹ *Ibidem*.

stabilimento, tanto che ritiene i superiori responsabili di aver affrettato il suo ricovero «memori dei precedenti familiari»⁴⁸². La psicodegenerazione familiare, attraverso lo stigma dell'amoralità ereditaria, consente di includere nella categoria dei caratteri anormali anche i soggetti come Antonio che durante il ricovero appare «tranquillo, rispettoso, buono, servizievole»⁴⁸³. La conclusione della sua storia clinica, però, non può che essere obbligata. Infatti, alla fine del periodo d'osservazione, viene ritenuto fragile, debole di carattere, segnato dalla traccia familiare ma, in definitiva, non in condizione tale da meritare il ricovero definitivo, quindi non è «da ritenersi di competenza manicomiale»⁴⁸⁴. Casi come questo, che non vengono inquadrati come pericolosi per la collettività, sono gestiti cercando di rispedire quanto prima il soldato in caserma, sia per non gravare sulla precaria situazione manicomiale, sia per non favorire la diffusione di strategie che individuano nella struttura asilare il luogo attraverso cui sfuggire ai propri doveri verso la nazione.

Scoraggiare i simulatori, correggere gli anormali, allontanare gli elementi in grado di contaminare il corpo vivo dell'esercito-nazione, sono dunque tre elementi di una comune politica di difesa sociale che, pur nella diversità degli esiti – il reintegro in caserma in alcuni, l'allontanamento definitivo in altri –, segnano il volto disciplinare dell'alienismo che si occupa dei militari in questa fase. Ciò rende gli psichiatri sempre più come un baluardo della società contro l'elemento degenerante. E in ordine a ciò i manicomi assumono la funzione di spazi correttivi entro i quali correggere, nel più breve tempo possibile, il soldato-degenerato. Tutto questo, come visto, si iscrive in una congiuntura delicata per il neonato stato nazionale, contraddistinta dal cambiamento della fisionomia secolare dell'istituzione militare. Lo sottolinea efficacemente Lorenzo Benadusi:

«Il vento della modernità che soffiava nella società colpiva inevitabilmente anche le istituzioni militari e penetrava persino all'interno delle caserme. Adeguarsi al cambiamento, in questa delicata fase di transizione, significava trovare un difficile bilanciamento tra vecchio e nuovo, perché le moderne tecnologie belliche imponevano una riforma strutturale delle forze armate non solo nelle dotazioni militari. Ormai in Europa e negli Stati Uniti gli eserciti stavano diventando organismi sempre più articolati che richiedevano una gestione complessa di mezzi e uomini, nel caso dell'Italia poi il processo di cambiamento coincideva con il consolidamento ancora in corso del nuovo stato nazionale e con i vincoli imposti dagli accordi internazionali. L'introduzione della coscrizione obbligatoria aveva immesso nell'esercito una massa di coscritti da organizzare, disciplinare ed educare; migliaia di giovani in divisa la cui gestione comportava che anche in ambito militare si adottassero gli stessi criteri manageriali usati in ambito civile, con una inevitabile burocratizzazione del sistema, ma allo stesso tempo con una più attenta divisione del lavoro e un impiego più razionale delle risorse. Il processo di democratizzazione che trasformava il cittadino in soldato portava gioco forza a cercare un nuovo equilibrio tra professionalizzazione e coscrizione di massa».⁴⁸⁵

Questo difficile equilibrio fece della questione militare, nell'Italia unita, non soltanto un elemento di tensione, ma anche uno degli ambiti in cui emersero problemi di lunga durata, cui la politica cercò di offrire risposte e soluzioni. In altre parole, come sintetizzato da Paolo Cammarano:

«l'esercito divenne il primo serio problema con cui si misurò la classe dirigente italiana, un problema che emblematicamente i diversi nodi irrisolti del Risorgimento e in particolare il

⁴⁸² *Ibidem*.

⁴⁸³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 8719, *Diari psichici e fisici in Tabella nosografica*, Luglio 1913.

⁴⁸⁴ ASONR, Ivi, *Foglio di licenziamento definitivo*, 11 Luglio 1913.

⁴⁸⁵ Cfr. L. Benadusi, *Ufficiale e gentiluomo...cit.*, p. 36.

completamento dell'unificazione, l'omogeneizzazione politica ed amministrativa del Mezzogiorno e il ruolo del garibaldinismo e della democrazia all'interno del nuovo stato»⁴⁸⁶.

Gestire la transizione del vecchio modello di esercito regionale – quale era quello sabauda – ad una struttura nuova, aperta, in grado di confrontarsi con le altre potenze sullo scacchiere internazionale significava anche “curare” le forme e i modi dell'ingresso della borghesia in caserma. E ciò si tradusse, soprattutto, in una complessa operazione di gestione della contaminazione tra i codici simbolici dell'universo borghese, quello contadino e quello delle forze armate. Ne derivò una ridefinizione più generale – e per molti versi traumatica – della grammatica che diede forma all'universo simbolico dell'esercito. E proprio in quest'ottica deve essere letta, e contestualizzata, la stretta sulla gestione psichiatrica dell'anormalità all'interno della comunità militare, adesso non più “protetta” dalla tradizionale vocazione isolazionista delle forze armate. Quando Placido Consiglio, nel 1911, affronta il problema dei soldati pazzi nei termini di «fermenti pericolosi di contagio»⁴⁸⁷ sta evidenziando proprio il punto di vista di chi teme per la tenuta dello spirito di corpo, minacciato nel suo elemento essenziale, vale a dire la configurazione bio-psichica del corpo-militare.

3. Individuare il simulatore e condannare il soldato criminale: Giovanni G.

Uno dei compiti della psichiatria italiana che si occupa di ambito militare è dunque quello di preservare l'esercito dagli elementi inutili, in questo senso è chiamata a svolgere un'opera di bio-profilassi tesa a preservare la comunità dalle contaminazioni dei degenerati e dagli anormali⁴⁸⁸. Parimenti essa deve individuare i potenziali simulatori, smascherarli e restituirli ai loro doveri verso la nazione. I due elementi non possono essere scissi e rappresentano uno il rovescio dell'altro. Allontanare gli elementi pericolosi e contribuire a realizzare un collettivo all'altezza del confronto con le altre potenze coloniali, dunque, non esaurisce l'azione di difesa indiretta dell'esercito, bisogna anche operare per garantire tutti gli uomini utili per realizzare un collettivo coeso, efficiente e moderno⁴⁸⁹.

Proprio in questa intersezione problematica si situa l'azione della psichiatria italiana fortemente segnata dalle teorie “lombrosiane”; questa, forte della convinzione secondo cui i tratti e i segni della devianza sono individuabili scientificamente, ritiene l'esercito un campo di applicazione particolarmente proficuo per la propria azione, al contempo immunologica e disciplinare. Infatti, la comunità militare rappresenta uno spazio entro cui transita tutta la gioventù della nazione, vale a dire tutti i caratteri, i segni e le impronte che contraddistinguono il mitico “corpo sano” della stirpe, ma anche tutte le alterazioni, le anomalie e le deformazioni degenerative. Per questo bisogna prestare particolare attenzione ed esercitare un'implacabile azione di profilassi preventiva. Profilassi che può ribaltarsi in opera disciplinare quando si tratta di individuare chi, pur essendo per costituzione ontologica in dovere di servire la collettività, cerca mediante tutti gli stratagemmi di evitare il servizio militare. In queste circostanze, quando i sintomi lamentati rendevano concreto il dubbio di trovarsi di fronte a un potenziale simulatore, si procedeva in maniera abbastanza risoluta, sottoponendo il soldato a brevi periodi di osservazione in manicomio basati su una terapia individuale decisa che, nei casi più frequenti di manifestazioni acute, si concretizzavano spesso in periodi di isolamento in cella, sovente legati al letto, alternati a frequenti interrogatori da parte delle autorità mediche. Questi ultimi dovevano trasmettere la convinzione che a maggiore resistenza del

⁴⁸⁶ Cfr. P. Cammarano, *Storia dell'Italia liberale*, Laterza, Roma-Bari 2011, p. 31.

⁴⁸⁷ Cfr. P. Consiglio, *Cesare Lombroso e la medicina militare...* cit., p. 78.

⁴⁸⁸ Cfr. P. Consiglio, *Studi di psichiatria militare* in RSF, 1912, pp. 371 e segg.

⁴⁸⁹ Sulla questione sia consentito il riferimento a: F. Milazzo, *Smascherare il soldato simulatore. Difesa sociale e istanze disciplinari in ambito militare prima della Grande Guerra*, in «DIACRONIE Studi di Storia Contemporanea», 33/1, 2018.

soldato sarebbe corrisposta una più tenace azione disciplinare degli inquisitori. Il ritorno in caserma era l'unico orizzonte che doveva profilarsi per i soldati ritenuti impostori e per questa ragione, in manicomio, il regime di internamento prevedeva, oltre a quanto già osservato, una certa durezza compatibile con l'idea che il soldato, fondamentalmente, non volesse guarire. Soprattutto prima della guerra, inoltre, si riteneva che una psicoterapia energica e un'indagine serrata della psiche del militare potessero determinare quel rafforzamento della "volontà malata" del soggetto che era la causa principale dei disturbi lamentati, reali o simulati. Per questo vigeva un imperativo terapeutico che consisteva nel trasmettere al soldato l'impressione che «ogni messa in scena era inutile perché senza sintomi obiettivi, non riproducibili con la volontà né con la suggestione, non si era creduti, ma anzi, puniti»⁴⁹⁰. Si operava con energia e, soprattutto, rapidità anche per evitare di trasmettere l'impressione di una indulgente complicità con il soldato.

Destavano particolari sospetti quegli elementi che dai riscontri e dalle note di caserma, dall'osservazione e dall'anamnesi, evidenziavano una inclinazione verso l'alcol⁴⁹¹. È il caso del soldato Giovanni G., entrato in manicomio il 5 di Agosto del 1913, proveniente dall'Ospedale Militare principale di Savigliano. Qui il soldato risulta «di difficile custodia e pericoloso», per questo «se ne propone il trasferimento d'urgenza al manicomio Provinciale di Racconigi»⁴⁹². Da qualche tempo, presso il 73° Reggimento Fanteria dove è inquadrato, il militare «ha cominciato a dar segni di disturbi psichici caratterizzati da confusione mentale, insonnia, agitazione e ricorrenti accessi impulsivi con mania di distruzione»⁴⁹³; i sintomi non sono immediatamente ricollegabili a cause fisiologiche obiettive e, per questo, emerge il sospetto che la loro origine possa essere artefatta. La condizione di pericolosità sociale del soldato spinge il delegato di P.S. di Savigliano a disporre il ricovero coatto presso la struttura manicomiale provinciale⁴⁹⁴.

Giovanni ha 22 anni, è celibe, e appena fa il suo ingresso in manicomio, dopo le procedure di prassi con il ritiro degli effetti personali, la doccia e la rasatura dei capelli, viene sottoposto ad un primo momento d'osservazione generale che non evidenzia segni fisiognomici degenerativi: «contegno ordinato e nulla a carico del linguaggio parlato»⁴⁹⁵. Il militare non è delirante e «non sembra allucinato»⁴⁹⁶, inoltre «non è compulsivo»⁴⁹⁷, né agitato. Questa apparente normalità spinge la direzione sanitaria ad interrogarsi sulla natura dei sintomi presenti per poi concentrarsi, in particolare, sulla condizione di abituale bevitore del ricoverato: «Da borghese – viene riportato nell'anamnesi – beveva volentieri e qualche volta si ubriacava»⁴⁹⁸. Questa tendenza fa del militare un soggetto pericoloso dedito al vizio e, per questo, probabilmente incapace di adattarsi alla vita militare. Nonostante venga precisato che «da borghese [...] non si è infettato di morbi venerei»⁴⁹⁹, l'abitudine di consumare sostanze alcoliche basta a inquadrare il soldato alla luce di categorie che fanno riferimento all'indisciplina, alla ribellione, all'incapacità di vivere alla luce della morale condivisa. Per catalogare e individuare questi caratteri, fin dal principio del Novecento, in diversi ospedali militari – ma non a Savigliano, il principale per la provincia di Cuneo – vennero istituite sale per l'osservazione psichiatrica. Erano queste una sorta di gabinetti anatomici in cui il militare che mostrava segni di pazzia veniva studiato, analizzato, con il fine di catturare e catalogare i "segni della sua diversità", ma soprattutto gli elementi in grado di smascherarlo quale simulatore. Il preconcetto

⁴⁹⁰ Cfr. G. Pellacani, *Le neuropatie e le psiconevrosi nei combattenti* in RSF, vol. XLIV, 1920, 1, p. 19

⁴⁹¹ Solo per un inquadramento generale vedi: A. Cottino, *L'ingannevole sponda. L'alcool fra tradizione e trasgressione*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991.

⁴⁹² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 8745, *Comunicazione Ospedale Mil.Princ.-Savigliano*, 4 Agosto 1913.

⁴⁹³ *Ibidem*.

⁴⁹⁴ Ivi, *Provvedimento di invio in manicomio*, Ufficio di P.S. di Savigliano, 4 Agosto 1913.

⁴⁹⁵ Ivi, *Tabella nosografica, Esame psichico, Fisionomia, contegno, linguaggio*.

⁴⁹⁶ Ivi, *Tabella nosografica, Esame psichico, Sfera senso-percettiva*.

⁴⁹⁷ Ivi, *Tabella nosografica, Esame psichico, Estrinsecazione degli atti e delle tendenze*.

⁴⁹⁸ Ivi, *Tabella nosografica, Anamnesi*.

⁴⁹⁹ *Ibidem*.

secondo cui il simulatore era un inadatto a servire la nazione orientava lo sguardo del medico, situandone le rilevazioni diagnostiche che, alla luce di ciò, non potevano che confermare l'elemento disfunzionale della personalità ricercato. Il solo fatto di lamentare dei sintomi mentali rendeva il soldato un elemento pericoloso, un soggetto da inscrivere all'interno di quelle «classes dangereuses»⁵⁰⁰ che, in particolare nell'Ottocento, venivano ritenute un pericolo potenziale per l'ordine costituito. Che il soldato fosse un simulatore o che risultasse un "ammalato di nervi", in entrambi i casi era un "diverso" che faceva evidente resistenza al progetto di omologazione e standardizzazione dell'italiano ritenuto indispensabile dalle forze armate. In quest'ottica, agli occhi degli psichiatri, la simulazione non era poi troppo differente dalla pazzia propriamente intesa, entrambe condividevano infatti il seme della degenerazione e come tale dovevano essere disciplinate⁵⁰¹.

Il processo di correzione dell'anomalia non modificava i termini della questione ed era, alla fine, demandato alle direzioni sanitarie delle diverse strutture manicomiali e, quindi, di fatto, alla sensibilità, alla preparazione e all'ideologia del direttore del manicomio. A Racconigi la politica terapeutica e gestionale del direttore Rossi verso i soldati alienati appare essere ambivalentemente ispirata ora a un generico buon senso di stampo paternalistico, del tipo già adottato verso gli internati civili, ora a una politica di rapide dimissioni volte più a eliminare il problema che a servire una consapevole strategia disciplinare. Proprio un caso di dimissioni rapide è quello che alla fine tocca al soldato Giovanni G. Una volta preso atto di una condizione fisica generale discreta, minacciata soltanto dai momentanei periodi di denutrizione legati ad una strisciante depressione e «lievemente turbata dal presente stato confusionale»⁵⁰² – quello che lo ha condotto in manicomio –, valutato il rapido miglioramento, si decide di dimetterlo dopo solo 12 giorni di ricovero, il 21 agosto 1913.

Il caso è emblematico proprio di quella politica di rapide dimissioni appena indicate e che il direttore Cesare Rossi attuerà anche durante la guerra verso gli alienati – o i presunti tali – militari. Prima del conflitto però, quando il numero dei soldati ricoverati non è consistente, tale prassi deve essere ritenuta più che un ossequio alle indicazioni e ai desiderata delle gerarchie militari, un tentativo, l'unico a disposizione, per non vedere gravato ulteriormente il manicomio di un carico oneroso da dover gestire sotto diversi aspetti, in particolare sul piano dei possibili conflitti tra le istituzioni. Più in generale bisogna dire che questa politica locale del trattamento del "mal di caserma" pesa anche sulla valutazione nazionale del disagio mentale tra i soldati, sottostimato e sminuito dalle autorità e che, invece, come mostrano i 777 suicidi avvenuti tra il 1874 e il 1883⁵⁰³, rappresenta un problema rilevante anche prima della epidemica diffusione delle "nevrosi belliche" durante la Grande Guerra. La questione, tra l'altro, non era sconosciuta agli osservatori del tempo, tanto che Augusto Setti, nel 1886, così scriveva nel suo *L'esercito e la sua criminalità*: «Le statistiche penali militari finora non sono che allo stato di un inventario arido e imperfetto. Moltissimi dati, che figurano negli originali presso il Ministero, non furono riprodotti nelle copie a stampa»⁵⁰⁴. Pessime o carenti comunicazioni tra gli enti locali e quelli centrali, reciproche diffidenze tra le istituzioni della nazione, volontà di sottostimare il fenomeno e incapacità di comprenderlo nelle sue più complesse sfumature cliniche e sociali, sono alcune delle cause che resero il fenomeno del disadattamento alla vita militare più un affare da trattare nei suoi risvolti disciplinari, e magari giudiziari, che in quelli

⁵⁰⁰ Sulla questione delle «classi pericolose», anche se con un riferimento specifico diverso da quello trattato in queste pagine, vedi: F. Benigno, *La mala setta. Alle origini di mafia e camorra, 1859-1878*, Einaudi, Torino 2015.

⁵⁰¹ Cfr. P. Penta, *La simulazione della pazzia e il suo significato etnico, antropologico, clinico e medico legale*, Tocco, Napoli 1899.

⁵⁰² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 8745, *Tabella nosografica, Sviluppo e stato generale della personalità*.

⁵⁰³ Cfr. G. Oliva, *Esercito, paese e movimento operaio. L'antimilitarismo dal 1861 all'età giolittiana*, Milano 1986, p. 48.

⁵⁰⁴ Cfr. A. Setti, *L'esercito e la sua criminalità*, Roma 1886, pp. 40-41.

medici e sociali. Con tutte le ricadute che ciò comportò sulla più generale considerazione della questione stessa.

4. La mania acuta di un «alcolista e appassionato bevitore»: Lino G.

Le durezza della vita in comune, le difficoltà di abituarsi ai ritmi disciplinati dell'esercito e una radicata consuetudine culturale, propria in particolare del mondo contadino di vaste zone d'Italia, favorirono la diffusione e il consumo di alcool anche tra i corridoi e le camerate delle caserme⁵⁰⁵. Per molti soldati il ricorso alle sostanze alcoliche, perlopiù di scarsa qualità, rappresentava la via più immediata per sopportare i rigori e i soprusi del servizio militare. L'uso e l'abuso delle "sostanze spiritose" risultava attentamente vigilato da ufficiali e sottufficiali, anche perché da tempo era riconosciuto il nesso tra devianza, criminalità e alcolismo⁵⁰⁶. Anche sulla base di questa correlazione, in particolare nei casi di soldati colpiti da "mania acuta", in cui gli scatti violenti erano più difficili da controllare, tra le prime indagini che venivano svolte durante il periodo d'osservazione c'era quella sulle eventuali abitudini di "bevitore". Ciò è ben illustrato, nella documentazione clinica esaminata, dall'attenzione con cui durante l'anamnesi si procede alla ricerca della ricostruzione dell'eventuale fisionomia di "abituale bevitore" dell'internato. Questo in linea con una ben consolidata tradizione che poneva in correlazione follia, crimine e alcolismo, come sottolineato con forza – e ripetutamente – da Lombroso nella sua opera più importante, *L'uomo delinquente*:

«Sotto l'azione delle grandi quantità [d'ubriachezza] l'eccitamento dell'innervazione motrice è causa dell'illusione di forza che hanno tutti gli ubbriachi e di tutte le loro azioni brutali e sconsiderate [...]. L'alcool, dopo aver [...] eccitato, indirizzato nella via del delitto la sciagurata sua vittima con atti istantanei ed automatici, ve la mantiene ed inchioda, per sempre, quando, rendendola un bevitore abituale, ne paralizza, narcotizza i sentimenti più nobili, e trasforma in morbosa anche la compage cerebrale più sana: dando una dimostrazione, pur troppo sicura, sperimentale, dell'assioma che il delitto è un effetto di una speciale, morbosa condizione del nostro organismo»⁵⁰⁷.

L'idea che l'ubriachezza, attraverso l'allentamento dei freni inibitori e l'alterazione della personalità, provocasse «azioni brutale e sconsiderate» era un patrimonio condiviso dell'epoca ed era considerata una delle caratteristiche proprie del "degenerato", tanto che la determinazione dell'alcolismo ereditario era per l'appunto uno degli elementi che caratterizzavano l'indagine

⁵⁰⁵ Sull'uso delle sostanze alcoliche tra Otto e Novecento la bibliografia è copiosa. Per un inquadramento generale vedi: C. Lombroso, *Il vino nel delitto* in A. Graf, A. Cossa, C. Corradino, M. Lessona, S. C. de Martiis, G. Arcangeli, A. Mosso, G. Giacosa, G. Bizzozero, C. Lombroso, E. de Amicis (A cura di.), *Il vino: Undici conferenze*, Loescher, Torino 1880; G. Allevi, *L'alcoolismo*, Fratelli Bocca, Torino 1906; A. Pistolesse, *Alcoolismo e delinquenza*, UTET Torino 1907; N. Colajanni, *L'alcoolismo, sue conseguenze morali, sue cause*, Filippo Tropea ed. Catania 1887; A. Zerboglio, *L'alcoolismo. Studio sociologico—giuridico*, Fratelli Bocca Torino 1892; E. Ferri, *L'alcoolismo* in «La scuola positiva», 7 (1897); C. Lanza, *Criminali ed abnormi alcolisti in rapporto alla loro pericolosità sociale* in «La scuola Positiva», 1, 1921, pp.10-12; G. E. Vaillant, *The natural history of alcoholism revisited*, Harvard University Press. Cambridge, MA 2009; S. Barrows, e R. Room, *Drinking: Behaviour and belief in modern history*, CA, United States: University of California Press, Berkeley 1991; J.C. Sournia, *A history of alcoholism*, Basil Blackwell, Oxford 1990; A. Cottino, *L'ingannevole sponda...cit.*; M. Figurelli, *L'alcol e la classe. Cenni per una storia dell'alcolismo in Italia*, in «La Classe», 10(15), 1978, pp. 93–136; P. A. Garfinkel, *In Vino Veritas: The construction of alcoholic disease in liberal Italy, 1880–1914* in M. Holt (Ed.), *Alcohol: A social and cultural history*, Berg Publishers, Oxford 2006, pp. 61–76.

⁵⁰⁶ Cfr. E. Petrilli e F. Beccaria, *The Italian "alcohol question" from 1860 to 1930: Two opposing scientific interpretations*, IADR, 2015, 4(1), pp. 37 – 43; F. Beccaria, e E. Petrilli, *The complexity of addiction: Different conceptualizations of alcohol and drug addiction(s) among Italian scholars in the late 19th and early 20th century*, «Social History of Alcohol and Drugs», 28, 2014, pp. 34–56; A. Cottino, *Science and class structure: Notes on the formation of the alcohol question in Italy (1860–1920)* in «Contemporary Crises», 9, 1985, pp. 45–53; A. Cottino, *La questione sociale dell'alcool da Lombroso a Ferri* in Gruppo di ricerca sui problemi dell'alcolismo e delle tossicodipendenze (Eds.), *L'alcol nella società—Scienza, cultura e controllo sociale*, Celid.Torino 1985, pp. 11–32; P. Morgan, *Industrialization, urbanization and the attack on Italian drinking culture* in «Contemporary Drug Problems», 15, 1988, pp. 607–626.

⁵⁰⁷ Cfr. C. Lombroso, *L'uomo delinquente*, Fratelli Bocca, Torino 1896, pp. 106-107.

diagnostica dei nuovi entrati in manicomio. È quanto accade con Lino G., soldato del 31° Reggimento Fanteria, della classe 1888, che il 31 Agosto del 1909 fa il suo ingresso in manicomio proveniente dall'Ospedale militare di Savigliano, dove è stato giudicato un soggetto «pericoloso a sé e agli altri»⁵⁰⁸. Il soldato si trova ricoverato in ospedale dal 15 di Agosto: grida, scalcia e «durante la permanenza nel reparto [...] è sempre stato in preda ad una sovraeccitazione generale con periodi di impulsività caratterizzati da tendenza a distruggere gli oggetti circostanti e ad aggredire i piantoni messi alla sua custodia»⁵⁰⁹. Dalle prime indagini svolte in ospedale risulta che il militare è «figlio di alcolista ed appassionato bevitore egli stesso»⁵¹⁰. Tanto basta per valutare la «mania acuta» che lo scuote come legata alla sua condizione di alcolista che, come sostenuto da Lombroso, è una «lurida piaga [...] nemica non solo della libertà ma anche della sicurezza sociale»⁵¹¹. Il soldato è agitato, animato da pulsioni distruttive e si scaglia contro tutto e tutti: agli occhi dei medici gli elementi sono più che sufficienti per disporre l'invio in manicomio.

Lino G. si trova in ospedale dopo essere stato fermato dai Carabinieri «mentre correva all'impazzata su una bicicletta lungo lo stradale Saluzzo-Revello. Avendo dato risposte poco attendibili e coerenti ai militi che lo interrogavano venne inviato in osservazione in [...] ospedale»⁵¹². I luoghi sono quelli della valle Po, ai piedi del Monviso, e i carabinieri si chiedono cosa ci faccia da quelle parti un soldato originario della provincia di Rovigo. Dove vuole andare? Da una rapida indagine risulta che il militare si trovava a Cuneo con altri commilitoni in attesa di un trasferimento; da qui, senza alcuna ragione, né giustificazione, si è allontanato. I militi, considerato lo stato alterato del soldato, lo accompagnano in ospedale. E da qui, come detto, viene inviato in manicomio «per lo stato di viva agitazione cui è [...] preda»⁵¹³. Le sue condizioni non consentono ai medici di «ottenere attendibili informazioni anamnestiche»⁵¹⁴, così per ricostruire le vicende che lo riguardano si servono del notiziario medico, di una lettera inviata dal padre e di non ben precisate notizie diverse.

Tra le informazioni poste in evidenza c'è quella che lo identifica come «figlio di alcolista ed appassionato bevitore egli stesso»⁵¹⁵. Questo che è il quadro di base è complicato dalle allucinazioni pseudo-mistiche lamentate dal soldato che, poco prima di fare il suo ingresso nello stato acuto, dichiara di essere insonne da una settimana e di essere stato, «preso da uno Spirito così fortemente al petto che credette di morire»⁵¹⁶. Dopo ripetuti interrogatori i medici riescono a ottenere altre informazioni e sulla base di queste si fanno una prima idea del soldato che, tra l'altro, appare essere fortemente segnato da credenze superstiziose e da un immaginario mistico.

Lino G., rievocando il primo attacco che lo ha condotto all'infermeria, afferma di aver attraversato un periodo di depressione durante il quale non mangiava, era pallido e si sentiva privo di forze. Egli è convinto di essere vittima «dell'invidia di un suo compagno [che confonde chiamando più volte con il proprio nome e cognome: Lino G.] perché egli aveva avuto in dono un paio di scarpe da un altro camerata»⁵¹⁷. La vicenda raccontata non è chiara, ma il quadro che emerge è sufficiente per identificare il soggetto come vittima di attacchi deliranti di natura non chiara. Un elemento potenzialmente pericoloso, in linea con quanto ritenuto per gli «abituali bevitori». D'altronde le «frenosi alcoliche», fin dai tempi della direzione Giacchi, sono ritenute particolarmente insidiose e

⁵⁰⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Direzione dell'ospedale militare principale di Savigliano, Proposta di invio al manicomio*, 27 Agosto 1909.

⁵⁰⁹ *Ibidem.*

⁵¹⁰ *Ibidem.*

⁵¹¹ Cfr. C. Lombroso, *Il vino nel delitto* in A. Graf (a cura di), *Il vino*, Loescher, Torino 1880, p. 440.

⁵¹² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Direzione dell'ospedale militare principale di Savigliano, Proposta di invio al manicomio*, 27 Agosto 1909.

⁵¹³ Ivi, *Tabella nosografica, Anamnesi*, 31 Agosto 1909.

⁵¹⁴ *Ibidem.*

⁵¹⁵ *Ibidem.*

⁵¹⁶ *Ibidem.*

⁵¹⁷ *Ibidem.*

degne di speciali “riguardi”, tanto da rendere gli internati che ne “soffrono” dei soggetti da non “perdere mai di vista” proprio per il loro carattere imprevedibile e pericoloso. In ciò si segue una linea che in quegli anni viene ratificata da Carrara, nella sua *Antropologia criminale* del 1908⁵¹⁸, in cui sostiene che l’ubriachezza agisce direttamente sul profilo criminale del soggetto bevitore e, indirettamente, su quello degenerogeno segnandone la fisionomia ereditaria. Debolezza caratteriale, immoralità e incapacità di conservare il controllo degli istinti sono alcune delle caratteristiche che rendono le “frenosi alcoliche” particolarmente pericolose per gli alienisti dell’epoca, come per l’appunto l’ex direttore del manicomio di Racconigi Oscar Giacchi, che per questa categoria di “folli” proponeva una soluzione sbrigativa: «mandarli a respirare aria libera e pura in un’isola deserta, ove non sono né bettole né spacci di liquori, costretti a dimandare al lavoro il pane quotidiano»⁵¹⁹.

Sulla base di questo profilo Lino G., dopo il suo arrivo in manicomio, viene dunque immediatamente posto sotto stretto controllo. L’esame “antropologico somatico” non evidenzia particolarità degenerative⁵²⁰, quello “funzionale”, invece, risulta impossibile da compiersi visto lo «stato di viva irrequietezza fisica cui è preda l’internato».⁵²¹ Alterna fasi di apatia, ad altre acute in cui «è clamoroso, [...] disordinato, con atteggiamenti aggressivi, laceratore. Si dovette anche contenere»⁵²². Il soldato è violento, aggressivo e cerca di liberarsi dal regime contenitivo (“aggressivo”), tutte caratteristiche che ci si attende da un alcolista in preda agli eccessi dell’ubriachezza. E così se lo rappresentano i medici chiamati ad osservarlo e a valutarne il “contegno clinico”. Proseguono inoltre i «disturbi sensoriali (allucinazioni uditive e visive a contenuto persecutorio) [...] e alcune apprensioni deliranti»⁵²³. Il caso viene ritenuto degno di attenzione perché sono chiari gli estremi di pericolosità sociale che la Legge n.36 del 1904 vuole scongiurare attraverso l’internamento. Non sorprende dunque – a differenza di vicende simili – una politica di internamento meno sbrigativa del solito, con una cartella clinica attenta, puntuale, ricca di informazioni. Ciò sembra confermare un’impressione maturata durante lo studio della documentazione clinica: l’attenzione burocratica e la completezza di informazione sono proporzionali al grado di pericolosità presunta dell’internato.

Sulla base di quest’ultima considerazione è possibile ipotizzare, anche tra la componente medica racconigese, un rafforzamento dell’ideologia disciplinare e securitaria dopo la legge Giolitti che, per l’appunto, inquadra la questione manicomiale alla luce del paradigma della pericolosità sociale. La degenza diventa a tutti gli effetti reclusione e la pericolosità per la collettività il criterio identificativo e di trattamento all’interno del manicomio. E ai militari, in tutto ciò, se possibile, si riserva una attenzione anche maggiore. Infatti soldati come Lino G., con le tare di cui si fanno “veicoli”, rappresentano la più profonda ferita ad un immaginario e a una retorica militare che, dopo l’Unità, prova a gestire la leva di massa alla luce di proiezioni ideali quali la figura del combattente sano, tendenzialmente eroico e naturalmente predisposto verso i doveri che lo legano alla nazione. Il controllo asfissiante, le annotazioni giornaliere, la contenzione praticata su Lino G. sono dunque parte di una politica di internamento più generale che interessa strategie disciplinari che lentamente prendono forma dopo la Legge 1904 e che, se ancora prima della Grande Guerra non contemplano

⁵¹⁸ Cfr. F. Carrara, *Antropologia criminale*, Vallardi, Milano 1908.

⁵¹⁹ Cfr. O. Giacchi, *L’ubriachezza e la riforma del Codice penale* in “Effemeride del manicomio provinciale di Racconigi”, Gennaio 1888, pp. 1-3. Vedi inoltre, sempre dello stesso Giacchi: *Manicomio provinciale. Gli alcolisti* in «Sentinella delle Alpi», 1-2 Settembre 1898.

⁵²⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Tabella nosografica, Esame antropologico somatico*.

⁵²¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Tabella nosografica, Esame antropologico funzionale, Funzioni di senso*.

⁵²² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Tabella nosografica, Esame psichico*.

⁵²³ *Ibidem*.

il caso militare nella sua specificità medico-sociale, mostrano i germi di politiche eugeniche che troveranno piena attuazione durante il fascismo.

La diagnosi infine emessa è quella di «stato maniacale»⁵²⁴ in soggetto con «tendenza all'impulso» e deliri sensoriali. Tra le manifestazioni che più destano l'attenzione dei medici c'è quella delirante che, a fronte di una discreta consapevolezza di sé («sa dare esatta notizia di sé»⁵²⁵), evidenzia una personalità con tratti paranoici e allucinatori: «afferma che un camerata al reggimento avendo invidia di lui, gli fermò tutto il sangue nelle vene, così che non era più in grado di attendere a qualsivoglia occupazione»⁵²⁶. Lino G., nelle sue credenze e nel suo universo immaginario, rappresenta bene un mondo – quello contadino innanzitutto, ma non solo – immerso in un orizzonte mentale di lungo periodo⁵²⁷ e che, ancora a inizio del Novecento, non risulta essere stato messo seriamente in discussione dall'avvento della società industriale di massa. In questo caso le difficoltà ad adattarsi alla vita in caserma, la problematicità delle relazioni con persone sconosciute, conducono il soldato sulla strada delle credenze ancestrali e delle spiegazioni magiche. Non tutti i soldati, ovviamente, reagiscono così, anche se i riferimenti a credenze magico-superstiziose sono molto frequenti nella corrispondenza conservata e nelle annotazioni cliniche, a dimostrazione di quadri mentali collettivi profondamente condivisi. Quadri che si attivano più facilmente in condizioni di stress, di frustrazione o di impotenza, come quelli provati dai soldati sottoposti alla ferrea disciplina della vita di caserma e allo sradicamento forzoso dall'ambiente domestico. E proprio le dure condizioni di molte caserme erano da tempo denunciate dai quotidiani di ispirazione socialista che della critica al militarismo e, più in generale, della spersonalizzazione della disciplina militare e dei maltrattamenti all'ordine del giorno nelle caserme della Penisola, avevano fatto una sorta di bandiera programmatica. «Di strazianti angosce e bassezze stolte»⁵²⁸ parlavano i racconti dei militari intervistati dai corrispondenti e tale risulta essere anche il tono di soldati come Lino G. che identifica nel suo compagno la causa principale delle disgrazie occorsegli.

La situazione non migliora neanche in seguito, infatti, nonostante più volte dichiarò ai medici di «sentirsi ora bene e di non avere più il minimo disturbo»⁵²⁹, in realtà è convinto di essere ancora nel mese di Luglio – invece di Settembre – e più volte si rivolge al direttore chiamandolo «curato». Desta molto interesse anche l'insolita produzione discorsiva che lo contraddistingue, infarcita di neologismi, che giustifica nelle maniere più diverse; ad esempio, messo davanti all'evidenza che quello che lo visita è il medico e non il curato, giustifica la sua scelta discorsiva sostenendo che «il medico viene detto “curato” perché cura le malattie»⁵³⁰. Una dimostrazione di spiegazione che ha una sua logica e che indica incidentalmente come la malattia mentale non faccia di tutti gli internati, necessariamente, dei soggetti incapaci di costruire nessi di causa ed effetto in qualche modo legittimi.

I comportamenti che destano attenzione proseguono nei mesi successivi, durante i quali «vuole farsi mandare il proprio clarinetto dal reggimento per poter concertare della musica con altri ricoverati»⁵³¹. «Ride facilmente», canta, è allegro «spesso senza motivo», sembra non preoccuparsi di essere in manicomio, ma alterna queste fasi al pianto, alla disperazione e alla furia. I medici

⁵²⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Tabella nosografica, diagnosi*.

⁵²⁵ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Agosto 1909.

⁵²⁶ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Agosto 1909.

⁵²⁷ Sulla storia della mentalità la bibliografia è sterminata, per un inquadramento generale vedi: P. Ariès, *La storia delle mentalità* in J. Le Goff, *La nuova storia*, Mondadori, Milano 1980 pp. 141–166; G. Duby, *L'histoire des mentalités*, in G. Samaran, *L'histoire et ses methodes*, Gallimard, Paris 1961, pp. 937–966; J. Le Goff, *Le mentalità. Una storia ambigua*, in *Fare Storia. Temi e metodi della nuova storiografia*, Einaudi, pp. 239–258.

⁵²⁸ Cfr. *L'infamie che impunemente si compiono nel Regio Esercito* in «L'Avvenire», 2 Ottobre 1904.

⁵²⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Diari psichici e fisici*, Settembre 1909.

⁵³⁰ *Ibidem*.

⁵³¹ *Ibidem*.

registrano che «l'irrequietezza s'è cambiata in agitazione»⁵³² e il 12 di Settembre confabula tra sé e sé, canta e «scappa dal piano, [...] arrampicandosi al sommo di un'inferriata»⁵³³ da dove lancia oggetti e dà in escandescenza. La pericolosità sociale del soggetto desta sempre più attenzione tra i medici e il personale, in linea con quanto ci si aspetta dai soggetti adusi all'abuso di sostanze alcoliche.

Tutto questo è in linea con le riflessioni degli studiosi che al tempo si sono interessati della questione. Tra loro Adolfo Zerboglio, giurista torinese e socialista, che qualche anno prima, nel 1892 precisamente, nella sua opera *L'alcolismo*, così definisce la piaga: «un male intollerabile e incompatibile con la sicurezza del corpo sociale»⁵³⁴. Intanto, dopo che per un'intera giornata è stato arrampicato su di un'inferriata, a sera, con molta fatica, riescono a contenerlo dopo che «ha portato via tutti i materassi del letto, coperte e lenzuoli»⁵³⁵ e si è scagliato contro tutto e tutti in preda a una furia incontrollabile. La condizione furiosa prosegue anche in seguito, tanto che devono trasferirlo nel comparto di osservazione («E' passato nuovamente in C.O. per maggiore sorveglianza»⁵³⁶) dove di continuo «arrischia di prodursi delle lesioni e perciò è necessaria la sua contenzione»⁵³⁷.

Con il passare dei giorni i medici registrano la persistenza dei «disturbi sensoriali a contenuto caotico»⁵³⁸ e irrequietezza, lo spostano di continuo da un comparto all'altro, lo tengono sotto stretto controllo e lo sottopongono di continuo a bagni prolungati, una pratica brutale prevista in genere per le «manie furiose», come lo sono molte «frenosi alcoliche», che prevede l'alternarsi di immersioni prolungate in tinozze d'acqua calda, alternate a violente docce d'acqua fredda. L'idea è che alla fine dell'intervento l'internato sia così stanco e frastornato da non avere la forza per lasciarsi andare ad impulsi violenti. La pratica sembra raggiungere il suo scopo se, qualche tempo dopo, il diario clinico ce lo descrive come libero da disturbi sensoriali, gaio e impegnato in lavoretti con gli infermieri. La strategia disciplinare sembra aver raggiunto il proprio scopo ed essere riuscita a calmare l'animo furioso del militare, tanto che viene nuovamente spostato nel Comparto Centrale, il nucleo più antico del manicomio, nonché quello meno adatto ai pazienti con impulsi violenti e aggressivi.

Nel periodo di calma Lino G. fa più volte richiesta di essere lasciato libero per poter fare «ritorno a casa, dove più che l'affetto familiare l'attira il pensiero che potrà divertirsi, correre in bicicletta e fare della musica. Il tono dell'umore si mantiene gaio-euforico»⁵³⁹ ma dura poco e torna a stracciare coperte e «a disfare i materassi»⁵⁴⁰, «in preda ad esaltamento maniaco [...] è agitato, clamoroso»⁵⁴¹. Nonostante il soldato non faccia più uso di sostanze alcoliche, la persistenza della condizione violenta sembra confermare le credenze del periodo sulla natura, i sintomi e la resistenza degli effetti nelle frenosi di tipo alcolico. Il procuratore del Re a Torino, ad esempio, sostiene che all'alcolismo «e non all'indigenza ed al bisogno [si debba] di preferenza far risalire la delinquenza verificatasi nel circondario»⁵⁴². L'abuso di alcool, come ricostruito nel caso del soldato Lino G., distruttura la personalità e la predispone al delitto e alla follia. Sempre Adolfo Zerboglio riassume ciò in un lavoro a cura della Federazione Antialcolista italiana: «l'alcolismo valutato nel suo aspetto di abuso degli alcolici conduce al delitto attraverso due vie, o in quanto mena alla degenerazione

⁵³² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Diari psichici e fisici*, 12 Settembre 1909.

⁵³³ *Ibidem*.

⁵³⁴ Cfr. A. Zerboglio, *L'alcolismo*, Bocca, Torino 1892, p. 282.

⁵³⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Diari psichici e fisici*, 12 Settembre 1909.

⁵³⁶ *Ivi*, *Diari psichici e fisici*, 20 Settembre 1909.

⁵³⁷ *Ibidem*.

⁵³⁸ *Ivi*, *Diari psichici e fisici*, 21 Settembre 1909.

⁵³⁹ *Ivi*, *Diari psichici e fisici*, Ottobre 1909.

⁵⁴⁰ *Ivi*, *Diari psichici e fisici*, Ottobre 1909 [s.d].

⁵⁴¹ *Ivi*, *Diari psichici e fisici*, Novembre 1909 [s.d].

⁵⁴² Cfr. A. Zerboglio, *Alcolismo e criminalità* in Federazione Antialcolista italiana (a cura di) *L'alcolismo pericolo per l'Italia?*, Ufficio del lavoro della società umanitaria, Milano 1909, p. 104.

fisico-psichica, o in quanto produce nell'alcolista una condizione sociale che favorisce il ricorso ad azione criminose»⁵⁴³. Il caso di Lino G., esempio tipico di soldato che si rifiuta di svolgere il proprio dovere, rientra nella prima tipologia, quella dei "degenerati", individui che a causa di fattori predisponenti sono per natura inclini al delitto⁵⁴⁴.

Ma cosa si intende al tempo con «degenerazione»? La "teoria della degenerescenza" rappresenta il paradigma di riferimento per l'interpretazione delle anormalità psichiche e delle debolezze caratteriali, soprattutto tra i militari. Infatti, consentendo di non attribuire alla vita in caserma un'azione determinante per l'emergere della condizione di follia, venne utilizzata come categoria privilegiata dalle autorità militari e dai "medici con le stellette". In Italia il successo della teoria organizzata da Morel nel 1857, attraverso il *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, è dovuto alla forza suggestiva attraverso cui riesce a spiegare, in maniera apparentemente convincente, il problema della follia e l'inefficacia dell'azione medica nei suoi confronti. Questi, come visto, erano alla ricerca di una legittimità teorica e scientifica che la teoria della "degenerescenza", con il riferimento alla biologia, finalmente consentiva di poter vantare. Ed è qui, nella sua valenza epistemologica e politica, che deve essere ricercata la persistenza dottrinarica e la larga applicazione diagnostica della teoria. Non bisogna dimenticare infatti che l'alienista, soprattutto dopo la legge n.36 del 1904, assume in misura più marcata un ruolo di "guardiano della società" che lo relega, di fatto, ad una posizione scomoda, ben poco in linea con le ambizioni terapeutiche di soggetti che puntavano al riconoscimento pubblico di medici. I tentativi di abbandonare una fisionomia sociale sempre più problematica e restrittiva trovano così nel "degenerazionismo" un alleato teorico in grado di giustificare non soltanto i fallimenti terapeutici, ma anche la funzione igienico sociale svolta dall'alienista, lo specialista in grado di identificare, selezionare ed escludere il soggetto "anormale" dalla comunità civile. In questo passaggio politico-teorico si compie il destino sociale dell'alienista e, parimenti, si configura l'orizzonte di riferimento di pratiche manicomiali sempre più volte a contenere il folle e a renderlo inoffensivo, proprio come accade con il soldato Lino G. E in questo senso la sua vicenda è paradigmatica di una politica di trattamento che interessa tanti i soldati identificati come "degenerati", quanto gli alcolisti, i "folli morali" e, in genere, tutte le categorie davanti alle quali la psichiatria evidenzia tutta la sua inefficacia terapeutica.

In questi casi la strategia medica si limita perlopiù al contenimento in attesa che le condizioni del militare migliorino, così da poterlo rinviare al corpo d'appartenenza o, nei casi più gravi, al manicomio provinciale di riferimento, dopo il provvedimento di riforma. Così quando tra novembre e dicembre, dopo la persistente agitazione e nonostante le ripetute ricadute, i medici registrano un momentaneo periodo di calma – indotto dalla prolungata cura idroterapica – si adoperano rapidamente per dimetterlo, sgravando così il bilancio manicomiale da un caso tendenzialmente difficile e quasi certamente destinato alla cronicizzazione: «Da qualche giorno è addetto all'officina del calzolaio e di lui si danno buone referenze. È calmo, la promessa della sua dimissione ha sollevato il *sonno* sentimentale del suo animo. Bene orientato, lucido, cosciente, non appare allucinato, né delirante. Lo proponiamo per la dimissione in esperimento»⁵⁴⁵. Al di là del lirismo retorico di alcuni passaggi – *il sonno sentimentale del suo animo* – queste righe sono interessanti perché sembrano confermare quanto sostenuto sulla svolta disciplinare dell'alienismo mentale dopo il 1904. La confluenza di istanze politiche legate al controllo sociale e di consapevolezza sull'impotenza medica di fronte a certe costellazioni patologiche spinge, in misura sempre più evidente, gli alienisti verso una politica manicomiale minimale, basata, per l'appunto, sul contenimento del malato e sulla

⁵⁴³ Ivi, p.25.

⁵⁴⁴ Sulla "degenerazione" vedi: D. Pick, *Volte della degenerazione. Una sindrome europea 1848-1918*, trad.it. di S. Minucci, La Nuova Italia, Firenze 1999 e M. Simonazzi, *Degenerazionismo. Psichiatria, eugenetica e biopolitica*, Bruno Mondadori, Milano 2013.

⁵⁴⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Diari psichici e fisici*, Dicembre 1909 [s.d.].

rapida dimissione – appena le condizioni lo permettono – del soggetto. Non bisogna infatti dimenticare che tra le pressioni a cui è sottoposta la direzione sanitaria del manicomio, asfissiante è quella dell'Amministrazione Provinciale che, di anno in anno, inesorabilmente, si lamenta per l'aumento delle «ammissioni» e per la scarsità delle dimissioni. In diversi casi di questa situazione viene ritenuta direttamente responsabile proprio la direzione sanitaria, accusata senza mezzi termini di essere pavida e di interpretare la Legge n. 36 in modo fin troppo generoso a favore di quei malati che in manicomio non stanno per via della loro pericolosità sociale, ma piuttosto per sfuggire alla miseria dei tempi⁵⁴⁶. D'altra parte la teoria della degenerescenza di Morel non stabilisce una differenza tra «i degenerati fisici (gli alienati) e i degenerati morali (criminali)»⁵⁴⁷, entrambe le categorie vengono infatti ricondotte «a una stessa origine (l'ereditarietà) e a una medesima "natura" (la degenerazione)»⁵⁴⁸. Ciò, mette gli alienisti in una posizione non facile. Infatti, se fenomeno criminale e follia si sviluppano da un tronco comune, di fatto ciò pone le condizioni per una politica manicomiale che alla cura antepone la reclusione, facendo dei direttori-alienisti più dei custodi che dei medici. E questo aumenta le loro responsabilità nel caso di dimissioni frettolose a vantaggio di soggetti pericolosi. Stritolati così tra le esigenze di politica sociale da una parte e di bilancio provinciale dall'altro, i direttori appaiono sempre più deboli e incapaci di elaborare strategie che vadano al di là della semplice amministrazione del complesso manicomiale.

Il degenerato, d'altra parte, si configura come un costo a fondo perduto per le casse della provincia, questo in virtù del suo essere "inguaribile" per definizione, legato ad un tratto ereditario di per sé immutabile. Se infatti l'alienato si trova tendenzialmente in una condizione transitoria, il degenerato è un soggetto ontologicamente anomalo e un pericolo perenne. Questo si traduce nel caso dei civili in una reclusione a vita, nel caso dei soldati, invece, la condizione di personale a servizio dello Stato rende più complicata e ambigua la questione. Mancando politiche chiare e direttive precise, di fatto, ogni alienista e ogni manicomio decide autonomamente, alla luce del contesto, delle contingenze e soprattutto delle sollecitazioni dell'amministrazione provinciale. A Racconigi, negli anni immediatamente precedenti alla guerra, la politica adottata fu quella attuata con Lino G.: si attende il miglioramento e, nonostante la condizione di anormalità costitutiva – nel suo caso, come abbiamo visto, legata all'alcolismo –, si dimette in «esperimento» evidenziando i recenti progressi.

Nel caso in questione la direzione sanitaria è facilitata dal provvedimento di riforma dal servizio militare, emanato il 5 di settembre⁵⁴⁹, che la libera da eventuali contrapposizioni con l'autorità militare. La condizione di riformato fa di Lino G. un civile da rimandare a casa o al manicomio di riferimento. In entrambi i casi è prevista la dimissione da Racconigi, che avviene il 29 Dicembre 1909 con il provvedimento di licenziamento.

5. «Viva Tripoli italiana»: la riforma dal servizio militare per follia

Analizzando la documentazione clinica prodotta dal manicomio di Racconigi è possibile affermare che, prima della guerra, il fenomeno dei soldati che danno segni di pazzia non è considerato particolarmente degno di attenzione sul piano teorico e della meta-riflessione. Almeno di quella esplicita, poiché, come abbiamo visto, i segni di un lento affermarsi di politiche diagnostiche e di

⁵⁴⁶ APCN, ACP di Cuneo 1909, Tip. Cooperativa, Cuneo 1910, p.172. Il Direttore Cesare Rossi, da poco nominato dopo l'abbandono di V. Tirelli, è costretto a giustificare davanti all'Amministrazione Provinciale l'aumento delle ammissioni. Lo fa adducendo una serie di cause tra cui: la povertà generale, la mancanza di strutture di pubblica assistenza in Provincia, la degenerazione sempre più marcata della società.

⁵⁴⁷ Cfr. M. Simonazzi, *Degenerazionismo. Psichiatria, eugenetica e biopolitica...*cit., p. 41.

⁵⁴⁸ *Ibidem*.

⁵⁴⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.7548, *Direzione dell'Ospedale Militare Principale di Savigliano, Informazione*, 6 Ottobre 1909.

considerazioni specifiche sembrano farsi largo, pur nel silenzio della documentazione. Agli internati militari non vengono riservati padiglioni particolari, né particolari condizioni nel trattamento. Non emergono neanche specifici orizzonti diagnostici, neppure come riflesso di un dibattito scientifico che sulle riviste specializzate trova sempre più posto. Questo nonostante la biblioteca del manicomio sia particolarmente ricca e annoveri quasi tutte le più importanti pubblicazioni periodiche dell'epoca⁵⁵⁰. Gli eventuali dubbi sulle origini dei "sintomi da caserma", gli elementi per distinguere tra malati "genuini" e simulatori, le possibili indagini diagnostiche da compiere davanti a fenomeni psico-patologici dalla non chiara origine e determinazione, non emergono dalla documentazione esaminata, come se la questione non avesse effettivamente generato l'interesse della direzione sanitaria. Le lente trasformazioni sul piano delle tipologie diagnostiche, l'uso sempre più frequente di categorie stereotipate – come lo "stato confusionale"⁵⁵¹ – per inquadrare la costellazione sintomatica dei soldati, sono dunque da leggere più come un lento, e inizialmente irriflesso, adeguamento discorsivo con effetti performativi, che come l'effetto di una consapevole ed esplicita strategia nosografica "decisa a tavolino".

È possibile invece notare, soprattutto dalla corrispondenza che il direttore scambia con le famiglie dei militari, un reiterato invito, rivolto a queste ultime, a tenere presente la condizione di "soldato" del ricoverato, ai limiti che questa impone nonostante l'invio in manicomio. Ciò è particolarmente evidente in quelle circostanze in cui la famiglia pretende che l'internato venga trasferito in un manicomio più vicino a quello di residenza⁵⁵², che venga riconsegnato alle cure della famiglia o, comunque, che sia possibile venirlo a trovare liberamente⁵⁵³. Questa attenzione sembra essere dettata da un rispetto delle prerogative, della forma e anche da un non voler entrare in contrasto con l'amministrazione militare – da cui i soldati dipendono anche durante il ricovero –, sintomatico di una più generale politica di relazioni pubbliche improntata al riconoscimento delle rispettive prerogative. D'altra parte alla direzione sanitaria dovevano bastare le frequenti tensioni con l'amministrazione provinciale, per auspicare ulteriori conflitti istituzionali. Alla luce di ciò, per non esporsi all'accusa di eccessiva indulgenza nei confronti dei soldati ricoverati, per non incoraggiare le simulazioni e le dissimulazioni, le direzioni sanitarie – come quella di Racconigi – furono molto parche nel riconoscere come talmente gravi i sintomi lamentati da suggerire provvedimenti di riforma dal servizio militare. Per questo cercarono quanto più possibile di non tenere a lungo ricoverati i soldati e solo nei casi più gravi, e in presenza di sintomi persistenti, oltre il periodo d'osservazione. Per il manicomio che stiamo analizzando ciò è confermato dall'analisi dei registri di ricovero e dimissioni, che mostra come ben il 40 % dei soldati inviati in osservazione durante il periodo esaminato viene licenziato nel giro di un mese. Periodi brevi, indici di una politica d'internamento tesa a trattenere quanto meno possibile i soldati e a riconoscere con molta circospezione i disturbi psichici lamentati dai militari, in particolare per ciò che concerne un possibile legame con la disciplina e l'esistenza militare. Così le diagnosi, pur tenendo conto del luogo di provenienza dei malati, non fanno esplicito riferimento al "mal di caserma" e vengono ricondotte perlopiù ad una comune base organicistica, in linea con quanto fatto con gli altri internati. Questo evidenzia una politica terapeutica non soltanto molto riluttante ad abbandonare le categorie

⁵⁵⁰ ASONR, *Biblioteca scientifica, Inventario*. L'analisi dell'inventario relativo ai volumi e alle riviste raccolte nell'Istituto evidenzia due elementi su tutti: I) il progressivo smarrimento di molte delle pubblicazioni e dei volumi inizialmente presenti; II) l'incompleta registrazione del materiale presente. Quest'ultimo aspetto si evince dal confronto tra i volumi superstiti e quelli registrati nell'inventario. Da ciò si possono trarre ulteriori due osservazioni: I bis) L'inventario oggi presente non era l'unico e l'eventuale altro registro veniva compilato con più cura; II bis) Non era in uso una particolare cura nella registrazione dei libri e delle riviste presenti. Quest'ultimo aspetto, tenuto conto dell'attenzione con cui venivano registrati, compilati e catalogati, anche ripetutamente, altri aspetti della vita amministrativa del manicomio sembra essere meno probabile.

⁵⁵¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. : 8034, 8375, 8550, 8600, 8632, 8719, 8745, 8771, 8875.

⁵⁵² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9140, *Lettera di Antonio C. al Direttore*, Marianella (Napoli), 31 Dicembre 1914.

⁵⁵³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9141, *Lettera di Vincenzo P. al Direttore*, Napoli, 19 Dicembre 1914.

diagnostiche consolidate in anni di pratica, ma anche una certa difficoltà a valutare le patologie in un più ampio orizzonte discorsivo capace di tenere insieme considerazioni sociali e riflessi patologici.

A Racconigi un'apertura sulle cause sociali ed economiche del disagio mentale si era realizzata durante gli anni della direzione Giacchi, quando l'aumento del numero dei ricoveri a causa della pellagra aveva prodotto una serie di interrogazioni sulle forme di vita dei contadini, sulle pratiche alimentari e sui nessi con la malattia mentale⁵⁵⁴. L'alto numero di decessi, la correlazione tra la pellagra, la follia e l'alimentazione povera – a base di mais – dei contadini aveva determinato il confronto con le teorie di Cesare Lombroso⁵⁵⁵ e una più generale analisi sulle coordinate economiche e sociali in cui si inserivano le “frenosi da pellagra”⁵⁵⁶. Il fenomeno al tempo della nostra analisi aveva smesso di preoccupare amministratori e medici, debellato dalle trasformazioni sociali, economiche e dalle mutazioni interne al mondo contadino, così nel 1909 su 797 internati solo 24 hanno una diagnosi di “pellagra”, percentuali minime, ad un cifra, a differenza del considerevole 20% degli anni ottanta dell'Ottocento⁵⁵⁷.

Tornando a ciò che riguarda i militari, notiamo che l'indagine patologica non mette in discussione la tradizionale architettura diagnostica e, a meno di condizioni patologiche particolarmente evidenti e resistenti, la politica di trattamento prevede il ritorno al corpo d'armata di provenienza. Diversamente, quando i sintomi che conducono il soldato in manicomio risultano essere così persistenti, così tenaci alle “cure” somministrate e al tempo che passa da non poter essere sottostimati, il destino del soldato va incontro a un esito diverso. In queste circostanze, spesso, sono già i presidi ospedalieri militari a segnalare la problematicità del soggetto e a predisporre una serie di misure necessarie per rendere inoffensivo lo stesso. Si procede così da subito al piantonamento diurno e notturno del militare, spesso alla segregazione e alla contenzione forzata al letto e, sul piano formale, alla segnalazione del caso alle autorità in vista di un possibile provvedimento di riforma.

È quanto avviene al soldato Giuseppe G.⁵⁵⁸ che viene trasferito d'urgenza in manicomio il 19 Maggio del 1912. Così appare al primo esame psichico: «mimica viva ed alquanto esagerata. Chiacchiera volentieri con notevole volgarità. Dai primi passi si manifesta in uno stato di esaltamento psichico che manifesta con grida, con esclamazioni di "Viva Tripoli italiana", con discorsi prolissi. Sfera sentimentale molto gaia»⁵⁵⁹. Dall'anamnesi e dalle notizie raccolte si viene a sapere che in passato «non fu mai turbato da idee deliranti ben definite»⁵⁶⁰ e questo, se possibile, lo rende ancora più degno di attenzione agli occhi della direzione sanitaria: più imprevedibile, quindi più pericoloso. La diagnosi è quella di «esaltamento maniaco»⁵⁶¹, le cause sconosciute o comunque attentamente poste sotto silenzio. Nessun riferimento alla vita di caserma, anche se è lì che il soldato ha dato i primi segni di pazzia. In manicomio mantiene un atteggiamento esaltato ma non

⁵⁵⁴ Per la situazione nel Manicomio di Racconigi vedi: APCN, *Direzione del manicomio Provinciale in Racconigi, relazione dell'annata 1886-1887*, p. 4. Sulla questione più generale dell'alimentazione vedi: A. Capatti, A. De Bernardi, A. Varni, *Introduzione in Storia d'Italia, Annali 13, L'alimentazione*, Einaudi, Torino 1998, pp. XI. Sul nesso tra follia e pellagra in Lombardia vedi: A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano 1980, pp. 109-174 e pp. 227-294. Sulla “pellagra” vedi: A. De Bernardi, *Pellagra. Stato e scienza medica: la curabilità impossibile*, in *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp. 685 e segg.

⁵⁵⁵ Cfr. C. Lombroso, *Studi clinici ed sperimentali sulla natura, causa e terapia della pellagra*, Fava e Garagnani, Bologna 1872. Per una raccolta antologica recente vedi: C. Lombroso, *Delitto, genio, follia*, Bollati Boringhieri, Torino 1995, pp. 124-174.

⁵⁵⁶ Cfr. A. Arnaud, *Granoturco e pellagra, Conferenza tenuta in Savigliano il 29 settembre 1899*, Tip.Lapi, Città di Castello 1900.

⁵⁵⁷ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio provinciale di Cuneo, Relazione all'On.Deputazione e all'On.Consiglio Provinciale*, Tip. Cooperativa, Cuneo 1910, p. 8. Cfr. L. Berardo, *Un manicomio provinciale nell'età del “grande internamento” (1871-1914)*, relazione tenuta il 21 novembre 1998 al Convegno “A 20 anni dalla legge 180: l'Ospedale psichiatrico di Racconigi fuori e dentro le mura”. p. 72

⁵⁵⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 8357, *Tabella nosografica: sfera senso-percettiva*.

⁵⁵⁹ *Ibidem*.

⁵⁶⁰ *Ivi*, *Tabella nosografica: sfera intellettuale*.

⁵⁶¹ *Ivi*, *Tabella nosografica: diagnosi*.

pericoloso, piuttosto ciclotimico diremmo con un linguaggio anacronistico. Gli infermieri nei loro rapporti descrivono il ricoverato come un soggetto che si «lancia in manicomio cantando ed inneggiando a Tripoli italiana. Appare in stato di esaltamento psichico e di irrequietezza motoria. È gaio, oltremodo espansivo, parla continuamente con mimica vivace ed esagerata»⁵⁶². Ciò che colpisce di queste note, oltre alla ripetitività delle descrizioni (quasi sovrapponibili quelle d'entrata e quelle d'osservazione successive), è che il soldato non appare pericoloso, ma piuttosto espansivo, "gaio" e, più volte interrogato, sostiene che «tutti gli vogliono bene»⁵⁶³. Sembra però non essere pienamente consapevole del suo ruolo, così da poter con naturalezza sostenere che «deve essere mandato a casa che suo padre ha bisogno di aiuto»⁵⁶⁴.

Bisogna precisare che l'esercito italiano non considerava a-priori come negative simili condizioni di lieve intorpidimento caratteriale, questo perché i soldati che ne erano caratterizzati risultavano, di solito, più malleabili, disponibili e ricettivi alla disciplina. Un soldato non eccessivamente riottoso, non insofferente agli ordini, allegro e dotato di poco spirito di autonomia, ben si prestava a sopportare la vita di caserma, le privazioni, i soprusi e le regole della vita di gruppo. La "deficienza" caratteriale, se ad un certo livello poteva risultare utile all'esercito, quando però assumeva i tratti della patologia mentale difficilmente prevedeva la condizioni di guarigione, almeno secondo le considerazioni della psichiatria dell'epoca che, con il passare degli anni, tendeva sempre più sottolineare la fissità del dato biologico e, quindi, l'immutabilità dei caratteri psichici di base.

Il paradigma cardine dell'alienismo tra Otto e Novecento, quello della determinazione biologica della follia, in tal senso pesava oltremodo sulle valutazioni diagnostiche, sulle pratiche psichiatriche e, più in generale, sulle politiche di internamento, costringendo il destino di tanti uomini (e quindi anche dei soldati) entro il percorso prestabilito della predisposizione alla malattia mentale. Così, quando intorno al 14 di Giugno, i medici di Racconigi osservano allarmati un peggioramento nelle condizioni di Giuseppe G. si innesca rapidamente un dispositivo diagnostico che non prevede altra via d'uscita se non la ratifica definitiva della condizione di folle. «Ai primi di giugno – così riportano i medici – mentre sembrava alquanto migliorato ricadde gradatamente in uno stato di agitazione psicomotoria assai grave»⁵⁶⁵. Da questo momento si registra un precipitare delle condizioni di salute del soldato e una conseguente maggiore attenzione verso la sua condizione di pericolosità potenziale. Il diario clinico si riempie di osservazioni che si ripetono con maggiori frequenza e fanno perlopiù riferimento alla condizione esaltata dell'internato: «Sempre agitato, disordinato, clamoroso [...] deve essere contenuto. Mentalmente ha peggiorato perché si è fatto un poco confuso. Sembra talvolta in preda a disturbi sensoriali»⁵⁶⁶. E ancora, due mesi dopo: «Stati d'eccitamento psico-motori che si accompagnano a confusione»⁵⁶⁷. A novembre: «Frequenti crisi di agitazione psico-motoria con clamorosità specialmente notturna»⁵⁶⁸. La situazione si aggrava e oltre alla contenzione prolungata il trattamento somministrato prevede «bagni caldi prolungati»⁵⁶⁹, una pratica che, come visto, alternava il «ghiaccio alla testa ai bagni tiepidi e di lunga durata»⁵⁷⁰. La prassi era particolarmente utilizzata per gestire gli eccessi isterici delle donne e ciò sembra offrire qualche conferma alla considerazione secondo cui il "mal di caserma" – come più tardi avverrà con le nevrosi di guerra – lentamente, almeno nelle pratiche e nei trattamenti, veniva avvicinato alla

⁵⁶² Ivi, *Tabella nosografica: diario psichico e clinico*, 26 Maggio 1912.

⁵⁶³ Ivi, *Tabella nosografica: diario psichico e clinico*, 30 Maggio 1912.

⁵⁶⁴ *Ibidem*.

⁵⁶⁵ Ivi, *Tabella nosografica: diario psichico e clinico*, 14 Giugno 1912.

⁵⁶⁶ Ivi, *Tabella nosografica: diario psichico e clinico*, Luglio 1912.

⁵⁶⁷ Ivi, *Tabella nosografica: diario psichico e clinico*, Settembre 1912.

⁵⁶⁸ Ivi, *Tabella nosografica: diario psichico e clinico*, Novembre 1912.

⁵⁶⁹ *Ibidem*.

⁵⁷⁰ Cfr. L. Berardo, *Un manicomio provinciale nell'età del "grande internamento...cit.*, p. 78.

costellazione isterica⁵⁷¹. D'altra parte l'idroterapia era uno dei "mezzi curativi" più utilizzati a Racconigi fin dai tempi della direzione di Oscar Giacchi, che condivideva sull'argomento l'opinione di Cesare Lombroso:

«Fortunatamente per i partigiani della *non restraint* esiste un metodo comune agli avversari, e che ne tempera i danni, la doccia ed il bagno freddo. La doccia è, come la chiama l'egregio mio maestro, il Verga, nient'altro che una bastonata liquida che maschera però ogni intenzione repressiva con un vernice terapeutica così densa da restare quasi velata ai profani e qualche volta anche alla trepida coscienza del medico; essa, ammessa anche dai partigiani della *non restraint*, pei suoi pretesi effetti terapeutici, finisce per temperarne molto savianamente li abusi»⁵⁷².

Bagni caldi e "bastonate liquide" si alternano senza soluzione di continuità per sedare l'animo isterico e le agitazioni psicomotorie di Giuseppe G.; gli effetti si notano tanto che il 4 Gennaio 1913, sul diario clinico, il soldato viene descritto come «alquanto torpido, ed effettivamente indifferente»⁵⁷³.

Le procedure per renderlo innocuo e per contenerne l'animo agitato rispondono allo spirito della Legge n.36 del 1904 attraverso cui, anche l'Italia, dopo anni di attesa e di richieste, si dota di una normativa sui «Manicomi e sugli alienati». Il provvedimento legislativo, che nel 1909 veniva completato attraverso un regolamento attuativo, andava incontro alle sollecitazioni degli alienisti, delle autorità politiche e delle famiglie che chiedevano un po' di chiarezza in un campo in cui vigeva spesso l'arbitrio e la parzialità. Tra gli elementi che contraddistinguevano la legge vi era il riconoscimento del ruolo di "direttore del manicomio", vera e propria autorità nel campo della gestione, del trattamento e delle politiche di internamento all'interno del recinto asilare. Ciò, se da una parte affermava il ruolo e l'autorità dei direttori all'interno dei manicomi, dall'altra tendeva a sanzionare ulteriormente la differenza tra il "dentro" e il "fuori", tra l'istituto e la realtà esterna. Per la psichiatria italiana questo significava assumere un ruolo ben preciso ma anche limitato, circoscritto alle esigenze disciplinari che la legge poneva al centro dei propri interessi. Come è stato scritto, «la normativa era stata accettata obtorto collo dai diretti interessati, per nulla soddisfatti dei suoi caratteri, in particolare del rivolgere le attenzioni in via esclusiva "alle persone affette per qualunque causa da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o per gli altri riescano di pubblico scandalo"»⁵⁷⁴. Tutto ciò aveva delle ricadute anche nel trattamento dei soldati che venivano gestiti soprattutto dal punto di vista del pericolo che potevano rappresentare per la comunità militare di cui facevano parte. Ciò rendeva gli alienisti molto attenti a quei percorsi clinici che prevedevano accessi confusionali, stati di esaltazione e agitazione – come nel caso di Giuseppe G. – per questo, nonostante una politica generale improntata alle dimissioni e alla restituzione al corpo d'appartenenza, quando si verificavano casi del genere si procedeva con maggiore attenzione e circospezione, si prolungava il periodo di osservazione e si cercava con tutti i mezzi a disposizione di "guarire" il malato. Il rischio di licenziare un soggetto che, secondo lo spirito della legge n. 36, era un pericolo «per sé e per gli altri», richiedeva la massima attenzione e le più attente considerazioni. E ciò valeva non soltanto per gli alienisti chiamati a "osservare" il potenziale alienato durante il

⁵⁷¹ Cfr. M. S. Micale, *Hysterical Men. The hidden history of Male nervous*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts London, England 2008, pp. 8 e segg.

⁵⁷² Cfr. C. Lombroso, *Il bagno contenitivo per la doccia e l'alimentazione forzata negli alienati e dei vantaggi di questa*, in «Archivio italiano per le malattie nervose e più in particolare per le alienazioni mentali», a. VI in *Delitto, genio e follia. Scritti scelti...*cit., pp. 173-183.

⁵⁷³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 8357, *Tabella nosografica: diario psichico e clinico*, 4 Gennaio 1913.

⁵⁷⁴ Cfr. M. Moraglio, *Prima e dopo la Grande Guerra. Per un'introduzione al dibattito psichiatrico nell'Italia del Novecento* in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio...*cit., p. 67. Il passo riportato tra virgolette alte è tratto dall'art.1 della Legge n.36 del 14 Febbraio 1904.

ricovero, ma anche per i medici degli ospedali militari che erano poi quelli che dovevano in ultima istanza decidere del reintegro o della riforma del soldato.

Come abbiamo già sottolineato, questa attenzione si spiega alla luce di un più generale mutamento di paradigma, avvenuto a cavallo tra i due secoli, che salda il legame tra “pericolosità sociale” e “malattia mentale”, facendo della follia innanzitutto un problema di ordine pubblico e di sicurezza sociale. Ciò ha delle ricadute non soltanto sulla psichiatria ma più in generale su tutti gli attori e le figure che, in un modo o nell’altro, adesso si occupano della gestione del disagio mentale attraverso «criteri [d’internamento] restrittivi ed esclusivamente di pubblica sicurezza»⁵⁷⁵. Nel caso di Giuseppe G. ciò si tradusse nella rapida concessione del “foglio di congedo assoluto” per «riforma in rassegna» dal servizio di leva, ottenuto il 3 Agosto 1912, cioè durante il ricovero in manicomio⁵⁷⁶. Il provvedimento venne emanato, come da prassi, dall’Ospedale Militare di Savigliano, informato del peggioramento delle condizioni del militare, ma soprattutto della sua vicenda clinica e del pericolo potenziale costituito. Per inciso segnaliamo che il 10 di settembre, una comunicazione del reparto di appartenenza del soldato evidenzia invece una totale mancanza di informazioni sul decorso clinico dell’internato e sul destino che lo riguarda, a dimostrazione di una problematicità delle comunicazioni tra autorità sanitaria e istituzione militare che in seguito, durante la Grande Guerra, sarebbero anche peggiorate⁵⁷⁷. Nel caso specifico l’autorità militare pretende la dichiarazione formale della riforma per ratificare «il conseguente congedamento del soldato in parola»⁵⁷⁸ e così considerare chiuso il suo fascicolo.

C’è da dire che il provvedimento di riforma, se garantisce a Giuseppe G. il ritorno a casa, dopo la dimissione dal manicomio avvenuta il 23 gennaio 1913⁵⁷⁹, non sancisce necessariamente il suo pieno reintegro nella comunità d’appartenenza, almeno a livello potenziale. Infatti lo stigma sociale verso chi, in un modo o nell’altro, riusciva a sottrarsi al servizio militare era diffuso e, in alcune circostanze, poteva assumere la forma di vero e proprio disprezzo che accompagnava l’ex soldato per tutta l’esistenza. Il sentimento ribadiva una contrapposizione sempre più marcata tra chi il servizio militare era costretto a farlo, per intero, e chi, attraverso le più diverse – e spesso fantasiose – scappatoie, riusciva a evitarlo. Prende così forma una dicotomia che segnerà la storia novecentesca dell’immaginario relativo alla leva. La contrapposizione cresceva proporzionalmente alla scomodità dell’incarico ricevuto e della sede ottenuta: tanto peggiori e isolate erano questi luoghi, tanto più forte il sentimento di disprezzo verso chi riusciva a evitare il periodo di ferma. “Furbi”, “imboscati”, “raccomandati”, queste erano alcune delle categorie utilizzate per descrivere il variegato insieme di chi ce l’aveva fatta a tornare a casa, ad ottenere quantomeno una sede più vicina o un incarico più comodo. Il provvedimento di riforma, in ordine a questo immaginario, risultava particolarmente odioso perché era ritenuto la scappatoia dei deboli, di chi pur di evitare il servizio era disposto a fingersi pazzo (quando avveniva in queste circostanze). Il disprezzo verso questa via d’uscita giocava un ruolo non secondario nella valutazione dei sintomi lamentati dai soldati che, nei corridoi delle camerate, raramente erano ritenuti genuini e quantomeno strumentalmente esagerati. Tutto ciò concorreva a condannare molti di questi riformati, una volta tornati a casa, tra gli amici, a una condizione di isolamento e solitudine e a sanzionare così una condizione di esclusione spesso più insopportabile di quella manicomiale⁵⁸⁰.

⁵⁷⁵ Cfr. *A proposito della riforma della legge sui Manicomi e sugli Alienati* in «Rivista sperimentale di freniatria», 1922, p. 222.

⁵⁷⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 8357, *Regio Esercito Italiano, Direzione di Commissariato M. del II Corpo d’Armata, Foglio di congedo assoluto*, Alessandria 3 Agosto 1912.

⁵⁷⁷ Ivi, *Il Compagnia Sussistenza Plotone di Cuneo*, prot. N.1094, 10 Settembre 1912.

⁵⁷⁸ Ivi, *Il Compagnia Sussistenza Plotone di Cuneo*, prot. N.1094, 10 Settembre 1912.

⁵⁷⁹ Ivi, *Foglio di dimissione*, 23 Gennaio 1913.

⁵⁸⁰ Cfr. G. E. Shenk, *“Work or Fight!” Race, Gender and the Draft in World War One*, Palgrave, New York 2005.

6. Il ruolo della famiglia.

Il soldato che dalla caserma finiva in manicomio, contrariamente a quanto si credeva nelle camerate e nei corridoi dei reparti, quasi mai viveva l'esperienza della liberazione. Infatti la documentazione esaminata, in particolare le trascrizioni degli interrogatori e le dichiarazioni dei soldati, mostrano soprattutto una condizione di sofferenza lacerante difficilmente preferibile ai rigori e alle restrizioni della vita in caserma. Questo anche perché il militare transitava da un luogo disciplinato e, spesso, brutale, a uno altrettanto regolato per ciò che riguarda gli obblighi, i doveri e le attività stabilite. Il contesto, inoltre, segnato dalle grida e dall'agitazione dei malati stipati in ambienti troppo stretti e angusti, non facilitava né la guarigione, né quel senso di liberazione che l'abbandono della guarnigione avrebbe dovuto trasmettere. Nello specifico, per rendere l'idea del contesto asilare cuneese, possiamo riferirci alle note redatte da una Commissione Provinciale Speciale recatasi nel 1897 a ispezionare l'Istituto. La realtà osservata, non troppo diversa da quella del periodo di cui ci stiamo occupando, viene descritta in questi termini:

«In due cortili, di poco più di 2000 mq cadauno, si aggirano buona parte della giornata oltre 400 pazzi e nel refettorio Bonacossa, di mq. 181, si pigiano nelle ore delle refezioni e durante l'inverno per quasi tutto il giorno da 120 a 130 maniaci...nelle sezioni Tardieu e Connolly, ove per la categoria dei rinchiusi, sucidi, paralitici, epilettici e per la presenza di maniaci criminali, lo spazio sarebbe più necessario, quivi la penuria giunge a segno da inquietare per le possibili conseguenze di un tale agglomerato.

Chi entra in quei cortili e guarda la folla che li popola che si pigia nei portici e negli angusti refettori, quando il freddo o il maltempo ve la obbliga al riparo, e vede agitati e melanconici, semi agitati, leggermente confusi, allucinati, gli uni cogli altri suggestionarsi a vicenda nel modo più vario e strano, mentre il loro animo depresso od agitato avrebbe tanto bisogno di quiete e di calma, facilmente si persuade che in simili condizioni è ben difficile siano osservati i dettati dell'igiene, efficace la vigilanza, proficua la cura fisica e morale di quei disgraziati»⁵⁸¹.

La situazione descritta dalla commissione è tragica e appare simile a quella delle peggiori prigioni dell'epoca. In un contesto simile, come indicano i redattori del testo, è impossibile pensare che l'internamento equivalga a qualcosa di diverso da una terribile reclusione, senza alcuno spazio per l'aspetto terapeutico e medico. Tale realtà rendeva, se possibile, più urgente il bisogno di normalità del soldato internato. Tornare, anche soltanto con l'immaginazione, alle scansioni ordinarie della vita civile, alla quiete domestica – spesso idealizzata –, agli affetti familiari, era allora una delle vie d'uscita possibili, forse l'unica che la situazione consentiva. Nella documentazione esaminata le lettere verso la famiglia sono rare, presenti solo le poche censurate e, quindi, conservate negli incartamenti clinici. Sono invece molto numerose quelle provenienti dalla famiglia e inviate alla direzione sanitaria per le più diverse ragioni. E al di là di questi diversi motivi, ciò indica il bisogno di mantenere viva la relazione e di ridurre, idealmente, le distanze.

Se il ruolo delle famiglie dei soldati, durante la Grande Guerra, è stato analizzato da più punti, anche – e soprattutto – attraverso le lettere prodotte e scambiate da e verso il fronte⁵⁸², diversa è la situazione per il periodo precedente. Eppure lo spoglio documentario, relativamente al contesto manicomiale, mostra che il ruolo e l'azione dei gruppi parentali fu molto importante. Le famiglie chiedono notizie sui loro cari, sullo stato di salute, sul decorso clinico, sulle condizioni di internamento, sui ritmi di vita. Invocano, supplicano, implorano, con le più diverse formule e

⁵⁸¹ Cfr. APCN, ACP 1897...cit., pp. 310-317.

⁵⁸² Cfr. F. Caffarena, *Lettere dalla grande guerra. Scritture del quotidiano, monumenti della memoria, fonti per la storia. Il caso italiano*, Unicopli, Milano 2005.

motivazioni, di riportare il soldato a casa, o quantomeno di ottenerne il trasferimento nel manicomio più vicino⁵⁸³.

6.1 I fratelli

Diversamente da quanto si potrebbe pensare non sono soltanto i genitori a reclamare notizie dei figli, spesso sono le mogli, o i fratelli, come nel caso che segue:

«Sig. Direttore,

Essendo già da molto tempo che non sento notizia lo pregho al più presto possibile a volermi rispondere in che maniera si trova mio fratello. Lo prego tanto di poter trovare un mezzo se può di poterlo guarire che vedrà che ne sarò grato. Lo prego di dargli tutte le cure possibili e se occorrerebbe quanto per avere la guarigione che melò manda a dire che le manderò.

Con stima la saluto

V., 29/11/1912»⁵⁸⁴.

Si implora l'aiuto per il proprio caro, si promette eterna gratitudine e si fa comprendere di essere disposti a inviare il necessario purché il congiunto guarisca e trovi sollievo. La lettera sopra riportata riguarda il soldato Giuseppe G., ed è stata scritta dal fratello dopo il provvedimento di riforma di cui, evidentemente, a casa non è giunta notizia. Emerge un sincero scoramento per le sorti del parente e, come in tanti casi simili, viene evidenziata la disponibilità ad essere attivamente d'aiuto nonostante la distanza. Un modo questo, come ha scritto Giovanna Procacci – relativamente alla situazione durante la Grande Guerra, ma focalizzando un panorama valido anche per il periodo precedente – per consentire al «soldato italiano – a cui mancava l'appoggio fornito ai soldati inglesi e francesi dall'appartenenza a uno stesso gruppo o dalla provenienza dalla stessa località, e [...] qualsiasi forma di sostegno proveniente da attività collettive organizzate – [...], per riuscire a sopravvivere psichicamente»⁵⁸⁵. La famiglia, dunque, per il soldato colpito dal “mal di caserma” rappresenta il sostegno ultimo in una situazione di lontananza, di estraneità e di disperazione. Così le parole del fratello di Giuseppe G., originate da una carenza informativa che non riguarda solo – come abbiamo visto – il corpo d'armata di provenienza, ma anche lo stesso gruppo parentale, testimoniano un'urgenza, una preoccupazione frequente nella corrispondenza esaminata. Bisogna precisare che la direzione sanitaria non lesinò i contatti epistolari e, quasi tutte le lettere provenienti dalla famiglia presentano la copia della risposta da parte del direttore. Ciò è indice di un'attenzione e di una prassi non soltanto formale, ma anche di una sincera vicinanza, per quanto possibile, alle esigenze e alle ingiunzioni delle famiglie.

Nel caso specifico la risposta alla lettera del fratello porta la data del 16 gennaio del 1913, è stata quindi scritta dopo l'avvenuta riforma e in un momento in cui le condizioni del soldato appaiono molto favorevoli:

«Egregio Signore,

Sono ben lieto informarla che suo fratello Giuseppe è guarito da ogni disturbo mentale e può fare ritorno in famiglia. Ella può quindi venirlo a prendere.

Con osservanza

⁵⁸³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9140, *Lettera di Antonio C. al Direttore*, 31 Dicembre 1914.

⁵⁸⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 8357, *lettera al Direttore*, 29 Novembre 1912.

⁵⁸⁵ Cfr. G. Procacci, *Soldati e prigionieri italiani nella Grande Guerra: con una raccolta di lettere inedite*, Editori Riuniti, Roma 1993, p. 74.

Il Direttore Cesare Rossi, 16/01/1913»⁵⁸⁶.

Il soldato è libero di poter tornare a casa, cosa che avviene il 23 Gennaio 1913⁵⁸⁷, attraverso la consegna alla madre che lo viene a prendere a Racconigi.

6.2 La madre

Il ruolo delle madri, anche prima della guerra, è difficilmente sopravvalutabile. Tra le lettere esaminate il suo ruolo emerge come centrale e testimonia un interesse per la sorte del figlio che la distanza non riesce a scalfire. Accanto all'urgenza di avere notizie sui motivi del ricovero, alle richieste di informazioni sulle cause della "malattia", sulle modalità attraverso le quali far rientrare più velocemente possibile il figlio in famiglia, diversi passaggi lasciano trasparire una sincera, dolorosa e partecipata vicinanza alle sorti dell'internato. Infatti molte di queste lettere sono cariche di angoscia e testimoniano un legame che la distanza non ha scalfito. I biglietti, inoltre, sembrano voler trasmettere ai ricoverati una "presenza in assenza" in grado di sostenere il figlio durante il ricovero. Un modo per rendere vivo, in qualche modo, il conforto dell'ambiente familiare, dei suoi ritmi, e, più in generale, quelle condizioni di affetto e di vicinanza emotiva che la vita in caserma prima e la reclusione manicomiale poi tendevano a rendere evanescenti. In quest'ottica la figura della mamma, per gli internati militari, rappresenta anche il rimando al focolare domestico e alla tranquillità della casa, il desiderio temporaneamente impossibile della vita borghese, degli abiti civili, della libertà consentita da questa condizione.

Tutto ciò, nella corrispondenza, è reso attraverso un linguaggio semplice, con diversi riferimenti alle emozioni fondamentali che contraddistinguono i rapporti più intimi. L'amore da e per la genitrice non viene così nascosto e, anzi, appare in tutta la sua evidenza come un argine eretto nei confronti dello sradicamento da casa. Come ha ben sintetizzato Lorenzo Benadusi:

«Del resto in età liberale si era rafforzato quel codice dell'amore materno tutto incentrato sulla sentimentalità e il sacrificio. Nell'immaginario collettivo la femminilità si esprimeva attraverso alcuni valori, come l'altruismo, l'ubbidienza e l'abnegazione, che ora diventavano essenziali anche per gli uomini [...] La mamma rappresentava dunque sia il legame affettivo con la famiglia e la vita domestica, sia l'ancella capace di risvegliare i sentimenti più nobili dei combattenti»⁵⁸⁸.

Se quanto riportato vale durante la guerra, quando la durezza degli scontri, le condizioni di vita e i patimenti rendono ancor più necessario un rifugio mentale e una figura verso cui proiettare sentimenti in grado di salvare dal crollo psichico, anche prima del conflitto il ruolo della madre, in un contesto simbolico mutato, è dunque centrale. E non sorprende trovare casi in cui è la stessa genitrice a prendere carta e penna e a implorare notizie sulla sorte del figlio:

«Ill.mo Signor Direttore del Manicomio di Racconigi

Illustrissimo prego alla S.V. di voler degnare di darmi notizie di mio figlio Giuseppe P. Vohlio sperare che la S.V. addolcirà il cuore di una afflitta e desolata madre che piange sempre per la sventura accaduto a chi la povera madre ama. Io non ho i mezzi e neanche la forza di poter sopportare il strapazzo di un lungo viaggio. Volento far sentire al figlio malato la voce del madre

⁵⁸⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 8357, Prot. 205, *Direzione del manicomio della Provincia di Cuneo*, 16 Gennaio 1913.

⁵⁸⁷ Ivi, *Foglio di dimissioni*, 23 Gennaio 1913.

⁵⁸⁸ Cfr. L. Benadusi, *Ufficiale e gentiluomo. Virtù civili e valori militari in Italia, 1896-1978...cit.*, p. 235.

ma non posso. Perciò voglio sperare che la S.V. avrà pietà di questa madre a darmi notizia precisa di mio figlio.

Gli anticipo ringraziamenti la vostra serva (madre) Teresa G. di Pietro P. il 1/1/1915
La prego una pronta risposta»⁵⁸⁹.

La madre che scrive durante il capodanno del 1915 è una donna che non ha avuto il figlio rapito dalla guerra, quanto dalla follia generata dalla vita in caserma. A questo figlio distante prova a far sentire la propria voce implorando il direttore che le dia notizie e che, in qualche modo trasmetta al congiunto la sua voce e, con essa, il proprio desiderio di vicinanza. La speranza è che ciò possa alleviare la sofferenza del figlio improvvisamente «colto da un eccesso di mania acuta»⁵⁹⁰.

La donna rappresenta per molti versi l'antitesi a quei valori pretesi dall'educazione militare e dalla vita in caserma, ma solo fino a un certo punto. Infatti il suo ruolo, l'affetto che le deve essere riconosciuto, non viene messo in discussione neanche davanti alla retorica che all'epoca afferma con forza il carattere necessariamente "virile" dell'uomo soldato, da contrapporre a quello imbelles ed effeminato del borghese⁵⁹¹. Anzi, è proprio del soldato che «non dimentica che l'uomo è un animale guerriero»⁵⁹² saper riconoscere nell'affetto verso la madre un ordine naturale delle cose che deve essere difeso con coraggio, proprio attraverso quegli istinti primordiali e aggressivi che il pacifista borghese, privo di slanci eroici e pulsioni guerresche e tutto dedito alla coltivazione degli interessi individuali (e spesso intellettuali), disconosce e reprime. In questa rappresentazione non è difficile scorgere alcuni degli elementi che verranno esaltati, con maggiore enfasi, nel processo di costruzione della donna fascista, a dimostrazione di come il percorso totalitario non sia emerso dal nulla, ma affondi le sue radici nelle contraddizioni dell'Italia liberale.

6.3 Il padre

La madre non è soltanto la figura paradigmatica dell'ordine domestico che prende la penna per «far sentire al figlio malato la propria voce», spesso è anche l'elemento centrale di alcune vicende sintomatiche che interessano la malattia dei militari. In questi casi è il capo-famiglia a prendere carta e penna e a scrivere per esercitare la sua funzione di garante dell'ordine e della tenuta familiare. È quanto abbiamo già visto nel caso del soldato Francesco C⁵⁹³. e della sua condizione di profonda prostrazione causata dal non poter essere accanto alla madre malata. In una delle lettere scritte al direttore il padre sostiene: «ritengo che tali disturbi si siano accentuati a causa della malattia della madre (alla quale egli è affezionatissimo) e [...] stando lontano, ha dovuto maggiormente comprimere l'animo suo ed i suoi centri nervosi»⁵⁹⁴. Anche questa, come altre passate in rassegna, è una missiva scritta nel periodo delle festività natalizie, lasso di tempo durante il quale, evidentemente, più forte emerge il bisogno di raccogliersi in famiglia e di stringersi intorno al focolare domestico; davanti a ciò emerge il ruolo di garante dell'unità familiare esercitato dal *pater familias*, che con forza cerca di radunare a sé i componenti dispersi. E proprio in nome di questa funzione, riconosciutagli socialmente, che può sostenere con forza: «Assumo io qualsiasi responsabilità, ma desidero che egli sua subito fatto partire alla volta di Napoli, e prego V.S. di volermi telegrafare l'ora del suo arrivo, perché provvederò a farlo rilevare alla Stazione,

⁵⁸⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9141, *Lettera di Teresa G. al Direttore*, 1 Gennaio 1915.

⁵⁹⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9141, *Tabella nosografica: Anamnesi*.

⁵⁹¹ Cfr. G.L. Mosse, *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Einaudi, Torino 1997; e per una sintesi più recente e concentrata sul caso italiano: S. Bellassai, *L'invenzione della virilità. Politica e immaginario maschile nell'Italia contemporanea*, Carocci, Roma 2011.

⁵⁹² Cfr. E. Corradini, *La morale della guerra in Discorsi politici 1902-1924*, Vellecchi, Firenze 1924, p. 141.

⁵⁹³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9140.

⁵⁹⁴ Ivi, *Lettera al Direttore di Antonio C., Marianella (Napoli)*, 17 Dicembre 1914.

assumendone la responsabilità piena ed assoluta, e provvedendo io a mie spese a farlo curare»⁵⁹⁵. A prendere parola non è qui il genitore afflitto per la sorte del figlio, quanto l'autorità responsabile della famiglia, il nucleo fondamentale dell'architettura nazionale. Con il suo tono, con la dimostrazione della responsabilità di cui si sente investito, Antonio C. rappresenta il garante dell'ordine sociale, ciò che Hegel ha riconosciuto ponendo la famiglia «nella sistematica dell'eticità, in relazione diretta – anche se non contingua – con lo Stato»⁵⁹⁶.

La famiglia è allora, anche nell'immaginario collettivo, parte costituente di quella comunità etica che ha nello stato-nazione la risultante ultima e definitiva. Ciò spiega la risolutezza del padre che ritiene di dover subentrare alla direzione sanitaria del manicomio per svolgere quella funzione che lo stato stesso pretende da lui («assumendone la responsabilità piena ed assoluta»), almeno secondo il codice simbolico condiviso sul piano delle credenze collettive. Anche alla luce di ciò non sorprende, in un altro passo della missiva, constatare il tono deciso e imperativo, a tratti senza riguardi, con cui il padre del soldato si rivolge al direttore: «Chiedo quindi formalmente a V.S. che si compiaccia disporre per l'immediato rimpatrio di mio figlio, potendo assicurare che egli si calmerà e potrà anche avviarsi alla guarigione se ritorna in famiglia»⁵⁹⁷. Tono che non lascia margini alla negoziazione e che può essere spiegato alla luce di quelle convinzioni appena menzionate e che il direttore, da un piano giuridico più consapevole, non può accettare, né esaudire. Tanto che lo stesso scrivente, in una successiva missiva di poco successiva alla prima, e scritta sempre durante le vacanze di Natale, modera i termini precedentemente utilizzati riconoscendo di «essere dispiaciutissimo che ostano i regolamenti per il di lui trasferimento in Napoli, se non in famiglia per lomeno nel manicomio»⁵⁹⁸. In ballo, secondo il padre, c'è non soltanto la salute del figlio ammattito ma anche quello della madre che non sopporta lo strazio della distanza tanto da risultare, giorno dopo giorno, più debilitata e quasi sull'orlo dello sfinimento: «Presso di me, posso benissimo affermare di poter sopportare le spese di mantenimento per un ammalato presso il manicomio, anche a pagamento sono disposto interessarmene a solo ed unico scopo di tener contenta la sua vecchia ed ammalata madre che per si tale iattura deperisce giorno per giorno»⁵⁹⁹.

Il volto della società patriarcale che emerge dalla lettura della corrispondenza scritta dal padre è ancora ben solido e non mostra quelle crepe che soltanto la seconda metà del Novecento porterà in essere⁶⁰⁰. In questo ordine, se la mamma rappresenta la gentilezza, l'amore della famiglia e il rifugio del focolare domestico, il padre, invece, rappresenta il coraggio, la virilità e la risolutezza del carattere, tutte caratteristiche dell'essere uomo secondo le rappresentazioni del periodo. Nel codice d'onore che regola l'immaginario collettivo di inizio Novecento, il coraggio è ritenuto elemento specifico della mascolinità⁶⁰¹ e il padre ne è il modello di riferimento, nonché il principale garante nel caso dei figli. La malattia mentale, soprattutto se originata o in qualche modo correlata con un difetto del coraggio che rende insopportabile la vita della caserma, richiama come necessario l'intervento del "capo famiglia" che si sente in dovere di "curare" quella precaria identità maschile verso cui non ha rappresentato un adeguato modello di riferimento. Istanze sociali, credenze collettive e immaginario entrano allora in gioco, in modi diversi, sollecitando le differenti forme di intervento delle figure familiari. Modalità e forme ricostruibili anche dalle pratiche concrete della

⁵⁹⁵ *Ibidem*.

⁵⁹⁶ Cfr. C. Mancina, *Hegel e la famiglia moderna* in «Studi Storici», A. 25, N. 4, (1984), pp. 985-1017.

⁵⁹⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n. 9140, *Lettera al Direttore di Antonio C.*, Marianella (Napoli), 17 Dicembre 1914

⁵⁹⁸ *Ivi*, *Lettera al Direttore di Antonio C.*, Marianella (Napoli), 31 Dicembre 1914.

⁵⁹⁹ *Ibidem*.

⁶⁰⁰ Cfr. L. Zoja, *Il gesto di Ettore. Preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre*, Bollati Boringhieri, Torino 2003 [ed.riveduta], pp. 184 e segg.

⁶⁰¹ Cfr. R. A. Nye, *Masculinity and Male Codes of Honor in Modern France*, Oxford University Press, New York-Oxford 1993 e M. Kaufman (eds.), *Theorizing Masculinities*, Sage Publications, London 1994.

scrittura che, dietro un linguaggio a tratti reso stereotipato dalle emozioni, lasciano intravedere non soltanto la cultura di riferimento e l'immaginario che la caratterizza, ma anche i canoni discorsivi adottati per formulare richieste, preghiere, raccomandazioni, in favore dei propri congiunti.

7. Il “mal di caserma”

L'analisi della documentazione esaminata e i casi affrontati risultano essere storiograficamente interessanti perché evidenziano una pagina, ancora non troppo indagata dagli studi di settore, che riguarda i fenomeni di rifiuto psichico della vita militare prima della Grande Guerra. Infatti, se il Primo Conflitto Mondiale – come vedremo – rappresenta un evento capace di far deflagrare fenomeni nevrotici di massa, il rifiuto psichico del militarismo, nelle sue diverse forme, interessa anche il periodo precedente ed è per molti versi altrettanto interessante poiché presenta dei tratti di continuità con quanto accade durante il conflitto, ma anche di rottura, dato che avviene in assenza di quegli elementi di violenza e orrore tipici della guerra. Il crollo nervoso colpisce soggetti diversi, a dimostrazione di un persistente stato di “disobbedienza psichica” che i pareri medico-legali fanno fatica ad inquadrare o a categorizzare come semplice frutto di “degenerazionismo familiare”, anche alla luce della singolarità delle vicende o della mancanza di riscontri avuta nell'anamnesi familiare.

I militari si ammalano perché non riescono ad adattarsi alla vita di caserma, perché non sopportano i ritmi e gli ordini imposti dai superiori, perché vogliono tornare a casa a rivedere genitori malati o, molto più semplicemente, perché non accettano lo sradicamento coatto dal corso ordinario della propria esistenza. Tutti questi motivi sono origine, cause o fattori scatenanti, delle diverse patologie mentali che conducono i soldati in manicomio, dove vengono osservati e categorizzati come anormali, affetti cioè da tare psichiatriche che, in un modo o nell'altro, li rende temporaneamente o definitivamente inadatti alla vita militare. Le diagnosi di “frenosi alcolica” o di “esaltamento maniaco” rappresentano, prima ancora che il riconoscimento di un insieme di sintomi, l'inquadramento del comportamento anomalo nella dimensione del patologico. Il rifiuto della vita militare è così il contrassegno di una anormalità individuale che deve essere trattata con decisione e durezza per evitare che diventi patologia collettiva.

Alla luce della documentazione esaminata non possiamo sostenere che il problema del “mal di caserma” fu tra quelli che interessarono i medici del manicomio di Racconigi. Eppure lo studio della documentazione clinica mostra alcuni segnali di un lento processo che soltanto dopo la guerra avrebbe condotto studiosi e alienisti alla problematizzazione del nesso guerra-follia. Inoltre, se negli anni precedenti il conflitto, la predisposizione e la degenerazione non vennero mai messe in discussione – almeno a Racconigi –, l'attenzione che nelle diagnosi viene implicitamente riconosciuta al torpore mentale, agli scatti nervosi e alla «confusione allucinatoria», sembra andare nella direzione di un riconoscimento di un disagio ben preciso patito dal soldato, caratterizzato da alcuni sintomi ricorrenti e inquadrato da alcune tipologie diagnostiche specifiche. Insomma, se non è possibile affermare con chiarezza la continuità tra il “mal di caserma”, le “nevrosi di guerra” e la condizione di soldato, possiamo però sostenere che i dati a disposizione consentono di rifiutare qualunque ipotesi risolutiva, in particolare quelle che generalizzano la complessità delle singole vicende e le risposte a queste offerte, sul piano clinico-diagnostico dalle istituzioni che si occuparono di questi “soldati devianti”.

Parte III

Un manicomio durante la “lunga” Prima Guerra Mondiale

Capitolo V

La «lunga Grande Guerra» del manicomio di Racconigi (1908-1919)

*Una luce che viene da un altro luogo.
Quel che le strappa alla notte in cui avrebbero potuto,
e forse dovuto rimanere, è l'essersi scontrate con il potere:
se ciò non fosse avvenuto,
nessuna parola verrebbe probabilmente a ricordarci il loro fugace percorso.
Il potere che ha atteso al varco queste vite,
che le ha perseguitate, che ha prestato attenzione,
anche solo per un attimo, al loro lamento e al loro piccolo strepito,
e che le ha segnate con i propri artigli,
è all'origine delle poche parole che di essi di restano.
Michel Foucault, *La vita degli uomini infami*.*

1. Il problema del «mantenimento dei mentecatti poveri»

Come indicato, già nel 1870, dal libero docente in psichiatria e medico alienista presso il Regio Spedale Bonifazio per i mentecatti Pietro Grilli, «in Italia, come presso tutte le nazioni civili, allorché un soldato incomincia a presentare fenomeni di alienazione mentale, non si trattiene negli ospedali militari, ma si invia al manicomio, che serve ai bisogni della provincia ove egli si trova»⁶⁰². Questo significa che i soldati alienati, una volta mostrati «fenomeni di alienazione mentale», vengono internati in manicomio e, dunque, non sono i medici militari a seguire il periodo di osservazione, a pronunciare la diagnosi e a gestire le politiche di trattamento sanitario. Per questo il “recinto manicomiale” assume un valore fondamentale per lo studio delle nevrosi di guerra e, più in generale, per la questione della “pazzia nei militari”. Sulla base di questa premessa la presente ricerca sceglie di collocare il proprio punto di osservazione all’interno di un perimetro asilare concreto, quello di Racconigi, in provincia di Cuneo, nel periodo compreso tra il 1909 e il 1919. Questo arco di tempo corrisponde a ciò che possiamo definire la «lunga Grande Guerra» dell’istituto in questione⁶⁰³. E anche se tale opzione ermeneutica non consente di esaurire la complessità dei possibili nessi tra disturbi mentali, politiche di trattamento, reazioni dei soldati, permette di problematizzare alcuni elementi in gioco a partire da un prisma di osservazione concreto.

L’ospedale psichiatrico per la provincia di Cuneo, con sede a Racconigi, fu istituito dalla provincia stessa nel 1871. Analizzare le vicende che lo riguardano significa contestualizzare la storia attraverso cui l’autorità di governo, nella fattispecie l’Amministrazione provinciale di Cuneo, ha affrontato il problema del «mantenimento dei mentecatti poveri», così come stabilito dalla legge comunale e provinciale del 1865⁶⁰⁴. Significa anche inserire questa vicenda locale entro le dinamiche più ampie che in tutta Italia, negli ultimi decenni del XIX, videro il sorgere delle strutture manicomiali⁶⁰⁵. In

⁶⁰² Cfr. P. Grilli, *La pazzia né militari. Note statistiche intorno ai casi occorsi in un ventennio nel manicomio fiorentino...cit.*, p. 4.

⁶⁰³ Le ragioni di questa scelta interpretativa verranno presentate più avanti.

⁶⁰⁴ Cfr. M. Cotti, *L’istituzione manicomiale nel nuovo Stato Unitario. Regime sanitario, regime amministrativo e armonia istituzionale* in V. P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini (a cura di), *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell’Ottocento... cit.* p. 210 e segg.

⁶⁰⁵ Sulla diffusione degli stabilimenti manicomiali alla fine del XIX secolo vedi: F.M. Ferro, *Note per una storia dei manicomi in Italia* in «Giornale storico di psicologia dinamica», n. 4 1978, p. 161 e segg.

particolare, lo stabilimento in questione ci parla di una storia che è quella di un contesto contadino di periferia, ai confini con una nazione “ingombrante” come la Francia, che dopo l’Unità si trova a dover riconfigurare il proprio scacchiere assistenziale sotto l’urgenza di un problema sempre più urgente: liberare le campagne e le strade da tutte quelle figure – poveri, matti, alcolisti e mendicanti – che rappresentano un potenziale problema di ordine pubblico e una fonte di ansia collettiva⁶⁰⁶. In questo senso la gestione della follia è tanto una questione sociale e politica, quanto una faccenda economica, segnata dalle esigenze di bilancio e dalle necessità imposte dalla legge. E il tanto discusso «potere psichiatrico»⁶⁰⁷, quello rappresentato da medici e alienisti *in primis*, anche alla luce della documentazione esaminata, appare essere soltanto uno degli “attori” responsabili della gestione della follia, dell’assistenza e del controllo. Accanto ad esso, e con un ruolo che a tratti sembra essere preminente, almeno nel contesto esaminato, troviamo l’Amministrazione Provinciale che, attraverso le commissioni, opera alla luce di esigenze di contabilità che, a tutti gli effetti, rappresentano il criterio primo per la messa in opera degli interventi e delle politiche assistenziali e di controllo.

Proprio la consapevolezza della intrinseca ambiguità delle politiche di igiene pubblica attuate su scala locale, delle strategie “terapeutiche” e di reclusione attraverso le quali si è ritenuto di dover curare la follia, rappresentano alcune delle acquisizioni più recenti della storiografia. Infatti, dopo una fase di studi, «nella seconda metà degli anni Settanta, fortemente condizionata dallo scontro ideologico e incentrata sulla lettura classista e repressiva»⁶⁰⁸, seguita da quella operata dalle ricerche “interne”, soprattutto da psichiatri con interessi storici⁶⁰⁹, siamo adesso immersi in una nuova e – forse – più interessante fase, contraddistinta dalla consapevolezza del valore e del peso storico-sociale dell’istituzione manicomiale e delle pratiche d’internamento in essa realizzate. Come afferma Matteo Fiorani: «La nuova generazione di storici si è accostata alla storia della psichiatria non soltanto attraverso la militanza politica e il clima movimentista, ma anche per iniziare a confrontarsi con temi, proposte, metodologie storiografiche avanzate»⁶¹⁰. Indice di questo rinnovato interesse sono gli studi più generali sulle singole istituzioni⁶¹¹ e quello sui manicomi durante la Grande Guerra.

⁶⁰⁶ La bibliografia sui temi dell’emarginazione sociale, dell’assistenza psichiatrica e delle istituzioni manicomiali in Italia e in Europa è molto vasta. Solo a titolo esemplificativo e per poter contestualizzare i fenomeni vedi relativamente alla storia della psichiatria: E. Shorter, *Storia della psichiatria. Dall’ospedale psichiatrico al Prozac*, Milano-Parigi-Barcellona 2000; M.S. Micale- R. Porter (a cura di), *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford University Press, New York-Oxford 1994. Relativamente all’Italia: F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento...cit.*, G. Pantozzi, *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche: 1780-1980*, Centro studi Erickson, Trento 1994; R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall’unità a oggi...cit.*; B. de Boismont, *Des établissements d’aliénés en Italie* in «Journal complémentaire des Sciences Médicales», 1832, pp. 1-20, V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009; P. Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, L.S. Olschki, Firenze 1991. Sulla realtà manicomiale in Italia e su alcuni istituti nello specifico: L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell’età moderna*, Bruno Mondadori, Milano 2003; V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra 800 e 900*, Marsilio, Padova 2003; A. Scartabellati, *L’umanità inutile. La «questione follia» in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del Manicomio Provinciale di Cremona*, Franco Angeli, Milano 2001. Per un inquadramento del nuovo corso di studi storiografici sul tema dei manicomi e dell’assistenza psichiatrica vedi: F. Cassata-M. Moraglio (a cura di), *Ci sarà una festa. Per una storia sociale della psichiatria*, «L’indice dei Libri del mese», 2003, 6

⁶⁰⁷ Cfr. M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, a cura di F. Ewald, A. Fontana, trad. it. di M. Bertani, Feltrinelli, Milano 2010.

⁶⁰⁸ Cfr. F. Cassata, M. Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all’Italia*, BFS ed., Pisa 2005, p. 7.

⁶⁰⁹ Cfr. P. Guarnieri, *La storia della Psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze 1991, p. 15.

⁶¹⁰ Cfr. M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze University Press, Firenze 2010, p. 22.

⁶¹¹ Solo a titolo d’esempio vedi: V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, ETS Pisa 2011; M. Banzola, *Il manicomio modello. Il caso imolese. Storie dell’ospedale psichiatrico (1804-1904)*, Editrice la Mandragora, Imola 2015; P. Giovannini, *Il San Benedetto: storia del manicomio pesarese dalle origini alla grande guerra*, Società pesarese di studi storici, Pesaro, 2009; G. Licciardi, *Urla e silenzi. Storia dell’ospedale psichiatrico di Verona 1880-1945*, Villaggio Maori, Catania 2016; M. Bergomi. et al., *Il cerchio del contagio: il S. Lazzaro tra lebbra, povertà e follia*, Reggio Emilia 1980 (catalogo della mostra organizzata al padiglione Lombroso del S. Lazzaro, 10-30 aprile 1980); M. Bertani, *Ipotesi su un manicomio. Il San Lazzaro di Reggio Emilia tra ‘800 e ‘900*, in Andrea Giuntini (a cura di), *Povere menti. La cura della malattia mentale in provincia di Modena tra Ottocento e Novecento*, Provincia

In questa prospettiva l'utilizzo della documentazione "interna"⁶¹², prodotta dal dispositivo manicomiale per ordinare e far funzionare la propria "macchina" istituzionale, in particolare gli archivi amministrativi, seppur meno evocativi di quelli clinici⁶¹³, consente di gettare una luce nuova sull'universo manicomiale⁶¹⁴ e sul ruolo rivestito dai singoli istituti in ordine alle dinamiche sociali generali; un ruolo più complesso, contraddittorio e meno circoscrivibile di quanto troppo spesso descritto da letture d'insieme che non fanno i conti con il dato locale. È quanto emerso anche in relazione alle politiche diagnostiche, di trattamento e gestione dei "traumatizzati di guerra".

2. Il manicomio agli inizi del Novecento e la svolta della "direzione Rossi"

La molteplicità dei tempi storici in relazione a un evento è un patrimonio acquisito dalla storiografia. Così, anche per il caso che qui analizziamo, valgono le parole di Oliver Janz, autore di una recente importante opera di sintesi sulla Grande Guerra, 14 – *Der große Krieg*: «La prima guerra mondiale fu una guerra non solo globale, ma anche molto lunga e segnò un'epoca. Per molti aspetti cominciò ben prima del 1914 [...]»⁶¹⁵. Per il manicomio di Racconigi l'evento traumatico costituito dal Primo Conflitto Mondiale si inquadra in una congiuntura che ha inizio nel 1908 quando, a seguito delle polemiche dimissioni del neo-Direttore Vitige Tirelli, nominato alla fine di un periodo caratterizzato da tensioni e incertezze, diviene direttore Cesare Rossi, medico primario al manicomio di Como.

Per avere un quadro realistico delle condizioni del manicomio racconigese tra Otto e Novecento possiamo fare riferimento alle osservazioni fatte dalla Commissione Speciale e depositate nel Marzo 1897, dopo un'accurata visita all'istituto. La commissione aveva valutato come gravemente insufficienti gli spazi a disposizione degli oltre 600 ricoverati, 116 dei quali reclusi da un ventennio. La statistica, d'altra parte, evidenziava un trend inarrestabile, con una popolazione in continua crescita, che nel 1891 ammontava a 489 internati, nel 1892 a 509, nel 1893 a 535, nel 1894 a 545, nel 1895 a 584. Le conclusioni della Commissione erano preoccupanti: «La statistica segna dunque un aumento continuo e rapido di ricoverati e ci avverte che nella popolazione del nostro manicomio sono in preponderanza i vecchi inquilini, i mentecatti cronici»⁶¹⁶. Bisogna infatti fare i conti con il dato drammatico secondo cui una porzione rilevante di ricoverati sono da considerarsi «incurabili», cioè internati da oltre 5 anni senza ragionevoli prospettive di miglioramento. Ciò fa agevolmente prevedere che la popolazione del manicomio – compresi medici e sanitari oltre 700 individui – sia destinata ad aumentare. D'altra parte già qualche anno dopo l'apertura si fa sentire il bisogno di ingrandirne la sede», poiché troppo angusta e limitate nelle possibilità di ampliamento. Drammatica addirittura la situazione delineata «nelle Sezioni Tardieu e Connolly, ove per la categoria dei

di Modena, Modena 2009, pp. 213-254; C. Cagliero, P. Collo, *Il Regio Manicomio di Torino. Nascita e sviluppo di un'istituzione totale* in A. De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, Franco Angeli, Milano 1982, pp. 33-44; A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Tempo e catene, manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano 1980; A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Donzelli ed., Roma 2014.

⁶¹² Cfr. D. Caffarato (a cura di), *Un itinerario attraverso la storia del Manicomio di Racconigi. Fonti correlate per la storia dell'ospedale psichiatrico per la Provincia di Cuneo in Racconigi* in *Archivio Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi*, coll. Gli Archivi della Sanità, Hapax Editore, Torino 2010, p.13. Il volume rappresenta un primo tentativo di orientamento all'interno dell'archivio della struttura e contiene una serie di saggi che interessano l'intera storia del "manicomio".

⁶¹³ L'archivio clinico della struttura è oggetto di una parziale schedatura da parte del progetto «Carte da legare» a cura della Direzione generale archivi del Ministero dei beni e delle attività culturali.

⁶¹⁴ Nel caso della struttura di cui ci occupiamo il termine «manicomio» venne utilizzato all'incirca fino agli anni Trenta del Novecento senza alcuna particolare connotazione negativa. Venne sostituito con l'avvento del paradigma neuroscientifico e con il mutare della sensibilità medica, collettiva e, più in generale, sociale. ASONR, Serie I, Cl. I.13.2, *Cambio denominazione dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale*, risposta alla nota del 7/09/1934-XII, Cuneo 11 Settembre 1934-XII, Prot. 11985.

⁶¹⁵ Cfr. O. Janz, 1914-1918. La Grande Guerra, trad.it. di E.Leonzio, Einaudi, Torino 2014. p. 6.

⁶¹⁶ APCN, *Seduta straordinaria su Relazione della Commissione di vigilanza*, Marzo 1897, in ACP di Cuneo 1897, Tipografia A. Riba, Cuneo 1898, pp. 317-320.

rinchiusi, sucidi, paralitici, epilettici, e per la presenza dei maniaci criminali, lo spazio sarebbe più necessario, quivi la sua penuria giunge a segno da inquietare per le possibili conseguenze di un tale agglomerato»⁶¹⁷. Oltre ai «pericoli per la disciplina e l'igiene» la Commissione segnala l'impossibilità di separare i malati per forma di alienazione mentale, contravvenendo così ad ogni ipotesi di «cura razionale». La descrizione offerta è quella di una realtà caotica, confusa, disordinata ai limiti dell'intollerabile:

«Chi entra infatti in quei cortili e guarda la folla che li popola, che si pigia nei portici e negli angusti refettori, quando il freddo e il maltempo ve la obbliga al riparo, e vede agitati e melanconici, semi agitati, leggermente confusi, allucinati, gli uni coglia altri suggestionarsi a vicenda nel modo più vario e strano. Mentre il loro animo depresso od agitato avrebbe tanto bisogno di quiete, di calma, facilmente si persuade che in simili condizioni è ben difficile siano a dovere osservati i dettati della igiene, efficace la vigilanza, proficua la cura fisica e morale di quei disgraziati»⁶¹⁸.

L'immagine da "bolgia dantesca" bene riesce a rappresentare una realtà drammatica, che svolge quasi esclusivamente la funzione di reclusorio per "matti" e "degenerati" con cui la società non vuole avere a che fare. Ed è questa la situazione esistente quando viene indetto il concorso per il nuovo direttore dopo la scomparsa di Oscar Giacchi, nel 1907.

Avviate le procedure la Deputazione Provinciale indice il concorso, lo pubblicizza «su molteplici giornali politici e periodici scientifici»⁶¹⁹ e nomina la Commissione «che deve esaminare i titoli dei concorrenti, chiamando a formarla il Medico Provinciale Cav. Dott. Marchisio, il Commendatore Dott. Marro, Direttore del Manicomio di Torino e Professore straordinario alla R. Università, nonché il Cav. Avv. Francesco Garelli [...]»⁶²⁰.

«Al concorso si presentarono i seguenti 10 Medici: 1. Alessi Urbano, Assistente all'Università di Pisa; 2. Bergonzoli Gaspare Assistente al Manicomio di Voghera; 3. D'Ormea Antonio, Assistente al manicomio di Udine; 4. Garbini Guido, Assistente al manicomio di Perugia; 5. Lener Francesco, Assistente al Manicomio di Nocera Inferiore e già Assistente al nostro Manicomio; 6. Lui Aurelio, Assist. Al Manicomio di Brescia; 7. Pardo Giorgio, Assistente al Manicomio di Cremona; 8. Rossi Cesare, Assistente al Manicomio di Como; 9. Tirelli Vitige, Assistente al Manicomio di Torino; 10. Tonello Giovanni, 1° Assistente al manicomio di Racconigi»⁶²¹.

La conclusione delle operazioni individua nel Dott. Tirelli il soggetto con «una carriera manicomiale di maggiore durata e una conseguente maggiore competenza tecnica»⁶²². Dietro di lui «per durata di servizio manicomiale e grado di competenza tecnica viene subito dopo il Dottor Rossi»⁶²³. Visitata però la struttura, Tirelli decide di rinunciare all'incarico. Le ragioni sono espone pubblicamente dallo stesso in una lettera inviata alla «Gazzetta del Popolo» e ripresa da «La sentinella delle Alpi» che la pubblica il 24 Ottobre 1907⁶²⁴. Il dimissionario rende pubbliche «le condizioni non rispondenti né alla scienza né alla pratica né alle leggi» della struttura e denuncia

⁶¹⁷ *Ibidem*.

⁶¹⁸ Ivi, pp. 443-444.

⁶¹⁹ *Ibidem*.

⁶²⁰ APCN, ACP di Cuneo 1907, Cuneo 1908, p. 18.

⁶²¹ APCN, ACP di Cuneo 1907 ...cit., p.18. Vedi Inoltre: ASONR, cat.2, cl.1, *Concorso per la nomina del Medico Direttore, Elenco dei Concorrenti per il posto di Direttore del Manicomio*, 1907.

⁶²² APCN, *Nomina del Medico-Direttore del Manicomio Provinciale*, Seduta segreta del 27 Luglio 1907, in ACP di Cuneo 1907 ...cit., p. 372.

⁶²³ *Ibidem*.

⁶²⁴ *Le condizioni attuali del Manicomio di Racconigi. Contro la scienza, contro la pratica e contro le leggi*, in «La Sentinella delle Alpi», 24 Ottobre 1907.

l'«antica caserma ridotta a manicomio con un numero di alienati persino eccedente la capacità dei locali, in contravvenzione all'articolo 3 del regolamento sui manicomi 5 Marzo 1905 n.198»⁶²⁵.

Il secondo candidato della lista approntata dalla Commissione esaminatrice è il dott. Cesare Rossi, medico primario al manicomio di Como che, visto anche il contemporaneo ritiro degli altri tre medici, a settembre del 1908, quindi dopo oltre un anno dall'inizio delle procedure concorsuali, viene nominato medico direttore.

Cesare Rossi, al momento della presentazione dei documenti, ha 41 anni, è nato a Pavia ed è vice direttore del Manicomio di Como, dove opera dal 1894⁶²⁶. In passato può vantare anche una breve esperienza come praticante e, in seguito medico supplente, presso il frenocomio di Reggio Emilia, sede di una delle scuole di psichiatria più importanti in Italia, quella del San Lazzaro, animata da alienisti del calibro di Augusto Tamburini e Enrico Morselli⁶²⁷. Alcuni concorsi gli avevano già fruttato l'eleggibilità per «il posto di direttore dei Manicomi di Parma, Arezzo, e di S. Servolo in Venezia»⁶²⁸. Diverse – 19 quelle presentate – sono le pubblicazioni all'attivo, che spaziano dall'indagine sperimentale, all'istologia, all'anatomia patologica, agli studia di osservazione clinica e patologia forense. Si è occupato inoltre di “frenosi alcoliche”, come mostra il saggio *Della pazzia alcolica nella Provincia di Como*, in cui si concentra sull'incidenza statistica del problema nel territorio di riferimento del frenocomio comasco.

Quasi un anno dopo, il 1° Luglio 1909, presa la “direzione” dell'istituto esprime le proprie considerazioni alla Deputazione e al Consiglio Provinciale in una «Relazione sull'andamento del Manicomio di Racconigi» in cui sottolinea «la realtà, davvero mortificante, di uno stato di cose che dimostrava, malgrado ogni parziale assestamento fattibile, l'impossibilità di un normale funzionamento dell'Istituto medesimo»⁶²⁹. Il primo elemento messo in luce riguarda sempre l'aumento delle presenze che passano dalle 763 del 1° Luglio 1908 alle 797 del 30 Giugno 1909⁶³⁰. Interessante è l'ermeneutica attraverso cui il direttore contestualizza e cerca di spiegare il fenomeno. Ritene innanzitutto responsabile l'emigrazione che coinvolge la realtà del cuneese; infatti la frantumazione di molti legami familiari incide non soltanto sul venir meno delle difese psicologiche nei soggetti più deboli, ma priva anche questi ultimi di quel sostegno materiale che deve allora essere svolto dal servizio sociale. A ciò si lega un'altra delle cause dell'affollamento, vale a dire

«lo scarso sviluppo delle varie forme di pubblica assistenza: mancano in questa Provincia istituti per frenastenici e deficienti, ospedali per malati cronici, ricoveri per vecchi o inabili al lavoro, luoghi di cura per nevropatici e così via, sicché tutto il detrito sociale, rappresentato da questa multiforme congerie di inetti alla lotta per l'esistenza, converge al Manicomio, sospintovi dai famigliari, dai medici, dalle congregazioni di carità, dai Sindaci e dalle Autorità in genere»⁶³¹.

⁶²⁵ *Ibidem*.

⁶²⁶ ASONR, cat.2, cl.1, *Concorso per la nomina del Medico Direttore, Elenco dei Concorrenti al posto di Direttore del manicomio*: n.9 Rossi Dottor Cesare; APCN, *Nomina del Medico-Direttore del Manicomio Provinciale*, Seduta segreta del 27 Luglio 1907, in ACP di Cuneo 1907 ...cit., p.370. APCN, Tit. 10, cat.4 Personale, *Concorso per la nomina del Medico Direttore*.

⁶²⁷ Cfr. F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento* in *Storia d'Italia, Annali vol.7*, Einaudi, Torino 1984, p. 1088 e segg.

⁶²⁸ APCN, *Nomina del Medico-Direttore del Manicomio Provinciale*, Seduta segreta del 27 Luglio 1907, in ACP di Cuneo 1907 ...cit., p. 370.

⁶²⁹ APCN, *Sull'andamento del Manicomio di Racconigi e sullo stato odierno del problema manicomiali nella Provincia di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione e all'Onorevole Consiglio Provinciale 1908-1909*, in ACP di Cuneo 1909, Sessione ordinaria, Tipografia Provinciale G. Marengo, Cuneo 1909, p. 172.

⁶³⁰ *Ibidem*. Vedi inoltre l'*Allegato n.1 – Quadro del movimento dei ricoverati* in ACP di Cuneo 1909...cit., p. 178.

⁶³¹ APCN, *Sull'andamento del Manicomio di Racconigi e sullo stato odierno del problema manicomiali nella Provincia di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione e all'Onorevole Consiglio Provinciale 1908-1909...cit.*, p. 172.

In particolare se rispetto all'anno precedente si registrano 6 ingressi in meno – 320 invece di 326 – desta interesse – e preoccupazione – l'alto numero di recidivi (104) che, pur essendo nella media, indica che la condizione di miglioramento che spinge alle dimissioni di alcuni internati è sovente solo apparente, transitoria e non durevole nel tempo. Anche alla luce di ciò puntuali sono le lamentele del nuovo direttore sulla facilità con cui autorità e sindaci spediscono in manicomio soggetti diversi, non tutti pericolosi e, di frequente, colpevoli solo di rappresentare un peso per la famiglia.

Analizzando il Servizio Sanitario Cesare Rossi sottolinea come questo sia scadente sul piano numerico «e non conforme alla legge»⁶³², visto che oltre al vicedirettore ci sono 3 medici di cui due alle prime armi, senza dunque quella preparazione medica e quella competenza psichiatrica richiesta per svolgere adeguatamente la funzione. In tale ottica va letta la riorganizzazione della pianta organica ora «costituita oltre che dal Direttore e dal Vice-Direttore, da due Medici di Sezione e da due Medici Assistenti»⁶³³ che hanno terminato il percorso di formazione. Nello specifico è stato nominato un nuovo medico di sezione, il dottor Francesco Petrò, che affianca il dottor Segre, e due medici assistenti, i dottori Dosio e Pio. A questa ridefinizione si somma l'adozione di «una nuova tabella nosografica, conforme all'indirizzo psichiatrico moderno, in cui si registra per ciascun malato l'anamnesi, l'esame fisico, l'esame psichico, il giudizio diagnostico e ogni modificazione dello stato psico-somatico [...]»⁶³⁴ dell'internato dal momento del suo ingresso nell'Istituto. Accanto a ciò fissa l'obbligo di «un rapporto ufficiale scritto che ogni mattina informa dettagliatamente la direzione di quanto è occorso nelle 24 ore precedenti in ordine, tanto ai ricoverati, quanto al personale di assistenza»⁶³⁵. Una misura quest'ultima che va nella direzione di aumentare i controlli sulla vita interna del manicomio, non soltanto per quello che riguarda gli internati ma anche il personale di assistenza, in passato più volte segnalato per gli eccessi nei confronti dei malati e per il comportamento troppo disinvolto di alcuni suoi membri. Il segnale che si vuol programmaticamente lanciare è quello di riportare il frenocomio sotto il diretto controllo della direzione sanitaria, in nome di una scelta strategica che, contro luce, sembra voler additare nell'eccessiva rilassatezza e liberalità precedente una delle ragioni della crisi.

Il processo di riorganizzazione della sorveglianza rientra in una politica più generale che vuole ammodernare il manicomio e renderlo più in linea con lo spirito dei tempi: meno luogo di detenzione e più spazio di cura. Questo proposito si scontra con l'evidenza, più volte riaffermata tra le righe di relazioni, comunicazioni e documentazione clinica, del frequente ricorso ai mezzi coercitivi, secondo una percentuale che il direttore afferma essere passata dal 9% della precedente amministrazione al 3% vigente nel primo anno della sua Direzione. Giustifica la situazione così:

«Si incontrano nell'applicazione del *no-restraint* ostacoli enormi da superare, rappresentati più precisamente dalla disadattabilità degli ambienti, dalla obbligata promiscuità d'ogni categoria di ricoverati, dall'abitudine inveterata alla repressione e dal cumulo di pregiudizi in proposito. Questi ultimi specialmente non si possono sradicare d'un tratto e solo la tenacia del proposito avrà fra un po' di tempo su di loro ragione»⁶³⁶.

Fattori strutturali, abitudini e pregiudizi pesano in sinergia sulla mancata applicazione del *no-restraint* che, però, si configura nei termini di un obiettivo non più facilmente eludibile alla luce di una sensibilità generale che sta lentamente mutando e che tende a interpretare la malattia mentale sempre più come patologia da curare e meno come colpa morale da espiare attraverso la reclusione

⁶³² *Ibidem.*

⁶³³ *Ibidem.*

⁶³⁴ *Ibidem.*

⁶³⁵ *Ibidem.*

⁶³⁶ APCN, *Sull'andamento del Manicomio di Racconigi e sullo stato odierno del problema manicomiale nella Provincia di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione e all'Onorevole Consiglio Provinciale 1908-1909...cit.*, p. 174.

e l'esclusione dal corpo sociale. Il tentativo di far coesistere i due aspetti, quello disciplinare e quello curativo, segnano dunque da subito la direzione sanitaria di Cesare Rossi e questo nonostante le deficienze strutturali e i peccati d'origine di una struttura che poco si presta al *no-restraint*. Il Primo Conflitto Mondiale, con le sue emergenze, interrompe in tal senso un'azione volta a rendere il manicomio un istituto più moderno e, per certi versi, meno compromesso con l'immagine terrificante che l'abuso di mezzi coercitivi contribuiva a mantenere.

La svolta impressa dal nuovo direttore si concentra dunque soprattutto sulla rimozione di ciò che definisce «alcuni tra i più intollerabili sconci»⁶³⁷ riscontrati al suo ingresso e che non riguardano, come più volte indicato dai consiglieri provinciali e dalla precedente direzione sanitaria, soltanto i difetti originari della struttura. Anche se questi sono evidenti e sollecitano un'azione radicale, quantomeno per correggere le situazioni più gravi, quelle in grado di evocare «la più triste e penosa impressione»⁶³⁸. E' il caso del vecchio «Reparto celle», ubicato nella Sezione Centrale, non un vero e proprio settore ma «un doppio ordine – dice Rossi –, non di camere, ma di catacombe, e la sua demolizione, consigliata anche dall'Onorevole Commissione di vigilanza, si impone a qualsiasi costo»⁶³⁹. Parole che lasciano poco spazio all'immaginazione e che rendono conto di una realtà intollerabile, ai limiti del disumano. Si procede così alla sostituzione delle vecchie celle con uno spazioso salone, in grado di servire da refettorio e da luogo di riunione per gli internati, in particolare durante i mesi più freddi. Sempre nella divisione “uomini” della sezione Centrale si procede inoltre alla sostituzione del pavimento, con uno che favorisca meno il deposito della sporcizia e il proliferare di pidocchi e acari, e all'«apertura delle finestre che permetta la ventilazione degli ambienti»⁶⁴⁰. Eppure questi interventi risultano nulla di più – sostiene sempre il direttore – che palliativi, accomodamenti temporanei, a fronte di un problema grave, quello della sovraffollamento: «il manicomio ospita una media di 800 malati contro una capienza di tolleranza di appena 600»⁶⁴¹. Ciò fa sì che «le condizioni in cui si trovano quasi 200 alienati sono addirittura lagrimevoli»⁶⁴².

3. La vigilia della guerra in manicomio (1909-1914)

«L'aumento della popolazione manicomiale è il fatto più importante, sebbene non nuovo, che devo segnalare»⁶⁴³. Così Cesare Rossi introduce la sua prima relazione annuale alla Deputazione e al Consiglio Provinciale sottolineando senza mezzi termini, nel suo stile, la gravità di una situazione che, ormai da tempo, caratterizza la struttura di Racconigi. Alla fine del 1908, a Dicembre, sono presenti ben 783 internati, 20 unità in più rispetto al periodo di inizio contabilità stabilito a Luglio. Il numero cresce ulteriormente nei mesi di gennaio e febbraio, quelli più freddi e, quindi, anche quelli in cui le condizioni di vita nelle valli e nelle montagne del cuneese sono più difficili. Diminuiscono fino a 774 presenze nel mese di aprile, per riassetarsi sul numero di 788 a Giugno. Tranne che nel mese di novembre, si registra sempre una preponderanza degli uomini, che sono anche i soggetti più colpiti dalla piaga dell'alcolismo, che interessa il 15 % dei ricoverati e che Rossi considera nei termini di una questione culturale. La mortalità media è di 6 defunti al mese con un'oscillazione tra

⁶³⁷ APCN, *Sull'andamento del Manicomio di Racconigi e sullo stato odierno del problema manicomiale nella Provincia di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione e all'Onorevole Consiglio Provinciale 1908-1909...*cit., p. 175.

⁶³⁸ *Ibidem*.

⁶³⁹ *Ibidem*.

⁶⁴⁰ *Ibidem*.

⁶⁴¹ *Ibidem*.

⁶⁴² *Ibidem*.

⁶⁴³ APCN, *Sull'andamento del Manicomio di Racconigi e sullo stato odierno del problema manicomiale nella Provincia di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione e all'Onorevole Consiglio Provinciale 1908-1909...*cit., p. 172.

8 (mesi di Settembre, Novembre, Dicembre, Gennaio e Aprile) e 2 (Agosto)⁶⁴⁴. Particolarmente interessante è il dato sui recidivi che fanno nuovamente il loro ingresso durante l'anno e che sono in media 8 al mese⁶⁴⁵, con punte nei mesi di Maggio (19) e di Novembre (11). Il totale alla fine dell'anno è di 104 e la cifra, insieme all'andamento costante degli ingressi, indica che le politiche terapeutiche del manicomio, in linea con le condizioni che la legge n.36 stabilisce come necessarie per essere inviati in manicomio, non incidono sulla patologia, quanto sulla pericolosità sociale dei sintomi. Appena le condizioni dell'alienato sembrano non essere pericolose, a meno di evidenti casi di mancanza di autonomia, si procede con le dimissioni che, però, proprio alla luce del criterio adottato non possono essere definitive. Un meccanismo perverso, rafforzato dalla legge del 1904, regola dunque il movimento dei recidivi, di fatto rendendolo inevitabile e strutturale.

La causa maggiore di ricovero durante l'anno è rappresentata dal gruppo delle «psicosi periodiche» che interessano 93 degli ingressi sul totale di 320. Segue l'alcolismo, 47 casi, e le «demenze primitive», 38 casi⁶⁴⁶. Il gruppo delle «frenastenie», invece, conta 17 ingressi su un totale di 63 presenze. Il dato, riguardando l'insieme delle patologie ritenute solitamente più tranquille – idiozia, imbecillità e cretinismo – sottolinea come il criterio della pericolosità sociale, stabilito dalla Legge Giolitti, abbia influito sugli ingressi di questo genere di alienati. Dunque, nonostante come abbiamo visto, il fenomeno sfuggisse ai contemporanei, di fatto una flessione nel numero degli ammessi meno «pericolosi a sé e agli altri» c'era, anche se questa non incideva sugli ingressi totali. Come già in passato la maggior parte degli internati proveniva dal territorio intorno al capoluogo – 226 – e dal saluzzese – 206⁶⁴⁷ –, area quest'ultima che contempla le vallate montane intorno al Monviso, dove la vita dei contadini era, se possibile, più dura e continuamente esposta alle privazioni e alle contingenze stagionali. Qui, oltre alle difficoltà proprie legate all'esistenza di montagna, incidono gli effetti di quel fenomeno che Biagioli, studiando i rapporti tra agricoltura e sviluppo economico, ha definito «rigido dualismo all'interno delle aziende»⁶⁴⁸. Questo riguarda la scissione tra una serie di prodotti destinati al mercato – frumento, riso, carni e formaggi – e quelli destinati al consumo alimentare, in particolare «il granturco e la patata utilizzate come merci salario per i contadini e i braccianti»⁶⁴⁹. Tutto ciò comportava delle conseguenze evidenti sulla salute delle popolazioni rurali, costrette ad affrontare in particolare le stagioni più dure con una alimentazione depauperata e povera di grassi. Le conseguenze per l'equilibrio organico e psichico spiegano, almeno in parte, il dato sulla provenienza degli internati. D'altronde il problema delle condizioni di vita dei contadini delle valli e delle montagne, nonché le ricadute sulla salute fisica e psichica degli stessi, erano già state sottolineate dall'inchiesta di Lissone e Casalis *Sulle condizioni dell'agricoltura e delle classi rurali nei circondari di Cuneo-Alba-Mondovì-Saluzzo*, del 1880. E non sorprende constatare che, fin dall'apertura dell'Istituto, ben il 50% degli internati provenisse dal mondo contadino⁶⁵⁰, con le valli Po e Varaita a rappresentare i contesti maggiormente segnati «dalla pellagra e dalle tare familiari»⁶⁵¹, sintomi di un'esistenza povera, legata a un orizzonte ristretto e contraddistinto da relazioni promiscue tra consanguinei.

Intanto, per far fronte alle maggiori spese legate al sovraffollamento, fin dai primi anni successivi all'apertura, era stata adibita una porzione della struttura a pensionario, con degli ospiti a pagamento che, però, al 30 Giugno 1909 erano soltanto 104, di cui solo 9 pagavano la retta intera,

⁶⁴⁴ APCN, *Allegato n.1 – Quadro del movimento dei ricoverati 1908-1909...*cit., p. 178.

⁶⁴⁵ Il dato preciso è di 8,6 per l'anno 1908-1909. APCN, *Allegato N.2 – Quadro del movimento dei recidivi 1908-1909...*cit., p. 178.

⁶⁴⁶ APCN, *Allegato n.3 – Stato del movimento dei ricoverati distinto secondo le frenopatie, Anno 1908-1909...*cit., p. 179.

⁶⁴⁷ APCN, *Allegato n.8 – Quadro dei ricoverati presenti al 1 Luglio 1909, distinti secondo al provenienza...*cit., 182.

⁶⁴⁸ Cfr. G. Biagioli, *Agricoltura e sviluppo economico: una riconsiderazione del caso italiano*, in «Società e storia», 1980, n.9, pp. 649-678.

⁶⁴⁹ *Ibidem*.

⁶⁵⁰ Cfr. L. Berardo, *Un manicomio provinciale nell'età del "grande internamento" 1871-1914...*cit., p. 71.

⁶⁵¹ *Ibidem*.

pari a L.600. Il resto versava una quota più bassa fino al minimo, L.60, pagato da 64 ricoverati. Il risultato incideva nel computo generale in misura quasi irrilevante, a fronte di ciò in Consiglio Provinciale si sottolineava come diversi tra gli internati ufficialmente nullatenenti potessero «senza disagio pagare o tutta o buona parte della pensione quando non fosse la giustizia»⁶⁵² a farli passare per poveri. Insomma, ancora una volta, in Provincia ci si lamentava dei costi generati da una struttura che svolgeva soprattutto la funzione di ricovero per tutte quelle figure con cui la società non voleva avere a che fare. Nonostante a Racconigi un malato venisse a costare alla collettività “soltanto” 1 lira e 22 centesimi⁶⁵³, il numero rilevante di soggetti lungo-degenti e il sovraffollamento dell’Istituto rendeva l’insieme difficilmente sopportabile per il bilancio provinciale.

La situazione non sarebbe migliorata neanche negli anni successivi. I ricoverati presenti al 1° Luglio 1909 erano 797, quelli rimasti in cura al 30 Giugno 1910 804⁶⁵⁴, 7 unità in più che preoccupavano per la tendenza inequivocabile di cui erano espressione. Sul computo generale pesava il rilevante numero di ammissioni che nell’annata erano 332, 220 uomini e 112 donne. Di essi ben 96 risultavano essere recidivi, tra ricoverati precedentemente dimessi come guariti (62) e in prova (34). Ciò evidenzia, a voler essere generosi, il parziale fallimento delle politiche terapeutiche che, sia nel caso dei presunti guariti, sia in quello dei dimessi in prova, di fatto non era in grado di garantire, se non in una percentuale minima, il reinserimento dell’alienato nella società. Il numero delle dimissioni, invero, non era basso – nel corso dell’annata 1909-1910 sono 255, il problema è che molti di questi, dopo qualche tempo, facevano ritorno in manicomio poiché risultavano un peso ingestibile per molte famiglie e per le amministrazioni comunali. Lo spiega bene, ancora una volta, un riferimento polemico che il direttore Rossi fa nella sua relazione alla Deputazione e al Consiglio Provinciale: «Un particolare rilievo, a proposito delle dimissioni, merita la cifra dei 49 licenziati per non verificata pazzia o non riconosciuta competenza manicomiale, la qual cifra è la più chiara dimostrazione del poco conto in cui è tenuta da molte autorità comunali la libertà dei cittadini»⁶⁵⁵.

Se i ricoverati presenti al 1° Luglio 1910 sono 804, «quelli rimasti in cura al 30 Giugno 1911 sommarono a 845, con una media fine di ogni mese di circa 20 presenti in più che nell’anno precedente»⁶⁵⁶. Ciò che invece è diverso è il numero degli ammessi, inferiori di 36 unità rispetto al precedente anno, pari a 166 uomini e 136 donne, per una media di 24 internati al mese⁶⁵⁷. La consistenza si spiega – secondo il direttore – da una parte con la «scarsa mortalità e nel conseguente ristagno dei cronici, dall’altra, nelle gravi difficoltà che incontrano nella pratica applicazione le dimissioni in prova»⁶⁵⁸. Inoltre resta sempre altro il contingente dei recidivi e dei riammessi, pari al 50% del totale. La maggior parte degli ammessi ha un’età compresa tra i 20 e i 40 anni – 126 individui –, anche se colpiscono i 13 ingressi – 6 uomini e 7 donne – di età inferiore⁶⁵⁹. I dimessi dell’annata sono 179, pari al 53,71 % degli ammessi durante l’anno, mentre i morti sono 76 – 6 in più del precedente anno – la maggior parte per «marasma», conseguente al grave stato di consunzione dell’organismo del malato, a sua volta riducibile – almeno in parte – a quelle che Rossi definisce le «poco liete condizioni igieniche del Manicomio»⁶⁶⁰. Questa realtà pesa soprattutto sulle condizioni

⁶⁵² APCN, ACP di Cuneo di Cuneo 1909 ...cit., p. 22.

⁶⁵³ *Ibidem*.

⁶⁵⁴ APCN, *Allegato.n1- Quadro del movimento dei ricoverati*, in ACP di Cuneo 1910...cit., p. 197.

⁶⁵⁵ Ivi, p. 193.

⁶⁵⁶ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all’On. Deputazione e all’On. Consiglio Provinciale (1910-1911)*, in ACP di Cuneo 1911. Sessione Ordinaria e Straordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1912, p. 200.

⁶⁵⁷ APCN, *Allegato.n1- Quadro del movimento dei ricoverati*, in ACP di Cuneo 1911...cit., p. 204.

⁶⁵⁸ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all’On. Deputazione e all’On. Consiglio Provinciale (1910-1911)*...cit., p.200.

⁶⁵⁹ APCN, *Allegato.n10- Quadro del movimento dei ricoverati divisi secondo l’età*, in ACP di Cuneo 1911...cit., p. 209.

⁶⁶⁰ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all’On. Deputazione e all’On. Consiglio Provinciale (1910-1911)*...cit., p. 200.

di vita degli internati che, di giorno, restano chiusi nei due cortili «confusi e pigiati»⁶⁶¹ – uno per gli uomini e uno per le donne – a contendersi le sparute panche a disposizione o a litigare per il poco spazio coperto nei giorni di pioggia e neve, mentre nel pomeriggio, già alle 18, dopo la cena, vengono accompagnati nei dormitori dove, per facilitare i controlli, restano bloccati fino al giorno successivo. Le condizioni igieniche dopo 12 ore di immobilità sono facilmente intuibili, così come quelle psicofisiche. Comprensibili, alla luce di queste condizioni di vita, i tentativi di suicidio o di automutilazione. Tra il luglio del 1910 e il giugno del 1911 sono due i casi in tal senso: «un suicidio per strangolamento – riporta il direttore – avvenuto in un ricoverato, degente da circa cinque mesi nel Manicomio, il quale, durante la notte, poté, nella camera d'isolamento in cui si trovava per le sue tendenze aggressive, mandare ad effetto il proposito suicida [...] servendosi delle biancherie da letto»⁶⁶²; un «tentato suicidio in un altro ricoverato, addetto ai lavori di sartoria, il quale, nel breve istante in cui l'infermiere che lo sorvegliava gli voltava le spalle, si inferse ripetuti colpi di forbice alla gola ferendosi la trachea in tre punti»⁶⁶³. A seguito di complicazioni dovute all'insorgere di una polmonite anche questo internato morì.

Nonostante le speranze riposte da amministratori e medici sul *Regolamento attuativo della Legge sugli alienati*, neanche questo riescì ad arrestare il progressivo aumento dei ricoveri. Il 30 Giugno del 1912 gli internati sono 864, una leggera flessione si registra invece nel numero degli ammessi: 287 – 173 uomini e 114 donne –, vale a dire 9 unità in meno rispetto all'anno precedente. Ciò che invece rimane confermato è l'alto numero di recidivi e riammessi, pari a 79 nel 1911-1912, «poco meno della metà degli ammessi per la prima volta»⁶⁶⁴. Il dato, secondo la direzione, si spiega non soltanto con la «facilità di riconsegnare al Manicomio quei dimessi che a domicilio si dimostrino ancora improduttivi o bisognosi di assistenza familiare»⁶⁶⁵, ma anche con le difficoltà che incontrano questi soggetti, una volta fuori dall'Istituto, ad «affrontare le prime necessità della vita»⁶⁶⁶. Tutto ciò deve essere contestualizzato anche alla luce della mancanza in provincia della «benefica azione di alcun patronato» o di «istituzione di sussidi provinciali», necessari per fornire sostegno ai soggetti con pochi margini di autonomia, come nella quasi totalità sono i dimessi dal manicomio. Una notizia positiva però c'è: finalmente, dopo decenni, si registra la quasi totale «scomparsa dalla statistica nosologica» della psicosi pellagrosa; restano invariate invece le psicosi periodiche e le frenosi da alcolismo che, al pari degli altri anni, incide sul numero dei recidivi e delle riammissioni. La percentuale dei dimessi è del 16,78% sul totale dei ricoverati, un «risultato che – secondo il Direttore – può gareggiare con quelli portati dalla maggior parte dei Manicomi»⁶⁶⁷, ma che non riesce ad essere fonte di soddisfazione considerata la situazione generale. Il numero maggiore dei dimessi si registra nel primo anno di ricovero, diminuisce il contingente nel secondo, mentre diventa un caso eccezionale successivamente. Il numero dei morti è di 78, due in più rispetto al precedente anno. La causa principale è sempre quella del grave deperimento organico in pazienti anziani, costretti a letto da diversi anni; seguono le malattie a carico dell'apparato digerente e quelle cardiovascolari.

⁶⁶¹ APCN, ACP di Cuneo 1911...cit., p. 5.

⁶⁶² APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1910-1911)*...cit., p. 203.

⁶⁶³ *Ibidem*.

⁶⁶⁴ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1911-1912)*, in ACP di Cuneo 1912, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1913, p. 227.

⁶⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁶⁷ *Ibidem*.

I dati relativi all'annata 1912-1913 evidenziano ancora l'aumento delle presenze che si attestano su 913 internati⁶⁶⁸; gli ammessi durante l'anno sono 329, divisi in 161 uomini e 168 donne⁶⁶⁹. Analizzando i dati a disposizione ci si rende conto che la maggior parte dei ricoverati ha un'età compresa tra i 20 e i 40 anni⁶⁷⁰, subito dopo viene la fascia tra i 40 e i 60. Non mancano però neanche gli internamenti precoci: al 1° Luglio 1912 sono presenti 30 ragazzi sotto i vent'anni, 15 uomini e 15 donne⁶⁷¹. Per quanto riguarda, invece, lo stato civile – prendendo come punto di osservazione sempre l'annata 1912-1913 – notiamo che prevalgono i celibi, seguiti dalle coniugate. Quasi il doppio il contingente delle vedove ammesse rispetto agli uomini rimasti senza moglie: 6,99% a fronte di 3,95%⁶⁷². Il numero dei dimessi è di 201, come riconosce però il direttore nella sua annuale relazione «non tutte le dimissioni corrispondono ad altrettanti casi di guarigione, che, anzi, furono più numerosi i casi di dimissione per miglioramento»⁶⁷³ legati alla nuova politica delle dimissioni precoci e all'affidamento alle famiglie e ai parenti più prossimi. Un dato soddisfa la direzione sanitaria, ed è quello delle morti che, nell'annata, sono «79, di cui 3 uomini e 46 donne»⁶⁷⁴. La percentuale è del 6,62% sul totale delle presenze e del 7,29% sugli ammessi nell'anno, Rossi ritiene questo elemento molto positivo tanto da affermare che «pur tenendo conto del valore relativo che ha questo dato, non v'ha ragione di non compiacersene», poiché «è senza dubbio tra le più basse che ci danno le statistiche manicomiali»⁶⁷⁵.

Alla vigilia della guerra, più nello specifico al 30 Giugno 1914, i ricoverati sono 967, 54 in più rispetto al precedente anno⁶⁷⁶. Non sono tanto le ammissioni a pesare, pari a 283, quindi 46 in meno rispetto al precedente anno, quanto le dimissioni, 157, cioè 44 in meno dell'anno precedente. Resta tutto sommato invariata la percentuale di recidivi e riammessi che sono il «30% degli entrati, proporzione che non sia allontana di molto dalla norma»⁶⁷⁷. Il numero più alto di ingressi è concentrato a Maggio, 35, mentre quello più basso è ad agosto: 16. Tra le patologie responsabili dell'internamento, spiccano le frenosi maniaco depressive⁶⁷⁸, 93 ingressi, seguite dal gruppo delle psicosi primitive, dalle amenze e dalle psicosi alcoliche. Tra le cause originanti queste costellazioni sintomatiche, secondo il direttore, il primato spetta all'ereditarietà, secondo i canoni di un pensiero che riconosce nella trasmissione intergenerazionale del “morbo della follia”, la causa principale della malattia mentale. «Seguono in linea decrescente i traumi psichici, l'alcolismo, le affezioni cardiovascolari»⁶⁷⁹. I morti durante l'annata sono 72, 37 uomini e 35 donne, per una percentuale del 6,02% sul totale dei ricoverati. Il dato è in diminuzione rispetto agli anni precedenti e ciò viene accolto con orgoglio dalla Direzione sanitaria che più volte sottolinea il compito terapeutico improbo alla luce della condizioni della struttura.

⁶⁶⁸ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1912-1913)*, in ACP di Cuneo 1913. Sessione Ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1914, p. 219.

⁶⁶⁹ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1912-1913)*, in ACP di Cuneo 1913, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1914, p. 219.

⁶⁷⁰ Per i dati relativi all'annata 1912-1913 vedi: APCN, *Allegato n.10 – Quadro del movimento dei ricoverati divisi secondo l'età*, in ACP di Cuneo 1913...cit., p. 228.

⁶⁷¹ *Ibidem*.

⁶⁷² APCN, *Allegato n.6 – Quadro del movimento dei ricoverati, distinto secondo lo Stato Civile – Vedovi*, in ACP di Cuneo 1913...cit., p. 226.

⁶⁷³ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1912-1913) ...cit.*, p. 220

⁶⁷⁴ *Ibidem*.

⁶⁷⁵ *Ibidem*.

⁶⁷⁶ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1913-1914)*, in ACP di Cuneo 1914. Sessione Ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1915, p. 221.

⁶⁷⁷ *Ibidem*.

⁶⁷⁸ APCN, *Allegato N.3 – Quadro del movimento dei ricoverati divisi secondo le frenopatie*, in ACP di Cuneo 1914. Sessione Ordinaria...cit., p. 225.

⁶⁷⁹ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1913-1914) ...cit.*, p. 221.

Tra le misure prese per cercare di gestire meglio la condizione di sovraffollamento c'è quella del potenziamento del personale sanitario. Fino al 1907 il rapporto tra infermieri e ricoverati è pari a 1 a 12, essendo 32 i salariati uomini e 28 le suore infermiere, «proporzione inadeguata alla necessità del servizio»⁶⁸⁰. Inoltre, fino ad allora, «gli infermieri usufruivano [...] di una giornata di libertà ogni terzo giorno – la qual cosa voleva dire che più di 20 non erano effettivamente in servizio – e la vigilanza notturna era fatta, quasi ovunque, a mezzo di ronde»⁶⁸¹. Ciò determinava una situazione notturna caotica, con gli «ammalati, negli intervalli dall'una all'altra ronda, del tutto abbandonati»⁶⁸². Inoltre, secondo il direttore, la carenza di personale influisce anche sulla sorveglianza dei più pericolosi, sulle politiche terapeutiche – «l'impiego dei bagni di cura» –, sullo «stato deplorabile in cui si riducevano i malati sucidi in causa dell'insufficiente nettezza»⁶⁸³ ma anche, sull'abuso «sistematico dei mezzi di repressione che trovavano applicazione in misura non lecita»⁶⁸⁴. Soprattutto quest'ultimo punto, neanche troppo tra le righe, appare nei termini di una grave denuncia sulle condizioni di detenzione cui sono soggetti tanti malati, a causa della mancanza del personale di sorveglianza. A ciò Cesare Rossi risponde attraverso

«due fondamentali innovazioni e precisamente l'aumento di 12 infermieri (6 uomini e 6 suore) e l'intensificazione del loro servizio, attuata coll'ordinare le veglie notturne individuali a notte alterne, anziché ogni terza notte com'era in uso, e coll'aumentare, spostando dal terzo al quarto giorno la giornata di libertà, un giorno di lavoro per ogni turno di servizio»⁶⁸⁵.

Le misure, come ovvio, rischiano di mettere in agitazione il personale sanitario che, fin dall'apertura della struttura, dimostra di essere coeso e di avere un notevole potere contrattuale che si concretizza in diverse concessioni di tipo economico e nell'ottenimento di un'organizzazione dei turni di lavoro tutt'altro che sfavorevole. Anche alla luce di ciò, per evitare che le misure adottate risultassero troppo radicali «venne accordato al personale maschile l'indennità di vitto nei giorni di uscita e una licenza annuale di giorni sette»⁶⁸⁶. Per migliorare inoltre la preparazione del personale, composto soprattutto da contadini in possesso perlopiù del livello elementare di alfabetizzazione, si è proceduto all'organizzazione di un «corso di istruzione», basato su lezioni e dispense⁶⁸⁷, che ha visto tutti gli operatori conseguire l'idoneità.

4. L'istituto durante la Grande Guerra

Le decennali discussioni, che erano iniziate dopo le visite delle commissioni di vigilanza avevano prodotto ben poche trasformazioni e, più nello specifico, quasi soltanto l'inizio della costruzione nel 1913 «di un padiglione di cura capace di 95 letti»⁶⁸⁸. Nelle speranze di medici e amministratori doveva rappresentare «il primo di quella serie di costruzioni a tipo ospedaliero senza di cui è vano sperare nella civile rigenerazione del Manicomio»⁶⁸⁹. Il riferimento a una «civile rigenerazione» non è esagerato se pensiamo alle condizioni di sovraffollamento della struttura e alla condizioni del

⁶⁸⁰ APCN, *Sull'andamento del Manicomio di Racconigi e sullo stato odierno del problema manicomiale nella Provincia di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione e all'Onorevole Consiglio Provinciale 1908-1909...*cit., p. 174.

⁶⁸¹ *Ibidem*.

⁶⁸² *Ibidem*.

⁶⁸³ *Ibidem*.

⁶⁸⁴ *Ibidem*.

⁶⁸⁵ *Ibidem*.

⁶⁸⁶ *Ibidem*. Vedi inoltre: APCN, Bilancio 1910 del manicomio Provinciale di Racconigi. Relazione della Deputazione, in ACP di Cuneo 1909 ...cit., p. 367.

⁶⁸⁷ ASONR, Biblioteca scientifica, *Corso per infermieri*, s.d.

⁶⁸⁸ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1913-1914)*, in ACP di Cuneo 1914. Sessione Ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1915, p. 223.

⁶⁸⁹ *Ibidem*.

complesso nel suo insieme. Tra l'altro, se possibile, la situazione si era aggravata proprio nel Novembre del 1913 a causa di un cedimento strutturale avvenuta al secondo piano del fabbricato centrale, dalla parte della sezione femminile. La contemporanea «spaccatura di una sottostante volta»⁶⁹⁰ aveva reso necessario il trasferimento di «circa 200 ricoverate nei cameroni abbandonati del Connolly dove fu giocoforza immagazzinarle in attesa che si compissero i lavori di riparazione»⁶⁹¹. Questi locali, un tempo adibiti a Sezione Femminile per ricoverate «agitate e furiose», da parecchio erano utilizzati perlopiù come depositi, proprio per le pessime condizioni degli ambienti, umidi, poco areati e stretti. In questi spazi, che a buon diritto il direttore definisce «incivili», le pazienti rimasero recluse per oltre un anno, visto che i lavori andarono per le lunghe. Nonostante ciò, però, il clima all'interno del manicomio era di ottimismo e di fiducia nel futuro, infatti sia l'inizio delle «forzate opere di rimodernamento al colossale fabbricato centrale, sia per l'inizio delle nuove costruzioni»⁶⁹², la percezione era quella di essere finalmente fuori dal lungo periodo di crisi culminato con l'ipotesi di trasferimento lontano da Racconigi: nulla lasciava presagire gli sconvolgimenti che, di lì a poco, la guerra avrebbe prodotto.

L'irrompere della guerra in questa situazione di relativa tranquillità è evidente dall'annuale relazione che il direttore invia alla Deputazione e al Consiglio Provinciale. Il documento, concluso il 1° luglio 1915, già dall'*incipit* trasmette un clima di agitazione e di emergenza che, evidentemente, contraddistingue l'esistenza del frenocomio: «Nell'impossibilità di poter dedicare alla relazione annuale sul funzionamento del manicomio il tempo necessario a illustrarne i punti più salienti perché, in seguito alla chiamata in servizio militare di quasi tutto il personale medico, ogni mia attività è assorbita dalle cure di reparto e dalla quotidiane urgenze del mio ufficio»⁶⁹³. La situazione, in effetti, non è delle più facili, infatti il personale medico è ridotto a due sole unità per oltre mille ricoverati. Dall'organico mancano non soltanto i medici Petrò, Segre e Valabrega, *chiamati* al servizio militare, ma anche il vice-direttore Tonello, in congedo per malattia. Governare la struttura in queste condizioni è oggettivamente complicato e il direttore lo rimarca in più punti nella sua annuale relazione. Inoltre non è solo il servizio medico ad essere stravolto dal conflitto, anche quello di assistenza è giocoforza sconvolto dal reclutamento coatto. Sono infatti ben 9 gli infermieri «chiamati sotto le armi»⁶⁹⁴, a ciò si rimedia assumendo degli avventizi che, però, se risultano utili «per ciò che riguarda la custodia dei ricoverati»⁶⁹⁵, privi d'esperienza e di formazione come sono tendono a sopperire questi limiti attraverso pratiche di controllo più rigide e opprimenti. Tra le notizie curiose dell'annata, quella che vede l'applicato di segreteria, Giacomo M. che «per la sua condotta, e per la sua disgrazia atavica» è stato costretto ad abbandonare il proprio posto di lavoro «per essere ricoverato tra i mentecatti»⁶⁹⁶.

Intanto il conflitto non tarda a far sentire i suoi effetti sulla realtà del manicomio, infatti, già nel 1915, l'autorità militare fa richiesta perché sia messo a disposizione il nuovo padiglione, ancora in costruzione, per i feriti di guerra. Tra le trasformazioni edilizie, oltre ai lavori per la nuova sezione, che comprendono anche la realizzazione del muro di cinta, si segnala soprattutto la realizzazione di un panificio interno, necessario per rendere – almeno per buona parte –, il manicomio autonomo e diverse opere nell'edificio principale che, finalmente – è l'opinione del Consiglio Provinciale – «è venuto a ricevere un aspetto conforme alle esigenze di un istituto ospitaliero»⁶⁹⁷.

⁶⁹⁰ *Ibidem*.

⁶⁹¹ *Ibidem*.

⁶⁹² *Ibidem*.

⁶⁹³ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1914-1915)*, in ACP di Cuneo 1915. Sessione Ordinaria e Straordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1916, p. 209.

⁶⁹⁴ *Ivi*, p.210.

⁶⁹⁵ *Ibidem*.

⁶⁹⁶ APCN, ACP di Cuneo 1915. Sessione Ordinaria e Straordinaria...cit., p. 31.

⁶⁹⁷ *Ivi*, p. 273.

Per quello che riguarda invece il servizio interno si rende necessaria una riorganizzazione delle funzioni. E' quanto avviene con la sovrapposizione degli incarichi di sorveglianza e custodia che prevede che i 4 Capi-Sezione svolgano a turno anche la custodia dei malati⁶⁹⁸. Ciò comporta un ulteriore peggioramento delle condizioni di sicurezza e di controllo all'interno dell'Istituto. Aumentano così i tentativi di fuga, come quello che vede il ricoverato Biagio G. sfruttare la dimenticanza di un cancello aperto per passare dall'«atrio della latrina al cortile del suo comparto»⁶⁹⁹ e da qui scavalcato il muro di cinta fuggire in strada. Il malato viene bloccato da un Capo-Sezione che, «essendo di libera uscita, trovavasi nella sua casa attigua al manicomio», si mise ad inseguirlo fino a raggiungerlo e bloccarlo nei pressi della ferrovia.

La politica del direttore Rossi incomincia a mostrare i suoi risultati nell'annata 1915-1916, quando si registra un primo calo delle presenze dovute all'alto numero dei dimessi: «226, di cui 143 uomini e 83 donne: 30 in più dello scorso anno»⁷⁰⁰. Tra i dimessi sono 28 quelli ritenuti «non di competenza manicomiale», una cifra che inizia a segnalare la presenza di alienati militari per i quali questa diagnosi finale risulta spesso adottata. La riduzione forzata del personale, causa invio al fronte, si fa ulteriormente sentire con la partenza anche del dott. Dosio. Restano il direttore e il suo vice che, di fatto, sono costretti a prendere dimora stabile nell'Istituto, così da garantire l'assistenza minima ai mille ricoverati. Sul piano degli interventi edilizi vengono ultimati sia il nuovo padiglione, che il panificio interno; quest'ultimo in particolare desta notevole entusiasmo nella direzione sanitaria e nelle autorità provinciali, entrambe convinte di poter finalmente ridurre notevolmente una delle voci di spesa stabili e consistenti.

L'andamento favorevole, per quanto riguarda le presenze, si registra anche nell'annata 1916-1917, che al 30 Giugno 1917 fa registrare 1072 ricoverati, tra cui sono però compresi «113 militari a carico dello Stato»⁷⁰¹. Tolti anche i ricoverati dalle altre province, restano 959 internati, «con una diminuzione di 41 presenze»⁷⁰² rispetto all'annata precedente. Il dato sollecita la soddisfazione della direzione solo condividendo il punto di vista della Provincia che, non dovendo farsi carico dei militari alienati e dei ricoverati extra-territoriali, può vantare un consistente risparmio economico. La situazione, invece, non migliora dal punto di vista dei ricoverati, che vedono restringersi ulteriormente gli spazi a disposizione, oltre a non poter usufruire del nuovo padiglione di cura destinato proprio ai soldati ricoverati. Tra le ammissioni, 312, colpisce l'alto numero di riconosciuti come «non di competenza manicomiale», 35. Difficile il governo dell'istituto considerato che oltre il 50 % del personale è costituito da infermieri avventizi, così che «non è difficile arguire tra quali angustie e difficoltà – sono parole del direttore Rossi – debba necessariamente svolgersi il servizio fondamentale dell'Istituto, enormemente aggravato dalle presenze di numerosi alienati militari che per effetto di speciale convenzione occupano il nuovo padiglione»⁷⁰³.

L'uso di quest'ultimo viene regolato attraverso apposita convenzione stipulata tra la direzione di Sanità Militare del Corpo d'Armata d'Alessandria, competente territorialmente, e la Deputazione Provinciale; il testo della stessa viene firmato il 20 Marzo 1917 e stabilisce che la Provincia è obbligata a fornire agli alienati militari assistenza continuata e «deve provvedere di quant'è necessario durante la permanenza sia in medicina sia in alimenti o trattamenti speciali. Nelle prescrizioni di alimenti si deve seguire la tabella dietetica in uso presso lo Stabilimento, e per gli

⁶⁹⁸ ASONR, Classe I.4, UA 65, *Verballi delle adunanze della Commissione Amministrativa della Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo in Racconigi 1915-1916*: incarichi straordinari, 25 Luglio 1916.

⁶⁹⁹ Ivi, 26 Dicembre 1916.

⁷⁰⁰ APCN, *Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo- Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1915-1916)*, in ACP di Cuneo 1916. Sessioni Ordinaria e Straordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1917, p. 209.

⁷⁰¹ APCN, *Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo- Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1916-1917)*, in ACP di Cuneo 1917. Sessioni Ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1918, p. 199.

⁷⁰² *Ibidem*.

⁷⁰³ Ivi, p. 200.

Ufficiali, si deve fare un trattamento speciale e conforme a quello in uso per i Medici dell'Istituto»⁷⁰⁴. Le spese per gli internati militari – come detto – non sono a carico della Provincia, ma vengono rimborsate dalla direzione dell'Ospedale di Riserva di Racconigi, uno dei tanti che durante il conflitto vengono allestiti per gestire i feriti di guerra. Ma cosa prevedono questi rimborsi? Per ogni giornata di ricovero di «Ufficiali di qualsiasi grado lire 6,50 [...]; di truppa, cioè marescialli, sergenti, carabinieri, caporali e soldati, guardie di finanza lire 4,25»⁷⁰⁵. La retta è abbastanza conveniente per la Provincia – teniamo a mente che un internato civile costa circa lire 1,30 al giorno – e si comprende perché, nonostante la situazione di sovraffollamento né direttore, né la Provincia si lamentano più di tanto per il carico aggiuntivo in termini di ricoveri. La retta pagata dal Ministero della Guerra comprende «tanto la diaria di alimentazione, quanto il vestiario uniforme dei ricoverati, la cura sanitaria, la mobilia e il fitto del locale, padiglione che alla Provincia ha costato [...], meglio di 300.000 lire»⁷⁰⁶. Alla fine dell'anno le maggiori entrate dovute alla presenza degli alienati militari consistono in L. 14.446,26⁷⁰⁷, una cifra che contribuisce nel consuntivo, alla «maggiori entrate» rispetto al previsto, pari a L. 26.490,61⁷⁰⁸. Le “maggiori entrate” riescono però a coprire solo in parte l'incremento della spesa dovuto ai generali aumenti causati dal conflitto. Oltre ai costi per il personale in guerra – gli infermieri vengono pagati come se fossero presenti – e a quello assunto in sostituzione, bisogna infatti considerare l'incremento della spesa per la legna da ardere – L. 3.613,24 in più del previsto - che, tra l'altro dovette sostituire, dove possibile, i «carboni militari, i quali oltre ad avere prezzi elevatissimi non si potevano acquistare in quantità sufficiente; per il pane – L. 8.852,99 – e questo nonostante la presenza attiva del nuovo forno all'interno del manicomio; per la carne che, considerate le requisizioni belliche, costa in più rispetto a quanto stanziato L. 26.821,85, tanto che si «dovette ridurre a grammi 104 in media per giornata di presenza (carne cruda coll'osso)»⁷⁰⁹. Il vino raggiunge L.77 l'ettolitro, così che viene definitivamente tolto dalla dieta dei ricoverati e concesso «soltanto ai malati e ai lavoratori come ricompensa». Lievita anche, in misura del 30%, il prezzo di paste, salumi, verdure. Uova, burro, pollame, frutti, legumi e formaggi, tanto che, senza il contributo fornito a seguito della presenza dei soldati alienati è difficile ritenere che il bilancio sarebbe stato in grado di reggere la situazione.

Dopo l'apertura del nuovo padiglione, avvenuta il 1° Aprile del 1917, con il ricovero di 33 soldati, divenuti rapidamente entro al fine del mese 44⁷¹⁰, la novità più volte rimarcata su questo ambito è il rapido aumento dei ricoverati e il parallelo sovraffollamento dei locali messi a disposizione. Si inizia a valutare la proroga della concessione della vecchia Sezione Charcot, già concessa per il ricovero dei militari tra il mese di Novembre 1916 e la metà del 1917. A novembre, inoltre, dopo la sconfitta di Caporetto e la successiva smobilitazione delle zone di guerra non più soggette a controllo, giungono dal manicomio di Treviso, in Crespano Veneto, i primi 98 alienati militari, seguiti a brevissima distanza da altri 81. La situazione è difficile da gestire, il nuovo padiglione è già saturo e il clima è quello delle situazioni d'emergenza. Così vengono smistati una trentina di questi primi arrivi verso Cuneo, presso le Succursali, ma ciò non basta a rendere la situazione tollerabile⁷¹¹. Manca il personale per la custodia e la sorveglianza e il Comando militare è costretto a mettere a disposizione 9 militari a cui si aggiungono 6 soldati-infermieri provenienti dal Manicomio di Treviso.

⁷⁰⁴ APCN, ACP di Cuneo 1917. Sessioni Ordinaria...cit., p. 27.

⁷⁰⁵ *Ibidem*.

⁷⁰⁶ *Ibidem*.

⁷⁰⁷ APCN, Commissione Amministrativa del Manicomio della Provincia di Cuneo, Adunanza 28 marzo 1917, in ACP di Cuneo 1917. Sessioni Ordinaria...cit., p. 165.

⁷⁰⁸ *Ivi*, p.166.

⁷⁰⁹ *Ivi*, p.166.

⁷¹⁰ ASONR, Classe I.4, UA 66, *Verbali delle adunanze della Commissione Amministrativa della Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo in Racconigi 1917-1918*, Padiglione militare, 24 Aprile 1917.

⁷¹¹ ASONR, Classe I.4, UA 66, *Verbali delle adunanze della Commissione Amministrativa della Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo in Racconigi 1917-1918*, numero d'ordine 19, Arrivo di alienati veneti, 27 Novembre 1917.

La generale situazione di emergenza è segnalata anche da richieste particolari, come quella del Comando Militare di poter fare uso dei bagni del Manicomio, visto che quelli a disposizione nell'Ospedale di Riserva risultano insufficienti per il gran numero di feriti ricoverati.

L'esame della documentazione di questi mesi offre lo spaccato di una realtà manicomiale in preda alla confusione, con infermieri che cambiano rapidamente, tra licenziamenti, chiamate alle armi e sostituzioni varie. La presenza del contingente dei militari alienati non facilita la situazione, obbligando il personale a dividersi ulteriormente tra le vecchie sezioni e il nuovo padiglione. Il livello di assistenza in manicomio, per forza di cose, peggiora, e gli incidenti sono frequenti, tra questi lo scoppio di un grave incendio nella sezione Tardieu il 15 gennaio. Originatosi probabilmente in un fabbricato adiacente alla sezione adibito al ricovero di «segatura e foglie di grano turco», immediatamente si propaga coinvolgendo il tetto di legno del padiglione e da qui il piano più alto della vecchia struttura. La presenza del personale e dei militari sorveglianti facilita l'estinzione dell'incendio entro la serata; fortunatamente non ci sono feriti, ma restano in piedi solo le mura del padiglione. Le indagini interne escludono il dolo, si ritiene verosimile che qualche scintilla proveniente dai camini o dalle officine vicine, penetrando dalle finestre prive di serramenti, abbia innescato le fiamme. Alla fine resta un problema: la sezione ospitava oltre 100 alienati tra "acuti", "pericolosi" e "criminali" e mancano assolutamente gli spazi per dislocarli altrove, si fa strada l'ipotesi di servirsi di un locale sgombro dell'adiacente caserma dei Carabinieri, ma questi si oppongono, anche perché già da tempo si lamentano per le urla e il disagio proveniente dalla vicinanza con gli internati dal manicomio. La soluzione obbligata è la redistribuzione degli internati nei sovraffollati locali a disposizione, dove vengono sfruttati tutti gli spazi, comprese le guardiole, le infermerie, i "parlatoi" oltre, naturalmente, ai corridoi. Per poter controllare questa mole di ricoverati, considerato il poco personale a disposizione, si provvede a restringere i criteri di circolazione degli internati all'interno dell'Istituto, così che aumenta il numero di quanti vengono legati al letto e contenuti per l'intera durata del giorno. La situazione si aggrava ulteriormente quanto il comando militare decide di ritirare i militari concessi per la sorveglianza dei soldati alienati. La disposizione mette «il manicomio in serio imbarazzo per la custodia dei ricoverati nelle sezioni e per l'impiego della mano d'opera dei malati nei servizi generali»⁷¹². Il direttore si risente, gli sembra una disposizione ingiusta, soprattutto dopo che in passato tra direzione sanitaria e autorità militari si è stabilito un rapporto di collaborazione proficuo. Stizzito decide di scrivere alla Commissione Provinciale che si occupa del Manicomio chiedendo che venga revocata la concessione dei bagni alla truppa presente in città. La misura, al di là dell'episodio, è indicativa di un clima di tensione che coinvolge la società tutta e ben rappresenta il riflesso del grave momento vissuto anche sui campi di battaglia.

Gli effetti della tragica annata compresa tra Luglio 1917 e Giugno 1918 sono evidenti anche osservando i dati relativi alle ammissioni in manicomio: «680; di cui 574 uomini, compresi 269 militari e 179 alienati veneti, e 100 donne: 153 in più dello scorso anno».⁷¹³ Il numero degli ammessi della provincia è insolitamente basso, 232 individui, così che a pesare sono soprattutto i militari alienati e gli sfollati dai manicomi di Treviso e dal Sant'Osvaldo di Udine. Il dato però – come notato dal direttore Rossi – risente della «circostanza che, trovandosi sotto le armi tutti gli uomini validi dai 18 ai 40 anni, gli alienati compresi fra i suddetti limiti di età si trovano disseminati in altri Manicomi a carico dello Stato»⁷¹⁴. Il conflitto insomma fa sentire i suoi effetti, in un senso aumentando il numero di presenze esterne, nell'altro falsando quelle interne. In entrambi i casi la rappresentazione

⁷¹² ASONR, Classe I.4, UA 66, *Verbali delle adunanze della Commissione Amministrativa della Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo in Racconigi 1917-1918*, Bagni ad uso del presidio, Racconigi 2 Maggio 1918.

⁷¹³ APCN, *Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo- Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1917-1918)*, in ACP di Cuneo 1918. Sessioni Ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1919, p. 135.

⁷¹⁴ *Ibidem*.

che ne viene fuori è preoccupante e ben rende conto degli sconvolgimenti del periodo, con quel carico di confusione, di approssimazione e di tentativi di porvi rimedio che hanno contraddistinto il frangente. Per quanto riguarda i militari, a Racconigi, giungono tre tipologie di soldati: quelli nati nella provincia che, riformati, vengono trasferiti da altri istituti, solitamente dislocati lungo la linea del fronte. Ci sono poi i militari inquadrati in uno dei reggimenti presenti nella provincia, che vengono inviati in osservazione, di solito dopo un transito presso l'ospedale militare di Savigliano. Infine, a partire dalla fine del 1917, ci sono i militari provenienti dal manicomio di Treviso che viene sgomberato dopo Caporetto. L'alto numero di soldati rese inoltre più problematica la gestione del servizio amministrativo, affidato in buona parte a un solo impiegato che giunge in manicomio alle 6 del mattino e va via dopo il normale orario di cena, tutto ciò per riuscire a sbrigare una mole di lavoro immensa che le successive partenze del personale per le esigenze di guerra hanno reso particolarmente gravoso. Ma le difficoltà maggiori si fanno sentire sul piano dell'assistenza medica, così che ancora il 30 maggio del 1918 la Deputazione Provinciale fa richiesta al Ministero della Guerra «perché fossero rilasciati a disposizione del Manicomio almeno due fra i quattro dei suoi Medici chiamati in servizio militare, ed il Ministro con telegramma 5 giugno dichiarava avere disposto perché fosse lasciato in libertà il Capitano Medico Dottor Benvenuto Segre»⁷¹⁵. Le pressioni, nonostante le reiterate richieste, la sottolineatura «che il Manicomio dà ricetta a un centinaio di militari alienati», non producono altri risultati. Come spesso accade, però, quelle che sono le difficoltà di qualcuno vengono sfruttate da qualcun altro. Succede così che 14 infermieri avventizi, puntando sulle difficoltà della Provincia a reperire personale, minaccino di abbandonare il servizio qualora non venga loro riconosciuto «il caro viveri stabilito dal Governo pei salariati»⁷¹⁶. I termini e la perentorietà della richiesta spingono la Provincia a respingere la domanda e parallelamente a ottenere dal Prefetto l'eventuale concessione di 14 militari in sostituzione degli eventuali avventizi dimissionari. Alla fine, complice la mediazione del direttore, gli infermieri si accontentano di «un aumento di L. 11 al mese sulle 18 da loro pretese», ma ciò lascia insoddisfatta la Deputazione che «deplora il contegno dei ricorrenti e dichiara che l'Amministrazione non è disposta a sottostare in avvenire a simili imposizioni»⁷¹⁷. Tensioni neanche troppo latenti, effetti di una congiuntura che mette seriamente alla prova la gestione del manicomio e la capacità di far fronte all'emergenza, in particolare alla situazione che si configura dopo Caporetto, quando oltre agli alienati militari.

5. La fine di una «lunga Grande Guerra».

Le criticità, però, non si fermano qui e, proprio sul finire del conflitto, tra settembre e ottobre del 1918, si diffonde all'interno del manicomio una terribile epidemia influenzale, dapprima limitata al solo comparto uomini e poi diffusasi anche nella sezione femminile. La difficoltà di «segregare l'ingente numero dei colpiti – sono le parole del Direttore – ha contribuito senza dubbio all'estendersi dell'epidemia la quale ha fatto non poche vittime specie fra gli individui di debole resistenza organica»⁷¹⁸. In realtà all'interno del recinto manicomiale è presente un vecchio padiglione, denominato «lazzaretto», che dovrebbe proprio svolgere la funzione di isolare gli infetti e impedire il contagio. Ma la sua dislocazione è scomoda, oltre il comparto Connolly, verso il fondo del giardino, inoltre è un vecchio e cadente edificio ricavato da un preesistente caseggiato, non è riscaldato e manca il personale per vigilarlo, così che di fatto risulta inutilizzabile. «Le difficoltà

⁷¹⁵ APCN, ACP di Cuneo 1918. Sessioni Ordinaria...cit., p. 25.

⁷¹⁶ *Ibidem*.

⁷¹⁷ *Ibidem*.

⁷¹⁸ ASONR, Classe I.4, UA 66, *Direzione del manicomio della Provincia di Cuneo: Epidemia d'influenza*, Racconigi, 20 Ottobre 1918.

d'assistenza aumentarono anche pel gran numero di infermieri colpiti dalla malattia»⁷¹⁹ e di suore ammalate, così che si rende necessario il sostegno «di soldati del locale distaccamento» che, però non possono essere utilizzati per i servizi di cucina, lavanderia e sorveglianza delle sezioni femminili, ciò determina diverse difficoltà, soprattutto per quello che riguarda «i servizi generali che però, malgrado tutto, non hanno subito interruzioni né hanno determinato gravi inconvenienti». La situazione migliora verso la fine di novembre, quando lentamente diminuiscono i malati e il contagio appare essere meno incisivo⁷²⁰. All'interno del manicomio viene percepito come il segnale di una più generale uscita dalla lunga e tragica stagione del conflitto, con le sue privazioni e il persistente stato d'emergenza di cui l'epidemia influenzale appare essere solo una delle diverse declinazioni.

Il segnale che la guerra sia davvero finita e che ci sia un generale desiderio di rapido ritorno alla normalità, anche all'interno della cittadella manicomiale, lo si percepisce immediatamente attraverso lo spoglio dei documenti amministrativi. E' del 27 dicembre del 1918 una delibera con cui si provvede alla «soppressione degli incarichi straordinari»⁷²¹, cioè tutte quelle incombenze eccezionali affidate «a talune categorie di infermieri (sorveglianti, capisezione, portieri)» cui sono stati versati in ragione di ciò «speciali assegni» che ora non è più il caso di pagare, «poiché, se fino a un certo punto era compatibile il servizio anormale durante lo stato di guerra, non lo è più certamente quando siano venute meno le condizioni che questa anormalità hanno imposto»⁷²². Si considera l'imminente ritorno del personale congedato e quindi vanno aboliti gli incarichi e gli assegni straordinari. E' anche questo un modo per chiudere rapidamente una pagina traumatica e cercare di tornare rapidamente alla normalità.

L'altro elemento che segnala la fine del conflitto è deducibile dall'analisi delle presenze che al 1° Luglio 1918 sono 1133, mentre al 30 Giugno 1919 «sommano a 979 con una differenza in meno di 154 presenze, dovuta, in parte al trasferimento in altro manicomio di un buon contingente (n.50) di ricoverati veneti e, in parte, alla forte riduzione dei ricoverati militari»⁷²³. Nello specifico i militari presenti al 30 giugno sono 35⁷²⁴, mentre gli alienati veneti sono scesi a 31 unità. A questi numeri vanno aggiunti «pochi alienati civili appartenenti ad altre province», così che il numero dei ricoverati effettivamente provenienti dal territorio cuneese è di «913 con una diminuzione di 42 presenze in rapporto al carico provinciale dell'anno precedente»⁷²⁵. Il ritorno sotto il tetto delle mille unità contribuisce al rafforzamento del clima di tiepida speranza che si diffonde nel manicomio nei mesi immediatamente successivi alla fine del conflitto.

Nel mese di marzo del 1919 vengono congedati dal servizio militare i medici Petrò e Dosio e il loro ritorno è fondamentale perché il servizio sanitario torni a un regolare assetto. La fine del conflitto, però, non è evidente solo dalla flessione del numero dei militari e dal rientro del personale. Infatti, dalla guerra, c'è anche chi non fa ritorno e la sua assenza appare essere silenziosa testimone di una tragedia con cui bisogna ancora fare i conti. Nello specifico, tra il personale del manicomio sono 4 gli infermieri che non riprendono il loro posto perché deceduti: 3 in combattimento e uno «in seguito a broncopolmonite da influenza»⁷²⁶. Intanto prima dell'arrivo dell'estate del 1919 viene

⁷¹⁹ *Ibidem*.

⁷²⁰ ASO NR, Classe I.4, UA 66, *Direzione del manicomio della Provincia di Cuneo*, Racconigi, 27 Novembre 1918.

⁷²¹ ASO NR, Classe I.4, UA 66, *Direzione del manicomio della Provincia di Cuneo: Soppressione degli incarichi straordinari*, Racconigi, 27 Dicembre 1918

⁷²² *Ibidem*.

⁷²³ APCN, *Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo- Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1918-1919)*, in ACP di Cuneo 1919. Sessioni Ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1920 p. 137.

⁷²⁴ ASO NR, Serie IX.1, UA 114, *Registro cronologico degli alienati ammessi nel manicomio 1918-1920*.

⁷²⁵ APCN, *Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo- Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1918-1919)...cit.*, p. 137.

⁷²⁶ Ivi, p. 138.

«chiusa la speciale sezione psichiatrica»⁷²⁷, nel nuovo padiglione, adibita al ricovero dei militari e si prevede di dimettere entro la fine dell'anno anche gli ultimi soldati inviandoli o presso l'Ospedale Militare o presso i manicomi di competenza delle rispettive province. È il segnale più evidente della fine di una lunga, dolorosa, parentesi e l'apertura di una storia diversa, segnata dall'avvento del fascismo.

⁷²⁷ APCN, *Commissione Amministrativa del Manicomio della Provincia di Cuneo. Relazione sul disegno di Bilancio per 1920, Seduta del 10 luglio 1919*, in *ACP di Cuneo 1919. Sessioni Ordinaria...cit.*, p. 293.

Capitolo VI

Guerra e follia tra statistica e diagnostica (1915-1919)

Il contributo massimo all'elevata cifra dei non riconosciuti alienati (39) venne dato dai militari presso i quali, per ragioni ovvie, è frequentissima, se non la vera e propria simulazione della pazzia, l'esagerazione intenzionale di svariate manifestazioni nevropsichiche la cui natura patologica non può essere ammessa.
Dott. Cesare Rossi, Direttore del Manicomio di Racconigi, 1919

1. La Grande Guerra nella provincia "Granda"

Lo scoppio della guerra, anche se attutito, si fece sentire pure nella periferica provincia di Cuneo, un territorio stretto tra il mare, l'alta pianura Padana e un vicino ingombrante come la Francia, da cui è separato dalla catena alpina. La chiamata alle armi di tanti giovani non comportò soltanto la dolorosa separazione di diversi nuclei familiari, ma fece sentire ben presto le proprie conseguenze anche sul piano sociale, attraverso lo spopolamento dei maschi adulti e la conseguente "consegna" alle donne di molte delle funzioni, pubbliche e private, prima svolte dagli uomini. Infatti, se è abbastanza evidente lo stravolgimento causato dal conflitto sugli uomini e le donne che per diversi motivi si trovarono sulla linea del fronte o comunque coinvolti nella battaglia, altrettanto importante da sottolineare è l'impatto sulle condizioni di vita nel Paese. Lo chiarisce molto bene Giorgio Rochat:

«la guerra ebbe anche una sua specificità, non soltanto sui campi di battaglia, ma anche all'interno del paese; la vita nazionale assunse infatti in questi anni aspetti così profondamente distorti, ma riconducibili ad un quadro organico, da porsi come soluzione nuova (provvisoria, ma non effimera) dei rapporti sociali, come rottura precisa col cosiddetto sistema giolittiano e come anticipazione del regime fascista o di molti dei suoi elementi fondamentali»⁷²⁸.

Lo stravolgimento del tessuto e della realtà cuneese, e della sua provincia, si inseriscono in un quadro sociale inizialmente fortemente contrario all'ingresso dell'Italia nella guerra⁷²⁹. Infatti, negli anni che precedono il conflitto, «né i contadini né gli operai sono favorevoli alla partecipazione al conflitto, solamente una frangia intellettuale e borghese [...] caldeggia la via della guerra»⁷³⁰. La situazione era però totalmente mutata nel Maggio del 1915, infatti, il clima di entusiasmo per l'imminente ingresso nel conflitto e la solidarietà patriottica avevano ormai contagiato buona parte della società cuneese. Testimone critico e polemico di ciò il quotidiano *Sentinella delle Alpi* che, il 15 Maggio 1915, pubblica un tagliente necrologio nei confronti del più celebre politico cuneese, Giovanni Giolitti, colpevole di un atteggiamento troppo pavido e attendista:

⁷²⁸ Cfr. G. Rochat, *L'Italia nella prima guerra mondiale: problemi di interpretazione e ipotesi di ricerca oggi*, in «Rivista di Storia Contemporanea», 1976, n.2, p. 185.

⁷²⁹ Cfr. M. Ruzzi, *Cuneo in guerra 1915-18 e 1940-45* in M. Calandri e M. Cordero (a cura di), *Novecento a Cuneo. Studi sull'ottavo secolo della città*, tomo 1, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2000, p. 105.

⁷³⁰ *Ibidem*.

«Il 15 Maggio 1915 alle ore 14,20 dopo una vita spesa a tutto servizio del Kaiser e Cecco Beppe, S.E. Giovanni Giolitti, causa una grave indigestione del “parecchio”, moriva confortato dalla canaglia dell’italo regno. La Patria riconoscente che il diavolo se lo sia portato via, fa fervidi voti perché possa essere dimenticato in eterno. Una prece. I funerali avranno luogo in Roma a Montecitorio il 20 c.m. al grido di: W. L’Italia»⁷³¹.

Lo statista di Dronero, ovviamente, non era morto, defunta invece, almeno secondo i redattori del battagliero quotidiano cuneese, era la sua cauta posizione di pavido neutralista, affermata più volte e ratificata in una celebre lettera, datata 24 Gennaio 1915, in cui il politico affermava che si sarebbe potuto ottenere molto restando «parecchio» neutrali⁷³². Questa posizione, che ancora qualche mese prima coincideva con quella della popolazione, poco interessata a partecipare a una guerra «che non aveva nulla di attraente»⁷³³, era divenuta minoritaria nel Paese, anche sotto l’azione e la mobilitazione attuata dagli interventisti e da politici, come il deputato cuneese Tancredi Galimberti, che riteneva che l’Italia avesse diritto alla piena libertà d’azione e, quindi, anche all’ingresso nel conflitto⁷³⁴.

La provincia Granda, al momento del censimento del 1911, contava 646.719 individui, dislocati su quattro circondari: Alba, Cuneo, Mondovì e Saluzzo⁷³⁵. Come visto, per il valore strategico della provincia, il territorio era tenuto in alta considerazione e presidiato attraverso una fitta rete di caserme e complessi militari, oltre a due distretti – Cuneo e Mondovì – che organizzavano il reclutamento e la mobilitazione delle classi di leva provenienti dai 263 comuni della provincia. Anche in questo contesto, come nel resto dell’Italia, la strategica strumentalizzazione delle irrequietezze sociali operata dagli interventisti, l’idea che la guerra potesse fungere da evento purificatore nei confronti di una società malata e infiacchita e la mobilitazione «dei gruppi industriali e finanziari più dinamici e aggressivi»⁷³⁶, indirizzò l’opinione pubblica su posizioni meno ostili alla guerra. Tale sentimento, non pienamente convinto, né totalmente partecipato, incomincia a vacillare ben presto, quando le prime famiglie fanno richiesta d’aiuto per la mancanza di mezzi di sussistenza: la chiamata alle armi degli uomini le ha private dell’unica fonte di reddito e di sostentamento. Cominciano allora le raccolte di fondi, come quelle organizzate dai dipendenti pubblici del capoluogo o dal deputato Galimberti che offre 50 lire⁷³⁷, e il Comune stesso è costretto a mettere in piedi un Comitato di assistenza pubblica con un fondo a disposizione di 5mila lire. Parallelamente a queste iniziative prendono il via anche altre attività assistenziali, come i corsi per infermiere tenuto presso l’Ospedale Militare n.23 dislocato presso il Collegio di San Tommaso. Accanto a queste sorge un «Comitato per ufficio informazioni alle famiglie dei militari» che si occupa di reperire e comunicare notizie riguardanti i militari ai congiunti. Viene istituito anche un «Ricreatorio per i bambini dei richiamati» e, su un altro fronte, i proprietari del cinema Reale si preoccupano di aggiornare due carte geografiche con l’andamento del conflitto. La società cuneese, insomma, si mobilita e cerca di essere vicina ai propri soldati⁷³⁸. Intanto giungono ben presto i primi feriti dal fronte, così vengono organizzati appositi reparti destinati ad accoglierli e, presso il citato Collegio di san Tommaso, viene attrezzato un nuovo ospedale. Anche in provincia la situazione si evolve e viene

⁷³¹ Cfr. *Il necrologio di Giovanni Giolitti* in “La Sentinella delle Alpi, 15 Maggio 1915.

⁷³² Cfr. C. Comello, *Vivere in guerra. Brevi cronache cuneesi* in (a cura di M. Ruzzi), *La Grande Guerra. Fotografie dal fronte, note da Cuneo e dalle città “irredente”*, Istituto Storico della Resistenza e della Società Contemporanea di Cuneo, Primalpe, Cuneo 2015, p. 181.

⁷³³ Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani 1915-1918...cit.*, p. 22.

⁷³⁴ Cfr. E. Mana, *La professione di deputato. Tancredi Galimberti fra Cuneo e Roma (1856-1939)*, Pagus, Paese 1992, p. 311.

⁷³⁵ Cfr. C. Comello, *Vivere in guerra. Brevi cronache cuneesi...cit.*, p.181.

⁷³⁶ Cfr. A. Gibelli, *La Grande Guerra degli italiani 1915-1918...cit.*, p. 28.

⁷³⁷ Cfr. M. Ruzzi, *Cuneo in guerra 1915-1918 e 1940-1945...cit.*, p. 106.

⁷³⁸ Cfr. G. Unia, *Cuneo e la Grande Guerra*, Nerosubianco, Cuneo 1914, pp. 37.

deciso di suddividere presso diversi comuni il contingente di 256 posti letto, inizialmente stabilito dalla Croce Rossa di Novello, per l'intero periodo del conflitto.

I segni della guerra giungono evidenti nel cuneese a partire dal 23 Giugno quando arrivano i primi prigionieri austriaci e, quasi in concomitanza, i primi sfollati dalle zone del conflitto⁷³⁹. La presenza di questi ultimi ai piedi del Monviso resterà costante durante tutto il conflitto e andrà aumentando di consistenza soprattutto negli ultimi due anni di guerra⁷⁴⁰. Intanto in città e in provincia il prezzo dei generi di prima necessità lievita: il pane costa 40 centesimi al chilogrammo, stessa cifra del riso, mentre la carne di bue si reperisce a 2,40 lire al chilogrammo, così come l'olio d'oliva, il latte costa 30 centesimi al litro e le patate 15 centesimi al chilo⁷⁴¹.

Come è stato notato dalla storiografia⁷⁴², nella provincia italiana le notizie sull'andamento della guerra giungono soprattutto attraverso la fitta corrispondenza inviata dai soldati. Questa, sottoposta e censura preventiva, ma anche "aggiustata", edulcorata, limata dei passaggi più scomodi, viene pubblicata sui quotidiani che, così facendo, contribuiscono a mantenere un clima di mobilitazione costante, fungendo inoltre da antidoto contro il disfattismo. Molte le lettere provenienti dal fronte pubblicate per offrire un'immagine allegra e spensierata, quasi da gita della domenica, del conflitto; una rappresentazione che invece strideva proprio con i racconti di quei profughi che sempre più numerosi giungevano in città, tanto che si doveva organizzare un «Comitato di assistenza civile prima» e un «Comitato per l'assistenza ai profughi» poi che raccoglieva i fondi messi a disposizione da diversi enti, come la Cassa di Risparmio e il Consorzio agrario, per organizzare la dislocazione delle famiglie sul territorio.

I problemi dell'assistenza ai profughi e del sostegno alle famiglie più bisognose, pur se non totalmente sovrapponibili, riguardano una delle questioni più gravose tra quelle di cui si dovettero occupare le istituzioni durante la guerra. E se il Municipio mise a disposizione 5000 lire, anche altri autorità, come il sindaco di Fresia e il prefetto Grignolo, offrirono 100 lire ciascuno. Nel mese di Luglio del 1915, con un certo ritardo e sotto la pressione di Giolitti, anche il Consiglio Provinciale stanziò 100.000 lire per le famiglie dei soldati⁷⁴³. Entro l'anno il Comitato d'assistenza raccoglie 20.878 lire e, nel corso del 1916, la cifra viene integrata da una ulteriore sottoscrizione, a cui partecipa anche il Municipio con 1.000 lire. Nel corso del 1917, l'aggravarsi della situazione assistenziale e il perdurare del conflitto, renderanno necessarie misure emergenziali come il contributo straordinario di 35.000 lire da mettere a ruolo nel bilancio del 1917. Ciò, però, non basta, anche perché le entrate sono più basse del previsto, bisogna allora fare affidamento sulle donazioni di aziende quali la Società metallurgica, il Consorzio Agrario e la banca operaia. Si procede intanto anche con una raccolta «Pro oro alla Patria» che alla fine produce 3.693 grammi tra oro e argento ma, anche questi, risultano insufficienti: profughi, donne rimaste sole, genitori anziani senza alcuna fonte di sostentamento, orfani, famiglie in difficoltà, sono tanti i soggetti, individuali e collettivi, che subiscono il dramma della guerra senza potervi fare fronte e sono quindi costretti a fare affidamento sul sistema di assistenza pubblica e sul sostegno di amici, parenti e benefattori. Alla fine, tra il Maggio 1915 e la fine del 1917, risulteranno essere stati ammessi al sostegno municipale «805

⁷³⁹ Alla fine del conflitto risulteranno essere transitati a Cuneo 2501 profughi. Cfr. R. Commissariato dell'emigrazione, *Censimento generale dei profughi di guerra*, Cooperativa Tip. Manuzio, Roma 1918, p. 18.

⁷⁴⁰ Sugli esuli e i profughi, in particolare quelli originati da Caporetto, vedi: D. Ceschin, *Gli esuli di Caporetto. I profughi in Italia durante la grande guerra*, Laterza, Roma-Bari 2006.

⁷⁴¹ Cfr. C. Comello, *Vivere in guerra. Brevi cronache cuneesi...cit.*, p. 152.

⁷⁴² Cfr. F. Caffarena, *Lettere dalla Grande Guerra. Scritture del quotidiano, monumenti della memoria, fonti per la storia. Il caso italiano*, Unicopli, Milano 2005; Q. Antonelli, *Storia intima della Grande Guerra. Lettere, diari e memorie dei soldati dal fronte*, Donzelli, Roma 2014; F. Guerrieri, *Lettere dalla trincea*, Vallagarina, Trento 1968; G. Bellosi, M. Savini (a cura di), *Verificato per censura. Lettere e cartoline dei soldati romagnoli nella prima guerra mondiale*, Società editrice Il Ponte Vecchio, Cesena 2002; G. Fiat, D. Leoni, F. Rosera, C. Zadra, *La scrittura popolare della guerra. Diari di combattenti trentini* in D. Leoni, C. Zadra (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Il Mulino, Bologna 1986, pp. 105-136.

⁷⁴³ Cfr. E. Mana, *La professione di deputato. Tancredi Galimberti fra Cuneo e Roma (1856-1939)...cit.*, p. 320.

mogli, 1.432 figli, 526 genitori e 42 fratelli o sorelle per un ammontare globale di 1.085.647 lire»⁷⁴⁴. Nonostante ciò Cuneo non appare tra le realtà più generose d'Italia, visto che «il rapporto percentuale fra reddito e somme sottoscritte non raggiunge il 5%. A Torino lo stesso dato raggiunge il 31,6%»⁷⁴⁵.

La situazione di disagio indicata è aggravata dal problema del caroviveri e dalla scarsità di risorse a disposizione. Durante il 1916 i raccolti sono pessimi, non soltanto a causa della partenza degli uomini verso il fronte, ma anche per via di un'annata particolarmente sfavorevole dal punto di vista atmosferico. Il grano per il pane, ad esempio, tende a farsi sempre più scarso, tanto che nel 1917 si procede con il razionamento – 300 grammi la razione per adulti – e con l'utilizzo di farine meno pregiate come quella di granoturco. Problemi di razionamento riguardano anche lo zucchero – 300 grammi al mese –, tanto che dal 15 Marzo 1917 il governo vieta la produzione di dolci e dal 1° Maggio anche quella di caramelle, confetti, frutta candita e altri prodotti a carattere industriale. Anche le uova, nonostante il contesto agricolo, tendono a diminuire e il loro prezzo ad aumentare: durante il 1918 una dozzina costa 4,25 lire, rispetto a 1,30 lire del 1916. Tutto ciò fa prosperare il “mercato nero” che, secondo un processo che si autoalimenta, contribuisce ulteriormente a far sparire i prodotti dal mercato ufficiale e far lievitare il loro prezzo. Anche il riso, come il latte, il lardo, l'olio, lo strutto, le patate e il burro, più o meno rapidamente, spariscono dalla dieta dei cuneesi, almeno dei meno fortunati, nonostante questi prodotti siano oggetto di razionamento programmato dalle autorità. A ciò si aggiunge la flessione nell'allevamento della carne, favorita dalle ripetute notizie di requisizioni forzate, e l'aumento vertiginoso di frutta e verdura: le mele, ad esempio, raggiungono 1,40 lire al chilogrammo, gli spinaci 1,20 lire al chilo⁷⁴⁶.

La criticità della situazione ha dei risvolti anche sul piano dell'ordine pubblico e dei fenomeni di opposizione alla guerra. Soprattutto in città, dove sono maggiormente attivi la classe operaia e i circoli socialisti, più alto è il livello di conflittualità politica che determina un controllo sempre più pervasivo e asfissiante da parte delle autorità di Pubblica Sicurezza. In campagna la situazione è meno agitata, si fa sentire soprattutto la mancanza di manodopera, così che più difficile è lavorare la terra e ottemperare alle rituali scadenze previste nella stagione. Vengono così organizzati comitati cooperativi per organizzare il lavoro e venire incontro alle necessità di chi ha minore sostegno e maggiori difficoltà⁷⁴⁷. Particolarmente dura la situazione per le famiglie dei mezzadri che, nonostante la chiamata di uno o più membri alle armi, sono comunque obbligate a rispettare i patti agricoli, sostituendo le figure mancanti o negoziando anticipazioni con i proprietari. Questa situazione si aggrava durante il 1917 quando, le esigenze del conflitto, impongono la chiamata alle armi di uomini di età tra i 40 e 41 anni, gente che fino ad allora aveva contribuito al mantenimento del precario equilibrio familiare dei nuclei che già avevano visto partire le ordinarie classi di leva⁷⁴⁸.

Tutto ciò ha delle ricadute anche sui fenomeni di più generale delinquenza. Le cascine vuote, i campi privi di controllo e il bestiame non vigilato sollecitano l'azione dei ladri. Soprattutto nelle campagne ad essere presi di mira sono i generi di prima necessità – patate, frutta, ortaggi, legname – e più in generale tutto ciò che può sfamare in un momento di grande privazione. Si diffonde anche la piaga degli incendi, in particolare durante l'estate del 1918, e ciò costringe le autorità a organizzare ronde di controllo per le campagne, costituite con personale che deve essere sottratto ad altre funzioni, soprattutto al presidio del territorio cittadino in cui si ripetono assalti e furti.

⁷⁴⁴ Cfr. M. Ruzzi, *Cuneo in guerra 1915-1918 e 1940-1945...cit.*, p. 109.

⁷⁴⁵ Ivi, p. 110.

⁷⁴⁶ Ivi, p. 117.

⁷⁴⁷ Cfr. G. Unia, *Cuneo e la Grande Guerra...cit.*, p. 125.

⁷⁴⁸ Durante il conflitto furono 27 le classi di leva interessate, dal 1874 al 1900. Quelle dal 1874 al 1895, 22 classi, risultano in servizio al 24 Maggio 1915. Le altre – 5 –, dal 1874 al 1895 vennero chiamate durante la guerra. Cfr. V. Ilari, *Storia del servizio militare in Italia. La “nazione armata”*, CEMISS, Roma 1990, vol. II, p. 437 e Cfr. M. Ruzzi, *Cuneo in guerra 1915-1918 e 1940-1945...cit.*, p. 183.

Solo dopo il 4 Novembre del 1918 la situazione, lentamente, torna alla normalità e, quasi a ratifica di ciò, domenica 10 Novembre, nel duomo di Cuneo, un solenne Te Deum celebra la fine della guerra e della situazione emergenziale che ha coinvolto la città e la sua provincia. Alla fine il risultato, come nel resto d'Italia, è disastroso: 12.250 caduti, «circa 19 morti ogni 1.000 abitanti (a fronte del 18, 6 per mille della media nazionale), e oltre 3.000 mutilati; 1682 orfani a livello di provincia e 463 nel solo circondario del capoluogo»⁷⁴⁹. In provincia i comuni che registrano il maggior numero di caduti sono Stroppa e Castelmagno con il 45 per mille, mentre più diversificata è la situazione nei centri maggiori. A Mondovì e Saluzzo si conterà 1 caduto ogni 56 abitanti, a Fossano uno ogni 60, a Savigliano uno ogni 87, a Bra uno ogni 54 e ad Alba uno ogni 62 abitanti. Da sole le cifre sono in grado di descrivere una situazione a tutti gli effetti disastrosa, in grado di cambiare il volto dell'intera società. Accanto alle vittime ci sono poi i feriti, i mutilati e gli invalidi, a cui, una volta riconosciuta la dipendenza da causa di servizio, spetta una pensione di 3 lire e 54 centesimi al giorno⁷⁵⁰. Una realtà tragica quella che emerge in tutta la sua evidenza alla fine del conflitto che, proprio alla luce di ciò, non può non avere riscontro anche nel funzionamento del manicomio provinciale.

2. «Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale»

L'impatto della guerra, deflagrata nell'estate del 1914, ebbe sulla società italiana, sul suo funzionamento, un effetto iniziale tutto sommato irrilevante. L'opzione attendista, nonostante la rapida mobilitazione e il precipitare degli eventi in Europa, garantì infatti, almeno inizialmente, il persistere di una situazione di relativa tranquillità nella penisola. Testimone di ciò la documentazione amministrativa del manicomio di Racconigi che, ancora nel 1914, così descrive la situazione all'interno del frenocomio: «Attualmente lo stato dei ricoverati è buono, e all'infuori di qualche improvviso attacco morboso tutto lascia a sperare la continuazione del felice funzionamento igienico delle due sezioni. Il personale si comportò ognora con lodevole zelo, tanto che non si ebbe motivo di punizione»⁷⁵¹. Una situazione che viene definita «felice» sul piano igienico e su quello disciplinare, se a ciò si aggiunge la delibera del 12 Novembre 1913⁷⁵², con cui si dà il via libera alla costruzione di un moderno panificio interno alla struttura, il quadro che ne viene fuori è quello di un relativo ottimismo nei confronti del futuro e di una certa soddisfazione sul funzionamento del frenocomio. Niente lascia immaginare la situazione di sovraffollamento, di occupazione degli spazi disponibili, di carenza di medici e infermieri che, a partire dalla seconda metà del 1915, interesserà la struttura stravolgendone il funzionamento. Qui, infatti, come in molte altre realtà italiane⁷⁵³, accanto ai problemi legati alla riduzione d'organico⁷⁵⁴, si registrò un deciso incremento delle presenze che coincise in parte con il diffuso impoverimento della società cuneese durante il conflitto e in parte con l'afflusso dei soldati alienati provenienti dal fronte. Ad essi, e ai feriti di guerra, a seguito di una convenzione stipulata tra la Provincia e l'Amministrazione Militare⁷⁵⁵, sarebbe stata concessa la vecchia sezione Tardieu, mentre il Reparto Psichiatrico

⁷⁴⁹ Cfr. C. Comello, *Vivere in guerra. Brevi cronache cuneesi...*cit., p.179. vedi anche M. Ruzzi, *Cuneo in guerra 1915-1918 e 1940-1945...*cit., p. 125.

⁷⁵⁰ Cfr. G. Unia, *La guerra lontana* in M. Cordero-L. Mano, *Cuneo da ottocento anni 1198-1998*, L'Artistica, Savigliano 1998, pp. 447-450.

⁷⁵¹ APCN, ACP di Cuneo 1914, Sessione ordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1915, p. 34.

⁷⁵² ASONR, Classe I.4, UA 64, *Registro dei verbali delle adunanze della commissione amministrativa della Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo in Racconigi 1913 e 1914*, delibera del 12 Novembre 1913.

⁷⁵³ Cfr. V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, ETS, Pisa 2001, pp. 135 e segg.; A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Donzelli ed. Roma 2014, pp. 168 e segg.; I. La Fata, *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Edizioni Unicopli, Milano 2014, pp. 119 e segg.; M.V. Adami, *L'esercito di san Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, Il Poligrafo, Padova 2007, pp. 32-33.

⁷⁵⁴ APCN, ACP Cuneo 1915, Sessione ordinaria e Straordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1916, p. 31. Qui si fa presente che con la chiamata alle armi, nella struttura, è rimasto solo un assistente medico.

⁷⁵⁵ APCN, ACP di Cuneo 1917, Sessione ordinaria e Straordinaria, Tipografia Cooperativa, Cuneo 1918, p. 27.

Militare sarebbe stato organizzato nel nuovo padiglione appena ultimato e dedicato al celebre alienista Augusto Tamburini⁷⁵⁶.

Con l'ingresso dell'Italia in guerra, dunque, anche l'ordinata esistenza del manicomio di Racconigi viene stravolta. Innanzitutto si registra – con l'eccezione del 1916 – un aumento progressivo delle presenze che nel 1914 sono 967⁷⁵⁷, nel 1915 sono 1018⁷⁵⁸, nel 1916 sono 1000⁷⁵⁹, nel 1917 sono 1072⁷⁶⁰, nel 1918 sono 1184⁷⁶¹ e nel 1919, a conflitto terminato sono 979⁷⁶². Osservando invece i dati delle annate amministrative notiamo che nel 1914-1915⁷⁶³ il totale degli ammessi durante l'anno è di 329, di cui 186 uomini e 143 donne, vale a dire 24 in più rispetto all'anno precedente⁷⁶⁴. I militari ammessi sono invece 6, pari all' 1,82 % del totale degli ingressi annuale e al 3,22 % degli uomini.

La lieve flessione nella presenza nell'annata 1915-1916 è una eccezione rispetto all'andamento del periodo, tanto da sorprendere lo stesso direttore Rossi che la spiega in questi termini: «La diminuzione delle presenze si è verificata malgrado l'elevato numero dei nuovi ammessi, onde essa va posta esclusivamente a carico della forte uscita, vale a dire delle dimissioni e dei decessi»⁷⁶⁵. Nel suo essere un'anomalia il dato è però indicativo poiché evidenzia una prassi che si va delineando e che riguarda l'aumento generale del numero delle dimissioni. A fronte di 324⁷⁶⁶ ammessi durante l'anno sono ben 226 i dimessi, tra cui 105 migliorati, 89 guariti e 28 «non di competenza manicomiale». Ciò si spiega se consideriamo le condizioni in cui, fin dal 1915, la direzione sanitaria del manicomio deve operare. Infatti, su 4 medici normalmente disponibili, ben tre vennero richiamati «sotto le armi» e, insieme a loro, anche una decina di infermieri presero la via del fronte. Governare l'istituto, in questa situazione, non era semplice e ben si comprendono le affermazioni via via più allarmate del direttore Cesare Rossi che, scrivendo all'Amministrazione Provinciale, chiedeva sostegno, implorava aiuto, invocava soluzioni. Sordi a queste richieste i consiglieri provinciali, durante il conflitto, strinsero un accordo con il Ministero della Guerra per destinare alcuni padiglioni del manicomio per il ricovero dei feriti di guerra non alienati. Le già poche risorse a disposizione, al pari degli spazi disponibili, dovettero ulteriormente essere ripartite tra più ricoverati e questo spinse la direzione sanitaria a cercare soluzioni alternative, come l'affidamento dei ricoverati «che senza pericolo possono essere lasciati liberi»⁷⁶⁷ alle famiglie, che sarebbero state rimborsate con un sussidio mensile compreso tra le 10 e le 20 lire. Il numero totale dei decessi nell'annata fu di 116⁷⁶⁸, dato notevolmente più alto rispetto alle annate precedenti, e tra loro un

⁷⁵⁶ APCN, ACP di Cuneo 1915...cit., p. 32.

⁷⁵⁷ La cifra si riferisce alla canonica data del 30 di Giugno. Archivio della Provincia di Cuneo (APCN), *ACP 1914, Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 221.

⁷⁵⁸ APCN, ACP di Cuneo 1915, *Sessione ordinaria e straordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 14.

⁷⁵⁹ APCN, ACP di Cuneo 1916, *Sessione ordinaria e straordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 14

⁷⁶⁰ APCN, ACP di Cuneo 1917, *Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 199

⁷⁶¹ APCN, ACP di Cuneo 1918, *Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 135.

⁷⁶² APCN, ACP di Cuneo 1919, *Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 137.

⁷⁶³ Il dato si riferisce all'annata amministrativa compresa tra l' 1 Luglio e il 30 Giugno seguente.

⁷⁶⁴ APCN, ACP di Cuneo 1915, *Sessione ordinaria e straordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 211.

⁷⁶⁵ APCN, ACP di Cuneo 1916, *Sessione ordinaria e straordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 14

⁷⁶⁶ APCN, ACP di Cuneo 1916, *Sessione ordinaria e straordinaria, Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1915-1916)...cit.*, p. 209.

⁷⁶⁷ APCN, ACP di Cuneo 1916, *Sessione ordinaria e straordinaria...cit.*, p. 34.

⁷⁶⁸ Vedi tabella n.6 in Appendice.

soldato alienato: un militare di 20 anni affetto da «demenza precoce»⁷⁶⁹. I militari ammessi, invece, furono 39, pari al 12,03 % del totale e al 19,69% degli uomini. È questo per l'Italia il primo anno di guerra e ciò ha un impatto evidente anche sulle statistiche. I militari dimessi sono 27, pari all'11,94% del totale e al 18,88 % degli uomini. La percentuale, però, più interessante è quella che fotografa il rapporto con i soldati ammessi durante l'anno: 69,23 %. Un dato indicativo della politica di rapide dimissioni stabilita da subito dalla direzione sanitaria.

La situazione si aggrava ulteriormente nell'annata successiva, 1916-1917, quando la direzione sanitaria registra un nuovo aumento tra i ricoveri – pari a 427 – ma lo contestualizza alla luce dei soldati ammessi, che sono 103, pari al 24,12 % del totale. Questo fa concludere che «il numero degli alienati a carico provinciale è in notevole diminuzione, perché essendo compresi 113 militari [presenti al 30 Giugno 1917] a carico dello Stato, il numero dei presenti a carico provinciale alla data del 30 Giugno u.s. si riduce»⁷⁷⁰. Se però lo sguardo viene esteso al solo anno 1917, vale a dire dal 1 ° Gennaio al 31 Dicembre, la cifra assume un'altra consistenza, visto che i soldati alienati ammessi nello stabilimento sono 289. Più due marescialli e cinque caporali⁷⁷¹. Il dato è gonfiato dai 179 arrivi, del 21 e 26 Novembre, provenienti dal manicomio sgomberato di Crespano veneto e, anche se questi alienati non pesano sul bilancio provinciale – per questo la loro presenza viene relativizzata e non compare nelle statistiche provinciali –, di fatto la loro affluenza contribuisce a rendere ancor più congestionata la situazione del manicomio. Il nuovo padiglione, inaugurato al principio della guerra e già destinato agli alienati militari, è saturo, così che le autorità militari fanno richiesta di ulteriori spazi. La soluzione che la Deputazione Provinciale, d'accordo con la Direzione Sanitaria, trova è quella di «accordare gratuitamente all'Amministrazione militare l'uso temporaneo del vecchio locale del Manicomio (Sezione Tardieu) per accasermamento truppe»⁷⁷². Questo complesso, originariamente un setificio, trasformato nella seconda metà dell'Ottocento in caserma di fanteria e di seguito acquistato dalla Provincia per destinarlo a padiglione manicomiale, è all'epoca in condizioni pessime, tanto che gli alienati sono stati allontanati e trasferiti nel già saturo comparto Charcot e i locali utilizzati soprattutto come magazzini e depositi. Considerata però l'emergenza del 1917 si provvede d'urgenza a organizzare nuovamente i locali per ricoverarvi gli alienati militari che non possono essere dislocati altrove. D'altra parte, soprattutto verso la fine dell'anno, con lo spostamento della linea del fronte Nord-orientale, diversi istituti manicomiali vengono sgomberati e gli alienati redistribuiti un po' dovunque nelle retrovie. A Racconigi giungono soprattutto in contingenti provenienti da Crespano Veneto e dal Sant'Osvaldo di Udine. Solo per il 1917 sono 179 gli arrivi dal primo istituto e 145 quelli che provengono dal secondo. Corridoi, magazzini, laboratori e, come detto, anche vecchi padiglioni in dismissione, vengono riempiti di letti e di brande e rapidamente occupati.

Nell'annata compresa tra Luglio 1916 e Giugno 1917 le dimissioni sono 235 totali, di cui 75 soldati, pari al 31,9 %, cifra che il direttore ricollega ai «disturbi mentali transitori in molti militari»⁷⁷³. Il dato, più in generale, deve invece essere contestualizzato oltre che alla luce dei motivi già indicati, anche in ordine a una diffusa difficoltà di inquadrare diagnosticamente i sintomi lamentati dai militari, ritenuti perlopiù dei potenziali simulatori e per questo allontanati rapidamente. La maggior parte di essi, il 58,25 %, viene dimessa entro il terzo mese di permanenza e un 20,38 % già durante il primo mese di ricovero. C'è comunque un 1,5 % di internati per i quali il

⁷⁶⁹ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. 9395, ammesso il 18/08/1915 e morto il 19/01/1916.

⁷⁷⁰ APCN, ACP di Cuneo 1917, *Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 199

⁷⁷¹ AONR, Serie IX.1.1, UA 1142, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917*.

⁷⁷² ASONR, Serie I.5.2, *Cessione temporanea dei locali della sezione Tardieu ad uso di caserma per i militari, Accasermamento di truppe nei locali del manicomio*, 6 Dicembre 1906.

⁷⁷³ APCN, ACP 1917, *Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 199

ricovero dura più di un anno. Rispetto al contingente degli ammessi nell'annata sono poi 2 i soldati che restano in manicomio per un periodo superiore ai tre anni e 3 per un tempo che supera i 4 anni. In generale l'attenzione riservata ai militari dimessi entro il terzo mese, così come deducibile dalla compilazione dei dati clinici e delle rilevazioni diagnostiche, è scarsa. Ciò si evince da un confronto con le cartelle degli alienati civili, più ricche di dati, informazioni e documenti, soprattutto sul piano delle notizie cliniche e dell'anamnesi. Le cartelle cliniche degli "scemi di guerra", invece, risultano approssimative, con poche notizie, riguardanti perlopiù le informazioni inviate dal reggimento di appartenenza, oltre a qualche congettura utile a stabilire il carattere ereditario e familiare della eventuale alienazione riscontrata. Quasi del tutto assente ogni riferimento al conflitto come causa o sfondo dell'insorgere dei sintomi. L'impressione è che la categoria dei soldati traumatizzati sia stata considerata, al pari dei sintomi sofferti, "transitoria" nella geografia manicomiale e, per questo, degnata di minore attenzione. Oltre a ciò ha pesato di certo, come detto, la non facile decifrazione delle tipologie sintomatiche sofferte dai soldati, di fronte a cui la direzione sanitaria ha adottato una comprensibile prudenza diagnostica per evitare giudizi sommari e affrettati.

Con il progredire del conflitto la situazione diventa sempre più difficile da gestire per la direzione sanitaria, infatti, il manicomio diviene per molti poveri un rifugio sicuro dalla fame e dalle privazioni del conflitto. Non sorprende quindi che tra il 1 Luglio 1917 e il 30 Giugno 1918 si registri un aumento di 253 ingressi rispetto all'annata precedente, pari a 1184 presenze all'1 Giugno 1918. Tra questi ingressi figurano anche 179 alienati provenienti dalle zone sgomberate. Il totale degli ammessi ammonta dunque a di 680, tra cui 269 militari, il 39,55 %. Bassa è invece la cifra riguardante gli alienati della provincia, che sono 232; il dato viene così spiegato dal direttore: «la qual cosa è verosimilmente da mettersi in rapporto alla circostanza che, trovandosi sotto le armi tutti gli uomini validi dai 18 ai 40 anni, gli alienati maschi compresi fra i suddetti limiti di età si trovano disseminati in altri manicomi a carico dello Stato»⁷⁷⁴. Alla fine del periodo il numero totale dei dimessi è di 450, di cui 236 sono i soldati, per una percentuale del 52,44 %, dato più alto rispetto a quello dell'anno precedente. Nel computo totale figurano anche 22 trasferiti in altri manicomi (una novantina se teniamo conto anche degli alienati provenienti dalle zone sgomberate). Il dato viene così illustrato da Cesare Rossi: «L'elevato numero dei trasferiti è rappresentato in buona parte da militari che, passando in seguito al provvedimento di riforma a carico provinciale, vengono dall'Autorità militare trasferiti ai manicomi delle rispettive Province»⁷⁷⁵. La situazione totale dei decessi, durante l'annata, conta ben 168 morti, tra cui 3 militari. Il dato è più alto rispetto all'annata precedente – che già risultava più alto del solito –, ma è gravato dal computo delle succursali.

L'ultimo periodo di guerra è fotografato dai dati dell'annata che va dall'1 Luglio 1918 al 30 Giugno 1919. In questo periodo gli ammessi sono 446, tra cui 148 soldati, il 33,18 %, molti di essi continuano a giungere anche dopo la fine delle ostilità, segno che i sintomi colpiscono i militari anche dopo un certo tempo. I dimessi totali sono invece 407, di cui 150 militari, pari al 36,85 %. La percentuale è di oltre il 100% se il confronto viene fatto con i militari ammessi durante l'anno. I decessi totali ammontano a 193, tra cui 12 militari, vale a dire il 6,21 %. Questo dato si chiarisce se consideriamo che mediamente lo stato di salute fisica dei soldati era migliore della maggior parte degli internati civili del manicomio. La cifra, che il direttore riconosce essere «quasi doppia delle nostre abituali»⁷⁷⁶, è legata alle pessime condizioni di salute di molti ricoverati che, già gravati nel corpo dai patimenti e dalle privazioni del periodo, hanno visto abbattersi una terribile epidemia influenzale che «nei

⁷⁷⁴ APCN, ACP 1917, *Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, p. 135.

⁷⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁷⁶ *Ivi*, p.138.

mesi di Settembre e di Ottobre ha infierito, come dovunque, tanto a Racconigi, quanto a Cuneo, mietendo numerosissime vittime specialmente nelle succursali».⁷⁷⁷

Il 30 Giugno 1919, a conflitto terminato, i militari alienati presenti sono 35, su un totale di 979 alienati, tra cui 31 alienati veneti. La situazione, nonostante la fine del conflitto, resta di grande confusione nella struttura manicomiale, il direttore fa riferimento «all'affollamento degli ambienti» e alla «difficoltà degli approvvigionamenti», il che lo «obbliga» ad adottare una politica di ulteriori «dimissioni precoci»⁷⁷⁸. La situazione di generale emergenza del periodo si evince anche dall'insolitamente alto numero di evasioni, ben 11 nell'ultima annata, costituita «quasi esclusivamente da soldati, molti dei quali provenienti dal reclusorio di Vinadio»⁷⁷⁹. La gravità dell'accaduto costringe il direttore Cesare Rossi a produrre una sorta di sintetico inciso difensivo dove precisa che

«se si considera che noi non abbiamo né ambienti, né mezzi adatti a garantire in modo assoluto la custodia di individui quasi sempre criminali e che in genere il personale di assistenza, in gran parte avventizio, non può gareggiare né per forza fisica, né per intelligenza, né per scaltrezza, con soggetti il cui unico obiettivo è quello dell'evasione a qualunque rischio e con qualunque mezzo, la cosa non può far meraviglia. Quasi tutti gli evasi però vennero ripresi e, salvo pochissimi alienati civili trattenuti al loro domicilio dalle famiglie, ricondotti al manicomio o restituiti al reclusorio»⁷⁸⁰.

Accanto alle evasioni, la precarietà e le difficoltà del momento vengono testimoniate anche dal numero dei decessi che, ancora nell'annata successiva, ammonta a 98 internati, più bassa rispetto al primo anno di guerra ma ancora elevata. La situazione sarebbe tornata alla normalità molto lentamente, infatti solo intorno al 1922 avrebbe raggiunto i livelli precedenti al conflitto – tra il 5 e il 6% –, in un contesto che stava mutando con l'avvento del fascismo e l'imminente svolta neuropsichiatrica dell'istituto.

3. Nevrosi di guerra e malattie dell'anima tra statistica e diagnostica.

Alla fine del conflitto, a Racconigi, il numero dei soldati alienati ricoverati segue un andamento crescente, con un picco registrato nell'ultimo anno di guerra. Questo il quadro riassuntivo: 1914-1915: 6; 1915-1916: 39; 1916-1917: 103; 1917-1918: 269; 1918-1919: 148⁷⁸¹. Il totale è di 565 internati, una cifra non irrilevante che, seppure non può essere confrontata con quella dei manicomi più prossimi alla linea del fronte⁷⁸², evidenzia la sua importanza quando viene comparata con quella di frenocomi non prossimi al teatro bellico⁷⁸³. Alla luce di ciò non sembrano eccessive le dichiarazioni del direttore Cesare Rossi che, già nel 1916, sostiene di essere «assorbito completamente da un

⁷⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁷⁸ *Ibidem*.

⁷⁷⁹ *Ibidem*.

⁷⁸⁰ APCN, ACP 1919, *Sessione ordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, pp. 137-138.

⁷⁸¹ Il computo si riferisce all'annata amministrativa, il periodo compreso tra il 1 Luglio e il 30 Giugno successivo.

⁷⁸² Per fare due riferimenti: nel manicomio di Treviso, il S. Artemio sgomberato nel Novembre del 1917, nel periodo compreso tra Giugno 1915 e Novembre 1917, i ricoverati militari sono 1.575. Cfr. N. Bettiol, *Destini della follia in guerra. Vivere, sopravvivere e scrivere al S. Artemio di Treviso* in A. Scartabellati, *Dalle trincee al manicomio...*cit., p. 222. Nel manicomio di Verona, il S. Giacomo, tra il 1915 e il 1919, quindi nello stesso arco di tempo considerato dalla nostra ricerca, i soldati internati furono 816. Cfr. M.V. Adami, *L'esercito di san Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*...cit., p. 45.

⁷⁸³ A Volterra, in una realtà non direttamente immersa nel teatro del conflitto, i soldati alienati ricoverati durante la guerra sono «oltre 500». Cfr. V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, ETS, Pisa 2011, p. 27. A Parma, invece, furono 285. Cfr. I. La Fata, *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Edizioni Unicopli Milano, p. 202

immane servizio sanitario»⁷⁸⁴. “Immane” è un aggettivo non eccessivo tenuto conto che «in seguito alla chiamata in servizio militare di quasi tutto il personale medico»⁷⁸⁵ è costretto a svolgere sia le funzioni amministrative, sia quelle assistenziali, cercando di mantenere il funzionamento del manicomio a un livello rispettabile e dignitoso. Come abbiamo però indicato, l’aumento delle presenze, la riduzione degli spazi, anche a seguito degli accordi stipulati dalla Provincia con l’autorità militare per il ricovero dei feriti di guerra, provocò una congestione e un affollamento che destarono seria preoccupazione tra gli amministratori fino a quando non poterono più evitare le sollecitazioni della direzione sanitaria e il 30 Maggio 1918, a seguito di voto positivo espresso dal Consiglio Provinciale, avanzarono formale «istanza al Ministro della Guerra perché fossero rilasciati a disposizione del manicomio almeno due fra i quattro suoi medici chiamati in servizio militare»⁷⁸⁶. I buoni rapporti mantenuti in passato, la disponibilità ad accogliere feriti di guerra anche al di là degli spazi disponibili, le convenzioni stipulate nonostante la situazione d’emergenza, tutto ciò concorse solo in parte all’accoglimento dell’istanza. Infatti «il Ministro con telegramma 5 Giugno dichiarava avere disposto perché fosse lasciato in libertà il Capitano Medico Dottor Benvenuto Segre»⁷⁸⁷. Un medico soltanto non poteva soddisfare le esigenze di un manicomio quasi al collasso, in cui alla mancanza di medici si sommavano le pretese del personale avventizio – che minacciava di abbandonare il servizio qualora «non fosse loro dato di conseguire la Maggior mercede»⁷⁸⁸ –, assunto in fretta per colmare le lacune tra gli infermieri. Proprio alla luce di ciò, ricevuta parziale risposta negativa dal Ministro, la «Deputazione, [...] rinnovava dimanda che fosse usato egual trattamento per il Capitano Medico Francesco Petrò, avvertendo che il Manicomio dà ricetto a un centinaio di militari alienati»⁷⁸⁹. Si faceva leva dunque sui soldati alienati, una delle principale cause di sovraffollamento della struttura. D’altra parte i dati che possiamo trarre dall’Ufficio Statistico del Ministero della Guerra dicono che nel 1915, l’1 Luglio, le truppe mobilitate erano costituite da 1.089.000 uomini, un anno dopo erano diventati 1.636.000 e nel 1917, a Ottobre, erano 2.431.000 uomini⁷⁹⁰. Un lento ma inarrestabile aumento che a Racconigi ebbe come riflesso un incremento dei ricoveri e delle ospedalizzazioni dei soldati alienati, ma anche la partenza di medici e personale di assistenza.

In generale i soldati arrivavano a Racconigi, quasi tutti, dopo un periodo di ricovero presso l’Ospedale Militare di Savigliano – secondo una prassi che abbiamo già riscontrato nel periodo precedente la guerra –, una volta effettuate le procedure d’accettazione – affidamento dei beni, compilazione del relativo elenco, bagno e rasatura dei capelli, consegna della biancheria e del vestiario – il malato veniva posto in osservazione. Finito questo periodo, se il militare era considerato alienato, veniva disposto l’internamento, diversamente il militare veniva giudicato «migliorato», e dimesso in «esperimento», o «guarito» o ancora «non di competenza manicomiale». In queste ultime tre circostanze, sempre più frequenti con il procedere del conflitto, il militare veniva rispedito al corpo d’appartenenza.

Una delle prime evidenze che l’analisi della documentazione clinica mostra nel confronto con il periodo che precede la guerra è l’approssimazione con cui vengono compilate le cartelle dei militari. Il confronto con gli alienati civili ricoverati nello stesso periodo mostra che ciò non fu la conseguenza della situazione di emergenza e che la redazione incompleta della documentazione, la compilazione parziale del diario clinico e, soprattutto, la mancanza sempre più frequente di diagnosi definitive – spesso sono presenti solo quelle della fase d’accettazione – indicano piuttosto una prassi specifica.

⁷⁸⁴ APCN, ACP 1915, *Sessione ordinaria e straordinaria, Relazione all’Onorevole Deputazione*, p. 209.

⁷⁸⁵ *Ibidem*.

⁷⁸⁶ APCN ACP 1918...cit., pp. 24-25.

⁷⁸⁷ *Ibidem*.

⁷⁸⁸ APCN ACP 1918...cit., p. 25.

⁷⁸⁹ *Ibidem*.

⁷⁹⁰ Cfr. Ufficio Statistico del Ministero della Guerra, *La forza dell’esercito*, Provveditorato generale dello Stato, Roma 1927, p. 218.

La direzione sanitaria si limitò, in modo spesso molto approssimativo e non conforme all'attenzione solitamente dimostrata in questo "ufficio", a compilare brevi note che riassumevano quasi sempre le indicazioni dell'ospedale di provenienza – come detto, nella maggior parte dei casi, quello di Savigliano – e a riportare i tratti sintomatici più evidenti, in particolare quelli che erano da tenere sotto osservazione perché pericolosi «per sé o per gli altri». Nella documentazione sono invece del tutto assenti i riferimenti al conflitto, al suo rappresentare lo sfondo dell'insorgere della condizione patologica, e ciò sembra rispondere a un tentativo di chiamarsi fuori dal dibattito in corso sulle origini e le cause delle "nevrosi di guerra". I soldati alienati venivano inquadrati secondo le categorie diagnostiche usuali che, nel 1915, sono 14, così divise dal direttore Rossi: frenastenie (idiozia, imbecillità, cretinismo), degenerazioni psichiche (pazzia morale, psicopatie sessuali, paranoia originaria), psicosi nevrasteniche (idee fisse), psicosi epilettiche, psicosi periodiche (frenosi maniaco-depressive, mania, melanconia), demenza primitiva (demenza precoce, frenosi sensoria, cronica, etc.), paranoia cronica, psicosi senili (melanconia involutiva, demenza senile, etc), demenza paralitica, demenza da altre encefalopatie organiche, alcolismo (forme acute e croniche), psicosi pellagrosa, amenza (confusione mentale primitiva, frenosi sensoria acuta, psicosi allucinatorie), delirio acuto⁷⁹¹.

I militari ricoverati a Racconigi durante l'anno, nella maggior parte dei casi, soffrono di «accesso confusionale» che, nelle diagnosi, si presenta anche nelle varianti «confusione allucinatoria», «confusione mentale» e «delirio sensoriale»⁷⁹². In due casi la «confusione allucinatoria» viene legata all'abuso di sostanze alcoliche⁷⁹³. Bisogna sottolineare che le diagnosi di «confusione allucinatoria» aumentano con il sopraggiungere dell'autunno e l'arrivo dei primi soldati alienati dal "teatro di guerra", secondo un andamento che tende a identificare i sintomi dei militari come effetto di condizioni temporanee, perlopiù effetto di tare organiche e deficienze familiari. Come già osservato nessun chiaro riferimento al conflitto, ma soltanto un trasversale incedere diagnostico che tende a fare uso e a riproporre un ristretto numero di categorie per una ben precisa classe di internati. Su 21 ingressi nel 1915, dunque, 10 soffrono di «stato-accesso confusionale», il 47,619 %, che diventa il 57,1429 % se consideriamo anche i due militari con la "confusione" dipendente da alcolismo. La stessa diagnosi, in relazione al numero di presenze totali nell'annata, riguarda solo il 6,4116 % degli internati. Anche questo dato è in qualche modo indicativo di una specificità della diagnosi in relazione ai soldati alienati. Una certa consistenza, in relazione alla situazione generale, si rileva per la «demenza primitiva», seguita dal gruppo delle «psicosi periodiche», ciò appare essere in continuità con quanto riscontrato prima della guerra. Ciò che invece rappresenta una discontinuità è il "ritorno" della «psicosi pellagrosa» che "colpisce" 20 internati e che può essere un primo sintomo delle privazioni causate dal conflitto e, quindi, del ritorno all'utilizzo di beni più poveri, come il mais, nell'alimentazione. Stazionarie anche il gruppo delle «frenastenie» che riguardano «tutte le forme di incompleta ed anormale evoluzione della mente nel suo insieme»⁷⁹⁴. Per ciò che concerne l'età dei soldati internati, la Maggior parte di loro, il 76,19 %, ha un'età compresa tra i 20 e i 30 anni. Il soldato più anziano ricoverato ha invece 38 anni, è celibe, ed è al suo secondo internamento. È uno dei militari in cui l'«esaltamento maniaco» viene posto in relazione al consumo di sostanze alcoliche. In manicomio resta 5 mesi, dopodiché viene dichiarato guarito⁷⁹⁵. Per quello che riguarda la durata dei ricoveri, il 47,62 % resta in manicomio un solo mese, la degenza

⁷⁹¹ APCN, ACP 1915, *Sessione ordinaria e straordinaria, Relazione all'Onorevole Deputazione, Quadro del movimento dei ricoverati divisi secondo le frenopatie...*cit., p. 212.

⁷⁹² AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9352, 9354, 9428, 9440, 9441, 9446, 9452, 9453, 9460, 9469.

⁷⁹³ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9295 e 9298.

⁷⁹⁴ Cfr. L. Bianchi, *Trattato di psichiatria...*cit., p. 282.

⁷⁹⁵ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9310. La matricola del ricovero precedente è: 8888.

più lunga riguarda uno «stato depressivo delirante»⁷⁹⁶ che, dopo 6 mesi di ricovero viene rilasciato come «migliorato» e rispedito al corpo d'appartenenza.

Nel 1916 gli effetti della guerra si fecero più sensibili e, come detto, il numero degli alienati ricoverati lievitò a 77 unità, il 36,66 % rispetto ai ricoveri del 1915. Anche durante questo anno di guerra la maggior parte dei soldati ha un'età compresa tra i 20 e i 30 anni⁷⁹⁷, il 54,54 %, compaiono però anche i primi soldati più giovani: sono quattro soldati di 19 anni⁷⁹⁸. Di essi uno morirà di tubercolosi ossea nel 1919, senza essere mai stato dimesso dal manicomio⁷⁹⁹, mentre gli altri verranno rapidamente dimessi come «guariti» o «non di competenza manicomiale» e rispediti al corpo d'appartenenza. Il soldato più anziano ricoverato, invece, ha 40 anni, proviene dal Presidio Militare di Fossano, è sposato e la diagnosi è di «confusione allucinatoria»⁸⁰⁰. Resta in manicomio 11 mesi, dopo i quali viene dimesso come «migliorato».

Se invece consideriamo l'annata amministrativa compresa tra l'1 Luglio 1916 e il 30 Giugno 1916, così come da prassi amministrativa, un dato interessante da sottolineare riguarda il lento affermarsi di una categoria che, durante la guerra, viene utilizzata anche come diagnosi d'ingresso vera e propria: quella di «non di competenza manicomiale». Interessa 4 soldati, il 10,25 %% degli internati militari. L'annata successiva viene emessa 11 volte, pari al 10,67 % e quella dopo ancora 15 volte, il 5,57 % del totale. I dati, che riguardando solo le diagnosi d'ingresso, indicano che per la direzione sanitaria di Racconigi un contingente non minimo, rispetto al totale dei militari ammessi, viene ritenuto composto da simulatori o, comunque, da soldati che esagerano i sintomi che li interessano. Quasi tutti vengono dimessi nel giro di un mese, cioè alla fine del periodo di osservazione, e tutti sono dichiarati, come detto, «non di competenza manicomiale» nei giorni immediatamente successivi al ricovero. Ciò sembra avvalorare l'ipotesi, relativa a una prassi ben precisa, che tende a non soffermarsi più di tanto sui casi dubbi e, comunque, che va nella direzione auspicata dalle autorità militari che premono per un recupero rapido dei soldati. In quest'ottica, ha ragione Bruna Bianchi quando sottolinea, ancora nell'Italia della Grande Guerra, «la prevalenza del potere militare sul potere civile»⁸⁰¹ e il condizionamento sugli orientamenti e le pratiche della psichiatria.

D'altra parte tali dinamiche manicomiali appaiono in continuità con due osservazioni «ufficiali» fatta dal Direttore Rossi. La prima, nell'annuale Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale nel 1917, in cui egli spiega l'alto numero di soldati ammessi facendo riferimento ai «disturbi mentali transitori» da questi sofferti⁸⁰². La seconda, invece, è una più tagliente osservazione, scritta a guerra ultimata, sul fatto che tra i militari «per ragioni ovvie è frequentissima, se non la vera e propria simulazione della pazzia, l'esagerazione intenzionale di svariate manifestazioni nevropsichiche la cui natura patologica non può essere ammessa»⁸⁰³. Simili considerazioni sono in continuità una rispetto all'altra e indicano un'adesione di massima alla weltanschauung dell'epoca, soprattutto per quello che riguarda gli alienati di guerra. Infatti il soldato alienato rappresenta non soltanto il fallimento dell'istituzione nel suo percorso pedagogico, ma anche l'evidente dimostrazione dell'esistenza di cittadini alieni allo spirito di patria. Le «nevrosi di guerra», così, assumevano il valore di un sintomo degenerativo, di un signficante che doveva essere rimosso, pena il riconoscimento sociale di una possibilità: la fuga dalla guerra e dai suoi doveri. Le conseguenze sulle politiche di trattamento riguardavano la totale indisponibilità ad accettare la possibilità del fenomeno clinico, se non come frutto degenerativo individuale o legato

⁷⁹⁶ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9464.

⁷⁹⁷ AONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917.*

⁷⁹⁸ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9760, 9780, 9792, 9799.

⁷⁹⁹ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9760. La diagnosi d'entrata è di «demenza precoce».

⁸⁰⁰ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9698.

⁸⁰¹ Cfr. B. Bianchi *Il trauma della modernità. Le nevrosi di guerra nella storiografia contemporanea...*cit., p. 45

⁸⁰² APCN, ACP 1917, *Sessione ordinaria, Relazione all'Onorevole Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale...*cit., p. 199.

⁸⁰³ APCN, ACP 1919, *Sessione ordinaria, Relazione all'Onorevole Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1918-1919)...*cit., p. 137.

a predisposizioni familiari. I soldati dovevano dunque essere corretti, “raddrizzati”, e per questo avere ben chiaro che ogni tentativo di simulazione, ogni strategia messa in piedi per sfuggire al conflitto, sarebbero stati oggetto di una serrata e soffocante procedura di smascheramento volta a scoprire l’impostore o a condannare all’esclusione, attraverso l’internamento, il “vero pazzo”⁸⁰⁴. Se, infatti, quest’ultimo veniva giudicato alienato non c’era altra alternativa che sanzionarne l’esclusione dalla comunità attraverso la reclusione in manicomio. In entrambi i casi si voleva trasmettere l’idea che ai propri doveri nei confronti della Nazione non fosse possibile sottrarsi, se non attraverso un destino di esclusione che, nelle intenzioni delle autorità militari, doveva apparire tanto più terribile della guerra stessa. Le parole del direttore Cesare Rossi, che sul tema non si è dilungato ulteriormente, sono allora il riflesso di una posizione collettiva in qualche misura condivisa dagli alienisti. Davanti ai tanti sintomi non chiari, alle nevropatie non psicotiche, agli “accessi dubbi”, nel migliore dei casi – quelli che non individuavano la causa nella malafede – si procedeva con la definizione vaga di «sintomi transitori», vale a dire disturbi emersi in soggetti perlopiù “degenerati” a cui la guerra aveva offerto soltanto un contesto per lo scatenamento latente.

Il dato, a testimonianza di una situazione più generale, non riguardava soltanto Racconigi, ma era in linea con le tendenze di altri istituti, come attestato da Augusto Tamburini, che segnalava come tra Maggio e Luglio 1917 i casi transitori e i disturbi senza chiare manifestazioni di tipo psicotico avessero interessato oltre ventimila soldati⁸⁰⁵. Cifre importanti che, però, sottolineavano anche una certa incapacità degli alienisti a comprendere e mettere a fuoco il fenomeno. Agli occhi di questi medici i drammi e le sofferenze psichiche lamentate dai militari erano nella maggior parte dei casi soltanto sintomi non-specifici, senza una causa precisa o, altrimenti, con troppe e diverse cause per consentire una generalizzazione utile sul piano psichiatrico. Alla luce di ciò si spiega la diffidenza di uno dei più celebri alienisti dell’epoca, Enrico Morselli, che in maniera quasi sprezzante afferma:

«Sarebbe ora che gli alienisti di manicomio finissero di credere che tutta la psichiatria sia quella che essi veggono nei loro Stabilimenti. [...] La guerra provoca forme psicotiche tutte sue, le quali non vanno sempre, fortunatamente per i malati e per l’Esercito, a finire nei Manicomi, ma ne restano fuori della soglia e vengono meglio studiate e curate nei Reparti Neuro-psichiatrici di Armata»⁸⁰⁶.

In realtà la diffidenza era reciproca e se Morselli riteneva gli alienisti di manicomio incapaci di valutare la problematicità delle manifestazioni psicopatologiche di guerra, i direttori dei frenocomi ritenevano in genere che gli studiosi, i cattedratici e i medici militari, mancassero proprio di quella dimestichezza con la follia che solo la pratica quotidiana in manicomio era in grado di fornire. In altri casi la condanna verso la medicina militare, incapace di cogliere le dinamiche psichiche alla base dei sintomi lamentati dai soldati, veniva avanzata sulle pagine di celebri riviste come i “Quaderni di psichiatria” che, nel 1917, in pieno conflitto pubblicava un duro affondo verso l’alienismo improvvisato dei militari:

«I nostri lettori sanno come noi abbiamo più volte deplorata la scarsa conoscenza che si ha nelle sfere Militari sulle attuali condizioni della Psichiatria, che esse sembrano persino rifiutarsi ad ammettere, nonostante che saggiamente il Ministero abbia da Roma provveduto al Servizio neuro-psichiatrico nell’Esercito con lodevolissimi concetti direttivi, solo male applicati talora

⁸⁰⁴ Cfr. F. Milazzo, *Smascherare il soldato simulatore. Difesa sociale e istanze disciplinari in ambito militare prima della Grande Guerra*, in «Diacronie. Studi di Storia Contemporanea», N. 33, 1|2018, URL: <http://www.studistorici.com/2018/03/29/milazzo_numero_33/>

⁸⁰⁵ Tanti almeno erano quelli che ne avevano fatto denuncia e dato segnalazione ai medici di campo e alle infermerie. Cfr. A. Tamburini, *L’organizzazione del servizio neuro-psichiatrico di guerra nel nostro esercito* in RSF, 1917, p. 183.

⁸⁰⁶ Cfr. E. Morselli, recensione a F. Boucherot, *Des maladies mentales dans l’Armée en temps de Guerre*, (“Thèse de Paris”, 1916), in «Quaderni di psichiatria», n. 3-4, Marzo-Aprile 1917, vol. IV, p. 62.

dalle Autorità Militari regionali. Fra i tanti problemi che la pazzia scoppiata tra i belligeranti solleva, c'è quella della sua origine strettamente bellica o, come si dovrebbe dire, quando sia «contratta in causa del servizio»: problema arduo, lo vediamo benissimo, ma che appunto perciò richiede lo studio e il parere di medici competenti, ossia di alienisti»⁸⁰⁷

Tutto ciò contribuiva, oltre alla distanza e al sospetto reciproco, a un atteggiamento che nella pratica clinica manicomiale si traduceva nei termini di un certo prudente distacco verso gli alienati di guerra, ritenuti appartenenti a una categoria particolare, quasi d'eccezione, al pari dei loro non ben chiariti sintomi. Il paradosso è che gli "scemi di guerra", una volta oltrepassato il portone del manicomio erano affidati alle cure e alla responsabilità del direttore-alienista, ma questo, di fatto, "curava" individui subordinati alle gerarchie militari e ciò limitava la sua autonomia, tanto da tradursi –come riscontrato anche a Racconigi – in una problematica e ambigua azione medica.

Se ciò spiega, almeno in parte, la frequenza e la rapidità delle dimissioni per acclarata «non competenza manicomiale», bisogna sottolineare che nel corso dell'annata compresa tra il 1915 e il 1916 non fu questa la sola novità. Infatti, tra i 39 soldati ricoverati, si riscontrano 5 casi di «stati depressivi»⁸⁰⁸, vale a dire il 12,82 % degli ammessi militari; alcuni di questi casi sono accompagnati da allucinazioni e deliri⁸⁰⁹. La condizione depressiva è una delle conseguenze più "naturali" dello stress da combattimento, delle condizioni di privazione che questo comporta e dei lutti che inevitabilmente lo contrassegnano. Eppure, in prima istanza, non venne ricollegata al conflitto, quanto a situazioni di «degenerescenza», tare familiari o altri deficit individuali, come nei casi di «stato depressivo in soggetto sifilitico»⁸¹⁰, o di «stato depressivo in soggetto deficiente»⁸¹¹, in cui lo stato patologico veniva ricondotto ad altre condizioni più originarie. La situazione militare, anche in questi casi, risulta attentamente posta sotto silenzio e valutata solo come elemento scatenante di pregresse inclinazioni degenerative. Eppure molti dei "deliri"⁸¹² che accompagnano la condizione depressiva lamentata dai soldati che provengono dalle zone di guerra, presentano un contenuto legato al conflitto, agli eserciti nemici, alla paura di morire, alla nostalgia di casa, tutti temi che, neanche troppo trasversalmente, evocano le paure e la distruzione che la guerra porta con sé. Lo stato di svuotamento, di torpore, il senso di morte psichico mostrato da questi soldati depressi evoca, in maniera neanche troppo velata, la condizione di lutto incombente che le attese in trincea, i bombardamenti e i lunghi momenti sotto il fuoco del nemico trasmettevano. Così non sorprende che nei diari clinici di questi militari "depressi" si ripetano le stesse osservazioni, riguardanti uomini attoniti, con lo sguardo vuoto, fisso, immobile, la postura irrigidita, impotente. Uomini letteralmente distrutti dal dolore, dagli incubi, dal terrore, che negli anni successivi, in numero sempre maggiore faranno il loro ingresso a Racconigi. Tanto per rendere l'idea, solo nei primi 5 mesi del 1917, ben 21 degli 86 ricoverati del periodo risulteranno affetti da depressione, nelle diverse forme con e senza deliri e allucinazione.

Se la condizione depressiva rappresenta la grande novità diagnostica tra i soldati internati di Racconigi nel primo anno di guerra, l'altro dato da sottolineare è la definitiva diffusione della categoria di «confusione allucinatoria» e della variante di «stato confusionale». Come abbiamo visto è una condizione sintomatica che a Racconigi viene diagnosticata ai militari già prima della guerra e che, nel corso del 1915, subisce un aumento progressivo con il sopraggiungere dei primi militari alienati. Nel periodo compreso tra Luglio 1915 e Giugno 1916 interessa 18 militari; nell'annata

⁸⁰⁷ Cfr. La Direzione, *Per la organizzazione dei Servizi Neuropsichiatrici Militari*, in «Quaderni di Psichiatria», vol. IV, 1917, p. 87.

⁸⁰⁸ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr.: 9498, 9576, 9597, 9638, 9656, 9670, 9707, 9709, 9750, 978, 9789.

⁸⁰⁹ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9638, 9709, 9750, 9778, 9789.

⁸¹⁰ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9656, 9670.

⁸¹¹ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr.: 9707.

⁸¹² AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr.: 9638, 9709, 9750, 9778, 9789.

successiva, invece, viene diagnosticata a 33 militari⁸¹³, mentre tra il 1917 e il 1918 riguarda ben 81 soldati, a dimostrazione che la diagnosi è in ascesa e viene “utilizzata” con maggiore frequenza negli anni centrali e finali del conflitto. L’analisi dei dati di ingresso e delle cartelle cliniche evidenzia che, insieme alla condizione depressiva⁸¹⁴, questa fu la costellazione diagnostica più emessa durante la guerra per i soldati giunti in manicomio con problemi psichici. Ciò è in linea con quanto riscontrato in altri manicomi nello stesso periodo⁸¹⁵ e con quanto registrato dagli studiosi più attenti, come Giuseppe Pellacani, docente di «clinica delle malattie nervose» all’università di Bologna, che nel 1920, così descrive questi militari:

«Sono malati confusi, inaccessibili, inconsapevoli, [...] in uno stato permanente di terrore, di tensione nervosa emotiva, e pure con grave deficit di coscienza. Hanno estreme reazioni di difesa a stimoli di nessuna entità, trasaliscono, sbarrano gli occhi, tremano, impallidiscono, fuggono, si nascondono sotto le lenzuola, occorre tenerli isolati per l’agitazione reattiva che si desta in loro ad ogni rumore». ⁸¹⁶

La condizione di stordimento era il fattore più evidente in chi osservava questi giovani che alternavano attimi di terrore, ad altri di intorpidimento della sfera senso-percettiva. Uomini spaesati, quasi separati dalla realtà circostante, che nei vuoti di memoria o nel delirio affermavano il rifiuto di un’esperienza insopportabile. In questo senso la confusione mentale non appariva nei termini di una «malattia a sé» ma, coerentemente con quanto sostenuto da Leonardo Bianchi era «un sintomo secondario» che, secondo lo studioso, risultava collegata ai «disordini sensoriali che danno luogo più di sovente alla confusione, dissociando i prodotti psichici di alto valore sintetico, e rompendo le associazioni logiche del pensiero e dell’azione»⁸¹⁷. Nello specifico, i segni che accompagnano la «confusione mentale», la dissociazione, l’incoerenza, l’«abbassamento del potere percettivo [...] le frequenti interruzioni nel corso delle idee»⁸¹⁸, la memoria alterata, l’incapacità di attenzione, possono prendere due direzioni: perdurare nella forma di sintomi transitori o «nei casi più gravi si sviluppa la vera forma confusionale con agitazione psicomotrice»⁸¹⁹. In quest’ultimo aspetto si verifica spesso il passaggio alla demenza acuta.

Le osservazioni di Bianchi collegavano questa condizione patologica soprattutto alla ripetute gravidanze, caratterizzando dunque come femminile la costellazione. Eppure in alcuni casi, non infrequenti, si riscontrava anche a seguito di «forti traumi al capo». Ciò è interessante perché evidenzia un carattere tutto femminile della confusione mentale, che si lega ad una consolidata tradizione sulle ridotte capacità di autocontrollo delle donne; questo fattore, durante la guerra, assume un valore particolare perché si lega all’isterizzazione sempre più marcata dei sintomi lamentati dai soldati, un modo per riconoscere l’elemento ideativo presente nelle nevrosi, salvo poi ricollegarlo ad un difetto di volontà e alla debolezza caratteriale del militare incapace di sopportare virilmente il conflitto. La “svolta isterica”, già constatata per il fenomeno dalla storiografia anglo-americana che si è interessata all’argomento⁸²⁰, in Italia è dunque presente in forma più “sotterranea” e prefigurata nell’utilizzo di categorie diagnostiche che riguardano, innanzitutto,

⁸¹³ AONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917*.

⁸¹⁴ Cfr. tabella n. 11 nell’Appendice di questa ricerca.

⁸¹⁵ Per il San Giacomo di Verona cfr. M. V. Adami, *L’esercito di San Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)...*cit., pp. 46-47. Per la realtà di Teramo vedi: A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)...*cit., p. 173.

⁸¹⁶ Cfr. G. Pellacani, *Le neuropatie e le psiconevrosi nei combattenti* in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. XLIV, 1920, p.60.

⁸¹⁷ Cfr., L. Bianchi, *Trattato di psichiatria...*cit., p. 583.

⁸¹⁸ *Ibidem*.

⁸¹⁹ *Ibidem*.

⁸²⁰ Cfr. P. Lerner, *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*, Cornell University Press, Ithaca 2003.

l'universo femminile, ritenuto debole, irrazionale, instabile e, dunque, facilmente soggetto all'eccitabilità psichica, al delirio e alle reazioni incontrollate. I soldati, al pari delle isteriche, appaiono confusi, eccitabili, deboli e, dunque, quando non in malafede, facilmente suggestionabili. La terapia consigliata nei casi di «confusione mentale», così come nelle «isterie di guerra» in Germania, Inghilterra e Francia, è quella effettivamente praticata nei manicomi: idroterapia, «elettroterapia, sotto forma di faradizzazione generale e di galvanizzazione del capo, sono i migliori presidi terapeutici»⁸²¹. Accanto ad essi «il fosforo, l'arsenico, sotto le forme più svariate»⁸²². Insomma una serie di rimedi per scuotere il militare e la debolezza caratteriale che lo caratterizza, nell'ipotesi implicita che ciò potesse in una qualche misura risvegliare anche lo spirito virile in qualche modo sopito.

Leonardo Bianchi riteneva la prognosi della confusione mentale «piuttosto lieta», dato che la maggior parte dei casi da lui osservati «non si complicarono» e guarirono. Nel caso dei soldati ricoverati, però, il decorso è meno fortunato se consideriamo come i militari ricoverati a Racconigi nel 1916 restarono in media tra i 3 e i 7 mesi, con un progressivo aumento del periodo di ricovero per gli ingressi successivi. L'abbandono, la reattività inadeguata in relazione agli stimoli, gli eccessi alternati allo stordimento grave, la catatonia, il rifiuto di rispondere alle domande dei medici e le violenze verso i piantoni e gli infermieri, avvicinavano il «contegno» di questi soldati «confusi» a quello degli «psicotici allucinati», tanto che il direttore Cesare Rossi inquadrava tali costellazioni nell'unico gruppo delle «amenze» che includeva: «confusione mentale primitiva», «frenosi sensoria acuta» e disturbi sensoriali, «psicosi allucinatoria» e delirii⁸²³. Questa categoria, che a Racconigi viene utilizzata come quadro d'insieme per diverse tipologie diagnostiche, con sfumature e condizioni di gravità non del tutto sovrapponibili, nel corso del conflitto trova ampio spazio e utilizzo.

Nello specifico, il gruppo delle amenze interessa nell'annata 1915-1916 21 militari, il 53,84 % degli ammessi durante l'anno; nell'annata successiva invece 39 soldati, il 37,86 % degli ammessi, dunque in leggera flessione rispetto all'anno precedente; tra Luglio 1917 e Giugno 1918 la diagnosi di «amenza» viene utilizzata espressamente per un solo soldato, ma se analizziamo le patologie che rientrano nel gruppo, secondo la prassi di Racconigi, vediamo che essa interessa 86 soldati, il 31,97 % dei militari ammessi durante l'anno. E questo senza considerare il gruppo delle depressioni, al cui interno vengono inquadrati condizioni sintomatiche molteplici, in diversi casi molto simili, quando non sovrapponibili, con le «amenze». L'uso specifico di queste diagnosi per i soldati è deducibile anche attraverso il confronto con la situazione degli alienati civili. Per quanto riguarda questi ultimi riscontriamo nel 1915 un'incidenza del 6,67 % del totale della popolazione⁸²⁴. Nel 1916 riguarda il 5,7 % del totale delle presenze, nel 1917 il 10,07 % degli internati, e, infine, nel 1918 il 7,77 % del totale. Tali cifre ci dicono inequivocabilmente che sono soprattutto i soldati alienati a soffrire di «amenza», un raggruppamento diagnostico come detto variegato entro cui trovano spazio «un vastissimo gruppo di stati di confusione mentale»⁸²⁵.

Ma cos'è l'«amenza» secondo la psichiatria dell'epoca? «E' malattia che colpisce un individuo anche se giovane nel pieno vigore mentale, gli offusca la coscienza, gli sconvolge più o meno profondamente tutte le facoltà psichiche e si dilegua poi senza lasciare reliquato alcuno»⁸²⁶. Presente anche in questa descrizione il riferimento alla transitorietà dei sintomi, forse la caratteristica più evidente della condizione riguardante gli «scemi di guerra» che potevano rimanere

⁸²¹ Cfr. L. Bianchi, *Trattato di psichiatria...*cit., p. 584.

⁸²² *Ibidem*.

⁸²³ APCN, ACP di Cuneo 1916, *Sessione ordinaria e straordinaria, Relazione all'Onorevole Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale, Quadro del movimento dei ricoverati divisi secondo le frenopatie...*cit., p. 213.

⁸²⁴ Il dato si riferisce al 1 Luglio 1915. APCN, ACP di Cuneo 1916, *Sessione ordinaria e straordinaria, Relazione all'Onorevole Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale, Quadro del movimento dei ricoverati divisi secondo le frenopatie...*cit., p. 213.

⁸²⁵ Cfr. A. Morselli, *Manuale di psichiatria*, casa editrice libreria Vittorio Edelson, Napoli 1921, p. 439.

⁸²⁶ *Ibidem*.

nella condizione di alienati per mesi, oppure guarire rapidamente, già nel periodo d'osservazione. Proprio questo decorso imprevedibile venne utilizzato da diversi alienisti per giustificare l'uso di terapie brutali, energiche, rapide, come i ripetuti bagni a temperature diverse o le scariche elettriche; in un ragionamento evidentemente tautologico la transitorietà dei sintomi, soprattutto nei casi di più rapida guarigione, veniva causalmente collegata proprio alla somministrazione di tali terapie che così venivano giustificate per principio. E tanto più rapide erano le "guarigioni", tanto più energica ed efficace doveva essere stata la somministrazione della "terapia".

Eppure il "successo" della diagnosi di «amenza» non convinse tutti. Arturo Morselli, figlio del celebre alienista Enrico, impiegato durante la guerra a Verona presso la 1° Armata, non celò tutti i suoi dubbi verso una categoria diagnostica ritenuta problematica, che «ha subito in pochi anni tali modificazioni nell'ampiezza, che le era stata assegnata, da ridursi una entità clinica di assai dubbia esistenza»⁸²⁷. In questo senso l'«amenza» sembra svolgere in Italia lo stesso ruolo che lo «shell shock» ha avuto in Gran Bretagna, cioè quello di termine attraverso cui si contraddistingue – come abbiamo visto – lo shock, la confusione e la dissociazione prodotti sull'uomo dalla guerra industriale. Una categoria insomma in grado di rendere conto, in maniera irriflessa e non teorizzata, di un mutamento culturale⁸²⁸ avvenuto lentamente, già prima della guerra, attraverso l'adozione ripetuta di diagnosi che fanno riferimento alla confusione di idee, allo stordimento, spesso accompagnato da disturbi sensoriali. D'altra parte, sempre Arturo Morselli, volendo dare una designazione della patologia così la descrive:

«Per amenza si intende una forma morbosa caratterizzata da una più o meno profonda obnubilazione della coscienza con confusione delle idee, con disturbi psico-sensoriali, senza alcun disturbo costante e fondamentale del sentimento [...] insorge quasi sempre dai 25 ai 40 anni in individui con predisposizione congenita, che hanno subito l'azione di cause etiologiche diverse, quali [...] stati di esaurimento e di collasso, inanizione, strapazzi fisici, emozioni, traumi, operazioni chirurgiche, ecc.ecc.»⁸²⁹.

Tutto ciò ben si presta a descrivere proprio la situazione di soldati durante la guerra, il cui contegno esprime una «fisionomia sonnolenta ed immobile, gli occhi semi-aperti, le pupille ordinariamente dilatate, lo sguardo smarrito ed incerto. La mimica facciale è scarsa: la gesticolazione ora disordinata e tumultuosa, ora quasi nulla»⁸³⁰.

C'è da dire che nonostante l'evidente sovrapposizione tra il quadro diagnostico e la situazione riscontrata durante l'osservazione dei militari alienati, Arturo Morselli, preferì mantenere distinte le «psicopatie dei combattenti»⁸³¹ dalla causa di guerra, così da evitare un uso esplicito di categorie – come appunto l'amenza – che potessero fissare causalmente guerra e follia; la sua scelta fu evidentemente quella di mantenere una posizione di prudente equilibrio, affermando che «la guerra in molti individui esercita una azione come causa determinante diretta, ma, in moltissimi altri ha invece solo un'influenza generale come fattore rilevante od aggravante una condizione morbosa preesistente»⁸³². In ciò si misura tutta l'ambiguità politica della psichiatria italiana nel suo confrontarsi con il problema delle "nevrosi di guerra"; anche se, bisogna riconoscerlo, mancando una definizione chiara del problema sul piano clinico e sociale, mancava la possibilità stessa di dare

⁸²⁷ Ivi, p. 440.

⁸²⁸ Cfr. J. Winter, *Shell-shock and the Cultural History of the Great War* in «Journal of Contemporary History», vo. 35, n.1, 2000, p. 7.

⁸²⁹ Cfr. A. Morselli, *Manuale di psichiatria...*cit., p. 440.

⁸³⁰ *Ibidem*.

⁸³¹ Ivi, p. 575.

⁸³² *Ibidem*.

un nome, e quindi classificare, un fenomeno per molti versi inedito, almeno nelle dimensioni con cui si palesò agli occhi di medici e alienisti⁸³³.

Se quelle indicate sono le patologie più diffuse tra i soldati “accolti” in manicomio, quelle che consentono di stabilire, almeno implicitamente, un nucleo definito di sintomi che colpiscono i combattenti – depressioni, stati confusionali, allucinazioni, instabilità psicomotoria, etc. –, e che vengono identificati in quadri clinici ripetuti, proprio l’utilizzo reiterato delle stesse categorie per descrivere le condizioni dei militari ha reso statisticamente poco rilevante la diffusione di altre costellazioni sintomatiche. Tra queste i casi di «demenza precoce», che ad esempio tra il 1915 e il 1916 interessarono 3 soldati su un totale di 39 casi, vale a dire appena il 7,69 % del totale degli ammessi, mentre nell’annata successiva, il 1916-1917, interessò 4 casi, per una percentuale del 3,88 %, e l’anno successivo 6 soldati, per una percentuale del 2,23 %, dunque ancora in discesa. Eppure la «dementia praecox», al tempo, era una delle categorie centrali dell’architettura psichiatrica, soprattutto dopo che Emil Kraepelin (1856-1926) ne aveva fatto una due grandi ripartizioni – insieme alla «psicosi maniaco-depressiva» – delle psicosi⁸³⁴. La «dementia praecox», «così chiamata perché costituiva una specie di senilità precoce»⁸³⁵, era caratterizzata dalla perdita dell’unità del pensiero, del sentire e dell’agire, dall’appassimento dei sentimenti più elevati, dai molteplici e peculiari disturbi della volontà, con i deliri di perdita della libertà psichica e di influenzamento ed, infine, dalla disintegrazione della personalità. Tutto ciò ha contribuito a fare di tale categoria l’anticipatrice della schizofrenia, in cui viene sottolineato proprio l’aspetto della divisione delle funzioni psichiche. Eppure sembra che pochi militari a Racconigi abbiano sofferto di tale condizione e anche i casi che presentarono marcate situazioni di scissione delle funzioni psichiche vennero catalogati nelle ripartizioni più consuete, evidenziando piuttosto i sintomi depressivi e di confusione. Un indizio ulteriore della lenta definizione diagnostica cui si è più volte fatto riferimento.

Tra le novità che è possibile riscontrare dall’analisi della documentazione desta particolare interesse l’utilizzo, seppure misurato, della diagnosi di «arresto psichico»⁸³⁶, in alcuni casi presente nella variante di «pseudoparalisi». Il dato è da sottolineare non tanto per il numero dei militari interessati, ma per il riferimento al «trauma» patito durante il conflitto che, in alcuni casi, viene indicato come causa del sintomo⁸³⁷. La diagnosi si riscontra nell’annata 1916-1917 in 3 i casi⁸³⁸ e in quella successiva in 30 casi, diversi dei quali provenienti dal manicomio di Treviso e dall’ospedale Sant’Osvaldo di Udine. Quindi è possibile ipotizzare che in queste realtà la prassi diagnostica prevedeva l’uso della categoria di «arresto psichico da trauma» per categorizzare lo stato dei soldati alienati, così a come a Racconigi veniva invece preferita la diagnosi di «confusione mentale» e di «stato depressivo». Tra i militari che giungono a Racconigi c’è un soldato originario di Monaco di 33 anni⁸³⁹, celibe, che tra le mura del manicomio resta dal 26 Maggio del 1917 al 22 Febbraio del 1918. La diagnosi è appunto di «arresto psichico da trauma», con paralisi, contrazioni, dolori, tremori, dai quali il soldato guarisce, tanto da venir dimesso e rispedito al fronte. Non sempre il ricovero per arresto psichico dura nove mesi, un soldato giunto nello stesso giorno del precedente, il 26 Maggio, sempre da Udine, viene dimesso dopo due mesi, il 26 Luglio del 1917, al termine del periodo di “osservazione”⁸⁴⁰. Un altro soldato, sempre proveniente dal S.Osvaldo, ma originario del cuneese,

⁸³³ Per alcune stimolanti riflessioni sul nesso categorie cliniche/descrizione fenomeno/comportamenti sociali vedi: I. Hacking, *La riscoperta dell’anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, trad.it. di R.Rini, Feltrinelli, Milano 1996, pp.318 e segg.

⁸³⁴ Ivi, pp. 185-186.

⁸³⁵ *Ibidem*.

⁸³⁶ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. : 9892, 9893, 9970, 9971, 9981, 9985,9999, 10000, 10003.

⁸³⁷ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr.: 9970, 9971.

⁸³⁸ Vedi tabella n.11 in Appendice

⁸³⁹ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. 9970.

⁸⁴⁰ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. 9971.

viene dimesso come «guarito» dopo 5 mesi circa di ricovero⁸⁴¹; un altro ancora dopo un mese e mezzo viene dichiarato «migliorato» e rilasciato⁸⁴². Gli esempi mostrano che la casistica è varia e che il minimo comun denominatore è la categoria diagnostica che, appunto, sembra essere utilizzata come paradigma interpretativo implicito.

Il riferimento al «trauma» è interessante anche perché stabilisce un nesso con una delle tipologie che più direttamente possono essere poste in continuità con il «disturbo post-traumatico da stress» che, come abbiamo visto, è la diagnosi con cui viene riconosciuta dopo il conflitto in Vietnam la specificità delle nevrosi di guerra⁸⁴³. La Grande Guerra in tal senso, e anche se nella misura problematica cui si è fatto riferimento, rappresenta un momento di svolta, tanto che il citato Arturo Morselli, dopo la cautela e la prudenza dimostrate, nella seconda edizione del suo *Manuale di psichiatria*⁸⁴⁴, nel 1921, non può fare a meno di inserire una sezione dedicata proprio alle «nevrosi traumatiche dei combattenti». L'elemento specifico del quadro diagnostico è appunto il «trauma psichico» che, pur non mettendo in discussione la «costituzione patologica» di base del soggetto colpito, è in relazione di causalità con le violente emozioni causate da elementi quali gli «scoppi di grossi proiettili»⁸⁴⁵, gli «spettacoli atroci, ecc.». Nella sua descrizione Morselli, probabilmente influenzato dal dibattito estero sullo «shell shock», indica tra i «fattori etiologici gli scoppi di grossi proiettili, di mine [...]» e ribadisce in più punti come la commozione sia «la ripercussione organica di una vicina esplosione»⁸⁴⁶. Questi elementi sottolineano proprio quell'aspetto traumatico della guerra industriale su cui ci siamo soffermati e che è possibile riscontrare anche nelle analisi di Oppenheim sulle nevrosi traumatiche.

In Italia, dunque, a differenza che in altri paesi, mancò una definizione clinica per i traumi mentali causati dalla guerra, per questo le indagini che vogliono ricostruire il fenomeno, sia sotto l'aspetto culturale che su quello sociale, devono procedere trasversalmente, servendosi di indizi non sempre univoci. Gli stessi alienisti si confrontarono con la questione sulla base di diffidenze e criticità, come mostra quanto sostenuto da Morselli nella sezione «Medicina legale» della sua disamina sui traumi di guerra. Dovendo affrontare la questione della «valutazione del danno [economico] nei traumatizzati»⁸⁴⁷ sostiene che la faccenda «è assai delicata e difficile», non riducibile quindi a valutazioni di ordine morale sulla presunta inadeguatezza di simulatori e degenerati, più o meno in malafede, ma comunque accomunati dal voler sfuggire ai doveri nei confronti della nazione. Consapevole infatti della complessità di un fenomeno multifattoriale Morselli consiglia ai colleghi di procedere prendendo «in considerazione una invalidità permanente parziale leggiera» e di concedere «l'ottenimento sollecito di una indennità»⁸⁴⁸, cioè del riconoscimento formale che la guerra è in qualche modo causa del trauma patito. Ciò stabiliva un punto fermo e segnava una discontinuità netta rispetto a tutta una tradizione impegnata a disconoscere la connessione diretta tra psicopatie e guerra. Alla fine del conflitto, insomma, non era più possibile sottovalutare o sminuire quanto la guerra, i lutti, la fatica, la distanza da casa, lo sradicamento dagli affetti, il logoramento, la stanchezza, fossero responsabili di quell'insieme variegato di sintomi che minarono la salute mentale dei soldati. Come riconosciuto in maniera onesta, netta e risolutiva dal celebre alienista Ernesto Lugaro nel 1917: «Il massimo ammaestramento clinico che la guerra ci fornisce è

⁸⁴¹ AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2. c.c. matr. 9981, ingresso 26 Maggio 1917, dimissione 13 Ottobre 1917.

⁸⁴² AONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. 9982, ingresso 26 Maggio 1917, dimissione 12 Luglio 1917.

⁸⁴³ Cfr. H. Binnevel, *From Shell Shock to Combat Stress. A comparative History of Military Psychiatry*, University of Michigan Press, A. Arbor 1998; B. Shephard, *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Jonathan Cape, London 2000; M. Micale, P. F. Lerner (ed.), *Traumatic pasts, History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.

⁸⁴⁴ Cfr. A. Morselli, *Manuale di psichiatria...cit.*, p. 403.

⁸⁴⁵ Ivi p. 104.

⁸⁴⁶ Ivi, p. 405.

⁸⁴⁷ Cfr. A. Morselli, *Manuale di psichiatria...cit.*, p. 407.

⁸⁴⁸ *Ibidem*.

appunto questo, che le psicosi belliche possono presentarsi anche in individui che nella loro vita antecedente nulla avevano presentato di simile, e persino in individui che per la loro resistenza fisica e morale, per l'esempio di energia e di coraggio dato nella guerra stessa, non erano certo tacciabili di debolezza congenita»⁸⁴⁹.

4. La nevrosi bellica: un'approssimazione diagnostica

Gli stati patologici riscontrati ai militari traumatizzati dalla guerra presentano un andamento fluido, che spesso sembra muoversi su registri sintomatici diversi, a cavallo tra le categorie contemplate dall'alienismo dell'epoca. In questo senso l'assenza di diagnosi nelle cartelle dei soldati⁸⁵⁰, soprattutto a partire dalla metà del 1916, a fronte di una documentazione clinica molto più completa per gli alienati civili, rende conto di una difficoltà semeiotica conseguenza del confronto con un fenomeno inedito – quello delle nevrosi belliche – che a fatica può essere ricondotto alle categorie mediche consolidate. La tassonomia diagnostica riesce a rendere conto della molteplicità e varietà dei sintomi lamentati dai militari alienati solo per approssimazione, così gli alienisti – è quanto avviene a Racconigi – optano nel corso del conflitto per due strategie: evitare di prendere posizione sulla natura e l'origine delle nevrosi belliche; non indicare sulla documentazione clinica⁸⁵¹ diagnosi definitive che chiariscano e specificino le indicazioni espresse dopo il primo periodo d'osservazione. Il risultato è che per i soldati alienati – o presunti tali –, nella documentazione clinica, sovente, non viene indicata una diagnosi definitiva e ciò fa da corredo alla particolare approssimazione con cui vengono compilate le cartelle. Nella parte dedicata all'anamnesi perlopiù vengono riportate – copiate letteralmente nella maggior parte dei casi – le informazioni contenute nei certificati medici che dispongono l'invio in manicomio e qualche indicazione – se possibile – sulla presenza in famiglia di precedenti ricoveri manicomiali. Scarsi sono i riferimenti al conflitto, alle condizioni di emergenza dello stato sintomatico, a elementi in grado, anche incidentalmente, di stabilire un rapporto causale tra i sintomi e il conflitto stesso. Eppure, proprio questa assenza di elementi, mostrano una rottura nella prassi sistematica, e solitamente meticolosa, con cui in manicomio vengono abitualmente redatte le cartelle, compilati in più copie i registri e riempiti i documenti che riguardano gli internati. E in tale anomalia di trattamento amministrativo tra internati civili e internati militari, parimenti ricoverati durante la guerra, deve essere individuata una delle discontinuità più evidenti, in grado di far emergere la difficoltà a confrontarsi con i traumi dei combattenti, effetti a loro volta di una guerra totalmente nuova. La prima guerra di massa del Novecento, industrializzata e per certi versi condotta scientificamente, fa così il suo ingresso in manicomio, costringendo alienisti impreparati a fronteggiarne gli effetti più tragici sulla psiche dei combattenti.

La difficoltà a inquadrare diagnosticamente i sintomi, la mancanza di una diagnosi definitiva e, quindi, anche un certo grado di approssimazione terapeutica, da parte dei medici di Racconigi, è testimoniata in vicende come quella del soldato Giuseppe B.⁸⁵² Classe 1884, viene ricoverato presso l'Ospedale di Riserva di Cuneo il 24 Novembre 1917 perché «inerte, apatico chiuso in mutismo assoluto, sta per più ore in piedi immobile nella sua camera: rifiuta i cibi»⁸⁵³. Secondo il Capitano

⁸⁴⁹ Cfr. E. Lugaro, recensione a G. Elliott Smith and T. H. Pear, *Shell Shock and its lessons*, Longman, London 1917, in "Rivista di patologia nervosa e mentale", fasc. 5, vol. XXII, Maggio 1917, p. 326.

⁸⁵⁰ La carente compilazione della documentazione clinica dei soldati, soprattutto per quanto riguarda le diagnosi, è un fenomeno che riguarda anche altri manicomi: Cfr. V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra...cit.*, p. 128 e 132.

⁸⁵¹ Sull'uso della cartella clinica come fonte storica vedi: V. Fiorino, *La cartella clinica. Un'utile fonte storiografica?*, in F. Alberico, G. Franchini, M.E. Landini, E. Passalia (a cura di), *Identità e rappresentazione di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Dismec, Genova 2010, pp. 51-69.

⁸⁵² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10418.

⁸⁵³ Ivi, *Ospedale di Riserva di Cuneo: dichiarazione medica*, Cuneo, 24 Novembre 1917.

Medico che lo visita «trattasi probabilmente di sindrome melanconico e potendo detto soldato tornare di pericolo agli altri o a se stesso, si giudica opportuno il suo invio in apposito Istituto»⁸⁵⁴. Il giorno successivo giunge a Racconigi e dalle prime osservazioni lo stato melanconico appare essere piuttosto uno «stato confusionale in neuropatico»⁸⁵⁵. Il militare è apatico, chiuso nei confronti del mondo, afasico, eppure l'intorpidimento della coscienza, i vuoti di memoria, sembrano essere dovuti più che a una condizione melanconica a un generale ottundimento, una forma di fuga interiore nei confronti di una realtà spaventosa e il cui ricordo è difficile da sopprimere. I medici si concentrano soprattutto sul mutismo del soldato e cercano di ricostruire precedenti familiari in grado di evidenziare delle tare degenerative. Scoprono che precedentemente «lavorando nella miniera di [illeggibile] perdette una volta la parola in seguito ad un improvviso scoppio di una mina»⁸⁵⁶. Il precedente sembra indirizzare l'analisi del caso entro i comodi paradigmi delle predisposizione, eppure ciò non convince del tutto gli alienisti di Racconigi che non lo segnalano nella cartella clinica, probabilmente ritenendo – come già lo scoppio in miniera – quali fattori predisponenti le possibili, violente, emozioni del conflitto.

Durante il ricovero il soldato persiste nel mutismo, evidenzia vuoti di memoria soprattutto per i dati lontani, sono invece «incerti e confusi i dati recenti»⁸⁵⁷. Il militare è «innocuo, passivo, si nutrice e dorme regolarmente»⁸⁵⁸, appare disorientato e la memoria è frammentaria, ma non può essere considerato un melanconico, né sembra pericoloso. La notte di Natale, però, «venne trovato accoccolato presso il letto, in stato di semincoscienza, facendo movimenti accentuati della braccia. Dopo pochi minuti si mette a parlare»⁸⁵⁹ e abbandona la condizione di afasia che ha contraddistinto il suo stato clinico. A Gennaio risulta «scomparsa ogni traccia di confusione. Tranquillo, docile, laborioso»⁸⁶⁰, sembra quasi un'altra persona, così il direttore decide di dimetterlo definitivamente il 6 Febbraio 1918 e di rispedirlo al corpo d'appartenenza. Il foglio con la proposta di dimissione, inviato come da prassi al Procuratore del Re di Saluzzo, non fa più riferimento alla melanconia, ma sottolinea lo stato confusionale che viene posto in relazione con la condizione di predisposizione neuropatica del soggetto: il soldato B. Giuseppe «è guarito durante il periodo d'osservazione dalla psicopatia (stato confusionale con apatia in soggetto neuropatico) da cui in manicomio affetto»⁸⁶¹. La direzione sanitaria evita dunque tanto i riferimenti alla cause dello stato confusionale, quanto la definizione chiara di una diagnosi che permetta di inquadrare lo stato clinico del soggetto. Il riferimento alla guarigione durante il «periodo d'osservazione» è invece un elemento che ritorna sovente nel trattamento degli alienati militari, sembra fare riferimento tanto a una condizione patologica temporanea, sfuggente e difficile da definire, quanto alla difficoltà di esprimere un giudizio sulla natura del fenomeno stesso.

La difficoltà di inquadrare i sintomi sofferti dai soldati e il dilemma di identificare disturbi che possono presentare tanto i caratteri della simulazione, quanto quelli della sofferenza reale, pongono gli alienisti – come il direttore Rossi – di fronte a tutta l'ambiguità di una tassonomia inefficace, costretta a confrontarsi con una materia sfuggente, enigmatica. Dubbi, incertezze epistemologiche, rendono lo sguardo dello psichiatra titubante e di fatto meno convinto il pronunciamento di una scienza che si vuole certa, ma che deve riconoscere la parzialità dei giudizi diagnostici emessi durante il conflitto. Queste difficoltà sono amplificate da una selezione che, a differenza del periodo precedente il conflitto, di fatto non esiste più e chiama alle armi tutti, indistintamente. Soggetti che

⁸⁵⁴ *Ibidem*.

⁸⁵⁵ Ivi, *Tabella nosografica* [nota apposta a matita].

⁸⁵⁶ *Ibidem*.

⁸⁵⁷ Ivi, *Tabella nosografica: diari psichici e fisici*, Dicembre 1917.

⁸⁵⁸ *Ibidem*.

⁸⁵⁹ Ivi, *Tabella nosografica: diari psichici e fisici*, 25 Dicembre 1917.

⁸⁶⁰ Ivi, *Tabella nosografica: diari psichici e fisici*, Gennaio 1918.

⁸⁶¹ Ivi, Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo: Licenziamento definitivo di B. Giuseppe [753 del prot. Generale]

in una congiuntura ordinaria sarebbero stati riformati, durante la guerra si vedono assegnato un posto e un fucile e ciò contribuisce ad aumentare il clima di confusione e il numero degli invii in manicomio. Come avviene con il soldato Luigi V., ricoverato presso l'Ospedale di Riserva di Cuneo il 24 Novembre 1917. Il Capitano Medico che lo visita lo trova «molto trascurato nella persona e disordinato negli atti che hanno del bambinesco (bacia persone che gli sono vicine senza conoscerle, mastica dei pezzetti di carta, si copre la testa con berretto di Ufficiale ecc), è poco rispettoso dei superiori che tratta come suoi pari»⁸⁶². Interrogato il soldato non è in grado di rispondere alle domande, «talora cerca di percuotere quelli che gli sono vicini»⁸⁶³. I Regi Carabinieri trasmettono informazioni «negative»; in conclusione «trattasi probabilmente di un deficiente» che le contingenze hanno posto in zona di guerra, invece di assegnarlo ad un istituto manicomiale. Per il Capitano Medico l'invio a Racconigi rappresenta una deresponsabilizzazione, «potendo [il soldato] tornare di pericolo a se stesso o agli altri»⁸⁶⁴.

Giunto in manicomio il 25 Novembre 1917 i medici, però, non sanno come valutarlo e lo dichiarano molto espressamente in un biglietto attraverso cui rispondono alle richieste di informazione della famiglia: «Il soldato V. Luigi [...] è tranquillo, ma depresso, disorientato, confuso, deperito tipicamente in grado notevole. Non si è ancora stabilita la diagnosi»⁸⁶⁵. Resta ricoverato fino all'11 Febbraio 1918 e durante il periodo di osservazione non è possibile stabilire una diagnosi. Anche in questo caso i sintomi sono sfuggenti, ma non tali da individuare l'inganno e la simulazione. Anzi, a favore della genuinità dello stato clinico, sembrano pesare le notizie raccolte sul padre «nevristenico, soggetto di facili cambiamenti d'umore, irascibile»⁸⁶⁶. Come altri soldati traumatizzati dal conflitto ha «un leggero tremore alle mani, [espressione fisionomica smarrita, notevole disturbo della coscienza. Non parla, né risponde alle domande, ma pronuncia solo qualche frase sconnessa»⁸⁶⁷, si nota soltanto che «non ha manifestato tendenze impulsive»⁸⁶⁸. Tanto basta perché si decida di dimetterlo come «migliorato», la formula più generica tra quelle a disposizione, pur non essendo riusciti a stabilire se fosse o meno alienato.

Soprattutto nei mesi più difficili del conflitto, quando anche la situazione in manicomio è difficile da gestire, mancando sia il personale salariato che quello medico, anche i criteri per le dimissioni vengono stravolti. In un contesto in cui le autorità militari fanno pressioni per evitare che vengano ricoverati soldati che non meritano di stare in manicomio, può accadere che un soldato venga licenziato appena «chiede di essere dimesso»⁸⁶⁹. Eppure il caso in questione riguarda un soldato ritenuto «affetto da una forma così grave di alienazione mentale da renderlo pericoloso a sé e a gli altri»⁸⁷⁰. Al di là della formula di rito con cui viene disposto il ricovero in manicomio, il militare in questione, appartenente al 34° Reggimento Fanteria, è un caso da tenere sotto stretto controllo, infatti «dopo essersi assentato due giorni dal Corpo», ed essere stato punito con la cella di rigore per sei giorni, «rifiuta di prendere qualsiasi cibo, commette stranezze e pronuncia frasi prive di senso»⁸⁷¹. Il rapporto informativo redatto dal Corpo d'appartenenza lo giudica un militare «di

⁸⁶² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10417, *Ospedale di Riserva di Cuneo: referto medico*, Cuneo, 24 Novembre 1917

⁸⁶³ *Ibidem*.

⁸⁶⁴ *Ibidem*.

⁸⁶⁵ Ivi, Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo, Risposta alla lettera n.6007, Racconigi 9 Dicembre 1917, [n.7874 del Prot. Generale].

⁸⁶⁶ Ivi, *Tabella nosografica: anamnesi*.

⁸⁶⁷ Ivi, *Tabella nosografica: diari psichici e clinici*, 6 Dicembre 1917.

⁸⁶⁸ Ivi, *Tabella nosografica: diari psichici e clinici*, 20 Dicembre 1917.

⁸⁶⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10607, *Tabella nosografica di P. Davide, Diari psichici e fisici*, 10 Aprile 1918.

⁸⁷⁰ Ivi, *R. Ufficio di Pubblica Sicurezza*, Racconigi 11 Marzo 1918.

⁸⁷¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10607, *Deposito 34 Regg.to fanteria, Ufficio infermeria*, Mondovì, 1 Marzo 1918.

carattere prepotente e violento»⁸⁷² e anche sulla base di ciò lo invia all'Ospedale Militare di riserva di Racconigi che, a sua volta, ne dispone l'invio in manicomio. Qui, appena arrivato, viene ricoverato presso il Reparto Psichiatrico Militare, mentre si cerca di ricostruire la sua storia clinica e familiare. Interrogato il militare «asserisce che uno zio paterno è stato ricoverato nel manicomio di Roma, poi si suicidò annegandosi nel Tevere»⁸⁷³. Inoltre sostiene «di essere stato nel 1916 ricoverato per circa 40 giorni nel manicomio di Perugia»⁸⁷⁴. Non ci sono riscontri alle sue parole nella documentazione clinica e durante il periodo di osservazione «non emerge nessun elemento morboso nel contenuto ideativo, nessun disturbo sensoriale. In grado di dare perfettamente conto di sé»⁸⁷⁵, il suo potrebbe essere tanto un caso di simulazione, quanto uno dei tanti esempi di sindromi transitorie indefinite. Alla fine non viene emessa nessuna diagnosi definitiva e, alle ripetute richieste del soldato di essere dimesso, fa seguito il giudizio «non di competenza manicomiali» e il licenziamento. Un caso, tra i tanti, che mostra non soltanto le differenze tra le condizioni sintomatiche osservate dai medici dei reggimenti e quelle del manicomio, ma anche la difficoltà a inquadrare costellazioni pseudo-patologiche indefinite, spesso ambigue. A ciò gli alienisti risposero con dimissioni sempre più rapide, come in questo caso, avvenute dopo soli 34 giorni.

I medici di Racconigi si convinsero che le nevrosi belliche fossero soprattutto condizioni transitorie, anche sulla base della velocità con cui mutavano i sintomi e il “contegno” dei soldati. Anche situazioni abbastanza allarmanti potevano evolvere improvvisamente, come nel caso del soldato Luigi P., del 1° Cavalleria Nizza classe 1895, che giunge in manicomio il 17 Marzo 1918, proveniente dall'Ospedale di Riserva di Cuneo⁸⁷⁶. Qui «è molto irrequieto, dorme e mangia pochissimo; inveisce continuamente contro tutti quelli che lo circondano ed è pericoloso a sé e agli altri»⁸⁷⁷. In manicomio mantiene «espressione fisionomica sconvolta. Non parla, né risponde alle domande, ma pronuncia continuamente la stessa parola “vigliacchi”⁸⁷⁸. Il mese dopo, invece, appare «lucido, coerente, calmo»⁸⁷⁹. Mutazioni repentine, scomparsa di sintomi quasi inspiegabile per i medici che non riescono a paragonare tali situazioni con le realtà cliniche normalmente osservate.

Stessa rapida evoluzione anche per il soldato Stefano G., classe 1898, di Costigliole Saluzzo, che fa il suo ingresso in manicomio il 17 Marzo 1918⁸⁸⁰. Il militare proviene dall'Ospedale di Riserva di Cuneo, dove è stato ricoverato a causa delle sue condizioni nervose. «Presenta delirio di persecuzione, si mostra incosciente, muto, con periodi di gaiezza alternati a periodi di melanconia⁸⁸¹. Durante il ricovero «compie atti inconsulti ed il giorno 11 si strappò di dosso i vestiti ed ebbe un periodo di eccitazione tale che gli si dovette applicare la camicia di forza»⁸⁸². I medici non riescono a definire il quadro sintomatico del soggetto, la logica che presiede all'alternarsi dei sintomi, ma valutata la pericolosità del soggetto lo inviano in manicomio. Qui il militare alterna fasi melanconiche ad altre di agitazione motoria. «Non esterna [...], solo dimostra sentimento ostile verso il padre»⁸⁸³ che sostiene averlo abbandonato all'età di nove anni. Qualche giorno dopo si strappa ancora i vestiti di dosso, poi «dopo 5-6 giorni di depressione con agitazione motoria si è reso calmo e tranquillo»⁸⁸⁴. Le crisi non si ripresentano più e il militare viene dimesso come «migliorato»

⁸⁷² Ivi, *Deposito 34 Regg.to fanteria, Compagni Deposito*, Mondovì 11 Marzo 1918.

⁸⁷³ Ivi, *Tabella nosografica di P. Davide, Anamnesi*.

⁸⁷⁴ *Ibidem*.

⁸⁷⁵ Ivi, *Tabella nosografica di P. Davide*, Marzo 1918.

⁸⁷⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n.10619.

⁸⁷⁷ Ivi, *Ospedale di Riserva di Cuneo, Oggetto: Dichiarazione medica del maniaco P. Luigi, Cuneo*, 15 Marzo 1918.

⁸⁷⁸ Ivi, *Tabella nosografica di P. Davide, Diari psichici e fisici*, Marzo 1918.

⁸⁷⁹ Ivi, *Tabella nosografica di P. Davide, Diari psichici e fisici*, Aprile 1918.

⁸⁸⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n.10621.

⁸⁸¹ Ivi, *Ospedale di Riserva di Cuneo, Oggetto: Dichiarazione del maniaco G.Stefano, Cuneo*, 15 Marzo 1918.

⁸⁸² *Ibidem*.

⁸⁸³ Ivi, *Tabella nosografica di Stefano G., Diari psichici e fisici*, Marzo 1918

⁸⁸⁴ Ivi, *Tabella nosografica di Stefano G., Diari psichici e fisici*, Aprile 1918

il 9 Maggio 1918. Anche in questo caso i medici non riescono a formulare una diagnosi, né a comprendere il quadro clinico del militare. Si rafforza così sempre più l'idea che la condizione nevrotica che colpisce i soldati abbia un decorso irregolare, spesso transitorio e non definibile in un quadro unico.

Apatia, confusione, agitazione, sono questi gli elementi di un quadro clinico spesso indefinito e davanti al quale gli alienisti non possono far altro che registrare i sintomi e valutare il loro andamento, in attesa che passi la fase acuta e si possa dimettere il militare. Come nel caso del soldato Giovanni R., classe 1879, di Genova, ritenuto «affetto da una forma così grave di alienazione mentale da renderlo pericoloso a sé ed agli altri»⁸⁸⁵ e da richiedere l'immediato ricovero in manicomio. Il soldato, appartenente al 2° Reggimento Alpini, la mattina del 21 Marzo, alle ore 6, imbracciato il fucile, dapprima minaccia i compagni di fare una strage, poi «ha battuto la testa contro il muro procurandosi una vasta escoriazione alla regione frontale»⁸⁸⁶. In manicomio è depresso, taciturno e afferma di non ricordare gli episodi che ne hanno determinato l'internamento⁸⁸⁷. Un mese dopo appare più calmo ai medici che, dopo 60 giorni esatti di ricovero, lo dimettono come «guarito».

«Chiuso nel più assoluto mutismo»⁸⁸⁸, «espressione fisiognomica smarrita»⁸⁸⁹ e sempre immobile nella medesima posizione, invece, appare il soldato Luigi C. ai medici che lo osservano in manicomio. Vi giunge dopo che al reparto d'appartenenza, il 33° Reggimento Fanteria di Cuneo, ha mostrato «disturbi psicopatici, caratterizzati essenzialmente da profonda depressione sentimentale, fenomeni d'arresto psichico, attitudine negativistica»⁸⁹⁰. Il soldato inoltre «si mantiene ostinatamente mutacista e rifiuta il cibo»⁸⁹¹. Dalle indagini non risulta sia un consumatore di bevande alcoliche, né ci sono precedenti familiari di alienazioni mentali. Vengono meno così due delle condizioni più facilmente chiamate in causa per spiegare il disagio mentale nei soldati. In manicomio urla, appare turbato e si nutre poco⁸⁹². Meno di un mese dopo la situazione è ribaltata: «tranquillo, lucido, [...] con sonno regolare»⁸⁹³. Anche in questo caso decorso rapido, imprevedibile, slegato da alcun piano terapeutico: il soldato viene dimesso come «guarito» il 9 Maggio viene dimesso.

I casi osservati sono paradigmatici tra i tanti possibili, perché mostrano tutte le difficoltà degli alienisti nel confrontarsi sul piano diagnostico – e di conseguenza su quello “terapeutico” – con costellazioni di sintomi diversi, che variano e oscillano anche all'interno delle medesime storie cliniche: dal mutismo alla melanconia, dall'agitazione all'afasia, dalla perdita, anche solo temporanea, dell'udito e della vista agli spasmi. Tutto ciò senza che si possa chiaramente pronunciare una diagnosi univoca. E la “guarigione” appare slegata da connessioni causali evidenti, tanto immotivata quanto in linea con un decorso clinico imprevedibile. Questa situazione, che è possibile ipotizzare dovette pesare sull'atteggiamento prudente della direzione sanitaria racconigese, appare essere una delle cifre in grado di contraddistinguere questa condizione “sfuggente” che è la nevrosi di guerra. Ian Hacking, studioso di storia delle idee e di epistemologia storica, ha utilizzato la categoria di «sindrome transitoria» per caratterizzare proprio quelle costellazioni di sintomi diversi, originati da una contingenza storica traumatica, e destinati a sparire

⁸⁸⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10626, Regio Ufficio di Pubblica Sicurezza di Racconigi, 22 Marzo 1918.

⁸⁸⁶ Ivi, *Reggimento Cavalleria di Lucca, Infermeria Uomini, Oggetto: Invio al manicomio di Racconigi del soldato R.Giovanni*, Saluzzo, 21 Marzo 1918.

⁸⁸⁷ Ivi, *Tabella nosografica di Giovanni R., Diari psichici e fisici*, Marzo 1918.

⁸⁸⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10627, *Tabella nosografica di Luigi C., Diari psichici e fisici*, Marzo 1918.

⁸⁸⁹ *Ibidem*.

⁸⁹⁰ Ivi, *Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio di Racconigi del soldato C. Luigi*, Savigliano 22 Marzo 1918.

⁸⁹¹ *Ibidem*.

⁸⁹² Ivi, *Tabella nosografica di Luigi C., Diari psichici e fisici*, Marzo 1918.

⁸⁹³ Ivi, *Tabella nosografica di Luigi C., Diari psichici e fisici*, Aprile 1918.

venute meno le condizioni d'emergenza⁸⁹⁴. In questo senso si può sostenere che le nevrosi belliche si pongono in linea di continuità con i traumi legati agli incidenti ferroviari e ad altre condizioni tipiche della società industriale di fine Ottocento, ma anche di rottura riguardando un evento globale, epocale e traumatico come la Grande Guerra. Insomma una dialettica senza sintesi che, nella sua complessità, mostra, anche sul piano psicopatologico, tutte le tensioni di una realtà in rapida trasformazione.

5. La simulazione.

Il processo di nazionalizzazione delle masse ha inizio in Italia contemporaneamente al percorso unitario. «Fare gli italiani»⁸⁹⁵ non è soltanto una formula più volte ripetuta negli anni successivi all'Unità, ma è un vero e proprio progetto sociale e politico che ha nella scuola e nell'esercito due elementi imprescindibili. Come sottolineato dallo storico Giuseppe Conti «si trattava di trasformare masse eterogenee e diverse per cultura, tradizioni, dialetti, in un popolo nuovo, unito da una fede comune nella nuova patria, sacra per il sangue versato da generazioni di italiani»⁸⁹⁶. Le difficoltà di questo programma pedagogico non sfuggivano agli esponenti della classe politica e dirigenziale, che sapevano di dover operare in profondità, «promuovendo quella “rinascita dell'uomo” senza la quale sarebbe stata effimera ogni trasformazione istituzionale»⁸⁹⁷. Bisognava costruire gli italiani e, come sosteneva Massimo D'Azeglio, dare loro «quella preziosa dote che in un solo vocabolo si chiama carattere»⁸⁹⁸. Proprio in riferimento a ciò l'esercito rappresentava l'architrave spirituale e morale della Nazione, il fondamento intorno a cui realizzare questa opera di *nation building*. Nel cittadino-soldato si sintetizzavano infatti, secondo un immaginario plasmato dall'esperienza della Rivoluzione francese, le virtù civiche e quelle militari, costituendo una sintesi di quell'uomo nuovo «rigenerato nel corpo e nella mente e pronto a battersi e morire per la difesa della patria [...]»⁸⁹⁹.

Alla luce di quanto detto l'opera di disciplinamento delle masse confluite nell'esercito è da subito perseguita con attenzione, anche attraverso l'ausilio dell'ordine discorsivo antropologico-criminale che identifica nel militare delinquente un degenerato pericoloso per sé e per gli altri. Il soldato che in qualunque modo e per qualunque ragione resiste a questa politica di rigenerazione compiuta attraverso il servizio militare viene criminalizzato e quindi trattato come delinquente. In tale ottica – come detto – rientra l'attenzione delle autorità militari per i fenomeni di pazzia nei militari, ritenuti se non artificiosi quantomeno sintomo di una difficoltà di adattamento che non soltanto evidenzia un carattere debole e immorale, ma soprattutto una pericolosa fonte di contagio per la comunità militare tutta. Durante il conflitto ciò si traduce in un'opera di attento misconoscimento di ogni legame tra il conflitto e il disagio mentale e nell'applicazione di terapie rapide ed energiche volte a forzare la “cattiva volontà” del degenerato. In particolare erano i militari sospettati di simulazione a sollecitare diffidenza, sospetto e, quindi, ancora maggiore risoluzione nelle pratiche d'intervento attraverso cui si dovevano curare i sintomi. Eppure non era facile individuare il simulatore che, troppo spesso, non presentava evidenti differenze rispetto ai «maniaci acuti» o ai «confusi mentali». Lo dimostra il caso del soldato Corrado I., giunto a Racconigi il 19 Ottobre del 1917 proveniente

⁸⁹⁴ Cfr. I. Hacking, *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, trad.it di R. Rini, Feltrinelli, Milano 1996; I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dada*, trad.it. di A. Marino, Carocci, Roma 2000. Vedi anche V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra...cit.*, pp.140-141.

⁸⁹⁵ Cfr. G. Conti, “Fare gli italiani”. *Esercito permanente e “nazione armata” nell'Italia liberale*, Franco Angeli, Milano 2012, pp. 71 e segg.

⁸⁹⁶ Ivi, p. 171.

⁸⁹⁷ Cfr. L. Borghi, *Educazione e autorità nell'Italia moderna*, La Nuova Italia, Firenze 1964, p. 4.

⁸⁹⁸ Cfr. M. D'Azeglio, *I miei ricordi*, Einaudi, Torino 1949, p. 10.

⁸⁹⁹ Cfr. G. Conti, “Fare gli italiani”. *Esercito permanente e “nazione armata” nell'Italia liberale...cit.*, p. 73.

«dall’infermeria del 2° Reggimento Alpini con sospetto di simulazione»⁹⁰⁰. Dall’infermeria del reggimento, insieme al militare, viene inviata una missiva in cui si sottolinea proprio come il soldato fosse stato «visitato più volte e dichiarato simulatore. Tuttavia persisteva a dare sovente in ismanie gravi con minacce ed anche con fatti da renderlo pericoloso a sé e agli altri»⁹⁰¹. Per questi motivi il soldato venne rinchiuso «nella camera di sicurezza del 2° Alpini»⁹⁰².

Sospetti, voci, impressioni, delazioni raccolte tra i militari, sono questi gli elementi che contribuivano a stabilire una designazione sempre complicata, difficile da dimostrare, come sostiene in un contributo del dopoguerra Pellacani: «il fatto è che la simulazione vorrebbe dimostrata; e che non raramente tale dimostrazione è difficile, specialmente nelle più comuni forme di esagerazione e perseverazione»⁹⁰³. Proprio il carattere dell’esagerazione spesso metteva in allarme i medici, che nel caso del soldato Corrado I. sottolineano proprio come prorompeva in escandescenze «gravi con minacce a vie di fatto verso i compagni ed i superiori tanto che gli si dovette applicare la camicia di forza»⁹⁰⁴. Quanto erano artefatti e quanto genuini questi attacchi? Simili domande si ripetevano con frequenza durante i periodi di osservazione di questi soggetti. Un segnale utile per chiarire questa ambiguità poteva allora essere rintracciato nella componente familiare, cioè nella presenza di precedenti internamenti nel gruppo parentale. Ciò rafforzava l’idea di essere davanti a un soggetto predisposto, anche se non chiariva in ultima istanza il tipo di degenerazione: simulazione o infermità mentale? Alla fine, vista la natura ricorsiva e in ultima istanza indefinibile della questione, la diagnosi era il frutto di segnali minimi, di impressioni, di risposte date o negate durante l’esame medico. Corrado I. ha in effetti uno zio materno che è morto in manicomio e anche la madre viene definita «neuropatica». Si procede così con il ricovero in osservazione. Il soggetto «appare in grado di dare sufficiente conto di sé. Ha sofferto di tifo tre mesi or sono»⁹⁰⁵ e ciò sembra essere la causa dell’afasia riscontrata. Tutto procede ordinariamente fino alla notte del 12 Novembre quando «ebbe un improvviso accesso di agitazione. Si dibatteva nel letto, si gettava a terra, tentava di fuggire, come in preda ad allucinazioni terrifiche [...] dalle parole confuse che pronuncia si comprende che durante la notte era allucinato: si vedeva assalito dai tedeschi e fatto prigioniero»⁹⁰⁶. Nonostante quest’episodio pesi nella valutazione della direzione sanitaria, i sospetti iniziali e, in particolare, le impressioni fatte pervenire dall’infermeria del 2° Reggimento Alpini, hanno orientato in maniera definitiva la valutazione. Così, entro fine anno, il 31 Dicembre, il soldato viene dimesso e rimandato al corpo d’appartenenza. Questo nonostante il sospetto di predisposizione familiare e la lettera in cui il sindaco del paese di provenienza, Bagno, fa esplicito riferimento alla condizione di maniaco del soggetto, chiedendone – quasi sicuramente per conto della famiglia – il trasferimento al manicomio della vicina Aquila. Niente da fare, nel dubbio si procede con le dimissioni.

Individuare i simulatori nella gran massa di soldati che presentano sintomi simili non è facile per le autorità mediche: tanto per quelle militari, quanto per quelle manicomiale. E’ il caso del soldato Oscar P., classe 1897, di Chiavari, che giunge a Racconigi il 29 Settembre 1917, proveniente dall’Ospedale Militare di Savigliano⁹⁰⁷. Il giovane, appartenente al 1° Reggimento Alpini, è giunto in ospedale il 21 Agosto 1917 per «alienazione mentale», proveniente dal presidio di Villanova. Appare «disorientato nell’ambiente, con fenomeni amnesici per i ricordi lontani e recenti, tanto che non si

⁹⁰⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10263, *Tabella nosografica: anamnesi*.

⁹⁰¹ Ivi, *Comunicazione dell’Infermeria del 2° Reggimento Alpini*, Cuneo 19 Ottobre 1917.

⁹⁰² *Ibidem*.

⁹⁰³ Cfr. G. Pellacani, *La terapia delle psicose nei militari*, in «La Riforma Medica», 9, 1919, pp. 170-171

⁹⁰⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10263, *Tabella nosografica: anamnesi*.

⁹⁰⁵ Ivi, *Tabella nosografica: diari psichici e fisici*, 20 Ottobre 1917.

⁹⁰⁶ Ivi, *Tabella nosografica: diari psichici e fisici*, 13 Novembre 1917.

⁹⁰⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10249.

riesce ad avere da lui i dati più elementari d'identificazione personale»⁹⁰⁸. Anche per questa ragioni i medici sostengono che «non è stato possibile fissare in modo preciso se tale sindrome demenziale sia reale o simulata»⁹⁰⁹. Viene disposto l'invio a Racconigi, dove resta in osservazione dal 29 Settembre 1917 al 27 Novembre 1918. Anche qui non emergono dati utili per stabilire la genuinità della condizione medica e considerata anche l'indicazione di dubbio degli ufficiali medici di Savigliano, come in altri casi simili, si provvede rapidamente al licenziamento con giudizio di «guarito»⁹¹⁰.

I periodi licenza erano momenti in cui più alto era il rischio dell'insorgenza dei disturbi mentali nei soldati. Il rientro a casa, il ritorno tra gli affetti e poi l'obbligo di dover ripartire verso la caserma o il presidio militare, spesso rappresentava la condizione scatenante di sintomi latenti e patologie dormienti. Sempre questi fattori favorivano, nei potenziali simulatori, la messa in opera di crisi fittizie e patologie immaginarie, utili per ritardare o evitare del tutto il ritorno in caserma. È una delle ragioni per cui, durante il conflitto, le autorità militari divennero sempre più restie nella concessione di licenze o permessi. Nei casi in cui – veri o artefatti – i sintomi di alienazione comparivano durante il periodo di licenza, solitamente, ci si rivolgeva al medico del paese, sicuramente una figura che offriva maggiori rassicurazioni rispetto agli ufficiali medici o agli alienisti dei manicomi. E' il caso che riguarda il soldato Stefano G., di Benevagienna (Cuneo), classe 1876, che, durante un periodo di licenza, dà segni di pazzia⁹¹¹. A visitarlo è il medico del paese che il 26 Novembre 1917 certifica che «G. Stefano [...] soldato in licenza della classe 1876 ha presentato stamane un accesso di pazzia furiosa con minacce ad atti di violenza contro se stesso o gli altri per cui urge il suo pronto ricovero in un manicomio»⁹¹². L'uso della formula che fa riferimento al pericolo verso «se stesso o gli altri» richiama chiaramente le indicazioni della legge n.36 del 1904 in merito ai criteri di ricovero in manicomio. Ciò deve rendere concreto il pericolo e quindi necessario l'invio presso alienisti in grado di valutare il caso. Il medico, per evitare accuse di complicità con un potenziale simulatore, nel certificato precisa che «solo un esame accurato in luogo adatto può decidere se si tratti di pazzia vera o simulata»⁹¹³. Con questa precisazione da un lato afferma la necessità di una visita approfondita presso un «luogo adatto», implicitamente stabilendo l'impossibilità del ritorno in caserma del militare, dall'altra evita qualunque giudizio definitivo sull'origine della nevrosi bellica, in grado di renderlo complice dell'eventuale simulazione. Tutto ciò acuiva le diffidenze delle autorità militari nei confronti dei medici di paese, ritenuti perlopiù complici dei potenziali simulatori e, dunque, «nemici della nazione». Nel caso specifico non si trattava di simulazione; almeno essa non venne accertata dalla direzione sanitaria di Racconigi, dove il soldato venne inviato in osservazione. Qui Stefano G. rimase ricoverato dal 27 Novembre 1917 al 6 Febbraio 1918, dopodiché venne dimesso come «guarito». Eppure i problemi sarebbero riemersi poco tempo dopo, tanto da rendere necessario un altro ricovero⁹¹⁴.

⁹⁰⁸ Ivi, Ospedale Militare principale di Savigliano, *Dichiarazione medica di ricovero al manicomio* n. 4229 di prot., Savigliano, 29 Settembre 1917.

⁹⁰⁹ *Ibidem*.

⁹¹⁰ Ivi, *Provvedimento definitivo del 19 Dicembre 1917*.

⁹¹¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10500.

⁹¹² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10500, *Certificato del dott. Luigi Borriglione*, Benevagienna, 26 Novembre 1917.

⁹¹³ *Ibidem*.

⁹¹⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10630.

6. Giudicato «non di competenza manicomiale».

Soprattutto a partire dal 1917 i casi di presunta “pazzia” che videro coinvolti i militari, non soltanto quelli dislocati al fronte o in prima linea, aumentarono vertiginosamente. Furono gli ufficiali medici delle infermerie interne alle caserme e i dottori degli ospedali da campo i primi a confrontarsi con questo fenomeno dalle dimensioni epidemiche. Tanto i presidi medici dislocati nelle prime linee, quanto le infermerie dei diversi corpi d’armata non erano preparati per fronteggiare la situazione. Mancavano gli alienisti e – come abbiamo detto – anche un servizio psichiatrico militare, così erano i medici impegnati sul campo – spesso senza alcuna preparazione psichiatrica – a dover valutare le condizioni psico-fisiche dei soldati che davano segni di pazzia. Per evitare di incorrere in diagnosi errate, la prassi adottata da questi medici fu quella di sospendere il giudizio e, ai primi segnali di pazzia, procedere con l’invio presso i manicomi o gli ospedali militari di riferimento. Qui con le medesime difficoltà si dovettero confrontare le direzioni sanitarie, come quella di Racconigi, che nei casi dubbi procedettero con le dimissioni «in esperimento» o con la valutazione «non di competenza manicomiale». Con questa si sanzionava che agli occhi dei medici i sintomi presentati dai militari erano “manifestazioni esagerate” «la cui natura patologica non può essere ammessa»⁹¹⁵. Ciò si inquadra in una strategia di fondo che ritiene di non dover riconoscere come degni di internamenti i casi dubbi o comunque tutte le forme non chiaramente patologiche. Tale politica, che – come detto –, è lecito ipotizzare rispondere a esigenze non solo di ordine medico, si concretizzò in una serie di dimissioni rapide che non trova corrispettivo nelle vicende che hanno interessato gli alienati civili. In particolare il criterio adottato dalla direzione sanitaria per valutare la sussistenza delle condizioni di internamento, più che la condizione di alienazione mentale, è la pericolosità sociale del soggetto, in ossequio allo spirito della legge n.36 sull’assistenza agli alienati. Ciò è palese nel caso del soldato Francesco Carlo C., di Mondovì, internato tre volte in manicomio, ma ritenuto alla fine «non di competenza manicomiale»⁹¹⁶. La sua vicenda è interessante poiché il soldato, ammesso l’ultima volta in manicomio il 30 Gennaio 1918 e dimesso dopo solo 6 giorni, il 6 Febbraio 1918, in un precedente ricovero, dal 10 Ottobre 1894 al 9 Marzo 1895, è stato ritenuto affetto da «frenosi alcolica»⁹¹⁷. Nel 1918 ha però 40 anni, ed è un soldato di cui la nazione ha bisogno in un momento particolarmente delicato del conflitto. Così arrivato con questi precedenti all’Ospedale Militare di Savigliano viene inviato a Racconigi perché venga emesso un giudizio clinico. I medici fanno presente che il militare «attualmente si presenta tranquillo, di contegno ordinato e corretto, apparentemente bene reintegrato di mente»⁹¹⁸. Giunto a Racconigi così viene valutato: «già ricoverato molti anni or sono in questo manicomio, pur non presentando fenomeni psicopatici di tale natura da autorizzare il suo sequestro manicomiale, è, più che un nevropatico per degenerazione ereditaria, un vero e proprio squilibrato con tendenze apatiche specialissime che imprimono una nota particolare alla sua condotta»⁹¹⁹. Viene inoltre precisato che il soldato è incline all’alcool, «ma innocuo completamente»⁹²⁰ e per questo deve essere dimesso. Il soldato, pur presentando sintomi clinici evidenti e un precedente ricovero, viene restituito al corpo d’appartenenza e ciò mostra che il criterio adottato non è quello eziologico, ma quello della pericolosità sociale: non essendo agitato non sussistono motivi per il prolungamento del “sequestro manicomiale”. Da ciò emerge anche che

⁹¹⁵ APCN, *Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale. Relazione all’on. Deputazione e all’On. Consiglio Provinciale (1918-1919)...*cit., p. 137.

⁹¹⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.4067, 10520 e 10560.

⁹¹⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.4067, *Diagnosi*.

⁹¹⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10560, *Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Invio in osservazione al Manicomio del soldato C.Francesco Carlo, Savigliano 30 Gennaio 1918.*

⁹¹⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10560, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo, oggetto: soldato C. Francesco Carlo, Racconigi, 5 Febbraio 1918.*

⁹²⁰ *Ibidem*.

si è pienamente compiuto quel percorso che, dopo la legge Giolitti, trasforma la degenza in reclusione e, cancellando le istanze diverse ancora presente nell'alienismo ottocentesco, fa del manicomio un dispositivo di controllo per gli anormali pericolosi della società, piuttosto che un luogo di cura della pazzia.

Parte IV

Esperienza bellica, follia e soldati internati in manicomio (1915-1919)

Capitolo VII

Dalle trincee al manicomio: l'internamento a Racconigi

*Non è una raccolta di ritratti quella che qui si leggerà:
sono delle trappole, delle armi, delle grida,
dei gesti, degli atteggiamenti e delle astuzie,
degli intrighi di cui le parole sono state lo strumento.
M. Foucault, Vita degli uomini infami.*

1. Sfuggire alla guerra: i disertori.

La figura del soldato delinquente, così come si è andata costruendo sulla base di saperi, pratiche e discorsi, nella seconda metà dell'Ottocento, ha nella rappresentazione del disertore una declinazione paradigmatica e dalla straordinaria potenza evocativa. Decenni di retoriche improntate alla costruzione identitaria dell'italiano, e per questo basate su ingredienti narrativi quali i doveri del cittadino, la necessità di servire la nazione, l'immaginario virile⁹²¹, hanno come risultato il discredito politico e sociale della figura del disertore, identificato nei termini di nemico della patria e della collettività. Per molti uomini, invece, questa fu l'unica strada per abbandonare un conflitto insopportabile, insieme ai suoi orrori. Un gesto di ribellione⁹²² forse, quasi sicuramente l'ultima e più rischiosa opportunità per evitare il fronte, in alcuni casi la giustizia e comunque gli obblighi imposti dalla disciplina militare⁹²³. Come riporta Bruna Bianchi,

«secondo i prospetti statistici che Giorgio Mortara compilò nel 1927 per conto del ministero della Guerra, le denunce per renitenza dal 24 maggio 1915 al 2 settembre 1919 furono 470.000 (di cui 370.000 italiani residenti all'estero); le denunce per diserzione furono 189.425. Se quindi nell'arco dei 4 anni di guerra 1 soldato su 12 subì un processo penale, 1 soldato su 26 comparve di fronte ai giudici militare per rispondere del reato di diserzione e 1 su 41 subì una condanna»⁹²⁴.

Il dato indica un rifiuto della guerra, in senso lato, abbastanza diffuso tra i soldati italiani. Bisogna però sottolineare che in molti casi la denuncia di diserzione scattava facilmente, anche per ritardi da rientri post-licenze dovute alle cause più diverse: difficoltà a raggiungere il reparto d'appartenenza, malattie non comunicate, partenze ritardate, difficoltà nelle comunicazioni. «In base al codice penale [...] per essere considerato disertore era sufficiente rimanere assenti per due chiamate successive (che generalmente avvenivano nell'arco di 24 ore)»⁹²⁵. Sempre in base al medesimo codice non era sufficiente dimostrare la breve durata del ritardo, infatti il criterio che teneva in piedi il meccanismo d'accusa era legato alla volontarietà dell'assenza, anche minima. Insomma, una volta stabilita l'intenzione dell'interruzione del servizio militare l'accusa procedeva quasi in automatico e una delle poche possibilità di sfuggire alla condanna davanti ai tribunali era

⁹²¹ Cfr. S. Bellassai, *L'invenzione della virilità. Politica e immaginario maschile nell'Italia contemporanea*, Carocci, Roma 2011.

⁹²² Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 160.

⁹²³ Sul fenomeno della diserzione, oltre ai volumi di Bruna Bianchi vedi almeno: G. Procacci, *Soldati e prigionieri italiani nella grande guerra. Con una raccolta di lettere inedite*, Bollati Boringhieri, Torino 2016; E. Forcella-A. Monticone, *Plotone di esecuzione. I processi della Prima guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari 1968.

⁹²⁴ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 160.

⁹²⁵ Ivi, p. 161.

dimostrare il «vizio mentale» che, una volta riconosciuto, di solito determinava il successivo provvedimento di «riforma dal servizio».

La rigidità della normativa si spiega mettendola in relazione alla politica disciplinare più volte menzionata, a sua volta legata al più generale processo di costruzione di una comunità nazionale. E anche sulla base di ciò deve essere contestualizzata la durezza delle pene che riguardava sia la diserzione «in presenza» o «in faccia al nemico», che quella all'«interno». Alla prima competeva la condanna a morte attraverso fucilazione, alla seconda pene fino a quindici anni. I procedimenti furono perlopiù rapidi, sommari e condotti sotto una pressione politica orientata al rigore e al riconoscimento della gravità dell'infrazione. I processi avvenivano spesso senza che venissero ascoltati i testimoni della difesa o che fossero accolte prove a favore dell'imputato. Per gli accusati tutto si risolveva nell'affidarsi alla clemenza del collegio giudicante, nella speranza di incorrere in giudici non troppo severi.

Il fenomeno, in particolare durante il 1917, assunse proporzioni tali da rappresentare una delle preoccupazioni principali per le autorità militari. Per molti versi non erano allarmismi esagerati, basti pensare che solo nei mesi estivi di quell'anno si verificarono 22.000 diserzioni e che a ottobre, secondo il Comando Supremo, i renitenti ammontavano a 50.000 unità. In diversi casi i disertori erano soggetti già condannati precedentemente e, dunque, disposti a rischiare tutto pur di evitare la guerra. Per questa ragione, attraverso il decreto n.187 del 4 nel Febbraio 1917, venne estesa la possibilità di condannare a morte i disertori recidivi per la terza volta. E il 14 Agosto, con un ulteriore provvedimento, la pena di morte veniva stabilita nel caso di diserzioni che coinvolgevano militari in prima linea. In queste circostanze inoltre, con provvedimento del 10 Dicembre 1917, diveniva anche automatica, e non più discrezionale, la confisca dei beni. Tutto ciò influiva non soltanto sul morale delle truppe, ma anche sulle famiglie a case esposte al rischio delle sanzioni per i comportamenti di ribellione dei congiunti. Eppure, come è stato osservato dalla storiografia più attenta⁹²⁶, dietro ogni processo per diserzione, alle spalle di ogni vicenda di abbandono del proprio posto, c'è una storia singolare che difficilmente può essere inquadrata come un premeditato e consapevole gesto di ribellione nei confronti dell'esercito o della nazione. Molto più spesso la diserzione si inserisce in situazioni e vicende particolari, in cui giocano un ruolo non secondario la rabbia, la frustrazione, il dolore e, anche, la ribellione nei confronti di un sistema ritenuto iniquo e spesso incomprensibile. Gli stessi elementi responsabili delle crisi nervose e del disagio mentale che condussero tanti soldati in manicomio.

1.1 Dalla diserzione alla morte in manicomio: Stefano B.

Come il militare Stefano B., nato a Mondovì nel 1882 e inviato a Racconigi il 25 Settembre 1917 proprio dalle carceri giudiziarie del suo paese d'origine⁹²⁷. L'estratto matricolare del detenuto ce lo descrive come un uomo di 35 anni, alto 1 metro e 62 cm., con i capelli neri e la fronte alta, occhi e baffi castani. Segni particolari: condotta «cattiva». Sono queste le informazioni redatte dal Capoguardia Ferrero delle carceri militari di Mondovì, dove Stefano B. viene inviato dal reparto d'appartenenza, il 34° Reggimento Fanteria, che lo denuncia per «diserzione» e «insubordinazione»⁹²⁸.

Il militare giunge in manicomio senza essere accompagnato da «note anamnestiche ufficiali»⁹²⁹ ma, interrogato in diverse riprese, «ammette che da lungo tempo abusa di vino e liquori. [...] Dice

⁹²⁶ Cfr. A. Scartabellati, *Esistenze mutilate. La storia senza riscatto dei folli di guerra, Relazione originale presentata alla giornata di studio ANMIG sull'esperienza dei mutilati di guerra*, Firenze, 04-05 giugno 2015.

⁹²⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10244.

⁹²⁸ Ivi, *Estratto matricolare del detenuto: titolo del delitto*.

⁹²⁹ Ivi, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo, Riassunto della cartella clinica del soldato Stefano B.*

che più volte è stato in prigione per disordini commessi in stato di ubriachezza e per furti di vino»⁹³⁰. La diagnosi provvisoria è quella di «stato maniacale». Internato e sottoposto ad attenti controlli alterna fasi depressive ad altre maniacali: la notte non dorme, disturba, è scosso ha frequenti impulsi psico-motori e aggredisce sovente gli altri pazienti. Il 26 Novembre del 1917, visto il perdurare delle condizioni di profonda instabilità, e considerato lo stato generale psico-fisico, viene prosciolto dall'accusa di diserzione dal tribunale di Alessandria, perché riconosciuto «affetto da "stato maniacale"»⁹³¹. Il 25 Febbraio, proprio in virtù del suo stato, viene riformato dal servizio militare e affidato alle "cure" del manicomio provinciale di Cuneo. Pochissime le notizie cliniche relative al resto del 1918 e a buona parte del 1919, riassumibili in: «da qualche tempo più ordinato, tranquillo, operoso»⁹³². Qualche mese dopo, nel 1919, si sottolinea invece «l'ottundimento del senso morale»⁹³³ e il fatto che «della famiglia mai domanda, né si interessa. Parla del suo vizio inveterato di bere, dei furti commessi di vino, degli atti d'insubordinazione, d'infrazioni alle leggi, come della cosa più naturale e senza che il ricordo suscitò in lui il più breve stato emozionale. In reparto si interessa di nulla, si mostra bene ambientato»⁹³⁴. Verso la fine dell'anno compaiono sul suo corpo «ascessi metastatici»⁹³⁵ e il 7 Gennaio si segnala che «da qualche giorno si è fatto irrequieto, clamoroso, disturba, allucinato. Viene trasferito all'infermeria del[lo] Charcot, il reparto per "agitati" e "sudici". Le metastasi aumentano progressivamente nel corso dell'anno seguente, fino a condurlo alla morte il 3 Ottobre 1921.

Come in diversi casi simili, lo "stato maniacale" diagnosticato dai medici, più che una malattia con un quadro nosografico ben definito, appare essere la comoda reificazione, in forma di diagnosi, dei sintomi più evidenti e della condizione di agitazione e pericolosità sociale che contraddistingue l'individuo probabile simulatore.

1.2 Le preoccupazioni della famiglia del simulatore

Il 1917, e più precisamente la seconda parte dell'anno e l'inizio di quello successivo, è il periodo in cui la legislazione militare nei confronti dei disertori viene inasprita. Il bando n.263 del 2 Novembre 1917 pone l'obbligo a tutti i disertori di presentarsi entro e non oltre 5 giorni presso l'autorità militare più prossima, pena la fucilazione. Il termine venne posticipato prima al 18 e successivamente al 30 novembre. Nonostante queste dilazioni è evidente una volontà politica ben precisa, che nel momento più complesso del conflitto chiama a raccolta tutte le forze della nazione e punisce con estrema durezza chi si sottrae al proprio dovere. Entro la fine dell'anno, invece, il decreto n.1952, del 10 Dicembre 1917, mentre concede una forma di amnistia per i soldati che si fossero presentati alle autorità militari entro il 29 Dicembre 1917, procede con l'inasprimento delle pene per chi si ritiene responsabile di aver favorito un disertore, la sua fuga o di averlo nascosto. Si passa da 1 a 5 anni nel caso di disertori disarmati e da 3 a 15 anni nel caso di militari armati⁹³⁶. Il dispositivo sembra voler togliere ai disertori il possibile sostegno di familiari e amici, di fatto facendo "terra bruciata" intorno al militare e costringendolo così a uscire allo "scoperto" o, a priori, inibendo l'allontanamento. Fino ad allora il codice militare aveva escluso da tali sanzioni la moglie, i figli, i fratelli e le sorelle, gli zii e i nipoti, insomma i parenti più prossimi del disertore, riconoscendo in

⁹³⁰ Ivi, *Tabella nosografica: Anamnesi*.

⁹³¹ Ivi, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo, Proposta a rassegna di riforma dal servizio militare per il soldato Stefano B, Racconigi, 98/02/1918.*

⁹³² Ivi, *Diari psichici e clinici*, Maggio 1919.

⁹³³ Ivi, *Diari clinici*, 10 Ottobre 1919.

⁹³⁴ *Ibidem*.

⁹³⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10244, *Diari clinici*, 7 Gennaio 1920.

⁹³⁶ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 170.

qualche modo l'attenuante del vincolo familiare⁹³⁷. L'inasprimento giuridico, ratificato attraverso il decreto 1952, stabilisce dunque una ulteriore esasperazione di una già rigida legislazione militare che intende, anzitutto, presentarsi come ancor più inflessibile nei confronti di quegli individui identificati come soldati delinquenti, sulla scorta di una storia disciplinare ben precisa che abbiamo visto contraddistinguere il processo di costruzione nazionale.

Tutto ciò come influì sugli internamenti manicomiali? Fin dalla sua inaugurazione il manicomio è uno snodo fondamentale per l'incontro tra le istanze delle famiglie degli internati e l'istituzione pubblica che, nelle vesti della direzione sanitaria, fornisce informazioni sugli alienati, rende conto di preoccupazioni e richieste da parte dei congiunti, cerca insomma di mantenere un collegamento tra l'interno e l'esterno dell'istituto, tra i ricoverati e la società. L'estensione delle pene anche ai familiari dei disertori, potenzialmente, poteva dunque modificare i rapporti tra il direttore del manicomio, rappresentante l'autorità pubblica, e tutti i parenti interessati a stabilire, proprio attraverso il direttore, una canale con il proprio congiunto disertore internato. La documentazione d'archivio invece, su tale aspetto, non mostra alcun evidente cambiamento nei comportamenti del direttore che, come prima, continua a rispondere a tutti, a fornire informazioni, rassicurazioni, notizie, e tutto ciò indipendentemente dall'eventuale accusa che pesa sul soldato che varca il portone del manicomio. Come nel caso del soldato Antonio B., originario di S.Maria Fratta, che giunge a Racconigi il 27 Ottobre del 1917 proveniente dall'ospedale Militare S.Osvaldo di Udine con la diagnosi di «alienazione mentale (simulata)»⁹³⁸. Il contesto è quello segnato dallo sgombero dei manicomi posti lungo la linea del fronte e ciò determina l'invio nelle strutture poste nelle retrovie, come appunto Racconigi, dei militari ricoverati.

Antonio B. giunge a Udine proveniente dall'Ospedale da Campo 231 segnalato come un potenziale simulatore, resta in osservazione nel periodo compreso tra il 13 e il 26 Ottobre, ma in questo arco di tempo «non si possono raccogliere dati anamnestici né procedere ad un esame somatico»⁹³⁹. Il militare «si presenta come sofferente di stato confusionale, fisionomia con espressione attonita, gli occhi sbarrati»⁹⁴⁰. La diagnosi provvisoria è «forte sospetto d'intenzionalità» dietro i sintomi presentati e con questa valutazione viene disposto l'invio «al Manicomio di Racconigi in proseguimento d'osservazione»⁹⁴¹. Qui però resta internato un periodo abbastanza lungo, dal 27 Ottobre 1917 al 29 Aprile 1918, a dimostrazione delle difficoltà di individuare con certezza l'eventuale condizione di simulazione. Alla fine viene dimesso come «migliorato», un giudizio che non esclude la condizione di alienazione mentale.

La sua storia è simile a quella di molti altri militari e non presenta particolari di rilievo, se non appunto in relazione alla questione esaminata e, nello specifico, all'eventuale diverso atteggiamento del direttore nei confronti dei familiari dei soldati sospettati di essere dei simulatori. In tale ottica possiamo fare riferimento alle lettere scritte dal padre del soldato al direttore che, riguardando un sospetto simulatore, possono gettare un po' di luce su eventuali riflessi di questa condizione nei rapporti con la direzione sanitaria.

«S.Maria la Fossa 29/03/18

Gentilissimo Signore lo rispondo alla vostra cartolina ringraziandovi della carità che avete avuto verso di noi di darmi notizie del nostro amato figlio Antonio B. Ergento [?] Signore mi scusata che io vi secca, perché la lontananza fa pensare sempre a male mi rivolge a voi se siete

⁹³⁷ *Ibidem*.

⁹³⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10285, *Ospedale S.Osvaldo di Udine. Reparto Malattie Nervose, cartella clinica n.7456*.

⁹³⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10285, *Ospedale S.Osvaldo di Udine. Reparto Malattie Nervose, cartella clinica n.7456, Diario, Ottobre 2017*.

⁹⁴⁰ *Ibidem*.

⁹⁴¹ *Ibidem*.

padre dei figli che potete considerare i figli quante sono cari mi fate la gentilezza di rispondermi quante io vi scrivo di farmi sapere nostro figlio come la passa. Non ho altro che dirvi aspetto solo che le vostre notizie vi salute e sono per sempre vostro affezionato Francesco B.»⁹⁴².

La lettera consente di trarre alcune informazioni utili per gli interrogativi posti. Innanzitutto il testo, quasi sicuramente, è stato redatto direttamente dal padre del militare, infatti la grafia è insicura, malferma e in diversi passaggi emerge un registro discorsivo tipico del linguaggio parlato, solo a fatica celato da formule di ringraziamento e da ossequi. Si fa riferimento inoltre a una precedente risposta del direttore, che implica almeno un'altra lettera inviata dalla famiglia⁹⁴³. Ad esse il direttore Rossi risponde seguendo il solito canone e, dunque, non mostrando variazioni relazionali dettate dall'accusa che pesa sul militare. Anzi, le note comunicate alla famiglia fanno riferimento allo stato della degenza, alle condizioni psicofisiche dell'internato e all'impressione che desta in manicomio: «Il soldato B. Antonio prosegue nel miglioramento e si mantiene tranquillo, docile, ordinato nel vestire. Non sopraggiungendo complicazioni è prevedibile che possa molto presto abbandonare il manicomio»⁹⁴⁴. Poche notizie da cui si evince che il direttore considera il soldato alla stregua degli altri militari, vale a dire un paziente prima in osservazione e, in seguito, inserito in un percorso riabilitativo. Nessun riferimento alla simulazione – esplicitamente sottolineata nella documentazione che ha accompagnato il militare da Udine –, né un diverso trattamento verso quei familiari che il decreto 1952 ritiene potenziali favoreggiatori. Tutto ciò consente di far emergere, una volta ancora, la complessità della dialettica tra le autorità militari e la direzione sanitaria, gli spazi di autonomia da quest'ultima mantenuti, a fronte della subordinazione emersa in altri contesti, e dunque le molteplici sfumature delle relazioni istituzionali esistenti.

2. Le allucinazioni e i deliri

L'impatto più evidente della guerra sulla psiche dei militari è probabilmente quello delle allucinazioni, il riflesso patologico di ciò che vissero, sentirono, delle paure provate e degli incubi che attraversarono la loro mente.

Le allucinazioni sconvolsero il vissuto di tanti giovani impegnati nel conflitto in modi diversi, suscitando reazioni molteplici: chi si gettava durante la notte sotto il letto convinto ci fossero bombardamenti in corso, chi vedeva nei vicini di letto spie tedesche, chi era convinto di essere rinchiuso in un campo di detenzione per prigionieri, chi vedeva nemici ovunque, soprattutto tra gli infermieri. Le storie di allucinazioni di Racconigi sono drammaticamente diverse e, per altri versi, tragicamente simili a quelle che gli archivi manicomiali d'Italia restituiscono allo sguardo dello storico.

In alcuni casi le allucinazioni sfociano in condizioni di mania che scuotono l'internato e lo spingono a reagire, a scagliarsi contro i nemici partoriti dalla sua mente; in altri indeboliscono il soggetto che appare confuso, depresso, senza forze. È il caso del soldato Emilio R., di Magliano Alfieri, di professione contadino, che giunge a Racconigi dal manicomio di Treviso il 7 di Agosto 1917, dopo essere stato riformato a causa della gravità della condizione riscontrata. A differenza di molte vicende che hanno coinvolto militari, la sua storia non termina nel giro di un paio di mesi con la dimissione. Infatti in manicomio resta per oltre 15 anni, durante i quali le allucinazioni non lo abbandonano più e lo logorano nel corpo e nello spirito. Nel 1933, all'età di 55 anni, viene dimesso,

⁹⁴² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10285.

⁹⁴³ Di queste prime due missive non è rimasta traccia nella cartella clinica del soldato.

⁹⁴⁴ Ivi, *cartolina del Direttore*, n. 2572 del prot., 3 Aprile 1918.

ormai sfinito da anni di terapie shock che, a partire dalla metà degli anni Venti, rappresentano la terapia d'elezione per le condizioni croniche nei manicomi italiani⁹⁴⁵.

Le allucinazioni cui incorrono i soldati sono di diverso tipo: visive, tattili, olfattive, gustative e uditive. Queste ultime, in particolare, sono molto diffuse e riguardano il sentire i segnali della presenza del nemico sempre incombente. Queste sensazioni sono amplificate dalla tipologia industriale del primo conflitto, che sollecita e traumatizza il combattente attraverso un ventaglio diverso di rumori spaventosi: lo scoppio delle granate, il tuonare dei cannoni, il rombo degli aerei, il fragore delle mitragliatrici, solo per nominarne alcuni. I soldati che giungono in manicomio, sovente, sono attanagliati dalla paura di trovare i "tedeschi" – categoria che include anche gli austriaci – in giro per i corridoi, appostati dietro a un muro, nelle latrine o ad attenderli in infermeria durante i controlli. Spesso, soprattutto durante la notte, piangevano e si disperavano lanciando richieste d'aiuto e invocazioni disperate. In alcuni casi questi fantasmi assumono la forma delle visioni terribili che scuotono gli incubi dei bambini. Anche alla luce di ciò non è azzardato intravedere in tante condizioni patologiche scatenate dalla guerra una regressione proprio alla fragilità della condizione infantile. Come nel caso del soldato Antonio B., della classe 1895, appartenente al 51° Reggimento Fanteria, che giunge in manicomio il 3 Aprile 1918. Proviene da un periodo di convalescenza «per postumi di ferita da arma da fuoco riportata in guerra, interessante il frontale destro»⁹⁴⁶. Il militare, durante il ricovero presso l'ospedale militare, presenta «disturbi allucinatori visivi a contenuto terrifico. È continuamente ossessionato dalla visione d'un figuro di gigantesca statura, dal ceffo ripugnante, dalla barba fluente, che col suo aspetto gli incute forte terrore»⁹⁴⁷. Anche durante il periodo di osservazione in manicomio continua ad essere afflitto da allucinazioni a contenuto bellico: «si vede sempre davanti l'Austriaco che lo colpì alla testa, vede cani che gli si avventano contro per morsicarlo»⁹⁴⁸. La situazione peggiora nel corso dei mesi e tende verso l'«indebolimento mentale» e la cronicizzazione dei sintomi: «accusa un gran peso sulla testa e aspetta che venga qualcuno a toglierlo con una macchina»⁹⁴⁹. Di notte, se possibile, va anche peggio: vede di continuo «l'Austriaco dalla barbaccia nera che vuole ucciderlo»⁹⁵⁰. La diagnosi – caso non frequente per i soldati – è presente, ed è quella di «confusione allucinatoria con indebolimento mentale». Le allucinazioni lo affliggono fino al mese di Settembre, quando spariscono senza alcuna apparente spiegazione; ai medici appare più tranquillo e così lo dimettono immediatamente come «migliorato». Il caso di questo soldato, oltre a evidenziare la natura ossessiva e angosciata delle allucinazioni provocate dalla guerra, mostra quella che Annacarla Valeriano ha definito «la massima manifestazione della dissociazione dalla realtà»⁹⁵¹, vale a dire la regressione allo stato infantile, con l'insorgere delle paure tipiche di quella condizione. Anche questo, probabilmente, rappresenta un tentativo di fuga dagli orrori del conflitto, nella direzione di una dimensione più rassicurante, poiché contraddistinta dalla presenza delle figure genitoriali.

Tra le allucinazioni più frequenti le "voci", che perseguitavano il malcapitato intimandogli la resa o l'abbandono dell'arma. Tutto ciò costringeva il soldato in posizione di perenne difesa, raggomitolato su se stesso o piegato con le spalle al muro in atteggiamento smarrito e contratto. Come il soldato Vittorio Z., giunto a Racconigi dall'Ospedale S.Osvaldo di Udine, dopo un precedente ricovero presso l'ospedale da campo n.231⁹⁵². Il militare presenta una «confusione mentale

⁹⁴⁵ Cfr. V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009, pp. 90 e segg.

⁹⁴⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10642, *Direzione dell'Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio di Racconigi del soldato B.Antonio*, Savigliano, 6 Aprile 1918.

⁹⁴⁷ *Ibidem*.

⁹⁴⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10642, *Diari psichici e fisici*, Aprile 1918.

⁹⁴⁹ *Ivi*, *Diari psichici e fisici*, Maggio 1918. La sottolineatura è presente nella documentazione clinica.

⁹⁵⁰ *Ivi*, *Diari psichici e fisici*, 18 Giugno 1918.

⁹⁵¹ Cfr. A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)...cit.*, p. 179.

⁹⁵² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10287, *Ospedale da campo della II Armata*, c.c. 7593.

allucinatoria»⁹⁵³ e manifesta «allucinazioni visive ed uditive»⁹⁵⁴. Le «turbe allucinatorie in prevalenza uditive» generano «impulsività violenta e improvvisa» e «disorientamento per il tempo, luogo e persona»⁹⁵⁵. Le voci lo perseguitano soprattutto di notte così che è «per lo più insonne, clamoroso. Sovente irrequieto»⁹⁵⁶. Viene inviato a Racconigi e qui resta in osservazione tra il 27 Ottobre 1917 e il 31 Dicembre 1917, dopodiché viene giudicato «guarito» e «licenziato definitivamente» con provvedimento del Tribunale di Saluzzo il 21 Gennaio 1918⁹⁵⁷. Improvvisamente, e senza alcuna ragione, le voci erano sparite e ciò sembrava dare conferma al medico cremasco Ferdinando Cazzamalli, che in un articolo di poco successivo agli eventi descritti, sosteneva i sintomi sensoriali erano legati agli stimoli del conflitto. Infatti bastava che i soldati abbandonassero il fronte per ritrovare un minimo di lucidità⁹⁵⁸.

Le alterazioni percettive, le “voci” udite da molti militari, la convinzione di vedere il nemico ovunque, spesso spingevano i soldati a reazioni improvvise e disperate. Compagni e superiori venivano scambiati per tedeschi e austriaci e non erano rari i casi in cui veniva sfiorata la tragedia. Come nel caso del soldato Giuseppe P., classe 1899, celibe, ricoverato con urgenza all’Ospedale Militare di Savigliano il 6 marzo 1918, dove era stato inviato dal presidio di Costigliole Saluzzo⁹⁵⁹. Il militare appartiene al 2° Reggimento Alpini e qui, nella notte del 5 marzo, «si presentò alla porta della caserma armato di fucile a baionetta, in stato di grave esaltamento e come nell’atto di avventarsi contro una pattuglia nemica»⁹⁶⁰. L’indomani mattina il militare si presenta alla visita medica «in stato di grave eccitazione e come in preda ad allucinazioni visive»⁹⁶¹. Viene disposto il ricovero in ospedale, qui Giuseppe P. resta 5 giorni durante i quali presenta «disturbi psicopatici caratterizzati essenzialmente da stato allucinatorio visivo ed uditivo a contenuto terrifico, che lo mantiene in continuo stato subansioso»⁹⁶². Anche in considerazione di ciò «lo si ritiene individuo pericoloso a sé e agli altri»⁹⁶³, dunque «a mente dell’art. 108 paragrafo 512 del Regolamento sul servizio sanitario militare»⁹⁶⁴ viene disposto l’invio in manicomio.

Giunto nello stabilimento racconigese si cerca di ricostruire, attraverso l’autorità militare, «se qualche membro della sua famiglia soffra di malattie nervose, se mai fu in manicomio e mai ha avuto a che fare con la giustizia»⁹⁶⁵. I carabinieri di Saluzzo, competenti territorialmente, prendono informazioni e ricostruiscono che il giovane «non venne mai ricoverato in alcun manicomio, né ebbe mai a che fare con la giustizia»⁹⁶⁶. Il medico condotto di Pagno, paese d’origine del soldato, informa invece che il padre del soldato «è da circa un anno affetto da squilibrio mentale ed è tuttora infermo. Una sorella dello stesso soldato fu pure nell’anno 1910 colpita da malattia mentale e fu ricoverata prima in un manicomio a Parigi e successivamente a Racconigi»⁹⁶⁷. Il caso è quindi inquadrabile in un contesto di predisposizione familiare che lascia prevedere ai medici un decorso cronico che, però,

⁹⁵³ Ivi, *Ospedale da campo della II Armata*, c.c.7593, *Diagnosi*.

⁹⁵⁴ Ivi, *Ospedale da campo della II Armata*, c.c.7593, *Diario*.

⁹⁵⁵ Ivi, *Ospedale da campo della II Armata*, c.c.7593, *Diario* 21 Ottobre 1917-26 Ottobre 1917.

⁹⁵⁶ *Ibidem*.

⁹⁵⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10287.

⁹⁵⁸ Cfr. F. Cazzamalli, *Il delirio sensoriale di guerra. Per una particolare interpretazione eziologica e patogenetica*, in RSF, a. LIV, 1919, pp. 111-113.

⁹⁵⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10606.

⁹⁶⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10606, *Direzione Ospedale Militare principale di Savigliano, oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio del soldato P. Giuseppe, n.1674 di prot.*, Savigliano 11 Marzo 1918.

⁹⁶¹ *Ibidem*.

⁹⁶² *Ibidem*.

⁹⁶³ *Ibidem*.

⁹⁶⁴ *Ibidem*.

⁹⁶⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10606, *Direzione Ospedale Militare principale di Savigliano, n. prot. 1619*, Savigliano 18 Marzo 1918.

⁹⁶⁶ Ivi, *Comando della stazione di Saluzzo*, Saluzzo 12 Marzo 1918 [n. prot. 1407].

⁹⁶⁷ Ivi, *dott. Domenico Re*, Pagno 11 Marzo 1918.

non avviene. Infatti il militare, dopo solo un mese dal suo ingresso in manicomio, viene dimesso con il giudizio di «migliorato». Segno che nelle fasi più concitate del conflitto, nemmeno il rischio di una evidente pericolosità sociale, la situazione familiare e la possibile predisposizione, sono elementi sufficienti per confermare il ricovero. La necessità di avere quanti più uomini al fronte, evidentemente, fece passare in secondo piano ogni altra considerazione.

Da ciò deriva anche l'alta percentuale di recidivi tra i soldati licenziati in prova o rispediti in caserma ai primi segni di miglioramento. Nel caso del soldato Giuseppe P. ciò avviene dopo solo una ventina di giorni, il 26 aprile 1918. Ad inviarlo nuovamente a Racconigi è il capitano medico del 2° Reggimento Alpini di Cuneo che alle 4 di notte del 23 aprile viene chiamato nei dormitori, dove il militare «dava segni manifesti di mania furiosa rompendo e sbattendo tutto quello che gli capitava sotto mano. Gli fu subito applicata la camicia di forza e trasportato nella camera di sicurezza»⁹⁶⁸ dell'infermeria. Viene nuovamente inviato a Racconigi, dove resta in osservazione dal 26 aprile al 16 luglio 1918. Durante la degenza sembra non ricordare «gli avvenimenti precedenti la sua ammissione»⁹⁶⁹, la memoria è «incerta e confusa»⁹⁷⁰, ma il contegno è «tranquillo, lucido e cosciente»⁹⁷¹. A Maggio vengono registrati continui cambi d'umore, ma nessun attacco pulsionale. A Luglio appare tranquillo e si decide nuovamente di dimetterlo in prova. E, questa volta, non farà più ritorno a Racconigi. Nella documentazione clinica non appare nessun riferimento a diagnosi, o a patologie specifiche, nonostante il duplice ricovero. Anche questo è un segno palese della difficoltà avuta dai medici nel trattare queste galassie transitorie indefinite e i soggetti che ne risultano "colpiti".

I deliri più diffusi riguardavano la paura di morire, la presenza del nemico, il terrore di essere perennemente sotto minaccia e dunque di non potersi fidare di nessuno. Ciò generava fenomeni depressivi che si autoalimentavano fino a transitare nella forma cronica. Molti soldati erano prostrati, malinconici, smarriti, spesso contratti e rannicchiati su loro stessi. Come nel caso del caporal maggiore Gottardo V., di Genova, classe 1883, che fa il suo ingresso a Racconigi il 28 gennaio 1818⁹⁷². La diagnosi d'ingresso – l'unica emessa – è di «stato depressivo delirante in soggetto alcolista», essa tiene conto tanto delle allucinazioni del soldato, quanto dalla consuetudine all'alcool ricostruito dai medici attraverso le informazioni provenienti dal reparto⁹⁷³. Il militare, già durante il ricovero presso l'ospedale militare di Savigliano, «si mantiene sempre d'umore depresso, in preda ad un senso di scoramento che in certi momenti raggiunge il *toedium vitae*. Ritiene fermamente d'essere preso di mira da persone a lui ignote, viventi fuori dall'ospedale, che a distanza riescono a nuocergli, avvelenandogli a piccole dosi il sangue, nemici inesorabili che non s'acquieteranno sino a che non l'avranno visto morto»⁹⁷⁴. Giunto in manicomio proseguono gli «spunti di idee deliranti a contenuto persecutorio: "è malvisto da tutti, gli avvelenano il sangue, un compagno ha tentato di contagiarlo di una malattia facendolo fumar in una pipa, di notte qualche volta ha disturbi sensoriali, vede delle bestie avventarglisi contro»⁹⁷⁵. Un mese dopo, però, i deliri sono quasi scomparsi e così, rapidamente, viene dimesso, il 5 marzo 1918, con il giudizio di «guarito».

Gli stati allucinatori provocati dall'esperienza di guerra erano i più diversi e spesso compromettevano tanto la sfera sensoriale, quanto quella percettiva. I soldati erano travolti da "turbini allucinatori" che coinvolgevano aspetti molteplici della loro esistenza, tanto da venire

⁹⁶⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10675, 2 Reggimento Alpini, Cuneo. *Infermeria medica*, 23 Aprile 1918.

⁹⁶⁹ Ivi, *Tabella nosografica. Diari psichici e fisici*, 27 Aprile 1916.

⁹⁷⁰ *Ibidem*.

⁹⁷¹ *Ibidem*.

⁹⁷² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10554.

⁹⁷³ ASONR, serie IX, 1.1, UA 1144, *Registro cronologico degli alienati ammessi nel manicomio 1918-1920*.

⁹⁷⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10554., *Direzione dell'Ospedale Militare di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al manicomio del caporal Maggiore V. Gottardo*, Savigliano, 28 Gennaio 1918.

⁹⁷⁵ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Gennaio 1918.

rielaborati in forme e storie singolari attraverso cui i militari davano senso alla loro esistenza. Il soldato Battista R., di Dronero, classe 1888, appartenente al 33° Reggimento Fanteria di Cuneo, viene ricoverato dapprima presso l'Ospedale di Riserva di Cuneo e poi presso il manicomio, proprio perché affetto da una grave forma di «confusione allucinatoria»⁹⁷⁶. Il militare è convinto di essere perseguitato dai superiori e «di essere tenuto in ospedale senza avere alcuna malattia»⁹⁷⁷. Dice di essere stato sempre al fronte, anche se non è vero, e di sentire di continuo delle voci che lo insultano e «che non gli lasciano requie»⁹⁷⁸. Per sfuggire alle voci si reca anche dai carabinieri a Saluzzo che, considerato lo stato di salute, lo conducono in ospedale. In manicomio presenta «idee deliranti persecutorie confuse»⁹⁷⁹, sente voci che gli «danno ordini, dice che non è più padrone di se stesso»⁹⁸⁰. Nei momenti di lucidità non si ricorda delle allucinazioni e appare confuso, cupo. Le condizioni peggiorano e la confusione delirante tende a cronicizzarsi, così che il soldato viene riformato il 28 marzo 1918 e, dopo di ciò trasferito alla succursale del manicomio di Cuneo, dove muore il 15 ottobre 1918, a seguito di «broncopolmonite da influenza»⁹⁸¹.

Tra le forme allucinatorie emerse a Racconigi, alcuni casi evocano uno dei fattori che contraddistinguono il carattere innovativo della Grande Guerra: l'uso dell'aviazione. Come sostenuto da Isneghi e Rochat «le macchine volanti erano una novità assoluta, che suscitava stupore ed entusiasmo, che affascinava. Il volo era la realizzazione di un sogno, l'esaltazione della fantasia più sfrenata, il superamento delle leggi della natura; era anche un prodotto straordinario della modernità, del progresso, della tecnologia»⁹⁸². Non sorprende dunque trovare l'immaginario legato all'aviazione tra i deliri dei militari ricoverati nel Reparto Psichiatrico Militare. Come nel caso del soldato Guido M., di Napoli, del 34° Reggimento di Fanteria di Mondovì, colto da attacchi deliranti in caserma. In particolare egli diceva «che vedeva il suo apparecchio (è stato qualche tempo addietro all'aviazione donde fu rimandato al reggimento) e che tutti erano d'accordo per rubarglielo. Contemporaneamente si lanciava contro il medico ed i soldati accorsi [...], dibattendosi e cercando di dare la testa contro il muro»⁹⁸³. Anche in manicomio persiste lo stato delirante: vede nemici dappertutto e aggredisce un compagno con delle forbici «procurandogli una contusione alla fronte, poi ha tentato di percuotere due infermieri»⁹⁸⁴. Anche lui viene dimesso, come «migliorato», appena è passata la fase acuta dei sintomi.

I deliri, come detto, assumono forme e rappresentazioni diverse, molto spesso legati al vissuto e alle esperienze del soggetto che ne è colpito. Così nel caso del soldato Giuseppe M.⁹⁸⁵, della classe 1891, internato in manicomio il 10 dicembre 1917, prendono la forma di voci familiari. «Sente parlare i suoi fratelli: le voci lo rimproverano, gli dicono che è buono a nulla, parlano della guerra»⁹⁸⁶. La situazione peggiora nei giorni seguenti: «è più confuso e disorientato, borbotta frasi sconnesse, si aggira per la camerata senza scopo, alla sera non sa più ritrovare il suo letto»⁹⁸⁷. I sintomi persistono e così il 21 giugno 1918 viene riformato; intanto viene prolungato il suo internamento fino alla data di morte, il 7 febbraio 1919, avvenuta «per enterite cronica»⁹⁸⁸.

⁹⁷⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10505, *Proposta a rassegna pel soldato R. Battista*, Racconigi, 13 Marzo 1918.

⁹⁷⁷ Ivi, *Tabella nosografica di R. Battista, Anamnesi*.

⁹⁷⁸ Ivi, *Diari psichici e fisici*, 2 Dicembre 1917.

⁹⁷⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10505, *Diari psichici e fisici*, 4 Dicembre 1917.

⁹⁸⁰ *Ibidem*.

⁹⁸¹ Ivi, *Nota*, Racconigi, 17 Ottobre 1919.

⁹⁸² Cfr. M. Isneghi, G. Rochat, *La Grande Guerra 1914-1918...cit.*, p. 224.

⁹⁸³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10511, *Tabella nosografica di M. Guido, Anamnesi*.

⁹⁸⁴ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Gennaio 1918.

⁹⁸⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10516.

⁹⁸⁶ Ivi, *Diari psichici e fisici*, 16 Dicembre 1917.

⁹⁸⁷ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Dicembre 1917.

⁹⁸⁸ Ivi, *Nota*, 20 Ottobre 1919.

In un altro caso, invece, i deliri riguardano l'ambiente di lavoro. Protagonista è un operaio militarizzato, ricoverato dapprima presso l'Ospedale Militare di Savigliano perché preda di «idee deliranti persecutorie con violenti scatti reattivi verso i compagni e i superiori che lo accusavano di furti»⁹⁸⁹. In seguito il delirio assume forma paranoica e l'operaio viene inviato al manicomio, dove fa il suo ingresso il 15 dicembre 1917. Qui continua a mostrare le idee allucinatorie a contenuto persecutorio, in particolare nei confronti del capo-squadra dell'officina dove ha lavorato. È convinto che questi gli nascondesse i “ferri del mestiere” per poterlo poi incolpare⁹⁹⁰. Anche in manicomio è certo «che alcuni parlino di lui, dicono che è stato condannato a un anno di prigione»⁹⁹¹. Immagini e convinzioni diverse, idee confuse e deliranti caratterizzano anche i mesi seguenti, tanto che il 12 maggio 1918 viene riformato e viene deciso il suo internamento definitivo. I diari psichici lo descrivono nel 1920 come «ancora sofferente di disturbi allucinatori che generano convinzioni deliranti»⁹⁹². Poi un lungo silenzio fino al novembre del 1929 quando viene descritto come «impulsivo, violento, ostile»⁹⁹³. I deliri e le allucinazioni, quando diventavano condizioni croniche, prevedevano un decorso clinico problematico e spesso sfavorevole per gli internati che, come nel caso presente, potevano trascorrere il resto dell'esistenza in manicomio. Il suo è in particolare uno degli internamenti più lunghi tra quelli che hanno interessato i soldati della Grande Guerra e attraversa anche buona parte della svolta neuropsichiatrica che ha interessato il manicomio di Racconigi⁹⁹⁴. In questa fase, per calmare gli “agitati” e i “furiosi” e per trattare allucinazioni e deliri, si ricorre alle terapie dello shock: insulino-terapia, elettroshock, malarioterapia. E proprio quest'ultima viene praticata su Giuseppe G., il 5 ottobre 1936, non si sa con quali esiti, visto che la documentazione clinica è abbastanza reticente⁹⁹⁵. Muore il 21 novembre 1941 per emorragia cerebrale, dopo 24 anni di internamento.

In un altro caso i deliri di un soldato, Oreste B., della classe 1894, lo convincono che c'è in atto un complotto per rubargli tutti gli averi. In particolare dopo una visita della sorella inizia a sostenere che «appena tornato a casa l'avrebbe aggiustata⁹⁹⁶ col capitano medico che l'ha fatto rinchiudere al manicomio, per impossessarsi, come ha fatto, dei suoi denari, d'accordo colla famiglia sua»⁹⁹⁷. Nonostante queste convinzioni disturbate persistano, visto che non appare agitato, né pericoloso, i medici lo dimettono come «guarito» il 2 aprile 1918.

Il soldato Luigi R., classe 1892, appartenente al 1° Reggimento Alpini, invece è dominato da sentimenti di persecuzione e rivalsa. Giunge presso l'Ospedale Militare di Savigliano «assai irrequieto, disordinato, collo sguardo spaurito e fisso»⁹⁹⁸. Il militare è insonne «clamoroso e disturbatore. Grida continuamente “Vigliacchi, mi hanno battuto...”⁹⁹⁹. Come in altri casi, la convinzione di trovarsi davanti al nemico lo spinge a rimanere vigile, a non dormire durante la notte, a cercare inutilmente di fuggire.

Non mancano neanche tra i deliri che colpiscono i militari internati quelli a sfondo politico. Il soldato Giuseppe G., della classe 1892, appartenente al 34° Reggimento Fanteria, fa il suo ingresso

⁹⁸⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10521, *Tabella nosografica di G. Giuseppe, Anamnesi*.

⁹⁹⁰ Ivi, *Diari psichici e fisici*, 15 Dicembre 1917.

⁹⁹¹ *Ibidem*.

⁹⁹² Ivi, *Diari psichici e fisici*, Gennaio 1920.

⁹⁹³ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Novembre 1929.

⁹⁹⁴ Per una contestualizzazione storiografica vedi: V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomio e psichiatri nell'Italia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009, pp. 67-114.

⁹⁹⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10521, *Diari psichici e fisici*, 5 Ottobre 1936.

⁹⁹⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10524, *Diari psichici e fisici*, Marzo 1918. Sottolineatura presente nella documentazione clinica.

⁹⁹⁷ *Ibidem*.

⁹⁹⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10548, *Direzione ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio del soldato R. Luigi*, Savigliano 24 Gennaio 1918.

⁹⁹⁹ *Ibidem*

a Racconigi il 23 Marzo 1918¹⁰⁰⁰. Ai medici appare depresso, taciturno, «in preda disperazione»¹⁰⁰¹, ha frequenti spunti deliranti, durante i quali «sente voci che lo accusano di essere anarchico e gli dicono che sarà processato e condannato a morte. Si dibatte irrequieto dal letto, piange, grida. Insonne, clamoroso»¹⁰⁰², non riesce a darsi pace. Già durante il ricovero presso l'Ospedale Militare di Savigliano, ai medici, era apparso «ansioso con espressione fisionomica atterrita, come di persona in preda a vivaci rappresentazioni allucinatorie»¹⁰⁰³. Dalle indagini fatte dai medici non si riesce a capire il collegamento tra le allucinazioni e il vissuto del soldato, che perdurano nel tempo, forse favorite anche dalle pessime condizioni di salute. Solo a Giugno del 1919, dunque oltre un anno dopo l'ammissione nell'istituto, «libero da concezioni deliranti»¹⁰⁰⁴, viene dimesso come «migliorato» e rimandato a casa.

2.1 Il soldato con i «polmoni marci».

Accanto alle allucinazioni, ma spesso con un decorso clinico più sfavorevole, come visto, molti soldati presentavano vere e proprie condizioni deliranti. In questo caso il contatto con la realtà era maggiormente compromesso e le paure assumevano la fisionomia di vere e proprie ossessioni da cui era difficile liberarsi. I militari erano perseguitati da nemici invisibili, vedevano pericoli immaginari ovunque, avevano visioni e, in alcuni casi, erano convinti di essere abitati all'interno da mostri, omuncoli o «buchi neri» che li divoravano. È il caso del soldato Giacomo B., di Benevagienna, del 1895, che dall'ospedale da campo n.204 viene inviato con urgenza al Reparto Psichiatrico Militare di Reggio Emilia «con cartella clinica dalla quale risultava che al Corpo di provenienza il B. era caduto in stato di intensa agitazione psicomotoria e successivamente in stato depressivo con manifestazioni deliranti a carattere persecutorio. Più tardi si tranquillizzò ma esplicò sempre più spiccato delirio nosofobico a carattere sistematizzato»¹⁰⁰⁵. Durante la permanenza al Centro Psichiatrico Militare «protesta perché è qui rinchiuso, e vuole ritornare al proprio reparto, ma prima domanda di essere operato per “dei buchi che ha dentro il naso”»¹⁰⁰⁶. Con il trascorrere dei giorni questa idea delirante, di carattere demenziale non lo ha più abbandonato»¹⁰⁰⁷. Il soldato mostra anche inaffettività, apatia e ideazione puerile. Viene «giudicato affetto da demenza depresso-paranoide»¹⁰⁰⁸ e alla luce di ciò «proposto per la riforma per psicopatia non dipendente da causa di servizio»¹⁰⁰⁹ e successivamente trasferito a Racconigi. La dispensa dal servizio militare giunge con provvedimento dell'11 marzo 1918¹⁰¹⁰, a ratifica di quanto compromesse apparissero le condizioni mentali del militare.

Nel manicomio provinciale di Cuneo fa il suo ingresso il 12 marzo 1918. Ai medici appare con «fisionomia apparentemente triste e preoccupata»¹⁰¹¹ e atteggiamento difensivo. Persiste la condizione delirante, infatti «si porta tuttora le mani al naso come se dovesse otturarsi i cinque buchi che afferma di essersi scavati»¹⁰¹². In manicomio è solitario e presta scarsa attenzione a ciò

¹⁰⁰⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10629, *Diari psichici e fisici*, 25 Marzo 1918.

¹⁰⁰¹ *Ibidem*.

¹⁰⁰² *Ibidem*.

¹⁰⁰³ Ivi, *Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al manicomio del soldato G. Giuseppe*, Savigliano, 23 Marzo 1918.

¹⁰⁰⁴ Ivi, *Diari psichici e fisici*, 12 Giugno 1919.

¹⁰⁰⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10612, *Tabella nosografica. Anamnesi*.

¹⁰⁰⁶ Ivi, *Centro Psichiatrico Militare di I Raccolta, soldato B. Giacomo*, 11 Marzo 1918.

¹⁰⁰⁷ Ivi, *Tabella nosografica. Anamnesi*.

¹⁰⁰⁸ *Ibidem*.

¹⁰⁰⁹ *Ibidem*.

¹⁰¹⁰ Ivi, *Foglio di congedo assoluto, Zona di guerra*, 1 Marzo 1918.

¹⁰¹¹ Ivi, *Tabella nosografica. Diari psichici e fisici*, Aprile 1919.

¹⁰¹² *Ibidem*.

che accade intorno, tutto preso dalle ossessioni che affollano la sua mente. È convinto di avere i «polmoni marci»¹⁰¹³, sempre diffidente, sospettoso, dorme poco, ma – sottolineano i medici nei diari clinici – «non ha finora addimosttrato tendenze suicide ed aggressive»¹⁰¹⁴. Nel corso del 1919 giunge in manicomio la prima lettera proveniente dalla famiglia. Scrive la zia del soldato per conto della madre:

«Anno 1919

Ill.mo Signor Direttore a nome della madre del soldato B. Giacomo domando risposta, che faccia il piacere di dirmi come si trova, se va migliorando o peggio, se per caso avessero da provarlo qualche giorno a casa, se è pericolo che faccia gesti cattivi, spero farà subito una pronta risposta. Le domando scusa del disturbo che le do, lo saluto e sono la zia del B. Giacomo. L'indirizzo è questo, al signor Manasero Stefano di BeneVagienna, frazione Baretto provincia di Cuneo»¹⁰¹⁵.

Dal manicomio risponde il direttore dicendo che il soldato «è ancora un po' malinconico, stravagante, con qualche idea ipocondriaca. Fisicamente è un po' deperito, ha un po' di tosse ma non corre al momento alcun pericolo.

Il caso è uno di quelli in cui la patologia insorta durante la guerra progredisce e si fa cronica, tanto da riconfigurare la personalità stessa del soggetto. Infatti, come notano sempre gli alienisti di Racconigi, «dimostra una personalità disgregata in causa della attuale psicopatia a tipo schizofrenico»¹⁰¹⁶. In simili circostanze il decorso clinico era sfavorevole e l'internamento solitamente diventava definitivo. Le condizioni mentali peggioravano e il decadimento psicofisico si accentuava. Nel caso del militare in questione, quella che ad Aprile sembrava ancora una tosse innocua, nel mese di agosto del 1919 si è trasformata in una grave patologia a carico dell'apparato respiratorio, oggetto di una delle ossessioni a carattere ipocondriaco del militare – «i polmoni sono marci» –. Così, nel giro di poco, il 12 di agosto, una grave forma di broncopolmonite lo conduce alla morte.

Le condizioni insalubri del manicomio, il risparmio sui mezzi di riscaldamento, l'umidità presente nelle sezioni, hanno influito su una condizione psicofisica già profondamente decadente. Anche se, più in generale, bisogna considerare che tra il mese di luglio del 1918 e lo stesso mese dell'anno successivo, periodo di contabilità secondo la scansione dell'istituto, a causa di patologie dell'apparato respiratorio sono morti 39 internati, 37 uomini e due donne, su un totale di 193 decessi¹⁰¹⁷: la prima causa di morte nell'istituto. Anche questo un segnale di quanto il manicomio fosse ben lontano dall'essere una "casa di cura".

2.2 Le assicurazioni del generale Cadorna

Ci sono poi vicende particolari, come quei soldati che continuano a sentire la voce della madre, del padre, di un compagno morto, di un ufficiale o del re. O del generale Cadorna¹⁰¹⁸, proprio come nel caso di Emilio R. che giunge a Treviso il 2 aprile del 1917. I medici veneti così lo descrivono: «presentò sindrome confusionale. Profonda apatia affettiva. Non fu mai violento. Allucinazioni e

¹⁰¹³ *Ibidem*.

¹⁰¹⁴ *Ibidem*.

¹⁰¹⁵ Ivi, *Lettera spedita da Stefano Manassero*, [s.d].

¹⁰¹⁶ Ivi, *Tabella nosografica. Diari psichici e fisici*, Aprile 1919.

¹⁰¹⁷ APCN, dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale. Quadro dei ricoverati morti dal 1 Luglio 1918 al 1 Luglio 1919 distinti secondo la causa di morte, in ACP 1919...cit., p. 146.

¹⁰¹⁸ Su cui vedi la recente ricostruzione di Marco Mondini: *Il capo. La Grande Guerra del generale Luigi Cadorna*, Il Mulino, Bologna 2017.

delirio di autoriferimento. Indebolimento psichico globale. Alterazioni nervose etiche nella degenza»¹⁰¹⁹.

Sulla base dell'anamnesi e delle notizie raccolte la diagnosi è: «psicosi alcolica». Considerata la gravità dei sintomi e le allucinazioni cui è preda il soggetto viene rapidamente riformato dal servizio militare e trasferito nel manicomio competente territorialmente: Racconigi. Qui appare «abbastanza lucido e libero da idee deliranti e disturbi sensoriali»¹⁰²⁰. Piuttosto tranquillo evidenzia però «chiare note di decadimento psichico» che giustificano il provvedimento di internamento definitivo. Nel mese di Marzo del 1919 la documentazione clinica ce lo descrive «tranquillo, ordinato, docile, innocuo a sé e agli altri, buon lavoratore»¹⁰²¹. Sono sparite le allucinazioni e i deliri, continua ad essere però «lievemente indebolito nel complesso delle facoltà psichiche superiori». Ad Agosto torna a sentire le voci: Cadorna lo rassicura di aver «sempre compiuto il suo dovere malgrado i malevoli»¹⁰²².

Nessun riferimento al consumo di sostanze alcoliche nella documentazione clinica, né delle ragioni di una diagnosi per cui non appare più alcun riferimento. Un anno dopo, a Settembre del 1920, sono sempre presenti le allucinazioni che, però, adesso sono di natura persecutoria «i suoi nemici vorrebbero privare lui e la moglie della loro coscienza buona, onesta e farli divenire tristi e canaglie»¹⁰²³. In questo immaginario il nemico assume la forma di male archetipo, in grado di incidere sui vissuti psichici più profondi e intimi, quelli che riguardano il dominio della morale. La guerra è terminata da tempo ma i suoi effetti continuano tragicamente a perseguitare dolorosamente la coscienza e il fisico di Emilio R.: «permangono fenomeni d'eccitamento motorio, quali tremori alla lingua, alle mani»¹⁰²⁴. In queste condizioni trascorre un altro decennio, le condizioni fisiche sono buone, quelle «psico-somatiche invariate». Si guadagna la fiducia della direzione sanitaria che lo ritiene «lavoratore ottimo, di assoluta fiducia addetto al magazzino»¹⁰²⁵. Ha ormai oltre 50 anni e manifesta più volte il desiderio di tornare a casa, dove lo attendono la moglie e 4 figlie. Viene accontentato «perché in realtà da anni e anni è il più perfetto e normale psichico»¹⁰²⁶. Il 20 di Ottobre del 1933 viene dimesso «come migliorato». Un anno dopo queste sono le note con cui il direttore chiude definitivamente la storia ospedaliera di Emilio: «Seguito attraverso gli Ambulatori di profilassi mentale si sa che permane a casa tranquillo e laborioso, ma anche senza uso e abuso di alcoolici»¹⁰²⁷. Di tanto in tanto qualche blando spunto delirante.

2.3 Deliri da sostanze alcoliche

Deliri e allucinazioni che non colpiscono soltanto i militari impegnati nel vivo del conflitto, come è il caso sopra visto, ma anche i soldati che fanno abuso di sostanze alcoliche per sopportare la vita in caserma o la tensione che precede l'invio al fronte. E' il caso di due militari, Michele G¹⁰²⁸ e Bartolomeo M¹⁰²⁹, giunti in manicomio a distanza di un giorno l'uno dall'altro – il 4 e il 5 giugno del 1915–, con i medesimi sintomi allucinatori dovuti, sembra, all'abuso di sostanze alcoliche. Entrambi celibi, Michele ha 27 anni, mentre Bartolomeo ne ha 33, per entrambi la diagnosi è «confusione

¹⁰¹⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10265, *Copia di storia clinica di R. Emilio, ammesso in questo ospedale il 29 Agosto 1917.*

¹⁰²⁰ *Ibidem.*

¹⁰²¹ Ivi, *Diario clinico*, Marzo 1919.

¹⁰²² Ivi, *Diario clinico*, Agosto 1919.

¹⁰²³ Ivi, *Diario clinico*, 2 Settembre 1920.

¹⁰²⁴ *Ibidem.*

¹⁰²⁵ Ivi, *Diario clinico*, 1932.

¹⁰²⁶ Ivi, *Diario clinico*, Ottobre 1933.

¹⁰²⁷ Ivi, *Diario clinico*, 27 Gennaio 1934.

¹⁰²⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.9295, *Diario clinico*, 4 Giugno 1915.

¹⁰²⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.9298, *Diario clinico*, 5 Giugno 1915.

allucinatoria da alcolismo». Diverso è però il destino che li attende: in un caso lo stato confusionale e catatonico sparisce dopo poco tempo, tanto che il soldato Bartolomeo M., alla fine del periodo d'osservazione che dura circa un paio di settimane, viene dimesso come «guarito» e rapidamente consegnato ai suoi doveri verso la nazione.

Diversamente da lui i sintomi del soldato Michele G. persistono al di là del periodo d'osservazione: sguardo spaurito, ripetizioni di parole e suoni incomprensibili, preoccupazione continua e convinzione di sentire le voci. Tutto ciò rende il soldato teso, nervoso, guardingo e, per questo, potenzialmente pericoloso. A ogni rumore "saltava per aria", spesso si rannicchiava su se stesso e restava in silenzio per ore, in altri casi si disperava. Questa situazione dura fino all'estate del 1917, quando i sintomi si attenuano. Nonostante il decorso della condizione patologica iscriva il soldato tra i lungodegenti, il sovraffollamento del manicomio, le pressioni da parte delle autorità militari perché si dimettano tutti gli uomini possibili, fa sì che il 2 di Settembre del 1917 venga dimesso come «migliorato», che nella fattispecie si può tradurre come temporaneamente afflitto da sintomi più modesti.

2.4 «Un tipo un po' strambo»

Le allucinazioni contribuivano ad aumentare il grado di separazione tra l'alienato e i medici e, nei casi più gravi, rendevano quasi inutile il colloquio informativo attraverso cui, subito dopo l'arrivo in istituto, si cercava di ricostruire la vicenda clinica del soggetto. In queste circostanze era ancora più importante raccogliere notizie dalla famiglia, dai parenti o dai conoscenti del luogo natio che, con le loro indicazioni, spesso decisive, contribuivano a indirizzare la successiva diagnosi. È il caso del soldato Giovanni M., che giunge a Racconigi il 24 Settembre 1917, proveniente dal 1° Reggimento Alpini di Villanova-Mondovì. Viene inviato d'urgenza dopo le dichiarazioni del Medico chirurgo del reparto, Tesio Giovanni, che attesta la grave pericolosità sociale del soggetto¹⁰³⁰.

Cosa ha determinato il giudizio del medico chirurgo? Nella mattina del 24 Settembre, – sono le parole dell'Ufficiale Medico – mentre attende la visita medica nel cortile dell'accampamento,

«improvvisamente gettando il cappello che aveva in testa ed urlando "m'hanno fatto abile, vigliacchi, mi vogliono uccidere... ecc, si è avventato contro i compagni con una tavola alla mano: fermato dagli uomini di guardia alla porta e trattenuto poiché divincolandosi con forza estrema cercava di colpire i presenti, venne ordinato dall'Ufficiale medico di legargli i piedi e sorvegliarlo mentre il sottoscritto ha colto informazioni presso un conoscente e paesano. Nel paese lo conoscono come un tipo chiuso e dall'umore solitario. L'hanno sempre considerato come un tipo un po' strambo»¹⁰³¹.

Sono 4 i soldati necessari per contenere l'agitazione di Giovanni T. che urgentemente viene inviato a Racconigi, anche sulla base delle notizie date dal compaesano commilitone, secondo cui il soggetto è sempre stato chiuso, solitario e un «po' strambo». Giunto in manicomio, legato in barella, si nota che l'agitazione aumenta quando i militari gli si avvicinano, mentre si calma nei momenti in cui «resta solo coll'infermiere di guardia». Visitato viene giudicato affetto da «mania di persecuzione» prima e poi da «confusione allucinatoria»¹⁰³², di cui però è sconosciuta la causa. Alla fine raccogliendo brandelli di informazioni, tra le imprecazioni cui si lascia andare di continuo il soldato, emerge che si ritiene un perseguitato dai medici militari che non vogliono riconoscere il suo stato di ferito di guerra, a causa di una lacerazione alla mano procurata al fronte. Nei giorni seguenti,

¹⁰³⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10243, R. Ufficio di Pubblica Sicurezza, Racconigi 25 Settembre 1917.

¹⁰³¹ Ivi, Nota del 1 reggimento Alpini, 24 Settembre 1919.

¹⁰³² Ivi, Diagnosi.

in manicomio, «non risponde alle domande. Si guarda attorno con espressione smarrita, si dibatte nel letto, smonta i tavoli e tenta di attaccare quanti lo osservano»¹⁰³³. La notte è insonne, urla ed è allucinato: «vede soldati che vogliono attaccarlo colle baionette e assume atteggiamento di difesa»¹⁰³⁴.

Entro la fine dell'anno la condizione migliora un poco, permangono le allucinazioni – anche se più rade – e il soldato sembra non ricordare quanto fatto, i tentativi di aggressione e gli attacchi avuti. Il 25 Gennaio del 1918, anche sotto le pressioni dei Comandi militari che hanno bisogno di uomini, viene rapidamente dimesso dal manicomio.

3. Un potenziale caso di «shell shock»

Quando nel 1915 C.S.Myers, sulla rivista «Lancet», inaugura il termine «shell shock» per indicare gli effetti traumatici dello scoppio di una granata o di una esplosione nei militari, la diffusione delle nevrosi di guerra non ha ancora raggiunto quella diffusione epidemica degli anni centrali e terminali del conflitto. Da allora, soprattutto nei paesi anglosassoni, il neologismo lentamente assume un valore semantico più ampio indicando non soltanto i militari affetti da disagio mentale provocato da scoppi ed esplosioni, ma più in generale anche i traumatizzati dalla vita in trincea, dalle privazioni del conflitto, dalla paura di morire, dagli sconvolgimenti per la morte di compagni.

L'estensione semantica si amplia, ma in un certo senso se ne perde anche la specificità, tanto che a guerra terminata, in Gran Bretagna, la «War Office Committee of Enquiry into Shell-Shock», ritenne problematica tale categoria, vaga e generica, per questo propose di eliminarla dalla grammatica medica¹⁰³⁵. In Italia, come detto, tale categoria durante la guerra non ebbe particolare attenzione nel dibattito medico e non venne perlopiù utilizzata nelle diagnosi prodotte in manicomio. A Racconigi non compare mai, neanche nei casi – in realtà non frequenti – in cui le allucinazioni e i traumi dei soldati sembrano essere collegati a esplosioni o scoppi di granata. È il caso del caporale maggiore Rosario P., classe 1893, di Castoreale, nel messinese, che fa il suo ingresso in manicomio il 29 marzo 1918¹⁰³⁶. Proviene dall'Ospedale Militare di Riserva di Mondovì, dove è stato inviato dal corpo d'appartenenza, il 34° Reggimento Fanteria, con la diagnosi di «catarro bronchiale» e il sospetto di alienazione mentale¹⁰³⁷. Il soldato fa il suo ingresso in ospedale il 15 marzo e nelle note i medici indicano che sa leggere e scrivere e di mestiere fa l'albergatore. Padre morto, madre viva ma sofferente di reumatismi. Uno zio paterno morì a causa di pazzia e una sorella soffre di alienazione mentale¹⁰³⁸.

Le notizie vengono raccolte, come sempre, con scrupolo al fine di stabilire eventuali precedenti familiari in grado di contestualizzare la vicenda clinica del soldato. In ospedale giunge a causa di una bronchite, ma presenta anche una serie di tremori e rantoli che potrebbero essere collegati ad alcuni episodi del 1916, quando «riportò ferita da scheggia di bomba alla gamba sinistra ed un'altra al gomito sinistro. Al polpaccio sinistro si rileva cicatrice lunga 19 cm circa, esiti di ferita da scheggia di bomba»¹⁰³⁹. Ben presto il catarro passa in secondo piano e i medici notano che il soldato dà segni di squilibrio mentale:

¹⁰³³ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Settembre 1917.

¹⁰³⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10243, *Diari psichici e fisici*, 27 Settembre 1917.

¹⁰³⁵ Cfr. T. Bogacz, *War Neurosis and Cultural Change in England, 1914-22: The Work of the War Office Committee of Enquiry into 'Shell-Shock*, in «Journal of Contemporary History», Vol. 24, No. 2, 1989, pp. 227-256, pp. 248-251.

¹⁰³⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n.10634.

¹⁰³⁷ Ivi, *Ospedale Militare di Riserva di Mondovì*, c.c.

¹⁰³⁸ Ivi, *Ospedale Militare di Riserva di Mondovì*, c.c., *Diario*, 15 Marzo 1918.

¹⁰³⁹ *Ibidem*.

«Improvvisamente di notte, mentre tutta la camerata riposava scese dal letto buttando a terra due scodelle che si trovavano sul lavandino. Interrogato sul motivo di quell'atto impulsivo rispose frasi sconnesse accennando a pretese persecuzioni da parte dei carabinieri. Tale idea di persecuzione pare vada accentuandosi giornalmente ed in taluni momenti sembra avere la consistenza di una vera ossessione; difatti nei giorni scorsi, trovandosi a passeggiare nel cortile dell'ospedale e vedendo passare nell'attigua strada un carabiniere si buttò dal muro per strappargli il cappello che sosteneva essere di sua proprietà. [...] Stamane alla latrina senza motivo plausibile buttava dalla finestra scope e quanto colà si trovava giù nel cortile come contro un preteso nemico. Accennò pure a scavalcare la finestra per buttarsi nel sottostante giardino»¹⁰⁴⁰.

Deliri, confusione mentale, nemici immaginari, spiegazioni assurde: i sintomi dell'alienazione mentale agli occhi dei medici ci sono tutti. Il conflitto, le ferite, gli scoppi che hanno causato le cicatrici, probabilmente hanno un ruolo in tutto ciò, anche se le valutazioni dei dottori sono prudenti. Intanto interrogano il soldato sugli atteggiamenti "stravaganti" tenuti e lui offre una spiegazione che fa aumentare i sospetti del personale sanitario sulle sue condizioni mentali: «avrebbe chiesto di entrare come effettivo nell'arma dei R.R. Carabinieri e non era stato accettato perché qualche parente prossimo aveva avuto conti da rendere alla giustizia. Pare che da quel momento il suo temperamento abbia subito una scossa che forse potrebbe costituire il nucleo dell'idea delirante»¹⁰⁴¹.

Con questa opinione i medici di Mondovì dispongono l'invio a Racconigi, dove il militare fa il suo ingresso il 29 marzo 1918. Immediatamente viene compilata l'anamnesi e alle notizie già note, perché presenti nella cartella di Mondovì, aggiungono e sottolineano che «da lungo tempo abusa dei liquori»¹⁰⁴². La notizia è evidentemente importante per i medici di Racconigi che, almeno inizialmente, in tale ottica situano il caso. Sparisce ogni riferimento alle ferite di guerra, al possibile trauma per lo scoppio delle granate, e ciò è indicativo di quella prassi più volte riscontrata di evitare connessioni problematiche tra il conflitto e il disagio mentale dei soldati che giungono in manicomio.

Durante il ricovero alterna un primo periodo di relativa tranquillità, caratterizzato solo da produzione di frasi sconnesse e da deliri che però non sfociano in atti impulsivi, a un altro più violento. Successivamente infatti emerge l'agitazione psicomotoria, seguita depressione e da deliri di persecuzione¹⁰⁴³. Inoltre ripete spesso che una volta uscito si sarebbe scagliato contro un maresciallo che lo avrebbe perseguitato. Sostiene che questo sottoufficiale gli avrebbe tolto l'onore, impedendogli di fare carriera. Inizialmente non si capisce se questa figura sia effettivamente reale o se piuttosto sia una produzione della sua mente disturbata. Le note cliniche tacciano fino al 28 Luglio, quando descrivono il paziente come «non più dominato dai deliri»¹⁰⁴⁴ e impegnato nel tenere «affabile corrispondenza collo stesso maresciallo dei RRCC, che è suo compaesano»¹⁰⁴⁵. Viene dimesso il 3 Agosto come «migliorato».

4. Agitazione e impulsività.

Tra gli elementi che, fin dalla riorganizzazione del Regio Esercito a seguito dell'introduzione della leva obbligatoria, destano maggiori preoccupazioni nelle autorità militari, vi è la possibilità che tra i coscritti si possa celare un "delinquente nato" o un "debole di mente". Un soggetto che, a causa di

¹⁰⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁰⁴¹ *Ibidem*.

¹⁰⁴² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10634, tabella nosografica di P. Rosario, Anamnesi.

¹⁰⁴³ Ivi, tabella nosografica di P. Rosario, *Diari psichici e fisici*, Aprile 1918.

¹⁰⁴⁴ Ivi, tabella nosografica di P. Rosario, *Diari psichici e fisici*, 28 Luglio 1918.

¹⁰⁴⁵ *Ibidem*.

predisposizione ereditaria o di vizio degenerativo, complice la disponibilità di armi in caserma, faccia strage di commilitoni e ufficiali, come accaduto con il già citato «caso Misdea». Per tale ragione – come abbiamo visto – l’attenzione per l’individuazione di questi soggetti è molto alta prima del conflitto. La situazione cambia durante la guerra, quando più difficile è discriminare tra i simulatori e i “deboli di mente” e maggiori sono le esigenze di poter contare su tutte le forze disponibili. Così, anche nei casi in cui il disagio dei soldati prende la forma dell’agitazione, dell’impulsività, degli “accessi acuti”, si attende che la fase di crisi passi e si procede con le dimissioni in prova, secondo la dicitura di «migliorato» che, però, di fatto corrisponde a un licenziamento senza appello, che non prevede visite di controllo, a meno che non emergano ulteriori, evidenti, segni di pazzia che giustifichino un nuovo ricovero. In altri casi, semplicemente, il soggetto viene dimesso come «guarito», dove questo riferimento deve essere inteso sempre in relazione alla fase acuta dei sintomi che lo hanno condotto in manicomio e non in riferimento alla costellazione sintomatica che viene ritenuta costitutiva e, dunque, in ultima istanza immodificabile. Come nel caso del soldato Giovanni V., classe 1894, originario di Pietrabrana, appartenente al 1° Reggimento Alpini, distaccamento di Villanuova, che giunge a Raconigi il 7 Novembre 1917¹⁰⁴⁶.

Il militare una mattina, senza alcun motivo apparente, si barricava «in camerata e non permetteva ad alcuno d’entrare né voleva assolutamente uscire»¹⁰⁴⁷. Accorso l’Ufficiale Medico viene informato che «alla ore tre detto militare aveva fatto alzare con minacce tutti i compagni per rimanere solo e da allora non l’avevano più veduto»¹⁰⁴⁸. Temuto il peggio il Colonnello Medico decideva di entrare «improvvisamente in camerata»¹⁰⁴⁹ e qui trovava il militare che chiedeva di essere lasciato solo. Il rapporto del Colonnello prosegue così: «Richiesto se voleva seguirlo ha minacciato. Durante il giorno ha minacciato con un coltello i compagni, poi ha afferrato un fucile ha incastrato la baionetta, certo con idee poco buone, ma è stato disarmato»¹⁰⁵⁰. Il soggetto è chiaramente pericoloso e l’eventualità che si ripetano eventi delittuosi come quelli che videro protagonisti i soldati Misdea o Pietro Radice non appare remota. Nonostante ciò, dopo gli eventi della notte e della mattina, il militare viene lasciato libero di girovagare in caserma, di minacciare con un coltello un commilitone e di prendere un fucile e armarlo con la baionetta.

La vicenda e la sua gestione da parte delle autorità militari indicano non soltanto che i livelli di sicurezza in caserma non sono troppo rigidi, ma anche che l’eco delle stragi compiute dai soldati alla fine dell’Ottocento si è affievolito, tanto che l’atteggiamento del giovane non provoca l’adozione di misure di contenimento particolari. Sempre il Colonnello Medico prosegue nel suo rapporto sostenendo che «tanto per non eccitarlo questo Comando l’ha fatto sorvegliare»¹⁰⁵¹. Sorvegliare dunque ma non rinchiudere. Dalle notizie fornite da «un graduato che lo conosce da quando è sotto le armi»¹⁰⁵² risulta che «nella famiglia del militare in parola si hanno precedenti di malattie mentali»¹⁰⁵³. Che la situazione mentale del militare avesse già destato l’attenzione dei superiori lo dimostra un fatto: «durante i 12 mesi di fronte detto militare non fu mai inviato in trincea perché riconosciuto dai superiori come tipo strano e di poco affidamento»¹⁰⁵⁴. Inoltre sempre per «alienazione mentale» venne inviato in osservazione dal fronte all’ospedaletto da campo.

¹⁰⁴⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10306.

¹⁰⁴⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10306, *1 Reggimento Alpini. Distaccamento di Villanova, Rapporto sui sintomi di pazzia de soldato V. Giovanni, (cl.94-18058)*.

¹⁰⁴⁸ *Ibidem*.

¹⁰⁴⁹ *Ibidem*.

¹⁰⁵⁰ *Ibidem*.

¹⁰⁵¹ *Ibidem*.

¹⁰⁵² *Ibidem*.

¹⁰⁵³ *Ibidem*.

¹⁰⁵⁴ *Ibidem*.

Si procede con l'invio presso l'Ospedale Militare di Riserva di Mondovì. Qui il soldato viene visitato il 7 di Novembre del 1917 e viene riconosciuto affetto da «alienazione mentale (mania di persecuzione)»¹⁰⁵⁵. Il Capitano Medico, durante la visita, sostiene di «averlo trovato in preda a delirio furioso» e dunque «pericoloso a sé e agli altri», il criterio necessario per l'invio in manicomio. Lo stesso giorno il militare viene inviato a Racconigi dove «non parla, non risponde alle domande ma pronuncia solo qualche frase sconnessa. Contegno passivo. Qualche volta è in atteggiamento di ascolto, come in preda ad allucinazioni uditive, distacco dall'ambiente»¹⁰⁵⁶. Il decorso clinico sembra andare nella direzione delle idee deliranti paranoiche, contraddistinte dal sospetto e dalla preoccupazione causata da uno stato di minaccia continuo e pervasivo. Come sostiene l'alienista Leonardo Bianchi, in simili condizioni «l'uomo si circonda di opportune precauzioni per non cadere nella rete che gli avversari gli tendono»¹⁰⁵⁷, percepisce pericoli ovunque e in ogni soggetto intravede una minaccia. Tutto ciò potenzialmente aumenta il suo livello di pericolosità e per questo è necessaria una sorveglianza continua.

Anche nei giorni seguenti persiste la condizione di alterazione mentale, parla poco e quando lo fa racconta di essere perseguitato e «che quelli che l'hanno accompagnato al manicomio lo prendevano per il collo, tentavano di ammazzarlo»¹⁰⁵⁸. Il 22 del mese tenta di evadere. Dopo quest'avvenimento non ci sono ulteriori indicazioni nel diario clinico, c'è però una nota del direttore Cesare Rossi, datata 18 Dicembre 1917, quindi un mese scarso dopo il tentativo di evasione, in cui si afferma che «il soldato V. Giovanni è assai notevolmente migliorato e perciò [...] in grado di essere dimesso da manicomio»¹⁰⁵⁹. Ciò avviene il 25 gennaio 1918, quando il soldato viene licenziato con il giudizio di «guarito». Il caso evidenzia come durante il conflitto, in particolare nelle fasi più delicate e, comunque a partire dal 1917, il criterio di pericolosità sociale non venga più adottato rigidamente per decidere del periodo di internamento dei soldati. E questo neanche nelle circostanze più gravi in cui il soggetto si è reso protagonista di tentativi di ferimenti e usi impropri delle armi. Ciò rappresenta forse la rottura più evidente all'interno della storia delle politiche di trattamento dell'alienazione militare, almeno per come si è configurata dopo l'adozione della leva obbligatoria. La condizione emergenziale fa venir meno ogni altra considerazione e la necessità da parte dei diversi corpi militari di avere uomini a disposizione appare essere adesso il criterio di riferimento per le politiche di trattamento dell'alienazione mentale. In questo senso il conflitto ha veramente rappresentato un momento di rottura di dinamiche delineatesi in un trentennio di storia dell'Italia unita.

La sconnessione rispetto alla realtà vissuto da molti soldati assumeva forme diverse. Così spesso nelle loro reazioni i soldati continuavano a rivivere ciò che avevano patito in battaglia. Essi erano agitati, violenti, reattivi, proprio come in battaglia, si rivolgevano a nemici immaginari e verso di loro scagliavano rabbia e aggressività. In altre parole durante questi stati allucinatori essi rivivevano infinite volte la tensione della guerra, per questo si accovacciavano per difendersi dai colpi di fucile o, diversamente, si lanciavano all'attacco convinti di poter colpire con la propria baionetta i nemici circostanti. Sovente gli stati di agitazione irrompevano inaspettati nell'esistenza del soldato che, magari, fino al giorno primo era un individuo tranquillo e socievole. È il caso del soldato Pietro T., del 33° Reggimento Fanteria, classe 1894, che il 30 novembre 1917 viene inviato all'ospedale di riserva di Cuneo perché «da una diecina di giorni si è fatto muto e poco socievole; è prepotente coi compagni e se non gli danno prontamente quanto domanda si fa minaccioso e passerebbe anche a

¹⁰⁵⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10306, *Ospedale Militare di Riserva di Mondovì*, Mondovì, 7 Novembre 1917.

¹⁰⁵⁶ Ivi, *Diari psichici e clinici*, 8 Novembre 1917.

¹⁰⁵⁷ Cfr. L. Bianchi, *Manuale di psichiatria...cit.*, p. 420.

¹⁰⁵⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10306, *Diari psichici e clinici*, 15 Novembre 1917.

¹⁰⁵⁹ Ivi, *Nota del Direttore*, Racconigi 18 Dicembre 1917 [n.8088 del Prot. Generale].

vie di fatto se non ne fosse impedito»¹⁰⁶⁰. Durante il periodo di ricovero il militare «ha il sonno molto agitato e a quando a quando balza dal letto gridando: «"Vigliacchi! Vigliacchi!" dice che vi hanno persone, che gli vogliono male»¹⁰⁶¹.

In manicomio, dove giunge, l'1 dicembre 1917, questo stato viene correlato all'esperienza vissuta al fronte, dove «ha sopportato ferita alla gamba destra da scheggia di granata»¹⁰⁶². Questa esperienza, però, ha riguardato un soggetto già organicamente predisposto, come dimostra il fatto che «da lungo tempo abusava del vino e dei liquori»¹⁰⁶³. Anche in questo caso, insomma, si sottolineava come le dolorose esperienze di guerra non fossero cause primarie del disagio mentale, ma soltanto fattori scatenanti processi degenerativi già in atto prima del conflitto. Durante il periodo di osservazione il soldato presenta un'«espressione fisionomica depressa, cupa, ostile, [...] con idee deliranti e disturbi sensoriali»¹⁰⁶⁴. È convinto che «tutti parlino di lui, gli sono ostili e tentano di nuocergli. Poi gli dicono che è un buono a nulla»¹⁰⁶⁵. Un misto di deliri di persecuzione e agitazione reattiva lo scuotono, anche se con il passare del tempo le allucinazioni si fanno meno frequenti e gli impulsi si fanno «meno vivaci»¹⁰⁶⁶. Tanto basta a convincere i medici che la fase acuta sia passata e così ne dispongono le dimissioni come «guarito».

I casi di agitazione e impulsività, essendo quelli che più preoccupavano medici e autorità militari per il loro carattere di pericolosità sociale, erano tra le condizioni cui veniva riservata maggiore attenzione. Anche gli ospedali militari, a differenza di quanto fatto con altre costellazioni sintomatiche, erano soliti concedere periodi di convalescenza per favorire la guarigione dei soldati «agitati». Tale prassi, anche se meno scontata nelle fasi finali del conflitto, quando maggiore era la necessità di uomini, venne perlopiù mantenuta dai presidi sanitari. Nel caso del soldato Silvio Z., classe 1890, appartenente all'8° Reggimento Alpini, ad esempio, è l'ospedale Militare di Torino a concedere 50 giorni di convalescenza, una volta emessa la diagnosi di «nevrosi con accessi intercorrenti di mania persecutoria»¹⁰⁶⁷. Il militare, originario di Treppo Carnico, non riesce ad usufruire dei giorni di convalescenza perché la sua famiglia si trova «in paese invaso dal nemico»¹⁰⁶⁸. Durante la degenza in ospedale si presenta «di contegno disordinato, indisciplinato, iperattivo; è sconclusionato con spunti deliranti di natura persecutoria, non ben precisata. Ha manifestato facile tendenza all'impulso con atti di aggressività»¹⁰⁶⁹. Per questo «lo si ritiene pericoloso per sé e per gli altri» e viene disposto l'invio in manicomio.

L'aggressività, anche se quasi mai valutata in tal senso, rappresentava la manifestazione più evidente del clima di guerra, ma anche della violenza, psichica innanzitutto, spesso esercitata nelle caserme per trasformare la personalità dei combattenti. Alla fine quei soldati che dovevano imbarbarirsi per riuscire a sopportare le privazioni del conflitto e trovare il coraggio di uccidere altri uomini, non sorprende giungessero al punto di «rottura della personalità offensiva»¹⁰⁷⁰.

¹⁰⁶⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10504, *Ospedale di riserva di Cuneo, Oggetto: dichiarazione medica, Cuneo, 30 Novembre 1917.*

¹⁰⁶¹ *Ibidem.*

¹⁰⁶² Ivi, *Tabella nosografica di T. Pietro, Anamnesi.*

¹⁰⁶³ *Ibidem.*

¹⁰⁶⁴ Ivi, *Diari psichici e fisici, Dicembre 1917.*

¹⁰⁶⁵ *Ibidem.*

¹⁰⁶⁶ Ivi, *Diari psichici e fisici, Gennaio 1918.*

¹⁰⁶⁷ Ivi, *Direzione dell'Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio del soldato Z. Silvio, Savigliano, 19 Gennaio 1918.*

¹⁰⁶⁸ *Ibidem.*

¹⁰⁶⁹ *Ibidem.*

¹⁰⁷⁰ Cfr. E.J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale...cit.*, p. 144.

5. Un caso di nevropatia violenta.

Le cause degli scoppi d'ira dei soldati, o degli agiti violenti nei confronti dei superiori o dei commilitoni, sono le più diverse. Nel caso del soldato Giovanni S. è il rifiuto di sottoporsi alle vaccinazioni predisposte per i militari a scatenare la sua furia¹⁰⁷¹. Originario di Busto Arsizio, classe 1890, appartenente al 1° Reggimento Alpini, venne inviato all'ospedale militare di Savigliano dal distaccamento di Garesio con la diagnosi iniziale di «alienazione mentale»¹⁰⁷². Questo perché «all'atto della vaccinazione si ribellò violentemente non intendendo di essere vaccinato e si munì perfino di fucile facendosi largo ed inveendo contro tutti»¹⁰⁷³. La pericolosità sociale del soggetto era troppo evidente perché non venisse disposto immediatamente l'invio in osservazione. Giunto in ospedale il 19 febbraio 1918 i medici osservano che «ha mantenuto sempre contegno agitato, rompendo varii oggetti e mostrandosi prepotente ed aggressivo col personale di servizio»¹⁰⁷⁴. Per inquadrare il caso si cercano immediatamente informazioni e si tenta di ricostruire la storia del militare. Le indagini del medico del presidio militare di Garesio consentono di ricostruire che «già da tempo egli dava segni di alterazione di mente e che andava sovente in preda ad accessi istero-epilettici: e per questo fatto [...] era lasciato quasi in libertà d'azione, reagendo ad ogni piccolo comando o consiglio»¹⁰⁷⁵.

Le notizie riportate dall'ufficiale medico sono importanti perché ci consentono di conoscere alcune delle modalità di gestione in uso nelle caserme e nei presidi militari, nei casi in cui dei soldati davano segni di pazzia. Il dato, naturalmente, non può essere generalizzato. A Garesio, presso il 1° Reggimento Alpini, sembra che la prassi in uso con i militari che mostravano segni di "agitazione" o accessi impulsivi, non prevedesse il contenimento e la restrizione. Almeno non come regola, piuttosto si preferiva lasciare il soldato libero di circolare («era lasciato quasi in libertà d'azione»), probabilmente con la convinzione che simili situazioni di disagio fossero transitorie e dunque che lasciarle esaurire autonomamente rappresentasse la strategia migliore. Considerata la pericolosità potenziale di lasciare libero di girare in caserma e di armarsi, un militare che ha mostrato segni di impulsività e di alienazione mentale, dobbiamo dedurre che tale convinzione fosse abbastanza radicata e condivisa tra le autorità mediche militari. Diversamente, tale atteggiamento, sarebbe risultato incomprensibile, nel suo essere totalmente irrazionale. Quanto indicato da Ian Hacking, con la categoria delle "sindromi transitorie", trova qui ulteriore conferma, almeno nella valutazione che delle nevrosi di guerra ebbero alienisti di manicomio e medici militari. La circostanza, inoltre, sembra mostrare che, al di fuori degli ambiti più direttamente influenzati dalla letteratura psichiatrica, è difficile individuare orientamenti precisi nelle pratiche di gestione del disagio militare. Se gli articoli e i contributi apparsi sulle riviste specializzate sono fitte di analisi, distinzioni, congetture, di tutto ciò non vi è traccia nelle politiche diagnostiche e di trattamento attuate sul campo. Tanto che si può arrivare, in casi come quello che stiamo esaminando, a strategie apparentemente irrazionali come lasciare libero un militare presunto alienato nell'attesa che la condizione di disagio passi.

Procedendo con ulteriori ricerche informative viene fuori che «dai dieci ai quindici anni [il soldato] fu ricoverato in uno stabilimento dei discoli siccome incorreggibile»¹⁰⁷⁶. Il dato poneva il caso nell'ottica del consolidato paradigma della degenerazione e ciò, se possibile, velocizzava le

¹⁰⁷¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10601, Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, *Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio di Racconigi del soldato S. Giovanni*, Savigliano, 8 Marzo 1918.

¹⁰⁷² *Ibidem*.

¹⁰⁷³ *Ibidem*.

¹⁰⁷⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁷⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10601, Infermerie Presidio di Garesio, 5 Marzo 1918.

¹⁰⁷⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10601, Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, *Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio di Racconigi del soldato S. Giovanni*, Savigliano, 8 Marzo 1918.

procedure di invio in manicomio. Infatti, il colonnello medico e direttore del nosocomio, l'8 marzo del 1918, dopo un periodo di osservazione di una ventina di giorni, ritiene urgente il trasferimento: «trattandosi di individuo di difficile custodia ed estremamente pericoloso a sé ed agli altri, si rende urgente il suo ricovero nel Manicomio Provinciale di Racconigi (Reparto Psichiatrico Militare) a mente dell'art. 108, paragrafo 512 del Regolamento sul servizio sanitario militare»¹⁰⁷⁷. A Racconigi giunge in giornata e viene immediatamente internato presso il Reparto Psichiatrico Militare. Qui resta in osservazione due mesi circa, fino al 22 Maggio 1918. Durante questo periodo scrive alla madre e la informa di essere internato in manicomio. Dalla risposta di quest'ultima veniamo a sapere che il tratto impulsivo del carattere lo ha contraddistinto anche fuori dalla caserma, ma senza che questo sia mai sfociato in situazioni particolarmente gravi: «conoscendo il suo sangue – sono parole della madre – ne pensavo tutti i giorni come doveva andare a finire, pensavo pure che quando era in famiglia con noi se si parlava di una cosa che non piaceva a lui, o se lo si contraddiceva di una parola montava sulle furie; ma poi con le buone si rimetteva allo stato di prima, e ragionava al pari di me»¹⁰⁷⁸.

Dalle parole della donna il giovane appare contraddistinto da un carattere problematico, sempre pronto ad andare su tutte le furie, ma probabilmente non un alienato. In manicomio, infatti, i medici lo descrivono come «abituamente tranquillo e ordinato nel contegno ma soggetto a cambiamenti repentini di umore e a scatti impulsivi»¹⁰⁷⁹. Come in molti casi simili non è semplice per gli alienisti di Racconigi inquadralo diagnosticamente; si tratta di non negare quanto valutato dai medici di Garesio e di Savigliano, ma anche di rispedire al corpo d'appartenenza un soldato che non merita di restare in manicomio. «Si tratta molto verosimilmente – concludono a Racconigi – più che di un vero alienato di un soggetto nevropatico»¹⁰⁸⁰. Qual è la differenza? Che tra le cause frequenti delle nevropatie figurano i traumi. Lo spiega bene Leonardo Bianchi, nel suo *Trattato di psichiatria*, quando sostiene che «i traumi sono causa frequente di disturbi nervosi e mentali, i quali sono stati descritti sotto diversi nomi [...]: encefalo-mielo-nevropatie traumatiche, nevrosi traumatica, psicosi o pazzie traumatiche, demenza traumatiche»¹⁰⁸¹. Le nevropatie cui si riferisce Leonardo Bianchi sono dunque delle condizioni post-traumatiche, influenzate sul piano intrinseco dalla «predisposizione psicopatica», dall'«essere andati soggetti a precedenti traumi»¹⁰⁸², dall'abitudine al consumo di sostanze alcoliche. Mentre su quello estrinseco dall'«angolo di incidenza del trauma in rapporto alla maggiore o minore elasticità del cranio, nonché la natura del trauma stesso»¹⁰⁸³. Al di là della causa, però, ciò che interessa al nostro discorso è il nesso tra condizione traumatica e condizione nevropatica. Ciò può farci ipotizzare che i medici di Racconigi, nel designare in questi termini la sintomatologia del soldato S. Giovanni, abbiano stabilito un nesso tra il conflitto e la condizione di impulsività del soldato, anche se di ciò non è rimasta traccia esplicita nella documentazione clinica. Questo significa che, almeno sul finire del conflitto, anche gli alienisti di Racconigi, maturarono una qualche convinzione relativamente al legame tra la guerra – come condizione traumatica in genere – e alcuni dei sintomi che conducono i soldati in manicomio. Certo la diagnosi, da sola, non consente interpretazioni univoche e definitive, ma è comunque un elemento importante, che letto trasversalmente può rivelare qualcosa non altrimenti specificato nell'orientamento degli alienisti sul tema che qui interessa.

D'altra parte, diversi elementi nella storia clinica del soggetto – i motivi del ricovero durante l'infanzia, gli accessi impulsivi evidenziati durante i periodi d'osservazione – sembrano

¹⁰⁷⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁷⁸ Ivi, Lettera di Molteni Giovannina, Busto Arsizio, 7 Maggio 1918 [n. 3553 del prot. Generale]

¹⁰⁷⁹ Ivi, *Relazione*, 11 Maggio 1918.

¹⁰⁸⁰ *Ibidem*.

¹⁰⁸¹ Cfr. L. Bianchi, *Trattato di psichiatria...cit.*, p. 720.

¹⁰⁸² *Ibidem*.

¹⁰⁸³ *Ibidem*.

corrispondere a quanto indicato da Bianchi come tipico della condizione nevropatica¹⁰⁸⁴. Irrequietezza, confusione mentale evidenziata durante gli attacchi impulsivi, predisposizione ad andare facilmente su tutte le furie – come testimoniato anche dalla madre –, sono alcuni di questi fattori. Che però, a ben vedere, non sono diversi da quelli riscontrati in precedenza su molti altri soldati giunti a Racconigi. Come non è differente la prassi attraverso cui il militare viene rapidamente dimesso nel giro di due mesi, precisamente il 22 maggio 1918¹⁰⁸⁵. Cosa determina quindi lo spostamento diagnostico esaminato – da alienazione mentale a nevropatia –? Molto probabilmente proprio un diverso orientamento, maturato lentamente nel corso del conflitto, relativamente alle cause e all'origine dei sintomi sofferti dai militari. Ciò sarebbe in linea con la situazione più generale della psichiatria militare che a guerra conclusa cominciò a mostrare diversi orientamenti relativamente alla questione delle nevrosi di guerra.

6. L'«arresto psichico da trauma».

Tra le costellazioni sintomatiche che si riscontrano a Racconigi con una certa frequenza¹⁰⁸⁶ vi è l'«arresto psichico da trauma», una forma di incapacità nel compiere gesti, movimenti, azioni, non a causa di lesioni organiche, ma per effetto di blocchi psichici. Arturo Morselli, consulente psichiatra della I Armata, così lo descrive: «quando ogni stimolo volitivo è ostacolato nella sua esecuzione da sorgere di resistenze più o meno accentuate, deriva un disturbo noto sotto il nome di *intoppo motorio*. L'intoppo si trasforma in un *arresto motorio*, quando le resistenze si presentano quasi insormontabili.¹⁰⁸⁷ Nel caso dei militari alienati il blocco dipendeva perlopiù da «una concentrazione dolorosa della coscienza su un dato gruppo di idee, sì che le altre rappresentazioni si svolgono lentamente, posseggono un colorito emotivo inferiore a quello delle immagini dominanti e non hanno perciò la intensità sufficiente per portare all'azione (melancolici)»¹⁰⁸⁸. La descrizione calza bene per il soldato Arturo S., del 3° fanteria, ricoverato presso l'Ospedale da campo 231 il 9 Ottobre 1917 con diagnosi di «stato di arresto»¹⁰⁸⁹. Il militare «è individuo di buona costituzione senza alterazione degli organi interni» ma «non parla né risponde alle domande mantenendosi in uno stato di immobilità ed apatia»¹⁰⁹⁰. Viene descritto così: «stato di arresto psichico intenso con espressione fisionomica stuporosa, depressa, inibizione assoluta della parola; nessuna reazione agli stimoli ambientali»¹⁰⁹¹. Viene inviato a Racconigi dove giunge il 27 Ottobre; rimane in osservazione fino al 6 Febbraio 1918, dopodiché, viene giudicato «guarito» non appena si evidenziano timidi segnali di ripresa.

Mutismo ostinato, sguardi vacui, occhi sbarrati. Queste le caratteristiche più comune dei soldati che giungevano dalle zone di guerra con diagnosi provvisorie di «alienazione mentale»¹⁰⁹² e che venivano poi inquadrati nella categoria degli «intoppi psichici» o «arresto psichico». Come il soldato Antonio D.M., classe 1880, di Napoli, che arriva al reparto malattie nervose dell'Ospedale S.Osvaldo di Udine con un «notevole stato di depressione»¹⁰⁹³. Il soldato è intontito, disorientato, appare bloccato e disgiunto dalla realtà. «Fisionomia con espressione di dolore, facile pianto. Non

¹⁰⁸⁴ Ivi, p. 726.

¹⁰⁸⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10601.

¹⁰⁸⁶ Nel 1917-1918 i casi di «arresto psichico» sono 30, subito dietro gli «stati confusionali» (81), gli stati depressivi (58), e gli stati maniacali (25).

¹⁰⁸⁷ Cfr. A. Morselli, *Manuale di psichiatria*, Casa Editrice Vittorio Idelson, Napoli 1921, p. 78.

¹⁰⁸⁸ *Ibidem*.

¹⁰⁸⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10289, Ospedale da Campo della II Armata, c.c. 11028, *Diagnosi*.

¹⁰⁹⁰ Ivi, Ospedale da Campo della II Armata, c.c. 11028, *Diario* 9 Ottobre 1917-26 Ottobre 1917.

¹⁰⁹¹ Ivi, Ospedale da Campo della II Armata, c.c. 11028, *Diario* 10 Ottobre 1917.

¹⁰⁹² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10288, Ospedale da Campo della II Armata, c.c. 7491, *Diagnosi*.

¹⁰⁹³ Ivi, Ospedale da Campo della II Armata, c.c. 7491, *Diario*, 15 Ottobre 1917.

pronuncia che qualche parola e con sforzo evidente»¹⁰⁹⁴. Niente sembra tenerlo ancora aggrappato alla vita, tanto che «si nutre con ripugnanza ed è per lo più insonne»¹⁰⁹⁵. Sotto questo mal di vivere, che prende la forma di un blocco delle attività motorie e psiche, cova però la tensione, la frustrazione, la rabbia. Non sorprende così che la sera del 30 Dicembre il militare debba essere contenuto perché, «in seguito ad un diverbio con un compagno, lo colpisce, poi cadde a terra dibattendosi furiosamente. Al mattino era tranquillo»¹⁰⁹⁶.

Il susseguirsi di fase diverse, con periodi di immobilità e depressione, alternate a fasi impulsivi e rabbiose, mostrano il carico di agitazione, ansia e disagio che anche le condizioni di «arresto psichico» celano. Soprattutto nella fase più delicata del conflitto, la prassi era quella di attendere il passaggio della fase acuta per poi licenziare il malato. E' quanto avviene anche con il soldato Antonio D.M. che il 6 Febbraio viene «dimesso come guarito»¹⁰⁹⁷.

7. La «confusione mentale».

Soprattutto tra i militari inviati in prima osservazione per sospetta alienazione mentale spicca un quadro sintomatico che, durante il conflitto, prende sempre più la forma di una diagnosi: la «confusione mentale». Per Arturo Morselli «la *confusione* è la conseguenza comune di tutti i disturbi che rallentano, distruggono l'intima relazione tra le idee, provocando difficoltà nella loro rievocazione ed ostacolando il loro decorso»¹⁰⁹⁸. In questi casi si interrompe «il nesso logico che collega le diverse idee, e l'innalzamento della soglia della coscienza, per cui le impressioni esteriori sono percepite dal soggetto in modo incompleto e poco distinto, possono cagionare uno stato di confusione»¹⁰⁹⁹. Il quadro «compare in molti melancolici, negli amentì, in molti allucinati», proprio alcune delle condizioni caratterizzanti le alienazioni nei militari. Nei casi più gravi, «quando il decorso delle idee è arrestato, si ha il massimo grado di confusione, al quale è dato il nome di stupore»¹¹⁰⁰. A Racconigi, solo per riferirci all'annata 1917-1918, le diagnosi di «stato confusionale» interessano 81 soggetti, compresi i 27 casi di «confusione allucinatoria»¹¹⁰¹. Quest'ultima condizione rappresenta la variante più grave che prevede anche lo stato di delirante. E' il caso del soldato Emanuele B., di Tearranova di Sicilia, nato l'1 Gennaio del 1898, in cui lo stato di confusione si accompagna a «disorientamento e illusori riconoscimenti di persone»¹¹⁰², con «manifestazione di puro automatismo in forma di soliloqui incomprensibili, smorfie mimiche, irrequietudine motoria»¹¹⁰³.

La confusione mentale si caratterizzava per un intorpidimento della coscienza che rendeva i soldati confusi, spaesati, estraniati rispetto all'ambiente circostante. Agli occhi dei sanitari apparivano come immersi in un'altra dimensione, ipnotizzati per molti versi. Silenzio, ottundimento, passività rispetto agli stimoli esterni, tremori, contraddistinguevano il loro contegno. Così li descrive Giuseppe Pellacani:

¹⁰⁹⁴ *Ibidem*.

¹⁰⁹⁵ *Ibidem*.

¹⁰⁹⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10288, Ospedale da Campo della II Armata, c.c. 7491, *Diario*, 1 Gennaio 1918.

¹⁰⁹⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10288, Ospedale da Campo della II Armata, c.c. 7491, *Diario*, 6 Febbraio 1918.

¹⁰⁹⁸ Cfr. A. Morselli, *Manuale di psichiatria...*cit., p. 61.

¹⁰⁹⁹ *Ibidem*.

¹¹⁰⁰ *Ibidem*.

¹¹⁰¹ AONR, Serie IX.1.1, UA 1142, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti*. Per la precisione sono 47 i casi di «stato confusionale», 21 quelli di «confusione mentale» e 27 quelli con allucinazioni.

¹¹⁰² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10293, *Ospedale da Campo della II Armata*, cc 7412, *Diario* Ottobre 1917.

¹¹⁰³ *Ibidem*.

«sono malati confusi, inaccessibili, inconsapevoli, talvolta senza onirismo, senza depressione, ma in uno stato permanente di terrore, di tensione nervosa emotiva, e pure con gravi deficit di coscienza. Hanno vivaci estese reazioni di difesa per stimoli di nessuna entità, trasaliscono, sbarrano gli occhi, tremano, impallidiscono, assumono atteggiamenti di difesa, fuggono, si nascondono sotto le lenzuola: occorre tenerli isolati per la agitazione reattiva che si desta in essi ad ogni rumore»¹¹⁰⁴.

Lo stato di torpore e di confusione mentale, che spesso si accompagna a una condizione depressiva persistente, è uno dei contrassegni più comuni nei soldati che giungono negli ospedali da campo prima, e poi in manicomio, per problemi mentali. Come nel caso del soldato Francesco G., classe 1891, originario di sant'Anastasia, che «versa in uno stato di eccitamento nervoso e di confusione mentale. Non prende cibo, né bevanda, non risponde alle domande, pronuncia solo la parola "Toto"»¹¹⁰⁵. Trascorre le giornate dondolando il capo a destra e sinistra, «solitario, taciturno, sovente inquieto»¹¹⁰⁶. Dalle notizie raccolte dai RR. Carabinieri non risultano «precedenti morbosi o penali né famigliari né individuali»¹¹⁰⁷. Presto sopraggiungono anche gli «spunti deliranti di rovina e disgrazia, specialmente verso un fratello parimenti sotto le armi»¹¹⁰⁸. Chiuso nel proprio mondo non risponde alle domande e appare perso dietro pensieri sempre più oscuri. I medici del reparto malattie nervose dell'Ospedale S.Osvaldo di Udine¹¹⁰⁹, con un atteggiamento che può sembrare irrealistico, non pongono in relazione lo stato clinico di Francesco G. con la sua storia sotto le armi che, invece, è abbastanza esplicativa: «presta servizio da circa 6 anni; fu ferito nell'Ottobre 1915 alla guancia da una scheggia di granata, una seconda volta nel Giugno 1916 alla coscia pure da scheggia di granata. Appresso subì avvelenamento da gas asfissiante, che resero necessari due mesi di cura ospitale»¹¹¹⁰. Come non mettere in relazione vicende simili con lo stato di depressione e gli «spunti deliranti di rovina e disgrazia»? Inviato a Racconigi resta in osservazione dal 27 Ottobre 1917 al 15 Marzo 1918, dopodiché viene dimesso come «migliorato» e rinviato al fronte.

Il rifiuto della guerra, la tensione per i lunghi turni di guardia esposti a pericoli invisibili, sollecitano nelle forme più diverse la mente dei soldati. È il caso del soldato Antonio R., che giunge in manicomio il 30 Settembre 1917 proveniente dall'Ospedale Civile di Santa Croce di Cuneo. Qui viene ritenuto «pericoloso a sé e agli altri. Presenta sintomi di eccitamento psicomotorio e perturbamenti confusionali e allucinazioni. In causa di questo stato sparò un colpo ai piedi mentre montava la guardia alla polveriera di S.Giacomo»¹¹¹¹. Giunto a Racconigi la diagnosi è quella di «esaltamento maniaco»¹¹¹²: il soldato è logorroico, iperattivo, «balla, canta, si spoglia, parla da solo»¹¹¹³. A Febbraio dell'anno successivo il diario clinico registra «nessun cambiamento nello stato psico-fisico»¹¹¹⁴, considerato però che «non ha dimostrato tendenze aggressive»¹¹¹⁵ e vista l'urgenza di uomini nelle zone di guerra, viene dimesso come «migliorato»¹¹¹⁶.

¹¹⁰⁴ Cfr. G. Pellacani, *Le neuropatie emotive e le psiconevrosi dei combattenti*, RSF, XLIII, 1919, p. 4010.

¹¹⁰⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10284, *Copia della cartella clinica n. 7085 dell'Ospedale da Campo della II Armata*, diario clinico, 23 Settembre 1917.

¹¹⁰⁶ *Ibidem*.

¹¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹¹⁰⁸ *Ibidem*.

¹¹⁰⁹ I dati clinici riguardanti la vicenda di Francesco G. sono quelli presenti nella copia della cartella del S. Osvaldo di Udine contenuta nella cartella redatta a Racconigi.

¹¹¹⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10284, *Copia della cartella clinica n. 7085 dell'Ospedale da Campo della II Armata*, diario clinico, 23 Settembre 1917.

¹¹¹¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10250, *Ospedale civile di Santa Croce di Cuneo, Direzione*, Cuneo 1 Ottobre 1917.

¹¹¹² *Ivi*, *Diagnosi*.

¹¹¹³ *Ivi*, *Diario clinico*, Ottobre 1917.

¹¹¹⁴ *Ivi*, *Diario clinico*, Febbraio 1918.

¹¹¹⁵ *Ibidem*.

¹¹¹⁶ *Ivi*, *Diario clinico*, 22 Febbraio 1918.

I casi di «confusione mentale» vengono perlopiù ritenuti transitori a Racconigi e per questo, a meno di condizioni di agitazione e impulsività particolarmente resistenti, alla fine del periodo acuto vengono dimessi. Ciò però favorì un certo numero di recidive, come nel caso del soldato Luigi C., di Due Miglia (Cremona), classe 1895, internato e dimesso tre volte¹¹¹⁷. Il ricovero centrale avviene il 30 gennaio 1918, dopo che il 26 di gennaio, alle ore 20, per le strade di Fossano il militare «gettavasi a terra in preda ad accesso epilettiforme»¹¹¹⁸. All'Ospedale Militare di Riserva di Fossano viene ritenuto affetto da «accesso confusionale con impulsività»¹¹¹⁹ e durante la degenza «si osserva che il malato ha ripetuti accessi epilettiformi, durante i quali emette grida e cerca di picchiare gli assistenti, malgrado al camicia di forza»¹¹²⁰. Le tendenze epilettiche destano particolare attenzione nei medici che lo inviano a Racconigi. Qui resta in osservazione dal 30 gennaio al 15 aprile, dopodiché, in linea con la politica di rapide dimissioni adottata con i militari, e nonostante il pericolo degli agiti epilettici, viene dimesso in esperimento come «migliorato», salvo venire nuovamente ammesso nell'istituto qualche mese dopo¹¹²¹.

Come abbiamo indicato la «confusione mentale» più che una diagnosi vera e propria è una condizione costituita da diversi sintomi quali smarrimento, perdita d'orientamento, catatonìa, agitazione e impulsività, incoscienza, aggressività, perdita di memoria. Per i medici di Racconigi rappresentò progressivamente la condizione tipica dei soldati inviati in manicomio perché potenzialmente alienati, così venne con sempre maggiore frequenza utilizzata come diagnosi d'entrata che, sovente, fu l'unica emessa nei confronti dei militari. Interessando però un ventaglio ampio di sintomi, venne applicata su vicende anche molto diverse, spesso accomunate solo dal fatto di interessare soldati. Nel caso del militare Enrico C., classe 1887, di Roma, ad esempio, ci troviamo davanti a un soggetto in cui la «confusione» si accompagna anche a comportamenti impulsivi, a presunte amnesie a «stranezze», per le quali molto probabilmente la diagnosi emessa appare essere riduttiva. Il soldato, appartenente al 1° Reggimento Artiglieria da Montagna, viene inviato in ospedale a Savigliano dai carabinieri

«che lo trovarono ignudo nei pressi della stazione ferroviaria mentre gesticolava e commetteva stranezze. Lì per lì non fu possibile identificarlo, non essendo l'individuo accessibile all'interrogatorio. Smaniò e gridò tutta la notte e solo il giorno appresso diede le sue generalità, confermate poi dal Distaccamento di Mondovì, a cui egli appartiene. Non seppe dare spiegazioni degli atti commessi e si meravigliò di trovarsi lontano dal Corpo»¹¹²².

Dalle prime indagini risulta «da quando trovasi al Reggimento ha sempre mantenuto un contegno indisciplinato, scorretto, antimilitare e che più volte ha compiuto fughe ed ha commesso ogni sorte di stranezze»¹¹²³. Il militare, durante la degenza, alterna fasi di agitazione e confusione ad altre in cui non ricorda nulla e appare «tranquillo, di contegno ordinato e corretto, cosciente dei propri atti»¹¹²⁴. In passato era già fuggito dalla caserma e in un'occasione era andato a Torino dove era stato fermato dai carabinieri e condotto all'ospedale militare di quella città perché «aveva dato in

¹¹¹⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10232, 10559, 10952.

¹¹¹⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n., 10559, *Ospedale Militare di Riserva di Fossano, Oggetto: dichiarazione medica*, Fossano, 30 Gennaio 1918.

¹¹¹⁹ *Ibidem*.

¹¹²⁰ *Ibidem*.

¹¹²¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n., 10952.

¹¹²² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n., 10558, *Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al manicomio del soldato C. Enrico*, Savigliano, 29 Gennaio 1918.

¹¹²³ *Ibidem*.

¹¹²⁴ *Ibidem*.

escandescenze»¹¹²⁵. Venne in seguito giudicato per diserzione dal tribunale militare e, uscito assolto, restituito al corpo d'appartenenza dove mantenne «sempre contegno indisciplinato scorretto antimilitare in tutto il senso della parola»¹¹²⁶. Insomma, un soggetto pericoloso, che alterna ripetutamente situazioni di agitazione, impulsività e confusione mentale e altre di vera e propria subordinazione. In manicomio però i medici non notano «elementi morbosi», anche se è «instabile, per poco senza contrasto trascende e minaccia tutti di violenza»¹¹²⁷. Notano inoltre che «è quasi sempre solitario, taciturno, e solo fa comunella con soggetti pari ai suoi nel reparto. Non si presta ad alcun lavoro»¹¹²⁸. Considerata anche la pericolosità sociale che emerge da queste note osservative ci si sarebbe aspettati il prolungamento del periodo d'osservazione, quando non un provvedimento d'internamento. Eppure, a dimostrazione che la categoria dei soldati alienati presenta delle specificità proprie agli occhi della direzione sanitaria, il militare viene dimesso come «guarito» il 4 aprile 1918, vale a dire un mese e mezzo dopo le note redatte dai medici appena riportate.

Apatia, perdita della parola e del contatto con l'ambiente circostante, agitazione violenta o ripiegamento su se stessi. Sono questi alcuni dei sintomi che accompagnano più di frequente lo stato confusionale dei soldati che fanno il loro ingresso a Racconigi. Come nel caso del militare Teodoro T., del 1° Reggimento Alpini, originario del genovese, che la sera del 19 gennaio 1918 viene accompagnato all'ospedale Militare di Savigliano poiché a casa, dove si trovava «in breve licenza causa la morte repentina di un suo fratello, fu improvvisamente colpito da alienazione mentale. Chiama di continuo il fratello morto e non risponde a tono a quanto gli si dice»¹¹²⁹. In ospedale il soldato «si presenta in stato confusionale con episodi di eccitamento psico-motorio»¹¹³⁰ e per questo viene indirizzato in manicomio. Il suo stato è tipico di molti casi di confusione mentale, che si caratterizzano per un ottundimento della coscienza e per la perdita di contatto con la realtà. Sembrava quasi che questi soldati volessero rimuovere le esperienze vissute, i momenti dolorosi che si accumulavano nella loro psiche fino a raggiungere il punto di rottura.

In questo caso la morte improvvisa del fratello giunge dopo due anni trascorsi al fronte, durante i quali ha riportato «leggere ferite [...] da schegge di granata»¹¹³¹. Anche in manicomio il soldato resta «confuso e disorientato. Non parla e non risponde alle domande, solo qualche frase sconnessa. Distacco dall'ambiente e mancanza di reazione agli stimoli dolorosi. Talvolta assume atteggiamenti di ascolto, come davanti ad allucinazioni»¹¹³². Un mese dopo «voci gli dicono che hanno ucciso il fratello».¹¹³³ Viene dimesso il 29 Aprile 1918 senza che i fenomeni allucinatori siano scomparsi. Le esigenze del conflitto hanno la precedenza.

7.1 «Torbido, ottuso, confuso, depresso».

La gran parte dei soldati ricoverati per disturbi mentali a Racconigi presentava sintomi quali lo sguardo fisso nel vuoto, la ripetizione di frasi prive di senso, lo scuotimento del capo o il tremore degli arti e una più generale condizione di disgiunzione dal mondo reale che veniva identificata come "confusione mentale". Identificare però le cause all'origine di questo stato non era semplice, anche

¹¹²⁵ Ivi, *1 Reggimento Artiglieria da Montagna, Mondovì, Oggetto: Rapporto sulla condotta abituale del soldato C. Enrico*, Mondovì, 22 Gennaio 1918.

¹¹²⁶ *Ibidem*.

¹¹²⁷ Ivi, *Diari psichici e fisici*, 15 Febbraio 1918.

¹¹²⁸ *Ibidem*.

¹¹²⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10542, *Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica per il ricovero al Manicomio del soldato T. Teodoro*, Savigliano, 20 Gennaio 1918,

¹¹³⁰ *Ibidem*.

¹¹³¹ Ivi, *Tabella nosografica di T. Teodoro*, Anamnesi.

¹¹³² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10542, *Diari psichici e fisici*, 21 Gennaio 1918.

¹¹³³ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Febbraio 1918.

perché spesso le ragioni di emergenza erano le più diverse. Come mostra il caso del soldato Lorenzo G., di anni 33, originario di Aisone, in provincia di Cuneo, ricoverato il 26 Ottobre 1917 nel manicomio provinciale di Verona, «perché torbido, ottuso, confuso, depresso»¹¹³⁴. Il militare, appartenente al 53° Reggimento Fanteria, viene dapprima inviato presso l’Ospedale Militare Principale di Verona e, dopo un periodo d’osservazione, inviato al manicomio provinciale. I medici dell’istituto di Verona offrono una descrizione particolareggiata delle giornate del militare, del contegno tenuto e dello stato emotivo:

«Durante la degenza [...] oltre ad alterazioni nervose quali midriasi, torpore pupillare, lieve paralisi dell’ipoglosso sinistro [...] mantiene un contegno costantemente passivo, apatico, inerte. D’umore abitualmente fatuo, trascorre le giornate quasi estraneo all’ambiente. Lo si vedeva pazientemente collezionare oggetti inutili, pezzetti di carta, straccetti, pietre di cui si riempiva le tasche. Sempre trasandato nel vestire, si nutriva abbondantemente con una voracità eccessiva, seguita sovente da forti indigestioni»¹¹³⁵.

La diagnosi è quella di «stato confusionale da esaurimento cronico». Proprio la cronicizzazione della condizione clinica del militare indurrebbe i medici del manicomio veronese a sollecitarne un provvedimento di riforma dal servizio, ma c’è una «pendenza giuridica» dipendente dal Tribunale Militare di Alessandria¹¹³⁶, così si decide di trasferire il soldato al manicomio della provincia di appartenenza: Racconigi. Qui giunge il 10 Marzo 1918 e appare immediatamente segnato da un «deperimento organico generale»¹¹³⁷; durante la degenza la situazione si aggrava, infatti aumentano i «tremori alle mani, alla lingua (lingua tagliuzzata)»¹¹³⁸. Nessun riferimento alle cause dei sintomi, alla loro origine, neanche quando emerge dalla documentazione inviata da Verona che il militare «era già stato [...] degente per sintomi di meningite cerebro-spinali»¹¹³⁹, dopo di cui «aveva avuto tre mesi di licenza, dei quali non aveva potuto usufruire per le condizioni mentali»¹¹⁴⁰. Anche in questa circostanza a Racconigi si sceglie la politica della mera elencazione dei sintomi e della semplice osservazione del malato. Il soldato muore il 5 Ottobre 1918, a causa di una broncopolmonite¹¹⁴¹, e fino a quel momento – secondo i diari clinici e la documentazione medica disponibile – nessuna valutazione sulle possibili cause d’emergenza è stata fatta. Neanche in questa circostanza viene emanata alcuna diagnosi definitiva, nessuna spiegazione del disagio vissuto dal soldato – anche a Racconigi – attraverso la coazione «a collezionare cose inutili e a riempire le braghe di pezzetti di carta che trova in reparto»¹¹⁴². Storie come questa evidenziano come il trauma di guerra, nelle sue multiformi sfaccettature, fu una sfida che i medici di Racconigi scelsero di non raccogliere, per evitare contrasti con le autorità militari o perché consapevoli di avere a disposizione strumenti diagnostici inadeguati. In ogni caso, la scelta di non pronunciarsi sull’origine e le cause delle patologie, rappresentò nei fatti un potente meccanismo di esclusione, probabilmente al di là delle stesse intenzioni degli alienisti che, però, mantenendo un profilo basso, contribuirono a cancellare la soggettività dei soldati e a ridurli a individui spersonalizzati.

¹¹³⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10604, Direzione del Manicomio Provinciale di Verona, S. Giacomo 24 Gennaio 1918.

¹¹³⁵ Ivi, *Direzione del Manicomio Provinciale di Cuneo, Riassunto della cartella del soldato G. Lorenzo*, Racconigi, 23 Gennaio 1918 [n.358 del Prot. Generale]

¹¹³⁶ Ivi, *Tribunale di Guerra di Torino, Ufficio di istruzione: G. Lorenzo, classe 1884, 53 Reggimento di Fanteria*, Torino 20 Luglio 1918.

¹¹³⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10604, *Tabella nosografica: Diari psichici e fisici*, 6 Marzo 1918.

¹¹³⁸ Ivi, *Tabella nosografica: Diari psichici e fisici*, 17 Giugno 1918.

¹¹³⁹ Ivi, Direzione del Manicomio Provinciale di Verona, S. Giacomo 24 Gennaio 1918.

¹¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹¹⁴¹ Ivi, *Direzione del Manicomio Provinciale di Cuneo, Partecipazione di morte, Racconigi*, 6 Ottobre 1918 [n. 7379 del Prot. Generale].

¹¹⁴² Ivi, *Tabella nosografica: Diari psichici e fisici*, 17 Giugno 1918.

8. La guerra e il “mal di vivere”.

Tra le patologie più direttamente collegate alle sofferenze di guerra, agli orrori e alle privazioni, alla nostalgia di casa, ci sono le forme depressive. Come riconosciuto anche da Angelo Alberti, consulente della III° Armata, nel suo *Psicosi di guerra*, i dolori e le forti emozioni spingevano i soldati a ripiegarsi in una condizione di difesa primordiale «in cui si vede, si vive, si agisce, ma non si sente più»¹¹⁴³. Incapacità di scorgere una via d'uscita, disperazione, catatonia, frequenti pensieri di morte, perseguitavano i soldati colpiti dal “mal di vivere”.

A dimostrazione di quanto diffuse fossero le costellazioni depressive, si può fare riferimento ai dati diagnostici dell'annata 1917-1918, anno centrale del conflitto e, per questo, assumibile come punto di riferimento. A Racconigi le tipologie diagnostiche afferenti al gruppo delle depressioni, nel 1917, sono: «psicosi depressiva» (2 casi), lo «stato depressivo delirante» (18 casi), la «frenosi maniaco-depressiva» (8 casi), lo «stato depressivo» (37 casi) e lo «stato ciclotimico» (1 caso)¹¹⁴⁴. Un contingente rilevante che indubbiamente spicca sul totale degli internati nell'anno. Nel suo celebre manuale, Leonardo Bianchi trattando la «mania pura» – nel cui gruppo inserisce le diverse varianti delle depressioni –, così descrive la costellazione:

«è rappresentata essenzialmente da un cangiamento del tono affettivo della personalità in senso doloroso, accompagnato a lentezza di tutti i processi psichici sino all'arresto psichico, ed a concentrazione statica del pensiero su temi affettivi, con tendenza al disgregamento della personalità riducentesi alla più umile forma dell'io sino alla definitiva soppressione di sé stesso»¹¹⁴⁵.

La descrizione bene rappresenta la condizione e il decorso medico di molti soldati ricoverati perché lacerati nell'animo dal dolore di vivere. Sovente questi militari appaiono quasi persi dietro a un unico evento – tragico perlopiù – che ne ha sconvolto la personalità, fino al punto di far meditare gesti estremi di fuga dall'esistenza. Come sottolinea sempre Leonardo Bianchi: «si afferma [...] che sia la concentrazione del pensiero su argomenti dolorosi che disponga e polarizzi l'animo in senso doloroso»¹¹⁴⁶. Amnesia, disorientamento, confusione e, nelle forme più gravi, sentimenti di vuoto che spesso sfociano «in dementia praecox od in pazzia maniaco depressiva»¹¹⁴⁷, questi i sintomi più spesso osservati nelle forme depressive dei soldati osservati in manicomio.

Tra le cause scatenanti c'era la nostalgia di casa, la distanza dagli affetti, l'impossibilità di fare ritorno al luogo natio o di restarci. Alla luce di ciò non sorprende che sovente i sintomi facessero la loro comparsa o riemergessero al rientro dalle licenze, o da periodi di convalescenza, quando più forte era il desiderio di rimanere a casa, tra gli affetti. E' il caso del soldato Andrea C., classe 1886, originario di sant'Olcese, Genova¹¹⁴⁸. Appartenente al 1° Reggimento Alpini, viene inviato all'ospedale militare di Savigliano il 18 Novembre 1917 dal corpo d'appartenenza «dove è rientrato da una licenza di convalescenza di mesi sei accordatagli da quest'Ospedale per depressione psichica»¹¹⁴⁹. Il soldato, ai medici che lo visitano, non appare migliorato, «in quanto è sempre melanconico, taciturno ed inattivo, si mostra ora diffidente, ostile verso i compagni e superiori in

¹¹⁴³ Cfr. A. Alberti, *Le psicosi di guerra*, in *Atti del I convegno nazionale per l'assistenza agli invalidi di guerra*, Milano 16-20 Dicembre 1918, Roma 1919, p. 270.

¹¹⁴⁴ AONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917*.

¹¹⁴⁵ Cfr. L. Bianchi, *Trattato di psichiatria...cit.*, pp.516-517.

¹¹⁴⁶ Ivi, p. 517.

¹¹⁴⁷ *Ibidem*.

¹¹⁴⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10314.

¹¹⁴⁹ Ivi, *Ospedale Militare Principale di Savigliano, Dichiarazione medica pel ricovero al manicomio del soldato C. Andrea*, Savigliano, 19 Novembre 1917.

cui egli scorge nemici che vogliono nuocergli»¹¹⁵⁰. La costellazione sta insomma volgendo verso la declinazione paranoica in «cui la personalità subisce una lenta trasformazione nei rapporti col mondo esterno. [...] Le idee false (delirii), che su un fondo emotivo si sviluppa e si sistematizzano formando costellazioni mentali, dalle quali la coscienza trae tutta la sua luce, costituiscono il fatto più culminante della paranoia»¹¹⁵¹. Il soggetto inizia a percepire la realtà come popolata da nemici che vogliono fargli del male e per questo diventa sospettoso. Tutte le sue energie si concentrano nel tentativo immaginario di difendersi da una minaccia invisibile che può provenire da ogni parte. Per questa ragione diventa imprevedibile e sovente pericoloso. E' questa anche la conclusione del Colonnello Medico Direttore dell'Ospedale Militare di Savigliano che «ritiene possibile con una tale erronea interpretazione dell'ambiente, ch'egli possa reagire violentemente con pericolo per sé e per gli altri»¹¹⁵². Il pericolo è proprio quello che le idee fisse (deliri) che perseguitano il soggetto lo spingano a compiere gesti violenti e atti pericolosi. «Per tale eventualità – sostiene il Colonnello Medico – ed anche per opportunità d'ambiente, si giudica urgente il suo ricovero al manicomio Provinciale di Racconigi (Reparto Psichiatrico Militare) a mente dell'art. 108 paragrafo 512 del Regolamento del servizio sanitario militare»¹¹⁵³.

Durante il periodo di osservazione in manicomio il soldato mantiene un'«espressione fisionomica triste, senza attenzione esterna [...] ideazione monotona, orientata verso immagini tristi, con idee deliranti alimentate da allucinazioni specialmente uditive. Tutti parlano di lui: [...] dunque depresso, solitario, taciturno»¹¹⁵⁴. Il decorso non migliora e i medici lo descrivono «agitatissimo ed impulsivo. Si dibatte furiosamente nel letto, nel quale venne contenuto in preda a delirio allucinatorio: sente voci»¹¹⁵⁵. Si calma «dopo tre giorni di agitazione e sofferenza»¹¹⁵⁶, sebbene permangano le allucinazioni. Sono le ultime indicazioni presenti nel diario clinico e, nonostante le note allarmanti del Colonnello Medico e lo stato di agitazione dimostrato, tre mesi dopo – il 25 Febbraio 1918 –, viene dimesso come «migliorato» e rinvio al corpo d'appartenenza. Anche questo caso dimostra che le istanze da difesa sociale, così marcate prima del conflitto, vengono meno sotto le urgenze della congiuntura bellica.

Tra le forme depressive che più resistenza offrivano ai tentativi terapeutici degli alienisti c'erano quelle accompagnate da deliri e allucinazioni. In questi casi la prostrazione e il "mal di vivere" si accompagnavano a voci, immagini, rumori, che potevano riportare mentalmente il soldato in guerra, o in panorami onirici terribili e spesso fatali per l'equilibrio mentale del soggetto. Come nel caso del soldato Giuseppe P., originario del parmense, classe 1887, appartenente al 26° Artiglieria da Campagna, che fa il suo ingresso al manicomio il 20 Gennaio 1918, dopo un ricovero all'Ospedale Militare di Savigliano. «All'ammissione presentava tono sentimentale depresso, taciturnità, allucinazioni uditive e visive non bene determinate, ideazione rallentata con concezioni deliranti a contenuto di ruina ed ipocondriaco»¹¹⁵⁷. La diagnosi è quella di «stato depressivo delirante». Durante il ricovero si alternano immagini e credenze deliranti: «non ha più sangue nelle vene, è punto internamente, sta perdendo tutto. Sente campane suonare, cani ululare, vede cavalli in fuga»¹¹⁵⁸. Con il trascorrere dei giorni diventa sempre più confuso, depresso, «con segni

¹¹⁵⁰ *Ibidem*.

¹¹⁵¹ Cfr. L. Bianchi, *Trattato di psichiatria...cit.*, pp. 418 e 423.

¹¹⁵² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10314, *Ospedale Militare Principale di Savigliano, Dichiarazione medica pel ricovero al manicomio del soldato C. Andrea*, Savigliano, 19 Novembre 1917.

¹¹⁵³ *Ibidem*.

¹¹⁵⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10314, *Diari psichici e clinici*, 20 Novembre 1917.

¹¹⁵⁵ Ivi, *Diari psichici e clinici*, 26 Novembre 1917.

¹¹⁵⁶ Ivi, *Diari psichici e clinici*, 29 Novembre 1917.

¹¹⁵⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10543, *Riassunto della cartella clinica del soldato P. Giuseppe*, Racconigi 1919.

¹¹⁵⁸ Ivi, *Diari psichici e fisici*, 22 Gennaio 1918.

d'indebolimento psichico»¹¹⁵⁹ e i medici si rendono conto che la condizione di alienazione si sta facendo cronica. Il 24 Luglio 1918 viene riformato e il 19 Agosto viene disposto il trasferimento a Parma, manicomio competente territorialmente, per stabilire l'eventuale ricovero definitivo.

Lo stato di prostrazione, il rifiuto della condizione determinata dal conflitto, colpiscono anche i prigionieri di guerra, che ai dolori e alle sofferenze dello stato di belligeranza devono sommare anche lo stato di detenzione in terra nemica, le difficoltà di comunicazione, l'ostilità e il risentimento diffuso. Non sorprende così rintracciare tra gli internamenti di Racconigi anche un soldato prigioniero, Frank M., ritenuto affetto da «sindrome melanconica»¹¹⁶⁰. Il militare, a causa della sua condizione, è già stato ricoverato presso l'Ospedale di Riserva di Cuneo, dove resta per tutto il periodo in silenzio, «fugge i compagni e sovente piange senza motivo alcuno, non sempre obbedisce agli ordini che gli si impartiscono; passa delle intiere giornate rannicchiato a letto sotto le coperte; passa delle notti insonni»¹¹⁶¹. Anche in manicomio permane il mutismo, il pianto continuo, il contegno passivo, il disinteresse per l'ambiente. A Febbraio migliorano le condizioni e interrogato sostiene che «era turbato da preoccupazioni per la famiglia, di cui da 9 mesi non ha più notizie»¹¹⁶². Viene dimesso come «guarito» il 5 Marzo 1918.

8.1 Lo strano atteggiamento di un soldato che non vuole vedere la moglie

Contrariamente da quanto affermato dai sostenitori del paradigma della simulazione, secondo cui le nevrosi belliche avrebbero rappresentato per tanti soldati il mezzo più rapido per abbandonare la guerra e fare ritorno a casa, le forme più gravi di sofferenza psichica hanno prodotto spesso comportamenti inaspettati e all'apparenza irrazionali. Come nel caso del soldato Lorenzo A., di Cuneo, che una volta internato definitivamente a Racconigi, alle pressanti richieste della moglie che «desidererebbe visitarlo e riportarlo a casa»¹¹⁶³, fa rispondere dai medici che la donna deve «desistere dal viaggio perché la sua presenza in questo momento gli tornerebbe dolorosa»¹¹⁶⁴.

La storia di questo soldato è abbastanza singolare: viene inviato al reparto neuropsichiatrico dell'Ospedale Militare di Riserva di Voghera il 25 settembre 1917 perché gravemente depresso, fobico, facilmente impressionabile e affetto da mutismo¹¹⁶⁵. Dalle notizie raccolte dai medici l'«ereditarietà pare negativa; però già altra volta ricoverato in una casa di salute per malattia mentale»¹¹⁶⁶ e dunque il soggetto è recidivo. La causa d'internamento precedente fu il tentativo di suicidio «per paura immaginaria di fucilazione» effettuato «sparandosi sotto il mento»¹¹⁶⁷. Dopo questo episodio venne «posto in osservazione in vari ospedali, presentò sempre periodi melanconici»¹¹⁶⁸. Lo stesso contegno è tenuto a Voghera, dove «ha presentato fatti depressivi con mutismo, emozionabilità facile, crisi ansiose e spiccate fobie»¹¹⁶⁹. Ai medici la sua appare però una strana follia, tanto che lo descrivono «abbastanza lucido ed orientato»¹¹⁷⁰. Viene comunque

¹¹⁵⁹ Ivi, *Riassunto della cartella clinica del soldato P. Giuseppe*, Racconigi 1919.

¹¹⁶⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10545.

¹¹⁶¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10545, *Ospedale di Riserva di Cuneo, Oggetto: prigioniero di guerra alienato*, Cuneo, 20 Gennaio 1918.

¹¹⁶² Ivi, *Tabella nosografica. Diari fisici e psichici*, 20 Febbraio 1918.

¹¹⁶³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10567, *Tabella nosografica. Diari fisici e psichici*, 10 Ottobre 1920.

¹¹⁶⁴ *Ibidem*.

¹¹⁶⁵ Ivi, *Ospedale Militare di Riserva di Voghera: relazione medica*, 21 Gennaio 1918.

¹¹⁶⁶ *Ibidem*.

¹¹⁶⁷ *Ibidem*.

¹¹⁶⁸ *Ibidem*.

¹¹⁶⁹ *Ibidem*.

¹¹⁷⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10567, *Tabella nosografica: Anamnesi*.

«riformato per psicopatia non dipendente da causa di servizio»¹¹⁷¹ e dopo di ciò inviato per il ricovero definitivo al manicomio provinciale di Cuneo, a cui appartiene territorialmente.

Qui fa il suo ingresso il 3 febbraio 1918 e resta internato fino al 23 giugno 1922. Durante questo periodo si mantiene «depresso, riservato, poco accessibile, disperato. Non vuole dare spiegazioni circa il tentativo di suicidio compiuto sotto le armi»¹¹⁷². Nei mesi a seguire fanno la loro comparsa anche le allucinazioni uditive¹¹⁷³. Il 27 marzo del 1919 i medici lo descrivono «stazionario. Parla talvolta da solo borbottando incomprensibili parole e volgendosi da qualche parte. Di solito tiene il capo rivolto verso il suolo. Non si presta all'interrogatorio, sembra però abbia una certa conoscenza dell'ambiente e delle persone. Si nutre e dorme un poco scarsamente. Non vuole dare spiegazioni circa il suo tentativo di suicidio. Da quando è ricoverato in manicomio però non ne commise altri»¹¹⁷⁴. Tutto ciò appare singolare, sia perché il soggetto sembra comunque lucido e abbastanza orientato nell'ambiente, nonostante il persistere della condizione melanconica, sia perché il suo sembra essere, a tratti, un atteggiamento di consapevole opposizione nei confronti della condizione di internato. «È un po' scontroso, quasi diffidente. Invitato a sedersi non vuole farlo, forse per un eccessivo senso di rispetto»¹¹⁷⁵. Non dà confidenza agli altri ricoverati, è taciturno e depresso anche nei mesi a seguire¹¹⁷⁶. Non è semplice scrutarlo, né capire fino in fondo quanto sia partecipe degli eventi che accadono e di quelli che lo riguardano.

Intanto cominciano a giungere in manicomio diverse lettere dalla famiglia – una ventina quelle conservate nell'incartamento clinico –, soprattutto da parte della moglie, che gestisce una bottega a Cuneo, ma anche dagli zii e da altri parenti. Nei biglietti si cercano notizie del ricoverato, ma si presentano anche richieste per poterlo vedere e magari per averlo consegnato per un periodo di prova da trascorrere tra le mura domestiche.

«11/8 1919, Cuneo

Pregiatissimo S. Direttore,

Pregherei la Signoria V. Ill.ma a volermi dare notizie del mio caro marito A. Lorenzo che si trova qui ricoverato in questo manicomio già da tanto tempo per in seguito ferita di guerra. Intanto al pregherei di cuore se avessi la bontà di darlo in prova, che vi sarebbe un suo cugino d'anni 50 per nome A. Giuseppe che si rende [?] giorno e notte, qua dove abito ora è fuori pericolo tanto dall'acqua come da altri pericoli. Sarebbe di certo che si prova per venti giorni o un mese. Sperando di avere di presto risposta ringrazio anticipatamente. Invio i miei rispetti sempre sua obbligatoria serva A. Anna moglie dell'A. Lorenzo»¹¹⁷⁷.

Nella lettera la moglie fa espressa richiesta per ottenere la consegna in prova il marito, facendo riferimento a un cugino che si rende disponibile a prendersene cura giorno e notte. Contrariamente a una prassi riscontrata in più occasioni, e che risponde a quella politica di rapide dimissioni cui si è già fatto cenno, in questo caso il direttore risponde alla donna di essere «spiacente di non poter aderire al suo desiderio di ritirare suo marito dal manicomio perché egli è ancora depresso, preoccupato, solitario, taciturno, inoperoso. Una sua prematura dimissione gli sarebbe di danno piuttosto che di vantaggio»¹¹⁷⁸. Questo significa che anche nel caso dei militari, e in un periodo in cui la fine della guerra non ha prodotto ancora la piena uscita dalla condizione d'emergenza, la prassi di dimettere rapidamente i militari non vale come regola stabilita sempre e comunque. È lecito

¹¹⁷¹ Ivi, *Tabella nosografica: Anamnesi*.

¹¹⁷² Ivi, *Tabella nosografica. Diari fisici e psichici*, Dicembre 1919.

¹¹⁷³ Ivi, *Tabella nosografica. Diari fisici e psichici*, Marzo 1920.

¹¹⁷⁴ Ivi, *Tabella nosografica. Diari fisici e psichici*, 27 Marzo 1920.

¹¹⁷⁵ Ivi, *Tabella nosografica. Diari fisici e psichici*, 5 Aprile 1920

¹¹⁷⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10567, *Tabella nosografica. Diari fisici e psichici*, Agosto 1920.

¹¹⁷⁷ Ivi, lettera di A. Anna, 11 Agosto 1919.

¹¹⁷⁸ Ivi, *biglietto del Direttore*, Racconigi 8 Ottobre 1919.

ipotizzare che la direzione sanitaria valuti caso per caso, dimostrandosi più rigida nei casi ritenuti maggiormente problematici.

Intanto, probabilmente anche per mettere in una luce diversa la presunta pericolosità sociale del marito, in un biglietto del 18 febbraio del 1919, la donna informa il direttore di essere «stata assicurata da testimoni oculari che la ferita del marito sotto il mento fu causata da una scheggia di granata» e non da un tentativo fallito di suicidio¹¹⁷⁹. Dunque non di autolesionismo trattasi ma di ferita di guerra. Perché allora l'evento venne fatto passare come un tentativo di suicidio? Forse per evitare future richieste di pensioni da causa di servizio? E tutto ciò è legato con l'ostinato mutismo del militare che si rifiuta ostinatamente di spiegare le circostanze dell'evento? Tutti interrogativi che è lecito porre, ma a cui non è possibile fornire una risposta a causa del silenzio della documentazione.

Nei mesi e negli anni a seguire proseguono le lettere scritte dalla moglie, che continua a fare richiesta di poter avere in affidamento il marito e fa anche cenno di voler scrivere a lui direttamente.

«23/2 1921 Cuneo

Egregio Signor Direttore,

Le chiedo scusa se sempre sono a disturbarla. Avrei piacere sapere di nuove notizie del mio povero marito ricoverato in cotesto Istituto, A. Lorenzo. Già sempre replico la mia medesima idea, se probabilmente potessi averlo in prova quale da molto tempo desidero. In questo tempo scriverò anche una lettera al mio povero marito che pregherei la S.V.Ill.ma ad aver la cortesia di osservarlo qual prova le farà leggendo il mio scritto. Intanto la prego nuovamente se vi potesse darmelo in prova mi farebbe una carità, così poter dire d'aver una soddisfazione di veder se fosse essendo in mezzo alla sua famiglia cambiasse. Scusi se tanto la [?], al ringrazio e la riverisco sempre sua obbligatissima serva

A. Anna.»¹¹⁸⁰.

La lettera al marito non è tra quelle conservate nella cartella e manca anche la risposta del direttore, ma dai diari clinici sappiamo che l'uomo si è rifiutato tanto di vedere la moglie, quanto di fare ritorno a casa. Nel mese di gennaio del 1921 i medici riportano che «si rifiuta di scrivere alla moglie, né desidera vederla perché (egli dice) “la sua presenza gli fare pena”»¹¹⁸¹. Simile comportamento, a fronte delle reiterate richieste della famiglia per poterlo vedere e avere in consegna, dovette scuotere la donna, che si convinse a richiedere l'interdizione dell'uomo. Anche durante le fasi preparatorie del provvedimento, nessun cambiamento nell'atteggiamento dell'uomo, che non dà segni di aver capito la situazione. Interrogato, infatti, «dopo aver fornito alcune generalità, si chiuse in un mutismo assoluto, senza dare risposte a parecchie e svariate domande rivoltegli, dimostrando di essere affetto da gravissima malinconia»¹¹⁸². Un certificato emesso dal direttore in data 20 luglio 1921 lo ritiene «affetto da alienazione mentale a forma di stato depressivo delirante e che non presenta alcuna probabilità di prossima guarigione»¹¹⁸³. Sulla base di ciò il collegio giudicante lo valuta «affetto da malinconia al punto tale da non sapere ragionare [...] e non è più capace di provvedere alle cose sue, perché queste più non lo interessano, perché di tutto egli è non curante. E perciò è necessario che vi sia persona che sotto le garanzie legali si prenda cura e della sua persona e dei suoi beni: tale è il tutore che verrà nominato a seguito dell'interdizione disposta dalla legge in simili casi»¹¹⁸⁴. Il provvedimento viene emanato dal tribunale civile e penale di Cuneo il 27 dicembre 1921 e il tutore nominato è la moglie¹¹⁸⁵.

¹¹⁷⁹ Ivi, lettera di A. Anna, 18 Febbraio 1919.

¹¹⁸⁰ Ivi, lettera di A. Anna, 23 Febbraio 1921.

¹¹⁸¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10567, *Tabella nosografica. Diari fisici e psichici*, 21 Gennaio 1921.

¹¹⁸² Ivi, Tribunale civile e penale di Cuneo: provvedimento di interdizione a carico di A. Lorenzo, 27 Dicembre 1921

¹¹⁸³ *Ibidem*.

¹¹⁸⁴ *Ibidem*.

¹¹⁸⁵ *Ibidem*.

Nei mesi a venire la donna continua a scrivere e si dichiara «fortunata se mi dasse [il direttore] la notizia di prenderlo in via di prova ma se tale non è basta che stia meglio»¹¹⁸⁶. Finalmente nel mese di giugno del 1922 le sue reiterate preghiere vengono accolte e arriva la tanto sospirata dimissione in prova. L'alienato viene così consegnato alla moglie, che adesso ne è anche la tutrice. L'ex soldato non farà più ritorno in manicomio e la sua storia resta a testimonianza della complessità e dalla varietà delle vicende e dei comportamenti che riguardano gli alienati di guerra.

8.2 La nostalgia della famiglia

Tra le cause del malessere psichico che affligge i soldati impegnati nel conflitto c'è quello per la distanza da casa, o il distacco dalla famiglia: «il pensiero della famiglia, il desiderio acuito fino al parossismo di rivedere i propri cari e la propria casa costituiscono la nota sentimentale dominante che traspare nei discorsi e nella condotta, che prende forma concreta ed esplicita negli scritti dei soldati, dai più colti ai più umili, dai più semplici ai più intelligenti»¹¹⁸⁷. Complici le particolari condizioni della guerra, l'incombente paura di morire, il ferimento o la mutilazione di compagni e commilitoni, tutto ciò poteva sfociare nella malattia mentale.

Nello specifico la nostalgia dei luoghi natii, o della famiglia, poteva generare melanconie contraddistinte da angosce, perdita della parola, disorientamento, pensieri di morte. È quanto avviene all'alpino T. Pietro, della classe 1890, appartenente al 2° Reggimento, che giunge all'ospedale Militare di Savigliano il 10 marzo 1918 su proposta del Distaccamento Alpini di Costigliole Saluzzo. Qui viene visitato e trovato «in stato d'angoscia, tenendo un contegno come di persona grandemente accorata e dominata da ansie interne»¹¹⁸⁸. Interrogato dall'ufficiale medico «non risponde alle domande rivoltegli, dimostrandosi indifferente alle impressioni esterne, solo preoccupato di raggiungere il fratello il quale lo attende in Francia»¹¹⁸⁹. Tale idea appare assurda al medico e dipendente «da alterazione della psiche in relazione a intossicazioni intestinali»¹¹⁹⁰ e per questo ne dispone l'invio in ospedale. Qui viene visitato ed evidenzia «in atto disturbi psicopatici, caratterizzati essenzialmente da marcata depressione sentimentale e stato confusionale allucinatorio, che lo rende pericoloso a sé e agli altri»¹¹⁹¹. Colpisce che nelle note del presidio militare venga espunto ogni riferimento all'intossicazione intestinale che, invece, viene ritenuta dai medici del reggimento la causa del morbo mentale. In manicomio Pietro T., che ha 28 anni, giunge il 12 marzo 1918, dunque due soli giorni dopo la visita in caserma in cui sono stati evidenziati i disturbi mentali. Cosa ci dice questo dato? Che alcune caserme agiscono con rapidità e poca esitazione e ai primi segnali di disagio psichico inviano i militari in manicomio. Un tentativo di evitare la diffusione tra i militari di fenomeni suggestivi? Le fonti non consentono di rispondere risolutivamente alla questione, ma è possibile ipotizzarlo, anche se, come abbiamo visto, non tutti i presidi militari sono così celeri e in alcuni casi la prassi adottata sembra essere quella di attendere che il disagio mentale passi. Per quanto riguarda invece la rapidità con cui l'ospedale militare procede a disporre l'invio in manicomio, bisogna considerare che il periodo tra la fine del 1917 e l'estate del 1918 è quello più critico per la realtà in questione, costretta a gestire, oltre al carico ordinario, i feriti provenienti dalle zone sgombrate del nord-est. Gli spazi a disposizione erano saturi, i feriti venivano disposti ovunque, nei corridoi e lungo i porticati, così non sorprende constatare la

¹¹⁸⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10567, lettera di A. Anna, 23 Febbraio 1922.

¹¹⁸⁷ Cfr. L. De Lisi - E. Foscarini, *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, in «Note e riviste di psichiatria», 1920, n. 1, p. 67.

¹¹⁸⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10610, 2 Reggimento Alpini, Distaccamento Provvisorio di Costigliole Saluzzo, *Oggetto: Proposta di invio in osservazione*, Costigliole Saluzzo, 10 Marzo 1918.

¹¹⁸⁹ *Ibidem*.

¹¹⁹⁰ *Ibidem*.

¹¹⁹¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10610, *Direzione ospedale Militare di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica per il ricovero al Manicomio del soldato T. Pietro, n.1699 di prot.*, Savigliano, 12 Marzo 1918.

rapidità degli invii presso altre strutture, ogni qual volta ciò era possibile. È questa la circostanza dei sospetti casi di alienazione mentale, che potevano essere inviati al manicomio e, dunque, liberare posti utili in ospedale. Non è arduo ipotizzare che l'espunzione del riferimento all'intossicazione intestinale, dalle note ospedaliere del soldato, sia da ricollegare a questa prassi emergenziale. Sarebbe un segnale di quanto le contingenze eccezionali del momento abbiano pesato sulle forme concrete d'attuazione della clinica.

Pietro T., appena giunto a Racconigi, viene posto in regime d'osservazione e immediatamente interrogato. Parimenti scattano le procedure per ricostruire la storia familiare del soggetto. I carabinieri attestano che «non è mai stato ricoverato in manicomio, né ha mai avuto a che fare con la giustizia»¹¹⁹². Il medico condotto di Pagno, paese del soldato, attesta «che alcuni consanguinei in linea ascendente materna, quantunque non siano stati ricoverati nel Manicomio, manifestarono segni evidenti di squilibrio mentale»¹¹⁹³. Inoltre «la madre del militare [...] non si trova nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali»¹¹⁹⁴. Questi dati sembrano iscrivere la vicenda del soggetto all'interno del consolidato paradigma della predisposizione familiare e, dunque, sancire la non facile guaribilità della patologia. D'altra parte era proprio tra questi soggetti che si registrava il tasso più alto dei ricoveri definitivi, con un'ulteriore punta per i casi di amenza e malinconia, le cause maggiori di riforma dal servizio. E proprio alla depressione rimandano i sintomi riscontrati in manicomio durante il periodo di osservazione: «espressione fisionomica depressa, smarrita. Alquanto confuso e disorientato. Espressione monotona, rallentata, con preoccupazioni [...] famigliari. [...] Solitario, taciturno, con disinteresse assoluto dell'ambiente. Ha dormito pochissimo»¹¹⁹⁵. Anche nelle settimane successive la principale preoccupazione del soldato è la famiglia: «meno confuso, sebbene ancora depresso, con vaghe preoccupazioni famigliari»¹¹⁹⁶. I medici però sottolineano che «finora non ha manifestato tendenze persecutorie»¹¹⁹⁷, sembra dunque essere scongiurato il rischio suicidario, frequente nel caso delle costellazioni depressive. Tanto basta, anche in questo caso, per emanare il 29 aprile il provvedimento di dimissione con il giudizio medico di «migliorato»¹¹⁹⁸. Un mese e 17 giorni dopo l'ingresso a Racconigi.

¹¹⁹² Ivi, Comando della stazione dei Regi Carabinieri di Saluzzo, Saluzzo 14 Marzo 1918.

¹¹⁹³ Ivi, *Dichiarazione del Dott. Domenico Re*, Pagno, 13 Marzo 1918.

¹¹⁹⁴ *Ibidem*.

¹¹⁹⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10610, *Tabella nosografica, Diari psichici e fisici*, Marzo 2018.

¹¹⁹⁶ Ivi, *Tabella nosografica, Diari psichici e fisici*, Aprile 2018.

¹¹⁹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁹⁸ *Ibidem*.

Capitolo VIII

Abbandonare il manicomio: l'uscita dei soldati alienati

*Guerra, sempre guerra! C'è da diventar pazzi [...]
Io ho paura di diventare pazzo [...]
Io divento pazzo. Un giorno o l'altro, io mi uccido.
Bisogna uccidersi.
E. Lussu, Un anno sull'altipiano, Torino 1966.*

1. Lasciare Racconigi: evasioni, suicidi, riforme e ritorni in caserma.

Per molti soldati l'abbandono del fronte e l'arrivo in manicomio non rappresentò la fine del conflitto, ma una breve parentesi prima del ritorno al corpo d'appartenenza. La politica di rapide dimissioni cui si è fatto cenno, infatti, si è concretizzata in un consistente numero di licenziamenti con il giudizio di «guarito» o semplicemente «migliorato»¹¹⁹⁹. I soldati dimessi venivano inviati all'Ospedale Militare di Savigliano che, nella quasi totalità dei casi, provvedeva al reintegro formale del militare e a stabilire il ritorno in caserma. Il manicomio, però, non si abbandonava solo attraverso il licenziamento, anche la morte infatti era una causa di dimissione formale e di iscrizione nella contabilità in uscita dell'istituto¹²⁰⁰. Il numero dei decessi tra i soldati internati risulta relativamente basso almeno fino all'annata 1916-1917, quando si registrano 4 morti tra i militari, scende nuovamente l'anno successivo a 3, salvo ascendere nella fase finale del conflitto a 12 decessi. Quest'ultimo dato si spiega con le condizioni di emergenza vissute dalla struttura nel periodo, con l'aumento dei costi per le materie prime e i combustibili e, dunque, il conseguente razionamento degli uni e degli altri, ma anche con le pessime condizioni di arrivo in manicomio dei soldati. Il dato consente di osservare, da un'altra prospettiva, lo sforzo bellico nell'ultima fase del conflitto, la durezza dei combattimenti finali e i riflessi di ciò sul piano psico-fisico sui militari. C'è da dire che i decessi riguardarono perlopiù soggetti già debilitati dalle condizioni di guerra, dalla mente spesso stravolta, confusa, con precarie condizioni psico-fisiche. Su questi uomini agirono molto più facilmente le patologie che, più o meno indirettamente, furono aggravate dalle pessime condizioni della struttura: broncopolmoniti e influenze soprattutto.

Sporadici furono invece, a fronte di diversi episodi di autolesionismo, i tentati suicidi sfociati in decessi. Limitate anche le evasioni, tranne nella fase finale del conflitto, quando, complici le condizioni di emergenza gestionale dell'istituto, vi furono 11 evasioni nella sola annata 1918-1919.

Gli unici militari per i quali l'abbandono di Racconigi coincise con la fine del conflitto, ma anche, spesso, con l'internamento definitivo, furono i riformati. Casi in cui il disagio mentale da transitorio divenne cronico, tanto da "costringere" le autorità mediche militari a emettere il provvedimento di licenziamento definitivo dal servizio.

Infine, in quest'ultimo capitolo dedicato alle diverse forme attraverso cui gli alienati militari poterono abbandonare il manicomio, abbiamo scelto di inserire alcune lettere inviate dalle famiglie. Queste, infatti, oltre a rappresentare spesso l'unico mezzo per lo scambio di informazioni da e verso

¹¹⁹⁹ Per i dati in dettaglio vedi la tabella n.5 in Appendice.

¹²⁰⁰ Anche per i morti vedi i dati presenti nella tabella n. 6 e 7 in Appendice.

l'istituto, per molti internati rappresentarono anche un mezzo di evasione spirituale, un modo per essere partecipi degli eventi e delle esperienze accadute a casa e, dunque, per abbandonare mentalmente, anche se solo per pochi frangenti, le camerate e i corridoi del manicomio.

2. Gli effetti della politica di rapide dimissioni: i recidivi

Tra gli effetti della politica di rapide dimissioni adottata dalla direzione sanitaria nei confronti dei soldati ci fu quello dei recidivi, cioè degli internati che dopo essere stati dimessi, solitamente come «migliorati», fecero nuovamente il loro ingresso in manicomio a causa del riemergere dei sintomi.

La valutazione del fenomeno, anche sulla base dei dati disponibili, deve essere problematizzata alla luce di un elemento: la provincia di appartenenza degli internati. Infatti, i militari originari della provincia di Cuneo per i quali si fosse reso necessario il nuovo ricovero sarebbero stati “accolti” a Racconigi, mentre quelli di altre province avrebbero perlopiù preso altre direzioni. Le cifre a nostra disposizione, dunque, devono essere lette con una certa attenzione ermeneutica. La stessa che deve essere utilizzata per interpretare adeguatamente i commenti sui dati del direttore Rossi che, nel 1917, così si esprime relativamente alla situazione dell'annata precedente: «bassa eccezionalmente risulta la percentuale dei recidivi e dei riammessi non giungendo nemmeno al 19% degli entrati, la qual cosa è da mettersi in rapporto alla elevata accettazione di militari che danno alle recidive un contingente minimo anche per il fatto che, uscendo dal manicomio, ricevono le più diverse destinazioni»¹²⁰¹. E due anni dopo, a guerra terminata, ribadisce: «la percentuale dei recidivi e dei riammessi (22,8%) si è mantenuta anche quest'anno notevolmente al di sotto della norma, circostanza questa che è da mettersi in rapporto col forte contributo al movimento dei ricoverati che hanno fornito i militari, i quali uscendo dal manicomio, abbandonano quasi sempre il territorio della provincia»¹²⁰².

Quanto osservato però non vale per tutti i soldati appartenenti a uno dei corpi presenti in provincia, come dimostra il caso del militare Carmine M., classe 1896, di Aversa¹²⁰³. Inquadrato nel 1° Reggimento Alpini di Mondovì, viene inviato una prima volta in manicomio per sospetta alienazione mentale e resta internato dal 31 Gennaio 1918 al 9 Maggio dello stesso anno; dimesso in prova come «migliorato», fa rapidamente ritorno sempre a Racconigi¹²⁰⁴, restando sospeso in una di quelle situazioni che, in assenza del provvedimento di riforma, rendono impossibile l'abbandono del territorio della provincia. O come accade a Giovanni M, di Sanremo, classe 1890, anche lui inquadrato nel 1° Reggimento Alpini, che addirittura viene internato e dimesso tre volte nel giro di quattro mesi, tra il 31 Gennaio 1918 e il 4 Aprile 1918, prima di essere licenziato definitivamente come «guarito»¹²⁰⁵. Diversi soldati, dunque, entrano ed escono dal manicomio provinciale pur non figurando tra le ammissioni definitive, questo perché sono in attesa di un provvedimento che ne chiarisca lo stato (riforma o dimissione definitiva). Queste situazioni rendono i dati delle statistiche ufficiali quantomeno problematici, quando non “falsati”, per questo devono essere accostati con la necessaria prudenza ermeneutica.

Tra le vicende che interessano i soldati recidivi non ci sono soltanto quelle dei pazienti più volte transitati dal manicomio. Infatti diversi militari prima – ma anche dopo – il transito nel frenocomio, vennero ricoverati in strutture diverse: gli ospedali da campo, i presidi ospedalieri di emergenza

¹²⁰¹ APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1916-1917)...*cit., p. 199.

¹²⁰² APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1918-1919)...*cit., p. 137.

¹²⁰³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10562.

¹²⁰⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10835.

¹²⁰⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10558 e 10921.

disseminati lungo il fronte, gli ospedali militari provinciali, le cliniche di riserva. I ripetuti passaggi si configuravano come lunghi calvari contrassegnati da percorsi clinici spesso inconcludenti, durante i quali i sintomi tendevano a peggiorare, tra l'indifferenza e, sovente, il disprezzo di medici e personale sanitario. In particolare destavano marcata diffidenza gli "ubriacconi" e i soldati che facevano abituale consumo di "sostanze spiritose". Come nel caso del soldato G. Antonio, classe 1884, appartenente al 33° Reggimento Fanteria, ricoverato più volte durante il conflitto perché affetto «da gravi sintomi di eccitazione psichica tale da renderlo pericoloso a sé e agli altri»¹²⁰⁶. La vicenda del soldato è indicativa tanto della superficialità dei controlli che contraddistingueva molte strutture sanitarie durante il conflitto, quanto della tendenza a dimettere rapidamente i militari ritenuti affetti da sintomi transitori e non chiaramente identificabili.

Egli infatti viene inizialmente ricoverato presso l'Ospedale Militare di Savigliano nel 1917 e dimesso con sei mesi di convalescenza «per alcoolismo cronico con sintomi di irritazione motoria». Rientrato al reggimento, e presentati gli stessi sintomi, viene inviato al Convalescenziario di Bra. Dimesso viene nuovamente indirizzato all'Ospedale Militare per il persistere della condizione di eccitazione nervosa. Qui, preso atto della «condizione di recidività di tali disturbi, abituali nelle forme d'intossicazione alcoolica»¹²⁰⁷, viene disposto l'invio in manicomio. Giunto a Racconigi non termina però il suo peregrinare. Infatti, dopo un primo periodo d'osservazione tra il 27 Gennaio 1918 e il 5 Marzo dello stesso anno, considerato l'abuso delle «bevande spiritose»¹²⁰⁸ e l'agitazione motoria conseguente, viene dimesso, salvo venire nuovamente ammesso in manicomio a causa della sua condizione¹²⁰⁹. L'alternanza di ricoveri e dimissioni, il rimpallo tra strutture diverse, senza che nessuna si decidesse a prendere in qualche modo una posizione netta sullo stato di salute del soldato, risultano abbastanza indicative di quella tendenza ad evitare giudizi definitivi sull'origine dei sintomi e, quindi, di assumersi le responsabilità che da ciò potevano seguire.

Stessa esperienza per il soldato Pietro V., classe 1879, appartenente alla 39° Compagnia Presidiaria, che viene ricoverato all'Ospedale Militare di Savigliano il 26 Novembre 1917, dopo essere stato per un periodo di osservazione presso l'Ospedale di Riserva di Saluzzo con diagnosi di «frenastenia eretistica»¹²¹⁰. Come precisano i medici di Savigliano «sono tre mesi che passa dall'uno all'altro ospedale sempre per la stessa psicosi»¹²¹¹, senza che nessuno si decida a prendere una determinazione sul caso. Il militare si presenta sempre «in preda a stato d'eccitamento psicomotorio, caratterizzato da umore abitualmente gaio, euforico, da loquacità continua e molesta, da incessante iperattività con bisogno continuo di muoversi, di agitarsi e da sonno scarso. Presenta pure un grado di sviluppo mentale insufficiente»¹²¹². Tale condizione appare in sensibile aggravamento e per questo viene inviato in manicomio, dove è già stato ricoverato e dimesso una volta terminata la fase più acuta dei sintomi.¹²¹³ Qui mantiene il medesimo stato per un mese circa, fino a quando «essendosi un po' alla volta calmata la situazione eretistica, il 6 Febbraio 1918 il V. poté essere dimesso come guarito durante il periodo di osservazione dei fenomeni acuti della psicopatia (eccitamento psicomotorio in frenastenico) da cui fu ritenuto affetto»¹²¹⁴. Ancora più emblematica dei paradossi prodotti dalla politica di dimissioni rapide attuata a Racconigi è la

¹²⁰⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10552, *Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al manicomio del soldato G. Antonio, Savigliano, 27 Gennaio 1918.*

¹²⁰⁷ *Ibidem.*

¹²⁰⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10552, *Diari psichici e fisici, Gennaio 1918.*

¹²⁰⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10570.

¹²¹⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10503, *Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al manicomio del soldato V. Pietro, Savigliano, 30 Novembre 1917.*

¹²¹¹ *Ibidem.*

¹²¹² *Ibidem.*

¹²¹³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10289.

¹²¹⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10503, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo, Oggetto: Riassunto di cartella clinica in persona del soldato V. Pietro.*

situazione del soldato Romero Rinaldo V. Originario di Massa, appartenente al 1° Reggimento Alpini di Mondovì, il militare venne ricoverato e dimesso addirittura 4 volte, sempre con disturbi giudicati «non di competenza manicomiale»¹²¹⁵.

In tutti questi casi, oltre alle difficoltà di trattare simili vicende, è palese anche l'angustia della prospettiva psichiatrica che concentra la propria attenzione sull'attenuazione – o sulla sparizione – dei sintomi, tralasciando ogni considerazione sui meccanismi e le cause che hanno dato origine alla patologia. In questo senso la guerra rappresentò anche una occasione sprecata per l'alienismo italiano che, desideroso di liberarsi dal ruolo ristretto assegnatogli dalla legge del 1904, non seppe mettere in campo quel coraggio teorico e terapeutico necessario per migliorare la propria posizione sociale.

2.1 Il pensiero attivo della famiglia per un recidivo in preda ai deliri

Entrambe le valutazioni del direttore Rossi sui recidivi, dunque, valgono in senso assoluto, ma non per i militari cuneesi, che sovente vennero nuovamente inviati in manicomio, anche a distanza di tempo. In altre circostanze il perdurare dell'internamento oltre la guerra determina l'ingresso, di fatto, dell'internato nella popolazione "civile" del manicomio. Dalla documentazione spariscono i riferimenti alla condizione di militare, nei registri viene indicato il mestiere svolto prima del conflitto e l'alienato viene assegnato a un reparto misto e non a una sezione per soli soldati, come accaduto durante il conflitto. Simili elementi rendono problematica la ricognizione sull'effettiva consistenza dei recidivi tra i soldati e dunque anche sulla portata nel medio-lungo periodo dei traumi di guerra.

Un esempio di transizione interna dalla condizione separata di soldato a quella di internato "comune" è offerto dal soldato Stefano G. Classe 1870, entrato per la prima volta in manicomio il 27 Febbraio 1917 «proveniente dal suo domicilio in Benevagienna, dove si trovava in licenza di convalescenza»¹²¹⁶. Era a casa per disturbi insorti durante il servizio, dopo che durante il periodo militare era «stato degente in parecchi ospedali»¹²¹⁷ per non meglio precisate malattie. Durante la convalescenza viene colto da «accessi di mania furiosa con impulsi distruttivi verso e gli altri»¹²¹⁸ e per questo se ne dispone l'invio in manicomio.

Arrivato a Racconigi i medici cercano immediatamente di ricostruire la situazione familiare. Dalla notizie raccolte non è possibile determinare la predisposizione "parentale" verso la follia, anche se il padre «abusava di bevande alcoliche»¹²¹⁹. La diagnosi è quella di delirio sensoriale, molto comune tra i soldati, che viene emessa dopo il periodo di osservazione e alla luce di alcune dichiarazioni fatte dal soldato stesso: a casa «gli pareva che tutti gli fossero diventati ostili, lo tradissero»¹²²⁰ e per questo meditò anche di fuggire lontano. Durante il periodo di ricovero si mostra «solitario, taciturno, preoccupato. È soggetto a disturbi sensoriali uditivi: sente voci che lo convincono che la moglie lo tradisce, che i fratelli lo perseguitano, gli pare di essere stato molestato, che debba finire male. Ogni tanto ha crisi di pianto»¹²²¹. La paura di essere sotto perenne minaccia, anche da parte delle persone più vicine, le voci che lo convincono del tradimento della moglie, i sussulti a ogni minimo rumore, lo stare in solitudine, sempre guardingo, gli occhi sbarrati, sono reazioni ad uno stato di profondo stress probabilmente legate al conflitto, eppure, da parte della direzione sanitaria, nessuna connessione causale viene stabilita in tal senso. Anzi la guerra sparisce da ogni rilievo presente nella documentazione e l'unico elemento che viene convocato per spiegare in qualche modo la

¹²¹⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10216, 10228, 10506 e 10625.

¹²¹⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10630, *Riassunto della cartella clinica del soldato G. Stefano*.

¹²¹⁷ Ivi, *Tabella nosografica di G. Stefano, Anamnesi*

¹²¹⁸ *Ibidem*.

¹²¹⁹ *Ibidem*.

¹²²⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10630, *Diari psichici e fisici*, 28 Novembre 1917.

¹²²¹ Ivi, *Diari psichici e fisici*, 5 Dicembre 1917.

condizione è la dedizione all'alcool del soldato¹²²². Ancora una volta un riferimento comodo e consolidato che allontana la guerra come possibile causa scatenante dei deliri.

A fine Gennaio appare più tranquillo, i deliri permangono, ma non provocano «alcuna reazione emotiva», così il 6 Febbraio 1918 si decide di dimetterlo in prova. Dopo circa un mese, il 25 Marzo, fa nuovamente il suo ingresso in manicomio per «la stessa forma psicopatica»¹²²³. A Luglio i medici lo descrivono con «espressione abitualmente triste, solitario, taciturno, esterna vaghi e confusi concetti deliranti a fondo persecutorio alimentati da disturbi allucinatori»¹²²⁴. Il soldato sente voci «che gli suggeriscono le cose più strane. Teme che si avvicini la fine del mondo, che i conigli abbiano avvelenato i mari»¹²²⁵, vede serpi, fumi nel cielo. La situazione non migliora neanche nei mesi successivi e ancora a Gennaio dell'anno successivo la documentazione clinica lo descrive «cupo, irascibile, in preda ai soliti disturbi allucinatori»¹²²⁶.

La famiglia durante i periodi di ricovero non lascia solo il congiunto e nonostante non risultino visite al paziente – forse sconsigliate dal direttore considerati i disturbi persecutori e allucinatori – è continuo l'afflusso di lettere scritte dalla moglie con richiesta di notizie. Sono una ventina quelle conservate nella cartella e a tutte il direttore risponde, anche soltanto con una breve nota. Le condizioni non migliorano neanche successivamente, a fine 1919 appare «cupo, aggressivo, più allucinato del solito»¹²²⁷ e durante una visita medica rompe un vetro non si sa per ferire se stesso o qualcun altro. Terminata intanto la guerra, e chiuso il Reparto Psichiatrico Militare, il paziente non viene più trattato come un soldato, ma come un recidivo pericoloso, per questo viene trasferito nel «comparto Charcot», in cui vengono reclusi i soggetti pericolosi, agitati e criminali. A Gennaio del 1920 i deliri e le allucinazioni peggiorano, ritiene di essere perseguitato dai compagni «e preferisce stare isolato in cella»¹²²⁸.

Dopo di allora la documentazione resta silente per oltre un anno, fino a Giugno del 1921, quando il soldato appare «meno sofferente dei disturbi allucinatori e deliranti, e più tranquillo. Da qualche tempo assai deperito. Si nutre con ripugnanza»¹²²⁹. Durante tutto il periodo di ricovero la famiglia continua a scrivere chiedendo notizie del congiunto e implorando le dimissioni del parente¹²³⁰; a ciò il direttore risponde sempre che le condizioni non lo consentono, che i disturbi allucinatori rendono il soggetto pericoloso che le allucinazioni non lo abbandonano. Solo a Luglio, considerato anche il deperimento fisico del soggetto – e dunque probabilmente la ridotta pericolosità sociale – il direttore accetta di consegnarlo alla famiglia che finalmente può venirlo a prendere. Non farà più ritorno a Racconigi, nonostante le gravi condizioni psicofisiche.

Oltre a presentarci un esempio di evoluzione clinica dei disturbi emersi durante la guerra, la vicenda ci consente anche di gettare uno sguardo sul ruolo delle famiglie. Contrariamente a quanto troppo genericamente ritenuto il ruolo di queste ultime non è passivo, o limitato alla richiesta di informazioni sul congiunto, ma risulta essere centrale nella determinazione delle dialettiche di internamento e nel più generale destino dell'internato, anche di quelli gravi come nel caso appena esaminato.

¹²²² Ivi, Diari psichici e fisici, 31 Gennaio 1918.

¹²²³ Ivi, *Riassunto della cartella clinica del soldato G. Stefano*.

¹²²⁴ Ivi, Diari psichici e fisici, 6 Luglio 1918.

¹²²⁵ *Ibidem*.

¹²²⁶ Ivi, Diari psichici e fisici, Gennaio 1919.

¹²²⁷ Ivi, Diari psichici e fisici, 29 Novembre 1919.

¹²²⁸ Ivi, Diari psichici e fisici, Gennaio 1920.

¹²²⁹ Ivi, Diari psichici e fisici, 5 Giugno 1921.

¹²³⁰ Ivi, *Lettera Maggio 1920* [non protocollata].

3. La sofferenza estrema: autolesionismo, suicidio e suo tentativo

Se, come abbiamo più volte sottolineato, per le autorità militari i soldati che presentavano sintomi di disagio mentale erano tutti dei potenziali simulatori, dei soggetti deboli sempre pronti a ribellarsi e a cercare tutte le strategie per evitare i propri doveri verso la patria, c'era almeno una circostanza in cui questo pregiudizio sembrava perdere di valore a priori: nel caso dei suicidi o dei tentativi di porre fine alla propria esistenza attuati dai militari. Eppure, a dimostrazione di quanto radicata fosse «la volontà di non attribuire alla guerra un'azione determinante nell'insorgere del disagio psichico»¹²³¹, anche di fronte all'evidenza della sofferenza più radicale, quella che non prevedeva via d'uscita, si tiravano in ballo le categorie di predisposizione e di degenerazione, utili per spiegare questi gesti estremi come il frutto di instabilità costitutiva o anormalità. Il meccanismo ermeneutico era consolidato nei casi in cui i suicidi (o i tentativi) avvenivano in presenza di allucinazioni o deliri. Come nel caso del soldato Antonio C., di Polistena, classe 1883, che venne trasportato d'urgenza al posto di medicazione dell'Ospedale da campo n. 209 perché «sorpreso con un nodo scorsoio al collo, di cui il capo era legato al palo della tenda, ottenuto mettendo insieme dei legacci da scarpe»¹²³². Dalle prime visite il soggetto appare effettivamente sconvolto dal conflitto, incapace di scorgere alcuna via d'uscita sembra intravedere nella soluzione estrema l'unica possibilità di fuga rimasta.

Dalle notizie raccolte la sua non sembra una storia inquadrabile nella comoda categoria della predisposizione familiare, piuttosto appare essere l'orrore della guerra il principale responsabile della sua condizione di profondo abbattimento. Interrogato «il soggetto nel complesso delle risposte mostra un certo senso logico»¹²³³, «riflessi normali» e una costituzione «regolare»¹²³⁴. L'ambito più compromesso è proprio quello psichico: «ideazione sconnessa. Delirio di colpa integrato da allucinazioni acustiche e allucinazioni oniriche terrificanti. Coscienza vaga di malattia»¹²³⁵. Ciò che però desta preoccupazione è il costante «senso di impulsione intima al suicidio»¹²³⁶. Il soldato è in preda al delirio e deve essere controllato di continuo perché tangibile è il rischio che ritenti di uccidersi. Durante il ricovero la diagnosi muta da schizofrenia a psicosi ad «arresto psichico», in ogni caso, pur sulla base di elementi tanto malfermi e da riconsiderare, si precisa subito nella cartella che la diagnosi «non dipende»¹²³⁷ [da causa di servizio]. Viene disposto l'invio a Racconigi, dove il soldato resta in osservazione dal 27 Ottobre 1917 al 6 Febbraio 1918, data in cui viene «licenziato definitivamente» come «guarito» e rispedito al corpo d'appartenenza. Non farà più ritorno a Racconigi.

Inquadrare diagnosticamente i tentativi di suicidio dei soldati non è semplice per i medici. Negare il portato di sofferenza di cui sono palese espressione neanche. Evitare di ricondurre ciò agli orrori della guerra, sminuendo o negando il peso del conflitto come causa determinante, è invece una prassi a cui gli alienisti si attengono più per evitare frizioni con le autorità militari che per reale convinzione. Nel caso di Racconigi, ciò che emerge dall'analisi della documentazione, è che il direttore Rossi porta avanti una politica di basso profilo, evitando prese di posizioni nette in grado di mettere in crisi quel rapporto con le autorità militari che, almeno fino al 1917, è tutto sommato buono. Come dimostrato dalla concessione da parte del presidio militare di Racconigi di un manipolo di soldati attraverso cui poter garantire la sorveglianza dei combattenti alienati ricoverati nel nuovo

¹²³¹ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 72.

¹²³² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10294, *Copia della cartella clinica n. 7606 dell'Ospedale da Campo della II Armata*, diario clinico, 23 Ottobre 1917.

¹²³³ *Ibidem*.

¹²³⁴ *Ibidem*.

¹²³⁵ Ivi, *Copia della cartella clinica n. 7606 dell'Ospedale da Campo della II Armata*, diario clinico, 24 Ottobre 1917.

¹²³⁶ *Ibidem*.

¹²³⁷ Ivi, *Copia della cartella clinica n. 7606 dell'Ospedale da Campo della II Armata*, *Diagnosi*.

padiglione adibito a Reparto Psichiatrico Militare. Successivamente, in particolare durante l'ultimo anno di guerra, il tenore di queste relazioni cambia: vengono ritirati i soldati addetti alla sorveglianza¹²³⁸ e il direttore reagisce chiedendo alla Deputazione Provinciale di negare l'uso delle latrine del manicomio ai militari del presidio locale. Fino ad allora, però, da ambo le parti si era cercato di mantenere delle relazioni improntate alla collaborazione e, probabilmente, ciò aveva influito sulla totale mancanza di considerazioni "ufficiali", da parte del direttore, sulle cause delle nevrosi belliche e sul possibile legame di queste con gli orrori del conflitto.

Nei casi di suicidio – o di tentato – in cui più difficile risultava negare una correlazione tra la sofferenza del militare, il disagio psichico e la brutalità della guerra, si cercava di ricondurre tutto a predisposizione familiare – come già indicato – o a patologie latenti di particolare gravità, quali le psicosi. È il caso del soldato Marco L., classe 1896, nativo di Milano, che giunge a Racconigi il 27 Ottobre 1917 dopo un ricovero dall'Ospedale S.Osvaldo di Udine¹²³⁹. Il giovane appartiene al 222° Fanteria e «proviene dal corpo con diagnosi di "Psicosi". Non risponde alle domande ma pronuncia frasi sconnesse per cui non è possibile raccogliere alcun dato»¹²⁴⁰. Così vien descritto dai medici dell'Ospedale da Campo 231: «Individuo di buona costituzione fisica, senza alterazioni degli organi interni. Contegno strano ed anomalo»¹²⁴¹. «Chiamato sotto le armi nel Dicembre 1915 prende servizio al fronte»¹²⁴² e qui, dopo due anni di conflitto, tenta il suicidio. Il fatto nella documentazione trova soltanto un accenno di sfuggita, quasi a volerne ridimensionare la portata: «accesso confusionale seguito da tentativo di suicidio»¹²⁴³. Nessun'altra indicazione, nessun riferimento alle ragioni o alle cause del gesto, tanto che, posto così, l'episodio sembra essere la conseguenza di un improvviso «accesso confusionale». Eppure, che la vera ragione del ricovero sia invece proprio il tentativo di suicidio, e la condizione di grave sofferenza psichica del soggetto, è desumibile dalla sottolineatura presente nella cartella dei precedenti familiari: «nonno paterno suicida. Padre nevrastenico»¹²⁴⁴. Un tentativo di ricondurre – anche in questa circostanza – il disagio nell'alveo dei comodi paradigmi della predisposizione familiare. Durante il periodo di ricovero il soggetto si mantiene «scontroso, chiuso, occhi sbarrati, sguardo fisso»¹²⁴⁵. Non parla e persiste un «umore tetro»¹²⁴⁶. Nonostante ciò il tentativo di suicidio non viene ritenuto importante all'interno della storia medica del soldato. Infatti, inviato a Racconigi il 27 Ottobre del 1917, vi rimane fino al 25 Gennaio 1918, dopodiché viene dimesso con il giudizio di «guarito» e indirizzato al fronte. Segno evidente che in un momento particolarmente delicato del conflitto le istanze di difesa sociale, tese a individuare e ad allontanare dalla comunità militare l'anormale, sono venute meno. Mancano gli uomini, così che il criterio quantitativo prevale su qualunque altra possibile considerazione.

Tra le proteste più radicali messe in atto dai soldati per ribellarsi alla guerra e agli obblighi da questa imposti, c'è il rigetto di ogni forma d'alimentazione. Come nel caso del soldato Gildo B., di Omelia, che giunge in manicomio il 18 Marzo 1918 «affetto da grave stato melanconico, rifiuta in modo assoluto i cibi, tanto che lo si deve alimentare colla sonda»¹²⁴⁷. Per il militare la diagnosi finale è «demenza precoce», una patologia che abbiamo visto avere perlopiù esiti clinici negativi. Le condizioni del soldato restano gravi durante tutta la degenza, tanto che viene riformato il 24 Luglio 1916 e trasferito al manicomio di Perugia il 26 Agosto 1918.

¹²³⁸ ASONR, Classe I.4, UA 66, *Verbali delle adunanze della Commissione Amministrativa della Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo in Racconigi 1917-1918*, Bagni ad uso del presidio, Racconigi 2 Maggio 1918.

¹²³⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10280, *Copia della cartella Clinica 7478 Ospedale da campo della II Armata*.

¹²⁴⁰ Ivi, *Copia della cartella Clinica 7478 Ospedale da campo della II Armata, Diario*, Ottobre 1917.

¹²⁴¹ *Ibidem*.

¹²⁴² Ivi, *Copia della cartella Clinica 7478 Ospedale da campo della II Armata, Diario*, 15 Ottobre 1917

¹²⁴³ *Ibidem*.

¹²⁴⁴ Ivi, *Copia della cartella Clinica 7478 Ospedale da campo della II Armata, Anamnesi*, 15 Ottobre 1917.

¹²⁴⁵ Ivi, *Copia della cartella Clinica 7478 Ospedale da campo della II Armata, Esame*, Ottobre 1917.

¹²⁴⁶ *Ibidem*.

¹²⁴⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10547, *Tabella nosografica di Gildo B., Anamnesi*

Il rifiuto del cibo è una pratica che si pone tra l'autolesionismo e il sintomo del rifiuto della vita, tipico delle condizioni melanconiche. In questo senso rappresenta un'evoluzione, legata alle condizioni fortemente stressanti del conflitto, di una situazione già da tempo conosciuta dalla medicina psichiatrica e dalle autorità militari. Se, come giustamente osservato da Antonio Gibelli, l'autolesionismo è la cifra dello scontro tra la leva obbligatoria e la renitenza¹²⁴⁸, il rifiuto di alimentarsi rappresenta la radicalizzazione del fenomeno alla luce dell'impossibilità di fuga e delle condizioni eccezionali previste dal conflitto. Per i soldati che non vedono altra via d'uscita dalla guerra è questa l'ultima risorsa per ribellarsi nei confronti della situazione e del sistema. Come nel caso del soldato Carmine A.¹²⁴⁹, originario di Boscotrecase, Napoli, già ristretto presso il Reclusorio Militare di Vinadio per il suo comportamento violento, che i medici decidono di inviare in manicomio «perché da 10 giorni consecutivi rifiutandosi di accettare qualsiasi cibo o bevanda nutritiva»¹²⁵⁰ versa in stato di grave deperimento. Il soldato in questione, per le autorità militari che lo osservano, rappresenta uno di quei casi in cui criminalità e follia si confondono e si sovrappongono. Infatti, nella documentazione informativa inviata alla direzione sanitaria di Racconigi dagli ufficiali del reclusorio, vengono posti in continuità il sospetto dell'alienazione mentale, legato al rifiuto del cibo, un comportamento «che recava grave danno a lui stesso»¹²⁵¹, e i precedenti penali e «moralì»¹²⁵² che contraddistinguono la storia del soggetto. Nello specifico si sottolinea come non avesse «nessun mestiere da civile»¹²⁵³ e come fosse refrattario ad ogni occupazione. Inoltre «si diede al vino dall'età di 7 anni e lo tollerava bene, ma dopo le libazioni era violento. Ebbe delle condanne per reati contro la proprietà e all'atto del suo arruolamento era vigilato speciale dalla P.S.»¹²⁵⁴. Il vizio dell'alcool, il carattere rissoso, il rifiuto del lavoro, sono tutti elementi che, in presenza di alienazione mentale, corroborano le tesi di quegli alienisti – come il più volte citato Placido Consiglio – che ritenevano i disturbi mentali di guerra l'effetto di primitività e «incompletezza evolutiva. «In guerra –affermò – si vedono fallire, per fatalità organica – tutti gli anormali»¹²⁵⁵. Per questi soggetti Consiglio propose la realizzazione di spazi d'internamento appositi, costituiti esclusivamente da anormali da inviare in prima linea, «onde ottenere una fatale soluzione benefica»¹²⁵⁶.

Secondo simili prospettive, condivise da molti medici militari, i traumatizzati di guerra erano considerati un peso di cui la comunità doveva liberarsi o che doveva costringere, come sostiene Consiglio, a svolgere quei doveri che ostinatamente rifiutava di adempiere. Non è semplice affermare in quali termini questo orizzonte prospettico abbia influenzato la pratica degli alienisti dei singoli manicomi, quanto essi abbiano agito per compiacere, o comunque non entrare in contrasto, con un clima che si accentuò negli anni più difficili del conflitto. Ciò che possiamo ipotizzare è che i medici di Racconigi, almeno in alcune circostanze, hanno agito con ambiguità. Nel caso che stiamo trattando inizialmente diagnosticano per il militare uno «stato depressivo delirante in soggetto degenerato»¹²⁵⁷, riconoscendo di fatto l'anormalità costitutiva del militare e quindi il necessario «ricovero definitivo»¹²⁵⁸, successivamente cambiano opinione e giudicano il soldato «alquanto

¹²⁴⁸ Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra...cit.*, p. 147.

¹²⁴⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10416.

¹²⁵⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10416, *Reclusorio Militare di Vinadio, Oggetto: Recluso A- Carmine, Vinadio*, 5 Dicembre 1917.

¹²⁵¹ *Ibidem.*

¹²⁵² *Ibidem.*

¹²⁵³ *Ibidem.*

¹²⁵⁴ *Ibidem.*

¹²⁵⁵ Citato in B. Bianchi, *La follia e la guerra...cit.*, p. 152.

¹²⁵⁶ Cfr. P. Consiglio, *Psicosi, nevrosi e criminalità in guerra*, in «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», vol. VIII, 1916, p. 268.

¹²⁵⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10416, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo: Risposta alla lettera del 22 Gennaio 1918, n.511*, Racconigi, 30 Gennaio 1918.

¹²⁵⁸ Ivi, *Il procuratore del Re presso il Tribunale civile e penale di Saluzzo*, Saluzzo, 26 Febbraio 1918.

migliorato»¹²⁵⁹ e dunque tale «da essere fra non molto restituito al reclusorio»¹²⁶⁰. Ancora una volta viene ribadito il carattere transitorio dei traumi di guerra, anche se riguardano soggetti degenerati. Ma allora il soggetto è “anormale” o non lo è? Può fare parte senza pericolo della comunità militare o no? A questi interrogativi i medici di Racconigi non rispondono e la prassi adottata non ci aiuta a comprendere la loro opinione sulla questione. Infatti da una parte veniva riconosciuta la condizione di anormalità costitutiva, dall'altra si decideva di emettere il provvedimento di dimissione – avvenuta il 29 Maggio 1918¹²⁶¹ – e di restituire il soldato all'esercito. Tutto ciò sembra dimostrare che la presenza di sintomi legati in qualche modo dal conflitto, da sola, non basti ad affermare la naturale predisposizione alla follia del soggetto.

Contrariamente da quanto sostenuto dalle autorità militari¹²⁶², dunque, per gli alienisti di Racconigi la guerra può rappresentare una condizione determinante dell'insorgere del disagio mentale e i paradigmi della criminalità e della devianza non bastano a spiegare l'emergere delle nevrosi belliche. Piuttosto, queste ultime, in quanto condizioni transitorie, rimandano alle contingenze eccezionali determinate dal conflitto e una volta venute meno possono determinare la guarigione del soggetto. Si spiega così perché il soldato, nonostante la sua storia clinica e i precedenti morali che lo identificano come un “degenerato”, venga dichiarato «guarito» dai sintomi depressivi che lo hanno condotto in manicomio e non semplicemente «migliorato». Si guarisce soltanto da una condizione passeggera, cioè da uno stato di disagio temporaneo, mentre – come visto per altri casi – si migliora da condizioni più gravi, in cui è magari possibile scorgere la predisposizione biologica. Tutto ciò, tra le righe, ci consente di ipotizzare che dietro il silenzio della documentazione formale, a Racconigi, le nevrosi di guerra venissero considerate in maniera più complessa e articolata rispetto a quanto determinabile sulla base delle sole dichiarazioni esplicite. E la guerra, lungi dal rappresentare solo un fattore secondario, era ritenuta un possibile elemento scatenante, quando non una vera e propria causa di insorgenza dello stato patologico.

Sovente gli atti di autolesionismo, o i tentativi di suicidio, risultavano essere la conseguenza di stati di agitazione, reazioni esagerate ad alterchi con superiori o commilitoni, momenti di particolare smarrimento psichico. È il caso del soldato Lorenzo D., classe 1896, del 34° Reggimento Fanteria di Mondovì, che a inizio Dicembre, improvvisamente, «in un caffè della Città ebbe un accesso maniaco furioso, sotto la cui influenza ruppe sedie e vetri con un danno di oltre L.200. Ricoverato nell'infermeria del Distretto passò la notte tranquilla; all'alba fuggì inosservato semisvestito. Si portò sul ponte dell'Ellero e si gettò nel fiume all'altezza approssimativa di m. 6-7 non riportando lesione alcuna»¹²⁶³. Nonostante il soldato avesse già beneficiato di 6 mesi di convalescenza, rilasciati dall'Ospedale Militare Principale di Torino per «nevrastenia», come molti commilitoni in situazioni simili, appena terminata la fase acuta dei sintomi era stato “restituito” al corpo d'appartenenza, non ancora guarito. Tra l'altro il militare aveva svolto una parte del proprio servizio al fronte, ma da qui era stato «allontanato per disturbi nervosi»¹²⁶⁴. Interrogato in manicomio non ricorda di aver tentato il suicidio e, durante il ricovero, «non esterna idee deliranti, né va soggetto a disturbi sensoriali»¹²⁶⁵. Il 17 gennaio, però ha un'altra crisi notturna, dopo la quale non ricorda niente. Viene dimesso l'11 Febbraio con il giudizio di «migliorato».

Gli stati di agitazione che sfociavano nei gesti di autolesionismo, in diverse circostanze, avevano inizio in caserma, al fronte o nelle prigioni militari. È quest'ultimo il caso del militare Achille M., classe 1898, di Roma, detenuto nelle prigioni del corpo d'appartenenza, il 1° Reggimento Artiglieria

¹²⁵⁹ Ivi, *Manicomio della Provincia di Cuneo: Informazioni*, Racconigi 6 Maggio 1918 [n.3447 del Prot. Generale].

¹²⁶⁰ *Ibidem*.

¹²⁶¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10416.

¹²⁶² Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 72.

¹²⁶³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10510, *Nota dell'Ospedale Militare di Mondovì*, rif. N. 10302.

¹²⁶⁴ Ivi, *Tabella nosografica di D. Lorenzo, Anamnesi*.

¹²⁶⁵ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Dicembre 1917.

da Montagna di Mondovì, per «insubordinazione contro superiori»¹²⁶⁶. Qui il soldato «diede in escandescenza cercando di colpire i compagni con un asse del letto; in seguito cercò di ferirsi riuscendo a procurarsi così tagli all'avambraccio sinistro. Il giorno 6 Gennaio uscì nelle solite escandescenze e fu ricoverato all'infermeria dove fu legato perché era in preda a continue smanie e poteva riuscire pericoloso per sé e per gli altri»¹²⁶⁷. Il militare viene dunque inviato in manicomio, dove fa il suo ingresso l'8 Gennaio 1918. Qui viene emessa la diagnosi di «crisi epilettiche in soggetto nevropatico e sifilitico»¹²⁶⁸, ma nonostante ciò i suoi sintomi non vengono ritenuti «di tale natura da legittimare il suo sequestro manicomiale»¹²⁶⁹, per questo viene dimesso il 4 Aprile 1918. Il suo è uno dei tanti casi in cui i tentativi di autolesionismo non fanno parte di un meditato desiderio di morte, ma sono la conseguenza di particolari condizioni di stress e agitazione, legati magari – come in questo caso – alla sofferenza per la reclusione. E che il soldato soffrisse particolarmente la detenzione lo testimonia una lettera, inviata dopo le dimissioni dal manicomio, al direttore Rossi in cui chiede aiuto visto che è stato nuovamente recluso in cella:

«Ill.mo Signor Direttore,

Vengo con la presente a fargli sapere se è giusto che un individuo che dalla diagnosi da lei fatta l'Ospedale l'ho riforma¹²⁷⁰ non appena giunge al corpo sia rimesso in una prigione senza aria senza luce ed alla quale manca tutto ciò che l'igiene detta e per di più sottoposto ai duri trattamenti che si usano verso i puniti disciplinari. Tali sono le mie condizioni signor. Direttore e essendo conoscenza della sua bontà e non sapendo a chi rivolgermi mi ricolgo a lei sperando con la sua influenza possa farmi ottenere qualche cosa. Sappi che sono in prigione dal 29 Settembre 1917 per insubordinazione [...] in attesa di essere sottoposto al Giudizio del Tribunale Militare di Cuneo. Ringraziando mi creda suo devoto

Achille M.»¹²⁷¹.

La lettera colpisce per diverse ragioni. Innanzitutto per il suo destinatario, il direttore del manicomio. Evidentemente il soldato individua in lui una possibile fonte d'aiuto, a differenza dei suoi superiori. Poi perché da essa traspare un soggetto lucido, che non ha alcuna voglia di morire, ma che soffre per le condizioni di detenzione, che ritiene ancora più ingiuste alla luce della diagnosi emessa in manicomio. Non conosciamo l'esito della vicenda, non sappiamo se il direttore ha risposto – ma è possibile ipotizzare di no, visto che manca la minuta solitamente conservata nell'incartamento –, sappiamo però che il soldato non ha fatto ritorno in manicomio. Quindi è lecito immaginare che la situazione sul piano psichico sia migliorata e che i sintomi abbiano avuto quel decorso transitorio, ritenuti da direttore Rossi una delle cifre caratterizzanti le “agitazioni da guerra”.

Il tentativo estremo di fuggire la guerra e i suoi orrori, come visto, poteva spingere i militari a provare più volte il suicidio, con mezzi e strumenti diversi. In questi casi, anche per i medici meno disposti a riconoscere la genuinità di questi tentativi, era problematico non correlare lo stato di profonda prostrazione dei soldati con gli orrori e i traumi della guerra. In queste circostanze l'autolesionismo veniva ritenuto la manifestazione di una personalità disturbata e, dunque, deviata. Non sempre ciò bastava a determinare la riforma del soldato o l'internamento definitivo in manicomio, soprattutto nelle fase terminali del conflitto, quando la stanchezza e la decimazione dei reparti rendevano indispensabili gli uomini. È questo il caso del soldato Esposito S., di S.Arpinio,

¹²⁶⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10534, *1 Reggimento Artiglieria da Montagna*, Mondovì, 8 Gennaio 1918.

¹²⁶⁷ *Ibidem*.

¹²⁶⁸ *Ivi*, *Manicomio della Provincia di Cuneo, Oggetto: soldato M. Achille*, Racconigi, 28 Marzo 1918.

¹²⁶⁹ *Ibidem*.

¹²⁷⁰ In realtà non risulta il militare sia stato riformato, dunque qui il termine indica probabilmente la condizione di dimissione.

¹²⁷¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10534, *lettera s.d.*

classe 1892, che fa il suo secondo ingresso in manicomio il 24 Gennaio 1918. Il giovane, proveniente dall'infermeria del 16° Cavalleggeri «Lucca» di Saluzzo, durante il primo ricovero appare frastornato, confuso, «alquanto depresso furiosamente»¹²⁷², mentre nel secondo «confuso, disorientato, con fisionomia sconvolta»¹²⁷³. È stato inviato in manicomio la prima volta perché il 15 Luglio 1917 «attentava ai propri giorni mediante avvelenamento con pastiglie [...]. Messo fuori pericolo mediante lavanda gastrica, ha rifiutato in seguito ogni nutrimento. [...] Il 18 successivo ha tentato di precipitarsi dall'alto nel cortile della latrina, ma ne fu impedito dalle guardie addette alla sua sorveglianza»¹²⁷⁴. Durante il ricovero manifesta più volte propositi suicidari, «si ritiene un uomo inutile»¹²⁷⁵. Nonostante tale quadro viene dimesso il 15 Aprile 1918 come «migliorato» e rinviato al corpo d'appartenenza.

3.1 Il suicidio per impiccagione di un soldato allucinato

Molto spesso i tentativi più gravi di autolesionismo erano provocati da esperienze particolarmente stressanti come l'aver assistito alla morte di qualche compagno. Gli stati di ansia e di agitazione sottraevano lucidità ai soldati che potevano ricorrere alla scelta estrema di cercare di togliersi la vita. In queste circostanze, solitamente, una volta trascorsa la fase acuta, contraddistinta dalle tendenze impulsive, veniva meno anche il proposito suicidario. Nei casi invece di deliri, la mancanza di lucidità era una condizione strutturale e il suicidio, laddove fallito, sovente coincideva con un aggravamento della situazione clinica dell'individuo. Particolarmente sfavorevoli, in tal senso, erano le condizioni melanconiche che si riscontravano in soldati magari già sofferenti, che non riuscivano a sopportare la vita nel teatro di guerra o l'internamento.

Casi particolarmente gravi, e quindi richiedenti specifica attenzione e sorveglianza, erano poi quelli in cui la cronicizzazione della situazione melanconica si accompagnava al delirio e agli scatti impulsivi verso sé o verso gli altri. È il caso del soldato A. Battista, classe 1891, originario di Roccaalbaldi, che giunge all'Ospedale Militare di Savigliano il 3 Febbraio 1918 con la diagnosi provvisoria di «deficienza delle funzioni psichiche»¹²⁷⁶. Il militare «accusa senso di scoramento continuo, invincibile; incapacità a qualsiasi lavoro, idee coatte di suicidio, che molto difficilmente riesce a scacciare»¹²⁷⁷. Durante il periodo di ospedalizzazione «si mantiene abitualmente d'umore cupo, solitario, taciturno, eccessivamente preoccupato della sua salute, che ritiene compromessa dopo una ferita riportata al fronte»¹²⁷⁸.

La condizione del soldato desta qualche preoccupazione nei medici del presidio militare che, «per un giusto apprezzamento clinico di tale stato psico-patologico, nonché per ragioni di sicurezza e per opportunità d'ambiente»¹²⁷⁹, decidono di inviarlo al Reparto psichiatrico Militare del manicomio di Racconigi. Qui il militare giunge il 9 Febbraio 1918, con sé ha un cappello, un fazzoletto da collo, una giubba, un panciotto, un paio di pantaloni, due camice, un paio di mutande, un corpetto e un paio di scarpe. Ne siamo a conoscenza perché dopo il suo decesso la vedova farà richiesta per «riavere gli indumenti personali del defunto marito»¹²⁸⁰. Come precisa il sindaco di Roccaalbaldi, nella richiesta inviata al manicomio, «trattasi di gente in estrema miseria»¹²⁸¹. Il soldato porta con sé

¹²⁷² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10547, *Diari psichici e fisici*, 22 Luglio 1917.

¹²⁷³ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Febbraio 1918.

¹²⁷⁴ Ivi, *Tabella nosografica di Esposito S., Anamnesi*

¹²⁷⁵ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Agosto 1917.

¹²⁷⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10575, *Direzione dell'Ospedale Militare Principale di Savigliano, oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio del soldato A. Battista*, Savigliano, 9 Febbraio 1918 [n.904 di prot.].

¹²⁷⁷ *Ibidem*.

¹²⁷⁸ *Ibidem*.

¹²⁷⁹ *Ibidem*.

¹²⁸⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10575, *Biglietto del Comune di Roccaalbaldi*, 12 Agosto 1918.

¹²⁸¹ *Ibidem*.

anche delle non meglio identificate «fasce»¹²⁸². Dalle notizie inviate dai carabinieri di Morozzo «risulta notoriamente affetto da leggero squilibrio mentale. Il defunto genitore era dedito alle bibite alcoliche e la vivente madre risulta donna eccentrica»¹²⁸³. Il resoconto offerto consente di inquadrare la condizione mentale del soldato alla luce del paradigma della predisposizione familiare, nonostante – precisano i carabinieri – «nessun membro della famiglia [sia mai stato] al manicomio né con malattie nervose»¹²⁸⁴, e «il militare non fu mai al manicomio e non [?] abbia avuto a che fare con la giustizia»¹²⁸⁵. Prima di arrivare a Savigliano ha combattuto al fronte dove ha riportato una «ferita da pallottola che gli perforò i tessuti molli della spalla destra»¹²⁸⁶.

In manicomio durante il periodo di osservazione i medici notano che il soldato ha «espressione fisionomica preoccupata, senza partecipazione esterna. Ideazione monotona orientata verso immagini tristi, con idee deliranti di rovina. La notte la situazione si aggrava, si dice stanco di soffrire e desidera la morte»¹²⁸⁷. Il soldato è chiaramente in preda a un profondo stato depressivo, di cui non sono note le cause – o almeno non vengono riportate nella documentazione superstite –, anche se la contestualizzazione anamnesticamente sembra ricondurre il caso a degenerazione familiare e, dunque, «non a causa di servizio»¹²⁸⁸. Compagno anche i deliri che «sono alimentati da disturbi sensoriali, sente voci che gli predicano una prossima fine»¹²⁸⁹. Nonostante tale quadro clinico la situazione di emergenza in manicomio, con buona parte dei medici inviati nelle zone di conflitto e con il personale carente e limitato perlopiù ad avventizi, non vengono predisposti particolari controlli su un soggetto che, invece, è a rischio suicidio.

Il soldato trascorre i suoi giorni nell'istituto da solo, «taciturno, senza presentare interessamento alle cose dell'ambiente»¹²⁹⁰. A tratti però è anche «abbastanza lucido e cosciente all'infuori dei suoi disturbi psicosensoriali»¹²⁹¹. L'ultima registrazione sul diario clinico è del 3 Marzo 1918, il militare viene descritto ancora «solitario, taciturno»¹²⁹². Dopo di questa nota non ci sono altre indicazioni relative all'andamento clinico, ai progressi, alle condizioni del paziente, alle terapie effettuate, al regime di controllo cui era eventualmente sottoposto, in considerazione del suo stato di potenziale suicida. Da una nota retrospettiva dell'11 Dicembre 1918 veniamo però a sapere che era «prevalentemente confuso e allucinato, poiché era sotto il dominio di voci allucinatorie che gli predicavano una prossima fine»¹²⁹³. Inoltre «manifestò in principio della sua degenza manicomiale idee di suicidi, ma in seguito e in dipendenza del contenuto allucinatorio, si fece violento contro cose e persone e andò assumendo atteggiamenti temibili a danno esclusivamente degli altri»¹²⁹⁴.

Perché la direzione sanitaria sente il bisogno di puntualizzare retrospettivamente tutto questo? Perché il soldato, la sera del 23 Giugno 1918, alle 20 e 40, si suicida nella propria cella impiccandosi «in pochi minuti mediante una corda fatta con una striscia di lenzuola»¹²⁹⁵. Scatta naturalmente l'inchiesta e ci si chiede come mai il soldato non fosse sorvegliato, come a fronte dei propositi più volte espressi non siano stati presi provvedimenti adeguati. La documentazione tace, ma dalla dichiarazione retrospettiva della direzione, con l'indicazione dei comportamenti violenti del militare

¹²⁸² Ivi, *Manicomio della Provincia di Cuneo: nota degli oggetti recati seco dal ricoverato A. Battista*, Racconigi 9 Febbraio 1918.

¹²⁸³ Ivi, *Legione Territoriale dei Carabinieri Reali di Morozzo*, oggetto: esito informativo, Morozzo, 8 Febbraio 1918.

¹²⁸⁴ *Ibidem*.

¹²⁸⁵ *Ibidem*.

¹²⁸⁶ Ivi, *Tabella nosografica di A. Battista: anamnesi*.

¹²⁸⁷ Ivi, *Tabella nosografica di A. Battista: diari psichici e fisici*, 12 Febbraio 1918.

¹²⁸⁸ Ivi, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo*, Racconigi, 11 Dicembre 1918.

¹²⁸⁹ Ivi, *Tabella nosografica di A. Battista: diari psichici e fisici*, 12 Febbraio 1918.

¹²⁹⁰ *Ibidem*.

¹²⁹¹ *Ibidem*.

¹²⁹² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10575, *Tabella nosografica di A. Battista: diari psichici e fisici*, 3 Marzo 1918.

¹²⁹³ Ivi, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo*, Racconigi, 11 Dicembre 1918.

¹²⁹⁴ *Ibidem*.

¹²⁹⁵ *Ibidem*.

rivolti non verso di sé, intuivamo che sei mesi dopo l'accaduto le autorità del manicomio devono difendersi perché ritenute evidentemente responsabili dell'accaduto. D'altra parte il soldato, al momento del tragico episodio, si trovava in camera di sicurezza, da solo, e la vigilanza era ridotta soltanto a una ronda che periodicamente passava davanti alla cella. Nella nota dell'accaduto inviata al pretore di Racconigi e alla Deputazione Provinciale i fatti vengono così descritti:

«alle ore 20.40 il ricoverato [...] degente in questo manicomio dal 9 Febbraio del presente anno e affetto da confusione allucinatoria, veniva dall'infermiere di guardia trovato appiccato all'inferriata sovrastante alla porta della camera di isolamento mediante striscia di lenzuolo annodate e fasciate a corda. Il decesso non datava che pochi istanti e solo venti minuti prima il malato pareva dormisse tranquillamente, come venne accertato dallo stesso infermiere di guardia, allontanatosi il quale, il vicino di camera dell'A. sentì nettamente lacerare il lenzuolo e poco dopo una specie di rantolo di cui solo più tardi seppe rendersi conto»¹²⁹⁶.

Il tragico caso, oltre a sottolineare le già indicate deficienze di controllo, sollecita diversi interrogativi nelle autorità inquirenti. Innanzitutto: perché il soldato era rinchiuso in isolamento ma lasciato libero di farsi del male? Perché non era "contenuto"? Chi vigilava e ogni quanto passava davanti alla sua camera la ronda? Così, sempre nella medesima nota informativa, la direzione precisa che

«si tratta di un malato che doveva essere isolato perché sotto il dominio di frequenti disturbi allucinatori era violento contro cose e persone e aveva spesso [...] atteggiamenti temibili ma solo a danno altrui. Pericoloso per sé non lo fu mai e perciò le poche volte che si ricorse ai mezzi contenitivi fu solo per salvaguardare da' i suoi impulsi [...] qualche altro malato o il personale di guardia. Certo – prosegue la nota – egli ha aderito, nel compiere l'atto insano, a qualche sua allucinazione, ma il fatto, per quanto spiacevole, non è imputabile a incuria o negligenza del personale»¹²⁹⁷.

Nonostante la chiusa finale, invece, i dubbi alle autorità inquirenti dovettero rimanere, se lo stesso direttore dovette tornare sulla questione alcuni mesi dopo. L'episodio, oltre a indicare trasversalmente le difficoltà in cui si operava durante il periodo di guerra, ci fornisce alcuni importanti elementi relativamente all'uso dei mezzi contenitivi in manicomio. Infatti, in linea con le politiche di modernizzazione del direttore Rossi, l'uso dei mezzi di contenzione, nonché la prassi di tenere gli alienati legati al letto durante le ore notturne, sembra fossero meno diffusi e applicati di quanto ci si attenderebbe. Anche agli alienati chiaramente pericolosi veniva lasciata una certa libertà di movimento, con tutti i rischi che questo comportava (come nel caso presente). Tutto ciò sembra stabilire un'importante differenza con quanto avveniva negli ospedali da campo o nei centri psichiatrici militari, dove le terapie energetiche e l'uso dei mezzi contenitivi erano invece ampiamente utilizzati e sovente fatti oggetto d'abuso¹²⁹⁸.

3.2 Un doppio tentativo di suicidio

La situazione al fronte, nelle trincee o lungo la linea del fuoco, spesso appariva ai militari così insopportabile e senza via d'uscita da lasciare un'unica soluzione: il suicidio. Nelle circostanze meno compromesse i gesti di autolesionismo avevano il solo scopo di attirare l'attenzione dei superiori e

¹²⁹⁶ Ivi, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo. Oggetto: Suicidio ricoverato militare A. Battista*, Racconigi, 24 Giugno 1918 [N.14705 del prot. Generale].

¹²⁹⁷ *Ibidem*.

¹²⁹⁸ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 82.

dei medici, così da ottenere qualche giorno di convalescenza e, magari, l'invio nelle retrovie. In questi casi le ferite consistevano in tagli poco profondi, inferti con lame, coltelli o vetri, soprattutto alle estremità o al collo. Frequenti erano le lesioni procurate agli arti inferiori, che riducendo la mobilità del militare, di fatto, ne compromettevano l'utilizzabilità. Tra queste sono da segnalare le distorsioni provocate attraverso alterazioni delle calzature – come il taglio del tacco dalla parte esterna¹²⁹⁹ – o per mezzo di meccanismi in grado di rendere precaria la postura. Queste forme di autoferimento raggiunsero proporzioni consistenti durante il conflitto, tanto da far parlare di «epidemie di piedi torti»¹³⁰⁰. Molto diffuse anche le lesioni agli occhi, ottenute mediante sostanze irritanti che potevano produrre congiuntiviti, anche di una certa gravità e in diverse circostanze anche danni permanenti.

Se questi gesti erano strumentali e avevano perlopiù lo scopo di abbandonare il teatro di guerra, diverso era il caso dei soldati veramente disperati, quelli che non vedendo alcuna via d'uscita per la loro situazione ricorrevano al tentativo di suicidio. Le vie percorse erano le più diverse e, come mostrano le ricerche effettuate presso le diverse realtà manicomiali, le situazioni abbastanza simili. Ad esempio i soldati alienati che finivano presso il manicomio di San Giacomo a Verona, studiati da Mara Vittoria Adami, cercavano di uccidersi attraverso l'impiccagione «o strangolamento tentati con bende, fazzoletti, lenzuola o fettucce da scarpe»¹³⁰¹. Ma ci furono anche casi di soldati che provarono a tagliarsi la gola, a spararsi al cuore, a gettarsi nell'Adige o nel Mincio durante i trasferimenti, o ancora a lanciarsi in un pozzo o dalla finestra. Nei casi in cui il disagio era così profondo e cronicizzato da non lasciare alternative, il soldato poteva tentare più volte di suicidarsi, qualora avesse fallito al primo tentativo. È quanto fatto da Adolfo P., militare della classe 1891, appartenente al 1° Reggimento Alpini, distaccamento di Ceva, inviato con urgenza all'Ospedale Militare di Savigliano proprio per i ripetuti tentativi di togliersi la vita. Nello specifico «risulta dalla relazione del Medico del Corpo che la sera del 27 dello scorso mese [Febbraio 1918] ingoiò a scopo suicida capocchie di fiammiferi e che già altra volta aveva cercato di precipitarsi da una finestra»¹³⁰².

Il soldato appare ai medici e al personale ospedaliero «sempre d'umore cupo, e taciturno»¹³⁰³ e durante il periodo di ricovero la situazione non migliora. Infatti «sussistono invariati gli stessi disturbi psicopatici, caratterizzati essenzialmente da marcata depressione sentimentale, taciturnità, ideazione rallentata a colorito melanconico, tendenze sitofobe, sonno scarso»¹³⁰⁴. Per tutti questi motivi viene ritenuto un «individuo pericoloso a sé e agli altri» e inviato con urgenza presso il manicomio di Racconigi «a mente dell'art.108, paragrafo 512 del Regolamento sul servizio sanitario militare»¹³⁰⁵. Qui giunge l'11 Marzo 1918 e resta in osservazione fino al 22 Maggio 1918. Come in altri casi simili l'analisi della tabella nosografica evidenzia una compilazione parziale e sommaria dell'anamnesi, che si limita a riportare pedissequamente le notizie contenute nella nota informativa inviata dall'Ospedale Militare. Invece, diversamente da altre circostanze, qualche informazione in più è presente nella sezione «Diari psichici e fisici»; ciò si spiega, probabilmente, alla luce dello stato di profonda prostrazione del soldato, una condizione che implica un'osservazione particolare da parte dei medici e degli infermieri, anche per evitare nuovi tentativi di suicidio. Diversamente dalla circostanza sopra vista, in questo caso il militare viene subito identificato come un potenziale suicida e per questo sottoposto ad attenti controlli.

¹²⁹⁹ Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra...cit.*, p. 151.

¹³⁰⁰ Cfr. M. V. Adami, *L'esercito di San Giacomo...cit.*, p. 171.

¹³⁰¹ Ivi, p. 172.

¹³⁰² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10605, *Direzione Ospedale Militare Principale di Savigliano, Oggetto: Dichiarazione medica pel ricovero al Manicomio del Soldato P. Adolfo, n.1674 di prot.*, Savigliano, 11 Marzo 1918.

¹³⁰³ *Ibidem*.

¹³⁰⁴ *Ibidem*.

¹³⁰⁵ *Ibidem*.

Appena giunto in istituto i medici notano «condizioni fisiche discrete. Tremore alle mani. [...] Tono sentimentale depresso, senza veri e propri deliri. Solitario, taciturno»¹³⁰⁶. Anche ad Aprile appare «sempre melanconico e taciturno. Sonno scarso interrotto da scossoni»¹³⁰⁷. Contestualmente nessun sollievo giunge dalla famiglia; infatti la sezione fiorentina della Croce Rossa scrive per conto della moglie un biglietto in cui si informa che nonostante il marito abbia espresso il desiderio di vederla, ciò non è possibile poiché la donna «ha una bambina di otto mesi, che richiede tutte le sue cure e poi finanziariamente non può sostenere le spese del viaggio»¹³⁰⁸. In ragione di ciò, lo scrivente chiede, «a nome di questa addolorata sposa [...] se è possibile di trasferirlo di trasferirlo al Manicomio di Lucca, che per la vicinanza, può andarlo a visitare»¹³⁰⁹. Il direttore risponde che non dipende da lui autorizzare l'eventuale trasferimento, che è di competenza dell'autorità militare e, in ogni caso, subordinato all'eventuale provvedimento di riforma.

Nonostante il pericolo di reiterati gesti di autolesionismo sia molto alto, a fine Aprile i medici segnalano sulla cartella clinica del soldato che «è più sollevato di umore»¹³¹⁰. Nella situazione di emergenza del manicomio, tra sovraffollamento e mancanza di personale, questo basta per decretare il licenziamento con il giudizio di «guarito», ratificato definitivamente il 27 Maggio 1918. Il militare viene così “restituito” al corpo d'appartenenza.

4. Fuggire dal manicomio: le evasioni

La rappresentazione del pazzo che cerca in tutti i modi di evadere dal manicomio è una di quelle che più ha colpito l'immaginario collettivo, tanto da essere trasferita in storie, film e romanzi. L'idea dell'alienato che attraverso l'evasione riesce a guadagnare la libertà, tanto dal regime reclusivo manicomiale, quanto dalla prigione della propria mente, è un'immagine potente, carica di simbolismo e, per molti versi, in linea con una società, quella novecentesca, che ha proprio nella libertà uno dei suoi miti fondanti. Nonostante dunque tali rappresentazioni, lo spoglio documentario effettuato a Racconigi ci dice che il tasso di evasioni dal manicomio fu molto basso, sia per il regime di controlli in atto, sia perché i malati più pericolosi – tipo i criminali – erano reclusi in camere d'isolamento, sia perché non era semplice fuggire e far perdere definitivamente le proprie tracce senza un'adeguata rete di complicità in grado di preparare, favorire e sostenere la fuga. Nella quasi totalità dei casi gli alienati non potevano godere di simili complicità e per questo i casi di fuga solitamente si concludevano con il ritorno dell'internato tra le mura del manicomio. Un'eccezione è costituita – come già detto – dalla fase terminale del conflitto, quando la situazione in manicomio era più complicata, il personale perlopiù avventizio e con poca esperienza e i controlli meno serrati. I soldati, soprattutto i simulatori, erano i candidati ideali per i tentativi di evasione, sia perché più disposti a correre dei rischi, sia perché in diversi casi avevano già tentato la fuga dai reparti d'appartenenza o la diserzione al fronte. Naturalmente più erano disperati questi militari, più era facile che tentassero il tutto per tutto pur di guadagnare la libertà.

4.1 L'evasione riuscita di un soldato pericoloso

È proprio un caso di disperazione quello che riguarda il soldato Umberto T., originario di Intavolate, in Calabria, celibe, e già detenuto presso il reclusorio di Vinadio per insubordinazione¹³¹¹.

¹³⁰⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10605, *Diari psichici e fisici*, 22 Marzo 1918.

¹³⁰⁷ Ivi, *Diari psichici e fisici*, Aprile 1918.

¹³⁰⁸ Ivi, *Delegato Commissione prigionieri di guerra – Croce Rossa Italiana*, Camaioere, 2 Aprile 1918.

¹³⁰⁹ *Ibidem*.

¹³¹⁰ Ivi, *Diari psichici e fisici*, 30 Aprile 1918.

¹³¹¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10597.

Qui il militare viene posto in osservazione a partire dal 24 Febbraio 1918 perché «ha principiato da quella sera stessa a non più parlare, rimanendo in continuo silenzio, interrotto soltanto da qualche voce lamentosa e a rifiutare qualsiasi cibo o bevanda offertogli»¹³¹². I medici militari ritengono sia «sofferente di alienazione mentale»¹³¹³ e per questa ragione ne dispongono l'invio in manicomio.

Il soldato, della classe 1895 e appartenente al distretto di Cosenza, si trova recluso dopo aver ottenuto, il 21 Novembre 1916, una pena di anni cinque per «insubordinazione con vie di fatto verso superiori ufficiali e sottoufficiali»¹³¹⁴. Viene ritenuto un soggetto molto pericoloso e con questa fama inviato a Racconigi. Qui fa il suo ingresso il 2 Marzo 1918 e subito viene posto sotto osservazione; parallelamente prendono il via le procedure per ricostruire storia familiare e precedenti. Interrogato «dice che un cugino morì nel manicomio di [?] e che il padre e il fratello sono alcoolisti. Da ragazzo soffrì di ileo tifo. È stato al fronte 20 mesi, dove, a suo dire, è stato ferito alla testa»¹³¹⁵. In manicomio, nonostante si trovi «in stato di profonda depressione»¹³¹⁶ e sia sempre «taciturno, indifferente al mondo esterno»¹³¹⁷, viene ritenuto un soggetto particolarmente pericoloso e per questo necessitante di attento controllo. Umberto T. però, soprattutto nella prima fase del suo ricovero, sembra debba essere vigilato in particolare per i propositi suicidari, infatti ripetutamente «si dice stanco della vita, esterna idee deliranti, vaghe di persecuzione, di disgrazia. [...] Si nutre a stento»¹³¹⁸. La diagnosi emessa è di «lipemia delirante», una grave forma di depressione che secondo Arturo Morselli, consulente medico della I Armata, rappresenta «una sola entità clinica, la psicosi maniaco-depressiva»¹³¹⁹, con la mania. Infatti, sempre secondo il medico, «la mania e la melancolia, pur essendo diverse per sintomi, non sarebbero così che stati equivalenti di una unica pazzia periodica, cioè fasi di esaltamento (mania) e di depressione (melancolia) appartenenti ad una psicosi, la cui caratteristica costante sarebbe la periodicità e l'irregolare associazione dei due stati distimici»¹³²⁰.

La descrizione ben descrive il soldato che ha alternato fasi di mania furiosa, sfociate nell'attacco ai superiori che ha determinato la pena di cinque anni, e fasi di abbattimento psico-fisico, come quella che lo ha colpito nel primo periodo del ricovero. La situazione peggiora ad Aprile, quando il direttore viene informato dalla famiglia che il soldato starebbe tentando di convincere gli «infermieri di comperargli pastiglie [...] per avvelenarsi»¹³²¹. Sempre nello stesso mese «ha tentato di strangolarsi con una cordicella»¹³²². Fallito il tentativo, a distanza di qualche giorno, ci riprova: «rinchiudendosi nella latrina è riuscito ad appiccarsi mediante una cordicella che fortunatamente si ruppe sotto il peso del corpo»¹³²³. Tanta ostinazione nel volersi togliere la vita si spiega alla luce della condizione di profondo abbattimento in cui versa il soldato e nelle idee deliranti che lo perseguitano. Ai medici, nei rari momenti in cui parla, rivela «che quando è venuto dal fronte vedeva soldati sparargli addosso»¹³²⁴. Le allucinazioni lo rendono pericoloso di giorno e gli tolgono il sonno anche di notte: è in situazione di perenne allerta, vede nemici ovunque.

¹³¹² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10597, *Infermeria del Reclusorio Militare di Vinadio, oggetto: dichiarazione medica*, Vinadio 2 Marzo 1918.

¹³¹³ *Ibidem*.

¹³¹⁴ Ivi, *Avvocatura Generale Militare. Ordine di scarcerazione provvisoria*, Vinadio 15 Settembre 1919.

¹³¹⁵ Ivi, *Tabella nosografica di T.Umberto: anamnesi*.

¹³¹⁶ Ivi, *Tabella nosografica di T.Umberto: Diari psichici e fisici*, Marzo 1918.

¹³¹⁷ *Ibidem*.

¹³¹⁸ *Ibidem*.

¹³¹⁹ Cfr. A. Morselli, *Manuale di psichiatria...cit.*, p. 294.

¹³²⁰ *Ibidem*.

¹³²¹ Ivi, *Tabella nosografica di T. Umberto: Diari psichici e fisici*, Aprile 1918

¹³²² Ivi, *Tabella nosografica di T. Umberto: Diari psichici e fisici*, Aprile 1918.

¹³²³ Ivi, *Tabella nosografica di T. Umberto: Diari psichici e fisici*, Maggio 1918

¹³²⁴ Ivi, *Tabella nosografica di T. Umberto: Diari psichici e fisici*, Novembre 1918.

I diari clinici non registrano più notizie fino a Marzo dell'anno successivo, ma da una nota informativa inviata al Comando del Reclusorio di Vinadio, del 15 Gennaio 1919, veniamo a sapere che «il soldato T. Umberto, riconosciuto affetto da lipemania delirante, è entrato in una fase di vivo eccitamento psicomotorio e deve quasi sempre essere tenuto isolato e obbligato con mezzi di repressione perché clamorosissimo e laceratore in sommo grado»¹³²⁵. Per inciso, di tutto ciò non vi è traccia nei diari psichici e fisici e, considerato che tali politiche terapeutiche sono quasi del tutto assenti anche negli incartamenti clinici di molti altri militari internati, è possibile ipotizzare che il silenzio della documentazione sulle terapie, i regimi di restrizione e le politiche di trattamento, sia il frutto di una scelta interna presa dalla direzione. Sarebbe l'ennesimo segnale della difficoltà ad aver a che fare con pazienti "speciali", di cui – come dimostra la nota informativa appena citata – bisogna rendere conto alle autorità militari. A Marzo, riprendono – come detto – le registrazioni sui diari psichici e il soldato viene descritto «tranquillo, ordinato, docile, non manifesta tendenze suicide, anzi ha paura che gli si voglia far del male e teme alla sua integrità personale. È un po' diffidente, sospettoso, con qualche spunto persecutorio»¹³²⁶, ma in generale la situazione sembra essere migliorata, tanto che, diversamente da qualche mese addietro, «si nutre e dorme sufficientemente»¹³²⁷. Anche sul piano delle allucinazioni la situazione appare migliorata: «i disturbi sensoriali dai quali sembra episodicamente sorpreso non lo mandano più in stato subansioso [...] perché sono meno vivaci»¹³²⁸. Sembra che il militare sia venuto fuori dalla situazione di depressione più acuta e che adesso sia piuttosto tranquillo, ma nonostante ciò non è possibile immaginare alcuna dimissione all'orizzonte, visto che «è da considerarsi un alienato cronico di stretta competenza manicomiale»¹³²⁹.

La situazione prende però una piega inaspettata nel tardo pomeriggio del 25 Marzo 1919, quando il soldato riesce «ad evadere eludendo la vigilanza degli infermieri T. Michele e T.»¹³³⁰. Egli fermandosi in giardino mentre gli altri ricoverati erano entrati, appoggiando una tavola»¹³³¹ al muro riuscì a scavalcare e a fuggire¹³³². Dalle ricerche effettuate non è stato possibile ricostruire l'esito della fuga; nell'incartamento clinico, dopo la breve nota relativa all'evasione, non ci sono ulteriori notizie. Siamo però a conoscenza, dalle parole già riportate del direttore Rossi, che delle 11 evasioni dell'annata 1918-1919 quasi tutte si conclusero con il ritorno in manicomio del fuggiasco. Tra le eccezioni è possibile però ipotizzare il caso in questione, anche perché nei registri è segnalata la data di evasione ma, contrariamente ad altri casi, non quella di rientro¹³³³. Qualche tempo dopo, il 15 Settembre 1919, l'Avvocatura Generale Militare avrebbe ordinato la «scarcerazione provvisoria in applicazione dell'art.5 del R.D. di amnistia ed indulto in data 2 Settembre 1919 n. 1502»¹³³⁴. Neanche in questo documento, però, si fa riferimento alla condizione del soldato e, anche alla luce di ciò, è lecito ipotizzare che la sua evasione rappresenti uno dei pochissimi casi di fuga riuscita da Racconigi.

¹³²⁵ Ivi, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo, oggetto: Soldato T. Umberto. Risposta alla lettera n.166 del 13 Gennaio 1919*, Racconigi, 15 Gennaio 1919.

¹³²⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10597, *Tabella nosografica di T. Umberto: Diari psichici e fisici*, Marzo 1919.

¹³²⁷ *Ibidem*.

¹³²⁸ *Ibidem*.

¹³²⁹ Ivi, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo. Oggetto: soldato recluso T. Umberto*, Racconigi, 2 Ottobre 1918.

¹³³⁰ Ivi, *Tabella nosografica di T. Umberto: Diari psichici e fisici*, 26 Marzo 1919.

¹³³¹ *Ibidem*.

¹³³² Ivi, *Deputazione Provinciale, Oggetto: Evasione del militare T. Umberto*, 22 Aprile 1919 [n. 3425 del prot. generale].

¹³³³ AONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920*.

¹³³⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10597, *Avvocatura Generale Militare: ordine di scarcerazione provvisoria*, Vinadio 15 Settembre 1919.

5. Il ritorno in provincia: i «riformati»

Solo nel corso del 1917 furono più di 170 gli alienati trasferiti dal manicomio di Treviso e più di 140 quelli provenienti dall'ospedale S. Osvaldo di Udine a causa dello sfollamento di quelle strutture sanitarie. La quasi totalità di questi malati, tra cui diversi soldati alienati, giunse a Racconigi dopo la sconfitta di Caporetto, quando si ritenne necessario sgombrare le strutture poste nell'immediatezza delle zone di guerra. Ma non tutti i trasferimenti sono originati dagli eventi di guerra, infatti il contingente ordinario degli alienati militari che circolano tra i manicomi riguarda soprattutto i «riformati» dal servizio militare, cioè i soggetti riconosciuti affetti da patologia mentale incongruente con la condizione di militare e che per questo vengono destinati al frenocomio competente territorialmente. È il caso del soldato Giuseppe R., di Sanfront, in Valle Po, ricoverato presso il manicomio di Treviso per grave «psicopatia» e a seguito di questa riformato dal servizio militare¹³³⁵. Il soldato, di professione barbiere, appartiene al 2° Reggimento Alpini e viene internato il 19 Maggio 1917. La sua vicenda risulta essere segnata da una storia familiare di patologie descritte come «ereditarietà indiretta psicopatica». Poche le note raccolte fino al trasferimento, successivo alla riforma, autorizzato il 17 Settembre 1917: «presentò al principio rallentamento psico-motorio. Soliloquio a contenuto bellico. Ideazione povera. Pianto spastico. Ebbe periodi miglioramento psichico transitorio»¹³³⁶. A Racconigi giunge dopo ben 10 giorni di viaggio, resta in osservazione neanche un mese, dopodiché ritenuto tranquillo e non pericoloso viene dimesso e fa il suo ritorno ai piedi del Monviso con diagnosi di «migliorato».

Nonostante la legge del 1904 prevedesse la pericolosità sociale come criterio per l'internamento, non tutti i militari riformati e inviati in manicomio appaiono essere soggetti temibili. È questo il caso del soldato Bernardo M., nato a Melle il 27 Gennaio del 1875, già inquadrato nel 4° Reggimento Genio, riformato dopo un periodo di ricovero presso il manicomio di Treviso¹³³⁷. Il soldato ha sofferto di una «pregressa neurastenia grave a tinta depressiva che lo fece rimpatriare dall'estero»¹³³⁸, ma durante il ricovero a Treviso non appare pericoloso: «fu euforico, ebbe riso fatuo, ideazione poverissima. Generalmente è apatico, solitario; sta' sdraiato tutto il giorno. Contenuto ideativo poverissimo»¹³³⁹. Inviato a Racconigi fa il suo ingresso il 27 Settembre 1917 per venire dimesso quasi immediatamente, il 6 Ottobre 1917, come «migliorato».

5.1 Il rientro di un soldato «che non può in nessuna maniera essere utile per la Patria».

Con l'intensificarsi durante la guerra dei soldati ricoverati per problemi mentali – veri o presunti –, si irrigidì ulteriormente l'atteggiamento delle autorità militari. Ciò ebbe delle ripercussioni non soltanto sulle procedure di eventuale riforma – per i casi più gravi – ma anche su quelle dei trasferimenti da un manicomio all'altro e, quindi, del ritorno a casa. I soldati, anche dopo il provvedimento di riforma dal servizio, venivano lasciati in una sorta di limbo che, quasi sempre, coincideva con il prolungamento del periodo di ricovero nel manicomio in cui erano stati inviati in osservazione. Le condizioni problematiche delle comunicazioni, il sovraccarico di lavoro per le segreterie e un certo disinteresse per individui su cui pesava lo stigma dell'inutilità sociale,

¹³³⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10247, Tabella nosologica-Ospedale Provinciale di Treviso (in S. Artemio), 17 Settembre 1917.

¹³³⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10247, Tabella nosologica-Ospedale Provinciale di Treviso (in S. Artemio), Riassunto del diario clinico, Agosto 1917.

¹³³⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10246, Tabella nosologica-Ospedale Provinciale di Treviso (in S. Artemio).

¹³³⁸ Ivi, Tabella nosologica-Ospedale Provinciale di Treviso (in S. Artemio), *Riassunto delle notizie anamnestiche*.

¹³³⁹ Ivi, Tabella nosologica-Ospedale Provinciale di Treviso (in S. Artemio), *Riassunto del diario clinico*.

contribuiva al ritardo nei provvedimenti di trasferimento, causando disagio e sofferenze per molti famigliari impossibilitati a raggiungere i congiunti o anche solo ad avere notizie sul loro destino. È il caso di un soldato, Pietro F., inviato in osservazione a Racconigi dopo un periodo di degenza presso l’Ospedale S. Osvaldo di Udine, reparto malattie nervose¹³⁴⁰ e ammesso in manicomio il 27 Ottobre 1917. Anche in questa circostanza non è stato possibile ricostruire la storia familiare del soggetto che, durante il periodo di osservazione, si mantiene in «stato di depressione mentale, solitario, taciturno, chiuso e concentrato in se stesso, turbato da idee deliranti di predestinazione alla morte integrate da allucinazioni»¹³⁴¹. Il quadro clinico desta preoccupazione in manicomio e il soggetto alterna «crisi di irrequietezza ansiosa»¹³⁴² a fasi deliranti in cui sente «voci annunziargli la sua prossima fine»¹³⁴³. La situazione clinica viene segnalata all’Ospedale Militare di Savigliano, quello competente per il giudizio di eventuale riforma che, effettivamente, viene emanato il 12 Maggio 1918, sulla base di una diagnosi di «sindrome paranoidea in soggetto deficiente»¹³⁴⁴.

Di tutto ciò la madre – che appare l’unica figura ad interessarsi del caso – non sa nulla. E proprio per ricevere notizie del figlio scrive un telegramma alla direzione di Racconigi, che risponde¹³⁴⁵. Inizia uno scambio di lettere e biglietti in cui la donna esprime da un lato un certo sollievo per aver finalmente avuto notizie del figlio, ma dall’altro anche tutta la sua preoccupazione per il destino dello stesso.

«Ill.mo Sig. Direttore,

Ringrazio infinitamente per la pronta risposta al telegramma richiedente notizie del mio figlio F. Pietro. Ricevo del figlio notizie che abbastanza mi confortano, ma non totalmente perché son penserosa della disgrazia che lo colpisce essendo figlio di un genitore che per 9 o 10 anni è stato nelle identiche condizioni nevristeniche. Il padre non fu rinchiuso in manicomio ma dovetti tenerlo a casa con sacrificio, garantendo l’autorità militare del paese per qualsiasi cosa fosse potuta accadere. Dietro questa mia dichiarazione oserei fare domanda di ottenere mi venisse riconsegnato a casa il mio figlio Pietro F. dichiarando ancora essere in grado di poterlo custodire e farlo curare da miei dipendenti. Accludo deliberazione di esonero. Ill.mo Sig. Direttore, se Ella è Genitore consideri in quale stato d’animo mi trovo io vedova e madre dell’unico figlio, quindi oso chiedere con animo esacerbato la restituzione del figlio che non può in nessuna maniera essere utile per la Patria anzi di danno in questi momenti. Colla massima stima. Maria Giucchi vedova F., 24.11.17»¹³⁴⁶.

La lettera fornisce diverse informazioni. Innanzitutto sui precedenti del disagio mentale nella famiglia del soldato. Il padre ha sofferto di disturbi mentali ed è stato “curato” in casa a spese della famiglia stessa che, da quel che si legge, è benestante e può fare leva sul lavoro di diversi dipendenti. Il misto di rassegnazione, fatalismo, ma anche energica intraprendenza che animano la madre, fanno emergere il ritratto di una donna sola ma forte, in grado di badare al marito prima e disposta adesso a prendersi cura del figlio, entrambi soggetti con disturbi mentali. La scrittura della lettera evidenzia anche una certa padronanza della lingua, nonché un’adeguata consapevolezza delle esigenze della nazione nel momento di guerra («che non può in nessuna maniera essere utile per la Patria anzi di danno in questi momenti»).

¹³⁴⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10274.

¹³⁴¹ Ivi, *Riassunto della tabella nosografica del soldato Pietro F.*

¹³⁴² *Ibidem.*

¹³⁴³ *Ibidem.*

¹³⁴⁴ *Ibidem.*

¹³⁴⁵ Nella cartella clinica non sono presenti né il telegramma, né la risposta. Entrambi vengono però citati nella successiva corrispondenza.

¹³⁴⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10274, *Lettera al Direttore, 24-11-1917* [non protocollata].

Alle richieste della donna di poter avere il figlio con sé il direttore non risponde; considerando le sue funzioni e prerogative ciò non sorprende. Infatti il trasferimento, di solito successivo al provvedimento di riforma, non è di sua competenza, spettando invece ai medici dell'Ospedale Militare che, in questo caso, è quello di Savigliano. A Marzo viene inviata una cartolina in cui la donna sostiene «che le condizioni mentali di lui [il figlio] molto debbono dipendere dallo stato di esaurimento generale [?] e dalle condizioni del clima più rigido di queste località»¹³⁴⁷. A Maggio giunge in manicomio una nuova lettera, la scrive sempre la donna che torna a implorare l'avvicinamento e l'affidamento del figlio malato.

«Ill.mo Sig. Direttore del Manicomio di Racconigi,

Maria Giucchi, vedova del fu Giuseppe F- dimorante a Corella in Comune di Dicomano – prov. Di Firenze, fa viva istanza perché suo figlio Pietro degente in cotesto manicomio dall'Ottobre scorso, venga trasferito a Firenze. Fa Considerare il dolore di questa povera vedova madre, che ha questo unico figlio. Fa considerare che tanta lontananza non le permette neppure di rivederlo, attesa l'età la malferma salute, il lungo viaggio...fa considerare che il clima stesso di Provincia può non poco influire a ristabilire l'infermo dal deperimento fisico. Fa considerare che il riavvicinamento alla madre è mezzo efficace pel ristabilimento morale del soldato. Questa povera vedova madre prega, scongiura V.S. di volere affrettare questo trasferimento perché altro indugio non riesca fatale al suo figlio. Con ossequio, Firma, 11 Maggio 1918»¹³⁴⁸.

Il tono affranto e a tratti disperato della madre, il riferimento a un possibile crollo «fatale del figlio», ma soprattutto l'avvenuto provvedimento di riforma a carico del soldato, spingono il direttore a rispondere. La lettera viene scritta il 16 Maggio, 4 giorni dopo il provvedimento di riforma che l'Ospedale Militare di Savigliano ha emanato il 12 di Maggio.

«16-5-1918.

Essendo il soldato F. Pietro stato riformato in data 12 corr. Ella potrà far sollecitare il suo trasferimento al manicomio di Firenze dalla Deputazione Provinciale che potrà rivolgere analogo invito alla Direzione dell'Ospedale Militare di Savigliano cui spettano le spese di trasporto. E' necessario che la sollecitazione parta dalla Deputazione provinciale di Firenze perché nel giorno successivo a quello della riforma le spese di mantenimento del ricoverato pesano sulla provincia alla quale esso appartiene. Con stima»¹³⁴⁹.

La lettera del direttore Rossi, scritta in un momento critico per l'esito del conflitto e, dunque, in piena emergenza, evidenzia come il rapporto con le famiglie dei ricoverati, anche dei soldati, non venga intaccato dalle contingenze, anzi come nei limiti del possibile si dispensino consigli e indicazioni (è il caso dell'invito a rivolgersi alla Deputazione provinciale di Firenze) per facilitare l'esito delle istanze che stanno a cuore agli scriventi. Non soltanto dunque informazioni di prassi sulle condizioni di salute dell'internato, ma avvertenze e chiarimenti indici di una partecipazione e una vicinanza non scontata, in grado di mostrare un aspetto forse ancora poco considerato della funzione sociale dei direttori di manicomio. Nella fattispecie i suggerimenti del direttore Rossi sono evidentemente utili, poiché il 10 Giugno del 1918 Pietro F. abbandona il manicomio di Racconigi per essere trasferito presso quello di Firenze.

¹³⁴⁷ Ivi, *Lettera al Direttore*, 15 Marzo 1918, n.1681 del prot. 1918.

¹³⁴⁷ Ivi, *Lettera al Direttore*, Marzo 1918

¹³⁴⁸ Ivi, *Lettera al Direttore*, 11 Maggio 1918, n.3630 del prot. 1918.

¹³⁴⁹ Ivi, *Lettera del Direttore*, 16 Maggio 1918, [non protocollata].

5.2 Un caso di riforma per «sindrome depressiva stuporosa».

Sguardi sbarrati, crisi di pianto, attacchi di panico, regressione a condizioni infantili. Sono questi alcuni dei sintomi che caratterizzano le diverse diagnosi originate dalla guerra. Infatti, se come sostenne Carl Zuckmayer, inizialmente, la guerra fu vista da tanti giovani come «la liberazione dalla sciocchezza e dalla pochezza»¹³⁵⁰, ben presto questa illusione si scontrò con l'evidenza dello stress della battaglia, della paura di morire, del non poter tornare a casa. Significative sono in tal senso le parole, nel 1917, di Grafton Elliott Smith che, in uno studio dedicato allo shell shock¹³⁵¹, prova a descrivere l'ambiguità della categoria che lo identifica:

«Il termine è vago; forse il suo uso implica troppo; ma questo non è del tutto uno svantaggio, perché mai nella storia dell'umanità gli stress e le tensioni imposte sul corpo e sulla mente sono state così grandi o numerose come nella presente guerra. Quindi ci aspettiamo di trovare molti casi che presentano non una singola malattia, nemmeno una combinazione, ma un insieme di malattie, per così dire. Nella vita civile, incontriamo spesso casi di esaurimento nervoso non complicati da lesioni fisiche gravi. Ad esempio, difficilmente possiamo incontrare complicazioni da avvelenamento da gas e ferita da proiettile. Tuttavia combinazioni come queste o, peggio, le si incontrava negli ospedali tutti i giorni»¹³⁵².

Il cortocircuito emotivo che colpiva i soldati poteva assumere tanto il volto dell'agitazione e della furia rivolta contro tutto e tutti, quanto quello del mutismo e della passività catatonica. È quest'ultima declinazione a caratterizzare il contegno del soldato Pietro C., di Frabosa Sottana, di anni 31, che giunge a Racconigi dopo essere stato ricoverato dapprima presso l'Ospedale Militare Principale di Genova e da qui inviato presso il manicomio provinciale della medesima città in Cogoleto¹³⁵³. Il militare, «già soldato del 41° Fanteria ed effettivo nel 5° Bersaglieri [...] venne riconosciuto affetto da sindrome depressiva stuporosa caratterizzata da confusionismo, abituale depressione dell'umore, stati di ansia, fobia, contegno disordinato, decadimento fisico»¹³⁵⁴. Presenta insomma una vasta platea di sintomi che sovente fanno la loro comparsa nei casi di nevrosi belliche. La gravità degli stessi spingono l'Ospedale Militare di Genova a emettere il giudizio di riforma dal servizio militare e, su questa base, viene disposto l'internamento a Racconigi. Lo stesso ospedale, contestualmente al provvedimento di riforma, si affretta a precisare che «la malattia venne giudicata non dipendente da causa di servizio»¹³⁵⁵. Veniva così stabilita la non dipendenza della condizione patologica dal contesto bellico e contestualmente preclusa qualunque successiva richiesta di pensione per causa di servizio. Questa procedura, abbastanza frequente nei casi di alienazione mentale grave nei militari, dimostra, una volta ancora, l'ambiguità di una prassi volta a negare il nesso causale tra la guerra e la follia. Infatti, come spiegare altrimenti l'urgenza di stabilire la non dipendenza da causa di servizio di patologie mentali, tanto gravi da sollecitare il provvedimento di riforma¹³⁵⁶, ma di cui non si sono ancora chiarite le cause?

¹³⁵⁰ Cfr. C. Zuckmayer, *Pro Domo*, Stockholm, 1938, p. 35, cit. in E. J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale...cit.*, p. 81

¹³⁵¹ Cfr. G. Elliott Smith, *Shell Shock and its Lessons*, Manchester University Press, Manchester 1917.

¹³⁵² Ivi, p. 5 [trad. a cura dello scrivente].

¹³⁵³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10603, *Manicomio Provinciale di Genova in Cogoleto. Ufficio di direzione, Note cliniche soldato C. Pietro*, 5 Marzo 1918.

¹³⁵⁴ *Ibidem*.

¹³⁵⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10603, *Manicomio Provinciale di Cuneo, Risposta alla lettera del 07-09-1918 3124/21, oggetto: soldato C. Pietro*, 18 Settembre 1918.

¹³⁵⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10603, *Manicomio Provinciale di Genova in Cogoleto. Ufficio di direzione, Oggetto: notifica di riforma del sold. C. Pietro*, Genova, 24 Febbraio 1918.

La vicenda del soldato è interessante anche perché abbastanza sintomatica della confusione dell'ultimo anno di guerra, con tutte le difficoltà di comunicazione tra i diversi segmenti delle istituzioni e la carenza di informazione che da ciò deriva. Nel caso specifico, ancora il 30 Agosto 1918, il Tribunale di Guerra di Genova è costretto a scrivere alla direzione del manicomio di Racconigi, poiché «risulta a questo ufficio che l'individuo [...] fu consegnato alla famiglia»¹³⁵⁷, ma non si capisce «da chi [...] e se fu consegnato alla famiglia in seguito a riforma dal servizio militare»¹³⁵⁸. Insomma il Tribunale Militare non è a conoscenza delle determinazioni prese dall'Ospedale Militare della stessa città e chiede informazioni al manicomio di Racconigi. Una situazione che bene fotografa una congiuntura di emergenze e di confusione che stravolgono il funzionamento dell'amministrazione statale. Tutto ciò è ancora più significativo se consideriamo che il soldato Pietro C. ha sulle spalle una condanna per diserzione, con pena sospesa, e dunque è un soggetto che dovrebbe essere strettamente vigilato. Infatti il regime disciplinare nei confronti dei disertori era particolarmente restrittivo e dal Febbraio del 1917, con il decreto n. 187, prevedeva «la possibilità di infliggere la pena di morte ai disertori per la terza volta»¹³⁵⁹. Bisogna anche precisare che la sospensiva della pena, prevista per il soldato Pietro C., non è la conseguenza di qualche attenuante, quanto della misura, contenuta nel medesimo decreto, attraverso cui le autorità militari cercavano di evitare che la condanna venisse accolta dai militari come un modo per sfuggire alla guerra. Nello specifico la condanna era stata di 5 anni e la sospensiva poteva durare fino a un massimo di 3 anni e, ancora ad Agosto del 1918, il Tribunale Militare chiedeva se il militare «fosse in condizioni di salute tali da essere tradotto al Reclusorio per l'espiazione della pena o possibilmente assegnarsi ad un reparto mobilitato»¹³⁶⁰.

Il caso mostra quanto fosse articolata e problematica anche la gestione dei militari condannati. A fronte di una stretta disciplinare marcata, che valutava il possibile reimpiego di alienati e disertori per compiti accessori in prima linea, la concreta situazione sul campo, le difficili comunicazioni tra i comparti dello stato, le carenze informative, rendevano il meccanismo spesso inefficiente. A ciò i medici militari risposero con un ulteriore irrigidimento sulle concessioni delle convalescenze, le occasioni più propizie per le diserzioni, e cercando di tramettere nei soldati la certezza che la malattia non avrebbe garantito alcun salvacondotto. In questa direzione si mosse ad esempio Placido Consiglio, direttore del Centro Psichiatrico di Prima Raccolta di Reggio Emilia, che non soltanto limitò il rilascio delle convalescenze, ma dispose anche l'obbligo di trascorrerle nei pressi del centro, in vista di successivi impieghi in attività militari alternative.

Pietro C., intanto, dal 9 Marzo 1918 era ricoverato a Racconigi, dove risultava «molto depresso, taciturno [...], privo di iniziativa»¹³⁶¹. Agli occhi della direzione sanitaria appariva «anche fisicamente [...] molto deperito»¹³⁶² e il quadro clinico non sembrava essere dei più semplici. Nonostante ciò, due mesi e mezzo dopo il ricovero, il soldato viene dimesso con il giudizio di «migliorato» e affidato alla famiglia. Ciò si spiega soprattutto alla luce della citata condizione di emergenza in cui si lavora a Racconigi. La carenza di personale infermieristico, il ritiro del contingente di militari prima distaccato dal locale presidio sanitario per coprire i turni di guardia, il sovraffollamento del Reparto Psichiatrico Militare e delle altre sezioni, la mancanza di medici, spinse il direttore a velocizzare ulteriormente la politica di rapide dimissioni già attuata. Così ai primi segnali di miglioramento, anche nei casi di costellazioni patologiche dal probabile decorso cronico, si procedeva al

¹³⁵⁷ Ivi, *Tribunale di Guerra di Genova, Ufficio, n.100/17 di prot., Oggetto: C. Pietro*, Genova, 30 Agosto 1918.

¹³⁵⁸ *Ibidem*.

¹³⁵⁹ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 167.

¹³⁶⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10603, *Tribunale di Guerra di Genova, Ufficio, n.100/17 di prot., Oggetto: C. Pietro*, Genova, 8 Agosto 1918.

¹³⁶¹ Ivi, *Direzione del Manicomio della Provincia di Cuneo, n.2330 del Prot. Generale*, 26 Marzo 1918.

¹³⁶² *Ibidem*.

licenziamento in prova che, però, come visto, spesso era inutile poiché preludeva successive ammissioni in manicomio.

6. Le lettere delle famiglie

Tra gli argomenti che più hanno suscitato l'attenzione degli storici c'è indubbiamente quello della mole impressionante di lettere, biglietti, cartoline che, durante gli anni della guerra, hanno fatto la spola tra i militari impegnati nel conflitto e le famiglie, le fidanzate e le mogli e, in diversi casi, gli amici¹³⁶³. Le lettere hanno rappresentato, a tutti gli effetti, non soltanto un modo per avere notizie e scambiarsi informazioni, ma anche un canale attraverso cui cercare un conforto per lo spirito e lenire il dolore per la distanza. Questo fu tanto più vero nei casi d'internamento, quando alle preoccupazioni di molti familiari per la partenza verso il teatro di guerra del congiunto, si unì quella causata dal ricovero in manicomio. Biglietti e cartoline rappresentarono l'unico mezzo per sincerarsi dello stato di salute del parente, per avere rassicurazioni o, viceversa, per apprendere tristi notizie. Per gli internati, invece, le lettere rappresentarono uno dei pochi mezzi – forse l'unico – per sentire, almeno un po', vicini i genitori, i fratelli e le sorelle, le fidanzate. Per questo rappresentarono una forma di evasione ideale dalla contingenza manicomiale, dai suoi limiti e dai suoi orrori.

Considerando il tasso di analfabetismo diffuso e, comunque, la scarsa dimestichezza della maggior parte degli italiani con il mezzo "scrittura", è un fenomeno da sottolineare che così tanti individui, al di là del genere e della classe sociale di riferimento, si siano impegnati in questa prassi. Per molti versi ciò ha segnato un momento fondamentale della storia della transizione dalla cultura orale a quella scritta. Il bisogno di raggiungere figli e fidanzati ha funzionato come spinta in grado di far superare le ritrosie dettate dalla scarsa dimestichezza con il mezzo e in tal senso ha rappresentato di certo una rottura nella storia della comunicazione¹³⁶⁴.

Come indicato dallo storico Fabio Caffarena, agli inizi del Novecento la corrispondenza «fra la gente comune è legata in effetti al fervore alimentato dal movimento. Alla mobilitazione innescata dall'emigrazione si sovrappone quella dovuta alla mobilitazione bellica, che raggiunge le sue punte più alte negli anni della Grande guerra»¹³⁶⁵. Tutto ciò contribuisce a creare quel fenomeno che è stato convincentemente definito una «bulimia di scrittura»¹³⁶⁶ che vede interessati attori diversi: soldati, ufficiali, combattenti, medici, gente comune, tutti coinvolti nella fissazione su carta di esperienze intense, di bisogni di vicinanza, di sentimenti di malinconia e lontananza, insomma di quel variegato catalogo che costituisce le emozioni e gli stati d'animo che innervano le relazioni umane.

Tutto ciò, se possibile, vale ancor di più nel caso dei soldati internati in manicomio che rappresentano per familiari e amici una fonte di preoccupazione doppia: ai timori legati al conflitto si aggiungono quelli prodotti dall'internamento, dalle sue cause, dalla patologia mentale che incombe nei termini di stigma minaccioso e sinistro. C'è da dire che il manicomio, fin dalla sua apertura, è al centro di una fitta corrispondenza, in entrata e in uscita, che vede il direttore fungere da fonte di informazioni per centinaia di parenti interessati a conoscere le sorti del congiunto e impossibilitati a raggiungerlo fisicamente. In tal senso la guerra rappresenta «un momento di esplosione di notevole intensità»¹³⁶⁷ di un fenomeno che per la consuetudini amministrative vigenti in manicomio non può essere considerato inedito.

¹³⁶³ Cfr. F. Caffarena, *Lettere dalla grande guerra. Scritture del quotidiano, monumenti della memoria, fonti per la storia. Il caso italiano*, Unicopli, Milano 2005.

¹³⁶⁴ Ivi, p. 16.

¹³⁶⁵ Ivi, p. 17.

¹³⁶⁶ Cfr. G. Bacconier, A. Minet, L. Soler, *La plume au fusil: les poilus du Midi à travers leur correspondance*, Privat, Toulouse 1985, p. 17.

¹³⁶⁷ Cfr. F. Caffarena, *Lettere dalla grande guerra...cit.*, p. 28.

Le richieste che giungono nell'istituto sono le più diverse, spesso si rivolgono esplicitamente all'istituzione in quanto emanazione dello Stato e così accade che sul tavolo del direttore giungano richieste di pensioni, di agevolazione varie o di sussidi. Come nel caso che segue in cui il padre di un militare internato, oltre a chiedere informazioni del figlio, è convinto che il Municipio di Napoli abbia scritto al direttore perché questo si adoperi per facilitarne la concessione di un sussidio. E su ciò chiede rassicurazioni:

«Ill.mo Sig. Direttore del manicomio il sottoscritto padre del soldato Arturo S. Chiete alla Signoria Vostra per gentilezza di darmi qualche notizia di mio figlio che si rattrova ammalato in questo manicomio mio. Farmi questa carità a un povero padre vecchio a 72 anni. La seconda carità mi fate sapere se il municipio di Napoli a scritto alla signoria sua per gentilezza. Con ogni riguardo la ringrazio la riverisco suo e Vostro affezionatissimo servo Pasquale S.»¹³⁶⁸

La richiesta si comprende meglio nel secondo biglietto attraverso cui il padre, evidentemente insoddisfatto nelle sue richieste, torna a scrivere al direttore:

«Ill.mo Sig. Direttore del manicomio di Racconigi il sottoscritto padre del soldato Arturo S. vi chiede la carità di rispondere il Municipio di Napoli che vi a scritto due volte alla signoria Vostra Ill.ma che io abisogno del susidio che sono un vecchio a 72 anni. La signora Maria mia aiuta con tanta carità di rispondere al Municipio di Napoli per gentilezza che io ve ne ringrazio di vero cuore»¹³⁶⁹.

La lettera, questa volta, indica in qualche modo le ragioni per cui il Municipio di Napoli dovrebbe aver scritto al direttore: la concessione di un sussidio. Non è possibile sapere se effettivamente qualche ente abbia scritto al direttore per chiedere documenti utili alle pratiche per una qualche pensione – nella cartella non ci sono lettere o biglietti in tal senso –, né si capisce chi sia e quale ruolo abbia in ordine alle richieste la sig.ra Maria. Il testo è comunque un esempio di quello stato di scoramento che affligge tanti italiani rimasti senza adeguato sostegno durante il conflitto e che la disperazione spinge a cercare aiuto in tutte le direzioni possibili.

Non sempre sono le condizioni di indigenza a originare le lettere scritte dalle famiglie. Anzi, in alcuni casi, queste scrivono proprio perché avendo i mezzi a disposizione ritengono di poter ottenere la dimissione del congiunto:

«Mottola, 16 Febbraio 1918

Prego la cortesia della S.V. Ill.ma farmi conoscere le condizioni di salute del ricoverato in cotesto manicomio soldato: Giuseppe e che trovasi in grado di farlo custodire dalla famiglia che lo richiede avendo questa mezzi sufficienti per poterlo alimentare. Nell'affermativa si compiacerà indicarmi le modalità della pratica a farsi per la dimissione dello stesso»¹³⁷⁰.

Negli sfortunati casi di quelle famiglie in cui manca il padre è la moglie «a farsi ardita» e a prendere carta e penna – o a rivolgersi a un intermediario – per implorare notizie del figlio. È il caso di questa donna siciliana di Terranova, in provincia di Messina:

«Ill.mo Sig. Direttore della casa di salute di Racconigi,
Marianna Dattola, madre del soldato Emanuele B., col cuore infranto essendo a conoscenza che il di lei figlio trovasi ricoverato in cotesta casa di salute, ne arguisce che al proprio figlio gli

¹³⁶⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10289, *Lettera n. 8212 del prot.*, 23 Ottobre 1917.

¹³⁶⁹ Ivi, *Lettera al Direttore*.

¹³⁷⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10290, *Lettera n. 1253 del prot.*, 16 Febbraio 1918.

tocca la medesima sorte come a un mio fratello a nome Gaetano morto al manicomio di Messina il 24 Dicembre 1915. La povera madre implora da V.S. Ill.ma accio che il proprio figlio mediante il suo autorevole ufficio voglia degnarsi prodicarle le più efficace cure tanto da renderlo un uomo siasi (?) per la Patria, siasi (?) per la povera vedova, non avendo altri figli che possa garantirne la [?] della povera vedova. A quanto ho detto sopra ne allego una cartolina del manicomio di Messina ed un certificato di morte del Municipio di Messina. Desiderosa che la povera madre venga accontentata dalla S.V. Ill.ma la ringrazia nuovamente, con devozione sua umilissima e devotissima Dottola Marianna, Terranova 18-12-1917»¹³⁷¹.

Il caso appena visto non è un'eccezione. Anzi sono diverse le lettere scritte da madri che chiedono conto della salute del figlio, implorano notizie, cercano di ottenere informazioni su come far rientrare il figlio nelle vicinanze di casa. In tal senso il conflitto ha svolto una funzione di rottura di consolidati rapporti di genere e di prerogative familiari consolidate, accelerando l'emancipazione femminile attraverso lo svolgimento di una serie di compiti solitamente appannaggio dell'uomo di casa. Scrivere lettere, rivolgersi in prima persona all'autorità pubblica – in questo caso il direttore del manicomio –, avanzare istanze, rappresentano gesti diversi che devono essere letti non soltanto alla luce della più immediata contingenza, ma anche contestualizzati come fattori in grado di rappresentare una rottura di consolidate consuetudini sociali. Donne in grado di supplire all'assenza dell'uomo e che nel contesto emergenziale prendono confidenza con pratiche che segneranno la storia dell'evoluzione dei rapporti di genere nel Novecento.

Un esempio in tal senso è offerto da Maria T., madre del soldato Giovanni T., internato a Racconigi il 28 Settembre 1917¹³⁷². Il soldato, distaccato presso il Distaccamento del 74° Fanteria di Bra, proviene dall'Ospedale Militare di Savigliano «dove era ricoverato per postumi di ferita d'arma da fuoco alla gamba sinistra»¹³⁷³. Durante il ricovero dà segni di squilibrio, «presentando idee deliranti a contenuto persecutorio collegati a disturbi allucinatori»¹³⁷⁴. Interrogato dice che «il padre, alcolizzato, morì a 33 anni. Non ha mai sofferto di malattie degne di nota. Da lungo tempo abusava del vino»¹³⁷⁵. Viene disposto l'invio in manicomio dove resta oltre un anno, dal 28 Settembre 1917 al 31 Gennaio 1919. La diagnosi è di «stato depressivo delirante». Durante il periodo il giovane alterna fasi deliranti ad altre contraddistinte da una depressione marcata. Di tutto ciò, evidentemente, a casa non giunge notizia e ciò spinge la madre a scrivere ripetutamente alla direzione del manicomio. In circa un anno sono 6 le lettere conservate, ma dai riferimenti contenuti in esse si capisce che il numero di quelle inviate è di certo maggiore. Il tenore delle missive è molto simile nei toni.

«Tiene, 22-7-1918

Onorevole Signor Direttore,

Il dolore di una madre che le scrive e saprà compatire pregandolo caldamente di volermi esaudire informarmi delle condizioni di mio figlio Giovanni T. che da 10 mesi non ho saputo alcuna notizia. Non abbia alcun riguardo. Mi dica ciò che sia giacche sono ormai rassegnata. Salutandolo distintamente e sperando voglia esaudirmi portandoli saluti mi dico De Molo Maria vedova T.»¹³⁷⁶.

¹³⁷¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10293, *Lettera n. 8715 del prot.*, 18 Dicembre 1917.

¹³⁷² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10248.

¹³⁷³ Ivi, Tabella nosografica, Anamnesi.

¹³⁷⁴ *Ibidem*.

¹³⁷⁵ *Ibidem*.

¹³⁷⁶ Ivi, *Lettera al Direttore*, Tiene, 22 Luglio 1918 [non protocollata].

Il direttore finalmente risponde riportando brevemente le condizioni del malato e sottolineando come il malato sia «in piena cronicità e non c'è prospettiva di miglioramento»¹³⁷⁷. Nonostante le notizie non siano delle migliori – è forse una delle ragioni delle mancate risposte alle lettere precedenti –, la madre – evidentemente appena le giunge la lettera – scrive un biglietto per ringraziare di essere stata, finalmente, messa al corrente delle condizioni del figlio:

«Mason 23/12/2018

Non trovo parole sufficienti onde ringraziarla delle notizie datomi a riguardo di mio figlio T.Giovanni, mi perdonerò se mi è stato di disturbarla ma non posso fare a meno e mio figlio se sarà tanto gentile dedicarmi di nuovo come si comporta che desidererei ardentemente. Mi trovo nel mio paesello natio spero per sempre. La saluto lo ringrazio anticipatamente sperando sarà esaudita la mia dimanda. Divotissima Maria T.»¹³⁷⁸.

La grafia è malferma e incerte sono anche le costruzioni sintattiche, segnali di una non eccessiva dimestichezza con la pratica della scrittura ma, proprio per questo, ancora più importanti in ordine alla rottura sopra indicata relativa all'uso del mezzo comunicativo. Intanto le condizioni del soldato non migliorano, così che il 25 Febbraio del 1918 viene emanato il provvedimento di riforma e l'1 Marzo giunge l'autorizzazione al trasferimento presso il manicomio di Vicenza¹³⁷⁹.

Alcune lettere, come quella scritta dalla madre del soldato Pietro C., che abbiamo già visto, colpiscono per il tono con cui implorano notizie del figlio. Come in casi simili l'accento è accorato, a tratti disperato, ma nello specifico colpisce soprattutto la richiesta di conoscere la "verità" sul reale stato di salute del soldato.

«Villanova, 20 Marzo 1918

Ill.mo sig. Direttore del manicomio di Racconigi, mi si informa che mio figlio C.Pietro – Bersagliere ciclista –dall'ospedale manicomio di Cogoleto è stato trasferito a cotesto di Racconigi. Scrissi parecchie volte al Direttore di Cogoleto per avere informazioni dettagliate circa le condizioni psichiche del mio povero figlio, ma purtroppo fu vano ogni mio appello e dalla maniera concisa di quegli scritti non potei apprendere che ben poco. Mi permetto rivolgere preghiera a V.S. Illma perché voglia avere la compiacenza di spiegarmi quale sia lo stato del mio povero figlio e se mi sarebbe permesso una visita a lui. Perdonò Ill.mo sig. Direttore la mia audacia e compatisca l'insistenza di una infelice Madre che a sollievo della sua lunga e cruda sofferenza non ha che lacrime. Ella comprenda colla sua bontà, le mie tristissime condizioni e mi sostieni [?] con un cenno di benevole risposta e mi dica soprattutto, la supplico, la verità! Che ne sarò riconoscente per tutta la vita e porterò scritto in cuore il favore che ella mi farà. Confidando nel suo perdono e nella sua pietà, al riverisco attestandole la mia devota riconoscenza.

Maddalena C., vedova, Mondovì»¹³⁸⁰.

Una richiesta della verità che colpisce, da parte di una vedova che evidentemente è già stata segnata dalla vita, tanto da essere abituata a fare i conti con i suoi aspetti più duri. La donna, in tal senso, rappresenta un esempio paradigmatico del ruolo svolto da madri, sorelle e mogli, nella società dilaniata dal conflitto. Lo spirito, la forza e la sensibilità dimostrata, in assenza degli "uomini di casa", segnano una svolta anche nella più ampia storia dell'emancipazione femminile.

Nelle lettere inviate dalle famiglie in manicomio, accanto alle richieste di notizie sullo stato di salute di figli e parenti, si trovano, con un'inattesa frequenza, diversi riferimenti sulla necessità di

¹³⁷⁷ Ivi, *Lettera del Direttore*, 26 Luglio 1918, n.5522 del prot. 1918.

¹³⁷⁸ Ivi, *Lettera al Direttore*, Mason 23/12/18, prot. N 9236 del 1918.

¹³⁷⁹ Ivi, *Manicomio della Provincia di Cuneo, Direzione, Autorizzazione a trasferimento*, 1/03/1918.

¹³⁸⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10603, *Lettera*, Villanova 20 Marzo 1918.

avere il congiunto a casa perché indispensabile per mandare avanti i lavori agricoli o le “faccende di casa”. Per molte famiglie il lavoro era un pensiero assillante e spingeva i genitori a fare reiterate richieste per ottenere in custodia, anche temporanea, i figli, in particolare durante i periodi di maggiore attività nei campi. Questa situazione non riguarda solo il contesto cuneese, ma è attestata anche dalla documentazione di altri manicomi, come quello veronese¹³⁸¹. Per la realtà che stiamo indagando un caso indicativo è quello che riguarda il soldato B. Luigi, nato il 5 Ottobre 1879 a Busca, celibe, soldato del 9° Artiglieria, che viene ricoverato inizialmente presso l’Ospedale Militare principale di Torino perché «affetto da depressione psichica con arresto di facoltà di ideazione e di associazione con delirio di paura e smarrimento»¹³⁸². Successivamente viene inviato in osservazione al manicomio di Torino e qui, «dopo un periodo di osservazione, fu proposto per l’ammissione definitiva e riconosciuto affetto da “Psicosi maniaco depressiva”. Riformato il 15 Gennaio 1918, veniva ritirato dall’Ospedale Militare Principale di Torino il 12 Marzo 1918, per essere trasferito al manicomio di Racconigi»¹³⁸³. Qui giunge il 12 Marzo 1918 e quasi immediatamente i genitori lo vengono a visitare, dopodiché scrivono al direttore:

«Signor Direttore,

Laltro Giorno sono stato nel mani comio a visitare il mio Figlio B. Luigi della Leva 1979 oveduto che stava molto bene mifara sapuo favorirmi una grande Grassia di lasciarlo venire a casa noi saremmo disposti di darlo a prendere qualunque ora mifara una grande grassia di lasciarlo venire acasa ne abbiamo tanto bisogno per che abbiamo tanti lavori se puo farmi una risposta al piu presto mi fara una Grassia. Signor Direttore i mando i miei più distinti saluti

B. Francesco»¹³⁸⁴.

La lettera, scritta molto probabilmente di pugno dal padre – la forma è simile alla grafia di un altro biglietto, a suo nome, presente nella documentazione – espone chiaramente il bisogno della famiglia di avere il figlio a casa perché ci sono «tanti lavori» che rendono necessario il suo aiuto. A sostegno della richiesta dei genitori scrive anche il sindaco di Busca, il paese in cui vive la famiglia in questione:

«Busca, 22 Aprile 1918.

Prego la S.V. Ill.ma a volermi dare notizie del militare B. Luigi di Francesco della casse 1879 stato testè ricoverato in cotesto manicomio. Suo padre abita in Busca Borgata San Giuseppe è uno dei principali proprietari del paese quindi se le condizioni lo permettono il figlio potrebbe utilmente essere inviato a casa. In attesa di un suo cortese riscontro ringrazio ed ossequio, Il Sindaco»¹³⁸⁵.

La lettera è protocollata, dunque ufficiale, e più che una pressione informale, considerata l’importanza della famiglia nell’economia del paese, deve essere considerata un’attestazione delle possibilità del gruppo di prendersi cura del “demente”. D’altra parte il provvedimento di riforma c’è stato e adesso il giovane è a tutti gli effetti un alienato a carico del manicomio e, dunque, delle “casse provinciali”. Per questo il direttore Rossi, in linea con una politica di affidamento alle famiglie tentata già dai primi anni della sua nomina, risponde al padre che

¹³⁸¹ Cfr. M. V. Adami, *L’esercito di San Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)...cit.*, p. 134.

¹³⁸² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10611, *Regio Manicomio di Torino*, Torino 17 Dicembre 1917.

¹³⁸³ Ivi, *Regio Manicomio di Torino*, Collegno 12 Marzo 1918.

¹³⁸⁴ Ivi, lettera di B. Francesco, [s.d]

¹³⁸⁵ Ivi, *Città di Busca, oggetto: notizie del demente B. Luigi*, Busca 22 Aprile 1918 [prot. 1479].

«Sebbene decaduto di mente, il ricoverato B. Luigi, [...] è non pericoloso. Si presta anche al lavoro. Non ho [...] difficoltà a dimmetterlo in via di esperimento e lei potrà venire a ritirarlo in qualunque giorno.
Con stima»¹³⁸⁶.

Cosa che avviene il 21 Maggio 1918.

Diversamente da quanto lamentato da diverse direzioni sanitarie di Racconigi, fin dall'inaugurazione dell'istituto, non tutte le famiglie individuano nel manicomio il luogo in cui "scaricare" parenti difficilmente gestibile o troppo onerosi per le attenzioni e le cure richieste. In particolare, nel caso dei soldati alienati, sono diversi i tentativi dei parenti di ottenere dal direttore l'affidamento del congiunto internato. Come avviene nel caso del militare Francesco M., di Benevagienna, classe 1889, che a Racconigi giunge il 29 Gennaio 1918 proveniente dal Centro Psichiatrico Militare di raccolta di Reggio Emilia¹³⁸⁷. Una decina di giorni dopo il suo ingresso arriva una lettera della moglie che, per l'appunto, implora l'affidamento del marito con tutte le responsabilità che ne conseguono:

«M. Domenica, via della Stazione Carrù, 8-2-1918
Preg.mo Signor Direttore,

Questo mio marito M. Francesco, nell'ospedale da Lei diretto, sono a pregarla la S.Sua Illustrissima, a volendomi informare quali sono le condizioni di salute di mio marito. Se lo stato d'animo è migliore io sarei disposta a ritirarlo con me assumendo a qualsiasi responsabilità. Siccome già prima fu sempre stato d'animo nervoso, sopportandolo prima sarei pienamente contenta di nuovo avere pazienza. Quindi la prego a volermi dare una risposta.

Ringrazio anticipatamente, ossequi, M. Domenica».

Diversamente dal solito il direttore non rispose – almeno la minuta non è conservata nella documentazione clinica –, anche perché il soldato venne rapidamente dimesso, il 17 Febbraio, come «migliorato». Non fece più ritorno al manicomio.

6.1 Le premure della moglie di un Bersagliere.

Gli avvenimenti di fine 1917, con il cedimento del fronte Nord-Orientale e la "disfatta di Caporetto" causano una serie di stravolgimenti che interessano anche l'assistenza medica e quella manicomiale. Tra gli esuli¹³⁸⁸ costretti ad abbandonare i territori non più sicuri ci sono anche gli alienati, che vengono trasferiti nei manicomi delle retrovie. A Racconigi, come già indicato, vengono trasferiti gli alienati del reparto «malattie nervose» dell'ospedale S. Osvaldo di Udine e i ricoverati del manicomio di Treviso. La situazione d'emergenza rende problematica la circolazione delle informazioni e i primi penalizzati da questo stato di cose sono i familiari degli internati. Questi per mesi non hanno notizie né del luogo di ricovero del parente, né conseguentemente dello stato di salute. Così, quando finalmente riescono a individuare il manicomio sede del trasferimento, scrivono nella speranza di avere brandelli di informazioni, cenni e notizie in grado di rassicurarli sulle condizioni di salute del parente. È il caso della moglie del soldato Angelo S., giunto a Racconigi dalla succursale di Crespano Veneto del manicomio di Treviso¹³⁸⁹. Nella cartella sono presenti sei lettere scritte dalla donna per avere notizie di questo figlio "disperso e sfortunato".

¹³⁸⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10611, *Manicomio provinciale di Cuneo, Biglietto del Direttore*, 16 Maggio 1918. [n. 3675 del prot. 1918]

¹³⁸⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10557.

¹³⁸⁸ Cfr. D. Ceschin, *Gli esuli di Caporetto. I profughi in Italia durante la grande guerra*, Laterza, Roma-Bari 2006.

¹³⁸⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10316.

«Roncade di Treviso, 3/12/1917

Ill.mo sig. Direttore,

La scrivente S. Anna madre di sette bambini e sposa del soldato S. Angelo, chiede alla S.V. di lui notizie. Premette che lo stesso trovavasi prima della ritirata dell'esercito sul Piave, a Crespano, essendo demente. Oggi ho ricevuto una lettera dove poco si comprende, essendo scritta da lui stesso, con sorpresa essa è impostata [?] in codesta città, ciò fa comprendere che il demente è stato trasferito in cotesto ospedale. Pria che la scrivente presenti qualunque determinazione, anche per inviare qualunque cosa, prega la S.V. dargli notizie precise di suo marito.

Nella speranza di una risposta sentitamente ringrazio.

Con osservanza S. Anna, Roncade, 3/12/1917»¹³⁹⁰.

Informazioni, indizi e scampoli di notizie, consentono con difficoltà ai parenti di seguire i percorsi dei familiari durante gli spostamenti. Una volta accertata la destinazione del ricovero, chi è nelle condizioni per farlo, avanza richiesta di poter vedere il parente. Come fa la moglie del soldato Angelo S.:

«Spett.le Direttore,

la sottoscritta moglie del Bersagliere S. Angelo degente in cotesto Manicomio fa preghiera per sapere come sta e se può venire a trovarlo. Se le sue condizioni cioè permettono una visita. In attesa ringrazio ed ossequio. S. Anna, Roncade (prov. Di Treviso), 27-III, 1918»¹³⁹¹.

Le preoccupazioni per le necessità degli internati spingono, in alcuni casi, i parenti con qualche disponibilità economica, a inviare denaro nelle buste indirizzate in manicomio. Ciò, trasversalmente, rende conto della generale condizione di fiducia verso l'istituzione pubblica "manicomio", ritenuta abbastanza affidabile da poterle consegnare piccole cifre destinate ai parenti. Tale fiducia doveva però scontrarsi con le contingenze poste dal conflitto, con i filtri postali della censura e con i diversi passaggi che intercorrevano tra scriventi e il destinatari. Così non era inusuale che giungessero a destinazione le lettere, i biglietti e la cartoline, ma non il denaro inviato insieme. È il dubbio che avanza la moglie del bersagliere Angelo S. che, prima si informa della possibilità di inviare del denaro utile per le necessità del marito, poi deve constatare che delle somme spedite non ha avuto riscontro.

«Sig. Direttore sono informata dalla Direzione del Manicomio Prov.le di Treviso che mio marito si trova degente qui già dal Novembre scorso. Si chiama S. Angelo ed era bersagliere. Era ricoverato al manicomio di Treviso da quasi due anni. Sarei a pregare di informarmi come sono le attuali sue condizioni di salute e vorrei sapere se posso spedirgli un po' di denaro e se abbia bisogno di indumenti o di qualunque altra cosa. Glielo raccomando vivissimamente poiché è padre di sette figli tutti in giovane età. Ringrazio e con ossequio S. Anna, 12-II-1918»¹³⁹².

Il direttore risponde che Angelo S. «è da considerarsi come un malato cronico»¹³⁹³, una formula attraverso la quale si designavano quei pazienti le cui condizioni erano gravi e non lasciavano prevedere significativi margini di miglioramento. Per quanto riguarda il denaro, il direttore Rossi

¹³⁹⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10316, *Lettera*, 3 Dicembre 1917 [non protocollata].

¹³⁹¹ Ivi, *Lettera*, 27 Marzo 1918 [n.2646 del prot. 1918].

¹³⁹² Ivi, *Lettera*, 12 Febbraio 1918 [n.1175 del prot. 1918].

¹³⁹³ Ivi, *Lettera del Direttore*, Racconigi, 18 Febbraio 1918 [n.1175 del prot. Generale].

scrive alla donna che «gli può spedire qualche sue lire per i suoi piccoli bisogni, ma di indumenti non ha proprio bisogno provvedendo lo Stabilimento a tutto»¹³⁹⁴.

L'ultimo biglietto scritto dalla donna è diverso rispetto agli altri. Il tono è più allarmato, sono presenti diversi errori grammaticali (a differenza delle altre lettere) e la grafia è più irregolare, quasi nervosa. Le notizie sullo stato di salute del marito, contenute nell'ultima lettera, la distanza, le preoccupazioni per la prole numerosa, sono tutti fattori che incidono sullo stato ansioso della donna.

«15 Settembre 1918

Egregio Signor Direttore per favore di farmi sapere come si porta il mio Marito con la sua Salute S. Angela se chiedo mai degli suoi bambini cio la spedito due volte denaro e non omai visto risposta ma non inporta adesso nespedito unaltro poco e sono più di un ano che non lo vedo e se lei mipermete vengo atrovarlo. La saluto distintamente S.Angela Saluti dagli suoi sete bambini e Moglie».¹³⁹⁵

La lettera – l'ultima presente nella cartella –, struggente, carica di sofferenza e di preoccupazione, mostra non soltanto la «confusione» regnante nel contesto Nord Orientale italiano – la donna scrive dall'area trevigiana –, ma anche tutta l'angoscia di una moglie che non vede il marito malato da tempo e che adesso sembra prendere veramente consapevolezza del suo stato di salute. Non sa che fine abbia fatto il denaro inviato e non capisce se l'uomo abbia chiesto notizie dei figli, se pensi a loro. Gli interrogativi restano sospesi, senza risposta, ma nel frattempo, il 21 Agosto 1918¹³⁹⁶, viene disposto il trasferimento del bersagliere al Manicomio S. Nicolò di Siena. Non ci sono altre notizie, solo sappiamo che a Racconigi non farà più ritorno.

6.2 Una strana richiesta di denaro.

Durante il conflitto la distanza e le preoccupazioni influiscono sul numero di lettere inviate in manicomio alla ricerca di notizie. Non sempre, però, a scriverle sono parenti e familiari; questi, infatti, sovente si rivolgono a intermediari in grado di sopperire alle loro lacune. In diversi casi questa funzione di necessaria mediazione è svolta dal sindaco del paese d'origine dell'internato. Come nel caso del soldato Stefano M, originario di Cicagna, a Genova, nato il 20 Settembre 1898 e internato a Racconigi il 27 Ottobre del 1917¹³⁹⁷. Anche nel suo caso si tratta di un trasferimento dal S. Osvaldo di Udine, dove viene inviato dall'ospedale da campo 219 perché inizialmente «riconosciuto sofferente di: "Postumi di pleurite sinistra, bronchite, contusioni ed abrasioni varie»¹³⁹⁸. Successivamente viene trasferito al reparto «malattie mentali» dell'ospedale udinese «perché si riteneva che le sue condizioni mentali non fossero completamente normali»¹³⁹⁹.

Durante la permanenza a Udine Stefano M., che di mestiere fa il contadino, va incontro a un «notevole grado di deperimento organico», seguito da «depressione psichica assai accentuata con spunti deliranti di disgrazia e rovina»¹⁴⁰⁰. Inoltre «si nutre con ripugnanza» e ciò non migliora la sua condizione psicofisica della quale, molto probabilmente, vengono informati i genitori attraverso strane lettere o biglietti inviati da qualcuno che non sembra essere il figlio stesso. Lo lascia pensare la missiva scritta dal Sindaco cui abbiamo fatto cenno:

¹³⁹⁴ *Ibidem*.

¹³⁹⁵ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10316, *Lettera*, 15 Settembre 1918 [non protocollata].

¹³⁹⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10316.

¹³⁹⁷ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10286.

¹³⁹⁸ Ivi, *Ospedale da Campo 219, Cartella Clinica 6816, Diario*.

¹³⁹⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰⁰ *Ibidem*.

«Ill.mo signor Direttore del Manicomio Provinciale Racconigi

I parenti desiderano aver notizie sulle condizioni del soldato maniaco M. Virgilio di Giuseppe e di Cardano celestina ricoverato in cotesto stabilimento. La madre riceve una lettera non scritta dal figlio nella quale le chiede soldi. La cosa non appare chiara. Possono i ricoverati ricever denaro? Certo, in caso affermativo, non saranno tenuti da essi. Si tratta di poveri contadini. Della risposta ringrazio la S.V. Con stima Il Sindaco, 17 Novembre 1917»¹⁴⁰¹.

La lettera è molto interessante non soltanto per il riferimento alla richiesta di soldi, che sollecita una serie di inquietanti interrogativi, ma anche perché il nome del soldato – Virgilio – è diverso da quello con cui viene registrato in manicomio e nella documentazione militare. Purtroppo nell’incartamento relativo al militare non è presente né la risposta del direttore, né altri riferimenti utili per chiarire la vicenda che, però, pur nel suo essere lacunosa evidenzia uno spaccato inedito della vita all’interno del manicomio durante la guerra.

6.3 La pensione di guerra

In alcuni casi le comunicazioni da e verso l’istituto riguardano esigenze molto concrete, come l’ottenimento di una pensione di guerra e, per questo coinvolgono soggetti diversi e coprono un arco di tempo molto esteso. È il caso che interessa il soldato Pietro A., nato a Marsala (Trapani), il 22 Novembre 1898, e internato a Racconigi il 27 Ottobre 1917 dopo un precedente periodo di ricovero presso l’Ospedale S. Osvaldo di Udine¹⁴⁰². Il militare appartiene alla II° Armata e giunge inizialmente al Reparto Chirurgia dell’ospedale a causa di una «ferita da pallottola di fucile», il sospetto è che sia un tentativo di suicidio e così la prima diagnosi è di «alienazione mentale»¹⁴⁰³. Lui «riferisce di essere stato ferito nel settore di Monte Santo, in un posto di collegamento in vicinanza delle trincee nemiche»¹⁴⁰⁴. Ma i medici sottolineano che «si nota ferita trasfossa sulla faccia antero esterno della gamba sinistra da proiettile d’arma portatile (con caratteri d’affumicamento sul foro d’ingresso)»¹⁴⁰⁵.

Proprio le affumicature insospettiscono i medici che pongono il soldato sotto stretta osservazione, anche perché dai primi del mese di Ottobre «rifiuta il cibo, non parla che a monosillabi e non risponde alle domande»¹⁴⁰⁶. Anche successivamente, tra le note cliniche, i medici ribadiscono che «il soggetto è sospetto di auto-ferimento»¹⁴⁰⁷ e per questo «si attendono dal Corpo le informazioni sulle circostanze del ferimento». Durante il ricovero il paziente appare confuso, con «espressione mimica generale di stupore, assenza di manifestazioni verbali tranne la ripetizione stereotipata di esclamazioni prive di significato»¹⁴⁰⁸. Alla luce di ciò viene inviato in osservazione a Racconigi dove fa il suo ingresso il 27 di Ottobre. Qui inizialmente «si mantiene [...] assai confuso, disorientato»¹⁴⁰⁹, solo in un secondo momento migliora e «acconsente all’interrogatorio rispondendo alle domande più elementari in modo adeguato»¹⁴¹⁰. Lo stato del paziente migliora nel mese di Dicembre quando «col diradersi del velo confusionale [...] comincia a orientarsi e dar conto

¹⁴⁰¹ Ivi, *Lettera inviata dal Municipio di Cicagna. Gabinetto del Sindaco*, 17 Novembre 2017, prot. 7405.

¹⁴⁰² ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10291.

¹⁴⁰³ Ivi, *Diario della c.c. dell’Ospedale da campo della II Armata*, 13 Settembre 1917.

¹⁴⁰⁴ Ivi, *Diario della c.c. dell’Ospedale da campo della II Armata*, 5 Ottobre 1917.

¹⁴⁰⁵ *Ibidem*.

¹⁴⁰⁶ Ivi, *Diario della c.c. dell’Ospedale da campo della II Armata*, 5 Ottobre 1917.

¹⁴⁰⁷ Ivi, *Diario della c.c. dell’Ospedale da campo della II Armata*, 6 Ottobre 1917.

¹⁴⁰⁸ *Ibidem*.

¹⁴⁰⁹ Ivi, *Diario clinico*, Novembre 1917.

¹⁴¹⁰ *Ibidem*.

di sé. Tranquillo, ordinato, corretto nel modo di comportarsi»¹⁴¹¹ appare sempre più lucido, fino a quando a inizio anno viene dichiarato «guarito» e quindi dimesso il 25 Gennaio 1918¹⁴¹². Dopo di allora non fa più ritorno a Racconigi ma la sua cartella clinica non viene chiusa, infatti viene integrata nei decenni successivi con le richieste, cui si è fatto cenno, necessarie per l'ottenimento della pensione di guerra.

Nel mese di Ottobre del 1944, nel pieno del secondo conflitto mondiale, è proprio Pietro A., quarantaseienne, a scrivere al direttore del manicomio:

«Marsala, 26 Ottobre 1944

Egregio signore Direttore lo prego di volere rilasciare che fusse [?] nel 1917 nella Gurra rupea uno certificato sonzicuro che mitaverso [?] charamente li salute.

A.Pietro

Che mi occorri per pinzioni di guerra»¹⁴¹³.

Il breve biglietto, scritto quasi certamente dall'ex internato, in un italiano stentato in cui emergono diversi termini tipici del "siciliano parlato", è un chiaro esempio delle difficoltà, ancora nel 1944, di tanti italiani con la padronanza della lingua italiana¹⁴¹⁴.

Molto probabilmente la situazione d'emergenza della guerra non facilita le comunicazioni, né le istanze dell'ex militare, così che dieci anni dopo, nel 1954, è questa volta la moglie di Pietro A. a scrivere nuovamente alla direzione sanitaria di Racconigi.

«Marsala, lì 2 Settembre 1954,

Ill.mo Sig. Direttore del manicomio di Racconigi

La sottoscritta Buffa Giuseppa fu mario moglie di A. Pietro abitante in marsala in Cuntrada Pispisia si rivolge alla S.V. Ill/ma per quanto appresso. Il proprio marito A. Pietro fu Vito e di genna Ros¹⁴¹⁵ della classe 1898 nato a Marsala il 20 Novembre, nell'anno 1917 è stato ricoverato il proprio marito da militare presso codesto Manicomio per circa tre mesi. La ricorrente prega alla S.V. Ill/ma di voler rilasciare un certificato di cui risulta che il marito della ricorrente quale Militare nell'anno 1917 è stato ricoverato presso codesto manicomio. Il suddetto documento occorre per pratiche di pensione di guerra. Fiduciosa di quanto prega ed in tale attesa ringrazia. Firma.»¹⁴¹⁶.

A questa comunicazione, evidentemente priva di risposta, fa seguito un'ulteriore richiesta, questa volta datata 24 Febbraio 1960:

«Marsala, 24 Febbraio 1960

La sottoscritta Buffa Giuseppa, prega al Direttore di questa Spett. Direzione di volermi inviare un certificato per uso pensione, il quale spiega che il soldato A.Pietro, fu Vito nato il 29/11/1898, fu ricoverato per ben due volte in questa clinica, e precisamente il 1917. La prego vivamente di rispondere al più presto possibile. Pertanto ringrazio con ossequio. Firma»¹⁴¹⁷.

A differenza della precedente missiva, questa non è scritta a macchina e appare dettata da un'urgenza che l'evidente mancato riscontro delle richieste fino a quel momento avute rende

¹⁴¹¹ Ivi, *Diario clinico*, Dicembre 1917.

¹⁴¹² Ivi, *Diario clinico*, Gennaio 1918.

¹⁴¹³ Ivi, *Lettera scritta da Pietro A.*, Marsala, 26 Ottobre 1944.

¹⁴¹⁴ Sul tema vedi: L. Faccini, *L'analfabetismo in Italia dal 1871 al 1971*, in *Storia d'Italia*, 6, Atlante, Einaudi, Torino 1976.

¹⁴¹⁵ Le imprecisioni sono quelle presenti nel testo del biglietto.

¹⁴¹⁶ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10291, *Lettera scritta da Buffa Giuseppa*, Marsala, 2 Settembre 1954.

¹⁴¹⁷ Ivi, *Lettera scritta da Buffa Giuseppa*, Marsala, 24 Febbraio 1960.

difficile celare. Finalmente, il 26 Febbraio 1960, il direttore dell'epoca, Giovanni Borgarello, risponde alle sollecitazioni di Pietro A. e della sua famiglia. Lo fa attraverso l'invio di un certificato che, a fronte del ritardo della risposta, fa emergere però un'attenta vicinanza a quelli che sono gli interessi dell'ex soldato. Infatti nel certificato che invia sono presenti le indicazioni del periodo di ricovero, della diagnosi, ma non dei sospetti legati al possibile auto-ferimento, elemento che molto probabilmente avrebbe ostacolato il rilascio della pensione di guerra¹⁴¹⁸. La vicenda porta alla luce un quadro sfaccettato e contraddittorio, con richieste inevase per anni e successivi concreti atti di umana partecipazione ai bisogni dei richiedenti. E proprio in questa tensione va ricercato il valore testimoniale di una storia che evoca una realtà caleidoscopica e a tratti contraddittoria, che respinge le comode letture univoche.

7. Le lettere e i biglietti degli internati

Nella documentazione clinica esaminata, la maggior parte delle lettere conservate sono scritte dai parenti al direttore per ricevere notizie, chiedere permessi, implorare dimissioni o trasferimenti. Molto più rari sono i biglietti scritti dagli internati e conservati nell'incartamento clinico. Infatti, la maggior parte delle lettere scritte venivano spedite e non si provvedeva a realizzare nessuna copia, neanche sommaria, da accludere alla documentazione clinica. Dunque le poche lettere rimaste sono quelle che non hanno superato la censura della direzione sanitaria – per ragioni anche non evidenti, che non venivano indicate, né specificate nella tabella nosografica –, o quelle che non sono state inviate per le più diverse, e soltanto ipotizzabili, ragioni. Tutto ciò, come detto, contribuisce a rendere infrequente il ritrovamento dei biglietti e delle cartoline nell'incartamento clinico. Eppure, come ovvio, sono documenti fondamentali per cogliere squarci e frammenti dell'universo interiore dei soldati internati, altrimenti ricostruibile, solo indirettamente, attraverso le diagnosi e le procedure discorsive dei medici. In essi si coglie soprattutto il desiderio di libertà, la voglia di abbandonare il manicomio e la guerra e, per rovescio, il dolore tragico per non poterlo fare. In tal senso questi documenti rappresentano forse la testimonianza più viva della sofferenza psichica patita dai giovani immersi nel conflitto e, proprio per questo, a fronte di tanta retorica sui doveri dell'italiano, sulla celebrazione del carattere virile e sul valore della patria, meglio di altri testi riescono a trasmettere il rifiuto della guerra e dei suoi orrori da parte di tanti combattenti.

7.1 Meglio la miniera che il manicomio.

Proprio alcuni biglietti non spediti ci consentono di cogliere l'enorme portato di sofferenza vissuta da un ricoverato in manicomio. Il soldato in questione si chiama Francesco I., classe 1899, celibe, originario di Rieti, in provincia di Caltanissetta. A Racconigi giunge il 26 Febbraio 1918 proveniente dall'Ospedale Militare di Savigliano, dove è rimasto in osservazione una ventina di giorni dopo l'invio dal corpo. Si sospetta sia «affetto da demenza precoce»¹⁴¹⁹, una diagnosi che spesso, quando riguarda soggetti molto giovani, si cronicizza, tanto che l'internato, quando non viene ricoverato definitivamente già al primo ingresso, sovente diventa un recidivo.

Durante il periodo di osservazione a Savigliano il soldato «è taciturno, con viso da ebete: non risponde alle domande rivoltegli, sta per ore intere in una data posizione senza movimenti (catatonismo)»¹⁴²⁰. Inviato in manicomio il militare resta in osservazione fino al 4 Aprile 1918,

¹⁴¹⁸ Ivi, Direzione Ospedale Neuropsichiatrico Provinciale Racconigi, Certificato a firma del Direttore Borgarello, Racconigi, s.d.

¹⁴¹⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10587, Direzione dell'Ospedale Militare principale di Savigliano, oggetto: Dichiarazione medica per ricovero al manicomio, del soldato I. Francesco, Savigliano, 26 Febbraio 1918.

¹⁴²⁰ *Ibidem*.

dopodiché viene «dimesso in via provvisoria»¹⁴²¹. Durante il periodo di ricovero, attraverso i carabinieri, vengono raccolte notizie sulla famiglia dalle quali risulta che nessuno è mai stato internato in manicomio, tantomeno il soldato ha mai sofferto di alienazione mentale¹⁴²². Ai medici appare contrassegnato da un «processo ideativo tormentato»¹⁴²³, che però viene considerato effetto di simulazione: «alla presenza del medico finge goffamente un ritardo nella percezione e una smemoratezza che non dimostra nei suoi rapporti coi compagni»¹⁴²⁴. Intanto da parte della Croce Rossa, su sollecitazione della famiglia, giunge una richiesta di informazioni:

«Ill.sig. Direttore del Manicomio di Racconigi,
Prego la S.V.Ill.ma volermi dare informazioni del soldato I. Francesco la cui famiglia da molto tempo non riceve notizie.
Con osservanza, il Delegato»¹⁴²⁵.

Non avendo evidentemente ricevuto risposta, i familiari fanno inviare altre richieste di informazioni; questa volta il mittente è un «Comitato di Preparazione Civile. Per le famiglie dei richiamati» di Riesi. Il biglietto viene però scritto il 13 Maggio 1918, quando già il soldato è stato dimesso in prova e nuovamente riammesso in data 15 Aprile 1918:

«Riesi, 13-5-1918
Ill.mo sig. Direttore del manicomio di Racconigi,
in data 26/4 n.1252 pregarla la S.V.Ill.ma chiedendo notizie del soldato I.Francesco la cui famiglia è costernatissima per mancanza di notizie. Rinnovo la preghiera.
Con osservanza, l'ufficio notizie»¹⁴²⁶.

Questa volta il direttore risponde che il soldato è «poco ordinato nel modo di comportarsi. Non è però impulsivo, né di difficile gestione. Fisicamente sta bene»¹⁴²⁷. Sempre dello stesso periodo è il biglietto conservato nella documentazione in cui il soldato, rivolgendosi con tono accorato a tutta la famiglia, esprime tutto il proprio dolore e il desiderio di essere tirato fuori dal manicomio:

«Ospedale manicomio
Caro papa e mamma e fratelli e cognati e sorelli vi faccio sapere che sto bene e voglio sapere come stati voialtri. Io sto bene caro papa io sto bene e voglio sapere quando vieni apprendermi che io morto sono che sempre taspetto e ti prego di venire subito che poi quanto venco andiamo della miniera e ti prego di fare fare le carcaroni e lifornelli e ti preo di venire subito seno io mi allagno pure ti dico che lavoro e lavo li piatti [?] e sto bene ti preo di venire subito che poi lavoro allaminiera. Ti faccio sapere che il dottore mi vuole bene ogni giorno mi dice come sto io sto bene e ti preo di venire che sto bene ora io lavoro sempre. Bacio papà e lili mamma e fratelli e sorelle e cognate ti preo di venire. Questo fiore lo cogliuto dentro il giardino bacio papa e lilli»¹⁴²⁸.

La lettera colpisce per diverse ragioni. Innanzitutto il tono accorato, nonostante i ripetuti riferimenti allo stare bene e alla vicinanza del direttore. Una scrittura incerta, che molto risente della lingua madre siciliana che si agita sullo sfondo, l'ossessiva richiesta di «venire

¹⁴²¹ Ivi, *Direzione del manicomio della Provincia di Cuneo, oggetto: avviso di licenziamento*, Racconigi, 4 Aprile 1918.

¹⁴²² Ivi, *Stazione R.R.Carabinieri di Riesi*, n.965 di prot., Riesi 15 Febbraio 1918.

¹⁴²³ Ivi, *Tabella nosografica: diari psichici e fisici*, 6 Marzo 1918.

¹⁴²⁴ *Ibidem*.

¹⁴²⁵ Ivi, *Croce Rossa Italiana*, n.2099 del prot., 15 Marzo 1918.

¹⁴²⁶ Ivi, *Comitato di Preparazione Civile. Per le famiglie dei richiamati*, Riesi 13 Maggio 1918.

¹⁴²⁷ Ivi, *Manicomio Prov. Di Cuneo*, 10589, n. 3767 del prot. Gen., Racconigi, 20 Maggio 1918.

¹⁴²⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, c.c. matr. n.10587, biglietto s.d.

subito», gli squarci sulla realtà di provenienza – il mondo delle zolfatare della Sicilia di inizio novecento, con i “fornelli” e i “calcaroni” – e soprattutto quella promessa di andare a lavorare in miniera che, evidentemente, rappresenta per il soldato il prezzo che è disposto a pagare per essere riportato a casa dal padre.

Intanto, come detto, dopo le dimissioni in prova il soldato viene nuovamente inviato in manicomio. Al rientro ai medici appare peggiorato e anche i dubbi sulla possibile simulazione spariscono. Così lo descrivono: «irrequieto, di contegno disordinato, logorroico, insonne. [...] Tale stato di continuo eccitamento psicomotorio coesiste con marcati sintomi di debolezza mentale costituzionale»¹⁴²⁹. A Giugno sopraggiungono anche i deliri, che assumono una forma evidentemente legata al vissuto del soldato: «sente la voce del padre che lo chiama a casa a lavorare»¹⁴³⁰. Il quadro appare sempre più compromesso, così la direzione sanitaria si attiva per la «proposta a rassegna del soldato»¹⁴³¹, che effettivamente giunge il 24 Luglio 1918. In seguito a ciò viene anche disposto il trasferimento presso il manicomio di Palermo, competente territorialmente. Finalmente, anche se non nella forma sperata, il soldato può finalmente fare ritorno in Sicilia.

Non sappiamo quanto il militare rimase in manicomio, ma non di rado l'aggravamento delle condizioni mentali di questi soldati si tradusse in stati cronici o in frequenti ricadute, anche a guerra finita. Infatti, nonostante gli alienisti come il direttore Rossi ritenessero transitori i disturbi nevrotici originati dal conflitto, molti furono i soldati che continuarono a soffrire a guerra terminata. Per questo ha ragione E. J. Leed quando scrive che «le turbe psiconevrotiche di guerra si dimostrarono ben più tenaci»¹⁴³² di quanto immaginato da molti psichiatri e furono diversi i crolli di ex combattenti avvenuti a distanza di tempo. Accanto a chi non si riprese più, ci fu chi continuò a entrare e a uscire dai manicomi e chi non fu in grado di ricostruirsi un'esistenza in seno alle società. Nella maggior parte dei casi di questi individui non sappiamo nulla, perché le fonti sono disperse, mancanti o semplicemente mute. L'oblio caduto su questi individui, non riconosciuti dalle istituzioni che avrebbero dovuti tutelarli e dimenticati anche dalla storia, li rende vittime e al contempo testimoni silenziosi del prezzo inaudito pagato dai combattenti alle violenze industriali della guerra di massa.

¹⁴²⁹ Ivi, Manicomio Prov. Di Cuneo, Riassunto di cartella clinica, Racconigi, 11 Agosto 1918.

¹⁴³⁰ Ivi, *Tabella nosografia: diari psichici e fisici*, Giugno 1919.

¹⁴³¹ Ivi, *Manicomio Prov. Di Cuneo, Proposta a rassegna del soldato I. Francesco*, Racconigi, 16 Luglio 1918.

¹⁴³² Cfr. E. J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale...cit.*, p. 246.

Conclusioni

La storia senza riscatto dei “pazzi di guerra”

1. Una patologia criminale: lo «shell shock».

Da quando, nel 1915, C.S. Myers, sulla rivista «Lancet», ha coniato il termine «shell shock» per indicare il trauma che colpisce i militari che si trovano nei pressi dello scoppio di una granata, o di una esplosione, l'analisi degli effetti sulla mente dei combattenti del conflitto ha fatto parecchia strada. Decine e decine di studi di carattere medico, psichiatrico, storiografico, sociologico, sono stati prodotti per cercare di problematizzare e dare un senso a sintomi diversi, quali esaurimento, palpitazioni, confusione mentale, perdita della parola, tremori, cecità, deliri, insonnia, dolori muscolari e articolari, vertigini, incubi, che in misura diversa, in alcuni casi per brevi periodi, in altri per tutta la vita, hanno segnato le esistenze dei soldati di ritorno dalla guerra.

Come abbiamo visto, durante il conflitto ufficiali medici e alienisti si diedero da fare per evitare qualunque nesso causale esplicito tra la guerra e il disagio mentale sofferto dai soldati. In tale ottica l'uso delle consolidate categorie della predisposizione e della degenerazione per spiegare i sintomi dei soldati, oltre a rappresentare le difficoltà di tanti medici ad abbandonare la tradizionale "boîte à outils" di derivazione antropologico criminale, indica un più o meno irriflesso desiderio di «non attribuire alla guerra un'azione determinante nell'insorgere del disagio psichico»¹⁴³³. Lo stesso Myers ipotizzò un disturbo da conversione in soldati incapaci di sopportare lo sforzo bellico, indicando così nella vulnerabilità patologica dei militari la condizione per l'emergere della condizione traumatica. Dunque, anche se già verso la fine del conflitto, soprattutto in Inghilterra, con il termine «shell shock» si indicò non soltanto l'effetto traumatico dello scoppio violento delle granate, ma più in generale le conseguenze del conflitto sulla mente dei militari, ciò non determinò alcun riconoscimento sociale del valore patogeno del conflitto. Piuttosto, l'uso reiterato di paradigmi che afferiscono all'ambito morale, contribuì a rafforzare il discredito e la diffidenza verso i soldati che lamentarono tali sintomi. Questi vennero ritenuti perlopiù deboli, poco virili¹⁴³⁴, effeminati, dei “maschi dimezzati”: scarti prodotti da una società sempre più debole e proiettata verso il totale disfacimento. In tal senso, e nonostante l'apertura della comunità militare alla società di massa attraverso la leva obbligatoria, restava molto forte la diffidenza, tipica dell'ambiente, verso la società borghese, ritenuta «priva di ardimento e slanci ideali, perché capace di agire solo in base al buonsenso e all'utile individuale»¹⁴³⁵. E proprio quest'ultimo elemento pesava nella valutazione degli individui affetti da presunto disagio mentale, ritenuti perlopiù dei potenziali simulatori, dei deboli e dei degenerati, pronti a tutto pur di evitare il proprio servizio alla nazione.

Nonostante ciò la diffusione epidemica delle nevrosi di guerra tra i militari e il copioso presentarsi di soldati nei diversi ospedali da campo durante il conflitto, anche se molto lentamente, fece sorgere il dubbio in diversi medici che, da sole, predisposizione e degenerazione non fossero categorie in grado di cogliere le ragioni psico-sociali che determinavano l'insorgere del trauma psichico. Così, accanto a chi si aprì al riconoscimento di un ruolo almeno predisponente del conflitto, ci fu chi, come Anselmo Sacerdote, sul «Giornale di Medicina Militare», sottolineò l'effetto stressante e

¹⁴³³ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga...cit.*, p. 72.

¹⁴³⁴ Cfr. S. Bellassai, *L'invenzione della virilità. Politica e immaginario maschile nell'Italia contemporanea...cit.*, p. 50

¹⁴³⁵ Cfr. I. Benadusi, *Ufficiale e gentiluomo. Virtù civili e valori militari in Italia, 1896-1918...cit.*, p. 93.

probabilmente patogeno del conflitto, al di là della predisposizione individuale¹⁴³⁶. Certo tali voci restarono per lo più delle eccezioni, soprattutto durante il conflitto, e se la maggior parte dei medici militari si diede da fare per evitare che venisse stabilita alcuna connessione tra i sintomi dei soldati e la guerra, la quasi totalità degli alienisti che accolsero e “curarono” nei manicomi i soldati giudicati degni di ricovero, evitarono perlopiù giudizi definitivi sulla natura e le cause delle psiconevrosi belliche. E questo nonostante il rilevante numero di soldati che affollarono i padiglioni psichiatrici militari allestiti nei diversi manicomi civili. Alla luce di ciò, pur in mancanza di esplicite indicazioni desunte dalle fonti, questo silenzio non può non apparire sospetto ed è lecito ipotizzare una strategia consapevole delle direzioni sanitarie, volta ad evitare ogni contrasto con le autorità politiche e militari.

D'altra parte il ruolo degli alienisti civili durante la guerra fu decisivo, non soltanto perché molti furono gli psichiatri inviati negli ospedaletti da campo e nei centri di primo intervento dislocati nelle zone di guerra, ma anche perché i manicomi accolsero la maggior parte dei soldati ritenuti affetti da disagio mentale e da tare potenzialmente pericolose «a sé e agli altri». L'Italia militare, entrata nel conflitto senza un adeguato servizio neuropsichiatrico, investita dall'urto psicopatogeno del conflitto, anche se fece di tutto per non riconoscerlo, dovette infatti suo malgrado mobilitare un esercito di psichiatri civili per far fronte al problema. Ma ciò avvenne dopo che per decenni, e soprattutto dopo la legge Giolitti del 1904, il ruolo degli alienisti civili era stato sempre più confinato al perimetro asilare, sancendo una esclusione dalla società e dalla politica di cui gli psichiatri non smettevano di lamentarsi. In tutto ciò i rapporti tra le autorità militari e questo “alienismo da manicomio” erano perlopiù assenti, come testimoniano le problematiche comunicazioni che contraddistinguono tanti casi di ricoveri manicomiali per soldati affetti da disturbi mentali. Reciproche diffidenze, sfiducia tra i diversi comparti dell'amministrazione pubblica, lentezze burocratiche, attaccamenti a prerogative e competenze, erano tutti elementi che contribuivano a tenere in vita sospetti e sfiducie incrociate e probabilmente ciò influiva sull'atteggiamento prudente e circospetto tenuto dagli alienisti, come Cesare Rossi, che evitavano di prendere parola ed esprimersi su un fenomeno di una consistenza tale da non poter non attirare l'attenzione.

Tutto ciò in linea con una situazione generale in cui l'adesione ai valori militari, le urgenze sollecitate dalla guerra e il pesante giudizio morale nei confronti dei soldati affetti da disturbi mentali, contribuivano a stabilire un clima di profonda ostilità verso i combattenti mentalmente disturbati. Nonostante, come detto, verso la fine della guerra, anche in Italia, lentamente si fece strada l'idea che il conflitto svolgesse un ruolo non secondario nella costituzione dei disturbi psichici dei soldati, il ridotto numero delle pensioni di guerra rilasciate, a fronte del numero dei ricoveri, lo stigma che ancora a guerra finita pesò sugli “scemi di guerra” – sintagma coniato tra l'altro proprio nel dopoguerra –, «l'assenza di un dibattito pubblico sul diritto dei soldati traumatizzati a essere curati e difesi in tribunale»¹⁴³⁷, indicano la pesante rimozione subita da questa categoria di reduci dal pubblico riconoscimento e dal sostegno sociale. Anche questo fu un effetto della marcata subordinazione della classe medica, in special modo quella psichiatrica, alle autorità militari e, più in generale, il riflesso di quella esclusione sociale cui furono soggetti gli alienisti in misura sempre più evidente a partire dalla legge Giolitti. Infatti il ruolo loro riconosciuto di guardiani delle «persone affette per qualunque causa da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o per gli altri o riescano di pubblico scandalo»¹⁴³⁸, riduceva la psichiatria a una forma di servizio di pubblica sicurezza e gli alienisti a “poliziotti dei matti”, con un ruolo sempre più circoscritto: «carcerieri non

¹⁴³⁶ Cfr. A. Sacerdote, *Sulla valutazione medico-legale delle psicopatie dei militari*, in «Giornale di Medicina Militare», ottobre 1917, pp. 799-800.

¹⁴³⁷ Cfr. S. Montaldo, *Cesare Lombroso, l'antropologia criminale e la Grande Guerra*, in M. Scavino (a cura di), *Torino nella Grande Guerra. Società, politica, cultura*, L'Harmattan Italia, Torino 2017, p. 92.

¹⁴³⁸ Cfr. art.1 della legge n.36 del 14 febbraio 1904

solo dei ricoverati ma anche di se stessi»¹⁴³⁹. Il ricovero si trasformava così in reclusione e le politiche terapeutiche in strategie disciplinari tese più al controllo della devianza, che alla cura dei malati.

Questo orizzonte contribuì a standardizzare le strategie terapeutiche, influenzando negativamente tanto sulla loro evoluzione, quanto sulla loro efficacia. Di tutto ciò è testimone anche la documentazione medica di Racconigi – cartelle, relazioni, anamnesi e diari clinici –, che dimostra la relativa ininfluenza dei percorsi riabilitativi e la genericità delle strategie terapeutiche adottate, limitate perlopiù all’attenuazione dei sintomi più violenti, in attesa che il soldato fosse nelle condizioni per essere restituito al corpo d’appartenenza attraverso un provvedimento di «dimissioni in prova». Nonostante i lenti adeguamenti diagnostici di cui abbiamo reso conto, l’uso estensivo di categorie tradizionali, l’inefficacia degli strumenti a disposizione e una certa improvvisazione, contribuirono a rendere la degenza dei soldati un percorso irregolare, in cui miglioramenti e peggioramenti dipesero più da contingenze e variabili diverse, che da una meditata strategia clinica. E l’alto numero delle recidive è in tal senso indicativo proprio di un tragitto clinico che, anche quando si conclude con le dimissioni, testimonia soltanto l’attenuazione dei sintomi più evidenti. Degenza forzata a letto, segregazione, isolamento, idroterapia prolungata, erano le strategie preferite per raggiungere questo ben misero risultato.

Questo anche perché gli sguardi attoniti, la confusione mentale, i movimenti involontari, la perdita della memoria, della parola, dell’udito, le allucinazioni dei soldati, furono anzitutto trattati come potenziali casi di simulazione e, solo secondariamente, valutati come sintomi patologici. In quest’ottica sembra essere confermata una prassi che reifica la patologia mentale come una forma di dissenso da criminalizzare. Ciò era tanto più valido per i militari, il cui rifiuto patologico di “combattere per la patria”, anche se conseguenza di anormalità costitutiva, rappresentava un comportamento “invertito” che sollecitava la brutale correzione o la definitiva esclusione attraverso l’internamento manicomiale.

2. Nicchie ecologiche e sindromi transitorie

Da ciò, complice la ricezione e la rielaborazione ideologica di alcuni fortunati studi sull’argomento, si è arguito troppo facilmente che la prassi psichiatrica e i manicomi abbiano prodotto dei potenziali sovversivi – i soldati alienati –, vale a dire dei soggetti che attraverso il rifiuto di accettare una gestione autoritaria e unilaterale dei rapporti di potere, hanno praticato una forma di ribellione nei confronti dei meccanismi di esclusione predisposti dalle autorità militari e dagli psichiatri. Questa interpretazione, molto affascinante e per questo di immediata circolazione, ha però il difetto di essere semplicistica e di scontrarsi con la complessità della realtà così come emerge dallo studio delle fonti, innanzitutto quelle manicomiali, gli spazi in cui tale opposizione dovrebbe essere maturata. In realtà i soldati giudicati degni di internamento manicomiale, almeno sulla base della documentazione esaminata, non hanno messo in pratica alcun consapevole atteggiamento oppositivo dettato da ragioni ideologiche e, anche nei casi di evasioni, più frequenti come visto verso la fine del conflitto, tale scelta sembra doversi iscrivere piuttosto in un ragionevole e tutto sommato comprensibile desiderio di guadagnare la libertà e fare ritorno a casa. La presunta resistenza nei confronti dei meccanismi di esclusione e spersonalizzazione prodotti dalle autorità e dal conflitto industriale non c’è stata, almeno non in una forma consapevole e diretta, e i soldati affetti da disagio mentale appaiono essere piuttosto che agenti di una ribellione nei confronti delle politiche disciplinari volute dall’esercito e dagli alienisti, le vittime inconsapevoli di disturbi psichici che sovente li hanno condotti sulla soglia dell’annientamento e del crollo psicologico.

¹⁴³⁹ Cfr. M. Moraglio, *Prima e dopo la Grande Guerra. Per un’introduzione al dibattito psichiatrico nell’Italia del ‘900...cit.*, p. 68.

L'interpretazione più ideologica del fenomeno delle nevrosi di guerra ha dunque sottolineato soprattutto l'aspetto repressivo insito nei processi di esclusione dei militari, compiuti attraverso la riduzione dell'internamento in reclusione e per mezzo di stringenti criteri di difesa sociale. Infatti, muovendo dalla tesi secondo cui il militare alienato è in un caso un simulatore da "correggere" e "raddrizzare", nell'altro un peso inutile per la società da escludere e allontanare attraverso l'internamento manicomiale, si è reificata una rappresentazione basata sulla narrazione della repressione delle classi dominanti su quelle subalterne. Tale interpretazione, basata su elementi indubbiamente reali quali la marginalità prodotta dai manicomi, l'azione "correttiva", o altrimenti escludente delle autorità militari, l'opposizione passiva di tanti soldati "mentalmente disturbati" al conflitto, il rifiuto del disciplinamento e più in generale della gerarchia, ha il difetto di ipostatizzare i due poli dialettici di una relazione dicotomica basata su identità fisse: il segmento dominante (autorità militare, alienisti) e quello subalterno (i soldati internati o comunque affetti da disturbi mentali). Eppure questa lettura trascurava la complessità delle interazioni sociali, le differenze e le specificità che caratterizzano gli attori in questione e le peculiarità delle diverse realtà territoriali. Per queste ragioni deve essere ritenuta inadeguata per descrivere il fenomeno.

Inoltre, come è stato dimostrato dagli studi storici, antropologici e sociali, l'azione dei sistemi culturali dominanti prevede passaggi e dinamiche di inculturazione che necessariamente passano anche per la risposta e l'adattamento dei soggetti da disciplinare. Per di più l'idea che l'azione di controllo sociale¹⁴⁴⁰ sia unilaterale e preveda solo la risposta agita, la ribellione nei confronti della dinamica di esclusione, non sottolinea adeguatamente i meccanismi di reciproco riconoscimento tra internato e gerarchie mediche e militari e le dialettiche che ne derivano. Infatti, nel caso specifico che qui stiamo trattando, una volta che il soldato viene inviato in manicomio come potenziale alienato, prende forma una nuova identità – quella del soldato "disturbato" appunto – che lo contraddistingue in un insieme sociale, all'interno del quale egli si muove, agisce, fa esperienze e si muove. Come dimostrato da Ian Hacking, la costruzione delle identità sociali è un fenomeno complesso che ha degli effetti performativi e retroattivi sulla realtà stessa, per questo considerare i soldati alienati soltanto come potenziali ribelli nei confronti dell'ordine costituito, o come passivi marginalizzati dalle procedure di esclusione, rischia di mancare completamente il bersaglio ermeneutico e di offrire la sponda per letture riduttive di un fenomeno molteplice e articolato¹⁴⁴¹.

Infatti, nella realtà, i soldati affetti dalle nevrosi di guerra furono soggettività individuali che entrarono in una relazione specifica, contingente e singolare tanto con le gerarchie militari, quanto con gli alienisti e il contesto asilare che li "ospitò". Per questa ragione nella presente ricerca abbiamo scelto, accanto alle indicazioni statistiche, alle cifre degli internamenti, alle variazioni diagnostiche e a tutti quei dati in grado di contestualizzare il fenomeno dei traumatizzati di guerra, di delineare per quanto possibile proprio le vicende specifiche di molti militari. D'altra parte solo attraverso la ricostruzione delle singole storie è possibile gettare uno sguardo sull'esperienza concreta vissuta dai soldati in questione, sulle paure e sui sintomi che li hanno segnati spesso per tutta l'esistenza. Il convincimento di fondo è che a partire da quest'ottica micro-storica e dal punto di osservazione locale sia possibile verificare dinamiche più generali riguardanti il rapporto tra guerra e follia, tra procedure di esclusione e spinte dal basso, tra dibattito scientifico e suoi riflessi nella pratica quotidiana. In relazione a ciò l'analisi delle cartelle cliniche¹⁴⁴² degli internati in manicomio è risultata fondamentale, poiché ha consentito di considerare, attraverso una molteplicità di sguardi

¹⁴⁴⁰ Per una problematizzazione della categoria di controllo sociale, in particolare in relazione alla storia della follia, vedi: a V. Fiorino, *Il "controllo sociale": alcune riflessioni su una categoria sociologica e sul suo uso storiografico*, in «Storica», 13 (1999), pp. 125-157.

¹⁴⁴¹ Cfr. I. Hacking, *La natura della scienza. Riflessioni sul costruzionismo*, trad.it. di S. Livi, Mc Graw Hill, Milano 2000, pp.93 e segg. Vedi anche I. Hacking, *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della mente*, trad.it. di R.Rini, Feltrinelli, Milano 1996, p. 35.

¹⁴⁴² Cfr. V. Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?...cit.*, pp. 51-69.

diversi, la distruzione psichica provocata dall'esperienza bellica e i suoi riflessi tanto sulla pratica manicomiale, quanto sulle esistenze dei soggetti che ne sono stati investiti.

Un altro elemento centrale della questione, che l'analisi della documentazione clinica ha consentito di problematizzare rispetto al dibattito scientifico presente sulle riviste dell'epoca, riguarda l'uso delle categorie nosografiche per designare il fenomeno. Come abbiamo più volte sottolineato, l'Italia che fa il suo ingresso nel conflitto non ha un servizio neuropsichiatrico dell'esercito e neanche strutture apposite per il ricovero dei militari alienati. Questi ultimi, nei casi in cui si rende necessario l'invio in osservazione o l'internamento per disturbi mentali, vengono indirizzati nei manicomi civili (raramente nelle poche strutture deputate al ricovero dei "pazzi criminali") che di fatto si occupano non soltanto della diagnosi, ma anche delle politiche di trattamento. È dunque solo muovendo dal prisma di osservazione manicomiale che è possibile ricostruire le effettive ricadute del dibattito scientifico sulle pratiche concrete. Posto ciò si tratta di cercare di determinare come vennero considerate le "nevrosi di guerra" in manicomio.

Come indicato questa patologia assume il valore di diagnosi ufficiale solo dopo la guerra in Vietnam, da ciò bisogna dedurre che prima non esistessero soldati affetti da disagio mentale? E come valutare allora l'epidemia di militari traumatizzati durante la Grande Guerra? In maniera convincente Ian Hacking, riflettendo sul paradosso epistemologico di patologie psichiatriche che appaiono e scompaiono nel corso della storia, anche in riferimento alla presenza (o all'assenza) di categorie nosografiche in grado di identificarle, ha proposto di evitare la comoda, ma inefficace, alternativa del costruito sociale o dell'entità immodificabile. Diversamente egli ha sottolineato come le patologie psichiatriche sorgano e si costituiscano alla luce di complesse circostanze storiche, sociali, economiche, poste all'intersezione tra la dimensione individuale e quella collettiva. Fondamentale è il riferimento all'«habitat» storico, un insieme complesso costituito da fattori sociali, culturali, medici, politici, che stabiliscono le condizioni perché un fenomeno psicopatologico sussista o venga meno¹⁴⁴³. Una patologia psichiatrica non è dunque un'essenza immutabile che attraversa i tempi e neanche una costruzione sociale legata solo alle proiezioni individuali e collettive di una certa epoca. Piuttosto è un'entità articolata che risente tanto della sua bio-complessità, quanto delle categorie attraverso cui viene designata in una certa epoca. È sulla base di questo presupposto che nella presente ricerca abbiamo ritenuto fondamentale indagare come il fenomeno sia stato designato e identificato nell'arco di tempo che abbiamo definito la «lunga Grande Guerra». Ciò dovrebbe consentire di far emergere specificità e continuità, rotture e persistenze nelle diagnosi e nel trattamento dei soldati alienati, così come si sono configurate nel segmento storico-geografico studiato.

Ma come sono state comprese le nevrosi belliche a Racconigi? In quali termini sono state considerate? Come visto, per designare i sintomi sofferti dalla maggior parte dei soldati che fecero il loro ingresso nel manicomio, venne emessa una diagnosi provvisoria d'ingresso, che quasi sempre fece riferimento alla condizione sintomatica, ma quasi mai una diagnosi definitiva. Abbiamo ipotizzato che ciò sia stato l'effetto di una politica implicita della direzione sanitaria che, così facendo, volle evitare di prendere parola sull'origine e le cause delle patologie sofferte dai militari e dunque entrare in contrasto con le autorità militari, interessate ad evitare che si stabilisse un nesso tra guerra e follia. Tra i pochi riferimenti espliciti che ci consentono di farci un'idea di cosa pensassero a Racconigi delle nevrosi belliche, abbiamo una dichiarazione del direttore Rossi che analizzando il dato relativo all'alto numero dei soldati non riconosciuti alienati afferma che tra i soldati, «per ragioni ovvie, è frequentissima, se non la vera e propria simulazione della pazzia, l'esagerazione intenzionale di svariate manifestazioni nevropsichiche la cui natura patologica non

¹⁴⁴³ Cfr. I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*, trad.it. di A. Marino, Carocci, Roma 2000, p. 67.

può essere ammessa»¹⁴⁴⁴. Il passo ci consente di affermare che anche il direttore di Racconigi condivide la posizione più diffusa sul fenomeno, quella che individua nei soldati presunti alienati soprattutto dei simulatori o comunque degli esagerati che si servono delle «manifestazioni nevropsichiche» per sfuggire alla guerra, guadagnare qualche periodo di convalescenza e magari la riforma del servizio. Tale atteggiamento non sembra essere agli occhi del direttore Rossi moralmente riprovevole, tanto che lo ritiene “ovvio” e dunque in una certa misura comprensibile.

Un altro riferimento, utile per farci un’idea sulle opinioni della direzione sanitaria di Racconigi, è legato all’analisi del dato relativo alla «forte prevalenza degli uomini dimessi [...] da attribuire al maggior numero di ammessi con forma a decorso favorevole rapido (psicosi alcooliche, disturbi mentali transitori in molti militari)»¹⁴⁴⁵. Nel passo il direttore Rossi fa riferimento ai «disturbi mentali transitori» di molti militari. È un’indicazione importante perché ci permette di inquadrare l’opinione medica del direttore sui sintomi sofferti da diversi soldati. Da qui, leggendo sinotticamente i due frammenti che abbiamo riportato, possiamo affermare che per la direzione sanitaria di Racconigi, le nevrosi di guerra, quando non furono vere e proprie simulazioni, rappresentarono o delle manifestazioni esagerate di sintomi «la cui natura patologica non può essere ammessa», o delle condizioni transitorie a possibile rapido decorso. Quest’ultima indicazione è rilevante perché ci offre le coordinate per inquadrare il fenomeno. Nello specifico sembra confermare ciò che Ian Hacking ha definito «sindrome transitoria», vale a dire una costellazione patologica, caratterizzata da sintomi diversi, che emerge in una determinata congiuntura, per poi sparire una volta venute meno le condizioni di emergenza. Secondo questa lettura l’emergere di una patologia è legata a una particolare “nicchia ecologica”, cioè un insieme specifico di fattori sociali, congiunturali, politici, economici che costituiscono lo sfondo, ma anche la condizione necessaria, per l’affermarsi di una certa malattia. Tutti questi elementi, anche le contraddizioni tra il dibattito scientifico, le diagnosi e le pratiche terapeutiche concretamente emesse e praticate nei diversi istituti manicomiali, rappresentano proprio i fattori di quella «nicchia ecologica» in cui prende forma il fenomeno delle nevrosi di guerra nella sua articolata bio-complessità.

Come emerso dallo spoglio documentario effettuato a Racconigi, il percorso di costruzione che lentamente conduce alla valutazione delle specificità che contraddistinguono le nevrosi belliche, ha inizio prima della Grande Guerra, con la graduale –e probabilmente irriflessa – adozione di alcuni diagnosi specifiche per la valutazione e il trattamento dei sintomi che conducono i soldati in manicomio. La «confusione mentale», nelle sue diverse varianti, in particolare, e la «non competenza manicomiale» – poco frequente nei casi di internati civili – sono due delle diagnosi che lentamente vengono sempre più spesso adottate per i soldati ricoverati. Ciò può far ipotizzare che anche in assenza di una esplicita riflessione medico-teorica, gli alienisti di Racconigi abbiano lentamente preso atto di una qualche specificità legata ai sintomi sofferti dai militari. Certo a ciò non fece seguito alcuna politica terapeutica particolare – neanche durante il conflitto –, se non una strategia di rapide dimissioni che sembrano essere in linea con le considerazioni espresse nelle valutazioni sopra riportate dei sintomi transitori e della esagerazione delle «manifestazioni nevropsichiche». Eppure i segnali che ci lasciano ipotizzare che dietro questo silenzio ci sia qualcosa di diverso rispetto alla semplice mancata considerazione non mancano. Tra questi c’è la parziale e incompleta compilazione della documentazione clinica, a differenza di quanto avviene nello stesso arco di tempo per gli alienati civili. Le anamnesi si limitano quasi sempre a riportare le notizie provenienti dal reparto, mentre i diari clinici non danno quasi mai alcuna informazione sulle “terapie” adottate e, solo raramente, fanno espliciti riferimenti agli eventuali mezzi di contenzione

¹⁴⁴⁴ APCN, *Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale. Relazione all’on. Deputazione e all’On. Consiglio Provinciale (1918-1919)...*cit., p. 137.

¹⁴⁴⁵ APCN, *Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale. Relazione all’on. Deputazione e all’On. Consiglio Provinciale (1916-1917)...*cit., p. 199.

utilizzati. Inoltre, nella maggior parte dei casi, alla diagnosi d'ingresso – riportata nei registri d'entrata –, che solitamente fa riferimento ai sintomi più evidenti, non fa seguito alcuna diagnosi definitiva. Come abbiamo già indicato, ciò si spiega probabilmente con l'intento della direzione sanitaria di non prendere posizione sull'origine e le cause dei sintomi sofferti dai militari, evitando così alcun contrasto con le autorità militari.

Le specificità indicate, che contraddistinguono la situazione cuneese, delineano una delle possibili forme attraverso cui la guerra ha segnato una “nicchia ecologica” – l'universo manicomiale – in cui ceti e classi dirigenti, medici e pazienti, famiglie e autorità militari, infermieri e lavoratori, hanno interagito contribuendo a determinare una specifica realtà plurale. Un segmento di contemporaneità che non può essere ridotto soltanto a una dialettica tra ceti dirigenti (psichiatri e autorità militari) e classi subalterne (soldati alienati e famiglie). Infatti ciò che l'analisi delle fonti ha consentito di descrivere è un collettivo sociale disomogeneo, per cultura, formazione, provenienza, classe sociale, che all'interno del manicomio di Racconigi, visse e fece esperienza di come la guerra investì e stravolse non soltanto le esistenze dei militari al centro di questa ricerca, ma più in generale la comunità tutta.

3. Devianti, sovversivi o vittime dimenticate della Storia?

Ricostruire le vicende dei soldati internati, descrivere e cercare di contestualizzare i sintomi che li hanno condotti in manicomio, analizzare le dinamiche e le politiche terapeutiche adottate dai medici, ma anche esaminare il ruolo e i comportamenti delle famiglie e analizzare – laddove possibile – l'atteggiamento delle autorità militari, ha consentito così di problematizzare tendenze più generali emerse negli studi d'insieme, ma anche di evidenziare i limiti di certe letture generalizzanti che non fanno i conti con la molteplicità storica ed evenemenziale delle realtà locali.

È il caso del fortunato successo di alcuni importanti studi sull'argomento, come *No Man's Land. Combat and Identity in World War I* di Eric J. Leed, che, se hanno avuto da una parte il grande merito di favorire l'attenzione collettiva su un tema poco considerato prima, quale la costituzione di nuovi orizzonti mentali a seguito degli sconvolgimenti prodotti dal conflitto, hanno d'altra parte favorito una lettura delle nevrosi di guerra nei termini di una fuga nell'irrazionale, volta ad evitare il conflitto, che risulta forzata se adottata quale interpretazione generale. Questa lettura infatti, che si è caricata ideologicamente di significati attinenti il rifiuto della guerra, la contrapposizione tra classi dirigenti e ceti subalterni, la lotta contro il militarismo, la ribellione contro ogni forma di potere, ha problematicamente sovrainterpretato il disagio mentale dei soldati di accezioni che non possono ambire a quell'estensione di cui avrebbe bisogno la chiave interpretativa per fungere da quadro ermeneutico d'insieme. Come dimostra la situazione cuneese il disagio mentale vissuto dai militari, sia prima che durante la guerra, è riconducibile a una molteplicità di cause che afferiscono a situazioni individuali, familiari, a contingenze esistenziali, alle particolari condizioni stressanti della vita in caserma o in trincea e anche, in alcuni casi, a predisposizione personale. Dedurre da questo variegato catalogo una meditata contrapposizione nei confronti del militarismo o della guerra risulta improprio e illegittimo sul piano quantitativo. Quanto sottolineato da Andrea Scartabellati, nel suo studio di caso relativo al manicomio di Cremona, vale anche per la realtà cuneese studiata in questa ricerca: la «condizione oppositiva minoritaria [dei soldato nda] certamente creatasi in alcuni casi come attestano le carte, ma non secondo quella logica estensiva, generalizzante e vagamente politicizzata che la vorrebbe ascrivere indistintamente ai matti di guerra»¹⁴⁴⁶.

¹⁴⁴⁶ Cfr. A. Scartabellati, *Esistenze mutilate. La storia senza riscatto dei folli di guerra, Relazione originale presentata alla giornata di studio ANMIG sull'esperienza dei mutilati di guerra*, Firenze, 04-05 giugno 2015. Per lo studio di caso cui si fa riferimento vedi: A. Scartabellati, *Destini della follia in guerra. Cremona: il catalogo – raccapricciante – è questo*, in A. Scartabellati, (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica, destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra...cit.*, pp. 153-219.

Sempre per rimanere al celebre studio di Leed, altrettanto problematica è la tesi di una ridefinizione dell'identità dei combattenti a seguito della guerra. Tale lettura è costruita attraverso la giustapposizione di una serie di ipotesi non dimostrate, come quella, derivata da Ernst Simmel, delle nevrosi di guerra nei termini di «un'area di parcheggio lungo la strada di una rottura ben più radicale con la realtà»¹⁴⁴⁷. O quella che individua nel conflitto un fattore in grado di produrre «un mutamento irreversibile [nella vita dei combattenti], tanto irreversibile quanto il tracollo di un mondo amato, familiare, tanto irreversibile quanto una mutilazione»¹⁴⁴⁸. Qualche pagina dopo Leed sostiene che «non è esagerato affermare che molti combattenti si abituarono a rapportarsi ad ogni cosa nei termini della loro esperienza di guerra; e poterono farlo perché l'esperienza di guerra, attraverso le metafore derivate da essa, divenne qualcosa capace di comprendere tutto»¹⁴⁴⁹. Da ciò la conseguenza logica secondo cui «i problemi psichici causati dall'esperienza di guerra comportarono sovente una profonda dissociazione, una discontinuità vera e propria a livello individuale»¹⁴⁵⁰. È il tema, cui fa riferimento anche il sottotitolo, dello stravolgimento dell'identità personale a seguito dell'impatto della guerra¹⁴⁵¹. Sostenere però che il conflitto «fu un'esperienza di radicale discontinuità ad ogni livello della coscienza»¹⁴⁵² significa affermare che l'esperienza poté ridefinire orizzonti mentali inediti nei combattenti, in particolare, in coloro che «continuarono ad essere psichicamente disturbati dalla esperienza di guerra personale»¹⁴⁵³. Eppure che l'effetto della guerra sulla psiche dei soldati abbia prodotto l'emergere di nuovi quadri mentali, mutamenti psicologici in grado di determinare inedite forme di soggettività, è una tesi tanto dirimpente, quanto poco suffragabile sulla base della documentazione clinica a disposizione, almeno quella da noi esaminata. Questa infatti non contiene alcun riferimento utile per ipotizzare un eventuale mutamento del paesaggio mentale dei soldati, anzi la continua attenzione per gli eventuali precedenti familiari fa emergere piuttosto un orizzonte ermeneutico che alla rottura privilegia la continuità (in questo caso di stirpe). Nello specifico l'irrompere della guerra nel vissuto psicologico dei militari, per i medici di Racconigi, viene letto in un orizzonte interpretativo multifattoriale, che risente indubbiamente della cultura e dell'ideologia degli alienisti, ma anche dei dati desunti nei confronti con i pazienti. E sono proprio questi ultimi a non offrire una sponda per letture tanto ambiziose quali quelle che rimandano alla ridefinizione delle soggettività. Piuttosto gli interrogatori, le anamnesi e i riferimenti clinici evocano vicende private, silenzi, dolori, estraneità e vergogne. E per questo soprattutto un universo di solitudine e di abbandono, destinato a durare anche dopo il conflitto, che è la cifra di esistenze dimenticate e prive di ogni riscatto. Non tanto nuove identità quindi, quanto esistenze svuotate di senso.

Tra gli effetti dell'applicazione della lettura ideologica alla questione dei "pazzi di guerra" c'è poi la reificazione della prassi psichiatrica nei termini di opera politica di medicalizzazione del dissenso. Secondo tale interpretazione gli alienisti rappresenterebbero il "braccio operativo" di politiche disciplinari volte alla individuazione e alla correzione dell'anormalità tra i militari. Questa lettura, entro una certa misura comprensibile alla luce della svolta posta in essere dalla legge del 1904, che riduceva i manicomi a contenitori dei pazzi pericolosi «a sé o per gli altri», non tiene conto proprio della complessa diversificazione delle realtà locali. Direzioni sanitarie molteplici, costituite da personale medico disomogeneo per cultura, formazione, ideologia, inclinazioni, rendono la prassi psichiatrica un sintagma difficilmente descrivibile attraverso generalizzazioni e, proprio per questo, indagabile solo a partire dal suo esercizio concreto, nelle realtà in cui si è concretizzato.

¹⁴⁴⁷ Cfr. E. J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale...cit.*, p. 249.

¹⁴⁴⁸ Ivi, p. 105.

¹⁴⁴⁹ Ivi, p. 107.

¹⁴⁵⁰ Ivi, p. 10.

¹⁴⁵¹ Ivi, pp. 10-11.

¹⁴⁵² *Ibidem*.

¹⁴⁵³ *Ibidem*.

A Racconigi il direttore Rossi, come abbiamo visto, appare essere molto incline ad attuare politiche di *no-restraint*, di collocamento in prova dei malati presso le famiglie, cerca inoltre di ridurre l'uso dei mezzi di contenzione e, al di là delle ragioni specifiche che lo orientano, attua una politica di rapide dimissioni, in particolare proprio nei confronti dei soldati, che ben poco si sposa con l'idea di un'opera di medicalizzazione del dissenso compiuta nel recinto manicomiale. Piuttosto la sua azione sembra essere dettata dalla volontà di restituire nella misura maggiore possibile i soldati ai corpi d'appartenenza, ma questo senza che se ne possa dedurre una politica chiara e unidirezionale. Infatti non sono pochi i casi di militari, ritenuti affetti da disagio mentale non transitorio, ricoverati ben oltre il periodo di osservazione in attesa di miglioramenti. Ciò avviene anche nelle circostanze di sopraggiunta riforma dal servizio militare, a dimostrazione che il criterio di "restituire il soldato ai propri doveri" non è il solo a orientare la prassi adottata che, sulla base della documentazione esaminata, appare più fluida, condizionata dalla valutazione del caso specifico e non da una intransigente opera disciplinare orientata alla correzione del dissenso. Certo è innegabile l'influenza delle opinioni maturate dal direttore sulle politiche terapeutiche adottate e su quelle diagnostiche, ma ciò piuttosto che confermare l'idea di una consapevole strategia di medicalizzazione del dissenso, rinvia alla concreta materialità della realtà esaminata.

Ancora, tra gli altri elementi che consentono di problematizzare ulteriormente il fenomeno delle nevrosi di guerra, e di far emergere più di un dubbio sulle letture che hanno sottolineato la declinazione ideologica della "fuga nella malattia" dei soldati, c'è l'atteggiamento tenuto proprio dai militari traumatizzati e dalle loro famiglie nei confronti del conflitto. Secondo la documentazione clinica, le anamnesi, i rapporti degli infermieri sui comportamenti tenuti dai combattenti durante la degenza, ma anche secondo le lettere delle famiglie conservate, non emergono casi in cui si delinei una posizione di consapevole e più o meno meditata opposizione nei confronti dello stato o della guerra. Quest'ultima, in particolare, viene vissuta piuttosto come una fatalità da accettare, secondo un atteggiamento che molto sembra essere legato all'universo mentale contadino da cui la maggior parte dei soldati proviene. E anche nei casi in cui è possibile riscontrare una qualche forma di rifiuto della guerra, da qui non è possibile trarre una interpretazione estensiva valida per l'insieme della situazione cuneese. Certo non è lecito escludere che alcuni comportamenti, come le evasioni o i gesti di autolesionismo, abbiano rappresentato, in forma inespressa, una modalità di opposizione nei confronti della situazione, del conflitto e dell'internamento manicomiale, ma anche in queste circostanze dedurre da ciò ermeneutiche valide per intere collettività – nello specifico i soldati internati – appare illegittimo. In tal senso il problema di fondo, sul piano metodologico, riguarda proprio la reificazione di identità collettive che, invece, la documentazione esaminata, dimostrano essere dei significanti vuoti, vale a dire degli insiemi non circoscrivibili poiché costituiti da una molteplicità di figure, con storie diverse, esperienze particolari, vicende e realtà biologiche specifiche.

Alla luce di tutto ciò, quello che questa ricerca ci consente di affermare è proprio la complessa articolazione del fenomeno delle nevrosi di guerra, posto all'intersezione tra una molteplicità di dialettiche diverse, spesso confliggenti. Il sapere medico, la sua declinazione particolare, il contesto asilare, le politiche terapeutiche, le vicende personali, l'atteggiamento delle autorità militari, il ruolo delle famiglie, sono soltanto alcuni degli elementi di questo *puzzle* che non può essere ricondotto a unità. E le vicende dei singoli soldati, più che essere inquadrabili come forme di proto-ribellioni che, attraverso la malattia mentale, testimonierebbero il rifiuto nei confronti dell'autorità e della guerra, appaiono essere storie senza riscatto, frammenti diversi di un fenomeno per lungo tempo condannato all'oblio. Una molteplicità di vicende particolari, schiacciate tra disagio mentale e mancato riconoscimento sociale, tra difficoltà di adattamento alla "nuova" esistenza manicomiale e, diversamente, dimissioni a cui fecero seguito riprovazione sociale, problematiche relazioni comunitarie e lavorative, lacerazione degli affetti, solitudini e abbandoni. Un insieme disperso di

esistenze svuotate, alla ricerca di un senso impossibile da trovare e, in quest'ottica, segnate irrimediabilmente dalla guerra e dal trauma che questa rappresenta.

Ciò che però manca in queste storie è qualunque istanza palinogenetica in grado di riscattarle e di fare della guerra stessa un'occasione per l'inaugurazione di inediti orizzonti di senso, legati magari proprio alla contestazione delle dialettiche di potere. Invece, il silenzio che è precipitato sulle vite degli internati, lo stigma sociale che ha pesato sul destino dei dimessi, l'azione delle autorità militari volta ad evitare qualunque lettura che stabilisse un rapporto tra la guerra e la follia, l'oblio che ha interessato la categoria dei traumi di guerra fino alle discussioni successive al conflitto in Vietnam, hanno determinato la rimozione sociale della questione e, con essa, l'oblio per queste esistenze insignificanti. Così la grande sfida che la questione pone ancora agli storici riguarda non soltanto il superamento delle aporie poste in essere dalla dialettica tra analisi locali ed ermeneutiche d'insieme, ma anche il restituire visibilità a quei casi dimenticati a cui la "grande Storia" ha negato per decenni attenzione e riconoscimento. Solo così la storia sociale e culturale dello «shell shock» può incontrare proficuamente le vicende di quegli individui che concretamente hanno sofferto del disagio mentale provocato dalla Grande Guerra e la storia dal basso incrociare, contestualizzare e problematizzare le dinamiche più generali entro cui si iscrive il fenomeno.

Appendice statistica

Tabella 1

Annate	Entrati dal 1° Luglio al 30 Giugno			Dimessi dal 1° Luglio al 30 Giugno			Morti dal 1° Luglio al 30 Giugno		
	U	D	Tot	U	D	Tot	U	D	Tot
1908-1909	1	1	320	1	8	209	4	3	77
	84	36		29	0		4	3	
1909-1910	2	1	332	1	8	255	4	2	70
	20	12		72	3		4	6	
1910-1911	1	1	294	7	6	137	5	4	104
	48	46		6	1		8	6	
1911-1912	1	1	287	1	7	190	5	2	78
	73	14		17	3		0	8	
1912-1913	1	1	329	1	9	201	3	4	79
	61	68		08	3		3	6	
1913-1914	1	1	283	8	7	157	3	3	72
	55	28		7	0		7	5	
1914-1915	1	1	329	1	8	196	3	4	82
	86	43		16	0		9	3	

Fonti: APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1909-1915)*, in «Atti del Consiglio Provinciale di Cuneo 1909-1915» [ns. elaborazione].

Tabella 2

Anno	Totale ricoveri	Soldati internati (con relativo numero di matricola)	Percentuale dei soldati rispetto al totale degli ingressi
1909	353	1 (7548)	0,28 %
1910	315	3 (7655, 7731, 7837)	0,95 %
1911	278	6 (8034, 8165, 8179, 8188, 8205, 8226)	2,15 %
1912	320	7 (8336, 8357, 8375, 8397, 8458, 8512, 8550)	2,19 %
1913	293	8 (8600, 8632, 8681, 8719, 8745, 8747, 8771, 8819)	2,73 %
1914	305	5 (8875, 8938, 9106, 9140, 8141)	1,64 %

Fonti: Archivio Storico Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi [d'ora in avanti ASONR], Serie IX.1.1, UA 1142, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1897-1909*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917* [ns. elaborazione].

Tabella 3

Dati relativi alle presenze all' 1 giugno di ogni anno				
Anno	Totale	Uomini	Donne	Soldati
1914	967	485	482	9
1915	1009	510	499	9
1916	984	502	482	27
1917	1046	550	496	113
1918	1184	681	503	78
1919	990	499	491	35
1920	945	457	488	12

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920*; APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1914-1920)*, in «Atti del Consiglio Provinciale di Cuneo 1914-1920» [elaborazione dati ns]

Tabella 4

Dato relativo alle ammissioni durante l'anno (dal 1° Luglio al 30 Giugno)				
Anno	Totale	Uomini	Donne	Soldati
1913-1914	283	155	128	10
1914-1915	329	186	143	6
1915-1916	324	198	126	39
1916-1917	427	307	120	103
1917-1918	680 (179 provengono dal manicomio di Treviso)	574	106	269
1918-1919	446	308	138	148
1919-1920	315	193	122	53

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920*; ASONR, *Schedario analitico* [elaborazione dati ns]

Tabella 5

Dato relativo alle dimissioni durante l'anno (dal 1° Luglio al 30 Giugno)				
Anno	Totale	Uomini	Donne	Soldati
1913-1914	157	87	70	10
1914-1915	196	116	80	9
1915-1916	226	143	83	27
1916-1917	235	159	76	75
1917-1918	450	394	56	236
1918-1919	407	317	90	150
1919-1920	251	184	67	69

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920*; APCN, *Dati statistici e funzionamento del manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'On. Deputazione e all'On. Consiglio Provinciale (1914-1920)*, in «Atti del Consiglio Provinciale di Cuneo 1914-1920» [elaborazione dati ns]

Tabella 6

Dato relativo alle morti durante l'anno (dal 1° Luglio al 30 Giugno)				
Anno	Totale	Uomini	Donne	Soldati (con relativo numero di matricola)
1913-1914	72	37	35	/
1914-1915	82	39	43	/
1915-1916	116	60	56	1 (9395)
1916-1917	120	77	43	4 (9801, 9807, 9829, 9938)
1917-1918	168	126	42	3 (9996, 10083, 10575)
1918-1919	193	131	62	12 (10210, 10840, 10051, 10881, 10837, 10184, 10604, 10900, 10505, 10075, 9686, 11147)
1919-1920	98	40	58	1 (9760)

Fonti: ASONR, Serie IX.3.2, UA 1269, *Registro dei ricoverati morti 1901-1918*; ASONR, Serie IX.3.2, UA 1269, *Registro dei ricoverati morti 1918-1920* [elaborazione dati ns]

Tabella 7

Cause di morte degli alienati militari		
Annata	Numero di morti	Numero di matricola, causa del decesso
1913-1914	/	/
1914-1915	/	/
1915-1916	1	9395: colite
1916-1917	4	9801: marasma 9807: marasma. 9829: marasma 9938: mania grave
1917-1918	3	9996: arresto psichico 10083 [maresciallo]: demenza precoce 10575: impiccagione
1918-1919	12	10210: tubercolosi polmonare 10840: marasma da diarrea 10051: influenza-sincope 10881: broncopolmonite 10837: influenza, broncopolmonite 10184: influenza, broncopolmonite 10604: broncopolmonite 10900: sincope 10505: broncopolmonite 10075: broncopolmonite 9686: enterite 11147: stato confusionale
1919-1920	1	9760: tubercolosi ossea

Fonti: ASONR, Serie IX.3.2, UA 1269, *Registro dei ricoverati morti 1901-1918*; ASONR, Serie IX.3.2, UA 1269, *Registro dei ricoverati morti 1918-1928* [elaborazione dati ns]

Tabella 8

Tempo di permanenza in manicomio dei soldati	Anno					
	1909 (totale ricoverati: 1)	1910 (totale ricoverati: 3)	1911 (totale ricoverati: 6)	1912 (totale ricoverati: 7)	1913 (totale ricoverati: 8)	1914 (totale ricoverati: 5)
1 mese		2	3	1	3	1
2 mesi					1	2
3 mesi						
4 mesi	1			1	1	
5 mesi		1		1		
6 mesi			1			
7 mesi			1			
8 mesi				1	1	1
9 mesi				1		
10 mesi						
11 mesi						
12 mesi						1
Oltre 1 anno				1		
Oltre 2 anni						
Oltre 3 anni						
Oltre 4 anni			1	1	2	

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1142, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1897-1909*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917* [ns. elaborazione].

Tabella 9

Tempo di permanenza in manicomio dei soldati	Annata (1 luglio-30 giugno)				
	1914-1915 (totale ricoverati: 6)	1915-1916 (totale ricoverati: 39)	1916-1917 (totale ricoverati: 103)	1917-1918 (totale ricoverati: 269)	1918-1919 (totale ricoverati: 148)
1 mese	3	13	21	49	35
2 mesi		4	19	58	36
3 mesi		5	20	37	20
4 mesi		5	5	27	21
5 mesi	1	2	9	21	5
6 mesi		3	4	19	10
7 mesi		1	5	8	2
8 mesi		1	3	7	5
9 mesi		1	2	11	3
10 mesi			1	4	2
11 mesi			1	3	

12 mesi		1	1		1
Oltre 1 anno		3	6	23	4
Oltre 2 anni	1		1	1	1
Oltre 3 anni			2	1	3
Oltre 4 anni	1		3		

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920*. [ns. elaborazione dati].

Tabella 10

Diagnosi alienati militari	Anno					
	1909 (totale ricoverati: 1)	1910 (totale ricoverati: 3)	1911 (totale ricoverati: 6)	1912 (totale ricoverati: 7)	1913 (totale ricoverati: 8)	1914 (totale ricoverati: 5)
Frenosi alcoolica	1					
Demenza precoce		1		1	2	
Stato Confusionale (con e senza allucinazione)			2	2	5	1
Esaltamento maniaco			1	1		
Alienazione mentale			1	1		
Evitamento psicomotorio				1		
Lipemania					1	1
Non riconosciuto alienato		2	2	1		3

Fonti: ASONR, archivio clinico, cartelle; ASONR Serie IX.1.1, UA 1142, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1897-1909*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917* [ns. elaborazione].

Tabella 11

Diagnosi in entrata degli alienati militari	Anno				
	1914-1915 (totale ricoverati: 6)	1915-1916 (totale ricoverati: 39)	1916-1917 (totale ricoverati: 103)	1917-1918 (totale ricoverati: 269)	1918-1919 (totale ricoverati: 148)
Frenosi alcoolica		1		2	2
Demenza precoce	1	3	4	6	13
Demenza senile	1	1		3	/
Frenosi epilettica			5	10	11
Frenosi maniaco-depressiva			2	8	2
Stato Confusionale (con e senza allucinazione)	1	18	33	81	37
Eccitamento psicomotorio (da trauma e non)		1	3	6	2
Arresto psicomotorio (da trauma e non)			2	30	2
Delirio sensoriale		2	2	3	5
Delirio paranoideo			1	1	4
Stato depressivo (con e senza deliri)		5	23	58	27
Amenza				1	1
Psicosi			2		
Degenerazione			1	3	8
Esaltamento maniaco (Stato maniacale)		4	7	25	5
Alienazione mentale (Nevrastenia)			2	2	5
Stato ipocondriaco			3	6	/
Lipemania			2	9	7
Non riconosciuto alienato	3	4	11	15	17

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920* [ns. elaborazione dati].

Tabella 12

Motivo/giudizio di dimissione dal manicomio dei soldati	Annata (1 luglio-30 giugno)				
	1914-1915 (totale dimessi: 9)	1915-1916 (totale dimessi: 27)	1916-1917 (totale dimessi: 75)	1917-1918 (totale dimessi: 236)	1918-1919 (totale dimessi: 150)
Non di competenza manicomiale	3	5	22	34	33
Migliorato	3	12	26	125	54
Guarito	3	9	20	55	40
Trasferito		1	7	22	23

Fonti: ASONR, Serie IX.1.1, UA 1143, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1910-1917*; ASONR, Serie IX.1.1, UA 1144, *Registro cronologico dei ricoverati e del loro movimento. Degenti coatti 1918-1920* [ns elaborazione dati]

Malattie mentali, devianza militare e Grande Guerra negli studi dei contemporanei

- A. Alberti, *Le psicosi di guerra*, in *Atti del I convegno nazionale per l'assistenza agli invalidi di guerra*, Milano 16-20 Dicembre 1918, Roma 1919.
- G. Antonini, *Relazione sul primo anno d'esercizio del reparto Ospedale Militare di riserva di Mombello*, Busto Arsizio 1917.
- G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano 1931.
- F. Boucherot, *Des maladies mentales dans l'Armée en temps de Guerre*, ("Thèse de Paris", 1916), in «Quaderni di psichiatria», n. 3-4, Marzo-Aprile 1917, vol. IV.
- P. Brancaleone –Ribaudò, *Lo studio antropologico del militare delinquente*, Tip. A. Fiore, Palermo 1893.
- W.A. Brend, *Review of The Neuroses in War (1940)* in «J. Psycho-Anal.», n. 21, pp. 483-485.
- F. Cazzamalli, *La guerra come avvenimento storico degenerogeno*, in «Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale», 1919.
- F. Cazzamalli, *Il delirio sensoriale di guerra. Per una particolare interpretazione eziologica e patogenetica*, in RSF, a. LIV, 1919.
- A. Clerici, *Disturbi psichici dei combattenti*, in «Rivista di Psicologia», 1915.
- L. Cognetti de Martiis *Il marinaio epilettico e la delinquenza militare*, Bocca, Torino 1896.
- P. Consiglio, *Le anomalie nel carattere dei militari in guerra*, in RSF, 1916-1917.
- P. Consiglio, *La medicina sociale nell'esercito*, estratto dal «Giornale di Medicina Militare», [Maggio 1914], Tipografia Entico Voghera, Roma 1914.
- P. Consiglio, *Saggi di psicosociologia e di scienza criminale nei militari*, Tip. E. Voghera, Roma 1907.
- P. Consiglio, *La medicina militare in rapporto alla ferma biennale*, Tip. E. Voghera, Roma 1910.
- P. Consiglio, *L'alcolismo nell'esercito*, Tip. E. Voghera, Roma 1911.
- P. Consiglio, *Cesare Lombroso e la medicina militare*, Tip. Unione Ed., Roma 1911;
- P. Consiglio, *Le forme di pazzia nei militari*, Tip. E. Voghera, Roma 1911;
- P. Consiglio, *Osservazioni sopra 243 casi di pazzia nei militari, con considerazioni medico-legali*, Tip. E. Voghera, Roma 1912;
- P. Consiglio, *La recidiva militare e la delinquenza dei minorenni*, Tip. E. Voghera, Roma 1912;
- P. Consiglio, *Studi di psichiatria militare*, Società anonima cooperativa fra lavoratori tipografi, Reggio Emilia 1912.
- P. Consiglio, *Un Villaggio neuro-psichiatrico in Zona di Guerra*, in RSF, 1917.

¹⁴⁵⁴ Sono indicati solo i lavori strettamente utilizzati nella scrittura della presente ricerca.

- L. Daneo, *Sulla psico-patologia dell'emozione durante la guerra*, Tip. Ditta Lazzari, Siena 1913.
- G. D'Abundo, *Turbe neuro-psichiche consecutive alle commozioni della Guerra Italo-Turca. Nota Clinica*, Tip. C. Galatola, Catania 1912.
- L. De Lisi - E. Foscarini, *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, in «Note e riviste di psichiatria», 1920, n. 1.
- G. C. Ferrari, *L'eugenica*, in «Rivista di psicologia», 8, 1912.
- G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, in RSF, 1911.
- R. Gaupp, *Hysterie und Kriegsdienst*, in «Münchener Medizinische Wochenschrift», 62, 1915.
- A. Gorrieri, *Contributo alla studio delle turbe neuro psichiche dovute alle emozioni durante la Guerra Italo-Turca*, Tip. Ditta Lazzari, Siena 1913.
- P. Grilli, *La pazzia nei militari*, Voghera Carlo, Tipografia di S.M., Roma 1883.
- P. Grilli, *La pazzia né militari. Note statistiche intorno ai casi occorsi in un ventennio nel manicomio fiorentino*, Tipografia Fodratti, Firenze SD [Estratto dal Giornale di Medicina Militare, n.9, 1870].
- W. Johnson, R.G. Rows, *Neurasthenia and war neuroses*, in W.G. Mac Pherson, W.P. Herringham, T.R. Elliot and A. Balfour (editors), *History of the Great War based on official documents, medical services, diseases of the war*, volume 2, HMSO London 1923, pp. 2-61.
- F. Kaufmann, *Die Planmassige Heilung komplizierter psychogener Bewegungstörungen bei Soldaten in einer Sitzung*, in «Münchener medizinische Wochenschrift», 9/5/1916.
- C. Lombroso, L. Bianchi, *Misdea e la nuova scuola penale*, ed. Bocca, Torino 1884.
- C. Lombroso, *Identità dell'epilessia colla pazzia morale e delinquenza congenita*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale», 1885, 1.
- C. Lombroso, *Il vino nel delitto* in A. Graf (a cura di), *Il vino*, Loescher, Torino 1880.
- C. Lombroso *Delitto, genio, follia: scritti scelti* di, (a cura di) D. Frigessi, F. Giacanelli, L. Mangoni, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- C. Lombroso, *L'uomo delinquente*, Fratelli Bocca, Torino 1896.
- E. Lugaro, *Recensione a G. Elliott Smith e T. H. Pear, Shell Shock and its lessons*, Longman, London 1917, in «Rivista di patologia nervosa e mentale», fasc. 5, vol. XXII, Maggio 1917.
- E. Morselli-C. Lombroso, *“Epillesia larvata-pazzia morale”*, in «Archivio di psichiatria, scienze penali e antropologia criminale», 1885, 1.
- E. Morselli, *Psichiatria di guerra*, in «Quaderni di psichiatria», III, 1916 [s.p.].
- A. Morselli, *Manuale di psichiatria*, casa editrice libraria Vittorio Edelson, Napoli 1921.
- A. Morselli, *Il reparto neuro-psichiatrico dell'ospedale da campo di 100 letti 032 (III Armata)*, in «Quaderni di psichiatria», 1915.
- C.S. Myers, *Contribution to the Study of Shell Shock* in «The Lancet», Vol. 185, Issue 4772, 13 Feb 1915.
- G. Pellacani, *Le neuropatie e le psiconevrosi nei combattenti* in RSF, vol. XLIV, 1920, 1.

- P. Penta, *La simulazione della pazzia e il suo significato antropologico, etnico, clinico e medico-legale*, Francesco Perrella editore, Napoli 1900.
- G. Pighini, *Il servizio neuro-psichiatrico nella zona di guerra*, in «Annali del Manicomio provinciale di Perugia», 1915, fasc, 1°-2°- 3°-4°.
- W.H.R. Rivers, *Instinct and the Unconscious. A Contribution to a Biological Theory of the Psycho-Neuroses*, Cambridge Univ. Press Cambridge 1920.
- A. Sacerdote, *Sulla valutazione medico-legale delle psicopatie dei militari*, in «Giornale di Medicina Militare», ottobre 1917.
- A. Salerni, *Le malattie mentali dei militari e la guerra (1915-16-17-18)*, in «Giornale di psichiatria clinica», 1919.
- F. Saporito, *Sulla delinquenza e sulla pazzia dei militari*, Stabilimento Tipografico R. Pesole, Napoli 1903.
- Lord Southborough, *Report of the War Office Committee of Enquiry into 'Shell Shock'*, HMSO London 1922.
- A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni*, UTET, Torino 1918.
- A. Tamburini, *Sul servizio psichiatrico di guerra*, in RSF, 1916.
- A. Tamburini, *L'organizzazione del servizio nevro-psichiatrico di guerra nel nostro Esercito*, in RSF, 1917.
- A. Tamburini, *Il nevrocomio militare a Villa Wurt al Gianicolo*, Roma 1918.
- G. Tusini, *Scopi e limiti dei corsi di Medicina e Chirurgia in Zona di Guerra*, Udine 1916.
- C. Vincent, *Le traitement intensif des hystérique*, in «Revue Neurologique», 1916, II sem.

Psichiatria, Grande Guerra e nevrosi belliche

- M.V. Adami, *L'esercito di san Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, Il Poligrafo 2007.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)*, 4rd Ed., Dc: American Psychiatric Press, Washington 1994.
- L. Anfosso, *La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati, commento alla legge 14 febbraio 1904, n. 36 ed al regolamento approvato con R. decreto 5 marzo 1905, n. 158*, Torino 1907.
- S. Audoin-Rouzeau, A. Becker, *La violenza, la crociata, il lutto. La Grande Guerra e la storia del Novecento*, trad.it. di S.Vacca, Einaudi, Torino 2002.
- V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009.
- V. P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna 1982.
- G. Bacconier, A. Minet, L. Soler, *La plume au fusil: les poilus du Midi à travers leur correspondance*, Privat, Toulouse 1985.
- R. Bachi, *L'Italia economica nel 1918*, Città di castello 1919.

- E. Bairati, *La belle époque. L'ingannevole euforia di un quindicennio della storia d'Europa*, Mondadori, Milano 1977.
- I. F. W. Beckett, *La prima guerra mondiale. Dodici punti di svolta*, trad. it. di C. Veltri, Einaudi, Torino 2013.
- N. Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto 1915-1918*, Istresco, Treviso 2008.
- P. Barham, *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, New Haven-London 2004.
- B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Bulzoni, Roma 2000.
- B. Bianchi, *Psichiatria e guerra*, in S. Audoin Rouzeau e A. Becker, *La Prima Guerra Mondiale*, ed.it. a cura di A. Gibelli, Einaudi, Torino 2014.
- H. Binneveld, *From Shell Shock to Combat stress. A comparative History of Military Psychiatry*, University of Michigan Press, Ann Arbor 1998.
- T. Bogacz, *War Neurosis and Cultural Change in England, 1914-22: The Work of the War Office Committee of Enquiry into 'Shell-Shock'*, in «Journal of Contemporary History», Vol. 24, No. 2, 1989.
- C. Bonomi, *Introduzione storica all'idea di trauma psichico*, Intervento letto in occasione della presentazione del Centro di psicotraumatologia, Firenze, Chiostrò del Maglio, 19 maggio 2001.
- C. Bonomi, *La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica" (1870-1920 ca)*, in «Teoria & Modelli», ns, V, 1-2.
- J. Bourke, *Le seduzioni della guerra. Miti e storie di soldati in battaglia*, Carocci, Roma 2003.
- D. Caldirola, A. Bertani, G. Perna, *PTSD: ieri, oggi, domani*, in L. Bellodi, P. Castrogiovanni, M. Mantero, G. Muscettola (a cura di), *Il Disturbo Post Traumatico da Stress*, Pacini ed., Pisa 2002.
- P. Cammarano, *Storia dell'Italia liberale*, Laterza, Roma-Bari 2011.
- F. Caffarena, *Lettere dalla grande guerra. Scritture del quotidiano, monumenti della memoria, fonti per la storia. Il caso italiano*, Unicopli, Milano 2005.
- R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979.
- A. Caracciolo et al., *Il trauma dell'intervento 1914-1919*, Vallecchi, Firenze 1968.
- F. Cassata - M. Moraglio (a cura di), *Ci sarà una festa. Per una storia sociale della psichiatria*, «L'indice dei Libri del mese», 2003, 6.
- D. Ceschin, *Gli esuli di Caporetto. I profughi in Italia durante la grande guerra*, Laterza, Roma-Bari 2006.
- L. Crocq, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob, Parigi, 1999.
- E. T Dean, *Shook over Hell, Post-Traumatic Stress, Vietnam and the Civil War*, Harvard University Press Cambridge, Massachusetts 1997.
- A. De Bernardi, *Malattia mentale e trasformazioni sociali. La storia dei folli*, in *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Franco Angeli, Milano 1982.

- M. de Clercq, François Lebigot, *Les traumatismes psychiques*, Editeur Elsevier-Masson, 2001.
- F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e sapere medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia, Annali*, vol. VII, Einaudi, Torino 1980.
- T. Downing, *Breakdown: The Crisis of Shell Shock on the Somme*, Little, Brown Book Group, London 2016.
- M. Ferro, *La Grande Guerre 1914-1918*, Paris 1969.
- V. Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica ?*, in (a cura di) F. Alberico, G. Franchini, E. Landini, *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Passalia, Genova, 2010, pp. 51-69.
- E. Fischer-Homberger, *Die traumatische Neurose: vom somatischen zum sozialen*, Hans Huber, Bern, 1975.
- E. Forcella- A. Monticone, *Plotone d'esecuzione. I processi della prima guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari 1968.
- P. Fussell, *La grande guerra e la memoria moderna*, Il Mulino, Bologna 1984.
- Giacanelli, *Un nuovo sguardo professionale della borghesia nel secolo diciannovesimo: il personaggio dello psichiatra tra filantropia medica e controllo sociale*, in RSF, CIV, 1980.
- E. Gentile, *L'apocalisse della modernità. La Grande Guerra per l'uomo nuovo*, Mondadori, Milano 2008.
- B. Gersons e I. Carlier, *"Post-Traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept"*, in «British Journal of Psychiatry» 161, 1992.
- A. Gibelli, *La Grande Guerra degli Italiani 1915-1918*, Bur Rizzoli, Milano 2014.
- A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2007 (1 ed. 1991)
- P. Giovannini, *La psichiatria italiana e la Grande Guerra. Ideologia e terapia psichiatrica alle prese con la nuova realtà bellica*, "Sanità e scienza", 1, 1987.
- T. Gregory, *Treating the trauma of the Great War: soldiers, civilians, and psychiatry in France, 1914-1940*, Baton Rouge, Louisiana State 2009.
- S. Grogan, *Shell Shocked Britain: The First World War's Legacy for Britain's Mental Health*, Pen & Sword, Barnsley South Yorkshire 2014.
- C. W. Hoge- C. A. Castro- S. C. Messer- D. McGurk, D. I. Cotting e R. L. Koffmann, *Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems* in «The new England journal of Medicine», 351/1, 2004, pp. 13-22.
- R. Holmes, *Acts of War: The Behavior of Men in Battle*, Free Press, London 1985.
- M. Isneghi, G. Rochat, *La Grande Guerra 1914-1918*, Il Mulino, Bologna 2008.
- O. Janz, *1914-1918. La grande guerra*, trad.it. di E.Leonzio, Einaudi, Torino 2014.
- E. Jones e S. Wessely, *Shell Shock to PTSD. Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Psychology Press, Taylor & Francis Group, New York 2005.
- D.R. Johnson, R. Rosenbeck, A. Fontana, H. Lubin, D. Charney, S.M Southwick, *Outcome of intensive treatment for combat-related posttraumatic stress disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 153, 1996.

- E. Jones, R. Hodgins Vermaas, H. McCartney, C. Beech, I. Palmer, K. Hyams, S. Wessely, *Flashbacks and posttraumatic stress disorder: the genesis of a twentieth-century diagnosis* in «British Journal of Psychiatry» 182, 2003.
- E. Jones, *Doctors and trauma in World War One: the response of British military psychiatrists*, In P. Gray, and K. Oliver (Eds), *The Memory of Catastrophe*, Manchester University Press, Manchester 2004, pp. 91-105.
- E. Jones- S. Wessely, *Legacy of the 1914–18 war 2. Battle for the mind: World War 1 and the birth of military psychiatry* in «The Lancet», Vol. 387, 8 November 2014.
- D. Kaufmann, *Science as cultural practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany*, «Journal of Contemporary History», 3, 1, (1999).
- R.A. Kulka, W.E Schlenger, J.A. Fairbank, R.L. Hough, B.K. Jordan, C.R. Marmar, et al.. *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, Brunner/Mazel New York 1990.
- I. La Fata, *Follie di guerra. Medici e soldati in un manicomio lontano dal fronte (1915-1918)*, Edizioni Unicopli, Milano 2014.
- E. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Il Mulino, Bologna 1985 (ed. or. 1979).
- P. Leese, *Shell Shock, Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the first World War*, Plagrawe-Mcmillan, New York 2002
- P. F. Lerner, *Histerical Men. War, Psychiatry and the Politics of trauma in Germany 1890-1930*, Cornell University Press, Ithaca 2003.
- D. Leoni- C. Zadra, *La Grande Guerra. P. Nicola, Snidare l'anormale, psichiatria e masse combattenti nella prima guerra mondiale*, "Rivista di storia contemporanea", XVI, 1, 1987.
- S. Luzzi, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli, Roma 2004.
- S. Marhaba, *Lineamenti della psicologia italiana: 1870-1945*, Firenze 1992.
- M. Micale - P. Frederick Lerner (ed), *Traumatic pasts, History, Psichiatry and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.
- F. Milazzo, *Smascherare il soldato simulatore. Difesa sociale e istanze disciplinari in ambito militare prima della Grande Guerra*, in DIACRONIE Studi di Storia Contemporanea, 33/1, 2018.
- C. S. Myers, *Shell Shock in France, 1914–1918*, Cambridge University Press 1940.
- G. Pantozzi, *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche: 1780-1980*, Centro studi Erickson, Trento 1994.
- F. Paoella, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, in M. Carrattieri e A. Ferraboschi (a cura di), *Piccola patria, grande guerra. La Prima guerra mondiale a Reggio Emilia*, Clueb, Bologna 2008, pp. 187-204.
- B. Parry-Jones e W.L. Parry-Jones, "Post-Traumatic Stress Disorder: Supportive Evidence from an Eighteenth Century national Disaster," *Psychological Medicine*, 24, 1994, pagg. 15-27.

- M. Pignot, *Allons enfants de la patrie: Génération Grande Guerre*, Éd. du Seuil, Paris 2012.
- C. Pogliano, *La Grande guerra e l'orologio della psiche*, in "Belfagor", n.4, 1986.
- G. Procacci, *Soldati e prigionieri italiani nella Grande Guerra: con una raccolta di lettere inedite*, Editori Riuniti, Roma 1993.
- L. Raito, *La Grande Guerra e la fuga nell'inconscio. L'esperienza del conflitto sull'individuo moderno*, in «Nuova Storia contemporanea», 3 2007.
- F. Reid, *Broken Men. Shell Shock, Treatment and recovery in Britain 1914-1930*, Bloomsbury, London-New-York 2012.
- T.W. Salmon, *The Care And Treatment Of Mental Diseases And War Neuroses ("Shell Shock"): In The British Army*, CreateSpace Independent Publishing Platform 2013.
- M. G. Salonna, *Gli «scemi di guerra». I militari ricoverati al manicomio di Ancona durante la grande guerra*, Affinità Elettive Edizioni 2015.
- A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio, Torino 2008.
- A. Scartabellati, *Un Wanderer dell'anormalità? Un invito allo studio di Placido Consiglio (1877-1959)*, in RSF, n. 3.
- A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la grande guerra (1909-1921)*, Edizioni Goliardiche, Udine 2003.
- A. Scartabellati, *Esistenze mutilate. La storia senza riscatto dei folli di guerra, Relazione originale presentata alla giornata di studio ANMIG sull'esperienza dei mutilati di guerra*, Firenze, 04-05 giugno 2015.
- G. E. Shenk, *"Work or Fight!" Race, Gender and the Draft in World War One*, Palgrave, New York 2005.
- B. Shepard, *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Jonathan Cape, London 2000.
- E. Shorter, *Storia della psichiatria. Dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Milano-Parigi-Barcellona 2000.
- F. Stok, *La formazione della psichiatria*, Pensiero scientifico, Roma 1981.
- M. Stone, *Shellshock and the psychologists* in W.F. Bynum, R. Porter e M. Shepherd (editors), *The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry*, Tavistock, London 1985, pp. 242-71.
- M.R. Trimble, *Post-traumatic neurosis. From railway Spine to the Whiplash*, John Wiley, Chichester 1981.
- B. Van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth, (editors), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on Mind, Body and Society*, Guilford Press, New York 1996.
- R. Villa, *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, Franco Angeli, Milano 1985.
- A. Young, *The Harmony of Illusions, Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton New Jersey 1995.
- J. Winter, *Shell-shock and the Cultural History of the Great War* in «Journal of Contemporary History», vol.35, n.1, 2000.

- S. Zago - C. Randazzo, *Andrea Verga (1811-1895)* in «Journal of Neurology», 253, (2006).

Sanità, istituzioni psichiatriche, esercito e trattamento della devianza militare

- U. Ascoli, *Il sistema italiano di welfare*, in Id. (a cura di), *Welfare State all'italiana*, Laterza, Roma-Bari 1984.
- M. Banzola, *Il manicomio modello. Il caso imolese. Storia dell'ospedale psichiatrico (1804-1904)*, La Mandragora Editrice 2015.
- R. Bartocci, *Alle origini del welfare state*, in V. Cotesta (a cura di), *Il Welfare italiano. Teorie, modelli e pratiche dei sistemi di solidarietà sociale*, Donzelli, Roma 1995.
- R. Bartocci, *Le politiche sociali nell'Italia liberale (1861-1919)*, Donzelli, Roma 1999.
- S. Bellassai, *L' invenzione della virilità. Politica e immaginario maschile nell'Italia contemporanea*, Carocci, Roma 2011.
- L. Benadusi, *Ufficiale e gentiluomo. Virtù civili e valori militari in Italia, 1896-1918*, Feltrinelli, Milano 2015.
- M. L. Betri –A.G. Marchetti, *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Franco Angeli, Milano 1982.
- E. Caplan, *Treins, Brain, and Sprains: Railway Spine and the Origins of Psychoneuroses*, in «Bulletin of the history of Medicine», 69, 1995, pp. 387-419.
- F. Cassata, *Molti, sani e forti. L'eugenica in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino 2006.
- G. Conti, *"Fare gli italiani". Esercito permanente e "nazione armata" nell'Italia liberale*, Franco Angeli, Milano 2012.
- G. Cosmacini, *Storia della medicina e della salute in Italia*, Laterza, Roma-Bari 1987.
- A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzieri, *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano 1980.
- A. De Bernardi, *Il mal della rosa. Denutrizione e pellagra nelle campagne italiane fra 800 e 900*, Franco Angeli, Milano 1984.
- P. Del Negro, N. Labanca, A. Staderini, *Militarizzazione e nazionalizzazione nella storia d'Italia*, Unicopli, Milano 2005.
- P. Del Negro, *Esercito, Stato, società. Saggi di storia militare*, Cappelli, Bologna 1979.
- B. Farolfi, *Antropometria militare e antropologia della devianza (1876-1908)*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp.1183-1190, pp. 1181-1222.
- M. Fiorani, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze University Press, Firenze 2010.
- V. Fiorino, *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*, ETS, Pisa 2001.
- V. Fiorino, *Il "controllo sociale": alcune riflessioni su una categoria sociologica e sul suo uso storiografico*, in «Storica», 13 (1999), pp. 125-157.
- P. Frascani, *Ospedali, malati e medici dal risorgimento all'età giolittiana*, in *Storia d'Italia, Annali 7. Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp. 299-324.

- M. Galzigna, H. Terzian, *L'archivio della follia. Il manicomio di S. Servolo e la nascita di una fondazione. Antologia di testi e documenti*, Marsilio, Venezia 1980.
- P. Giovannini, *Il manicomio San Benedetto di Pesaro. Follia, psichiatria e società (1829-1914)*.
- *Una indagine storica*, in «Note e riviste di Psichiatria», LXXIII, 1980.
- G. Giudice, *Un manicomio di confine. Storia del San Martino di Como*, Laterza, Roma-Bari, 2009.
- G. Grassi, C. Bombardieri (a cura di), *Il Policlinico della delinquenza. Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*, Franco Angeli Milano 2016.
- P. Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, L.S. Olschki, Firenze 1991.
- I. Hacking, *La riscoperta dell'anima. Personalità multipla e scienze della memoria*, trad.it. di R.Rini, Feltrinelli, Milano 1996.
- I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dada*, trad.it. di A. Marino, Carocci, Roma 2000.
- I. Hacking, *La natura della scienza. Riflessioni sul costruzionismo*, trad.it. di S. Livi, Mc Graw Hill, Milano 2000.
- V. Ilari, *Storia del servizio militare in Italia. La "nazione armata"*, CEMISS, Roma 1990, vol. II.
- N. Labanca- G. Rochat, (a cura di), *Il soldato, la guerra, il rischio di morire*, Unicopli, Milano 2006.
- N. Labanca (a cura di), *Fare il soldato. Storie del reclutamento militare in Italia*, Unicopli, Milano 2008.
- D. Lippi, *San Salvi. Storia di un manicomio*, Olschki, Firenze 1996.
- C. Lonardi, M. Niero, *Racconti di San Servolo. Vita e quotidianità in manicomio*, Cleup, Padova 2009.
- R. Maiocchi, *Scienza italiana e razzismo fascista*, La Nuova Italia, Firenze 1999.
- C. Mantovani, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni trenta*, Rubbettino, Soveria-Mannelli 2004.
- F. Milazzo, «Pazzi di caserma». *Politiche di difesa sociale, tipologie diagnostiche e soldati alienati nel manicomio di Racconigi (1909-1914)* in «Memoria e ricerca», 2/2018, Il Mulino, Bologna 2018.
- M. Mondini, *Militarismo e militarizzazione. Modelli nazionali nel rapporto tra armi e politica nell'Europa contemporanea*, in «Memoria e Ricerca», n.28, 2008.
- S. Montaldo, *L'antropologia criminale e l'esercito italiano (1884-1920)*, in (cura di G. P. Brizzi), E. Signori *Minerva armata. Le università e la Grande guerra*, Bologna, Clueb, 2017.
- S. Montaldo, *Cesare Lombroso, l'antropologia criminale e la Grande Guerra*, in M. Scavino (a cura di), *Torino nella Grande Guerra. Società, politica, cultura*, L'Harmattan Italia, Torino 2017.
- M. Moraglio, *Costruire il manicomio. Storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco*, Unicopli, Milano 2002.

- G. Oliva, *Esercito, paese e movimento operaio. L'antimilitarismo dal 1861 all'età giolittiana*, Milano 1986.
- G. Pampanini, *La follia del manicomio. Matterie, manicomi e ospedali psichiatrici in Sicilia dal 1813 al 1940*, Cuecm 2009.
- G. Boyer Pelizza, *La città degli altri. Il manicomio provinciale di Ancona tra reclusione e libertà (1900-1999)*, Affinità Elettive Edizioni 2015.
- D. Pick, *Volto della degenerazione. Una sindrome europea 1848-1918*, trad.it. di S.Minucci, La Nuova Italia, Firenze 1999.
- M. Plesnicar, *L'ospedale psichiatrico di Gorizia «Francesco Giuseppe I». Un campo fecondissimo di vedute discordanti. Nascita e sviluppo dell'istituzione manicomiale*, Edizioni della Laguna, 2011
- G. Porisini, *Agricoltura, alimentazione e condizione sanitaria. Appendice statistica. Prime ricerche sulla pellagra in Italia dal 1880 al 1940*, Clueb, Bologna 1975.
- G. Procacci, *Welfare-Warfare. Controllo sociale, assistenza e sicurezza 1880-1919*, in AA.VV., *Assistenzialismo e politiche di controllo sociale nell'Italia liberale e fascista*, "Materiali di discussione", Università degli Studi di Modena, luglio 2001.
- S. Re, *Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile al manicomio di Colorno (1880-1915)*, Franco Angeli, Milano 2014
- G. Rocca, *Alle origini del manicomio. L'ospedale dei pazzi di Ancona*, Franco Angeli, Milano 1998.
- G. Rochat- G. Massobrio, *Breve storia dell'esercito italiano dal 1861 al 1943*, Einaudi, Torino 1978.
- M. Rovinello, *Una giustizia senza storia? I codici penali militari nell'Italia liberale*, in «Le carte e la storia», 2, 2012.
- E. Sartori, *Bambini dentro. I minori in ospedale psichiatrico nel XX secolo. Il caso del S. Maria della Pietà di Roma*, Edizioni del Faro, 2014.
- E. Scarfoglio, *Il romanzo di Misdea*, Polistampa, Firenze 2003.
- F. Scarpato, A. Scartabellati, *Il discorso eugenico della psichiatria italiana dagli inutili alla vita ad una dannosa sottoumanità? Un'ipotesi di ricerca*, in Archivio Trentino, 2, 2003.
- A. Scartabellati, *L'umanità inutile. La «Questione follia» in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del Manicomio provinciale di Cremona*, Franco Angeli, Milano 2001.
- G. Silei, *Lo Stato sociale in Italia. Storia e documenti, vol. I, Dall'Unità al fascismo (1861-1943)*, Lacaia, Manduria-Bari-Roma 2003.
- M. Simonazzi, *Degenerazionismo. Psichiatria, eugenetica e biopolitica*, Bruno Mondadori, Milano 2013.
- P. Sorcinelli, *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari nell'Italia centrale fra tifo petecchiale e pellagra*, Franco Angeli, Milano 1979.
- A. Valeriano, *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*, Donzelli ed., Roma 2014.
- G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, il Mulino, Bologna 1997.

- P. Wanke, *Russian/Soviet Military Psychiatry, 1904-1945*, Frank Cass, London and New York 2005.
- S. J. Woolf, *Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna*, Laterza, Roma-Bari 1986.

Bibliografia specifica sull'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi.

- D. Bello, *Archivio-Storico Inventario 1871-1980, A.S.L. 17, Ospedale Neuropsichiatrico per la Provincia di Cuneo*, Racconigi sd.
- L. Berardo, *Un manicomio provinciale nell'età del "grande internamento" (1871-1914)*, in "Bollettino della Società per gli Studi Storici, Artistici e Archeologici della Provincia di Cuneo", secondo semestre 1999, 121, pp. 63-87.
- M. Bombara, *Racconigi: progetto di recupero del padiglione "Tamburini" nel vecchio ospedale psichiatrico*, tesi di laurea in Architettura, Politecnico di Torino, II Facoltà di Architettura, sede di Mondovì, relatore L. Mamino, a.a. 2004-2005.
- (a cura di) D. Caffaratto, *Archivio dell'Ospedale neuropsichiatrico di Racconigi*, Hapax editore, Torino 2010.
- E. Cocito, *Osservazione dei disturbi mentali da cause belliche nella popolazione civile*, in «Schizofrenie. Rivista dell'ONP di Racconigi», 1950-1952.
- O. Giacchi, *Dal manicomio di Racconigi*, in «Il Pisani», 1881.
- O. Giacchi, *Il colera nel manicomio di Racconigi. Cenno storico*, Torino 1884.
- O. Giacchi, *Una brutta nota statistica*, in «Il Corriere di Bra», 9 maggio 1884.
- (a cura di) M. Moraglio, *Effimeri entusiasmi, quotidiane sofferenze: la fondazione del manicomio di Racconigi (1871)*, Araba Fenice, Boves 2007.
- F. Romano, *Il manicomio dei contadini, ricerca sull'O.P. di Racconigi (Cuneo)*, in «Fogli di informazione», 1973, 5, pp. 57-64.
- M. Soleri, *Ufficio Tecnico Centrale della Provincia di Cuneo. Progetto di un nuovo Manicomio Provinciale, Relazione, Cuneo 1897*.
- S. Tesio - A. Vallarino, *L'ex ospedale psichiatrico di Racconigi. Una lettura storica attraverso l'analisi delle figure dei direttori sanitari*, in "Progetto Salute", VII (giugno 2004), 3.
- S. Tesio, *La città nella città. Storia del manicomio di Racconigi*, tesi di laurea, Università degli Studi di Torino, Facoltà di Scienze Politiche, relatore S. Soave, a.a. 2002-2003.
- M. Tornabene, *La guerra dei matti: il manicomio di Racconigi tra fascismo e Liberazione*, Araba Fenice, Boves, 2007.
- E. Toselli, *Origine, descrizione ed organamento del Manicomio di Racconigi: proposte diverse per migliorarne le condizioni*, Bodoni, Saluzzo 1873.
- A. Vallarino, *La fabbrica delle idee*, in "Progetto Salute", VII (ottobre 2004), 4, pp. 7-10.

Cuneo e provincia dagli inizi del Novecento alla Grande Guerra

- *Guida Oggero della Provincia di Cuneo*, Tipografia Oggero, Cuneo 1900.
- R. Albanese, *Caserme come Piazze, Piazze come Caserme*, in Cuneo da Ottocento anni 1198-1998, ed. L'Artistica, Savigliano 1998.
- E. Angeleri, E. Forzinetti, L. Martini, *Dal cuneese alla Libia 1911-1912. La guerra dimenticata*, ArabAFenice ed., Boves 2015.
- Calandri-Cordero (a cura di) *Novecento a Cuneo*, ed. Gruppo Abele, Torino 2000.
- S. Lissone, B. Casalis, *Sulle condizioni dell'agricoltura e delle classi rurali nei circondari di Cuneo-Alba-Mondovì-Saluzzo*, Alba 1880.
- E. Mana, *La professione di deputato. Tancredi Galimberti fra Cuneo e Roma (1856-1939)*, Pagus, Paese 1992.
- M. Ruzzi, *Cuneo in guerra 1915-18 e 1940-45* in M. Calandri e M. Corrdero (a cura di), *Novecento a Cuneo. Studi sull'ottavo secolo della città*, tomo 1°, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2000.
- (a cura di M. Ruzzi), *La Grande Guerra. Fotografie dal fronte, note da Cuneo e dalle città "irredente"*, Istituto Storico della Resistenza e della Società Contemporanea di Cuneo, Primalpe, Cuneo 2015
- G. Unia, *Il 2° Reggimento Alpini. Dalle origini a Kabul*, L'Arciere, Cuneo 2006.

Indice

Abbreviazioni.....	p.3
Introduzione.....	p.4
Parte I: Grande guerra, traumi mentali e politiche di trattamento	
Capitolo I. Shell Shock, nevrosi traumatiche e Grande Guerra.....	p.12
Capitolo II. Politiche di difesa sociale, psichiatria e trattamento della devianza nell'esercito...	p.37
Parte II. Il disagio mentale nell'esercito alla vigilia del Primo Conflitto Mondiale (1909-1914)	
Capitolo III. Militarismo e follia nell'esercito in tempo di pace.....	p.64
Capitolo IV. Storia di soldati alienati nel manicomio prima della Grande Guerra:.....	p.78
Parte III: Un manicomio durante la Prima Guerra Mondiale	
Capitolo V. La «lunga Grande Guerra» del manicomio di Racconigi (1908-1919).....	p.107
Capitolo VI. Guerra e follia tra statistica e diagnostica (1915-1919).....	p.126
Parte IV. Esperienza bellica, follia e soldati internati in manicomio (1915-1919)	
Capitolo VII. Dalle trincee al manicomio: l'internamento a Racconigi.....	p.156
Capitolo VIII. Abbandonare il manicomio: l'uscita dei soldati alienati.....	p.190
Conclusioni.....	p.225
Appendice statistica.....	p.235
Bibliografia.....	p.243