

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

Dottorato di ricerca in Storia

Ciclo XXIV

“Scemi di guerra”.
Comportamenti sociali e nevrosi psichiche
tra i soldati della Grande guerra.
Il caso di Parma

Coordinatore:
Chiar.mo Prof. Domenico Vera

Tutor:
Chiar.mo Prof. Antonio Parisella

Dottoranda:
Dott.ssa Ilaria La Fata

Dolorosa ci fu la partenza
E il ritorno per tutti non fu
(“O Gorizia”, 1916)

a S.

“Scemi di guerra”: comportamenti sociali e nevrosi psichiche tra i soldati della Grande guerra. Il caso di Parma

Introduzione	p. 7
Abbreviazioni	p. 23
I. Il manicomio di Colorno	
1. Da Parma a Colorno	p. 25
2. Prima della guerra	p. 36
3. Il manicomio nella guerra	p. 43
4. I ricoverati	p. 52
5. Il personale, medici e infermieri	p. 62
6. Il manicomio e i comandi militari	p. 73
II. L’approccio psichiatrico	
1. Tra positivismo e modernità	p. 83
2. All’inizio della guerra	p. 91
3. Alle prese con i combattimenti	p. 100
4. Medici militari e medici civili	p. 112
5. Il direttore di Colorno	p. 119
III. I ricoverati	
1. Numeri o persone?	p. 129
2. Gli ufficiali	p. 135
3. Soldati e ufficiali	p. 139
4. I motivi del ricovero	p. 143
5. Diagnosi e malattie	p. 155
6. Diagnosi e ribellione	p. 162
IV. Effetti collaterali	
1. Dopo il ricovero	p. 171
2. Dopo la guerra	p. 175
3. Solidarietà familiare	p. 180
4. Le donne	p. 187
Conclusioni	p. 197
Appendice	p. 205
Fonti	p. 265
Bibliografia	p. 273

Introduzione

Ero sfinito, ma non riuscivo a prendere sonno. Il professore di greco venne a trovarmi. Egli era depresso. Anche il suo battaglione aveva attaccato, più a sinistra, ed era stato distrutto, come il nostro. Egli mi parlava con gli occhi chiusi. – Io ho paura di diventare pazzo, – mi disse. – Io divento pazzo. Un giorno o l'altro, io mi uccido. Bisogna uccidersi. Io non seppi dirgli niente. Anch'io sentivo delle ondate di follia avvicinarsi e sparire. A tratti, sentivo il cervello sciaguattare nella scatola cranica, come l'acqua agitata in una bottiglia¹.

1. La prima guerra di massa, moderna e industrializzata, della storia è rappresentata da due simboli, strettamente connessi tra loro: il fante e la trincea, il luogo dove i soldati vivevano giorno e notte costantemente sotto il tiro dell'artiglieria nemica.

Per quattro anni milioni di uomini furono costretti a convivere sotto terra, esposti agli agenti atmosferici e al fuoco delle mitragliatrici, in condizioni igieniche disastrose, e a uscirne solo durante gli scontri, avanzando alla conquista di territori o per indietreggiare. Indipendentemente dall'esito, la fine delle battaglie era sempre segnata da morti, ferite, mutilazioni. I dati relativi alle perdite umane e ai feriti o mutilati del primo conflitto mondiale su tutti i fronti sono ingentissimi: su tutti i fronti il conflitto – che mobilitò oltre cinquanta milioni di soldati e un numero ingente di lavoratori nelle fabbriche della produzione bellica – costò la vita a non meno di nove milioni di soldati e a un numero non dissimile di civili. La guerra veniva così privata di ogni forma di idealismo, per diventare “un'officina”, il cui unico obiettivo sembrava essere l'efficienza del massacro².

Le condizioni della vita di trincea ebbero conseguenze enormi sullo sviluppo del conflitto: in primo luogo in essa si svilupparono fenomeni nuovi che avrebbero determinato la storia culturale successiva perché, come ha scritto Fiorenza Tarozzi, vi si costituì una nuova comunità separata:

¹ Emilio Lussu, *Un anno sull'altipiano*, Einaudi, Torino 2000 (1 ed. 1945), p. 110.

² La definizione di “officina della guerra” è ripresa dal volume di Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2007 (1 ed. 1991).

La trincea è fango, sono giorni e notti passati al freddo più rigido o al caldo più disumano perdendo la cognizione dello scorrere del tempo segnato quasi solamente dalla luce e dal buio. La trincea è anche il luogo dove gli uomini che l'abitavano avevano però modo di manifestare sentimenti diversi come il patriottismo e l'autoesaltazione, il senso del dovere, il cameratismo, l'amicizia e lo spirito di gruppo. La trincea divenne una nuova comunità, separata dal resto del paese, dove si viveva tra ansie, sofferenze mescolate a momenti di serenità che potevano essere date dal canto di un uccello, dallo sguardo a paesaggi che in assenza della guerra sarebbero apparsi stupendamente coinvolgenti, dalla scrittura e dalla lettura, dal rancio come da ogni altro atto che riportava alla quotidianità come la pulizia del corpo³.

Tuttavia in quelle fosse, dove vigevo la disciplina più rigida e dove gli ordini andavano sempre assolutamente rispettati, tra i soldati male o per nulla equipaggiati, terrorizzati ed affamati, si diffusero presto anche fenomeni di ribellione e di squilibrio mentale, la cui gestione creò enormi problemi, per l'insufficienza delle strutture ma anche per il rischio di alimentare un clima di paura e di protesta nell'opinione pubblica e nel "fronte interno".

Di fronte alla sempre maggiore complessità della guerra, la resistenza e il rifiuto dei soldati trovarono espressione anche nella follia e nella malattia. Riducendosi le possibilità della fuga reale, la fuga interiore, cioè la malattia mentale o la sua simulazione, diventarono una soluzione sempre più praticata. Le forme più evidenti di malattie mentali riguardavano il delirio di persecuzione, l'amnesia, l'incapacità di sopprimere i ricordi o la rimozione di qualsiasi cosa avesse a che fare con la guerra, la perdita anche solo temporanea della parola, dell'udito, delle percezioni del mondo esterno o le psicosi alcoliche, dovute all'uso incontrollato di alcool – favorito peraltro dalle distribuzioni di liquori prima degli assalti – per trovare un rifugio alla paura o per superarla temporaneamente.

Rifiutandosi di stabilire una correlazione patogena tra guerra e follia, i medici militari adottarono come spiegazione principale la teoria dell'ereditarietà, affermando l'origine genetica di queste patologie, scatenate poi dalla vita in trincea, a diretto contatto con la violenza della guerra.

Condotti nei manicomi, i soldati incontravano, dunque, degli psichiatri che non sapevano come affrontarli e applicavano terapie improvvisate, nel tentativo di ricondurli al fronte nel minor tempo possibile; nel linguaggio popolare quei pazienti

³ F. Tarozzi, *Parole e immagini dalla Grande guerra*, in "Storia e Futuro", n 15, novembre 2007, p. 8, <http://www.storiaefuturo.com>. Sulla vita di trincea si veda anche Lucio Fabi, *Gente di trincea. La Grande Guerra sul Carso e sull'Isonzo*, Mursia, Milano 1994.

iniziarono ad essere definiti “scemo di guerra”, locuzione che definiva tutti i soldati ricoverati negli ospedali psichiatrici per traumi, come lo shock da combattimento, riportati al fronte. Questa espressione, però, si riferiva in modo ambivalente sia a chi effettivamente riportò danni psichici dall’esperienza bellica sia a chi, invece, simulava simili disagi per evitare di essere mandato in trincea.

Da un lato, dunque, studiare gli “scemi di guerra” permette di analizzare il significato e la diffusione dello *shell shock*, e di altri traumi psichici, tra i soldati, ma anche di verificare l’entità del rapporto consenso-rifiuto applicato alla Grande guerra, rapporto tanto più complesso se si considera il dibattito che si sviluppò in Italia a favore o contro l’intervento⁴.

La malattia mentale, o la sua simulazione, costituirono infatti una sorta di occasione per ribellarsi, per opporsi ai propri superiori senza incorrere immediatamente nei rigori della disciplina militare, per quanto non sempre questa ribellione fosse sostenuta da una scelta volontaria e consapevole, anzi essendo molto spesso conseguenza di una situazione oggettiva. Naturalmente, il numero dei soldati internati in manicomio fu inevitabilmente minimo rispetto a coloro che soffrirono di patologie psichiche, perché molti malati mentali riuscirono a nascondere i loro disturbi, oppure fecero ricorso a cure private, oppure semplicemente non furono riconosciuti come tali dalle istituzioni che avevano il compito di giudicarli.

Con questa ricerca ho analizzato il caso parmense dei soldati che durante la Prima guerra mondiale furono ricoverati in ospedale psichiatrico, illustrando le cause, le sofferenze e l’esperienza di chi pagò un prezzo altissimo alla violenza di massa delle vicende belliche. Si tratta di un settore di studi che ha conosciuto recentemente un

⁴ Anche se si tratta, pur sempre, di un’opera dalla forte caratterizzazione nazionalistica, tuttavia, una delle principali opere sull’Italia dalla neutralità all’intervento resta il saggio di Gioacchino Volpe, *Il popolo italiano tra la pace e la guerra*, Ispi, Milano 1940. Al riguardo si veda anche Nino Valeri, *Da Giolitti a Mussolini*, Parenti, Firenze 1956; Giuseppe Rossini (a cura di), *Benedetto XV, i cattolici e la prima guerra mondiale*, Cinque lune, Roma 1963; Leo Valiani, *Il partito socialista italiano nel periodo della neutralità*, Feltrinelli, Milano, 1963; Corrado De Biase, *Concezione nazionale e concezione democratica dell’intervento italiano nella prima guerra mondiale*, Istituto poligrafico dello Stato, Roma 1964; Brunello Vigezzi, *L’Italia di fronte alla prima guerra mondiale*, vol. 1, *L’Italia neutrale*, R. Ricciardi, Milano-Napoli 1966; Alberto Caracciolo *et al.*, *Il trauma dell’intervento 1914-1919*, Vallecchi, Firenze 1968; Brunello Vigezzi, *Da Giolitti a Salandra*, Vallecchi, Firenze 1969; Alberto Monticone, *La Germania e la neutralità italiana 1914-1915*, Il Mulino, Bologna 1971; Gian Enrico Rusconi, *L’azzardo del 1915. Come l’Italia decide la sua guerra*, Il Mulino, Bologna 2005.

notevole sviluppo grazie soprattutto ai lavori di Antonio Gibelli, Bruna Bianchi e Alberto De Bernardi fino a quello, più recente, di Andrea Scartabellati⁵.

Il caso di Parma è stato analizzato a partire dalla fonte privilegiata del manicomio di Colorno, nel quale per oltre un secolo furono internati i parmigiani della provincia, la cui estrazione sociale era in prevalenza contadina.

Lo studio si inserisce nel dibattito storiografico sulle nevrosi di guerra e sulla psichiatria italiana nei primi decenni del Novecento, per verificare in sede locale dinamiche più generali riguardo al rapporto tra guerra e follia, basandosi principalmente sull'analisi delle cartelle cliniche degli internati in manicomio, che raccontano con una molteplicità di sguardi la distruzione psichica provocata dall'esperienza bellica.

Lo studio delle cartelle cliniche, senza limitarsi ad una ricerca settoriale sull'atteggiamento della psichiatria verso le nevrosi di guerra, ha permesso anche di verificare la difficoltà, da parte della società, ad adeguarsi ai nuovi modelli sociali imposti dalla modernità di un'esperienza collettiva tanto estrema per durata, intensità e impatto traumatico.

Proprio per questo motivo l'indagine non ha preso in considerazione esclusivamente i combattenti traumatizzati dall'esperienza del fronte, e di conseguenza internati, ma anche, e soprattutto, quell'intreccio di relazioni che vide psichiatri, sia civili che militari, degenti e famiglie divenire attori e vittime di un dramma collettivo, che in breve tempo sconvolse e turbò un sistema secolare.

Del resto, è ormai piuttosto diffusa l'opinione che la guerra fu un potente fenomeno acceleratore dei processi modernizzatori, sia nelle interpretazioni "a ridosso", come le analisi di Riccardo Bachi, che in quelle degli anni successivi⁶.

Ancora nel 1968, Alberto Caracciolo ribadiva la tremenda novità della guerra e la sua tendenza ad accelerare il ritmo della storia, dall'utilizzo delle tecnologie

⁵ Cfr. A. De Bernardi, (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Franco Angeli, Milano 1982; A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit.; 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.

⁶ «La guerra è stata, sotto più riguardi, una meravigliosa acceleratrice della evoluzione sociale: le future grandi rilevazioni statistiche constateranno una accentuazione delle variazioni della compagine sociale: non solo un gran mutamento nella distribuzione delle fortune e dei redditi, ma anche diversa distribuzione delle industrie, diversa composizione della popolazione per età, per professioni, per dimora», Riccardo Bachi, *L'Italia economica nel 1918*, Città di Castello, 1919, pp. XIII-XXIV.

all'organizzazione della produzione, dal ruolo delle masse alla dimensione della morte⁷.

L'idea che la guerra abbia agevolato l'ingresso a passi veloci nella modernità è stato ripreso, oltre che da Piero Melograni, anche in anni più recenti, insistendo anche sugli effetti impetuosi e sconvolgenti di una simile velocità. Valerio Castronovo, ad esempio, ha scritto che

Fenomeni che nei paesi europei più avanzati erano avvenuti in tempi lunghi – come l'immigrazione dal contado verso le fabbriche, la proletarizzazione di vasti strati di popolazione, la perdita da parte di numerosi nuclei di piccola borghesia del loro ruolo tradizionale di superiorità sociale legato a particolari situazioni di stabilità economica (piccolo commercio, artigianato, impieghi pubblici ecc.) – si erano susseguiti in Italia durante il periodo bellico a scadenze troppo ravvicinate, a un ritmo tumultuoso e disordinato⁸.

Anche Bruna Bianchi, riflettendo sul rapporto tra modernità e guerra, ne ha segnalato gli effetti profondamente conturbanti e traumatici:

La consapevolezza che la tecnologia stava trasformando radicalmente l'esperienza umana, affacciata nei decenni precedenti con le osservazioni sulle conseguenze dello sviluppo dell'industrializzazione, delle ferrovie e della crescita delle metropoli, si affermò definitivamente e drammaticamente durante il primo conflitto mondiale⁹.

Naturalmente, simili effetti si ripercossero anche sull'istituzione di Colorno, per quanto chiusa cittadella manicomiale, sempre rigorosamente isolata dal mondo esterno, tendenzialmente autosufficiente ed autarchica, costretta improvvisamente a crescere su se stessa dovendo accogliere un numero sempre maggiore di ricoverati.

2. La consolidata prospettiva storiografica nella quale si inserisce questa ricerca intende leggere la complessità e la portata del dissesto emotivo conseguente alla carneficina prodotta dalla guerra, basandosi sull'intreccio di competenze e linguaggi diversi, a partire dall'uso di fonti mediche e psichiatriche, per comprendere le conseguenze fisiche e mentali provocate dal conflitto.

⁷ Cfr. A. Caracciolo, *L'ingresso delle masse sulla scena europea*, in A. Caracciolo et al., *Il trauma dell'intervento 1914-1919*, cit.

⁸ Valerio Castronovo, *Introduzione*, in Gerd Hardach, *La prima guerra mondiale*, Etas libri, Milano 1982, p. 18.

⁹ Bruna Bianchi, *Il trauma della modernità*, in Andrea Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, cit., pp. 9-64, p. 18.

Sul terreno delle relazioni fra il conflitto del 1914-18 e la scienza psichiatrica esiste oggi una produzione piuttosto vasta, nella quale la storiografia ha affrontato il tema delle nevrosi psichiche, delle simulazioni e del trattamento terapeutico riservato ai militari ricoverati in manicomio.

In Inghilterra, a partire dall'analisi di Eric Leed della fine degli anni settanta del Novecento, che legava lo shock all'isteria maschile¹⁰, gli studi si sono approfonditi sul tema dell'inadeguatezza della medicina militare¹¹ o del rapporto tra traumi psichici e ribellione¹².

In Francia questa riflessione si è sviluppata a partire soprattutto dai lavori del gruppo di ricerca facente capo all'*Historial de la Grande guerre* di Péronne, che ha lavorato sui traumi di guerra per comprendere il passaggio, soprattutto nei soldati, dalla guerra «immaginata» a quella «reale»; anzi, per dimostrare, come hanno sostenuto Stéphane Audoin-Rouzeau e Annette Becker, che «quella guerra immaginata era in realtà, secondo la bella formula di Marc Ferro, una “guerra immaginaria”»¹³.

La tendenza a riflettere sulla guerra, sulla violenza ad essa connessa e sulle sofferenze corporali che ne discendono al fine di «portare la disperazione e la paura dentro l'area della storia», come ha scritto Antonio Gibelli, è naturalmente un modo per costruire una storia “dal basso”¹⁴.

Recentemente, Antoine Prost e Jay Winter hanno riflettuto su come sia mutata la storia culturale alla luce dei nuovi studi del rapporto guerra-follia, che in un certo senso ci hanno di nuovo posto di fronte ai testimoni mutilati, come quelli che popolavano la società del primo dopoguerra:

¹⁰ Cfr. Eric Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Bologna 1985 (ed. or. 1979).

¹¹ Cfr. Hans Binnevelde, *From Shell Shock to Combat Stress. A comparative History of Military Psychiatry*, University of Michigan Press, Ann Arbor 1998; Ben Shephard, *A War of Nerves. Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Jonathan Cape, London 2000; Mark Micale, Paul Frederick Lerner (ed.), *Traumatic pasts, History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge University Press, Cambridge 2001; Peter Leese, *Shell Shock, Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, Palgrave-Mcmillan, New York 2002; Paul Frederick Lerner, *Historical men. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*, Cornell University Press, Ithaca 2003.

¹² Si veda, ad esempio, Jay Winter e Blaine Bagget, *The Great War and the Shaping of the 20th Century*, Penguin studio, New York 1996; Anthony Babington, *For the Sake of Example. Capital Courts Martial 1914-1920*, Lee Cooper, London 1983.

¹³ Stéphane Audoin-Rouzeau e Annette Becker, *La violenza, la crociata, il lutto*, Einaudi, Torino 2002, p. 87 (ed. or. 2000). Il riferimento è a Marc Ferro, *La Grande Guerre 1914-1918*, Paris 1969, p. 55. Sulla produzione francese sui traumi di guerra si rimanda anche a Louis Crocq, *Les traumatismes psychiatriques de guerre*, Odile Jacob, Paris 1999 e al numero monografico sullo *choc traumatique* di “14-18. Aujourd'hui, Today, Heute”, n. 3, 2000.

¹⁴ A. Gibelli, in Dante Leoni, Camillo Zadra, *La Grande guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Il Mulino, Bologna 1986, pp. 49-72, p. 59.

Les historiens incorporent à l'histoire culturelle du conflit ce que l'on pourrait appeler la «mémoire du corps», les traces de la guerre sur les figures et les esprits des hommes qui lui ont survécu, et dont les historiens sont devenus une partie importante de l'héritage culturelle de la guerre. Leur mots et leur présence dans la société d'après guerre ont donné un sens viscéral à la notion de «représentation», car, dans leurs infirmités, les contemporaines comme les historiens jusqu'à ce jour ont vu la guerre re-présentée, ré-activée, re-vécue¹⁵.

In Italia dal 1978 a oggi, infatti, la graduale chiusura degli Ospedali psichiatrici ha favorito, accanto alla progressiva consultabilità dei loro archivi, la ripresa di un certo interesse sulla storia sociale della psichiatria, testimoniata da diverse pubblicazioni di articoli e saggi su ospedali psichiatrici di alcune città italiane o sulle trasformazioni della concezione della follia, non solo da parte di psichiatri ma anche di storici, sociologi e archivisti¹⁶.

Dopo una prima fase di studi, nella quale è prevalsa la lettura dell'internamento legata alle categorie di “devianza” e “controllo sociale”, la storiografia ha adottato modelli interpretativi più flessibili, basati ad esempio sull'analisi dell'evoluzione dell'assistenza psichiatrica o delle tecniche terapeutiche¹⁷.

Questi studi si basano principalmente sull'analisi delle cartelle cliniche, allontanandosi però da una mera storia della psichiatria per privilegiare un'analisi della società nel concreto dei contesti locali e della microfisica delle relazioni.

La produzione storiografica più recente sulla Grande guerra tiene conto di queste tendenze, non limitandosi più solo a riprendere e sviluppare il tema della guerra

¹⁵ Antoine Prost, Jay Winter, *Penser la Grande Guerre. Un essai d'historiographie*, Éditions du Seuil, Paris 2004, p. 255.

¹⁶ Ne sono un esempio i lavori di Alberto De Bernardi, (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, Franco Angeli, Milano 1982; Filippo Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Vita e pensiero, Milano 1989; Patrizia Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, L.S. Olschki, Firenze 1991; Luigi Contegiacomo, Emanuele Toniolo (a cura di), *L'alienazione mentale nella memoria storica e nelle politiche sociali*, Minelliana, Rovigo 2004.

¹⁷ Si veda, ad esempio, Alessandro Pastore e Paolo Sorcinelli (a cura di), *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900. Problemi e indicazioni di ricerca*, Milano, F. Angeli, 1990; Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia 2002; Lisa Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano 2003; Francesco Cassata, Massimo Moraglio (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, Bfs, Pisa 2005; M. Moraglio, *Dentro e fuori il manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, in “Contemporanea”, n. 1, a. IX, gennaio 2006, pp.15-34.

come trauma o frattura, ma anche come trasformazione delle strutture mentali e antropologiche e delle identità personali e collettive¹⁸.

Secondo Antonio Gibelli, infatti,

pur da angolazioni diverse, sembra dovunque affermarsi l'esigenza di superare una visione per così dire "sterilizzata" della guerra, depurata dei suoi aspetti più disgustosi e intollerabili, sostanzialmente dematerializzata, che ha dominato a lungo la memoria e la storiografia, in parte anche quella più attenta ai fenomeni del dissenso e del rifiuto. Fare i conti con questa dimensione della Grande Guerra significa non solo capirla meglio, ma capire meglio la storia del nostro tempo¹⁹.

Inoltre, in questi ultimi anni, anche le "nuove" guerre hanno finito per rafforzare l'interesse verso la storia della violenza delle "vecchie" guerre del XX secolo, in un'ottica lontana dalle narrazioni nazionali ufficiali di storia militare e politica (realizzate per lo più da militari), nelle quali la presenza della violenza e delle atrocità di guerra si riduceva alla quantificazione delle vittime e ad un'astratta storia di battaglie, trascurando la soggettività degli individui coinvolti.

Joanna Bourke ha riflettuto sull'immutabilità del comportamento "minimizzatore" in merito alla violenza della guerra anche da parte delle gerarchie militari e del personale sanitario in tutte le guerre, da quelle mondiali, a quelle più contemporanee come il Vietnam:

Non è possibile quantificare i disturbi emotivi causati dalle guerre e dai combattimenti. Anche se ci provassimo, i dati forniti dal personale medico risulterebbero inattendibili poiché spesso si evitava qualunque analisi di tipo psichiatrico e si preferiva stilare diagnosi più "sicure", cioè fondate su cause organiche. Temendo che la perdita di soldati per motivi psichiatrici si riflettesse negativamente sulla loro immagine di comandanti, erano gli altri gradi dell'esercito a incoraggiare questo approccio. Inoltre, la scarsa preparazione psicologica e la necessità di effettuare diagnosi rapide facevano passare ai medici la voglia di tenere un archivio aggiornato²⁰.

¹⁸ Pionieristici in questa direzione sono stati i lavori di Eric Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, cit., e di Paul Fussell, *La grande guerra e la memoria moderna*, Il Mulino, Bologna 1984. Per una revisione critica di quei testi 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.

¹⁹ Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 1991, p. XV.

²⁰ Joanna Bourke, *Le seduzioni della guerra. Miti e storie di soldati in battaglia*, Carocci, Roma 2003, pp. 218-219 (ed. or. 1999).

Questa osservazione, del resto, è stata recentemente confermata in un articolo apparso sul quotidiano “La Repubblica” nel settembre 2011. L’inchiesta di Ranieri Salvadorini ha verificato che tra i soldati italiani il disturbo posttraumatico da stress – riconosciuto proprio a partire dalla guerra americana in Vietnam e codificato nel 980 nella terza edizione della “bibbia della psichiatria”, il *Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali* (Dsm-III), a cura dell’American Psychiatric Association –, pare non esistere perché nell’Esercito italiano, attualmente, «su 150.000 soldati impiegati all’estero risultano solo 2-3 diagnosi l’anno su circa 20 casi segnalati. Statisticamente zero»²¹.

Eppure, fin dalla “nuova” e grande guerra del 1915-18, i soldati che ritornarono dal campo di battaglia si portarono addosso il peso di quell’esperienza, che in alcuni casi si rivelò talmente onerosa e di difficile gestione da scatenare disturbi mentali che li avrebbero accompagnati per lungo tempo.

Nello studio dei casi clinici dei soldati ricoverati a Colorno, allora, si è cercato di seguire le preziose indicazioni di Peter Barham, il quale ha messo in relazione gli «scemi di guerra» del 1915-18 con le vicende dei soldati impegnati nelle guerre che stanno ancora agitando il mondo attuale:

The history of the forgotten lunatics of the Great War draws us not into a closed ward of pitiful souls or some freakish side-show, a tiresome diversion from the many arteries of historical development, but onto a busy concourse. It supplies a window not only on class relationships in Britain between the wars, [...] but also on turbulent currents in Europe and North America that are still bubbling today²².

4. Il primo capitolo di questo lavoro è incentrato sulla storia materiale del manicomio di Colorno. L’analisi si è soffermata sulle trasformazioni, anche strutturali, indotte o accelerate dalla guerra e sulle difficoltà alle quali fu costretto il personale nel quadriennio tra 1915 e 1918, in particolare il direttore Ferdinando Ugolotti, ma anche gli altri medici e gli infermieri, che si dovettero misurare con un aumento esponenziale

²¹ R. Salvadorini, *Incubi e raptus di follia. Quei traumi di guerra che l’esercito nega*, in “la Repubblica”, 2 settembre 2011.

²² Peter Barham, *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, New Haven-London 2004, p. 5. Peraltro, le stesse osservazioni di Barham furono espresse da Paul Fussell, il quale nel 1975 pose in relazione la Grande guerra con la «memoria moderna», e aveva cominciato a considerarla proprio come grammatica e sintassi per la comprensione del mondo nel quale oggi viviamo, cfr. P. Fussell, *La grande guerra e la memoria moderna*, cit.

del numero dei ricoverati, la carenza di spazi, mezzi e finanziamenti e la progressiva diminuzione di personale maschile, richiamato alle armi.

Analizzando le relazioni scritte dal direttore e il carteggio con i dirigenti della Provincia di Parma, ente responsabile del manicomio, sono emerse le difficoltà e la sostanziale diffidenza reciproca tra gli amministratori e Ugolotti, che si trovava nella scomoda posizione di dovere anche assecondare le richieste dei medici del Comando militare a proposito del trattamento dei soldati ricoverati, in una situazione di grande difficoltà economica che gli impediva di gestire la situazione in modo ottimale.

La figura del direttore è risultata particolarmente interessante. Sostanzialmente, egli aderiva al paradigma psichiatrico del tempo, affermando cioè la predisposizione biologica alla malattia mentale, senza tener conto della possibilità da parte degli eventi bellici di produrre effetti patologici autonomi; eppure diverse diagnosi rendono conto di una complessità molto maggiore e superiore alla volontà di ricondurle alla consolidata base organicistica.

Tra mille cautele, Ugolotti sembrava infatti intuire la diretta responsabilità della guerra nei traumi dei soldati, e per questo spesso i suoi resoconti sull'uscita dei soldati dal manicomio, si concludevano con la proposta di riforma o, perlomeno, con la richiesta di lunghe convalescenze.

In effetti, le situazioni contingenti non sempre trovavano riscontro negli studi clinici: dalle diagnosi contenute nelle cartelle sanitarie traspaiono i tentativi, da parte del direttore e dei medici di Colorno, di combinare i casi concreti con le teorie degli psichiatri militari e le disposizioni dei vertici.

Per analizzare meglio questo tema, nel secondo capitolo ho affrontato l'approccio psichiatrico dei medici alienisti italiani. Per questo ho analizzato le maggiori riviste specialistiche prodotte nel periodo della guerra: in esse ho cercato di verificare in che misura il rigido lombrosianesimo che accomunava la maggior parte degli psichiatri abbia condizionato anche l'impostazione dei sanitari parmigiani. È interessante verificare, infatti, come l'impatto con la violenza e la durata della guerra, che costrinse gli psichiatri a misurarsi con un'enorme massa di malati mentali provenienti dal fronte, li portò anche, in alcuni casi, a sperimentare diagnosi e terapie del tutto nuove.

Nel terzo e nel quarto capitolo si entra nei percorsi dei ricoverati. In primo luogo, ho compiuto una ricostruzione statistico-quantitativa, volta a verificare numericamente chi e quanti erano, per capire anche l'impatto che effettivamente ebbero sulla struttura parmense. L'analisi dei ricoverati nel manicomio di Colorno durante i quattro anni di guerra ha confermato in primo luogo che il numero sempre crescente di nuovi ingressi era legato all'entrata dei soldati, sia da tenere semplicemente sotto osservazione per alcuni giorni che da ricoverare permanentemente. Scomponendo i ricoveri dei soldati per ogni anno di guerra, inoltre non stupisce che il loro numero sia, sostanzialmente, condizionato dall'andamento del conflitto.

Dopo avere riflettuto sull'assenza di ufficiali nel manicomio di Colorno (da mettere in relazione al fatto che Colorno era un ospedale di retrovia), e sui rapporti tra soldati e i loro superiori, la ricerca si sofferma sull'analisi delle motivazioni per le quali i soldati venivano ricoverati. Quali fossero quei fenomeni che colpivano i soldati e capire che cosa li aveva prodotti è un'operazione che può essere compiuta solo leggendo fra le righe delle tabelle nosografiche – nelle quali i medici segnalavano periodicamente disturbi e comportamenti – o dei certificati che venivano richiesti ai medici del paese di provenienza per comprendere le ragioni dei loro disturbi.

Naturalmente, il motivo principale per gran parte dei ricoveri fu il trauma riportato in battaglia, o, per usare la terminologia del periodo, lo *shell shock*, pur nella consapevolezza della sua ambiguità, come segnalavano anche le fonti coeve.

E tuttavia, le diagnosi di “stato depressivo stuporoso”, o di “stato d'arresto psicomotorio”, apparentemente non legate a simulazione e non poste in relazione diretta con la vita al fronte, segnalavano la difficoltà anche da parte dei medici colornesi a identificare lo *shell shock*, trauma che aveva iniziato a diffondersi tra i soldati soprattutto durante la Grande guerra. Rarissime sono le eccezioni, e sempre tese a sminuire la portata del trauma, come la diagnosi di “lieve stato confusionale con eccitamento da trauma psichico sofferto in guerra” per un soldato ventitreenne ricoverato per venti giorni nel gennaio 1916.

Anche a Colorno sembrava dunque prevalere la totale adesione al paradigma psichiatrico del tempo, vale a dire la predisposizione biologica alla malattia mentale

che non teneva conto della possibilità da parte degli eventi bellici di produrre effetti patologici autonomi.

A questo proposito è decisamente significativa l'alta percentuale dei soldati considerati privi di qualsiasi forma di alienazione mentale, da ricondurre in primo luogo all'assillo da parte del corpo medico-sanitario di individuare i simulatori che cercavano di sfuggire ai loro doveri militari, dimostrando così la totale mancanza di amor di patria.

Analizzare il gruppo dei simulatori significa allora cercare di leggerne le notizie anche alla luce del tema della disobbedienza. Sulla scorta delle considerazioni di Giovanna Procacci e Bruna Bianchi, infatti, nei soldati furono numerose le reazioni di insofferenza alla vita di guerra, di rifiuto di continuare a vivere in trincea – non solo per fuggire alla guerra e ai suoi orrori, ma anche per rompere i vincoli di soggezione psicologica con l'autorità –, che si espressero con la manifestazione di alterazioni psico-fisiche²³.

Infine, ho cercato di studiare anche i rapporti tra i soldati e il mondo esterno, per verificare come si poteva uscire da un'istituzione totale dopo un'esperienza assoluta come quella bellica, e la possibilità o meno da parte dei soldati di reintegrarsi con la società e con la quotidianità del presente.

Nell'intento di allargare lo sguardo alle relazioni sociali e ai legami tra soldati e civili del "fronte interno" ho indagato anche la presenza di vincoli comunitari che legavano i ricoverati al loro mondo quotidiano e che in molti casi si mantennero e presero la forma di sostegni – economici e morali – per farli tornare a casa.

Per concludere, ragionare sul grande cambiamento innescato dalla guerra mi ha condotto anche ad analizzare i mutamenti dei rapporti tra gli uomini ricoverati e il mondo femminile, quali emergono dalle lettere contenute nelle cartelle cliniche. Se da un lato, infatti, molte mogli e madri vissero l'esperienza del ricovero del proprio familiare con una sofferenza e angoscia sempre crescenti – che da una parte rafforzarono in loro il senso materno, ma dall'altro ne determinarono il ricovero in manicomio, incapaci di far fronte al grande dolore –, dall'altro alcune donne

²³ Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga*, cit., pp. 86-136; G. Procacci, *Soldati e prigionieri italiani nella Grande guerra*, Bollati Boringhieri, Torino 2000, pp. 83-102. Sul tema della fuga dalla guerra, sia consapevole che inconsapevole, si veda anche Lucio Fabi, *Scampare la Guerra. Renitenza, autolesionismo, comportamenti individuali e collettivi di fuga e la giustizia militare nella Grande guerra*, Centro culturale polivalente, Ronchi dei Legionari 1994.

impararono a dominare le proprie emozioni e si sostituirono ai loro uomini in più di un ruolo.

5. L'archivio di riferimento per questa ricerca è stato quello dell'Ospedale psichiatrico di Colorno, a cominciare dai registri del movimento della popolazione, dove giornalmente venivano indicati i ricoverati in ingresso o in uscita e le relative motivazioni, fino alla serie delle Cartelle cliniche, che rivestono un notevole interesse sia il profilo medico-scientifico che sotto quello storico, nonostante Franca Ongaro Basaglia le abbia definite principalmente come uno strumento "oggettivante" che costruisce un corpo artificiale «al fianco del corpo vero dell'uomo malato»²⁴. Da un lato, infatti, il loro studio permette di ricostruire lo sviluppo dei sistemi di classificazione delle patologie o delle diagnosi, ma anche le diverse condotte terapeutiche, le pratiche di contenzione e le misure repressive adottate per ogni internato. Le cartelle, inoltre, non contengono solo documentazione prodotta dai medici e relativa alla degenza dei pazienti, ma anche gli scritti degli stessi ricoverati o la corrispondenza con le famiglie di origine e tra queste e il direttore dell'ospedale: da un altro punto di vista, dunque, esse ci consentono di rileggere la storia delle patologie dovute alla guerra partendo anche dagli stessi soggetti.

E tuttavia, l'indagine sui soldati ricoverati a Colorno a partire dalla documentazione sanitaria non può che essere parziale, dal momento che le voci che li descrissero furono sempre quelle di figure che avevano il compito di giudicarli, sia dal punto di vista medico, che, per certi aspetti, da quello umano. Per molti internati spesso bastarono poche parole per inchiodarli a una diagnosi per tempi più o meno lunghi, facendo perdere loro qualsiasi riferimento e legame con quello che erano davvero "fuori" dal manicomio, e quelle scarse informazioni spesso non sono sufficienti a farci ricostruire storie ed esperienze di vita.

Inoltre, al pari delle carte di polizia – che riflettono soprattutto lo sguardo del potere, ma in modo del tutto parziale e distorto da intenti e finalità di volta in volta diverse a seconda del contesto storico specifico –, anche il linguaggio delle cartelle sanitarie è specialistico e apparentemente solo riservato agli "addetti ai lavori"²⁵.

²⁴ Franca Ongaro, *Clinica*, in *Enciclopedia*, vol. 3, Einaudi, Torino 1978, *ad vocem*, p. 223.

²⁵ Sulla parzialità delle carte di polizia – dibattito che ha percorso tutto lo sviluppo della storia contemporanea – si veda in particolare Cesare Bermani (a cura di), *Voci di compagni, schede di questura*.

Dunque, se da un lato occorre mantenere le stesse cautele applicate nella lettura dei documenti di polizia, dall'altro è pur vero che, come ha scritto Foucault a proposito degli «uomini infami» rinchiusi all'*Hôpital général* di Parigi o alla Bastiglia, dietro a quelle parole c'erano persone in carne ed ossa, le cui storie sono giunte fino a noi solo perché brevemente illuminate da «un fascio di luce», gettato da chi li aveva raccontati:

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 restano²⁶.

Anche Vinzia Fiorino ha ribadito il notevole interesse rivestito dallo studio delle cartelle cliniche, dove è possibile rintracciare anche alcuni frammenti di vita di quegli «uomini infami»:

Sia pure dunque con tutte le cautele e la critica delle fonti necessaria, le citazioni dei pazienti riportate come autentiche nelle cartelle cliniche permettono di superare l'esclusiva visione istituzionale e di avviarcì nell'affascinante prospettiva della storia dal basso²⁷.

Riflettere sul tema della guerra come grande acceleratore di processi sociali mi ha anche permesso di analizzare l'evoluzione e il cambiamento all'interno dello stesso Ospedale psichiatrico di Colomo, la cui struttura e il cui personale si sono progressivamente dovuti adattare alle trasformazioni imposte da un massiccio afflusso di ricoverati. Per questi aspetti della ricerca, oltre alla documentazione amministrativa conservata nell'archivio dell'Ospedale psichiatrico, si è rivelata di grande utilità la consultazione del materiale conservato presso l'archivio della Provincia di Parma.

Considerazioni sull'uso delle fonti orali e delle fonti di polizia per la storia dell'anarchismo, Centro studi libertari, Milano 2002.

²⁶ M. Foucault, *La vita degli uomini infami*, il Mulino, Bologna 2009 (ed. or. *La vie des hommes infâmes*, in *Dits et écrits*, Gallimard, Paris 1994, vol. III, pp. 237-255), pp. 21-22. Per alcune recenti riflessioni sul testo di Foucault si rimanda a Federico Leoni, *Note sulla Vita degli uomini infami di Michel Foucault*, in Riccardo Panattoni (a cura di), *Lo sguardo psichiatrico. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Bruno Mondadori, Milano 2009, pp. 18-34.

²⁷ V. Fiorino, *Fonti psichiatriche: archivi di carte, archivi di idee*, in Luigi Contegiacomo, Emanuele Toniolo (a cura di), *L'alienazione mentale nella memoria storica e nelle politiche sociali*, Minelliana, Rovigo 2004, pp. 101-110, p. 107.

Inoltre, alcune memorie, diari e biografie dei soldati, edite e inedite, reperite presso archivi o collezioni private o anche in collezioni pubbliche come quella del Comitato di Parma dell'Istituto per la storia del Risorgimento italiano, hanno reso possibile ricostruire una "storia di tutti" dal basso, tenendo in considerazione anche le parole di chi probabilmente si cimentava per la prima volta con la scrittura.

I documenti conservati nell'archivio dell'Ufficio storico dello Stato maggiore dell'Esercito, in particolare le relazioni sanitarie sul servizio neuropsichiatrico di guerra, redatte alla fine del conflitto, e le circolari diramate dal Comando supremo dell'Esercito contenenti le disposizioni per i servizi sanitari, hanno confermato la scarsa attenzione, da parte dei medici militari, verso i problemi connessi ai traumi psichici, e, al contrario, la massima rilevanza assegnata alle questioni neurologiche.

Per il confronto tra le prescrizioni del Ministero dell'Interno in tema di sanità pubblica e di rapporti con i vertici militari, molto utili sono state anche le relazioni ispettive sulla vigilanza sanitaria nell'Esercito o sui confronti con l'organizzazione dei servizi psichiatrici di guerra negli altri paesi, redatte per conto della Direzione generale di sanità pubblica del Ministero dell'interno e conservate all'Archivio centrale dello Stato.

Nei giornali e nella pubblicistica coeva, infine, sono state rintracciate informazioni sugli eventi bellici e politici e indicazioni utili in relazione all'opinione pubblica, così come attraverso lo spoglio delle riviste specializzate in psichiatria è stato possibile ricostruire l'evoluzione dell'approccio medico a patologie mentali tanto particolari. Le riviste che ho consultato sono conservate soprattutto nell'archivio dell'Ospedale psichiatrico di Colorno, ma anche presso il Centro di documentazione di storia della psichiatria S. Lazzaro di Reggio Emilia.

6. Alla fine di questo lavoro il mio primo ringraziamento va a Margherita Becchetti e William Gambetta, amici con i quali ho sempre diviso gioie e fatiche del lavoro intellettuale e ho conosciuto i privilegi di quello collettivo, compreso l'entusiasmo e il gusto di condividere idee e pensieri. Per questo devo ringraziare anche Marco Adorni, Rossana Morini e gli altri compagni del Centro studi movimenti di Parma, con i quali studio e lavoro si coniugano sempre anche a piacere e divertimento. Grazie a Massimo Giuffredi e Antonio Parisella, che mi hanno insegnato la passione per la ricerca e il rigore con il quale condurla, e grazie anche a Bruno Fontanesi, senza

la cui valente collaborazione non sarei riuscita a dipanare la matassa delle diagnosi psichiatriche.

Infine, grazie a tutta la mia famiglia, solida presenza e indispensabile sostegno nei momenti bui e in quelli radiosi.

Abbreviazioni

ACS	Archivio Centrale dello Stato
AOP	Archivio Ospedale psichiatrico di Colorno
APP	Archivio Provincia di Parma
ASP	Archivio di Stato di Parma
DAGR	Direzione affari generali e riservati
DGPS	Direzione Generale di Pubblica Sicurezza
DGS	Direzione generale della statistica
DGSP	Direzione generale della sanità pubblica
MI	Ministero dell'Interno
USSME	Ufficio storico di Stato maggiore dell'Esercito

I.

Il manicomio di Colorno

Il manicomio ha la sua ragion d'essere nel fatto che fa diventare razionale l'irrazionale. Quando uno è folle ed entra in manicomio smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come disfare questo nodo, come andare al di là della "follia istituzionale" e riconoscere la follia là dove essa ha origine, cioè nella vita¹.

1. Da Parma a Colorno

L'individuazione del paese di Colorno – comune a quindici chilometri da Parma vicino alle rive del fiume Po – per collocarvi un ricovero che accogliesse i malati mentali del parmense è frutto di una scelta relativamente recente, che risale alla seconda metà dell'Ottocento².

Se la decisione di costruire un istituto dedicato esclusivamente ad ospitare tutti i casi di alienazione mentale della provincia si allineava con tendenze più generali derivate dalla ricezione delle idee di Philippe Pinel, Jean-Étienne-Dominique Esquirol e dagli altri medici alienisti del primo Ottocento, i tentativi di fornire assistenza e custodia ai malati mentali del territorio si inserivano in una prospettiva di ben più lungo periodo, che affondava le sue radici nel processo di costruzione ed elaborazione degli spazi ospedalieri³.

¹ Franco Basaglia, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina editore, Milano 2000, p. 19.

² A tutt'oggi manca una storia complessiva del manicomio di Colorno. Alcuni cenni, più o meno esaurienti, si trovano in: Ferdinando Ugolotti, *L'assistenza degli alienati e i loro ospedali di ricovero in quel di Parma*, in "Note e riviste di psichiatria", a. LXII (1933), pp. 1-32 e 227-267; Angelo Catalano, *L'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Parma dal 1931 al 1947 ed il problema dell'organizzazione psichiatrica della provincia di Parma*, in "Rassegna di Studi Psichiatrici", 1947, vol. XXXVI; Luigi Tomasi, *L'Ospedale Psichiatrico Provinciale dal 1948 al 1955. Relazione del prof. Luigi Tomasi Direttore all'On.le Giunta Provinciale*, Tip. G. Ferrari e figli, Parma 1956; Fabrizio Asioli, *A Parma, prima della psichiatria*, in "Annali di neurologia e psichiatria", a. 73, 1979, pp. 133-146; Andrea Azzali, *Il manicomio di Colorno. Per una storia della struttura psichiatrica parmense (1865-1881)*, tesi di laurea, Università degli Studi di Parma – Facoltà di Magistero, a.a. 1996-1997; Marzia Moreni, *Storia dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno*, in Luigi Contegiacomo ed Emanuele Toniolo (a cura di), *L'alienazione mentale nella memoria storica e nelle politiche sociali. "Chisà che metira fuori un calchedun da sto manicomio"*, Minelliana, Rovigo 2004, pp. 67-70.

³ Per un'analisi della storia degli ospedali dei pazzi in età moderna si veda Lisa Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano 2003. Alcuni casi di malattie mentali nel XVI secolo sono in Rita Mazza, *La malattia mentale nella medicina del Cinquecento: tassonomia e casi clinici*, in Alberto De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Franco Angeli, Milano 1982, pp. 304-316. Di Philippe Pinel si veda in particolare Id., *La mania. Trattato medico-filosofico*

In età tardomedievale e moderna, l'assistenza e la cura degli alienati furono affidati a scelte sporadiche e occasionali, frutto della necessità di far fronte a problemi e necessità contingenti ma senza alcuna organicità o prospettiva di lungo periodo, e soprattutto in assenza di un luogo deputato alla loro ospitalità, prima ancora che al loro trattamento terapeutico.

Il problema della follia sembrava intrecciarsi con quello della povertà, che cominciava a essere vissuta come un problema e un disturbo per la comunità, sia da un punto di vista materiale che morale, e per il quale l'unica soluzione sembrava essere «la proibizione della mendicizia, accompagnata dalla reclusione dei poveri invalidi e a volte anche di quelli validi»⁴.

Anche a Parma la soluzione per gestire gli elementi scomodi rimase a lungo soprattutto la galera, come conferma il primo testo con il quale l'Amministrazione si occupò della gestione degli alienati a livello normativo. Già nel 1388, infatti, il conte Gian Galeazzo Visconti, duca di Milano, aveva emanato un decreto nel quale si ordinava di rinchiudere in carcere quei “furiosi, insani e mentecatti” i cui congiunti fossero stati incapaci di provvedere alla loro custodia⁵.

In alternativa alla prigione, gli infermi mentali venivano ricoverati, per breve periodo e tra numerose difficoltà, all'interno dei piccoli ospedali che esistevano in città, in particolare soprattutto nell'Ospedale della Misericordia (o Maggiore), anche se quegli istituti erano luoghi inadatti ad accogliere quel genere di infermi, per i quali del resto non sembravano esistere terapie efficaci⁶.

sull'alienazione mentale, a cura di F. Fontebasso e S. Moravia, Marsilio, Venezia 1997; di Dominique Esquirol cfr. Id., *Dell'alienazione mentale o della pazzia in genere e in specie*, Felice Rusconi, Milano 1827.

⁴ M. Fatica, *Il problema della mendicizia nell'Europa moderna (secoli XVI-XVIII)*, Liguori, Napoli 1992, p.10. Per una storia sociale della povertà e dell'assistenza ai mendicanti si rimanda a Jean Pierre Gutton, *La società e i poveri*, A. Mondadori, Milano 1977; Bronislaw Geremek, *La pietà e la forca. Storia della miseria e della carità in Europa*, Laterza, Roma-Bari 1986; S. Woolf, *Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna*, Laterza, Roma-Bari 1988.

⁵ «Si in Iurisdictione eis commissa sunt aliqui furiosi, insani et mentecapti, et si sint vel fuerint eorum scriptis nominibus interpellari facient parentes ipsorum fratres consanguineos, vel agnatos suos, quos proximiores habebunt, si vellint insensatos custodire et tenere inclusos anne, e tubi vellint mandent, eisdemque tam deligenter hoc faciant, quam ledere aut offendere nullum possint. In casu vero quo non vel sint talis conditionis ipsi furiosi quod neminem habebant ad quem isporum custodia, vel cura pertineat, volumus quod faciant eos carceribus mancipari iniungentes illis ad quos spectat, quod debitis alimoniis eisdem debeant providere», Asp, Gridario, *Decretum pro mente captis furiosi set insanis carcerandis et recludendis*, 28 aprile 1388.

⁶ Nelle sue ricerche sull'assistenza degli alienati nel territorio di Parma, Ferdinando Ugolotti individuò diversi “piccoli ospedaletti”, tra cui «quello dei Lebbrosi, di S. Sepolcro, di S. Egidio, di S. Ulderico, di S. Francesco, di frate Alberto, di S. Ilario, di fra Barattino poco lungi da Vicofertile, di S. Bartolomeo di strada

Progressivamente, dunque, seppure in modo disorganico, si verificò quello che Michel Foucault definì, in particolare a partire dal XVII secolo, il *grand renferment*, il grande internamento destinato a isolare folli, vagabondi, individui marginali o ribelli dal resto della società “normale”. E tuttavia, questo fenomeno ebbe in Italia caratteristiche del tutto peculiari e non sovrapponibili al caso francese, soprattutto per la presenza della Chiesa e per le differenze politiche e amministrative tra i numerosi stati⁷.

Studi recenti hanno verificato la diffusione degli ospedali dei pazzerecci in numerosi stati italiani, nel corso del XVIII secolo, derivante dalla volontà di distinguere e separare gli alienati dagli ammalati comuni, sulla base di progetti politici ben definiti, come ha sottolineato Lisa Roscioni:

la differenza, però, rispetto agli ospedali cinque-seicenteschi, è che ora l’iniziativa non parte tanto dall’entusiasmo o dalla volontà dei singoli, quanto da precise scelte di politica assistenziale e sanitaria, che rientrano in quella presa di coscienza nuova, quell’ampio dibattito, quel lento lavoro che porterà alle grandi riforme che, a fine Settecento trasformeranno le strutture ospedaliere, tra cui vecchi e nuovi ricoveri per i pazzi⁸.

Nel Ducato, durante il governo borbonico, senza dubbio la presenza del ministro francese Guillaume Du Tillot influenzò la decisione di occuparsi in modo più organico e complessivo dell’assistenza agli alienati. Egli propose infatti di istituire un “serraglio”, forse proprio sul modello dell’Hôpital Général di Parigi, nel quale

non solo si potrebbe sperare di risanare molti di questi, facendoli curare dall’arte medica, come si usa in tutte le Città del mondo che hanno di questi Ospedali, ma

rotta vicino a S. Lazzaro, e quello di Rodolfo Tanzi che era il principale, e col quale anzi si fusero in seguito parecchi degli altri menzionati», F. Ugolotti, *L’assistenza degli alienati e i loro ospedali di ricovero in quel di Parma*, cit., pp. 5-6. Sull’ospedale maggiore si veda Roberto Greci (a cura di), *L’ospedale Rodolfo Tanzi di Parma in età medievale*, Clueb, Bologna 2004; Maria Ortensia Banzola, *L’Ospedale vecchio di Parma*, Palatina editrice, Parma 1980; Pier Luigi Dall’Aglia, Carlo Trombara, *Cenni storici e bibliografici sull’antico ospedale di Parma*, Amministrazione degli Ospedali riuniti, Parma 1956. Sull’assistenza ospedaliera nella città di Parma, si veda in particolare I. Paoletti, *Studi e ricerche Sulla medicina nel Ducato di Parma all’epoca di Maria Luigia*, in “Aurea Parma”, n. XLVI (1962); Maria Ortensia Banzola, Leonardo Farinelli, Roberto Spocci, (a cura di), *Figure, luoghi e momenti di vita medica a Parma*, Silva editore, Parma 2003.

⁷ A proposito del *grand renferment* cfr. Michel Foucault, *Storia della follia nell’età classica*, Rizzoli, Milano 1976 cap. II, pp. 77-122. Sulla specificità del caso italiano si rimanda in particolare a Ferruccio Giacanelli, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in Klaus Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari 1975, pp. I-XX.

⁸ L. Roscioni, *Il governo della follia*, cit. p. 76. Per una storia delle strutture assistenziali negli stati italiani preunitari si veda Enrico Stumpo, *I bambini innocenti. Storia della malattia mentale nell’Italia moderna (secoli XVI-XVIII)*, Le Lettere, Firenze 2000.

succederebbe altresì che quelle case de' particolari che avessero qualcheduno di questi infermi, pagherebbero al Luogo la pensione in sollievo delle spese, che le cagionerebbero; onde si purgherebbe il Pubblico di quelle miserie, che le derivano nel vedere, e sentire il disordine, che cagiona quel poco numero di questi Pazzi⁹.

Con una simile proposta, del resto, il ministro non pareva tanto volersi occupare dell'assistenza caritatevole agli infermi di mente – come, in genere, i governanti del suo tempo –, quanto soprattutto gestire un problema di ordine pubblico con l'intento di disciplinare una folla miserabile che, non trovando un'adeguata collocazione, finiva per ammassarsi nelle strade creando turbamento e “scandalo” negli individui sani:

Alcuni Particolari [...] sono obbligati di tenere, nelle proprie case, rinserrati i loro matti, e questi con le loro voci e schiamazzi, si di notte che di giorno, cagionano delle inquietudini, non solo a quella Casa, ma anche a tutto il vicinato. Altri, come abbandonati da parenti, girano per la città, cagionano delli scandali non pochi. Si vedano da molti anni andare per Città di giorno alcune Donne scimunitate, le quali di notte si nell'Inverno che nella Estate, vanno sedersi sul liminario di qualche sorta di Casa, dove passano la notte intera, esposte a mille disgrazie; ognuno le vede, e non si può fare ammeno di dire che queste dovrebbero essere rinserrate¹⁰.

Una descrizione che sembra trovare parafrasi nelle parole di Foucault a proposito dell'internamento come forma di reazione compassionevole alla miseria e all'abbandono, che

organizza in un'unità complessa una nuova sensibilità nei riguardi della miseria e dei doveri di assistenza, nuove forme di reazione davanti ai problemi economici della disoccupazione e dell'ozio, una nuova etica del lavoro, e anche il sogno di una comunità in cui l'obbligo morale si unisce alla legge civile, sotto le forme autoritarie della coercizione¹¹.

⁹ Asp, Statistica, *Forma dei governi farnesiano e borbonico*, 17 marzo 1762. Cfr. M. Miglioli, *La gestione dei folli a Parma sotto i governi dei Borboni e dei francesi*, in “Archivio storico per le provincie parmensi”, XXXIII, 1981, pp. 437-453. Per una storia generale del Ducato di Parma e Piacenza cfr. Giovanni Tocci, *Il ducato di Parma e Piacenza*, Utet, Torino 1987; Bianca Montale, *Ducato di Parma e Piacenza - Ducato di Modena e Reggio*, in *Amministrazione della giustizia e poteri di polizia dagli stati preunitari alla caduta della destra*, Atti del 52 congresso di storia del risorgimento italiano, Pescara, 7-10 novembre 1984, pp. 217-265. Su Du Tillot e la sua politica si veda in particolare Umberto Benassi, *Guglielmo Du Tillot, un ministro riformatore del secolo XVIII. Contributo alla storia dell'epoca delle Riforme*, 5 voll., Regia Deputazione di Storia Patria, Parma 1915-1924.

¹⁰ Ibidem. Creato da Luigi XIV nel 1656, l'*Hôpital général* di Parigi fu contemporaneamente ospedale, prigione, asilo per alienati, laboratorio di lavori forzati, casa di rieducazione per delinquenti e di educazione per ragazze povere. Cfr. Franck Funck-Brentano, Georges Marindaz, *L'Hôpital général Bicêtre*, Ciba, Lyon 1938.

¹¹ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, cit., p. 91. Per quanto abbia costituito un saldo punto di riferimento per molti studiosi, da quando fu pubblicata, la *Storia della follia* ebbe diverse letture e interpretazioni, anche critiche: una recente messa a punto è in *Histoire de la folie à l'âge classique de Michel Foucault. Regards critiques 1961-2011*, Imec-Presses Universitaires de Caen, Caen 2011.

Certamente però, anche l'Ospedale della Misericordia, che sorgeva in Oltretorrente, in strada di S. Croce (l'odierna via D'Azeglio), dal XV secolo¹², non era funzionale a sostenere le sempre maggiori richieste di ammissione. Si decise perciò di costruire una sede nella quale fossero ospitati esclusivamente i pazzi, individuata in un piccolo edificio di proprietà dell'Ospedale, nella stessa via di fronte all'ospedale stesso. Secondo la ricostruzione di Ugolotti, «l'uso abituale di essa a ricovero di mentecatti incomincia [...] nell'anno 1793. Fu perciò questo – si potrebbe dire – il primo manicomio di Parma»¹³.

E fin nel progetto, la nuova sede aveva tutte le caratteristiche della struttura asilare, chiusa e rigidamente isolata dal mondo esterno, dal momento che la struttura prevedeva

un cortile circondato all'intorno da portici, e logge divise in tanti archi ad ognuno dei quali doveva corrispondere una camera con uscio e finestra comunicante alii stessi portici e logge, affinché nel muro esteriore circondante tutta la Fabbrica, non vi sia bisogno di veruna finestra, od altra qualsiasi apertura¹⁴.

In maniera piuttosto evidente, ha sottolineato Fabrizio Asiola, la funzione di questa nuova casa dei pazzi era esclusivamente destinata a smaltire gli elementi scomodi e incurabili dall'Ospedale grande, e dunque ben lungi dall'essere in qualche modo assistenziale¹⁵.

In realtà, negli ospedali di *ancien régime* al contenimento e all'esclusione si accompagnava anche l'affermazione della consapevolezza della pazzia come malattia che avrebbe potuto ricevere cure e assistenza particolari e diverse da quelle riservate

¹² La presenza della maggior parte delle strutture sanitarie in Oltretorrente, quartiere da sempre abitato dal popolo minuto in contrapposizione alla città della ricchezza e del potere, che rimaneva di là dall'acqua, può essere spiegata dalla volontà di «preservare la parte “nobile” della città dalla visione del bisogno e della malattia», B. Adorni, *La forma e l'immagine della città. Una storia urbana per punti salienti*, in D. Vera (a cura di), *Storia di Parma. I caratteri originali*, vol. I, Mup, Parma 2008, pp. 201-247, p. 215. Per una ricostruzione della marginalità in Oltretorrente, quartiere connotato da una forte conflittualità sociale, si veda Margherita Becchetti, *Oltretorrente Rivolte e conflitto sociale a Parma 1868-1915*, tesi di dottorato di ricerca, Università di Parma, a.a. 2009-2010. Sull'ospedale vecchio cfr. Roberto Greci (a cura di), *L'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma in età medievale*, Clueb, Bologna 2004; Maria Ortensia Banzola, *L'ospedale vecchio di Parma*, Palatina editrice, Parma 1980; Pier Luigi Dall'Aglio, Carlo Trombara, *Cenni storici e bibliografici sull'antico ospedale di Parma*, Amministrazione degli Ospedali riuniti, Parma 1956.

¹³ F. Ugolotti, *L'assistenza degli alienati e i loro ospedali di ricovero in quel di Parma*, cit. p. 14.

¹⁴ Asp, Ospizi e luoghi pii, Patrimonio dei poveri e soprintendenza ai luoghi pii, Progetto per un nuovo ospedale, 1792.

¹⁵ Cfr. F. Asiola, *A Parma, prima della psichiatria*, cit., p. 143.

agli altri, ma dove contemporaneamente si continuavano a confondere ambiguamente terapia e reclusione.

Come ha osservato Massimo Moraglio,

la presenza di simili strutture in epoca moderna nasconde ben altro, la consapevolezza cioè di una dimensione univoca della follia all'interno della più ampia categoria della devianza e della malattia. Uno spazio in cui la medicina era, con andamento altalenante, sempre più presente e in cui la «cura» del folle si trasformava da una anodina custodia (a sfondo religioso e spirituale) a un'azione terapeutica¹⁶.

A Parma, tuttavia, quel progetto “moderno” di custodia terapeutica fu approvato ma mai portato a compimento. Per la prima elaborazione organica di ospedalizzazione degli alienati e le prime disposizioni sul loro trattamento sarebbe stato necessario attendere il governo paternalistico e in qualche misura assistenzialista della duchessa Maria Luigia d'Austria, tra il 1814 e il 1847, che nel 1818 nominò una commissione per individuare il luogo migliore dove costruire un nuovo manicomio¹⁷.

I lavori della commissione si conclusero nel 1819, quando fu inaugurato lo “Spedale dei pazzi” nel convento di S. Francesco di Paola, il quale divenne nel 1822 lo “Spedale centrale pei pazzarelli di tutti i nostri Stati”¹⁸.

Nel corso degli anni, tuttavia, all'aumento del numero dei ricoverati non corrispose l'adeguamento della struttura o tantomeno la costruzione ex novo di un edificio destinato esclusivamente alla custodia dei pazzarelli. Nemmeno la morte della duchessa, nel 1847, e l'insediamento del nuovo governo dei Borbone mutarono la situazione,

anzi, di fronte all'aumento sempre più crescente del numero dei pazzi, di fronte ai progressi della tecnica e alle esigenze dei tempi, il manicomio era divenuto così insufficiente e disadatto allo scopo cui doveva servire, che il giorno 15 settembre 1854 il Dipartimento dell'Interno, dietro proposta del Consiglio degli Ospizi civili, ne ordinava la temporanea chiusura: ed un anno dopo lo stesso Consiglio

¹⁶ M. Moraglio, *Prigionieri di un'utopia. Il manicomio dalle speranze terapeutiche alla routine segregante*, in Andrea Giuntini (a cura di), *Povere menti. La cura della malattia mentale in provincia di Modena tra Ottocento e Novecento*, Provincia di Modena, Modena 2009, pp. 55-76, p. 56.

¹⁷ Secondo la stessa duchessa, il suo intento era di «migliorare senza ritardo il destino di quelli infelici», Asp, Atti sovrani originali, relazione al Presidente dell'Interno, 14 febbraio 1818. Anche questo progetto edilizio, al pari di quelli delle Beccherie, del Teatro Regio o del Foro Boario, rientrava fra quelle che furono poi definite le «munificenze» luigine, cioè opere di assistenza e di controllo dell'ordine pubblico utilizzate negli stati di *ancien régime* per tenere sotto controllo malcontento e proteste popolari.

¹⁸ Asp, Raccolta delle leggi per gli Stati di Parma, Piacenza e Guastalla, 29 aprile 1822.

deliberava di allestire un locale nell'Ospedal grande per collocarvi parte dei ricoverati, e più precisamente i pellagrosi deliranti¹⁹.

Con l'annessione del Ducato parmense al Regno d'Italia, le sorti del manicomio passarono alle dipendenze dell'Amministrazione provinciale di Parma in virtù della legge del 20 marzo 1865 per l'unificazione amministrativa del Regno, con la quale ciascuna provincia dello Stato era obbligata a provvedere all'assistenza e alla cura dei rispettivi «mentecatti poveri»²⁰.

Il primo problema che si pose all'Amministrazione provinciale fu pertanto quello di individuare una nuova sede per il manicomio. A questo scopo furono istituite due commissioni: la prima presieduta dal professor Salvatore Riva per valutare la possibilità di utilizzare il palazzo ducale di Colorno (la cui proprietà nel frattempo era passata al demanio) e le sue adiacenze; la seconda, presieduta dal professor C. Ughi, per valutare l'ipotesi di adattare la villa ducale di Sala Baganza.

La Commissione concluse di eliminare l'idea di costruire un manicomio ex novo, impresa superiore ai mezzi finanziari della Provincia, ma anche di abbandonare l'ipotesi di ampliare l'Ospedale di San Francesco di Paola e quella di riadattare la villa ducale di Sala Baganza; l'unica ipotesi realistica, alla luce dei costi previsti, rimaneva dunque la trasformazione dell'edificio di Colorno²¹. Il progetto fu affidato all'architetto Gaetano Castelli e al dottor Lorenzo Monti, il quale scrisse di essersi ispirato proprio ai manicomi di Parigi, basandosi sul «principio della molteplicità nell'unità»:

costruiti dietro questo principio, della varietà nell'uniformità, della disseminazione nella centralizzazione, e della molteplicità nell'unità. Sono davvero essi tanti diversi fabbricati tutti uniformi fra loro, che disseminati qua e là e quindi riuniti ad un centro formano molti piccoli manicomi che poi si costituiscono in un solo. [...] Per mettere in pratica il suddetto principio ho dovuto trarre profitto ancora dall'edificio, una volta convento dei Domenicani, che prospettando il grande parco, è collocato all'estremità e a destra della R. Villa; distribuendo così gl'infermi in una lunga zona di fabbricati, che vengono a formare i lati di un largo e vasto angolo retto, racchiudente una parte del parco, prossima delizia degli infelici ricoverati²².

¹⁹ F. Ugolotti, *L'assistenza degli alienati e i loro ospedali di ricovero in quel di Parma*, cit. p. 32.

²⁰ Cfr. Legge n. 2248, 20 marzo 1865, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale il 27 aprile.

²¹ *Relazione di vari progetti per ricovero conveniente ai maniaci della provincia nostra e specialmente sulla riduzione a frenocomio delle già RR. Villeggiature di Sala o di Colorno*, in Aop, Carteggio antico, Miscellanea.

²² Lorenzo Monti, *Progetto di riduzione a manicomio della R. Villa e del già Convento dei Domenicani in Colorno presentato all'egregia Deputazione provinciale di Parma dal dott. L. Monti in concorso dell'architetto G. Castelli*, tip. G. Ferrari e figli, Parma 1872, pp. 3-4. Lorenzo Monti – figlio di Benedetto

In questo modo, secondo il professor Monti, si sarebbe anche riusciti a mantenere sempre attiva ed efficiente la sorveglianza verso i ricoverati, confermando l'idea della gestione dello spazio nei manicomi come ulteriore strumento di controllo²³.

Dal 1868 al 1873 si susseguirono diverse commissioni di studio per giungere alla soluzione del problema manicomiale, ma ogni volta le relazioni, le perizie ed i preventivi, non furono risolutivi.

In particolare, l'ennesima commissione nominata per valutare la possibilità di trasferire gli alienati in un'altra sede, come ad esempio il palazzo ducale di Colorno, o di mantenerli nell'ospedale di San Francesco, opportunamente ampliato e ristrutturato, si oppose recisamente al trasferimento, affermando, non senza un lieve tono ironico e polemico, che il progetto di Colorno

si raccomanda non per lo scopo, modesto se vuoi si ma umanissimo di giovare efficacemente ai poveri mentecatti della Provincia, ma per l'importanza dell'Istituto, per la speranza dei futuri guadagni, cui aprirebbe largo modo il numero concorrente di nostrali e forestieri pensionati; pel grido che presto leverebbe lo aprirsi una meraviglia di manicomio, sia per grandiosi servigi, sia per le comodità che presenta, sia pel vastissimo e mirabile giardino da degradarne qualunque altro più stimato o famoso. Era una delle più belle meraviglie d'Italia che si voleva rivolgere ad uso di un Manicomio²⁴.

Malgrado il parere negativo espresso da più parti, l'epidemia di colera che investì Parma nel 1873 costrinse gli amministratori a trasferire gli alienati negli spazi

Monti, già direttore del manicomio di Ancona e poi di quello di Bologna – era all'epoca direttore del manicomio dall'anno precedente e lo sarebbe rimasto fino al 1881. Cfr. V.P. Babini, *Benedetto Monti, un alienista filosofo*, in "Sanità, scienza e storia", n. 1, 1985, pp. 139-231.

²³ Cfr. L. Monti, *Progetto di riduzione a manicomio...*, cit. p. 12. Sull'architettura dei manicomi come «strumento nelle mani dei medici» si veda Miriam Degani e Aldo Gorla, *Dal recinto alla macchina. Architettura e psichiatria nella definizione degli spazi istituzionali*, in A. De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, Franco Angeli, Milano 1982, pp. 402-412, p. 409. La stessa idea di suddividere i ricoverati in reparti differenti a seconda delle patologie trarrebbe origine, secondo Degani e Gorla, dalla ristrutturazione della Salpêtrière voluta nel 1789 da Luigi XVI, e realizzata dopo la rivoluzione: «Le nuove logge della Salpêtrière si costituiscono come spazi differenziati, atti ad operare una prima e sistematica divisione fra le varie categorie di folli: melanconici, idioti, agitati. Alle varie categorie viene destinato un preciso spazio fisico, staccato dagli altri e con un posizionamento diverso», *ivi*, p. 405. Indicazioni sulla costruzione e organizzazione dei manicomi sono in Augusto Tamburini, Giulio Cesare Ferrari, Giuseppe Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Utet, Torino 1918, pp. 536-558.

²⁴ *Sul progetto di ampliare l'attuale manicomio in Parma. Relazione 10 Ottobre 1873*, Tip. G. Ferrari e figli, Parma 1873, pp. 7-8.

del palazzo ducale di Colorno – allargandosi progressivamente a comprenderne la maggior parte – e nello stabile dell'ex convento di San Domenico ad esso attiguo²⁵.

Peraltro, il manicomio di Colorno non era l'unica struttura dell'Italia postunitaria a risultare inadeguata: nella sua analisi sulla storia dei manicomi italiani ed europei, Romano Canosa ribadisce che la maggior parte di essi fu ricavata in antichi ospedali, ospizi e conventi abbandonati, che si spiegherebbe con le posizioni particolarmente “conservatrici” e chiuse alle ipotesi di cambiamento da parte della psichiatria italiana in materia manicomiale²⁶.

I primi ricoverati ammessi a fine luglio furono 139, fra uomini e donne; nel corso dell'anno essi giunsero a 360, 184 uomini e 176 donne, dei quali 103 uomini e 110 donne provenivano dal manicomio cittadino, mentre i restanti furono inviati dai comuni della provincia²⁷.

Al loro ingresso, come avveniva in tutti i manicomi dell'epoca, furono rigidamente separati per genere e immediatamente collocati nei diversi settori in cui era stata ripartita, seppure del tutto precariamente, la struttura di Colorno: agitati, tranquilli, sudici, infermeria, e pensionanti.

Le donne trovarono posto nei locali sul retro del palazzo – che erano stati costruiti per i servizi generali di corte da Ranuccio II e da Francesco Farnese nella seconda metà del Seicento e nella prima del Settecento – mentre il convento dei Domenicani, risalente al governo di Ferdinando di Borbone nella seconda metà del secolo XVIII, ospitò i reparti degli uomini e gli uffici dell'amministrazione e della direzione. Al piano superiore alcuni locali erano riservati a quei pochi ricoverati

²⁵ Sull'epidemia di colera del 1873 cfr. *Relazione della Commissione di sanità sul cholera dell'anno 1873*, Parma 1874; Nicoletta Piazza, *Ambiente urbano, condizioni di vita e malattie infettive epidemiche a Parma nella seconda metà dell'Ottocento. Il caso del colera*, in Maria Ortensia Banzola, Leonardo Farinelli, Roberto Spocci (a cura di), *Figure, luoghi e momenti di vita medica a Parma*, Artegrafica Silva, Parma 2003, pp. 279-296. Secondo l'inchiesta governativa del 1885, quell'epidemia, insieme a quella del 1884, aveva registrato a Parma il livello di mortalità più alto tra le città del nord, cfr. Dgs, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno. Notizie relative ai comuni capoluoghi di provincia*, Roma 1886, p. 66. La decisione di rimanere a Colorno divenne definitiva nella seduta consiliare del 5 settembre 1877.

²⁶ Cfr. Romano Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, pp. 45-46.

²⁷ Cfr. le tabelle statistiche contenute nel “Diario del manicomio provinciale di Colorno”, n. 3, 20 gennaio 1875. Le terapie prevalentemente adottate sui primi ricoverati, e destinate ad essere le uniche per molti anni ancora, erano essenzialmente due, clinoterapia ed ergoterapia. Accanto al lavoro come mezzo terapeutico, il riposo a letto, secondo Tamburini, Ferrari e Antonini, apportava diversi vantaggi, primo fra tutti «il riposo completo del cervello», al fine di «permettere il ritorno allo stato normale degli scambi nutritivi», A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 543.

pensionanti, la cui retta giornaliera era corrisposta direttamente dalle famiglie e non dall'Amministrazione provinciale²⁸.

Alla struttura, originariamente composta da due edifici disposti perpendicolarmente e collegati da un corridoio sopraelevato, nel corso del 1874 si aggiunse un'altra costruzione, adiacente al palazzo ducale, che sistemò in modo più regolare l'impianto del manicomio, componendo un mezzo quadrato che racchiudeva anche alcuni cortili interni per il passeggio dei ricoverati. Nella descrizione del direttore Monti si legge un grande compiacimento per essere riusciti a «soddisfare alle principali esigenze della scienza», coniugando queste ultime con una disposizione «ariosa e allegra», per quanto arrangiata:

Il primo fabbricato, ad un solo piano superiore oltre a quello terreno ed al mezzanino, ha un grande atrio, che lo divide in due bracci laterali perfettamente uguali. Al piano terreno sono collocati in vicinanza dell'atrio, gli uffici di direzione e di amministrazione, i parlatorii, i servizi generali, ed i refettori dei tranquilli. In quello degli uomini, siccome assai spazioso, si è da pochi mesi costruito il teatrino per le rappresentazioni, che di quando in quando vi si danno degli alienati. Le sale di riunione per i stessi tranquilli, vennero disposte in stanze assai varie ed ariose; mentre in alcune altre siccome rispondenti su due cortili, si sono collocati i due scompartimenti dei deboli o sucidi, che sono formati da un dormitorio, da una sala per uso di refettorio, e da un cortile. Al piano superiore sono disposti i dormitorii dei tranquilli, e nella sezione delle donne si è collocata l'infermeria, la quale per essere bene esposta, riesce assai ariosa ed illuminata. L'edificio laterale di destra, serve a completare la sezione degli uomini, ed ha al piano terreno la sezione degli agitati, la quale vasta, allegra ed igienica, per avere, come tutti i diversi fabbricati, altissimi sotterranei, è composta di sette camere da isolamento, di un corridoio, di un grande refettorio, e di un largo cortile per passeggio dei malati. Al piano superiore si trova assai bene disposto un altro scompartimento destinato ai dozzinanti, ed ai malati più tranquilli ed educati. In alcuni locali rispondenti in un altro cortile posto di fianco allo scompartimento degli agitati, ma del tutto libero ed indipendente, vennero collocate, fin dalla primavera scorsa, le officine del calzolaio, del falegname, del tornitore, del vetraio ed ottonaio. L'altro fabbricato di sinistra, pure riunito in linea perpendicolare a quello centrale, mediante la cappella di S. Liborio, racchiude al piano terreno la sezione delle agitate, che disposta nella stessa foggia di quella degli uomini, è riescita pur essa assai ariosa ed allegra. Al piano superiore si trova un vasto dormitorio per le tranquille con una lunga galleria per passeggio²⁹.

²⁸ Forse proprio a causa della struttura scarsamente confortevole i pensionanti furono sempre in numero molto ridotto, di poco superiore alla decina: 6 uomini e 5 donne nel 1905, 3 uomini e 5 donne nel 1912; Cfr. Aop, Ufficio personale, Disposizioni Ospedale psichiatrico provinciale, b. 1, Relazione al Prefetto, 30 novembre 1905 e 30 novembre 1912.

²⁹ M. [Lorenzo Monti], *Anniversario dell'impianto del manicomio*, in "Diario del manicomio provinciale in Colorno", nn. 10-11, luglio e agosto 1875.

Per quanto non fosse stato costruito ex novo, nella sua organizzazione l'edificio di Colorno cercava di adeguarsi ai criteri di quello che Canosa ha definito il "sistema francese", caratterizzato

a) dalla subordinazione della suddivisione dei malati a parecchi principi differenti di classificazione tra i quali la considerazione della curabilità e dell'incurabilità non ha che un ruolo accessorio e secondario e tra i quali è costantemente compresa la considerazione dello stato di malattia accidentale e dello stato di non pulizia, b) dalla presenza di compartimenti per le singole malattie in edifici isolati, disseminati su un vasto spazio e collegati dagli edifici dell'amministrazione da gallerie o in edifici comuni contigui collegati da gallerie o in comunicazione diretta fra loro e con gli edifici dell'amministrazione, c) dalla prevalenza di dormitori sulle abitazioni individuali³⁰.

In mancanza di padiglioni isolati e di grandi spazi, gli alienati furono quindi sistemati nelle sale del palazzo: mentre i "tranquilli" avrebbero dormito collettivamente negli spazi più grandi, gli "agitati" furono destinati a stanzini più piccoli, chiusi da una porta sulla quale campeggiava uno spioncino, l'occhio di medici e infermieri per mantenere il controllo senza dovere necessariamente varcare la soglia.

Le stanze non avevano alcun tipo di arredo tranne il letto, che diventò il solo spazio personale di vita per i ricoverati. Del resto, sarebbe stato del tutto inutile disporre di armadi o cassetti dove riporre oggetti personali, dal momento che al momento dell'ingresso in manicomio era necessario consegnare tutto quello che si aveva addosso.

L'unico elemento ricorrente con il quale gli "ospiti" dovettero imparare a familiarizzare furono le sbarre, a cominciare da quelle laterali dei letti, che servivano per legarvi polsi e caviglie, fino a quelle delle finestre, delle scale, dei cancelli, necessarie a impedire qualsiasi tipo di fuga. Quelle sbarre sarebbero state l'orizzonte che avrebbe accompagnato i ricoverati per tutto il corso della loro permanenza in manicomio, e per tutta la durata del manicomio stesso.

³⁰ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, cit., pp. 44-45. In alternativa al modello francese si ponevano, secondo Canosa, il sistema angloamericano e quello tedesco: il primo «è caratterizzato dalla prevalenza di abitazioni individuali sui dormitori, dall'impiego di gallerie come luoghi di abitazione per il giorno, dalla subordinazione della classificazione alla considerazione dello stato di tranquillità, di agitazione e di non pulizia, senza riferimento alla curabilità. Il sistema tedesco infine si separa dai due precedenti per la prevalenza data alla considerazione sullo stato di curabilità e incurabilità, dal che sono nate le due forme del sistema, caratterizzate l'una dalla separazione assoluta dei curabili dagli incurabili in due istituti distinti, l'altra dalla associazione, nello stesso istituto, di due edifici, uno per i curabili e un altro per gli incurabili», Ivi, p. 45.

Ancora negli anni Cinquanta del Novecento, il direttore Luigi Tomasi ne ribadiva l'assimilazione a chiusa e desolante struttura carceraria:

di Ospedale vi era solo il nome e qualche timida aspirazione impacciata [...]. Tutto il resto come ambienti, come attrezzatura, come ammobigliamento rivestiva l'aspetto tetro e desolante di una prigione in pessimo stato. [...] Il sole, l'aria pura, la luce, l'acqua parevano bandite in perpetuo da questa sconcertante atrocità edilizia dove da decenni gravava la desolazione più squallida mai rallegrata da nessuna distrazione, mai consolata da un sorriso di vita, mai alleviata dalla compromissione concreta umana e civile del bisogno di evadere dalla tormentosa e tormentata clausura³¹.

2. Prima della guerra

Fin da subito agli amministratori apparve evidente l'inadeguatezza dell'edificio, e nei primi anni del nuovo secolo si susseguirono commissioni e pareri per risolvere il problema. Esse continuarono ad altalenare tra la proposta di costruzione di un nuovo manicomio e il riadattamento del palazzo esistente, fino a giungere nel 1903 all'elaborazione di un progetto di recupero e trasformazione del Palazzo Ducale, nel quale, peraltro, paradossalmente veniva ribadita l'ineliminabilità del problema principale, costituito dalla struttura architettonica stessa³².

E tuttavia la situazione a Colorno sembrava rimanere sostanzialmente immobile, tanto che nella sua indagine sulla storia del manicomio parmense Ferdinando Ugolotti sembrava alludere – anche piuttosto chiaramente – ad una forte mancanza di volontà da parte di alcuni amministratori che, continuando a rimandare qualsiasi decisione, lasciavano colpevolmente ristagnare la situazione, facendosi così «sfuggire il periodo di tempo più favorevole – che va dagli ultimi due decenni dell'800 allo scoppio della guerra europea – per la creazione ex novo di un Ospedale psichiatrico e quindi per la soluzione radicale dell'annoso problema»:

Ma gli anni passavano, i bisogni aumentavano sempre, la scienza e la tecnica psichiatrica progredivano, dovunque fervevano opere per la custodia e la cura degli ammalati di mente, si creavano nuovi Ospedali, sorgevano nuovissime forme

³¹ Luigi Tomasi, *L'Ospedale Psichiatrico Provinciale dal 1948 al 1955. Relazione del Prof. Luigi Tomasi Direttore all'On.le Giunta Provinciale*, Tip. G. Ferrari e figli, Parma 1956, p. 13. Il principio della rigida suddivisione degli spazi e della loro chiusura rispetto all'esterno rispettava, secondo M. Foucault, un'esigenza funzionale e gerarchica, finalizzata a massimizzare le regole disciplinari, cfr. M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino 1976.

³² Cfr. *Intorno al riordinamento del Manicomio di Colorno*, tip. G. Ferrari e figli, Parma 1903.

di assistenza extraospedaliera, e nella Provincia di Parma invece le cose continuavano a star ferme; anzi diventavano sempre più antiquate e insufficienti³³.

Il progresso nella custodia degli alienati mentali cui Ugolotti faceva riferimento poteva essere rintracciato, ad esempio, nella costruzione degli ospedali di Siena, Reggio Emilia, Genova o Torino, costruiti proprio nel periodo di grandi trasformazioni economiche e sociali definito «più favorevole» dal direttore di Colorno, e pure in assenza di una legislazione manicomiale unitaria e generale per tutto il manicomio nazionale³⁴.

Erano quelli anni di un nuovo, grande afflusso nei manicomi – le statistiche segnalavano 24.118 ricoverati nel 1892 (pari allo 0,77 per mille) che aumentarono a 39.544 nel 1905 (1,16 per mille) fino a 54.311 nel 1914 (1,48 per mille)³⁵ – dovuto principalmente ai mutamenti intervenuti tra fine dell'Ottocento e primi anni del Novecento legati all'industrializzazione, all'inurbamento e alle innovazioni nel campo dell'agricoltura, che esasperarono il legame tra miseria e malattia e rafforzarono ulteriormente le tesi della psichiatria positivista a proposito della “degenerazione delle classi subalterne”³⁶.

I manicomi parvero rappresentare la soluzione più adatta per contenere i nuovi fenomeni morbosi, uno spazio fisico e sociale dove isolare gli individui “degenerati” e tentare di ricondurli a vivere entro regole socialmente condivise, coniugando sperimentazione scientifica, innovazioni tecniche e anche un certo umanitarismo paternalistico.

È quanto affermava l'illustre alienista Eugenio Tanzi, paragonando i manicomi del passato a “grandiosi smaltitoi”, nell'intento di ribadire la necessità del passaggio a una scienza manicomiale moderna e avanzata:

³³ F. Ugolotti, *L'assistenza degli alienati ed i loro ospedali di ricovero in quel di Parma*, cit., pp. 236-237.

³⁴ Per una storia “a ridosso” di questi manicomi si veda A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit. Sulla storia del manicomio di Reggio Emilia cfr. 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); Mauro 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 di Modena, Modena 2009, pp. 213-254. Su Torino si veda 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*, cit., pp. 33-44.

³⁵ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 32, Note statistiche, Censimento degli infermi di mente ricoverati in Italia. Si veda anche Ministero di Agricoltura, industria e commercio, Direzione generale della statistica, *Statistica dei ricoverati in ospedali e in altri istituti di assistenza pubblici e privati*, tip. G. Civelli, Roma 1924

³⁶ Sui rapporti tra psichiatria e positivismo si veda *infra*, cap. II, par. 1.

Il manicomio, benché [...] istituzione nuova e ispirata a un certo progresso, non aveva funzioni superiori a quelle d'un grandioso smaltitoio. La società vi abbandonava senza rancore, ma anche senza amarezza e senza speranze, tutti quei disgraziati che con le loro stranezze compromettevano la quiete pubblica³⁷.

Il manicomio si configurava dunque come una tappa necessaria sulla strada del progresso, secondo quanto hanno evidenziato Ferruccio Giacanelli e G. Campoli,

Il manicomio viene visto come segno di civiltà e di progresso; [...] l'aumento rapido dei ricoveri nei manicomi istituiti nelle zone che ne erano prive è conferma della loro necessità. Non sfugge il rapporto con il processo di industrializzazione, la crisi delle campagne, l'urbanizzazione, l'emigrazione, la povertà ecc. Ma tutti questi sono visti come eventi accidentali e come prezzo da pagare pressoché inevitabilmente nello sviluppo lineare del progresso civile verso il benessere dell'uomo. Questo sviluppo va bensì difeso, va reso più giusto, meno traumatico per i più deboli, ma non venire messo in crisi³⁸.

L'indagine, a livello nazionale, dei luoghi dove per prime si diffusero le istituzioni manicomiali dimostrerebbe, secondo Alberto De Bernardi, lo stretto legame fra trasformazioni socio-economiche e diffusione di comportamenti "anormali":

Pellagra, cretinismo, demenza, rachitismo, alcolismo, sifilide, sofferenze mentali non erano altro che "forme", manifestazioni fenomeniche, difficilmente eliminabili senza incidere sulla "sostanza", sui meccanismi sociali eziopatogenetici. In questo quadro il manicomio assumeva la funzione di struttura di contenimento di questi "effetti" morbosi; anche nella dislocazione geografica sembrava rispondere ad un disegno preordinato, volto a garantire la presenza di queste "agenzie del controllo sociale", laddove più rapidamente e intensamente dilagavano le gravi sindromi mentali cui si è fatto cenno³⁹.

³⁷ Eugenio Tanzi, Ernesto Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, Società editrice Libreria, Milano 1905, p. 723. Sulla figura dello psichiatra Tanzi si veda C. Peccarisi, R. Boeri e A. Salmaggi, *Eugenio Tanzi (1856-1934) and the beginnings of European neurology*, in "Journal for the History of Neurosciences", a. III, n. 3, 1994, pp. 177-85.

³⁸ F. Giacanelli, G. Campoli, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in "Psicoterapia e scienze umane", n. 3, luglio-settembre 1973, p. 3. Romano Canosa ha però messo in discussione l'origine esclusivamente positivista della psichiatria italiana, dimostrando che l'impronta quasi esclusivamente biologica e il processo di medicalizzazione della psichiatria hanno un'origine precedente alla diffusione del positivismo in Italia. Cfr. Id., *Storia del manicomio in Italia dall'unità a oggi*, cit., pp. 49-61.

³⁹ Alberto De Bernardi, *Malattia mentale e trasformazioni sociali. La storia dei folli*, in Id. (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, cit., pp. 11-32, p. 25. Per una storia delle malattie più diffuse tra la classi popolari nell'Ottocento si veda il ricco volume di Maria Luisa Betri, Ada Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Franco Angeli, Milano 1982; Giorgio Porisini, *Agricoltura, alimentazione e condizioni sanitarie. Appendice statistica. Prime ricerche sulla pellagra in Italia dal 1880 al 1940*, Clueb, Bologna 1975; Paolo Sorcinelli, *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari nell'Italia centrale fra tifo petecchiale e pellagra*, Franco Angeli, Milano 1979; Alberto De Bernardi, *Il mal della rosa. Denutrizione e pellagra nelle campagne italiane fra 800 e 900*, Franco Angeli, Milano 1984. Sulla diffusione della pellagra a Parma cfr. *Relazione del comitato permanente per lo studio delle cause della pellagra e dei mezzi atti a combatterla istituito dal Consiglio provinciale di Parma con deliberazione 25 novembre 1882*,

Quest'analisi sembra trovare conferma nelle parole del direttore Ugolotti, il quale, in merito all'aumento dei ricoverati, nel 1912 metteva in relazione la struttura economica del parmense (prevalentemente basata sull'agricoltura) e l'aumento relativamente basso del numero dei ricoverati:

La provincia di Parma trovasi al riguardo, di fronte a molte altre provincie del regno, in condizioni ancora fortunate, perché l'aumento dei ricoverati del manicomio di Colorno è piuttosto piccolo in confronto dell'aumento verificatosi in molti altri manicomi; e ciò probabilmente perché la provincia di Parma, essendo eminentemente agricola e presentando una densità di popolazione piuttosto bassa, si trova per questo nelle condizioni più favorevoli ad un genere di vita calma e sana⁴⁰.

Se la media delle presenze giornaliere nell'istituto si manteneva sulle 400 persone, Ugolotti non poteva comunque non segnalarne un aumento progressivo, imputabile più alla diminuzione delle dimissioni che all'aumento dei ricoveri: dalle 362 presenze di media nel 1908 si passava infatti a 374 nel 1909, per salire a 378 nel 1910, 404 nel 1911 e 429 nel 1912⁴¹.

Nel frattempo, l'inidoneità di Colorno fu resa ancora più evidente dopo l'approvazione della normativa «Sui manicomi e sugli alienati», votata nel 1904 ed

Ferrari, Parma 1885; Angelo Braga, *Malaria e pellagra in provincia di Parma nel secolo passato. Conferenza alla Famija Pranzana*, La tipografica parmense, Parma 1954. Sull'evoluzione delle malattie mentali e le pratiche di internamento nei manicomi si veda in particolare Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit.

⁴⁰ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma. Anno amministrativo 1912-1913, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1911 e 1912. Relazione del direttore*, pp. 787-788. In effetti, dopo l'unificazione, nel parmense si verificò una tendenza alla «ri-ruralizzazione» della popolazione cittadina, che differenziava visibilmente il Parmense da quanto avveniva nel resto della regione e in gran parte d'Italia. Un'analisi coeva dell'agricoltura parmense è in Francesco Barbuti, *Monografia dell'agricoltura parmense compilata per incarico della Giunta Parlamentare per l'inchiesta agraria e sulle condizioni della classe agricola in Italia*, Ferrari, Parma 1880. Sull'economia parmense tra Otto e Novecento si veda Valerio Cervetti, *Parma e il Parmense nel secolo XIX. Processi economici e condizioni sociali*, in Pietro Bonardi e Ubaldo del sante (a cura di), *Anna Maria Adorni e il suo tempo*, Silva, Parma 1994, pp. 57-109; Maura Palazzi, *Nascita di un'economia agro-industriale. Città e campagna a Parma dall'Unità agli anni Trenta*, in Fiorenzo Sicuri, *Comunisti a Parma*, Istituto Gramsci Emilia-Romagna e Parma – Biblioteca "U. Balestrazzi", Parma 1986, pp. 69-125; Antonio Parisella, *Memorie industriali e mutamenti sociali urbani. Appunti sulla formazione di un sistema agroindustriale a Parma agli inizi del XX secolo*, in Roberto Montali (a cura di), *Nel mondo nuovo. Parma da Verdi a Vittorio Veneto. 1900-1918*, Mup, Parma 2007, pp. 65-73. Sulle caratteristiche protoindustriali della fase produttiva innescatasi negli ultimi decenni del XIX secolo, cfr. Serena Lenzotti, *La ricerca di Zaira. Protoindustria e strutture urbane a Parma tra primo e secondo Ottocento*, Franco Angeli, Milano 2007.

⁴¹ Ibidem.

entrata in vigore nel 1909, che definiva in modo univoco a livello nazionale le procedure di ammissione e ricovero in manicomio⁴².

Nel 1911, l'ennesima relazione affidata al direttore Ugolotti e all'ingegnere Luigi Menozzi dell'Ufficio tecnico provinciale – incaricati di prospettare un possibile riordinamento del manicomio di Colorno si ricollegava proprio alla nuova legge per ribadire l'inadeguatezza della struttura esistente:

A parte la sua ubicazione eccentrica rispetto alla provincia e nello stesso tempo troppo centrale rispetto al paese, di guisa che per due lati prospetta su pubbliche vie; a parte il tipo edilizio di tutto quanto il fabbricato che, per essere in gran parte un antico convento ed in parte un'antica residenza sovrana, non ha nulla in comune con il tipo edilizio a padiglioni sparsi e staccati quali oggi si richiede per un manicomio [...] ricordiamo innanzitutto la insufficienza della capacità totale dell'Istituto e più ancora la insufficienza della suddivisione o del numero dei reparti, per cui si ha l'affollamento del numero dei ricoverati; ricordiamo la disposizione disordinata e caotica dei locali [...]. Condizioni gravissime tutte queste perché determinano, come si è detto, l'affollamento ed impediscono, così, quella razionale ripartizione degli ammalati che rappresenta il fondamento della terapia manicomiale; sono di danno alla tranquillità, all'ordine e alla disciplina; favoriscono il clamore, le lacerazioni, le distruzioni e quindi l'applicazione dei mezzi coercitivi; rendono più complicati e meno solleciti i servizi; in breve, essendo in completo antagonismo coi più elementari principi di tecnica, non permettono di raggiungere quel fine pel quale il manicomio ha precipuamente, se non unicamente, ragione di essere, cioè la cura e l'assistenza dei malati di mente⁴³.

Nelle battute conclusive del loro progetto di rinnovamento, di modernizzazione e di ampliamento – per quanto nei limiti del possibile, dal momento che l'istituzione della legge n. 364 del 1909 sulla tutela di antichità e belle arti escludeva la possibilità di ampliare il manicomio estendendosi anche nel giardino⁴⁴ –, Ugolotti e Menozzi continuavano tuttavia ad alludere al fatto che una simile soluzione, per quanto economica, non avrebbe mai reso il manicomio perfettamente corrispondente «a tutti i più moderni requisiti della tecnica manicomiale e dell'ingegneria sanitaria»⁴⁵. Essi

⁴² Cfr. la legge n. 36, 14 febbraio 1904, pubblicata sulla "Gazzetta Ufficiale" il 22 febbraio. Sul dibattito tra gli psichiatri a proposito di questa legge si veda F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp. 1129-1134. Un'analisi del testo è anche in Ada Lonni, *Pubblica sicurezza, sicurezza pubblica e malato di mente. La legge del 1904*, in A. De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, cit., pp. 264-283.

⁴³ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1911-1912, parte II, Alligati, *Relazione sul riordinamento del manicomio di Colorno*, pp. 11-40, p. 12.

⁴⁴ Cfr. la legge n. 364, 20 giugno 1909 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 150, 28 giugno 1909.

⁴⁵ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1911-1912, parte II, Alligati, *Relazione sul riordinamento del manicomio di Colorno*, p. 30. Nel preventivo erano state conteggiate 900.000 lire a fronte di una spesa di 2 milioni di lire necessaria per la costruzione di una struttura nuova. Valeria Babini ha rilevato come fosse piuttosto comune che in quegli anni, in Italia, i nuovi progetti o le nuove costruzioni

avrebbero decisamente preferito la realizzazione di una struttura nuova, studiata e costruita appositamente, dall'impianto più scientifico e razionale.

In ogni caso, però, i tecnici della commissione istituita per valutare la realizzabilità del progetto ribadirono che l'Amministrazione provinciale non sarebbe stata certo in grado di sostenere costi troppo elevati per la realizzazione di un nuovo manicomio. Non rimaneva dunque che ampliare l'esistente sul modello dell'istituto di Piacenza, aggiungendo «due o tre padiglioni, più o meno vasti ma capaci per 250 ricoverati», a due piani anziché a un piano solo – come a Piacenza – vista l'impossibilità di estendersi nel giardino⁴⁶.

Di quel progetto di ampliamento e modernizzazione si avviarono e si realizzarono in tempi piuttosto lenti solo alcuni elementi. Nel primo anno ci si limitò a costruire una nuova condotta per l'acqua potabile, a dotare l'istituto di nuovi arredi e ad ampliare alcuni reparti, tra cui il soggiorno per i tranquilli e il dormitorio per gli agitati al secondo piano. Si riuscì anche a ricavare un nuovo piccolo reparto, quello dei “sudici”, utilizzando un piccolo edificio inutilizzato adiacente al manicomio, di proprietà dell'Amministrazione provinciale. Complessivamente, la capienza del manicomio aumentava di quaranta nuovi posti letto: era questo, nelle parole del direttore, «l'ampliamento massimo possibile dell'istituto di Colorno», per quanto i lavori continuassero ad essere privi di lungimiranza perché «reclamati dall'urgenza dei bisogni»⁴⁷.

All'apparente ottimismo di Ugolotti – venato di velate critiche per la mancata volontà da parte dell'ente di costruire un nuovo manicomio – faceva da contrappunto il consigliere Del Prato, il quale, nella seduta del consiglio provinciale del 28 novembre 1914, continuava a lamentare la dura situazione dei malati di mente della Provincia per i quali, a suo dire, non esisteva ancora una collocazione adeguata e che lui considerava ormai «di un'urgenza indiscutibile»:

manicomiali fossero rallentate o lasciate addirittura incompiute quando le spese manicomiali erano decise dall'amministrazione provinciale, cfr. Ead., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009, p. 11.

⁴⁶ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1911-1912, parte II, Alligati, *Parere dei tecnici della commissione*, pp. 44-45.

⁴⁷ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1914-1915, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1913 e 1914. Relazione del direttore*, pp. 787-819, p. 790.

I due manicomio che si sono succeduti nella nostra Provincia non sono stati che dei ricoveri nei quali, per pietà o per difesa, venivano accolti quegli infelici, e i due locali non erano altro che antichi edifici, rimasti sgombri perché un'aura di progresso li aveva liberati dei vecchi abitatori. Non sono stati che un magazzino dove si sono stipati, mi si permetta la parola, individui che avevano bisogno di cura. Nella provincia di Parma si sta per risolvere un altro problema ospitaliero, quello dell'ospedale civile, che pure ha carattere provinciale. Ora, non solo per l'urgenza che vi è di provvedere ad un servizio manicomiale in conformità dei bisogni scientifici del giorno, ma anche per la circostanza che i problemi di spedalità sono oggi sul tappeto e possono avere una parziale soluzione, credo che la Provincia non potrà mancare di risolvere il problema per parte sua [...]. Certo, tanti altri bisogni vi sono: ma quelli della viabilità e di altro genere possono, forse, avere una soluzione così qualche anno prima come qualche anno dopo; non così, a mio rassegnato parere, quello del manicomio, di un'urgenza indiscutibile⁴⁸.

Se il progresso aveva liberato gli edifici che poi sarebbero stati occupati dagli alienati mentali, secondo Del Prato la Provincia, a maggioranza socialista, avrebbe dovuto dare prova di una maggiore attenzione al problema manicomiale soprattutto per ragioni umanitarie e sociali.

E tuttavia, la necessità di una maggiore attenzione non prescindeva dall'esistenza di una struttura manicomiale, purché appropriata e "moderna": secondo Del Prato, infatti, il manicomio era certamente migliorato nel corso degli anni, ma continuava a rimanere completamente inadeguato e soprattutto non conforme alla legge del 1904⁴⁹.

Per cercare di rientrare nelle prescrizioni della legge, seppure con soluzioni superficiali e scarsamente risolutive, la giunta provinciale deliberò in primo luogo la costituzione di un padiglione per i criminali, e ricominciò a prendere in considerazione anche l'ipotesi, fino a quel momento accantonata, di dividere il manicomio in due sezioni fisicamente separate, mantenendo i cronici a Colorno e spostando i malati acuti nelle vicinanze della città⁵⁰.

⁴⁸ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1914-1915, parte I, Verbali, *Intorno alla risoluzione del problema manicomiale*, p. 290. Del Prato cercava di risolvere il problema del manicomio collegandolo al progetto per l'Ospedale civile, del quale si stava discutendo la costruzione proprio in quegli anni e che soffriva degli stessi problemi di inadeguatezza e sovraffollamento del manicomio di Colorno. Sulla storia dell'ospedale civile di Parma si veda Alberto Bordi, Sauro Rossi, Mario Zarotti, *Il "nuovo" ospedale di Parma. Un'architettura primonovecentesca tra dibattito tipologico ed esigenze di cantiere (1913-1926)*, in M. O. Banzola, L. Farinelli, R. Spocci (a cura di), *800 anni per la salute*, Silva, Parma 2003, pp. 371-391.

⁴⁹ Il presidente Primo Lagasi ribatté a quell'intervento adducendo ancora una volta difficoltà di bilancio, cfr. Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1914-1915, parte I, Verbali, *Intorno alla risoluzione del problema manicomiale*, p. 291.

⁵⁰ Su quelle proposte si vedano, rispettivamente le delibere n. 39, 16 maggio 1914 e n. 36, 25 aprile 1914, in App, Atti della Deputazione provinciale, Anno amministrativo 1913-1914, vol. II, Allegati. L'ennesima

Di nuovo, il direttore Ugolotti assunse l'incarico di elaborare un nuovo progetto per la realizzazione di un istituto nuovo e completamente rispondente alle esigenze psichiatriche dell'epoca. Nonostante questa volta l'Amministrazione provinciale sembrasse essere determinata a procedere con quest'opera e portarla a compimento, cause superiori alla sua più o meno salda volontà portarono per l'ennesima una volta alla sospensione dei lavori:

Finché nel marzo 1915 l'Amministrazione Provinciale – presieduta allora dal senatore dott. Primo Lagasi – deliberava di acquistare nelle vicinanze della città l'area necessaria per costruirvi un nuovo manicomio, e due anni dopo difatti acquistava a monte di Parma a circa due chilometri da essa, e precisamente in Antognano di Vigatto, un vasto podere perché ivi sorgesse gradualmente un modernissimo Ospedale per l'assistenza e la cura degli infermi di mente della Provincia. L'ufficio tecnico provinciale frattanto colla collaborazione della direzione del manicomio (l'autore di questo lavoro storico) preparava il relativo progetto esecutivo. Ma la guerra europea arrestò il compimento dell'opera or così bene iniziata⁵¹.

3. Il manicomio nella guerra

Come si è visto, nonostante negli anni precedenti ci fossero stati diversi tentativi di ampliamento e intervento sui locali dell'ospedale psichiatrico, pochi in realtà furono gli interventi portati effettivamente a compimento.

Tuttavia, l'intervento dell'Italia nel conflitto contribuì ad accelerare la realizzazione di alcune opere necessarie a rendere l'ospedale adeguato all'aumento dei ricoveri. In una relazione scritta al presidente della Provincia nel 1919, il direttore sottolineava la capacità da parte di medici e personale amministrativo di gestire le forniture e organizzare alcuni lavori di miglioria e «riordinamento generale dell'istituto»:

[...] nel quadriennio in discorso si fece la sistemazione della dispensa e della cucina, l'impianto ex novo della illuminazione elettrica, del reparto criminali, dei bagni maschili, del reparto isolamento, della lavanderia a vapore; si provvide al ritiro da Bertalia dei bambini e al conseguente impianto di due nuovi reparti per essi nel manicomio di Colorno; si istituirono due reparti nella sezione femminile a scopo di sfollamento; si creò infine in una villa espressamente requisita un

commissione costituita per individuare l'area più idonea indicò due possibili soluzioni, entrambe verso le colline, tra Felino e Marzolaro, o tra Langhirano e Carignano.

⁵¹ F. Ugolotti, *L'assistenza degli alienati ed i loro Ospedali di ricovero nel territorio di Parma*, cit., pp. 237-238.

ricovero di alienati delle provincie [sic] venete invase con susseguente creazione ed organizzazione di una colonia per ricoverati lavoratori⁵².

Accanto al maggiore afflusso di ricoverati – soldati, ma anche anziani e bambini trasferiti dalle provincie più direttamente coinvolte nel conflitto – l'azione modernizzatrice della guerra aveva finalmente interessato anche un piccolo ospedale psichiatrico di provincia posto nelle retrovie del fronte. Più in generale, la guerra costrinse a rapidi cambiamenti sia gli uomini che le cose. Come ha sottolineato Antonio Gibelli:

tutto ciò fu dovuto non solo all'intensità emotiva della lacerazione, ma più precisamente alla profondità delle trasformazioni di cui la guerra era espressione e di cui divenne insieme veicolo e potente fattore di accelerazione. [...] Ancor più di quanto era accaduto nelle guerre immediatamente precedenti, e segnatamente in quella russo-giapponese, essa doveva dinamizzare ed esasperare quegli aspetti della società industrializzata che erano maturati a cavallo tra i due secoli⁵³.

E dunque, una prima riflessione in merito alle ripercussioni dell'entrata in guerra dell'Italia sul piccolo manicomio di Colorno può essere svolta analizzandone proprio le trasformazioni materiali e strutturali.

Il primo, radicale, cambiamento fu l'installazione dell'impianto elettrico in tutto il manicomio, che era in realtà già stata inserita nel progetto di riordinamento sin dal 1911, dal momento che il paese di Colorno era già dotato di fornitura elettrica⁵⁴.

La procedura, dunque, avrebbe dovuto svolgersi piuttosto rapidamente, ma l'intervento di diverse complicazioni – legate apparentemente alla struttura del manicomio – ritardarono come al solito l'esecuzione dei lavori. Nella delibera del 14 ottobre 1914 si segnalava infatti la difficoltà da parte dell'ufficio tecnico provinciale a trovare una ditta che assumesse l'incarico:

⁵² Aop, Ufficio Personale, Regolamenti interni e disposizioni di servizio, b. 1, Gestione amministrativa nel quadriennio 1915-1918, Relazione al presidente della Deputazione provinciale, 12 marzo 1919.

⁵³ A. Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2007 (1 ed. 1991), p. 14.

⁵⁴ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1911-1912, parte II, Alligati, *Relazione sul riordinamento del manicomio di Colorno*, pp. 11-40, p. 24. Anche nella vicina Parma l'illuminazione elettrica era attiva dagli anni Ottanta dell'Ottocento, cfr. Angelo S., *L'illuminazione elettrica*, in "Il Presente", 15 febbraio 1885; Alessandro Cugini, *Officina per la luce elettrica in Parma*, in "Gazzetta di Parma", 28 dicembre 1889.

L'Ufficio ha compiuto laboriose pratiche con la società Emiliana di servizi elettrici e con installatori privati per concretare la spesa necessaria all'impianto di un numero conveniente di lampade per tutti i servizi.

Attesa la speciale disposizione dei diversi edifici e la natura troppo varia delle costruzioni che li compongono, non è stato possibile fare un vero progetto di esecuzione e relativo capitolato d'appalto. Nessuna ditta, d'altra parte, ha voluto assumersi l'onere dell'installazione *à forfait* dell'impianto, come ordinariamente sono solite a fare per privati e per stabilimenti di costruzione più regolare⁵⁵.

L'impianto fu realizzato e messo in funzione dal 1915. Sebbene i lavori fossero iniziati quando il conflitto non era ancora avviato, essi furono portati a compimento piuttosto rapidamente nella seconda metà dell'anno, nonostante fossero sorte le prime difficoltà connesse all'entrata in guerra dell'Italia. Anche al direttore, del resto, sembrava incredibile che la "luce del nuovo secolo" non avesse ancora cominciato a rischiare il buio del manicomio di Colorno. Egli stesso, dunque, si attribuì il merito quasi esclusivo di una simile opera rinnovatrice, ribadendo di essere riuscito in una simile impresa nonostante fosse il primo anno di guerra:

Fino all'anno 1915 – è quasi incredibile a dirsi – l'istituto era illuminato con una quarantina di lucerne a petrolio sospese ai muri. Resta inutile soffermarsi su tutti gli inconvenienti di un tale sistema di illuminazione, che non illuminava, sporcava, puzzava ed era pericoloso. Dietro proposta di questa Direzione tutti quanti i locali dell'istituto vennero illuminati a luce elettrica, presa dalla corrente stradale, con un impianto di oltre 500 lampade⁵⁶.

Un'iniziativa analoga, che aprì le porte del nuovo secolo e del progresso nel manicomio di Colorno, ma resa ancora più urgente dal maggiore afflusso di ricoverati, fu la costruzione della lavanderia a vapore. La nuova attrezzatura, che avrebbe sostituito il metodo più tradizionale del lavaggio a mano della biancheria «secondo i più moderni concetti della tecnica»⁵⁷, rese necessaria anche la costruzione dell'ennesimo nuovo fabbricato, adiacente all'istituto.

⁵⁵ App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1914-1915, vol. I, Verbali, Delibera n. 11, 14 ottobre 1914.

⁵⁶ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1915-1916, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1915 e 1916. Relazione del direttore*, pp. 700-731, p. 701.

⁵⁷ Ivi, p. 703. Il direttore colse l'occasione per attribuire unicamente a sé il merito della modernizzazione del manicomio: «Sono quindi lieto di poter affermare che, colla nuova lavanderia, l'istituto di Colorno ha tolto per sempre uno dei suoi più gravi difetti fra quelli riparabili, ed ha perciò fatto un notevole passo verso il suo generale riordinamento, intrapreso da quando il sottoscritto assunse la direzione dell'istituto, e che ora volge verso il suo completamento», Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 32, fasc. 6, lettera al presidente della Deputazione provinciale, 3 dicembre 1916.

Ma senza dubbio le trasformazioni più rilevanti riguardarono l'espansione di alcuni reparti a causa dell'aumento dei ricoveri e, di conseguenza, lo sviluppo dell'intera struttura ospedaliera, che continuò a crescere senza un criterio ordinato e razionale.

In tutto il quadriennio tra il 1915 e il 1918, infatti, la popolazione aumentò in modo intenso e costante, e se la media dei ricoverati nel 1914 era di 446 unità, nel 1918 giunse a 605 [tabella 1, grafico 1]. Lo stesso direttore riconobbe che mai il numero dei ricoverati nel manicomio di Colorno aveva raggiunto cifre così elevate come durante la guerra, pure considerando che l'aumento si era avviato già prima del conflitto⁵⁸.

Anche le costanti dimissioni, in particolare dei soldati che transitavano da Colorno, non riuscivano a sfozzare la presenza di tanti ricoverati, i quali, privati anche dell'unico spazio individuale concesso loro, il letto, erano costretti a dormire su un pagliericcio posto direttamente sul pavimento⁵⁹.

In un'accorata relazione alla giunta provinciale, Ugolotti fece presente quale enorme e quasi impossibile impresa fosse cercare di contenere e gestire il numero sempre crescente dei ricoveri:

Dal 1 gennaio i ricoverati sono aumentati di una cifra spaventosa, cioè di ben 40 e nei primi sette mesi ne sono entrati quanti ne sono entrati in tutta l'annata scorsa talché oggi, malgrado tutti gli sforzi della Direzione per dimettere il maggior numero di ricoverati, questi hanno raggiunto la cifra di 490, che, se si pensa alle condizioni generali dell'istituto e alle sue ben note deficienze organiche, è facile comprendere in quale guisa debba svolgersene il funzionamento; nessun locale è più disponibile e dovunque si ha il più informe miscuglio di poveri ammalati⁶⁰.

E ancora tre mesi dopo si trovava a ribadire «che la Direzione ha fatto tutti gli sforzi possibili per adattarsi a un tale aumento, ed ha preso tutti i provvedimenti del caso, ma non vi sono più locali disponibili, non vi sono più letti, non vi sono più mezzi opportuni di assistenza, di sorveglianza e di cura»⁶¹.

⁵⁸ Cfr. App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1025-1057, p. 1030.

⁵⁹ App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1916-1917, vol. III, Delibera n. 38, 21 luglio 1917.

⁶⁰ App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1915-1916, parte I, Verbali, Delibera n. 4, 28 agosto 1915.

⁶¹ App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1915-1916, vol. I, Delibera n. 19, 30 novembre 1915.

Le disperate richieste di Ugolotti sembrarono trasformarsi in un ordine perentorio nel gennaio 1916, quando, evidentemente esasperato, scrisse all'Amministrazione provinciale che credeva

doveroso, a scampo di responsabilità, avvertire la S.V. illustrissima che non è più possibile evitare quello che fin qui con ogni sforzo fu evitato, cioè la ricerca di provvedimenti d'urgenza che saranno difficili, costosi e, come il solito, di ripiego. Mancano i locali per porvi i ricoverati, ed ora bisogna trovarli⁶².

Ugolotti paventò anche il rischio di possibili, rapide, espansioni di contagi delle malattie infettive. Rapidamente, dunque, si cominciarono a cercare nuovi spazi dove ricavare nuove camerate e allineare nuovi letti: nel luglio 1916 fu acquistato uno stabile nelle vicinanze del manicomio che fu destinato a diventare – con una terminologia che tentava di portare Colorno al livello delle strutture manicomiali più moderne –, il nuovo «padiglione di isolamento», necessario tra l'altro anche per uniformarsi alle prescrizioni della legge 36⁶³.

Si trattava in realtà di un'abitazione privata, per quanto spaziosa, collegabile al manicomio dal giardino attraverso il prato della lavanderia, sul retro dell'istituto, che avrebbe dovuto contenere una trentina di ricoverati dopo essere stata suddivisa in due sezioni, con gli uomini a pianterreno e le donne al primo piano.

Tuttavia, quasi non si fece in tempo a terminare i lavori di ristrutturazione che alla fine dell'anno, per far fronte all'emergenza lamentata da Ugolotti, il padiglione di isolamento fu trasformato in una sorta di «reparto speciale del manicomio o in reparto sussidiario di una delle sezioni del manicomio stesso»⁶⁴, dal momento che il problema reale dei degenti, più che essere falcidiati da una qualsiasi epidemia, consisteva nel disporre di un letto dove dormire.

⁶² App, tit. 6, Beneficenza, Manicomio, Sfollamento ricoverati, cass. 1, lettera del Direttore alla Deputazione provinciale, 10 gennaio 1916.

⁶³ Cfr. App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo '916-'917, parte I, Verbali, Delibera n. 14, 15 luglio 1916. La casa, di proprietà della signora Cleonice Maumary, sarebbe stata acquistata dall'amministrazione provinciale nel 1917 al costo di 13.500 Lire, ma, vista l'urgenza, per entrarvi al più presto le si sarebbe corrisposto un affitto di 1.500 Lire mensili. A proposito delle ricerche compiute per individuare una struttura idonea, Ugolotti ribadì il suo disaccordo per simili soluzioni di fortuna, dicendosi «dolente di esservi stato costretto da impellenti necessità e colla speranza che queste siano le ultime», Aop, Carteggio classificato, Miscellanea, b. 32, fasc. 6, lettera al presidente della Deputazione provinciale, 19 gennaio 1916.

⁶⁴ App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1916-1917, vol. I, Delibera n. 17, 19 dicembre 1916.

L'incessante bisogno di spazio si acuì in modo ancora più drammatico soprattutto a partire dal mese di novembre 1917, dopo la rotta di Caporetto e l'invasione delle province di Udine, Belluno, Treviso e Vicenza da parte delle truppe austriache. In quei giorni, infatti, accanto alla ritirata dell'esercito e all'esodo spontaneo della popolazione delle terre occupate, lo sfollamento dalla linea del fronte ordinato dai comandi militari condusse anche a Colorno un gruppo di alienati sfollati dai manicomi veneti.

Dopo la creazione da parte della Presidenza del consiglio dell'alto commissariato, incaricato di smistare i profughi sul territorio nazionale, a Colorno il prefetto di Parma ordinò la requisizione di una villa nei pressi del manicomio che avrebbe ospitato trentanove sfollati provenienti dal manicomio di Lonigo⁶⁵.

Una volta acquisita dal manicomio, la Villa Bellocchio necessitava di arredamento e forniture adeguate ad accogliere i nuovi degenti: per assicurare l'Amministrazione provinciale, il prefetto scriveva che tutte le spese – quantificate in 25.000 Lire – sarebbero state a carico del Ministero dell'interno⁶⁶.

Anche se la maggior parte dei nuovi ricoveri, come si vedrà nei capitoli successivi, interessò prevalentemente gli uomini, senza dubbio i problemi connessi alla crescente massa di degenti riguardarono anche le donne, che presto si trovarono a poter disporre di spazi sempre più angusti. Per questo motivo, nel corso del 1917 si rese necessario sistemare anche i reparti femminili delle “tranquille” e delle “agitate”, che, secondo le parole di Ugolotti, «più ad una bolgia clamorosa assomigliava[no] che ad un luogo di soggiorno – non dico di cura – di alienate»⁶⁷.

⁶⁵ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo '917-'918, parte I, Verbali, seduta del 12 gennaio 1918. Quegli alienati sarebbero rimasti a Colorno per un anno e mezzo, e fecero ritorno a Lonigo solo a fine conflitto, nel luglio 1919. Cfr. Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, Trasferimento alienati da altri istituti, lettera del Direttore al Direttore della Casa di salute di Lonigo, 26 luglio 1919. Sui profughi e gli sfollamenti dalle province occupate si veda in particolare Daniele Ceschin, *Gli esuli di Caporetto. I profughi in Italia durante la Grande Guerra*, Laterza, Roma-Bari 2006; Id., *La popolazione dell'Alto Vicentino di fronte alla Strafexpedition: l'esodo, il profugato, il ritorno*, in Vittorio Corà, Paolo Pozzato (a cura di), *1916: la Strafexpedition. Gli Altipiani vicentini nella tragedia della Grande Guerra*, Paolo Gaspari editore, Udine 2003; Camillo Pavan, *In fuga dai tedeschi. L'invasione del 1917 nel racconto dei testimoni*, C. Pavan editore, Treviso 2004; Elpidio Ellero, *Storia di un esodo. I friulani dopo la rotta di Caporetto 1917-1919*, Istituto friulano per la storia del movimento di liberazione, Udine 2001.

⁶⁶ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo '917-'918, parte I, Verbali, seduta del 12 gennaio 1918.

⁶⁷ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1025-1057, p. 1028.

Furono dunque riadattati i locali del secondo cortile del palazzo, e si costituì un nuovo reparto che poteva ospitare una quarantina di ricoverate, in prevalenza “semiagitate”.

Un’ulteriore espansione dell’istituto si verificò nel corso del 1918, quando fu decisa la costituzione di un reparto per bambini. La decisione comportò l’affitto di due abitazioni di proprietà privata, vicine al corpo centrale del manicomio, che furono riadattate e “ammodernate” tramite la dotazione di latrine, acqua potabile e luce elettrica. E tuttavia, uno dei due edifici, quello destinato agli «ineducabili», come segnalava Ugolotti con grande diplomazia, continuava a rimanere «non privo di gravi difetti strutturali»⁶⁸ o, in altre parole, decisamente inadeguato.

E nonostante i lavori e gli ampliamenti – o forse proprio a causa di quelli – il manicomio di Colorno perdeva sempre di più le caratteristiche di una struttura ospedaliera per diventare un labirinto informe, nel quale si susseguivano alla rinfusa corridoi, stanze e saloni, e dove la mancanza di razionalità nella disposizione degli spazi si ripercuoteva sulla capacità di contenimento dei ricoverati.

Nel giugno 1917 il direttore scriveva per l’ennesima volta all’Amministrazione provinciale dichiarando che in questo modo, e nonostante tutto l’impegno da lui profuso per evitare un simile risultato, il manicomio si era ridotto alla stregua di una semplice struttura carceraria:

Io non credo di dover insistere più oltre e ripetere quello che ho già tante volte detto: qui solamente credo doveroso avvertire che l’affollamento dell’istituto, malgrado le dimissioni che si compiono, va sempre più aumentando e rende perciò sempre più gravi le condizioni di funzionamento dell’istituto medesimo, già gravi per ragioni della sua struttura e della sua irrazionale e caotica distribuzione di locali. Ond’è, per conseguenza, che, nonostante gli sforzi continui della Direzione e di tutto quanto il personale, la funzione specifica del nostro manicomio diventa sempre meno una funzione ospedaliera per diventare sempre più una funzione di reclusorio⁶⁹.

Nel gennaio 1918 alcuni consiglieri provinciali polemizzarono sull’entità delle spese sostenute per il manicomio, affermando che quella cifra avrebbe potuto essere destinata alla costruzione di un nuovo ospedale, anziché servire per “tamponare le

⁶⁸ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1025-1057, p. 1028.

⁶⁹ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, “Trasferimento alienati da altri istituti”, lettera del Direttore alla Deputazione provinciale, 8 giugno 1917.

falle”. Il presidente Lagasi ribatté tuttavia facendo presente che quelle falle non erano altro che complicazioni derivanti dalle conseguenze della guerra, e dalla necessità di obbedire agli ordini delle autorità militari:

L’osservazione del cons. Grossardi relativa all’entità delle spese fatte è un’osservazione che non ha ragione di essere, tenuto conto delle urgenze che si sono verificate. Intanto la prima spesa [...] è stata fatta perché si sono determinate delle malattie nel manicomio e perché abbiamo dovuto provvedere ai bambini dei richiamati che erano stati raccolti a Colorno e che erano stati trattati così male che l’autorità ha dovuto intervenire e far chiudere l’istituto ove erano ricoverati. Abbiamo quindi dovuto, d’urgenza, prendere in affitto un locale, farlo riparare e comperare il materiale necessario ad arredarlo, perché questi bambini potessero essere ricoverati. Dopo questa urgenza se ne è manifestata un’altra in conseguenza dell’invasione nemica delle province di Belluno, Treviso e Udine. In conseguenza di questa invasione, siamo stati obbligati a fare delle spese per ricoverare gli alienati venuti di là, mandati dall’autorità politico-militare, e per provvedere a una grande quantità di malati mandati dall’autorità militare e di soldati che venivano inviati direttamente all’ospedale di Colorno⁷⁰.

Per quanto le argomentazioni di Grossardi fossero finalizzate a denunciare la scarsa lungimiranza della Provincia, e la sua scelta di non costruire un nuovo ospedale, il problema economico lamentato era concreto. A carico dell’Amministrazione provinciale, infatti, non ci furono soltanto le spese straordinarie sostenute nel corso del quadriennio per ridimensionare il manicomio cercando di adattarlo al numero dei ricoverati. L’ente dovette ovviamente continuare a fare fronte alle spese ordinarie necessarie per mantenere una struttura che ospitava oltre settecento persone le cui esigenze, come scriveva Ugolotti, andavano conciliate con l’aumento dei costi degli approvvigionamenti e «con le continue e sempre rinnovatesi disposizioni di razionamenti, economie, tessere, calmieri, ecc. ecc.»⁷¹.

Nel 1918, nella sua relazione annuale, il direttore esponeva le difficoltà incontrate anche nell’acquisto dei generi alimentari necessari a sfamare un numero tanto grande di ricoverati, che si erano necessariamente tradotte in «riduzioni e

⁷⁰ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1917-1918, parte I, Verbali, seduta del 12 gennaio 1918, pp. 200-201. Il consigliere Antonio Grossardi aveva osservato che dal 1910 per interventi sul manicomio erano state spese 516.940 Lire.

⁷¹ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1025-1057, pp. 1029-1030. E le difficoltà aumentavano con l’aumentare della fatica per reperire le materie prime: ad esempio, nel gennaio 1917 il direttore faceva presente che le scorte di carbone per il riscaldamento andavano diminuendo e che, vista la difficoltà negli approvvigionamenti, occorreva cominciare subito le richieste per avere i rifornimenti, App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale. Anno amministrativo 1916-1917, vol. II, Delibera n. 23, 27 febbraio 1917.

continue trasformazioni delle tabelle dietetiche sia del personale che dei ricoverati», o, in altre parole, in un ridimensionamento della quantità e della qualità dei pasti⁷².

Sul bilancio dell'Amministrazione, inoltre, gravavano anche le rette di quella quarantina di alienati trasferiti nel 1916 da Colorno al manicomio di Siena e all'ospizio di carità di Casale Monferrato, che furono aumentate piuttosto sensibilmente nel corso del 1917, a causa del «protrarsi dello stato di guerra», come scrisse il direttore del manicomio di Siena:

l'enorme costo dei generi di prima necessità, la difficoltà nel provvederli, il maggior costo dei servizi di assistenza e sorveglianza pesano sullo stato finanziario del Bilancio in maniera così impressionante che di difficile anzi impossibile applicazione diverrebbe l'assistenza ai ricoverati senza l'aiuto degli Enti che concorrono al loro mantenimento⁷³.

L'aumento fece lievitare il costo per ricoverato da 2,50 a 3,50 Lire al giorno, ma l'ente sembrò accettarlo senza obiezioni, riconoscendo proprio l'eccezionalità e la gravità del momento. Anche l'ospizio di Casale Monferrato – sistemazione che era stata scelta per le particolari e favorevoli condizioni economiche – nei primi mesi del 1918 aumentò la tariffa richiesta da 1,80 a Lire a 2,25 per ricoverato⁷⁴.

Queste nuove, impreviste, spese, insieme all'aumento del costo dei generi di prima necessità, misero in una tale difficoltà le casse provinciali che l'Amministrazione fu costretta a «ricorrere a un'operazione straordinaria di credito» e accendere un mutuo di 100.000 Lire «pel mantenimento di mentecatti poveri della Provincia»⁷⁵.

Nonostante i tentativi dell'Amministrazione provinciale di mantenerlo tra le questioni marginali, la cui soluzione poteva essere procrastinata *sine die*, il nuovo

⁷² App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1025-1057, p. 1029. Sulla riduzione delle disponibilità alimentari in Italia durante la guerra si veda almeno Riccardo Bachi, *L'alimentazione e la politica annonaria in Italia*, Laterza, Bari 1926; M.C. Dentoni, *Annona e consenso in Italia 1914-1919*, Franco Angeli, Milano 1995.

⁷³ App, Tit. 6, Beneficenza, Manicomio, Sfollamento ricoverati, cass. 1, 1914-1922, lettera del rettore del manicomio di Siena al Presidente della Deputazione provinciale, 25 ottobre 1917. A questo primo aumento ne seguì un altro nell'estate seguente, che vide aumentare la retta giornaliera a 4 Lire e che l'Amministrazione provinciale accettò senza opporre resistenza.

⁷⁴ La proposta fu accettata dalla giunta parmigiana proprio viste «le eccezionali condizioni del momento» e «l'elevatissimo costo della vita», App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1918-1919, vol. I, Delibera n. 9, 18 febbraio 1918.

⁷⁵ App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, anno amministrativo 1917-1918, vol. I, Delibera n. 22, 8 dicembre 1917. Analizzando l'elenco delle spese per il solo mese di dicembre 1917, si osserva che le voci più onerose, dopo quella per il mantenimento dei ricoverati e del personale (54.000 Lire), sono per «Stipendi, salari, affitti e alloggi» (14.600 Lire) e per il «Mantenimento di maniaci in altri stabilimenti (12.000 Lire).

conflitto stava rendendo il manicomio di Colorno una presenza davvero ingombrante e di ardua gestione, anche se difficilmente si sarebbe riusciti a risolvere il problema in modo radicale e definitivo proprio in quegli anni impetuosi e sconvolgenti.

4. I ricoverati nella guerra

Naturalmente, i primi a pagare le spese di un massiccio aumento di ingressi tra il 1915 e il 1918 furono gli stessi ricoverati, che – in assenza di spazi adeguati e di personale a disposizione in numero sufficiente – erano costretti ad una totale inerzia quando non a rimanere assicurati ai letti per lungo tempo.

Già a pochi mesi dall'inizio delle ostilità, il direttore lamentava che l'aumento delle presenze nel manicomio aveva indotto una serie di difficoltà in merito alla gestione, aggravate dalle «gravi deficienze» e dai «vizi irriducibili» dell'istituto:

Vista una nota [...] del Direttore del manicomio con la quale [...] non tornerà a dimostrare come il manicomio di Colorno non possa mai essere, per vizi irriducibili, un ospedale per ammalati di mente, ma vuole solo ricordare un fatto che in questi ultimi mesi è andato assumendo una gravità allarmante, cioè l'affollamento dei ricoverati; che, come dovunque, anche nel manicomio di Colorno, per ragioni generali – cui non sono estranee quelle create dalla guerra – il numero dei ricoverati, che da parecchi anni era in continuo e progressivo aumento, nell'anno corrente ha subito un aumento addirittura enorme⁷⁶.

Nelle sue parole si legge una forte, avvilita apprensione derivante certamente dal fatto che il sovraffollamento ricadeva sulla sicurezza del personale ma anche, e forse soprattutto, sul trattamento dei ricoverati, ridotti a un «miscuglio informe»:

I poveri ricoverati – tranquilli, agitati, malinconici, epilettici, criminali, sudici – sono raccolti in un miscuglio informe e costretti a mezzi coercitivi e all'ozio forzato, con danno evidente alla loro salute mentale, alla tranquillità, alla disciplina, al buon andamento dei servizi, ed infine con pericolo della integrità personale degli infermieri e dei medici⁷⁷.

La preoccupazione e lo sconforto del direttore trovavano una fondata conferma nei dati numerici. Nel secondo semestre del 1915, a partire dalla stagione estiva, si verificò un consistente aumento del numero dei ricoverati. La media statistica delle loro presenze giornaliere – che fino a quel momento si attestava sulle 440 unità – aumentò

⁷⁶ App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1915-1916, vol. I, Delibera n. 4, 28 agosto 1915.

⁷⁷ Ibidem.

fino a 477 e poi ancora a 491 nel 1916. Una media destinata ad alzarsi nel biennio successivo, quando giunse a 526 nel 1917 e a 605 nel 1918 [Tabella 1, Grafico 1].

Scomponendo i dati, si osserva come ad alzare il numero dei presenti in manicomio furono le nuove ammissioni, cioè gli ingressi di chi non era mai stato ricoverato prima, che crebbero continuamente: se nel 1915 erano 221 (negli anni precedenti erano invece circa 170), nel 1916 il loro numero salì a 240; nel 1917, poi, si verificò il picco di maggiore intensità, con 334 ingressi, per scendere lievemente l'anno seguente, giungendo a 274 [Tabelle 2, 3, 4, Grafici 2, 3, 4].

In tutto il quadriennio, erano entrati per la prima volta in manicomio prevalentemente uomini: se nel 1915 furono 105, mentre le donne 61, negli anni successivi addirittura gli ingressi maschili raddoppiarono rispetto a quelli femminili: 129 uomini e 49 donne nel 1916; 173 uomini e 84 donne nel 1917; 145 uomini e 75 donne nel 1918⁷⁸ [Tabella 6, Grafico 6].

A fronte di tali cifre, appare comprensibile l'atteggiamento del direttore Ugolotti, che si trovò a dovere gestire una situazione particolarmente complessa in una struttura che non era mai stata adeguata a contenere così tante persone contemporaneamente.

Forse, dunque, non appare così complicato immaginare come cinquecento uomini e donne – ricoverati con problemi mentali e comportamentali, almeno secondo le diagnosi dei medici – potessero convivere accalcati notte e giorno in un dedalo tanto intricato, con pochissimo spazio a disposizione, e a volte nemmeno un letto. Forse è possibile intuire come trascorressero le ore e i giorni, scarsamente nutriti e poco o per nulla seguiti da parte del personale, che non bastava nemmeno per accudirli tutti.

Forse si possono indovinare gli scontri, l'exasperazione e gli accessi d'ira da parte di individui costretti a oziare per giornate intere, senza avere alcuna occupazione o distrazione che potesse interrompere la monotonia di ore sempre uguali e segregate.

È quasi impossibile, però, ricostruire la vita quotidiana dei ricoverati dal loro punto di vista, perché, come vedremo, la cultura psichiatrica dominante in quel periodo tendeva ad escludere la soggettività e la considerazione dei pazienti come persone,

⁷⁸ Dal punto di vista statistico-quantitativo, invece, i dati delle riammissioni segnalavano un maggiore equilibrio tra uomini e donne: nel 1915 entrarono di nuovo in manicomio 35 uomini e 20 donne; nel 1916 33 uomini e 29 donne; 46 uomini e 31 donne nel 1917; 26 uomini e 28 donne nel 1918. Cfr. Aop, Carteggio classificato, Miscellanea, b. 32, Statistiche ricoverati.

dotate di diritti e di senso, per considerarne esclusivamente i più elementari bisogni biologici.

Purtroppo non esistono cronache che possano documentare come gli alienati abbiano trascorso mesi, giorni ed ore in quegli anni all'interno del manicomio, e quello che rimane è esclusivamente il punto di vista dell'autorità principale, il direttore, il quale, nel giugno 1917, con alcune brevi frasi descriveva l'esistenza degli alienati dentro i reparti:

I reparti – ho già detto tante volte – sono mischie informi di ricoverati; clamore ed atti di violenza fra ricoverato e ricoverato sono le loro abituali manifestazioni di vita; la camicia di forza e l'ozio forzato i mezzi di cura; gl'infermieri nonché i medici sono ridotti quasi a carcerieri⁷⁹.

Oltre che andare a maggior detrimento delle condizioni di vita all'interno, il sovraffollamento si ripercuoteva anche sull'efficienza del controllo da parte degli infermieri, come dimostrano i due episodi di evasione dall'istituto compiuti dal fontanellatese Fermo M. – identificato come «deficiente tranquillo» –, avvenuti a pochi giorni di distanza l'uno dall'altro, nel maggio 1917⁸⁰. Sebbene, necessariamente, Ugolotti non attribuisse alcuna responsabilità agli infermieri addetti alla sorveglianza, appare evidente come la scarsità di personale unita ad una sovrabbondanza di ricoverati non potesse che facilitare la fuga di quei ricoverati come Fermo, né agitati né particolarmente ribelli, che concretizzavano una possibilità insperata e riuscivano ad evadere alla stregua di Edmond Dantès, come nei migliori romanzi d'avventura.

Paradossalmente, ancora una volta il direttore attribuiva la responsabilità di queste evasioni alla debolezza della struttura intera, e quindi indirettamente all'ente provinciale, che non aveva mai stabilito la costruzione di un manicomio nuovo e più sicuro:

Questa notte, verso le ore 3, il ricoverato M.F., trovò modo di piegare una spranghetta dell'inferriata del proprio dormitorio e, a mezzo di un lenzuolo, calare al suolo e poi darsi alla fuga. Immediatamente ricercato dagli infermieri, non fu ritrovato, data anche la completa oscurità della notte. Non risultano, almeno fino ad ora, responsabilità da parte del personale di custodia; esistono invece nel

⁷⁹ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 32, fasc. 6, Relazione al presidente della Deputazione provinciale di Parma, 8 giugno 1917.

⁸⁰ Aop, Cartelle cliniche, M. F.

dormitorio indicato, come in tanti altri, serramenti vecchi e di ripiego in piena armonia coi mille altri ripieghi dell'istituto⁸¹.

I ripieghi accennati da Ugolotti erano in effetti molteplici: già nei primi mesi del 1916, infatti, egli aveva tentato di trovare soluzioni immediate per fare fronte all'emergenza, e – nell'attesa che venissero in qualche modo ampliati i locali – aveva chiesto la possibilità di spostare alcuni ricoverati in altri istituti⁸².

Com'era prevedibile, però, il tentativo incontrò diversi ostacoli, primo fra tutti il fatto che in quegli anni la maggior parte dei manicomi italiani si trovava a condividere le stesse serie difficoltà di affollamento in cui versava Colorno.

È quanto scriveva lo stesso Ugolotti al presidente della Provincia per sollecitarlo a lasciar trasferire una parte dei ricoverati di Colorno in quegli istituti che avevano già accettato di ospitarli. L'urgenza derivava dalle molte richieste provenienti da svariati ospedali, che, prevedibilmente, convergevano sui pochi luoghi rimasti ancora a disposizione:

La massima parte, come prevedevo, ha risposto senz'altro negativamente, poiché dovunque o quasi i manicomi sono pieni zeppi di ricoverati e dovunque si tentano tutti i mezzi per sfollarli. Il solo manicomio di S. Girolamo in Volterra accetterebbe tutti i cinquanta ricoverati offerti. L'istituto medico di Bertalia sarebbe disposto ad accettarne una ventina, che non abbiano però oltre 50 anni; l'Ospizio di Carità di Casale Monferrato una quindicina; e così fors'anche il manicomio S. Nicolò di Siena. [...] Siccome però il manicomio di Volterra e l'ospizio di Casale Monferrato hanno dichiarato di volere una immediata risposta, dovendo decidere sopra analoghe offerte (compresa una del governo, che cerca ora di evacuare il manicomio di Udine), e bene considerato che la retta dichiarata dall'ospizio di Casale è oltremodo modesta (L. 1,80 al giorno per ogni ricoverato) e sarà certo inferiore a qualsiasi altra, tenuto anche conto delle enormi difficoltà che si dovranno incontrare per trovare un istituto che accolga la nostra offerta, così credo che la S.V. farebbe cosa opportuna nell'interesse dell'Amministrazione, addivenire senz'altro a una conclusione affermativa col detto Ospizio di carità di Casale Monferrato⁸³.

⁸¹ Ivi, lettera del Direttore al Presidente della Deputazione provinciale, 24 maggio 1917.

⁸² Cfr. Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, "Trasferimento alienati da altri istituti", lettera del Direttore alla Deputazione provinciale, 10 gennaio 1916.

⁸³ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, "Trasferimento alienati da altri istituti", Lettera del direttore del manicomio di Colorno al presidente della Deputazione provinciale, 25 gennaio 1916. Non tutti gli istituti avevano risposto alle richieste del direttore di Colorno: ad esempio, il soldato Funo B., della provincia di Reggio Emilia – ricoverato nel maggio 1916 per uno «stato depressivo-ipocondriaco con molteplici disturbi sensoriali» e riformato dal servizio militare – non riuscì ad essere ricondotto nell'ospedale psichiatrico della sua provincia se non dopo un anno di continue richieste da parte del direttore, che non ebbero alcuna risposta dai medici del San Lazzaro. Cfr. Aop, Cartelle cliniche, B.F.

Dal manicomio di Siena, il direttore Antonio D'Ormea aveva risposto a Ugolotti segnalandogli che, naturalmente, anche il suo manicomio si trovava a rischio di sovraffollamento dopo avere accettato di ospitare centocinquanta alienati provenienti da Firenze, ma aggiungeva che, qualora si fosse trovato in «condizioni disperate», avrebbe cercato di trovare una soluzione in nome di una «collegiale cordialità»⁸⁴. E le condizioni di Colorno erano evidentemente disperate, tanto che due mesi dopo D'Ormea accettò di accogliere venti ricoverati cronici tranquilli della provincia di Parma⁸⁵.

Inoltre, anche gli istituti non eccessivamente affollati temevano di essere requisiti dai comandi militari, e per questo faticavano ad accogliere ospiti da altri ospedali. Il direttore dell'ospizio di carità di Casale Monferrato, interpellato nuovamente da Ugolotti nel giugno 1917, rispondeva ribadendo la sua preoccupazione in caso di una requisizione militare del proprio istituto, e poi, una volta scongiurato il rischio, segnalando la propria disponibilità ad ospitare non più di una quindicina di alienati⁸⁶.

Durante l'estate, dunque, altri sedici ricoverati partirono da Colorno alla volta di Casale Monferrato, dopo che Ugolotti aveva ottenuto il permesso dal procuratore del Re nel rispetto del regolamento sui manicomi del 26 agosto 1909 e dopo avere specificato che si trattava di alienati «tranquilli, innocui, cronici, o senza famiglia o da questa dimenticati»⁸⁷.

Il rispetto delle regole ostentato dal direttore parmense non pare solo rispondere all'esigenza di dimostrarsi meticoloso e rigoroso, soprattutto di fronte a un'amministrazione che non riusciva a far fronte alle sue richieste, ma sembra anche tradire un interesse reale nei confronti dei «suoi» ricoverati. Il 19 ottobre 1917, infatti, Ugolotti riferiva al presidente della Provincia di Parma di avere compiuto una visita ai ricoverati a Casale e nel contempo un sopralluogo all'istituto: aveva riscontrato un «evidente deterioramento delle loro condizioni fisiche», e pur considerando «che

⁸⁴ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, «Trasferimento alienati da altri istituti», Lettera del direttore del manicomio di Siena al direttore di Colorno, 18 gennaio 1916.

⁸⁵ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, «Trasferimento alienati da altri istituti», Lettera del direttore del manicomio di Colorno, 14 marzo 1916. I venti trasferiti erano tutti uomini, cfr. App, Tit. 6, «Beneficenza», «Manicomio», «Sfollamento ricoverati», cass. 1, fasc. «1914-1922».

⁸⁶ Cfr. Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, «Trasferimento alienati da altri istituti», lettere del presidente dell'Ospizio di Carità al direttore del manicomio di Colorno, 22 giugno e 6 luglio 1917.

⁸⁷ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, «Trasferimento alienati da altri istituti», Lettera del direttore del manicomio di Colorno al procuratore del Re, 19 febbraio 1916.

l'istituto di Casale è un semplice Ospizio di carità e di mendicizia e non un ospedale», aggiungeva che «il ricovero dei nostri ammalati nell'ospizio di Casale [era] un ripiego che, per molte ragioni, [avrebbe dovuto] il più presto possibile aver fine»⁸⁸.

Eppure, non solo lo sfollamento non ebbe fine entro breve, ma era anzi solo all'inizio: nel mese di febbraio 1917 il Comando militare avvertì la Provincia dell'imminente necessità di evacuare il manicomio, tutto o in parte, per farne «immediatamente» un ospedale di feriti e suggeriva di spostare almeno duecentocinquanta pazienti, pari a tutta la sezione femminile, specificando di «agevolare l'opera che [era], come ben comprende, altamente civile e patriottica»⁸⁹.

Subito dopo avere ricevuto la comunicazione, dunque, furono inviati una serie di telegrammi ai manicomi dei paesi distanti dal conflitto e meno lontani da Parma (Volterra, Reggio Emilia, Casale Monferrato, Imola, Siena e Bologna) per verificare la loro disponibilità. Mentre Bologna e Imola esclusero la possibilità di accogliere ospiti “stranieri” perché già a loro volta impegnati con l'autorità militare, Siena e Casale Monferrato comunicarono di avere ancora spazio a disposizione; una risposta analoga giunse dal direttore di Reggio Emilia, il quale tuttavia specificò che, dal momento che la sua struttura era al servizio degli alienati militari, avrebbe potuto accettare al massimo «cinquanta donne tranquille polite»⁹⁰.

Gli affanni del direttore per smobilitare un numero tanto consistente di ricoverati – pari alla metà delle presenze complessive nel manicomio – furono placati

⁸⁸ «Dobbiamo osservare che la pulizia in genere potrebbe essere maggiore; c'è affollamento di ricoverati e si notano evidenti sforzi di economia in tutti i servizi», Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, “Trasferimento alienati da altri istituti”, lettera del direttore del manicomio di Colorno al presidente della Deputazione provinciale, 19 ottobre 1917. Prima del trasferimento, Ugolotti aveva anche verificato di persona l'idoneità dell'istituto, e segnalato il fatto che non fosse un ospedale psichiatrico attrezzato ma «un semplice ricovero», cfr. App, Tit. 6, Beneficenza, Manicomio, Sfollamento ricoverati, cass. 1, fasc. “1914-1922”, lettera al presidente della Deputazione provinciale, 8 febbraio 1916.

⁸⁹ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, “Miscellanea”, b. 31, Requisizione del Manicomio da parte dell'Autorità Militare, 23 febbraio 1917. La necessità di avere più spazi dove collocare i feriti derivava dalle conseguenze del secondo anno di guerra, il primo ad essere combattuto per dodici mesi ininterrotti, nel quale, accanto alla tanto glorificata presa di Gorizia, i soldati italiani avevano dovuto subire i colpi della *Strafexpedition* austro-tedesca.

⁹⁰ App, Tit. 6, Beneficenza, Manicomio, Sfollamento ricoverati, cass. 1, 1914-1922, telegramma del presidente della Provincia di Reggio Emilia al presidente della Deputazione provinciale di Parma, 24 febbraio 1917. Presso il manicomio di Reggio Emilia funzionò dal 1917 il Centro psichiatrico di prima raccolta, diretto da Placido Consiglio; cfr. Francesco Paoletta, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, in Mirco Carrattieri, Alberto Ferraboschi, *Piccola Patria Grande Guerra. La prima guerra mondiale a Reggio Emilia*, Clueb, Bologna 2008; Id., *La neuropsichiatria in Emilia Romagna durante la Grande Guerra*, in Id., Fabio Montella, Felicità Ratti (a cura di), *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia-Romagna durante la Prima guerra mondiale*, Clueb, Bologna 2010, pp. 98-110.

solo dopo tre settimane, quando giunse la notizia, scarna e priva di spiegazioni, che il Comando della Divisione militare di Piacenza aveva «potuto provvedere altrimenti a tale necessità»⁹¹.

Se in qualche modo il problema di spostare duecentocinquanta ricoverati in massa era stato allontanato, rimaneva l'esorbitante numero di alienati dentro l'ospedale a gravare sulle spalle di Ugolotti. Egli prese anche in considerazione l'ipotesi di potenziare l'assistenza familiare dei ricoverati, riconsegnandoli alle proprie famiglie, o a famiglie «estrane», in cambio di un «congruo» assegno mensile: scrisse perciò a tutti gli istituti manicomiali italiani per sapere come si regolavano in merito. Le risposte, in modo sostanzialmente univoco, concordarono sul fatto che in quel modo si sarebbe rischiato di creare una forma distorta di beneficenza, e che dunque l'ipotesi, per quanto di sollievo immediato per il sovraffollamento manicomiale, fosse da valutare attentamente⁹².

Secondo l'autorevole professore Augusto Tamburini, invece – il quale del resto aveva adottato questo sistema già dal 1903, quando dirigeva il manicomio di Reggio Emilia – non tanto il mantenimento in famiglia degli alienati ma l'affidamento presso altre famiglie (la cosiddetta «assistenza etero-familiare») avrebbe permesso di sottrarli «all'isolamento della caserma manicomiale» e restituirli «ad un genere di vita logico, da cui è sempre pericoloso allontanarsi»⁹³. Inoltre, sembrava quasi rispondere a Ugolotti quando sosteneva che i risparmi economici a carico delle Province erano indubbi, perché in questo modo si sarebbero evitati ampliamento o costruzione di nuovi locali, anche se poi ammetteva che occorreva anche non farsi illusioni sull'entità di simili economie, perché i vantaggi sarebbero stati principalmente indiretti, e legati principalmente al recupero dei soggetti usciti dal manicomio:

1. rendono di nuovo abili per la vita sociale degli individui che altrimenti avrebbero dovuto finire i loro giorni nei Manicomi, gravando per tutto questo

⁹¹ App, Tit. 6, Beneficenza, Manicomio, Sffollamento ricoverati, cass. 1, 1914-1922, lettera del comandante del Presidio militare di Parma al presidente della Deputazione provinciale, 14 marzo 1917.

⁹² Aop, Carteggio antico, Lettere 1883-1917, b. 12, lettera del Direttore del manicomio di Colorno, 3 agosto 1917. Significativa in questo senso fu la risposta del direttore del manicomio di Arezzo, il quale scriveva che esisteva il rischio concreto di alleviare le conseguenze della miseria, «sostituendosi così alle Congregazioni di carità ed ai Comuni nei doveri della carità», e che per questo occorrevano mille cautele nella scelta dei soggetti da assistere. Aop, Carteggio antico, Lettere 1883-1917, b. 12, lettera del presidente del manicomio di Arezzo, 18 agosto 1917.

⁹³ A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle altre nazioni*, cit., pp. 559-584, p. 560.

tempo sui bilanci delle Amministrazioni; 2. rendono più facilmente curabili, nei manicomi, i malati acuti in causa dello sfollamento, d'onde un minor numero di individui a carico delle Amministrazioni; 3. infine, quando i Manicomi rimodernati, saranno divenuti simili agli altri Ospedali, sarà più facile che i malati vi accorranò appena si presentano i primi disturbi⁹⁴.

Ma, intanto, a Colorno i problemi di affollamento perduravano e, addirittura, si accentuavano. Mentre da un lato si tentava di svuotare il manicomio trasferendo piccoli gruppi dove era possibile o riconsegnando quei pochi individui in grado di essere nuovamente accolti nelle proprie famiglie, paradossalmente, dall'altro, nella primavera 1917, la visita all'istituto medico-pedagogico di Bertalia, nei pressi di Bologna, da parte del direttore del manicomio e del deputato provinciale delegato alla vigilanza del manicomio, R. Dell'Eva, rese necessario trovare nuovo spazio dove collocare un'altra trentina di ricoverati.

L'istituto privato, sorto per iniziativa della *Lega nazionale per la protezione dei fanciulli deficienti* fin dai primi anni del Novecento ospitava i bambini frenastenici delle province emiliane⁹⁵. Un nuovo sopralluogo, compiuto a circa un anno di distanza dal primo, dei due parmigiani si tradusse in una nuova relazione indignata e rabbiosa, nella quale venivano denunciati l'abbandono, la sporcizia e l'incuria nella quale erano costretti a vivere i bambini, trattati come animali. Naturalmente, il direttore dell'istituto cercò di giustificarsi attribuendo al conflitto in corso la necessità delle ristrettezze economiche e l'impossibilità di mantenere un trattamento adeguato per i piccoli ospiti, anche se probabilmente la ragione era da ricercare nella semplice speculazione economica. Dalle parole di Ugolotti e Dell'Eva possiamo figurarci piuttosto precisamente quanto si fossero trovati di fronte:

Affollamento, poca pulizia in tutto e per tutto, mancanza di un vero servizio sanitario, maltrattamento generale: ecco quanto abbiamo anche questa volta constatato. Abbiamo trovato quei poveri piccini raccolti in ambienti, di cui alcuni più a stalle rassomigliavano che a sale di soggiorno di un istituto medico-pedagogico; li abbiamo visti quasi tutti senza scarpe, per ragioni evidenti di economia. Economia: questo è il criterio direttivo del funzionamento di quell'istituto, e questo criterio traspare evidente ad ogni passo. Comprendiamo che la guerra – da quel personale dirigente incolpata di tutte quelle miserie – possa realmente avere creato molte e gravi difficoltà, ma comprendiamo ancor meglio come il deplorabile stato di quell'istituto dipenda essenzialmente dalla natura

⁹⁴ A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle altre nazioni*, cit., p. 584.

⁹⁵ Sull'istituto di Bertalia e sulla sua gestione si veda *Sul funzionamento dell'istituto medico-pedagogico di Bertalia. Relazione della commissione nominata dalla Deputazione provinciale*, Tip. Merlani, Bologna 1913.

dell'istituto stesso, cioè dal fatto che è un istituto di speculazione privata, coll'aggravante, veramente colposa, che questa speculazione è fatta senza limiti nemmeno di semplice opportunità, diremmo quasi senza ritegno⁹⁶.

E tuttavia, se da un lato appariva necessario allontanare i piccoli da Bertalia, dall'altro a Colorno non esistevano spazi liberi per ospitarli. Come abbiamo già visto, fu perciò deciso di creare una nuova sezione per i bambini, prendendo in affitto due case vicine al manicomio e costituendo due reparti, uno per «gli educabili, l'altro per gli ineducabili»⁹⁷.

I problemi però non sembravano terminati, perché nel frattempo la maggior parte dei piccoli ricoverati era cresciuta: di ventotto di loro, scriveva Ugolotti, solo un terzo avrebbe potuto essere collocato nel reparto infantile; gli altri venti sarebbero andati a «ingrossare le file dei malati raccolti nei reparti dell'istituto», anche se con grossi ostacoli, dal momento che non c'erano più posti letto disponibili⁹⁸.

L'enorme sovraffollamento di Colorno avrebbe trovato una soluzione – seppur destinata a non durare a lungo – solo dopo la fine della guerra, quando i nuovi reparti, costruiti o ampliati in qualche modo per far fronte alle pressanti e continue richieste di spazio durante gli anni precedenti, furono improvvisamente liberati e destinati a nuovi usi in quel nuovo tempo di pace.

Così, ad esempio, la villa Bellocchio, che era stata requisita all'inizio del 1918 per ospitare gli sfollati veneti dal ricovero di Lonigo, fu considerata un luogo adatto per essere trasformata nella “colonia agricola” dell'istituto e un'utile sede dove riaccogliere quegli alienati «cronici tranquilli» che nel corso degli anni precedenti erano stati inviati a Casale Monferrato e a Siena. Peraltro, come notava Ugolotti per caldeggiare l'ipotesi del loro rientro, non mancavano ragioni «per avere dei dubbi sul buon trattamento

⁹⁶ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 32, fasc. 6, Relazione al presidente della Deputazione provinciale di Parma, 16 aprile 1917. La prima visita venne compiuta nell'aprile 1916 dal direttore Ugolotti con Arturo Lisoni, deputato provinciale delegato alla sorveglianza del manicomio e Alfredo Valdrè, segretario generale della Provincia, dopo essere venuti a conoscenza che nei mesi precedenti erano morti 4 bambini sui 34 parmigiani ricoverati. Cfr. App, App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1915-1916, vol. II, Delibera n. 37, 22 aprile 1916. L'istituto venne definitivamente chiuso nel 1918.

⁹⁷ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1025-1057, p. 1028.

⁹⁸ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, Relazione al presidente della Deputazione provinciale di Parma, 8 giugno 1917.

usato a quei nostri malati»⁹⁹. Una trentina di parmensi, dunque, dopo la guerra fece ritorno a casa, ma solo per essere riconsegnati alla vita all'interno dell'ospedale psichiatrico della loro provincia.

Come era avvenuto per la gestione dei ricoveri, anche il peso dello smantellamento dei reparti e la fine delle emergenze era destinato a ripercuotersi sui rapporti tra il Direttore e l'Amministrazione provinciale, che gli ordinò di provvedere, per ragioni economiche, allo smantellamento del reparto dei bambini, in tutto quindici ospiti, mediante la loro riconsegna alle famiglie di appartenenza, in cambio di un sostegno economico.

Le ricerche di Ugolotti per smistare i piccoli furono complesse e infruttuose: non solo sembrava che nessun istituto potesse accoglierli ma, soprattutto, nessuno dei loro genitori era disposto a riprenderli con sé. Quel rifiuto, secondo il direttore, non faceva che confermare la propria opinione negativa sull'assistenza familiare, inadeguata a gestire simili situazioni. D'altro canto, però, la scelta da parte delle famiglie di non riprendersi i propri figli era motivata, più che da mancanza di amore, dalla mancanza di mezzi materiali e culturali per poterli accogliere. Tra le righe stentate delle risposte che giunsero alla direzione, accanto all'imbarazzo, al disagio e al dolore dei genitori si leggeva proprio la consapevolezza della propria inadeguatezza¹⁰⁰.

In ogni caso, in merito alla decisione presa dalla Provincia, il direttore criticò piuttosto apertamente i repentini e onerosi cambi di scelte nella gestione del manicomio, e chiese, in un modo quanto mai secco e tagliente, precise regole di condotta in merito agli ospiti, dal momento che quel reparto era in funzione da nemmeno tre anni:

Ad ogni modo, questa Direzione coglie anche la presente occasione per affermare l'assoluta necessità che l'On.le Amministrazione stabilisca, nei riguardi del problema dell'assistenza degli alienati, un programma deciso e ben determinato, al fine non solo di permettere a chi è preposto all'andamento dell'istituto

⁹⁹ Aop, Carteggio classificato, cat. 10, Miscellanea, b. 31, Comunicazione al presidente della Deputazione provinciale di Parma, 28 luglio 1919.

¹⁰⁰ Tra le lettere ricevute in risposta, ad esempio, una madre, cercando faticosamente di rispettare la forma burocratica e al contempo mostrare deferenza nei confronti del direttore, scriveva: «La sottoscritta F.A. dichiara che non può prendere a casa la propria bimba F.E., non sentendosi in condizioni di tenere sempre a fianco una povera scema in sì cattive forme, che già se potessi appena non l'avrei messa affatto in cotesto manicomio che già può immaginarsi l'amore dei propri figli», App, Tit. 6, Beneficenza, Manicomio, Sffollamento ricoverati, cass. 1, 1914-1922, Ricovero di bambini alienati, 1920-1922, lettera di F.A. al direttore del manicomio, 6 novembre 1920.

manicomiale una linea netta di condotta, ma anche e soprattutto di evitare spreco di danaro in lavori inutili e a base del sistema di fare e disfare¹⁰¹.

Ancora una volta, infatti, la questione determinante, per l'ente, era squisitamente di natura economica e non solo non teneva minimamente in considerazione le proposte del direttore ma, naturalmente, nemmeno la soggettività dei ricoverati o l'afflizione delle loro famiglie. Nonostante tutto, il manicomio rimaneva un problema di gestione amministrativa, come confermano le parole del deputato Annibale Squarcia nel suo intervento alla Giunta provinciale:

Evidentemente la retta giornaliera di Lire 1,50-2 proposta ai familiari perché ritirassero i loro bambini alienati dal manicomio di Colorno era troppo bassa e forse in questo sta la ragione del rifiuto quasi generale che il Direttore ha avuto da parte dei parenti. Grande vantaggio economico si otterrebbe dall'abolizione del reparto dei bambini, annesso all'Istituto manicomiale, perciò proporrei che dal Direttore venisse ripetuta ai parenti dei fanciulli ricoverati la proposta della retta giornaliera raddoppiata, ossia di Lire quattro. Assolutamente da scostarsi, secondo me, l'idea di rivolgersi ad altri istituti frenastenici per il loro ricovero poiché le rette stabilite sono più alte – almeno per quelli già interpellati – della quota che noi verremmo a fissare per le famiglie che aderissero a ritirare i loro piccoli alienati. Soltanto nel caso che per ragioni economiche si venisse nella deliberazione di sopprimere il Reparto dei bambini alienati si potrebbe accedere all'idea di inviare questi in qualche istituto ad hoc. Allora forse la spesa maggiore che s'incontrerebbe per il pagamento della retta giornaliera sarebbe compensata dalla riduzione di spese generali¹⁰².

5. Il personale, medici e infermieri

Ad aggravare il bilancio dell'Amministrazione provinciale per la gestione del manicomio durante gli anni del conflitto non fu soltanto il mantenimento dei ricoverati, o la necessità di ampliare il manicomio cercando e costruendo nuove strutture, ma anche gli oneri relativi al personale, che aumentò nel corso degli anni, cercando di far fronte all'aumento dei ricoveri.

¹⁰¹ App, Tit. 6, Beneficenza, Manicomio, Sfollamento ricoverati, cass. 1, 1914-1922, Ricovero di bambini alienati, Comunicazione al presidente della Deputazione provinciale di Parma, 8 dicembre 1920.

¹⁰² App, Tit. 6, Beneficenza, Manicomio, Sfollamento ricoverati, cass. 1, 1914-1922, Ricovero di bambini alienati, relazione del deputato Annibale Squarcia, 13 dicembre 1920 (sottolineatura nel testo). Alla fine di queste estenuanti trattative i bambini furono collocati in un istituto a Pieve Gurata, in provincia di Cremona. Cfr. App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, anno amministrativo 1920-1921, vol. I, Delibera n. 29, 30 aprile 1921.

Nel 1911 il rapporto mensile alla Prefettura sulla composizione del personale, secondo quanto previsto dal regolamento sui manicomi del 1909, registrava la presenza di settantanove persone addette alla gestione del manicomio¹⁰³.

Per un istituto che poteva contenere al massimo quattrocento ammalati, i medici erano solo tre: il direttore Ferdinando Ugolotti, e due medici di sezione, Benvenuto Bonatti e Dino Stanghellini; ad essi si aggiungevano un capo infermiere e un sottocapo infermiere, sorveglianti della sezione maschile e quattro suore ispettrici per quella femminile.

Gli infermieri erano complessivamente cinquantuno: ventisette uomini – dei quali due impiegati nella “colonia agricola” – e ventiquattro donne, che lavoravano rigidamente suddivisi secondo la loro appartenenza di genere per evitare qualsiasi forma di promiscuità con i ricoverati.

Il personale si completava infine con la manodopera addetta alle mansioni quotidiane necessarie per il funzionamento della cittadella manicomiale, strutturata in una forma quasi completamente autarchica: tre portieri, tre cuochi, otto operai e sei operaie.

Quantitativamente, i lavoratori dell’ospedale psichiatrico di Colorno non mutarono particolarmente fino all’entrata in guerra dell’Italia, se si eccettua un incremento del numero degli infermieri: nel 1915, infatti la pianta organica del personale fu rinnovata e adeguata al maggior numero di presenze con una proporzione di un infermiere ogni sei ricoverati¹⁰⁴.

Eppure, il conflitto incise radicalmente sia sull’organizzazione che sulla qualità del lavoro dei dipendenti, nonostante le rassicurazioni di Ugolotti al prefetto, che chiedeva, in caso di mobilitazione generale, di mantenere e garantire efficienza e continuità nei servizi sanitari¹⁰⁵. Secondo il direttore, infatti, non solo due dei quattro medici erano esenti dagli obblighi militari, ma non sarebbe nemmeno stato difficile

¹⁰³ Cfr. App, Ufficio personale, Disposizioni Ospedale psichiatrico provinciale, b. 1, Relazione al Prefetto, 1 febbraio 1911.

¹⁰⁴ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1915-1916, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1915 e 1916. Relazione del direttore*, pp. 700-731, p. 704.

¹⁰⁵ Aop, Ufficio personale, Miscellanea, b. 1, Personale richiamato alle armi, lettera del Prefetto di Parma al direttore del manicomio di Colorno, 12 aprile 1915.

«trovare in paese avventizi che provvisoriamente sostituiscano gl'infermieri chiamati alle armi»¹⁰⁶.

Inevitabilmente, però, la mobilitazione per la guerra coinvolse un buon numero di infermieri e operai che lavoravano “dentro”, e che furono richiamati già a partire dal mese di maggio. Nel mese di luglio 1915 gli assenti erano dieci, che diventarono quindici tre anni dopo (tra cui il ragioniere, Dante Savazzini, e uno dei due medici assistenti, Dino Stanghellini)¹⁰⁷.

In un primo tempo, il direttore cercò di fare fronte alle partenze del personale maschile per l'esercito servendosi di quello rimasto disponibile, senza assumere nuove figure, per non gravare ulteriormente sul bilancio provinciale:

Assicuro la S.V. che ho fatto e continuerò a fare tutto il possibile acciocché il personale che rimane in servizio, sia impiegato o salariato, sostituisca quello che lascia l'istituto perché richiamato alle armi. Così, mediante nuove disposizioni d'orario e di servizio, ho già provveduto, senza bisogno di ricorrere ad avventizi, al regolare funzionamento del manicomio, per quanto il numero degli infermieri sia stato notevolmente ridotto¹⁰⁸.

Il progressivo ridursi del numero degli infermieri finì però per ripercuotersi soprattutto sull'efficienza della sorveglianza, e si tradusse nella difficoltà di mantenere la situazione sotto controllo.

In particolare, una nuova evasione da parte di un ricoverato, che riuscì a fuggire dal manicomio nelle ore notturne, riuscendo ad eludere la vigilanza degli infermieri, fu giustificata dal direttore accusando lo stato di guerra. Il ventottenne parmigiano Giuseppe B. – ricoverato da oltre un anno, dopo essere entrato per la terza volta nel novembre 1914 per «deficienza mentale in soggetto epilettico» –, scappò dal manicomio nella notte del 20 settembre 1915 forzando le inferriate di una finestra del dormitorio¹⁰⁹. Interrogato in merito, il direttore spiegò al presidente della Provincia che

¹⁰⁶ Aop, Ufficio personale, Miscellanea, b. 1, Personale richiamato alle armi, lettera del direttore di Colorno al Prefetto di Parma, 15 aprile 1915.

¹⁰⁷ Cfr. Aop, Ufficio personale, Miscellanea, b. 1, Personale richiamato alle armi, comunicazione del direttore di Colorno al presidente della Provincia, 15 luglio 1918. Secondo la memoria di chi ha lavorato a Colorno, l'espressione “andare dentro” – piuttosto indicativa della rigida chiusura della struttura rispetto al mondo esterno – era un modo di dire molto frequente per indicare lo svolgimento della propria occupazione all'interno dell'ospedale psichiatrico. Alcuni racconti di infermieri tra gli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento sono in M. Becchetti, I. La Fata, Maria Teresa Moschini, *La fabbrica dei matti. L'ospedale psichiatrico nei racconti di alcuni colornesi ai ragazzi*, Comune di Colorno, Colorno 2008.

¹⁰⁸ App, Titolo 6, Beneficenza, Manicomio, Personale, Istruzioni e disposizioni, 1911-1923, lettera del direttore al presidente della Deputazione provinciale, 30 maggio 1915.

¹⁰⁹ Aop, Cartelle cliniche, B.G., lettera del direttore alla Deputazione provinciale, 20 settembre 1915.

gli infermieri non avevano alcuna responsabilità, in parte per l'astuzia di Giuseppe, descritto come un lucido criminale, e in parte per le complicazioni derivanti da una gestione con meno personale a disposizione:

Nell'evasione del B. sono da escludersi mancanze da parte del personale, come pure sono da escludersi le manchevolezze dei servizi; per quanto, in causa dei numerosi richiami alle armi, gli stessi servizi non procedono con quella regolarità colla quale procedevano prima della guerra¹¹⁰.

La continua emorragia di personale non poteva essere tamponata troppo a lungo utilizzando solo i lavoratori rimasti; per questo, solo pochi mesi dopo l'inizio del conflitto, l'undicesimo richiamo alle armi di un infermiere costrinse il direttore ad assumere per la prima volta personale con contratti a termine:

Col richiamo alle armi avvenuto oggi stesso dell'infermiere Piccoli, sono 11 gli infermieri di questo stabilimento fino ad ora richiamati al servizio militare, cioè poco meno di un terzo del numero totale del personale maschile d'assistenza. Fino ad oggi, come la S.V. ben sa, sono riuscito, senza ricorrere a personale avventizio, a mantenere il regolare funzionamento dell'istituto, ricorrendo soprattutto all'opera del personale femminile. Ma ora tutte le risorse che ho potuto ricavare dal personale stabile sono state sfruttate, e quindi non mi è più possibile procedere con lo stesso metodo, tanto più che il numero dei ricoverati è fortemente aumentato e continua ad aumentare. Perciò mi pregio chiedere alla S.V. ill.ma l'autorizzazione di sostituire l'infermiere Piccoli (e così tutti quelli che potranno in seguito eventualmente essere richiamati alle armi) con personale avventizio¹¹¹.

Per la Provincia, però, l'obiettivo del direttore doveva essere sempre quello di gestire l'istituto nel migliore dei modi non perdendo mai di vista il massimo risparmio economico. Così, quando nel febbraio 1917 ritornò dal fronte l'infermiere Ildebrando Delfrate dopo essere stato ferito tanto seriamente da perdere un occhio, il deputato Dell'Eva, di concerto con il direttore, propose di non licenziarlo ma di assegnargli un'altra mansione di minore responsabilità, cioè la sorveglianza dei «ricoverati tranquilli» addetti ai servizi generali dello stabilimento¹¹².

¹¹⁰ Aop, Cartelle cliniche, B.G., lettera del direttore alla Deputazione provinciale, 26 ottobre 1915.

¹¹¹ App, Titolo 6. Beneficenza, Manicomio, Personale, Istruzioni e disposizioni, 1911-1923, lettera del direttore al presidente della Deputazione provinciale, 31 agosto 1915. Cfr. anche App, della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo '915-'916, parte I, Verbali, Delibera n. 5, 4 settembre 1915.

¹¹² App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1916-1917, vol. II, Delibera n. 23, 27 febbraio 1917.

In ogni caso, sia che fossero assunti stabilmente oppure solo provvisori, i dipendenti del manicomio furono costretti a un sovraccarico di lavoro per fronteggiare le necessità quotidiane di oltre cinquecento ricoverati. Ad esempio, la chiamata alle armi del barbiere del manicomio, Emilio Gemma, comportò la decisione di non assumere nuovo personale, ma di assegnare quella mansione a un infermiere in grado di sostituirlo, che si trovò così a svolgere contemporaneamente un doppio incarico¹¹³.

Lo stesso direttore si trovò un carico gravoso sulle spalle, essendo costretto ad assumere su di sé gli incarichi lasciati vacanti da figure richiamate alle armi, come l'economo, o dovendo sostituirsi ai medici richiamati al fronte. Con le sue parole, egli cercava di comunicare tranquillità e capacità gestionale anche nell'emergenza, ma ribadiva allo stesso tempo la fatica di continuare a lavorare in simili condizioni:

Le funzioni di economo – pure richiamato alle armi – vennero assunte dal Direttore; i medici non vennero sostituiti da avventizi, cosicché il servizio sanitario venne costantemente disimpegnato da quelli che rimasero nell'istituto, per mezzo di una costante intensificazione dei loro orari di servizio e della loro operosità¹¹⁴.

L'incremento costante del numero dei ricoverati e la diminuzione del personale incisero piuttosto profondamente sulla qualità del lavoro all'interno del manicomio e inasprì i rapporti tra personale sanitario e Amministrazione provinciale.

Già nel 1914, il giornale socialista "Il presente" riportava la notizia di una vertenza degli infermieri di Colorno, nella quale essi reclamavano l'aumento del

¹¹³ App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1916-1917, vol. II, Delibera n. 20, 20 gennaio 1917.

¹¹⁴ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1915-1916, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1915 e 1916. Relazione del direttore*, pp. 700-731, p. 704. Solo alla fine del conflitto il direttore si sarebbe compiaciuto attribuendosi il merito di essere riuscito a mantenere la normalità nonostante l'eccezionalità della situazione. Nella sua relazione all'amministrazione provinciale, egli ribadiva l'enorme lavoro svolto per mantenere la normalità durante il periodo bellico, nonostante tutti – ricoverati e personale – abbiano «sentito, com'era inevitabile e doveroso, i sacrifici imposti dalla gravità dei momenti» e nonostante l'afflusso di ricoverati per motivi di guerra: «e mi sia permesso ricordare che, a tale lavoro dell'ufficio di economato, venne contemporaneamente ad aggiungersi un notevole aumento di lavoro per parte dell'ufficio di direzione, sia in causa del forte e brusco aumento della popolazione manicomiale, sia in causa della istituzione di parecchi nuovi reparti nell'istituto, sia infine in causa del servizio di osservazione dei militari, per due anni impostoci dall'autorità militare. E ciò malgrado che uno dei 4 sanitari dell'istituto (dottor Federici) sia stato costantemente assente, ed un altro (dottor Stanghellini) vi sia stato, a più riprese, per parecchi mesi», Aop, Ufficio Personale, Regolamenti interni e disposizioni di servizio, b. 1, Gestione amministrativa nel quadriennio 1915-1918, Relazione al presidente della Deputazione provinciale, 12 marzo 1919.

personale di assistenza, «insufficiente alla cura e alla sorveglianza», e al tempo stesso criticavano la «tirchieria» della Provincia¹¹⁵.

Il conflitto non fece che aggravare le difficoltà e i problemi connessi al lavoro in manicomio, perché, intensificando gli orari e i turni di lavoro, la stanchezza dei dipendenti aumentava di conseguenza.

Ad essa, poi, si aggiungevano, naturalmente, l'aumento dei prezzi, la difficoltà degli approvvigionamenti, e l'inasprimento generale delle condizioni di vita. Come ha evidenziato Giovanna Procacci, questi elementi crearono le «condizioni oggettive» per l'innescare e la diffusione della protesta nelle città e nelle campagne, seppure con modalità e gradi di intensità e consapevolezza diversi da una zona all'altra e anche da una provincia all'altra¹¹⁶.

Non possiamo stabilire quale livello di consapevole protesta si celi dietro la decisione, nel marzo 1916, da parte di «tutto il personale salariato, maschile e femminile» di rinunciare a versare l'1% del proprio salario mensile a favore delle «famiglie bisognose dei richiamati»¹¹⁷, ma certamente ci può segnalare, oltre ai crescenti problemi economici dei lavoratori, anche il loro senso di diffidenza e sfiducia nella guerra.

Similmente, un ragionamento analogo può essere svolto analizzando l'aumento delle assenze dal lavoro (sempre motivate come malattie) e delle punizioni, quasi

¹¹⁵ *L'agitazione degli infermieri nel manicomio*, in "Il presente", 16 maggio 1914.

¹¹⁶ Cfr. Giovanna Procacci, *Il comportamento popolare dalla rassegnazione alla rivolta*, in Ead., *Dalla rassegnazione alla rivolta. Mentalità e comportamenti popolari nella grande guerra*, Bulzoni, Roma 1999, pp.43-146. Sui caratteri dell'organizzazione del lavoro durante la guerra si veda M. Bettini, *Le «relazioni industriali» durante la prima guerra mondiale*, in "Studi storici", nn. 2-3, 1993; Id., *Orari di lavoro nell'industria italiana 1907-1923*, in Paolo Giovannini (a cura di), *Di fronte alla Grande guerra. Militari e civili tra coercizione e rivolta*, Ancona 1997. Sulle contestazioni nelle fabbriche durante la grande guerra si veda almeno Alessandro Camarda, Santo Peli, *L'altro esercito. La classe operaia durante la prima guerra mondiale*, Feltrinelli, Milano 1980; Stefano Musso, *Gli operai di Torino 1900-1920*, Milano 1980; G. Procacci (a cura di), *Stato e classe operaia in Italia durante la prima guerra mondiale*, Franco Angeli, Milano 1983; A. Camarda, S. Peli, "Mai di domenica". *La sospensione del riposo festivo durante la Grande Guerra*, in "Studi Bresciani", n. 15, 1984. Sulle rivolte nelle campagne cfr. Natalia De Stefano, *Moti popolari in Emilia Romagna (1915-1917)*, in "Rivista storica del socialismo", n. 32, 1967, pp. 191-216; Antonio Parisella, *Le lotte dei contadini nel Lazio dalla guerra al fascismo*, in "Annali dell'istituto A. Cervi", n. 1, 1978, pp. 201-210; G. Procacci, *La protesta delle donne nelle campagne*, in Ead., *Dalla rassegnazione alla rivolta*, cit., pp. 207-252. Per il caso parmense si veda Umberto Sereni, *Il movimento cooperativo a Parma. Tra riformismo e sindacalismo*, De Donato, Bari 1977.

¹¹⁷ Aop, Ufficio personale, Miscellanea, b. 1, Personale richiamato alle armi, comunicazione del direttore di Colorno al presidente della Deputazione provinciale di Parma, 1 marzo 1916. Gli unici che continuarono a versare il contributo furono il direttore, i due medici di sezione, il commesso, il capo infermiere, il cappellano e le suore. La decisione, a favore del "Comitato locale di soccorso per le famiglie bisognose dei soldati" era stata presa quasi all'unanimità dal personale due mesi dopo l'inizio del conflitto, cfr. Aop, Ufficio personale, Miscellanea, b. 1, Personale richiamato alle armi, lettera del direttore di Colorno al Prefetto di Parma, 1 luglio 1915.

sempre «per lievi mancanze», inflitte agli infermieri. Ogni mese, il direttore segnalava infatti di avere dovuto punire due, tre infermieri o infermiere soprattutto per inosservanza degli orari o eccessiva durezza nel trattamento dei ricoverati, dovute con ogni probabilità a sfiancamento ed esasperazione. Piuttosto continue per tutti i mesi della guerra, le punizioni raggiunsero l'acme nell'ottobre 1916, quando in un mese solo furono punite venti persone, sia uomini che donne¹¹⁸.

L'aumento tanto considerevole delle punizioni può essere messo in relazione con la richiesta, avanzata nello stesso mese, da parte della Lega infermieri del manicomio alla giunta provinciale per chiedere un miglioramento dei salari:

L'eccezionale attuale momento, il quale vede aumentare enormemente il costo della vita, costringe il personale salariato del manicomio a fare istanza alla S.V. Ill.ma affinché l'On.le Deputazione voglia loro concedere un congruo miglioramento dei salari, onde possano far fronte al sostentamento proprio e delle loro famiglie, almeno per la durata delle presenti contingenze. Ben conoscendo i sentimenti di umanità e di giustizia che animano la S.V. Ill.ma, i salariati osano sperare che l'On.le Amministrazione vorrà, come hanno già fatto moltissime altre provincie, prendere in benevola considerazione i desideri su espressi¹¹⁹.

Ci pare dunque che anche per i lavoratori dell'ospedale psichiatrico di Colorno si possano applicare le considerazioni di Santo Peli in merito all'aumento della conflittualità sociale nelle fabbriche durante la guerra, che si esprimeva in forme di lotta molto articolate e diverse dallo sciopero tradizionale, come boicottaggio, assenteismo, indisciplina, sabotaggio¹²⁰.

¹¹⁸ Alcuni di questi non erano nemmeno assunti a tempo indeterminato, ma solo avventizi. Accanto a loro, inoltre, furono puniti anche il capo e il sotto capo infermiere. Cfr. App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1916-1917, vol. I, Delibera n. 12, 18 novembre 1916. Secondo il registro delle punizioni, le mancanze del personale furono le più disparate, e andavano dall'aver dimenticato le porte aperte a risposte sgarbate al direttore, fino al mancato rispetto delle consegne ricevute in merito agli ammalati, cfr. Aop, Registri delle punizioni, Registro 1, 1901-1922.

¹¹⁹ App, Titolo 6, Beneficenza, Manicomio, Personale, Istruzioni e disposizioni, 1911-1923, lettera dei rappresentanti degli infermieri al presidente della Deputazione provinciale, 4 ottobre 1916. I rappresentanti erano Roberto Gerbella, Calisto Fiordispini (tra i venti puniti in quel mese), Luigi Cocchi, Luigi Dominici. Altre richieste simili erano già state avanzate nell'aprile dell'anno precedente dalle infermiere e infermieri che avevano lavorato di più e per questo avevano chiesto un aumento del salario, cfr. App, Titolo 6. Beneficenza, Manicomio, Personale, Istruzioni e disposizioni, lettera delle infermiere alla Deputazione provinciale, 23 aprile 1915 (firmata da Elisa Marenzoni e Catterina Stringhini, e vistata dal direttore Ugolotti) e quella degli infermieri aderenti alla Camera del lavoro al Presidente della Deputazione provinciale, 2 aprile 1915.

¹²⁰ S. Peli, *La fabbrica militarizzata*, in *Gli italiani in guerra. Conflitti, identità, memorie dal Risorgimento ai nostri giorni*, vol. III, t. 1, *La Grande Guerra: dall'intervento alla "vittoria mutilata"*, Utet, Torino 2008, pp. 662-669. Altre riflessioni sulle proteste dei lavoratori, anche ospedalieri, nel padovano, città – come Parma – scarsamente industrializzata, sono in Id., *Il proletariato*, in Mario Isnenghi (a cura di), *Padova capitale al*

Visti i risultati ottenuti dagli infermieri – cui era stato riconosciuto un aumento di salario –, l’anno seguente, anche categorie più tradizionalmente deboli come i dipendenti “a termine” (assunti per la sola durata della guerra), reclamarono un aumento del salario, per renderlo adeguato al maggiore costo della vita:

I sottoscritti assunti in qualità di Infermieri nel Manicomio Prov.le di Parma in Colorno, come straordinari (per la durata della guerra) visto che il costo della vita, in questo eccezionale momento, è triplicato ed i generi di prima necessità sono in continuo aumento; ed il magro stipendio di L. 90 mensili non può più far fronte ai bisogni impellenti della nostra famiglia. Per le ragioni sopra indicate fanno viva istanza onde volesse concedergli un aumento di stipendio proporzionato al maggior costo della vita. Fiduciosi che Ella con alto senso di giustizia vorrà accordare la nostra giusta domanda¹²¹.

All’ennesima richiesta da parte degli infermieri “stabili” per l’aumento di alcune indennità di servizio – legate essenzialmente al rimborso del pranzo durante le assenze per malattie o per missioni fuori dall’istituto, l’Amministrazione provinciale oppose un fermo rifiuto, motivandolo con l’adeguatezza delle concessioni già elargite in precedenza:

La Deputazione [...] ha ritenuto che i miglioramenti richiesti non potrebbero essere concessi, senza creare una disparità di trattamento in nessun modo giustificabile, se non a seguito di una riforma generale dell’organico così del manicomio come degli altri stabilimenti e uffici dipendenti dalla Provincia. Tanto più che il personale di assistenza del manicomio, a cui l’Amministrazione volse fin dal 1914 la sua benevola attenzione, ha già ottenuto un non lieve aumento di salario ed altri non pochi miglioramenti, che tutte le altre categorie di dipendenti attendono e invocano ancora. Senza dire, poi, che con l’indennità di caro-viveri già concessa, di cui la Deputazione propone anche al Consiglio un lieve aumento di L. 5 mensili, si è inteso di dare a tutti, in uguali proporzioni, un tenue compenso ai disagi e ai sacrifici imposti dalle eccezionali condizioni del momento, per le quali la riforma d’organico, già da tempo allo studio, non può per ora essere attuata¹²².

La partita tra infermieri e Amministrazione provinciale sembrava riproporre una sorta di classico “duello” che veniva combattuto fra operai e padronato, e che spingeva i lavoratori ad avanzare rivendicazioni economiche precise e puntigliosamente calcolate, incentivate dalla contingenza del momento storico:

fronte. Da Caporetto a Villa Giusti, Atti del convegno omonimo, Comune di Padova, Padova 1990, pp. 95-111.

¹²¹ App, Titolo 6, Beneficenza, Manicomio, Personale, Istruzioni e disposizioni, 1911-1923, lettera degli infermieri avventizi al presidente della Deputazione provinciale, 25 aprile 1917.

¹²² App, Titolo 6, Beneficenza, Manicomio, Personale, Istruzioni e disposizioni, 1911-1923, lettera del presidente della Deputazione provinciale, 11 dicembre 1917.

Che si tratti di conflitto tra due avversari, che gli uni cerchino di strappare agli altri il massimo, è ovvio, fisiologico. La presunzione di un interesse generale, patriottico, appartiene ovviamente al progetto di relazioni industriali portato avanti dalla Mobilitazione industriale; ma la frequenza, la durata e la durezza dei conflitti di lavoro testimoniano di una lotta contro l'intensità dello sfruttamento, e per la conquista di un salario, la cui quantità e struttura vengono minuziosamente studiate e contrattate¹²³.

Né le rivendicazioni di aumenti salariali erano caratteristiche della maestranza maschile; anche le donne, in primo luogo quelle che già lavoravano in manicomio, parteciparono alle richieste di miglioramento nella stessa misura dei loro colleghi uomini. In concomitanza con l'aumento dei richiamati e con la difficoltà di trovare sostituti maschili, però, anche nel piccolo manicomio di Colorno il direttore cominciò ad incrementare il personale femminile¹²⁴.

Inizialmente le lavoratrici furono utilizzate per sostituire gli uomini – nonostante il regolamento prevedesse una rigida divisione dei ruoli nei vari reparti e assegnasse alle infermiere mansioni quasi esclusive di pulizia dei locali e cura dei ricoverati¹²⁵ – per svolgere anche ruoli più tradizionalmente maschili, come la sorveglianza nei reparti o la gestione di sartoria e cucine. In seguito, però, la necessità

¹²³ S. Peli, *Operai e guerra. Materiali per un'analisi dei comportamenti operai nella prima e nella seconda guerra mondiale*, in Stefano Musso (a cura di), *Tra fabbrica e società: mondi operai nell'Italia del Novecento*, Feltrinelli, Milano 1999, pp. 197-227. Sulla Mobilitazione industriale si veda anche Loredana Mascolini, *Il ministero per le Armi e Munizioni (1915-1918)*, in "Storia contemporanea", n. 6, a XI, 1980, pp. 933-968; Umberto Massimo Miozzi, *La mobilitazione industriale italiana (1915-1918)*, La goliardica, Roma 1980; Luigi Tomassini, *Lavoro e guerra. La Mobilitazione industriale italiana 1915-18*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli 1997; John Horne, *Operai, movimenti operai e mobilitazioni industriali*, in Stéphane Audoin-Rouzeau, Jean-Jacques Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, edizione italiana a cura di Antonio Gibelli, Einaudi, Torino 2007, pp. 21-34.

¹²⁴ Cfr. Aop, Carteggio classificato, cat. 6.1, Personale infermieristico e amministrativo, b. 11, lettera del direttore al presidente della Deputazione provinciale, 30 novembre 1917. Lo stesso direttore ribadì a più riprese e nel corso dei tre anni di guerra i problemi riscontrati per rintracciare persone in grado di lavorare all'interno del manicomio, come ad esempio avvenne il 17 agosto 1918, quando fu costretto a licenziare un infermiere avventizio appena assunto «per assoluta incapacità intellettuale di compiere le funzioni d'infermiere», aggiungendo che «fino ad ora non mi è stato possibile trovare un sostituto», Aop, Ufficio personale, Miscellanea, b. 1, Personale richiamato alle armi, comunicazione del direttore di Colorno al presidente della Deputazione provinciale di Parma, 17 agosto 1918. Sulla storia delle donne con particolare riferimento alla Grande guerra si veda Anna Bravo, *Donne contadine nella prima guerra mondiale*, in "Società e storia", n. 10, 1980, pp. 843-861; Dianella Gagliani, Mariuccia Salvati (a cura di), *Donne e spazio nel processo di modernizzazione*, Clueb, Bologna 1995; Barbara Curli, *Italiane al lavoro 1914-1920*, Marsilio, Venezia 1998; Augusta Molinari, *Corpi al lavoro. Operaie a Genova tra Grande guerra e fascismo*, in Ead., *Donne e ruoli femminili nell'Italia della Grande guerra*, Selene edizioni, Milano 2008, pp. 97-110; Simonetta Ortaggi Cammarosano, *Donne, lavoro, grande guerra*, Unicopli, Milano 2009;.

¹²⁵ Cfr. il *Regolamento speciale conforme alla legge 14 febbraio 1904 n. 36 e al regolamento 16 agosto 1909 n. 615*, tip. Zerbini e Fresching, Parma 1912, capp. V-VI. Il nuovo regolamento sarebbe stato predisposto solo dopo la guerra, nel 1920, e approvato tre anni dopo dal Consiglio superiore di sanità, cfr. Acs, Mi, Dgs, b. 606, Manicomio di Colorno, approvazione del regolamento del manicomio di Colorno, 26 luglio 1923.

di disporre di sempre maggiore personale per gestire l'aumento dei ricoveri costrinse il direttore a procedere con nuove assunzioni. Le nuove ingaggiate, entrate nel corso degli anni di guerra con un contratto a tempo determinato, furono poi assunte stabilmente, dal momento che, secondo Ugolotti, l'aumento di lavoro verificatosi con la guerra non sarebbe più venuto meno¹²⁶.

Senza entrare nel merito del dibattito sulla questione se la grande guerra abbia o meno stimolato tendenze emancipatrici nel mondo femminile, in questo caso sicuramente la ripercussione fu piuttosto potente, non solo per la disgregazione delle strutture familiari o delle abitudini quotidiane, ma anche per la necessità di doversi abituare a mansioni mai sperimentate prima¹²⁷.

In quegli anni, del resto, diversi manicomi dovettero adeguarsi a utilizzare personale femminile in alternativa agli uomini richiamati alle armi; tra questi figurò il direttore dell'istituto di Cremona, il quale tentò l'esperimento e se ne dichiarò enormemente soddisfatto, anche per la tradizionale consuetudine femminile ai lavori di cura:

L'esperimento dura dal 1 agosto 1915. Non ne sono seguiti che effetti buoni, quali erano da aspettarsi da personale assai più adatto all'assistenza dei malati e al buon governo dei quartieri. E non ne sono nati inconvenienti di sorta. Il punto più delicato è certamente quello di una buona scelta del personale. All'età non mi è parso di dover dare importanza [...]. Ho dato invece molta importanza al carattere, badando che fossero giudiziose, serie, di contegno sicuro¹²⁸.

Ma in quel triennio la guerra non fu l'unico elemento a portare scompiglio nell'attività e nella vita quotidiana nel manicomio, o ad aumentarne i problemi di gestione, perché nel 1918 l'influenza spagnola investì anche la provincia di Parma. L'infezione, riconosciuta negli Stati Uniti nel marzo 1918, si diffuse assai rapidamente in Europa e giunse in Emilia Romagna verso l'estate. Per quanto non sia stato provato

¹²⁶ App, Titolo 6, Beneficenza, Manicomio, Personale, Istruzioni e disposizioni, 1911-1923, lettera del direttore del manicomio al presidente della Deputazione provinciale, 27 novembre 1918. Complessivamente, il numero delle infermiere aumentò di dieci unità, e da trentasei, nel corso degli anni di guerra passò a quarantasei.

¹²⁷ Per il dibattito sui presunti esiti emancipatori del lavoro femminile durante la guerra si veda in particolare B. Curli, *Italiane al lavoro*, cit., pp. 19-33.

¹²⁸ Amadei, *L'assistenza femminile in un comparto maschile del Manicomio Provinciale di Cremona*, in "Rivista sperimentale di freniatria", vol. 41, a. LII, 1915, pp. 635-636. Considerazioni analoghe erano state già avanzate anche prima della guerra dal dottor G. Vidoni della clinica psichiatrica di Genova; cfr. Id., *Un esperimento di assistenza femminile agli ammalati di mente ricoverati in Manicomi*, in "Quaderni di psichiatria", vol. 2, febbraio 1915, pp.69-89.

il rapporto diretto fra guerra e esplosione dell'epidemia, inevitabilmente i trasporti delle truppe o gli spostamenti degli eserciti anche a breve raggio facilitarono la diffusione dell'influenza su tutto il territorio¹²⁹.

Complessivamente, tra l'agosto 1918 e il mese di gennaio 1919 solo a Parma si contarono un migliaio di decessi, 654 civili e 360 militari¹³⁰. Chiaramente, i luoghi maggiormente a rischio furono quelli dove le persone vivevano concentrate, proprio come gli ospedali o il manicomio di Colorno. Secondo quanto riportato dal direttore, nell'istituto, furono colpiti quasi la metà dei degenti e gran parte degli assistenti, provocando complessivamente trentuno vittime:

L'epidemia influenzale inferì anche nel nostro istituto alla fine dell'estate del 1918, colpendo, quasi contemporaneamente oltre la metà dei ricoverati e quasi l'80% del personale di assistenza, con una mortalità del 8% circa dei ricoverati colpiti e di due sole infermiere fra tutto il personale¹³¹.

Dalla fine del mese di settembre, vista la velocità con la quale l'epidemia si stava propagando, il direttore si organizzò istituendo turni prolungati per gli infermieri sani, ma presto l'emergenza prese il sopravvento, e quella soluzione non bastava più. Del resto, dell'insufficienza delle misure prese era convinto lo stesso Ugolotti, che scrisse all'Amministrazione provinciale dicendosi «certo che si [anda]va determinando nello stabilimento uno sconvolgimento generale dei servizi (specie quello d'assistenza)»¹³².

In una circostanza di tale emergenza, «di sacrificio e di intenso lavoro», egli scardinò tradizioni sedimentate, riuscendo a sostituire gli infermieri assenti per malattia

¹²⁹ A Parma la stampa locale, pur cercando di non allarmare i lettori e di minimizzare la portata dell'epidemia segnalava che in città, nella prima settimana di diffusione dell'influenza, si erano verificate 77 morti, tra le quali 37 erano militari, cfr. *La salute pubblica in città*, in "Gazzetta di Parma", 29 agosto 1918. Sull'influenza pandemica "spagnola" si rimanda almeno a Gina Kolata, *Epidemia, Storia della grande influenza del 1918 e della ricerca di un virus mortale*, Milano, Mondadori, 2000; Eugenia Tognotti, *La "Spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-1919)*, Franco Angeli, Milano 2002; Howard Phillips, David Killingray (ed.), *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19. New perspectives*, Routledge, London-New York 2003; Richard Collier, *L'influenza che sconvolse il mondo. Storia della spagnola, la pandemia che uccise 20 milioni di persone*, Mursia, Milano 2006 (ed. or. 1974).

¹³⁰ C. Berziera, *Parma nella grande guerra (1914-1919). Interventismo, condizioni di vita, organizzazione assistenziale*, in "Storia e documenti", n. 6, 2001, p. 25.

¹³¹ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1025-1057, p. 1031. Oltre alle due infermiere morirono 29 ricoverati, 15 uomini e 14 donne. Cfr. Aop, Registri di popolazione, reg. 21, 1918.

¹³² App, Atti della Deputazione provinciale di Parma, Amministrazione generale, Anno amministrativo 1918-1919, volume I, Delibera n. 4, 1 ottobre 1918.

con alcune alienate, descritte come persone degne di fiducia, alle quali furono addirittura affidate le chiavi dei reparti¹³³. Decisione notevole quanto innovativa, indispensabile per fare fronte ad un'urgenza contingente, ma che non sarebbe mai stata possibile senza una buona disposizione del direttore nei confronti dei ricoverati e della loro dignità di individui.

6. Il manicomio e i comandi militari

Come si è visto, la guerra costituì senza dubbio l'elemento maggiormente perturbante nella vita del manicomio, che si trascinava piuttosto quietamente da una quarantina d'anni ma che nel giro di pochi anni si trovò profondamente scosso, sia nella struttura che nelle persone che vi gravitavano intorno.

L'impatto più travolgente derivò dalla necessità di accogliere nuovi ricoverati, quei soldati che mostravano sintomi ai quali i sanitari delle strutture ospedaliere tradizionali non riuscivano a dare un nome, per quanto essi fossero preparati all'evenienza di trovarsi di fronte a «una miriade di mali, straordinariamente vari, in gran parte di aspetto nuovo o impreveduto tali da sovrappassare le possibilità curative della migliore fra le organizzazioni sanitarie», come aveva scritto il maggiore medico Gaetano Boschi¹³⁴.

L'enorme mobilitazione sanitaria avviata sin dall'inizio del conflitto cercava infatti di rispondere alla necessità di ottenere la massima efficienza dei soldati, tutelandone in primo luogo la salute. L'esercito italiano aveva per questo predisposto un servizio sanitario articolato e rigorosamente strutturato, che pure si dovette progressivamente adattare all'andamento della guerra, organizzato in modo diverso a seconda delle zone militari nelle quali era stato suddiviso il territorio nazionale¹³⁵.

¹³³ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1025-1057, p. 1031.

¹³⁴ G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano 1931, p. 21.

¹³⁵ Sull'organizzazione dei servizi sanitari si veda in particolare G. Massarotti, *Ospedalizzazione militare in guerra*, Ravà e C., Milano 1915. Analisi più recenti sono in Ferruccio Botti, *La logistica dell'Esercito Italiano (1831-1981)*, vol. II, *I servizi dalla nascita dell'esercito italiano alla Prima guerra mondiale (1861-1918)*, Stato maggiore dell'Esercito, Roma 1991; Giovanna Procacci, *Warfare-Welfare. Assistenza, controllo sociale e militarizzazione in Italia*, in Emilio Franzina (a cura di), *Una trincea chiamata Dolomiti*, Gaspari, Udine 2003, pp. 45-68. Il caso emiliano-romagnolo è stato studiato in Fabio Montella, Francesco Paoletta,

Accanto alle formazioni sanitarie di prima e seconda linea, nelle retrovie erano in funzione gli ospedali di riserva, che accoglievano malati e feriti sgombrati dalle zone di guerra e che furono attrezzati per potenziare la propria capacità utilizzando tutti i locali che potevano essere adibiti al ricovero dei degenti.

Così, a Parma, l'ospedale centrale militare – nell'ex Convento dei Servi – che prima del conflitto disponeva solo di un centinaio di letti, fu riadattato aggiungendo frettolosamente spazio e posti letto con modalità straordinariamente simili a quanto stava accadendo nel manicomio di Colorno:

L'ospedale, non ostante gli sforzi compiuti negli ultimi mesi e malgrado l'infinita pietà dei preposti alla cura, presenta tutte le pecche degli organi non creati per la funzione, ma resi atti alla vita attraverso la buona volontà priva di armi. Più ampia vi piove la luce in confronto al passato, mutati sono pareti e pavimenti... ma l'antica struttura male si piega alla necessità del presente; ed invano si cerca la mistica luce delle sale moderne ove il ferito quasi sente la grande pietosa famiglia che vigila attorno al soccorso¹³⁶.

Per incrementare lo spazio a disposizione del servizio sanitario militare, furono ristrutturati anche l'Ospedale maggiore e la clinica chirurgica di via Imbriani; entro il primo biennio di guerra, inoltre, tutti gli edifici idonei furono trasformati in ospedali succursali, sia in città che in provincia¹³⁷.

Felicita Ratti (a cura di), *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia Romagna durante la Prima Guerra Mondiale*, Clueb, Bologna 2010.

¹³⁶ Ernesto Bertarelli, *Gli ospedali militari di Parma*, in "Aurea Parma", n. 3, luglio-dicembre 1915, pp. 168-177, p. 173. Per una descrizione degli ospedali militari parmigiani durante la grande guerra, oltre a E. Bertarelli, *Gli ospedali militari di Parma*, cit., si veda anche Ferrante Della Valle, Glauco Lombardi, Armando Rossi, *Gli ospedali militari di Parma nel primo biennio di guerra*, Fresching, Parma 1917; Giuseppe Balestrazzi, *Ospedali di guerra*, in "Rassegna mensile", maggio 1928, pp. 94-95, ripubblicato integralmente in Id., *Il contributo di Parma alla vittoria*, in "Aurea Parma", n. XXII, 1938, pp. 192-195. Una ricostruzione del servizio sanitario di guerra a Parma è in Maria Ortensia Banzola Pellegrini, *Organizzazione sanitaria dell'esercito italiano – Ospedali militari a Parma durante il primo conflitto mondiale*, in AA.VV., *Figure, luoghi e momenti di vita medica a Parma*, Argrafica Silva, Parma 2003, pp.401-484.

¹³⁷ Le strutture della città utilizzate come ricovero per i militari feriti o infermi furono il convitto "Maria Luigia" (che prima era sede dell'ospedale della Croce rossa fino a che questo non fu trasferito nel Seminario vescovile), trasformato in ospedale contumaciale, le scuole Pietro Cocconi, il pensionato delle Salesiane, l'ospedale territoriale della Croce rossa nell'ex Monastero di San Paolo al Seminario maggiore, la Casa di cura Villa Ombrosa, che si occupava di malattie chirurgiche e ginecologiche, l'Istituto saveriano delle Missioni estere, e il collegio delle Orsoline, che ospitò l'ospedale territoriale della Cri "Città di Vicenza". A questi edifici, poi, si aggiungevano diversi ospedali succursali in provincia, tra cui Collecchio, Noceto, Salsomaggiore, e Colorno. Quest'ultimo incominciò a funzionare il 31 luglio 1915 nell'edificio sede del "Ricovero dei vecchi", sulla strada provinciale che conduce al Po, in un angolo del giardino che circonda l'ospedale civile. Cfr. Ferrante Della Valle, Glauco Lombardi, Armando Rossi, *Gli ospedali militari di Parma nel primo biennio di guerra*, cit., passim.

E tuttavia, ai medici parve subito chiaro che gli ospedali militari, per quanto attrezzati ad accogliere il maggior numero di feriti provenienti dal fronte, non erano preparati a gestire tutte le difficoltà connesse al nuovo conflitto.

Il modulo prestampato con il quale l'ospedale militare succursale di Parma inviava i soldati a Colorno in osservazione, infatti, recitava:

non disponendosi in questo Ospedale dei mezzi per la opportuna custodia e sorveglianza e ritenendo l'individuo pericoloso a sé ed agli altri, si propone venga inviato al Manicomio provinciale di Parma in Colorno dove può essere trasportato senza danno per la sua salute fisica¹³⁸.

In altre parole, risultava necessario che i manicomi civili dovessero servire da sponda e argine per accogliere quei soldati con sintomi troppo strani per essere gestiti da una struttura ospedaliera. Per questo, tra la fine del 1915 e i primi mesi del 1916 numerosi manicomi pubblici italiani si attrezzarono per costruire padiglioni e sezioni speciali per i militari alienati (o presunti tali), proprio come era accaduto a Colorno¹³⁹.

Ricalcando la struttura dell'organizzazione sanitaria militare, i manicomi civili rientravano tra quegli ospedali delle retrovie dove potersi dedicare ad indagini cliniche approfondite sugli alienati lontani dall'urgenza e dal caos della prima linea. Secondo Augusto Tamburini, consulente per l'organizzazione del «servizio nevro-psichiatrico di guerra nell'Esercito italiano», tra medici militari e civili avrebbe dovuto esserci la massima collaborazione:

Poiché il numero dei Medici alienisti militari e degli infermieri militari non può essere proporzionato ai bisogni di guerra, e la specializzazione in un ramo così particolare di servizio non può essere consentita a molti, dovendo altre e valide forze intellettive dedicarsi ad altre necessità, specie chirurgiche, occorre fare appello alla cooperazione di Medici alienisti civili, i quali soprattutto possono agire nelle zone più lontane del teatro della guerra¹⁴⁰.

¹³⁸ Aop, Cartelle cliniche, C. G., modulo di trasmissione dall'ospedale militare di Parma al manicomio di Colorno, 5 novembre 1916.

¹³⁹ Cfr. Augusto Tamburini, *Sul servizio psichiatrico di guerra*, in "Rivista sperimentale di freniatria", 1916, p. 511. I manicomi dove sarebbero state istituite sezioni militari erano quelli di Torino, Alessandria, Novara, Treviso, Milano, Genova, Pavia, Cremona, Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Brescia, Verona, Udine, Belluno, Firenze, Roma, Ancona, Napoli, Bari.

¹⁴⁰ A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., pp. 669-678, p. 671. Una descrizione dell'organizzazione degli ospedali psichiatrici durante il conflitto è anche in Andrea Scartabellati, Silvia Manente, *Gli psichiatri alla guerra. Organizzazione militare e servizio bellico 1911-1919*, in Id. (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio, Torino 2008, pp. 91-118, pp. 102-104.

A giudicare dalle parole di Gaetano Boschi, tuttavia, il rapporto tra ospedali psichiatrici e ospedali militari, non pareva essere di totale e idilliaca armonia, se, egli stesso, pur riconoscendo la disponibilità delle strutture civili, segnalava la necessità di superare i “soliti ingombri burocratici”: «I comuni manicomi hanno aperto ampiamente le porte, nell’occasione della guerra, per accogliere anche militari malati nervosi non alienati. I soliti loro ingombri burocratici sono stati tolti di mezzo»¹⁴¹.

La stessa mancanza di armonia sembrava trasparire nel rapporto tra il direttore Ugolotti e l’autorità militare, perché i militari si dimostravano piuttosto sordi alle richieste del direttore, sotto molteplici punti di vista.

Sul piano del personale in forza al manicomio, ad esempio, il direttore non riusciva a convincere i militari della necessità di mantenere stabile il numero dei medici, e, quindi, concedere l’esonero al dottor Dino Stanghellini.

Il medico, richiamato alle armi all’inizio della guerra, aveva ottenuto una serie di esoneri temporanei, confermati di tre mesi in tre mesi, da ottobre 1915 a giugno 1916. In luglio, la commissione di esonero presso la Sottodirezione del Genio militare di Piacenza lo aveva però richiamato specificando che il posto di sanitario vacante in manicomio avrebbe potuto essere assunto senza problemi dal direttore, che – a loro dire – non avrebbe dovuto occuparsi della gestione amministrativa dell’ospedale.

Ugolotti non si diede per vinto e produsse un nuovo ricorso sostenendo la necessità di avere tre medici a disposizione per assistere un numero sempre crescente di ricoverati. Il linguaggio del direttore, secco e formale, lascia trasparire un’idea piuttosto precisa dell’incapacità, da parte dei militari, di comprendere le concrete necessità connesse alla gestione straordinaria del manicomio :

Di fronte al permanere, anzi dell’aggravarsi delle condizioni di affollamento dell’istituto che richiedono la presenza di almeno tre sanitari, l’esonero del dott. Stanghellini dal servizio militare [è] una necessità, la quale non può essere certo eliminata disponendo che al Direttore vengano tolte le mansioni amministrative¹⁴².

Il garbato ma fermo braccio di ferro tra militari e civili continuò per tutto il periodo della guerra. Da un lato, il direttore tentava di mantenere il personale a livelli accettabili, provando a chiedere l’applicazione di leggi e norme di guerra per ottenere

¹⁴¹ G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, cit., p. 186.

¹⁴² App, Provincia di Parma, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, anno amministrativo 1915-1916, vol. III, Delibera n. 51, 5 agosto 1916.

l'esonero dei richiamati – come la circolare n. 475 del 2 ottobre 1914, che prevedeva che i lavoratori dei manicomi chiamati nell'esercito non dovessero superare un sesto del numero dei posti in organico –, mentre dall'altro l'autorità militare sembrava velatamente accusarlo di astuzie e stratagemmi per evitare la partenza dei dipendenti dell'ospedale.

Così, all'ennesima richiesta di dispensare dalla chiamata alle armi almeno un altro infermiere, il comandante del Corpo d'armata ribadì l'inopportunità dell'istanza, dopo avere personalmente analizzato la tabella dell'organico del personale del manicomio:

È quindi evidente che a codesto manicomio non mancano che sei infermieri all'organico completo, mentre lo spirito della circolare è di restringere fino ad un sesto il detto personale. Si aggiunge che se codesto manicomio, nei tempi normali, ha potuto disimpegnare il servizio con 50 infermieri (risultando scoperti 5 posti nell'elenco organico qui trasmesso il 25 marzo 1915) si ritiene che non vi debba essere motivo di aumentarli nel momento attuale, in cui è imprescindibile necessità per tutte le amministrazioni restringere il personale al puro necessario, giusta gli intendimenti espressi dal Ministero colla sopracitata circolare¹⁴³.

Ancora due anni dopo, però, Ugolotti continuava, invano, a tentare di convincerli sollecitando la loro comprensione sul problema del sovraffollamento dell'istituto:

Considerando le enormi difficoltà, se non la impossibilità, di trovare uomini di sostituzione; tenuto conto che sono già nove gli infermieri effettivi di questo ospedale sotto alle armi, cioè precisamente il sesto (sono 55 in tutto) indicato nell'articolo 1 della Circolare ministeriale 2 ottobre 1914 n. 475 sulle dispense degli infermieri di manicomi; tenuto presente che l'istituto ricovera oltre 600 ammalati, mi prego chiedere a codesto On.le Comando che sia dispensato, se possibile, l'infermiere stabile Gelati Ferdinando¹⁴⁴.

All'indifferenza con la quale i militari affrontavano il problema della gestione del manicomio civile il direttore cercava di reagire con ogni mezzo a propria disposizione. Il suo consueto, formale garbo a volte cedeva il passo a minacce velate e al tempo stesso esasperate, come quando, nel maggio 1917, segnalò di non avere più

¹⁴³ Aop, Ufficio personale, Miscellanea, b. 1, Personale richiamato alle armi, lettera del comandante del Corpo d'armata di Genova al direttore di Colorno, 31 maggio 1916.

¹⁴⁴ Aop, Ufficio personale, Miscellanea, b. 1, Personale richiamato alle armi, lettera del direttore di Colorno al comandante di Corpo d'armata di Genova, 16 maggio 1918. Dodici giorni dopo il comando inviò una risposta negativa.

posti letto disponibili anche perché i militari non provvedevano a ritirare i soldati dichiarati riformabili, dimenticandoli in manicomio per mesi:

Come già preannunciato alla S.V., questo istituto è giunto a un tal grado di affollamento (oggi non ho che un solo letto disponibile) che fra qualche giorno non sarò più in grado di ricevere altri malati. ad evitare perciò una tale non lieve evenienza, e a rendere di conseguenza possibili ulteriori invii di militari in osservazione presso questo ospedale, è assolutamente necessario prendere un sollecito provvedimento, il quale non potrebbe essere, a mio avviso, che il seguente: dimettere cioè e rimpatriare tutti quei militari che sono già stati da codesta Direzione giudicati inabili, per malattia mentale qui riscontrata, al servizio militare, in attesa che vengano espletate tutte le pratiche della riforma. Poiché la S.V. ben sa che queste pratiche durano dei mesi e dei mesi e portano per conseguenza un inutile affollamento di militari ed un inutile spesa da parte dell'Amministrazione militare. Se la S.V. crederà di adottare questo o simile sistema di sfollamento – che fu del resto già adottato per quei militari ritirati direttamente dalle proprie famiglie – si potrà far posto man mano a nuove ammissioni ed osservazioni, ma in caso contrario questa Direzione, ripeto, si troverà costretta di respingere ulteriori invii di militari¹⁴⁵.

Analizzando l'atteggiamento dei comandi verso i militari inviati a Colorno, si ricava l'impressione che i soldati ricoverati in manicomio venissero dimenticati, quasi fossero un problema di cui non era più necessario occuparsi, a meno che non si fossero macchiati anche di reati giudicabili dal tribunale militare. Significative, in questo senso, sono le cinque lettere che, in poco più di un mese, il direttore dovette spedire al comandante del Deposito fanteria di Parma sud-ovest per informarlo circa un soldato, l'aquilano Alfredo A. ricoverato per due mesi tra febbraio e aprile 1917, al quale non erano state riconosciute patologie, ma solo la necessità di una lunga licenza. Le richieste del comandante erano finalizzate a verificare se Alfredo dovesse essere accusato o meno di diserzione, e il suo tono è asettico e incalzante proprio come se stesse svolgendo un'indagine poliziesca. Probabilmente, però, si era verificato qualche problema con la trasmissione o con la lettura della corrispondenza, perché per cinque volte chiese a Ugolotti sempre le stesse informazioni. All'ennesima, identica, richiesta sul periodo di ricovero di Alfredo, un appunto a matita del direttore suggerisce di ripetere la risposta precedentemente inviata, aggiungendo, con una certa incredulità di

¹⁴⁵ Aop, Cartelle cliniche, M. V., lettera al Direttore dell'Ospedale militare di Parma, 4 maggio 1917.

fare «notare a codesto Comando che ad analoga richiesta fu già per ben tre volte risposto»¹⁴⁶.

La stessa indifferenza si verificò nei confronti del fante bresciano Luigi S., ricoverato il 21 novembre 1916 per accessi confusionali allucinatori, per i quali i medici dell'ospedale militare avevano ipotizzato una possibile "psicosi epilettrica". Quattro mesi dopo, nel marzo 1917, il direttore scriveva per la terza volta all'ospedale militare chiedendone la riforma e quindi il rimpatrio a casa, «nell'interesse della salute mentale del ricoverato», ma anche, probabilmente, per liberare il manicomio:

Nell'interesse della salute mentale del sopraindicato, qui degente fin dal 21 novembre 1916 e già da tempo giudicato alienato e da codesta Direzione giudicato permanentemente inabile al servizio militare, prego sollecitare la riforma del soldato medesimo, o almeno, in attesa che le pratiche relative siano espletate, concedere che egli possa essere permanentemente rimpatriato¹⁴⁷.

Questa noncuranza da parte dei comandi militari è probabilmente da mettere in relazione alla consapevolezza di avere perso degli uomini abili da inviare al fronte, per i quali quindi sarebbe stato inutile spendere energie preziose. Il massimo dello sforzo militare era rivolto a mantenere i soldati efficienti e disciplinati; quando questi ritornavano ad essere solo uomini, perdevano automaticamente qualsiasi interesse.

Nell'atteggiamento dei militari pesavano senz'altro quelle politiche autoritarie e di controllo sociale attuate dal governo italiano durante la guerra, che avevano agevolato l'estensione e il rafforzamento del potere militare, fino a giungere a una vera e propria «militarizzazione della società civile», che si traduceva nel considerare tutti i civili come sottoposti sui quali esercitare il comando e dai quali pretendere il massimo dell'obbedienza e della disciplina¹⁴⁸.

¹⁴⁶ Aop, Cartelle cliniche, A. A., lettera del direttore di Colorno al comandante del Deposito fanteria Parma sud-ovest, 7 gennaio 1918.

¹⁴⁷ Aop, Cartelle cliniche, S. L., lettera del direttore di Colorno al direttore dell'Ospedale militare di Parma, 18 marzo 1917.

¹⁴⁸ Sull'estensione del potere militare sulla società civile si veda G. Procacci, *La società come una caserma. La svolta repressiva negli anni di guerra*, in Bruna Bianchi (a cura di), *La violenza contro la popolazione civile nella grande guerra. Deportati, profughi, internati*, Unicopli, Milano 2006, pp. 283-304. Giovanna Procacci ha affrontato questi temi anche in Ead., *Le politiche di controllo sociale*, in Ead., *Dalla rassegnazione alla rivolta*, cit., pp. 11-42; Ead., *La legislazione repressiva e la sua applicazione*, in Ead. (a cura di), *Stato e classe operaia in Italia durante la prima guerra mondiale*, cit., pp. 41-59. Un'analisi condotta sul caso trentino è in Luciana Palla, *Militarizzazione e società civile nelle vallate dolomitiche e trentine*, in B. Bianchi (a cura di), *La violenza contro la popolazione civile nella grande guerra. Deportati, profughi, internati*, cit., pp. 305-325.

Il prevalere del potere militare su quello civile a livello centrale è riscontrabile anche a livelli inferiori e in una dimensione piccola e marginale come il manicomio di Colorno, tra le pieghe di quella società civile che si cercava di guidare con ogni mezzo in nome dello sforzo bellico.

La diffidenza e la distanza tra quei due mondi risultava però difficilmente conciliabile: soprattutto, il direttore sembrava non volersi completamente assoggettare alle consegne dei militari cercando di mantenere una certa autonomia. Questo è piuttosto evidente, ad esempio, nella sua risposta al comandante del Deposito del secondo Reggimento granatieri in merito al licenziamento dal manicomio del granatiere Giovanni G., che era stato ricoverato nel gennaio 1916 per un generico stato di “alienazione mentale”, identificato dai medici solo come «torpore e intorpidimento». Ribadendo di agire nel più preciso rispetto delle regole, Ugolotti si rifiutò di fornire informazioni sul soldato, dal momento che quel caso non pareva essere più di competenza militare:

L'avverto frattanto, per opportuna di lei norma, che, trattandosi di un soldato deferito all'autorità giudiziaria per reato di furto, come la S.V. mi ha scritto con foglio del 26 gennaio u.s. n. 1045, non credo di dover dare il mio giudizio sul di lui stato mentale, se non all'Autorità giudiziaria sopradetta¹⁴⁹.

Il direttore non riusciva a nascondere una certa difficoltà ad adattarsi alle richieste dei militari, così come era certo dell'impossibilità di comprensione reciproca.

Al fante Giuseppe G. – ricoverato a ventitre anni il 26 maggio 1917 per «stato depressivo stuporoso», che si traduceva nel rimanere giorni interi a letto immobile, passando il tempo a piangere e rifiutando cibo e qualsiasi forma di contatto con l'esterno –, Ugolotti riconobbe che lo «stato depressivo con vago delirio di persecuzione» era sintomo di malattia mentale, per cui formulò la richiesta di esonero dal servizio militare e ne chiese il ritorno a casa.

E tuttavia, per quanto consapevole delle sofferenze e del trauma di Giuseppe, egli stesso era profondamente incerto se stabilire un collegamento diretto tra la malattia e la sua condizione di militare. In una comunicazione al presidente della Provincia di

¹⁴⁹ Aop, Cartelle cliniche, G. G., lettera del direttore al Comandante del Deposito 2 Reggimento Granatieri, 21 febbraio 1916.

Parma con la quale ribadiva la propria incertezza, però, si diceva parallelamente certo «che l'autorità militare escluderà tale causa»¹⁵⁰.

Con fatica, il direttore e i medici del manicomio di Colorno cercavano di applicare le teorie degli psichiatri militari e le disposizioni dei vertici, dovendo però continuamente conciliarle con situazioni contingenti che non sempre trovavano riscontro negli studi clinici.

¹⁵⁰ Aop, Cartelle cliniche, G. G., lettera del direttore di Colorno al Presidente della Deputazione provinciale, 30 agosto 1917.

II. L'approccio psichiatrico

La guerra, vede, Bardamu, con i mezzi incomparabili ch'essa ci dà di saggiare i sistemi nervosi, agisce al modo di un formidabile rivelatore dello Spirito umano! Ne abbiamo per secoli di che chinarci, meditando, sulle recenti rivelazioni patologiche, secoli di studi appassionanti... Confessiamolo francamente... Noi fin qui non facevamo che sospettare le ricchezze emotive e spirituali dell'uomo! Ma adesso, grazie alla guerra, è fatta...¹

1. Tra positivismo e modernità

Nei primi anni del Novecento, il panorama culturale italiano nel quale si muoveva la psichiatria era ancora legato in modo piuttosto stretto al pensiero di Cesare Lombroso e alle sue teorie basate, sostanzialmente, su un riduzionismo organicistico e fisiologico².

E tuttavia, nell'ambito psichiatrico, si erano registrati alcuni mutamenti rispetto alla rigida applicazione della scuola lombrosiana: in primo luogo, erano stati ormai abbandonati gli studi statistico-quantitativi finalizzati ad una mera rappresentazione della degenerazioni esistenti, insieme alle ristrette analisi antropometriche, craniologiche o craniometriche. Più in generale, inoltre, si stava verificando una certa separazione tra neurologia e psichiatria – come attesta la costituzione, nel 1907, della

¹ Louis-Ferdinand Céline, *Viaggio al termine della notte*, Corbaccio, Milano 1992 (ed. or. 1932), p. 90.

² Sulla figura di Cesare Lombroso (Verona, 1835 - Torino, 1909) si rimanda a F. Giacanelli, *Il medico, l'alienista*, in C. Lombroso, *Delitto, genio, follia. Scritti scelti*, a cura di F. Giacanelli, L. Mangoni e D. Frigessi, Bollati Boringhieri, Torino 1995; R. Villa, *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, Franco Angeli, Milano 1985. Il pensiero di Lombroso è comunque difficilmente riducibile a un semplice morfologismo fisico. Come ha scritto Andrea Scartabellati, «quell'affrettata liquidazione del positivismo italiano – recentemente rinfocolata da libri e articoli – [...] deve poi considerarsi vera e propria banalizzazione dell'enciclopedica opera lombrosiana. Un'opera dallo spessore e dalla fortuna indiscutibilmente internazionale, ridotta spesso ad esclusivo morfologismo fisico da un'equivoca tendenza storiografica volta a rimuoverne le influenze e le eredità ancora vigorose in larghi settori delle scienze mediche nazionali fino ai primi anni '50 del XX secolo», Id., *Culture psichiatriche & cultura nazionale. Per una storia sociale (1909-1929)*, in "Frenis Zero. Scienze della Mente, Filosofia, Psicoterapia e Creatività", a. III, n. 5, gennaio 2006, p. 1, <http://web.tiscali.it/bibliopsi/frenis.htm>. Su queste discussioni e sulla complessità del pensiero di Lombroso si veda anche G. Parlato, *Polemiche lombrosiane di ieri e di oggi*, in "Note e Riviste di Psichiatria", fasc. 3-4, luglio-dicembre 1965, anno LVIII, pp.782-851; Mario Portigliatti-Barbos, *Medicina ed antropologia criminale nella cultura positivista*, in Emilio R. Papa (a cura di), *Il positivismo e la cultura italiana*, Franco Angeli, Milano 1985, pp. 427-444; Sadi Marhaba, *Lineamenti della psicologia italiana: 1870-1945*, Giunti-Barbera, Firenze 1981. Sul rapporto tra psichiatria, scienze sociali e positivismo si veda anche Lino Rossi, *Enrico Morselli e le scienze dell'uomo nell'età del positivismo*, Unità sanitaria locale n. 9, Reggio Emilia 1984.

“Società italiana di neurologia” – e una messa in discussione del positivismo, soprattutto in campo filosofico, ad opera di Benedetto Croce e Giovanni Gentile³.

A questo poi si aggiunse la diffusione, in Italia, dei lavori del tedesco Emil Kraepelin, in particolare del *Trattato di psichiatria* – la cui prima edizione risaliva al 1883, ma che sarebbe stato tradotto in italiano solo nel 1907 –, che, per il suo impianto decisamente innovatore della psichiatria a indirizzo clinico, rappresentò un’opera fondamentale soprattutto per una generazione di giovani psichiatri italiani. Come ha rilevato Valeria Paola Babini,

È allora che in Italia il dibattito comincia a farsi sempre più incalzante: le giovani leve sono attratte dalla novità d’impostazione, avvertono il fascino della clinica cui chiedono un orientamento nell’insieme magmatico dello studio delle malattie mentali, mentre gli anziani e autorevoli cattedratici, insomma i rappresentanti dell’establishment psichiatrico italiano, esprimono prudenza, quando non diffidenza, cercando di contenere l’entusiasmo ai loro occhi eccessivo dei «giovani kraepeliniani»⁴.

Per quanto significativi, tuttavia, tali mutamenti non erano riusciti ad intaccare le radici dell’approccio psichiatrico italiano tradizionale, perché, come ha ribadito Andrea Scartabellati,

Erano, in realtà, movimenti ampi, ma epidermici, incapaci d’intaccare il nucleo duro ancora saldamente ancorato alla combinazione di somatoorganicismo di matrice tedesca e lombrosianesimo. Soprattutto, si trattava di innovazioni che, come troppi storici tendono a rimuovere, poco o nulla influivano sulla prassi manicomiale, allora il terreno di caccia par excellence dello psichiatra italiano⁵.

³ Notizie sulla nascita e lo sviluppo della Società italiana di neurologia sono in Antonio Federico (a cura di), *Cento anni della Società italiana di neurologia*, Società italiana di neurologia, Siena 2011. Sui cambiamenti e l’evoluzione della psichiatria italiana tra Otto e Novecento si veda anche V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia, una storia del Novecento*, cit., pp. 20-39; Massimo Moraglio, *Dentro e fuori il manicomio. L’assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, in “Contemporanea”, n. 1, a. IX, gennaio 2006, pp.15-34; A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande guerra (1909-1921)*, Edizioni goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud) 2003; Id., *Pagine dimenticate. Le culture psichiatriche in Italia tra fine ’800 e primi decenni del ’900*, in A. Giuntini, *Povere menti*, cit., pp. 15-40.

⁴ V.P. Babini, *Liberi tutti*, cit., p. 21. Sulla diffusione delle idee di Kraepelin in Italia cfr. in particolare F. Stok, *Kraepelin e i kraepeliniani in Italia*, in F.M. Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia*, Vita e Pensiero, Milano 1989, pp. 373-396. La prima opera di Emil Kraepelin tradotta in Italia fu *Compendium der Psychiatrie zum Gebrauche für Studierende und Ärzte*, Abel Verlag, Leipzig 1883 (trad. it. *Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti*, a cura di Raffaele Brugia e Clodomiro Bonfigli, Vallardi, Milano 1885). Altri studiosi in quegli anni cominciavano a tentare una revisione della dottrina positivista, da Agostino Gemelli a Giovanni Vailati e Giulio Cesare Ferrari. Un’analisi di questa presa di distanza è in A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto*, cit., pp. 42-44.

⁵ A. Scartabellati, *Pagine dimenticate. Le culture psichiatriche in Italia tra fine ’800 e primi decenni del ’900*, in A. Giuntini, *Povere menti*, cit., pp. 15-40, p. 15.

Se da un lato, dunque, occorre prestare attenzione alla complessità della ricezione del lombrosianesimo in Italia – che si univa alla crisi complessiva del pensiero positivo –, d’altro canto, in prevalenza, gli psichiatri italiani non presero mai distanze troppo ampie dal pensiero di Lombroso e rimasero saldamente ancorati ad una psichiatria che cercava le sue basi soprattutto nella scientificità della medicina:

Nel corso del 1914, la pubblicazione di un libro dovuto alla penna di un allievo di Enrico Morselli, Umberto Masini, segnava, a giudizio del redattore dei “Quaderni di Psichiatria”, Giuseppe Vidoni, un duplice risultato. Il ritorno indiscusso alle teorie del Lombroso, «alle dottrine costruite dal suo genio»; e l’ennesima scientifica conferma, auspice la biochimica, di un caposaldo lombrosiano: la parentela di epilessia, degenerazione e criminalità⁶.

In altre parole, ci si asserragliava dentro quella che Scartabellati ha definito una «dimensione falsamente rassicurante», che cercava di assegnare alla disciplina psichiatrica la coerenza e il rigore di un impianto scientifico in grado di spiegare qualunque manifestazione clinica:

Il mondo misurato e classificato dell’antropologismo psichiatrico nei laboratori manicomiali non pretendeva solo d’imitare quel che la fisiologia aveva realizzato nella clinica medica. Confessava almeno due esigenze fondamentali dell’aspettazione alienistica. Sul piano analitico, il desiderio di inscrivere in una dimensione falsamente rassicurante il sovrappiù di incomprendibilità che si generava dalle manifestazioni anormali, e che giornalmente si poneva come quesito alla riflessione psichiatrica. Sul piano metodologico, esprimeva invece l’escamotage con cui corredare, dall’esterno, il cosmo della follia di una sua sistematica coerenza ed intelligibilità⁷.

In particolare, in Italia, furono soprattutto gli psicologi militari a non raccogliere le ambizioni conoscitive più innovative degli alienisti civili e a rimanere dichiaratamente iscritti nel lombrosianesimo più convinto, senza volersi spingere oltre la raccolta, la descrizione e la catalogazione di fatti positivisticamente intesi. Nel 1911, il capitano medico Gaetano Funaioli, assistente della Clinica psichiatrica di Roma, scriveva della necessità, da parte dell’esercito italiano, di organizzare un servizio psichiatrico militare simile a quello degli altri paesi europei. Nell’elaborazione del suo

⁶ G. Vidoni, recensione a U. M. Masini, *Epilessia e delitto*, in “Quaderni di Psichiatria”, 1914, p. 374. Per un approfondimento sull’epilessia da un punto di vista pienamente lombrosiano si rimanda a L. Roncoroni, *Trattato clinico dell’epilessia*, Vallardi, Milano 1894.

⁷ A. Scartabellati, *Culture psichiatriche & cultura nazionale. Per una storia sociale (1909-1929)*, in “Frenis Zero. Scienze della Mente, Filosofia, Psicoterapia e Creatività”, a. III, n. 5, gennaio 2006, p. 7, <http://web.tiscali.it/bibliopsi/frenis.htm>.

lavoro, egli si avvaleva di una serie di statistiche e dati quantitativi per corroborare la tesi della necessità di risvegliare, come in Francia, Germania e Austria, il «culto» per la scienza psichiatrica militare:

Sarebbe, d'altra parte, poco decoroso, che i Medici militari italiani si disinteressassero di una tale questione vitale, dappoichè dall'Italia è partita per opera di Lombroso e sua scuola, e per opera di Morselli, Tamburini e Bianchi, la scintilla che ha irraggiato tanta luce di vero in fatto di Scienza psichiatrica e di Psicologia criminale, le cui applicazioni interessano nel modo il più diretto, tra tutti gli ambienti collettivi, quello militare⁸.

Alle parole di Funaioli facevano eco quelle di un altro illustre medico militare, Placido Consiglio, il quale ribadiva la necessità di individuare soldati adatti ad un esercito che si andava «rinovellando di continuo e sempre più adattando verso il nuovo orientamento ideale degli uomini nella vita civile [...] con la concezione positiva del determinismo psicologico e volitivo delle azioni»:

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'anormale: ed allora, elevato il tono dell'adattamento, maggiore sarà il numero dei dismorfici, e quindi più ampia la necessità della selezione⁹.

L'idea di disporre di soldati moderni per un esercito altrettanto moderno era commisurata alle implicazioni comportate dalle nuove guerre extraeuropee esplose nei primi anni del nuovo secolo, a partire da quello russo-giapponese del 1904-05 o alla

⁸ Gaetano Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, in "Rivista sperimentale di freniatria", vol. 38, a. XLVIII, 1911, pp. 337-368, p. 338. Tra le applicazioni delle teorie di Lombroso in ambito militare, grande spazio ebbero le misurazioni antropometriche dei soldati al fine di individuare le stigmate dell'uomo delinquente, cfr. Bernardino Farolfi, *Antropometria militare e antropologia della devianza (1876-1908)*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, cit., pp. 1183-1190. Per riflessioni di carattere più generale sulla psicologia militare e sulla sua matrice essenzialmente fisiologica si veda anche Vito Labita, *La psicologia militare italiana (1915-1918)*, in D. Leoni, C. Zadra, *La Grande guerra: esperienza, memoria, immagini*, Il Mulino, Bologna 1986, pp. 237-245.

⁹ P. Consiglio, *Studi di psichiatria militare*, parte I, in "Rivista sperimentale di freniatria", vol. 38, a. XLIX, 1912, pp. 370-410, p. 373. Placido Consiglio (Lentini, 1877 – Roma, 1959) studiò alla scuola di Applicazione della Sanità militare. Dopo essere stato in Libia per un anno tra l'ottobre 1911 e il 1912, nel luglio 1916 fu nominato maggiore medico per meriti di guerra e, nel 1918, destinato alla guida del Centro militare di prima raccolta di Reggio Emilia. Dopo la guerra diresse diversi ospedali militari, da Udine a Savigliano a Caserta, fino ad essere nominato Maggiore generale medico nel Comando di Corpo d'armata di Roma nel 1939. Cfr. A. Scartabellati, "Il dovere dei medici nell'ora presente". *Biopolitica, seduzione bellica e battaglie culturali nelle scienze umane durante il primo conflitto mondiale*, in "Medicina e storia", n. 14, 2007, p. 68.

guerra di Libia, che nel 1911 coinvolse direttamente l'Italia. Innegabilmente, quei conflitti, segnarono il passo rispetto alle modalità di combattimento sperimentate fino a quel momento e alle percezioni dei soldati in battaglia: l'impiego di nuove tecnologie, la dimensione di massa delle battaglie e della morte, la difficoltà di individuare il nemico contro cui scontrarsi, furono tutti elementi che segnarono profondamente i soldati e li minarono nel corpo e nello spirito¹⁰.

Affrontando quella realtà con gli strumenti a disposizione, gli alienisti si accorsero che in effetti si trovavano di fronte a caratteristiche del tutto nuove, difficilmente assimilabili a quanto si era osservato fino a quel momento. In breve, molti si resero conto delle implicazioni connesse a un nuovo tipo di conflitti, ancora tutti da studiare, come considerava, ad esempio, il professor Gaetano Boschi, fondatore di un ospedale specificatamente dedicato alle neuropatie militari, quello neurologico di Ferrara:

C'era l'esperienza di 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. [...] 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 accorrentassero, si istruissero, un po' per nozioni un po' per congetture, su questa speciale clinica della guerra moderna¹¹.

Anche Tamburini, Ferrari e Antonini, riflettendo sulla modernità dei nuovi conflitti, consideravano che per sostenere una guerra dalle caratteristiche nuove, anche solo per il numero delle forze in campo, sarebbe stato necessario provvedere ad una migliore e più efficiente organizzazione:

¹⁰ Sulla guerra russo-giapponese e la sua "modernità" si veda in particolare A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit. pp. 17-42. Secondo Silvia Manente e Andrea Scartabellati quella guerra per la psichiatria militare italiana non fu così determinante, perché non si seppe recepire da quel conflitto la portata effettiva del rapporto guerra-follia, ma ci si limitò a studiarne, ammirati, soprattutto la struttura dell'organizzazione sanitaria, cfr. S. Manente e A. Scartabellati, *Gli psichiatri alla guerra. Organizzazione militare e servizio bellico 1911-1919*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, cit., pp. 91-118, p. 97. In proposito, ad esempio, si veda A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., pp. 668-675.

¹¹ G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano 1931, pp. 23-24. Sull'interesse di questo volume, altalenante tra la rigorosa analisi scientifica e la retorica celebrativa fascista, si vedano le considerazioni di Gibelli in Id., *L'esperienza di guerra. Fonti medico-psichiatriche e antropologiche*, in D. Leoni, C. Zadra (a cura di), *La Grande guerra. Esperienza, memoria, immagini*, cit., pp. 49-73, p.52.

Certo, si tratta di far fronte alle esigenze più impellenti di un ramo così importante di servizio sanitario, la cui entità si afferma sempre più nelle attuali guerre, anche perché, impegnando esse in modo diretto la responsabilità individuale ed assumendo la fisionomia di grandi avvenimenti politici, vengono a riunire molteplici condizioni atte ad agire sinistramente sulle mentalità anche meglio organizzate¹².

Le «più attuali guerre» sopra citate scagliavano i soldati all'interno di quella che Antonio Gibelli ha definito «un corso accelerato e violento di modernità imposto a milioni di uomini in situazioni estreme di sradicamento e di minaccia per la vita, di sofferenza e di dolore»¹³.

E tuttavia, se apparve subito chiaro che il conflitto in qualche modo incideva sulla diffusione delle nevrosi, gli psichiatri italiani sembrarono rifiutarsi di comprendere il legame profondo tra guerra e psicosi dei soldati. Secondo medici come Tamburini, Ferrari e Antonini, infatti, la guerra, con le implicazioni di fatica fisica e mentale che comportava, funzionava da innesco di psicopatie, ma solo in soggetti già predisposti, come si era già potuto notare durante la guerra russo-giapponese:

Rimarrà però sempre nelle file dell'Esercito un certo numero di predisposti, i quali, per le condizioni della guerra moderna, dovranno trovarsi, sul terreno del combattimento, di fronte ad un complesso di fattori di debilitazione, di esaurimento, sia psichici che fisici, inquantochè il timore, le preoccupazioni, le trepidazioni della guerra, la nostalgia, le emozioni della battaglia, l'insonnia, lo sconforto anche dell'inazione, accompagnati alle fatiche, alla fame, alle sofferenze del corpo ecc., costituiscono un complesso di cause depressive o eccitatrici delle attività mentali e perturbanti la sensibilità morale, le quali inducono facilmente, anche nei meno tarati, fenomeni psicopatici¹⁴.

Erano le stesse conclusioni alle quali giungeva Consiglio:

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

¹² A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 669.

¹³ A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit., p. 10.

¹⁴ A. Tamburini, G. C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 667.

transitorie se subito curate, o prevenute, – in seguito all'azione delle marce prolungate, dell'alimentazione insufficiente, delle veglie protrate, dell'agitazione nervosa e della insonnia che ne risultano¹⁵.

Allo scoppio della guerra europea, gli alienisti militari come Consiglio cominciarono a osservare e riflettere sulle manifestazioni nevrotiche degli uomini durante le «più complesse azioni interumane nella società moderna». Il medico siciliano descrisse dettagliatamente tutta una serie di differenze tra le possibili cause sviluppate dai conflitti, diverse a seconda che si fossero combattuti nelle colonie o in Europa. Se nelle colonie era stata la distanza a incidere sulla psiche dei soldati, ora, sul continente, la causa era da ricercare soprattutto nelle particolari e moderne novità nella tecnica di combattimento:

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 tossemie depressive, e la probabile azione vasoparetica cerebrale che secondo Gedeken pare abbiano i raggi attinici solari in quei paesi, agevolanti così le *détentes* nervose 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 Manciuria, l'efficacia perturbativa di tali grandi cataclismi è oggidì ringrandita e molteplicemente variata, sicchè 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.¹⁶.

I medici italiani cercarono – e trovarono – conferma alle loro osservazioni negli studi sui soldati in guerra che si stavano avviando nel resto d'Europa, compresi in quei paesi che ancora non si trovavano dalla parte nemica, come la Germania. Fin dai primi

¹⁵ P. Consiglio, *La pazzia nei militari in guerra*, intervento al XIV Congresso della Società freniatrica italiana, Perugia, 3-7 maggio 1911, in "Rivista sperimentale di freniatria", vol. 38, a. XLIX, 1912, pp. 253-256, p. 255.

¹⁶ P. Consiglio, *Psicosi, nevrosi e Criminalità nei militari in guerra*, in "Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale", vol. 37, 1916, pp. 258-268, p. 261.

mesi del 1915 cominciarono dunque ad apparire le prime recensioni su quei lavori, come avvenne sulla rivista “Quaderni di psichiatria”, dove il dottor Michele Kobylinsky segnalava che anche all'estero era confermata l'inesistenza di psicosi da guerra, ma solo una predisposizione individuale ad esse, alle quali concorrevano le difficili condizioni di vita dei soldati:

Senza dubbio, una particolare psicosi da guerra non esiste; ma è innegabile che la guerra dà alle psicosi, che si sviluppano sotto la sua atmosfera diretta, una coloritura e dei tratti che le differenziano da quelle che si svolgono nei periodi di pace. [...] Nella guerra, accanto alla predisposizione, intervengono altri fattori più o meno esiziali per il sistema nervoso: si pensi soltanto alla continua serie di schok [sic] psichici, ai traumi sul capo, alla prolungata tensione nervosa, alle epidemie, ecc. Sempre però è da ritenere che questi fattori non esercitano la loro azione che su terreni già preparati: infatti l'esame del malato e l'anamnesi accertano quasi costantemente che si tratta di individui predisposti¹⁷.

In prima istanza l'attenzione fu rivolta soprattutto a indagare i traumi neurologici, sostenuti in questo anche dagli studi stranieri, come osservava Giunio Catola sulla “Rivista di patologia nervosa e mentale”:

In tempo di pace le ferite dei nervi periferici si osservano relativamente di rado e, soltanto in via eccezionale, possono essere riferite a modalità di produzione paragonabili a quelle che si realizzano in guerra per effetto delle schegge di granate, di pallette di shrapnell e di palle da fucile. Si comprende così che tanto in Francia che in Germania neuropatologi e chirurghi abbiano dedicato numerosi studi ad un argomento che le luttuose e tragiche circostanze della guerra hanno portato in una delle prime linee ed arricchito di una casistica immensa, studi fecondissimi¹⁸.

Da parte della maggior parte degli psichiatri italiani, insomma, non sembrava esserci alcuna volontà di mettere in discussione l'eredità del pensiero lombrosiano o le pratiche della psichiatria organicistica, confermando, più o meno direttamente, anche la propria disponibilità a farsi strumento nelle mani delle autorità politiche e militari. Il

¹⁷ M. Kobylinsky, recensione a Wilhelm Weygandt, *Geisteskrankheiten im Kriege* (in “Münchener medizinische Wochenschrift”, nn. 42-43, 1914, e a Robert Wollenberg, *Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern*, in “Münchener med. Wochenschr.”, n. 44, 1914), in “Quaderni di psichiatria”, n. 4, aprile 1915, vol. II, pp.175-176, p. 175.

¹⁸ G. Catola, *Neuropatologia di guerra. Le ferite dei nervi periferici*, in “Rivista di patologia nervosa e mentale”, fasc. 9, vol. XX, settembre 1915, pp. 533-554, p. 534. Tra gli esempi, Catola riportava gli studi di Jules Babinski, *Sur les lésions des nerfs par blessures de guerre*, “Revue néurologique”, n.17-18, 1915; P. Larat e P. Lehmann, *Traitement électrique simplifié des accidents nerveux consécutifs aux blessures de guerre*, “La Presse médicale”, n. 5, 1915; Otto Hezel, *Kriegsverletzungen der peripherischen Nervensystems*, “Medizinische Klinik”, n. 10, 1914; M. Lewandowsky, *Kriegsverletzungen des Nervensystems*, “Deutsche Medizinische Wochenschrift”, n. 1, 1915.

loro stesso ruolo si trasformò fino ad acquisire, accanto alla funzione di cura e controllo dei militari, anche quella di legittimazione etica della guerra, come ha sostenuto Joanna Bourke, che li avrebbe resi una sorta di simbolo della moralità e del consenso necessari al conflitto¹⁹.

Il rapporto tra psichiatria e potere, che secondo Eric Leed trasformava i medici da semplici addetti alla cura delle malattie in «portavoce ed esecutori dell'autorità e della concezione militarista ufficialmente propagandata»²⁰ – ma anche i rapporti di forza (o, meglio, di violenza) tra medici e pazienti, che sarebbero stati indagati approfonditamente da Franco Basaglia cinquant'anni più tardi – conobbero proprio in quegli anni una decisa esasperazione, anche perché fu proprio la guerra a scatenare in modo virulento il patriottismo e il desiderio di servire la patria da parte di quasi tutti gli psichiatri italiani²¹.

2. All'inizio del conflitto

Allo scoppio della guerra – uniti dal comune denominatore dell'adesione, pubblicamente rivendicata, al positivismo antropologico di matrice lombrosiana – la maggior parte degli psichiatri si schierò apertamente a favore del conflitto²².

¹⁹ Secondo Bourke questo li avrebbe addirittura sovrapposti alla figura del cappellano militare: «Psicologi e psichiatri non evitavano i pronunciamenti morali: ne erano l'emblema. Tradizionalmente, questa funzione spettava ai sacerdoti ma, col tempo, ad assumersene la responsabilità furono gli studiosi di scienze sociali, che adottarono palesemente il ruolo e il linguaggio dei cappellani militari», J. Bourke, *Le seduzioni della guerra*, cit., p. 227.

²⁰ E. Leed., *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Bologna 1985, p. 224.

²¹ Cfr. S. Manente e A. Scartabellati, *Gli psichiatri alla guerra. Organizzazione militare e servizio bellico 1911-1919*, cit., p. 93. Il rapporto degli psichiatri – o, più in generale, dei medici – con il potere sembra inserirsi in quella che, tra gli anni Settanta e Ottanta del Novecento, diversi sociologi hanno interpretato come la necessità di conservazione del sistema sociale moderno, che tentava di abolire i conflitti al suo interno costruendo nuovi meccanismi disciplinari e di controllo. In particolare, secondo Alessandro Dal Lago, «con l'assunzione dello schema medico-biologico il discorso scientifico sulla società può così ricondurre a un'unità organica dei fatti sociali che in linea di principio venivano comunemente legati a delle differenze etiche, politiche e giuridiche, e che quindi permettevano conflitti e invalidazioni. In ultima analisi, far discendere la differenziazione sociale dal funzionamento di un organismo sostanzialmente omogeneo permetteva di sottrarre ogni legittimità a pratiche e comportamenti separati dalle leggi di conservazione dell'organismo sociale». A. Dal Lago, *La produzione della devianza. Teoria sociale e meccanismi di controllo*, Feltrinelli, Milano 1981, p. 25. Sulla violenza del rapporto medico-paziente si rimanda in particolare alle considerazioni di Basaglia nel capitolo *Le istituzioni della violenza*, in Id. (a cura di), *L'istituzione negata*, Torino, Einaudi, 1968, pp. 111-151.

²² Tra le rare eccezioni figurava Giovanni Mingazzini – direttore del manicomio di Roma, con contatti professionali e sentimentali con Germania e Austria – che aveva manifestato posizioni apertamente neutraliste. Sulla sua figura si veda *Ibid.*, p. 113; Lisa Roscioni e Luca Des Dorides, *Il Manicomio e la grande guerra*, in Antonino Iaria, Tommaso Losavio, Pompeo Martelli (a cura di), *L'ospedale di Santa*

Un chiaro esempio dell'interventismo dei medici coniugato al pensiero di Lombroso è riscontrabile in quello che Giuseppe Antonini, direttore del manicomio milanese di Mombello, scriveva riguardo alla pace come esito dell'evoluzione e del progresso umani:

Per raggiungere all'infuori dell'utopia questo ideale, occorrerà attendere che gli uomini si siano trasformati in una uniformità di struttura anatomica, che si compia la livellazione delle condizioni ambientali, e forse, anzi senza forse, che si sappiano eliminare le influenze telluriche, cosmiche, fisiche, e siano scomparse o affievolite quelle ereditarie²³.

Affermando la necessità di adeguarsi al momento e sottoporsi con abnegazione ai sacrifici richiesti a tutti i cittadini, la direzione dei "Quaderni di psichiatria" invitava ad arruolarsi senza indugio, anche per potere trattare e studiare con precisione i nuovi e frequenti casi di "psico-neurosi da guerra":

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!²⁴

E il numero dei medici che risposero subito alla chiamata alle armi per presentarsi in prima linea e mettere alla prova il proprio spirito patriottico, ma anche le proprie competenze sanitarie, fu davvero consistente. Senza specificare se si trattava di volontari o di richiamati, e forse proprio volutamente, nella rivista "Quaderni di psichiatria" la rubrica *Psichiatria e guerra* aveva cominciato a registrare periodicamente l'elenco dei medici alienisti che di volta in volta andavano sotto le armi: nell'autunno 1915, erano già centosettanta, tra professori, direttori e assistenti, provenienti da quasi tutti i manicomi italiani²⁵.

Maria della Pietà di Roma. L'ospedale psichiatrico di Roma dal manicomio provinciale alla chiusura, Bari, Dedalo, 2003, pp. 135-144, p. 135; Enzo Forcella, *Apologia della paura*, in E. Forcella, Alberto Monticone, *Plotone di esecuzione. I processi della prima guerra mondiale*, Laterza, Bari 1972, pp. LII-LIII.

²³ G. Antonini, *Nell'attesa ansiosa. Note di un interventista 1914-1915*, Varallo 1915, p. 23.

²⁴ *Psichiatria e guerra*, in "Quaderni di psichiatria", n. 6, giugno 1915, vol. II, p. 285-286.

²⁵ *Psichiatria e guerra*, in "Quaderni di psichiatria", n. 9-10, settembre-ottobre 1915, vol. II, p. 397.

Il principio cui si ispirava la psichiatria militare italiana nel trattamento delle patologie dei soldati era essenzialmente improntato alla consapevolezza della predisposizione biologica alla malattia mentale, e quindi alla necessità di impedire l'ingresso nell'esercito di persone «deboli o degenerate», secondo le indicazioni di Consiglio, con un'azione di adeguata esclusione preventiva²⁶.

L'obiettivo era quindi quello di avere soldati "sani" sotto ogni punto di vista, da quello fisico a quello psichico, che riuscissero ad adattarsi senza traumi alla vita militare, come già aveva ribadito G. Funaioli anni prima:

Se con una diligente selezione ed eliminazione, praticate fino dal tempo di pace nelle migliori condizioni d'ambiente e da un personale medico, tecnicamente preparato, si è riusciti a mettere fuori dall'esercito, oltre ai veri pazzi, un buon numero di individui predisposti costituzionalmente alle psicopatie o alle reazioni criminose e costituenti un vero elemento imbarazzante e il più pericoloso in guerra, rimarrà nelle file dell'esercito un certo numero di meno predisposti, i quali, per le condizioni della guerra moderna, dovranno fare i conti, sul terreno del combattimento, con un complesso di fattori di debilitazione, di esaurimento, sia psichici che fisici, inquantochè il timore, le preoccupazioni, le trepidazioni della guerra, la nostalgia, le emozioni della battaglia, l'insonnia, lo sconforto anche dell'inazione, accompagnati alle fatiche, alla fame, alle sofferenze del corpo ecc., costituiscono un complesso di cause depressive o eccitatrici delle facoltà mentali e perturbanti la sensibilità, le quali inducono facilmente, anche nei meno tarati, fenomeni psicopatici²⁷.

L'esigenza di individuare i soldati malati e isolarli dal corpo combattente per mantenerlo sano ed efficiente era avvertita sin dai primi mesi dell'entrata in guerra dell'Italia, come segnalava G. Antonini dalle pagine dei "Quaderni di psichiatria":

Per tutti costoro, sia che si tratti di veri alienati o di anormali, o semplicemente anche di criminali, l'importante è di toglierli subito dal fronte e di provvedere alla profilassi morale dell'esercito combattente con l'allontanarne gli elementi che lo possono inquinare. Infatti è disastroso il potere di diffusione di contagio di cui può essere capace un solo alienato paranoico perseguitato-persecutore, o i danni enormi che può cagionare l'esecuzione di delicati ordini affidati ad un graduato che sia alienato o semplicemente psicopatico²⁸.

Tutti gli alienisti più influenti, del resto, concordavano sulla necessità di un'adeguata profilassi per mantenere sano il corpo militare, necessario più che mai alla

²⁶ Cfr. P. Consiglio, *Studi di Psichiatria militare*, parte I, in "Rivista sperimentale di freniatria", vol. 38, a. XLIX, 1912, pp. 370-410, pp. 371-372.

²⁷ G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, in "Rivista sperimentale di freniatria", vol. 38, a. XLVIII, 1911, pp. 337-368, p. 355.

²⁸ *Psichiatria e guerra*, in "Quaderni di psichiatria", n. 7-8, luglio-agosto 1915, vol. II, pp. 338-342, p. 340.

salvaguardia della patria. Addirittura alcuni di essi, come Placido Consiglio, insistevano sulla possibilità di sperimentare metodi e rimedi sui soldati da applicare successivamente anche alla società intera. Nell'ultima parte della sua indagine sulla psichiatria militare, scritta proprio a ridosso dell'entrata in guerra dell'Italia, egli ribadiva ancora una volta queste posizioni:

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. Ed è indubbio che preservando l'esercito da tutta la massa di nevrotici, di squilibrati ed alienati, di degenerati, di viziosi e di delinquenti che ad ogni anno la nazione vi riversa, lo si guarderebbe dalla più gran parte di delinquenza, di indisciplinezze, di suicidi, mentre non poco vantaggio ne verrebbe al diuturno allenamento fisico e mentale dei soldati, e per la educazione del carattere e per quella che è la ragione finale dell'esercito: la preparazione militare per la difesa della patria²⁹

In larga maggioranza, dunque, anche per gli psichiatri la difesa della patria andava perseguita sia nei confronti di possibili perturbatori dell'ordine interno che verso i "nemici" esterni. Il loro patriottismo si tradusse fin da subito in una presa di posizione radicale contro gli Imperi centrali, in primo luogo esprimendo il proprio disprezzo nei confronti dei più recenti studi tedeschi o austriaci, dei quali si sostenne che erano stati scritti plagiando alcuni testi francesi, oppure scrivendo articoli e approfondimenti sulle psicopatie e le degenerazioni ereditarie degli imperatori austriaco e prussiano³⁰.

Ogni avvenimento, più o meno significativo, fungeva da pretesto per scagliarsi contro i nuovi nemici della patria, come ad esempio il necrologio con il quale, nel 1915, veniva annunciata la morte del professor Alois Alzheimer:

²⁹ Placido Consiglio, *Studi di psichiatria militare*, parte IV, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", vol. 41, a. LII, 1915, pp. 35-80, pp. 36-37.

³⁰ Cfr. La redazione, *Una scoperta della scienza tedesca! Il "fenomeno del Salmon" pirateggiato in Germania*, in "Quaderni di psichiatria", n.1-2, gennaio-febbraio 1916, pp. 9-11; La Direzione, *I due imperatori di fronte alla psicopatologia*, in "Quaderni di psichiatria", n. 5, maggio 1915, pp. 211-214; *Lo stato mentale del Kaiser*, in "Quaderni di psichiatria", n. 7-8, luglio-agosto 1915, pp. 338-339; E. Lugaro, *Pazzia d'imperatore o aberrazione nazionale?*, in "Rivista di patologia nervosa e mentale", fasc. 7, vol. XX, luglio 1915, pp. 385-414; *Lo stato anormale di mente dei Tedeschi*, in "Quaderni di psichiatria", n. 9-10, settembre-ottobre 1915, pp. 394-395; *Lo stato mentale dei protagonisti del Conflitto mondiale*, in "Quaderni di psichiatria", n. 1-2, gennaio-febbraio 1916, p. 35; E. Morselli, *I mongoloidi in Europa*, in "Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale", vol. 38, 1917, pp.67-70. Su questa massiccia opera di "psichiatrizzazione del nemico" si vedano le considerazioni di P. Giovannini, *La psichiatria italiana e la grande guerra. Ideologia e terapia psichiatrica alle prese con la realtà bellica*, in "Sanità, scienza e storia", n. 1, 1987, pp. 116-119.

Ma la Germania non ha oggi tempo di considerare quanto meglio abbiano servito la causa della civiltà uomini come l'Alzheimer, anziché i suoi tanti generali che con la violenza, col terrore e con la devastazione pretendono di civilizzare il mondo! Noi che l'Alzheimer conoscemmo in altri tempi, quando eravamo abituati a considerare il popolo tedesco come uno dei fattori del progresso umano, noi che lo amammo quando ancora non potevamo concepire una Germania brutale, barbara, nemica delle altrui sacrosante aspirazioni nazionali, non possiamo fargli il torto di confonderlo con la turba militaresca del suo paese³¹.

Una simile demonizzazione del nemico, anche sul piano scientifico, risultò utile persino per sostenere la salubrità del corpo militare italiano. Il mito vitalista del «sano latino» fu ripreso e rielaborato per sostenere la decisa superiorità italiana rispetto alle altre popolazioni, soprattutto tedesche e austriache.

Questo tema trova conferma in alcuni articoli della rivista “Quaderni di psichiatria”, decisamente aderente alle teorie lombrosiane: in essa, infatti, ebbero spazio e rilievo gli studi compiuti dal professor Arturo Morselli sul dolore dei soldati italiani colpiti al fronte, i quali avrebbero dimostrato una resistenza maggiore di quanto emergeva da ricerche simili svolte sui soldati tedeschi:

Osservazioni interessanti ha poi fatto il prof. A. Morselli sulla tolleranza dei nostri feriti verso il dolore. È noto invece che l'Hoppenheim e altri neuropatologi Tedeschi avevano constatato un enorme aumento della sensibilità nei loro soldati pur lievemente feriti! Anche questa superiorità dell'«animo» (non del solo corpo) dei Latini valga a provare l'influenza del fattore psichico-idealità della nostra guerra sulle funzioni del sistema nervoso³².

Una *summa* della radicalità con la quale i medici si scagliavano contro i tedeschi, qualunque fosse l'argomento affrontato, può essere rintracciata nel lungo saggio di Ernesto Lugaro, il quale nel 1917, dalle pagine della “Rivista di patologia nervosa e mentale”, attaccò senza indugi «le pretese del pensiero tedesco», criticando nel merito e nella forma i lavori e il pensiero di Sigmund Freud, Alfred Adler, Hugo Münsterberg, e concludendo con la descrizione della «psicologia pratica dei tedeschi»,

che li ha spinti prima a insinuarsi dappertutto a furia di cerimonie e di gomitate, di concorrenza sleale e di spionaggio, ed ora, buttata la maschera, proclama di voler raggiungere il dominio del mondo col ferro e col fuoco, collo sterminio e con la

³¹ F.B., *Alois Alzheimer*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. 41, a. LII, 1915, p. 644.

³² *Psichiatria e guerra*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 7-8, luglio-agosto 1915, vol. II, pp. 338-342, p. 339.

devastazione, con quella guerra feroce e vile che renderà infame nei secoli il nome tedesco³³.

Del resto, questo atteggiamento radicalmente antigermanico e antiaustriaco fu senz'altro uno dei motivi per i quali anche le teorie psicanalitiche di Sigmund Freud faticarono a trovare spazio in Italia³⁴.

Nel giugno 1915, il professor Gustavo Modena segnalava che in Italia vi era ancora una certa indifferenza, quando non un'aperta ostilità, nei confronti del pensiero del professore viennese. Per quanto fosse necessario riconoscerne le caratteristiche di genialità e novità, il direttore del manicomio di Ancona ne lamentava infatti la mancanza di base scientifica e sperimentale:

Utilizziamo dunque, per quanto è possibile, tutti i mezzi di indagine sulla mente del malato, e plaudiamo a qualunque mezzo ci indichi una nuova via di esplorazione, lasciando da parte preconetti o sistemi, evitando di percorrere con criteri schematici le deduzioni dell'indagine. Ma non dimentichiamo i principi di un sano positivismo scientifico, cercando di mantenere le questioni nei loro limiti e assegnando il dovuto valore ai fondamenti obiettivi e sperimentali. Ricordiamo che il terreno è infido e pericoloso, e teniamo presente che le dottrine di Freud nelle loro applicazioni alla Neuropatologia e alla Psichiatria non risolvono, ma soltanto spostano il problema etiologico. Dallo studio e dalla accurata analisi della psiche del malato si potranno spiegare meglio i sintomi e maggiormente illuminare i quadri morbosi: ma subordinare agli elementi psicologici – soggettivi e difficilmente controllabili – le condizioni organiche, come gli psicoanalisti vogliono fare, è voler arrestare il corso felice della scienza, è fondare con una teoria filosofica, un castello di ipotesi che un solo fatto potrà distruggere, è voler

³³ E. Lugaro, *La psichiatria tedesca nella storia e nell'attualità*, in "Rivista di patologia nervosa e mentale", fasc. 2, vol. XXII, febbraio 1917, pp. 65-104, p. 104. Il lungo saggio di Lugaro era diviso in otto sezioni, distribuite per ciascun fascicolo della rivista. La prima fu pubblicata nel fasc. 1, vol. XXI, maggio 1916, pp. 185-239, l'ultima nel fasc. 5, maggio 1917, pp. 249-302. Dal canto suo, Freud considerava che l'odio crescente tra paesi nemici stava riducendo gli europei alla stregua di "barbari": «Anche la scienza ha perduto la sua serena imparzialità; i suoi servitori, esacerbati nel profondo, cercano di trar da essa armi per contribuire alla lotta contro il nemico. L'antropologo è indotto a dimostrare che l'avversario è un essere inferiore e degenerato: lo psichiatra a diagnosticare in lui perturbazioni spirituali e psichiche», Id., *Considerazioni attuali sulla vita e la morte*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. VIII, Boringhieri, Torino 1976, p. 123.

³⁴ «Sono persuaso che la guerra del 1915-1918 è stata una gravissima causa di quell'"arresto" brutale di cui parla Freud. L'Austria era per l'Italia la nazione nemica per eccellenza, e Freud era viennese. Il fascino esercitato sulla élite italiana da quel formidabile centro culturale che fu la Vienna *fin de siècle* si trasformò in un senso ambivalente di ostilità e rifiuto. Gli psichiatri posti davanti al problema dei traumi collettivi, i neurologi e chirurghi sommersi dalle osservazioni di patologia cerebrale (che certamente fecero fare enormi progressi pratici e teorici nel loro campo), oppressi dalla necessità della cura efficace, rapida, anche brutale, ripiegarono sulle loro posizioni lombrosiane e organicistiche originarie, con in più una tonalità nazionalistica quasi nuova, ma esasperata. W. Reich ha un bel dire che sola fra tante società scientifiche, quella psicoanalitica continuò ad avere una vita internazionale durante la guerra; non credo che vi sia stato più nessun rapporto scientifico tra Vienna e l'Italia per quattro anni. La normalizzazione dei rapporti si ristabilì lentamente, solo verso il 1922, ma molte cose erano o stavano per essere cambiate», Michel David, *La psicoanalisi nella cultura italiana*, Bollati Boringhieri, Torino 1990 (nuova edizione riveduta e ampliata; 1 ed. 1966), pp. 161-162.

ritornare alla metafisica e nel campo psicopatologico istituire una pericolosa “metapsichiatria”³⁵.

La mancata ricettività della psicanalisi e del freudismo in Italia prima della guerra era comunque dovuta a diverse ragioni, come ha spiegato puntualmente Michel David. In primo luogo, fu per la pervasività del lombrosianesimo – a parte alcuni iniziali punti di contatto tra le due teorie, soprattutto a proposito di regressione e atavismo – o, in alternativa, per l’adesione alle idee di Kraepelin. Ma, soprattutto, gli alienisti italiani anteponevano al pensiero freudiano, apparentemente troppo teorico e astratto, la ricerca scientifica, pragmatica e concreta: «il medico, messo davanti alla tecnica d’analisi e alle ipotesi di lavoro di un Freud, non doveva abbandonare la sua vocazione precisa di esperienza e di analisi»³⁶.

Per gran parte dei medici psichiatri italiani, dunque, la questione determinante verteva sulla possibilità di condurre analisi sperimentali sui malati, convinti che solo con quel metodo essi sarebbero stati in grado di formulare diagnosi esatte e, di conseguenza, garantire la presenza nell’esercito di individui perfettamente adeguati.

Del resto, questa era proprio l’esigenza dei vertici militari, secondo quanto si legge nella relazione sul servizio neuropsichiatrico, redatta alla fine del conflitto, a proposito dell’utilità di simili servizi nelle diverse armate. Essi

[...] avevano il triplice scopo e vantaggio di sbarazzare rapidamente le truppe del fronte dall’ingombro dei malati mentali e nevropatici, di riconoscere ed eliminare da questi i simulatori, di curare sul posto le forme leggere per restituirle ai corpi, evacuando i più gravi verso le zone interne³⁷.

³⁵ G. Modena, *La psicoanalisi in Neuropatologia ed in Psichiatria*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 6, giugno 1915, vol. II, pp. 241-251, p. 250. La definizione di “metapsichiatria” applicata alle teorie freudiane era ripresa da Kraepelin, cfr. *Ibid.*, p. 242.

³⁶ Michel David, *La psicoanalisi nella cultura italiana*, cit., p. 16. Inoltre, segnala David, per i medici italiani «l’assenza di “strumenti” meccanici non sembrava veramente “scientifica”», *Ibid.*, p. 155. Solo durante la guerra gli psichiatri avrebbero cominciato ad avviare una riflessione sulle emozioni e sull’oscurità dell’inconscio, non riuscendo a dare spiegazioni convincenti ai fenomeni che si trovavano ad osservare, e aprendo in questo modo la strada alla psicoanalisi. Fu nel primo dopoguerra, inoltre, che Marco Levi Bianchini avrebbe fondato una rivista, “L’archivio generale di neurologia e di psichiatria” (nel 1920) e quindi la Società psicoanalitica italiana (nel 1925), con l’intento di dare conto e diffusione delle idee psicoanalitiche, cfr. V. Babini, *Liberi tutti*, cit., pp. 59-67. Sulla figura di Levi Bianchini si rimanda a Marco Quarchioni, *Marco Levi Bianchini e la Biblioteca psicoanalitica italiana*, Biblioteca provinciale “M. Delfico”, Teramo 1988; Francesco Saverio Moschetta (a cura di), *Marco Levi Bianchini e le origini della psicoanalisi in Italia*, Ospedale neuropsichiatrico, Teramo 2000.

³⁷ Ussme, *Diari prima guerra mondiale*, P21A, Relazione sanitaria guerra 1915-1918. Servizio neuropsichiatrico, p. 389.

Il problema più urgente sembrava essere soprattutto quello di individuare e allontanare coloro che fingevano soltanto di soffrire delle più disparate patologie mentali, con l'intento di sottrarsi agli obblighi militari. I simulatori erano ritenuti frodatori intenzionali, paragonabili ai delinquenti comuni³⁸.

Secondo Tamburini, Ferrari e Antonini, la funzione primaria dei medici psichiatri nell'Esercito era proprio quella di smascherare i tentativi di simulazione:

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 reati³⁹.

E il maggiore medico Antonini, a guerra già avanzata, ribadiva la necessità di prendere provvedimenti contro chi non sentiva l'amor di patria e l'urgenza di difenderla:

Se tutti gli atti malvagi e violenti che facciano acquisire la qualifica di criminale al soldato conducessero all'impunità, per questo solo titolo che il fatto possa ripetersi e possa quindi la criminalità essere equiparata all'ottusità mentale che faccia presumere che non si possa compiere utilmente il servizio militare, e debba sottoporsi a riforma, questi casi si moltiplicherebbero con grande facilità presso tutti coloro, e sono molti, che non hanno purtroppo un chiaro senso del dovere, e non sentono l'imprescindibile necessità, in questo grande momento che attraversa la Nazione, di dare, secondo le proprie forze, il contributo alla difesa della Patria⁴⁰.

In effetti, la mobilitazione generale rischiava di confondere gli individui realmente portatori di patologie psichiche con i "volgari" simulatori, come avvertiva la redazione dei "Quaderni di psichiatria". Proprio in merito a questo problema, in tutta Europa si stavano compiendo studi e analisi che mettevano in rilievo l'importanza del parere del medico psichiatra:

³⁸ La questione della simulazione della follia interessava gli psichiatri da ben prima della guerra, ed era posta in stretta relazione con le azioni criminali dei delinquenti, anche se fu soprattutto in ambito militare che fu considerata centrale. Cfr. in particolare Pasquale Penta, *La simulazione della pazzia e il suo significato antropologico, etnico, clinico e medico-legale*, Francesco Perrella editore, Napoli 1900.

³⁹ A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 661. Secondo gli autori, in Italia fu Luigi Roncoroni – assistente di Lombroso a Torino e direttore della prima cattedra universitaria di neuropsichiatria a Parma dal 1907 al 1935 – a suggerire di attrezzare sale psichiatriche negli ospedali militari, già agli inizi del nuovo secolo, «affine di potere esaminare a fondo, come si può fare in una Clinica, i militari sospetti di simulazione», Ivi, p. 660.

⁴⁰ G. Antonini, *La questione della epurazione dall'esercito dei criminali, anomali ed indisciplinati*, in "Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale", vol. 38, 1917, pp. 17-26, pp. 17-18.

Bisogna dunque che ogni mutilato volontario sia studiato attentamente dal punto di vista della mentalità; e allora bene spesso, secondo l'A., si troveranno le note o stimate della inferiorità psichica: certe mutilazioni sono eseguite in modo così inverosimile e sciocco da rivelare subito, non solo la frode, ma la deficienza mentale dei soggetti. [...] Spetta certamente ai Giudici di apprezzare le circostanze di fatto e di intenzione; ma il perito potrà pur sempre illuminarli, sia circa la vera o verosimile origine della ferita, sia circa lo stato psicologico dell'incolpato⁴¹.

La necessità di confrontarsi con quanto veniva elaborato all'estero fu avvertita fin dall'inizio della guerra: diversi medici, infatti, si erano recati all'estero a visitare i centri di ricovero degli "psiconevrotici di guerra", per confrontarsi su metodi e tendenze riabilitative, come fece nel 1915 il professore Giuseppe Sanarelli, direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma e futuro rettore, o, successivamente, tra maggio e giugno 1917, il professore Vincenzo Bianchi.

In particolare, nella relazione di Sanarelli sulla situazione francese ritornavano le questioni che erano state già affrontate anche in Italia sull'inferiorità dei soldati tedeschi, considerati più facilmente attaccabili da patologie mentali per «scarso livello morale» e «maggiore predisposizione agli eccessi di ogni natura, specialmente quelli prodotti dall'alcool», mentre, al contrario, i francesi presentavano «ottimo terreno morale» e una buona qualità di alimentazione e igiene. Il professore ribadiva inoltre la mancanza di connessione diretta tra psicopatie e guerra, pur sostenendo la necessità di organizzarsi al meglio con consulenti specializzati per far fronte alle possibili infiltrazioni di delinquenti comuni tra le fila dell'esercito, mascherati da simulatori:

Ciò non esclude bene inteso, che compaiano di tanto in tanto delle manifestazioni di squilibrio mentale, caratterizzate da atti di indisciplinatezza, di ribellione, di oltraggio, di violenza, di diserzione ecc. che si verificano, per lo più, a carico di soggetti irresponsabili, le cui turbe mentali sfuggono anche alla diagnosi del medico militare. È a causa di questa dolorosa eventualità che si insiste da più parti, affinché i consigli di guerra siano assistiti da medici alienisti, in grado di effettuare se non quelle perizie psichiatriche vere e proprie, almeno degli esami mentali d'urgenza, onde evitare possibili e deplorabili confusioni fra malati e volgari delinquenti meritevoli dei rigori della giustizia militare⁴².

Peraltro, alcuni medici riconoscevano una certa ambiguità tra simulazione e patologia effettiva, connessa proprio al trauma subito e all'angoscia di poter rivivere certe esperienze, ed arrivarono a sostenere che l'eccessiva severità e rigore verso i

⁴¹ La Redazione, recensione a Paul Chavigny, *Étude médico-légale sur les mutilations volontaires par coup de feu* (in "Paris Médical", 13 marzo 1915), in "Quaderni di psichiatria", n. 4, aprile 1915, vol. II, p. 187.

⁴² Acs, Mi, Dgsp, Atti amministrativi 1910-1920, b. 154, Relazione del professore G. Sanarelli, ottobre 1915.

soldati potessero probabilmente essere controproducenti, come scrisse il dottor M. Zalla sulla “Rivista di patologia nervosa e mentale”:

La massima parte degli individui colpiti dai disturbi ora indicati torna abbastanza rapidamente in condizioni che possono apparire normali; ma basta che sentano parlare dell'imminenza o della possibilità del ritorno al campo perché vengano tosto ripresi dai loro disturbi: non per questo essi debbono essere considerati simulatori: sono individui il cui sistema nervoso non regge agli strapazzi ed agli orrori della guerra; malgrado la buona volontà, alla prima occasione la loro debole resistenza cede, ed anche quando sono apparentemente guariti dei sintomi tumultuosi qualcosa in loro rimane: rimane il terrore che il pericolo superato possa rinnovarsi, rimane l'orrore per la guerra. Nel procedere alla sistemazione di questi individui è inutile e anche dannoso lasciarsi guidare da criteri di rigida severità: è opportuno invece, seguendo i dettami del buon senso e del senso pratico, allontanarli dall'esercito pel quale rappresentano un inutile ingombro e destinarli ad occupazioni nelle quali possano ancora svolgere un'attività normale⁴³.

Da un lato, persisteva comunque la volontà di mantenere l'esercito depurato da elementi di disturbo, sia che essi fossero malati sia che fossero potenziali criminali, ma dall'altro si cominciava anche a parlare di «orrore della guerra», seppure solo come agente scatenante.

3. La realtà della guerra

Il Servizio neuropsichiatrico di guerra fu organizzato, sulla falsariga del servizio sanitario militare, solo a guerra iniziata. Il coordinamento e l'organizzazione complessiva del servizio furono affidati all'illustre alienista Augusto Tamburini, che propose di dotare ogni armata di reparti neurologico-psichiatrici specializzati. Ciascuna delle quattro armate impiegate al fronte si sarebbe così dovuta dotare di una sezione neuropsichiatrica avanzata, posta sotto la consulenza di medici psichiatri. Questi ultimi avrebbero controllato anche i reparti allestiti nei territori delle rispettive armate, distribuiti in buona parte del territorio italiano, con il compito di esaminare i casi che si presentano, valutarne la diagnosi e, soprattutto, intervenire sullo smascheramento dei simulatori.

⁴³ M. Zalla, *Le perturbazioni psichiche nei militari in tempo di guerra*, in “Rivista di patologia nervosa e mentale”, fasc. 4, vol. XX, aprile 1915, pp. 205-211, p. 210.

I consulenti scelti erano nomi decisamente di spicco nel panorama psichiatrico italiano, che avevano dato prova di iniziativa e valore nei primi mesi del conflitto: a Verona la prima armata, ebbe a disposizione Arturo Morselli, figlio di Enrico; per la seconda, a Udine, fu nominato Vincenzo Bianchi, deputato e figlio di Leonardo, il direttore del manicomio di Napoli. Angelo Alberti, direttore del manicomio di Pesaro, e Giacomo Pighini, del manicomio di Reggio Emilia furono destinati rispettivamente alla terza e alla quarta armata, a San Giorgio di Nogaro e a Udine⁴⁴.

Ci vollero un paio d'anni per mettere a punto l'organizzazione, che si componeva di dieci reparti psichiatrici e ospedali da campo in zona di guerra e di una trentina di reparti specializzati negli ospedali o nei manicomi delle retrovie e della zona territoriale, e che prendeva esempio dalle strutture allestite in altri paesi come Francia e Inghilterra⁴⁵.

La ritirata successiva alla rotta di Caporetto avrebbe messo il sistema a dura prova, costringendo anche i reparti neuropsichiatrici al ripiegamento e, talora, anche all'abbandono dei ricoverati:

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 Milano⁴⁶.

⁴⁴ La descrizione del "servizio nevro-psichiatrico di guerra nell'Esercito italiano" è in A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., pp. 675-679. I nomi dei consulenti sono in *Organizzazioni di Servizi Neurologico-Psichiatrici per i Belligeranti*, in "Quaderni di psichiatria", n. 9-10, settembre-ottobre 1915, vol. II, p. 396. Per alcune notizie su di loro si rimanda a A. Scartabellati, *Intellettuuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande guerra (1909-1921)*, cit., pp. 70-71.

⁴⁵ L'elenco e la distribuzione dei reparti sono in Ussme, fondo E7, b. 53, *Relazione storica sui servizi sanitari in tempo di guerra*, p. 836. Si veda anche A. Mendicini, *I centri neurologici nella mostra nazionale delle opere di assistenza nell'esercito*, in "Quaderni di psichiatria", n. 9-10, settembre-ottobre 1918, vol. V, pp. 229-234.

⁴⁶ *Organizzazione dei Servizi Neuro-psichiatrici dell'Esercito*, in "Quaderni di psichiatria", n. 3-4, marzo-aprile 1918, vol. V, p. 92. Cfr. anche *Nei manicomi del Veneto invaso*, in "Giornale di psichiatria e tecnica manicomiale", anni XLV-XLVI, 1917-18, pp. XLVIII-LI. Il capitano medico della Terza armata Umberto Neyroz, tuttavia, rassicurava sulla capacità di recupero e riorganizzazione del reparto: «Avvenuto il ripiegamento e lo sgombero completo – senza alcuna perdita – dei vari reparti d'armata verso l'interno del territorio, il servizio psichiatrico subì anch'esso le conseguenze del primo periodo di assestamento generale con una breve pausa di poco più di un mese, in quanto che già ai primi di dicembre era in grado di riprendere il suo normale funzionamento», Ussme, fondo E7, b. 31, Servizio neuropsichiatrico, *Relazione sul funzionamento del servizio psichiatrico della III Armata*, s.d., p. 4.

Il servizio fu riorganizzato nei mesi successivi, con l'ampliamento delle strutture e il potenziamento, nelle retrovie, di nuovi centri neurologici nelle maggiori città italiane. Nel gennaio 1918, inoltre, ad essi si era aggiunto anche, a Reggio Emilia, il Centro neuropsichiatrico di prima raccolta, diretto da Placido Consiglio, che si occupava di intervenire come «filtro per tutti quelli che, idonei, erano riusciti a sfuggire all'osservazione dei Consulenti e dei reparti avanzati, restituendoli alle truppe»⁴⁷.

Alle prese con i combattimenti, dopo le teorie e la retorica della necessità di arruolarsi per il fronte, gli alienisti cominciarono necessariamente a misurarsi con i problemi concreti che il conflitto provocava nei soldati.

Il problema centrale però sembrava rimanere sempre quello di occuparsi delle lesioni del sistema nervoso, più che dei traumi psichici: nel 1916 i professori G. Verga e G. Sala studiarono i casi di lesioni ai ricoverati all'ospedale militare di riserva "Collegio Borromeo" di Pavia e redassero un testo sulle lesioni ai nervi periferici conseguenti a ferite di arma da fuoco. Scrivendo in merito alla diffusione di quel testo al Direttore generale della sanità, il professor Camillo Golgi nel luglio 1916 lamentava ancora un certo ritardo nel predisporre un adeguato servizio sanitario e ribadiva

L'assoluta necessità di meglio considerare problemi di alta importanza pratica, scientifica e sociale, che hanno stretta attinenza coll'organizzazione dei servizi sanitari e che pur troppo in Italia non furono presi nella dovuta considerazione⁴⁸.

Inevitabilmente, l'aumento dei casi di nevrosi e psicopatie funzionò come straordinario laboratorio per tutti gli alienisti, specialmente quelli sotto le armi, che cominciarono a studiare e descrivere i casi che di volta in volta si trovavano di fronte. Dall'estate 1915 in tutte le pubblicazioni specializzate lo spazio maggiore fu riservato ai numerosissimi articoli, commenti, saggi e recensioni che analizzavano le nuove patologie e lesioni, sia psichiche che nervose, o le questioni metodologiche e teoriche che stavano impegnando gran parte dei medici alienisti italiani.

Così, ad esempio, sin dal mese di giugno nella rivista "Quaderni di psichiatria" si cominciò a compilare una rubrica fissa nella quale dispensare consigli e proporre casi

⁴⁷ E. Riva, *Il centro psichiatrico militare di I raccolta*, in "Rivista sperimentale di freniatria", a. LIV, 1919, pp. 308-324, p. 309.

⁴⁸ Acs, Mi, Dgsp, Atti amministrativi 1910-1920, b. 154, lettera di Camillo Golgi al Direttore generale della sanità A. Lutrario, Pavia, 31 luglio 1916.

emblematici. In una di esse furono descritti i trattamenti che il professor Arturo Morselli, capitano medico nell'ospedale da campo n. 32 della Terza armata, nell'Isonzo inferiore, applicava ai soldati colpiti da qualunque tipo di problema neuropsichiatrico, dalla nevrosi istero-traumatica all'afasia, sordità o cecità psicogene, dall'epilessia alla demenza precoce, dalla psicosi catatonica alle ferite del sistema nervoso periferico e centrale:

Il prof. Arturo Morselli fa largo uso dell'ipnosi e della suggestione: a tale uopo gli serve egregiamente un apposito strumentario elettro-terapico (faradizzazione a doppio rullo) che si è fatto spedire dalla Clinica di Genova. Molti "muti" hanno così ripresa la parola e sono tornati a combattere!⁴⁹

Morselli sosteneva la possibile rimessa in salute dei soldati, anche se presentavano alterazioni nervose di diverse tipologie, e a patto che si intervenisse tempestivamente. A maggior sostegno della propria tesi, nel 1918 il medico presentava i risultati di una ricerca condotta da un neurologo inglese, il dottor Arthur F. Hurst, sui soldati dell'esercito britannico affetti da isterismo, ribadendo la differenza fra manifestazioni «sincere» e simulate:

La suggestione della guaribilità assoluta di tutti questi malanni è la base della cura; bisogna dunque diffondere nei Centri Medico-militari l'idea che le forme isteriche sincere guariscono sempre, le simulate son quelle che non guariscono. Se nei Servizi neurologici si lasciano dei malati guariti, essi sono di grande sussidio al terapeuta; poiché «preparano» i nuovi ammessi, tanto che questi guariscono poi in 24 ore!⁵⁰

⁴⁹ *Psichiatria e guerra*, in "Quaderni di psichiatria", n. 7-8, luglio-agosto 1915, vol. II, pp. 338-342, p. 339. La fiducia nella cura e guarigione dei ricoverati negli ospedali da campo traspare anche dalla relazione del capitano Neyroz: «Ottimo si è mostrato il sistema di tenere sempre a letto i malati, sia come efficacia sedativa, sia come mezzo per tener maggiormente in ordine il reparto e sott'occhio per una più vigile osservazione il paziente. A seconda dei casi poi: bagni caldi prolungati, anche per molte ore (quando è stato possibile farlo, come a San Giorgio) per le forme agitate e che hanno sempre corrisposto molto bene; uso di nervini, bromici, ipnotici ecc. Assai di frequente nei casi di sitofobia persistente, come negli ebefrenici, lipemaniaci, si è dovuto ricorrere alla alimentazione artificiale, con la sonda esofaga, e di solito per via nasale, senza mai avere alcun spiacevole incidente. Limitato, e sempre in seguito ad ordine medico, l'uso dei mezzi di contenzione. Nei casi di mutismo da schoch, [sic] (in complesso oltre 200) si è avuta una percentuale assai soddisfacente di guarigioni, oltre il 90%, sia con l'eterizzazione, sia con la suggestione psicoterapeutica, ma in modo più costante con l'applicazione di correnti faradiche improvvise e gradualmente crescenti di intensità ai lati del collo», Ussme, fondo E7, b. 31, Servizio neuropsichiatrico, Relazione sul funzionamento del servizio psichiatrico della III Armata, s.d., pp. 9-10. Descritto nel 1920 anche da Sigmund Freud, *Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra*, in *Opere*, vol. 9, 1917-1923, Boringhieri, Torino 1967, questo trattamento, che alternava metodi "dolci" come il sonno e il riposo a metodi più "persuasivi", fu utilizzato anche in Francia, come dimostra l'analisi di Sophie Delaporte, *Les Réponses thérapeutiques*, in "14-18. Aujourd'hui, Today, Heute", n. 3, 1999, pp. 36-55.

⁵⁰ A.M. [Arturo Morselli], recensione a Arthur F. Hurst, *L'isterismo nei militari* ("British Medical Journal", settembre 1917), in "Quaderni di psichiatria", n. 9-10, settembre-ottobre 1918, vol. V, pp. 236-237 (corsivi

La cieca fiducia nella guarigione delle malattie nervose poneva i medici al riparo da ipotizzare che le forme del trauma potessero essere talmente violente da alterare per sempre le vite dei soldati. Anche il tenente colonnello medico G. Gradenigo, nel marzo 1917, descrivendo i casi di mutismo, afonia e sordità nei militari, di origine psichica e per cause belliche, segnalava l'efficacia della soluzione alla quale faceva ricorso – un bagno di suono – ma allo stesso tempo avvertiva della «tenacia» con la quale si manifestavano alcune patologie psichiche:

per le forme psichiche, sia del mutismo ed afonia, sia della sordità, conviene far ricorso alla psicoterapia e alle cure fisiche; buoni risultati ho ottenuto col sottoporre i pazienti con mutismo e con sordità funzionale ad una specie di bagno di suono, in una stanza molto risonante, dove mediante canne d'organo, si producono intense vibrazioni sonore di differente periodo. [...] Talora, anche se si ha cura di prolungare il periodo di eccitamento e far ricorso, come fu detto, a vari procedimenti suggestivi, non si ottiene alcun risultato, tanto sono tenaci le forme psichiche nei militari nella presente guerra⁵¹.

I medici si trovavano sostanzialmente d'accordo nel sostenere che la guerra esasperava gli stati d'animo dei soldati, intensificando in loro emozioni come l'ansia, la paura e l'angoscia, prima e durante gli assalti, ma anche l'esasperazione, che montava nelle lunghe ore di inerzia trascorse in trincea, in preda sovente a fame e sonno.

Lo stesso Placido Consiglio rifletteva sulla somiglianza della guerra moderna a un «grande assedio», torturante e sconvolgente:

La guerra d'oggi somiglia molto ad un grande assedio, e le così dette psicosi da guerra, psicosi da mine e simili che oggidi si vogliono descrivere, sono assai analoghe alle manifestazioni morbose che furono descritte ad esempio negli ultimi tempi dell'assedio di Port Arthur. [...] Come nelle attuali guerre di posizione si moltiplicano e si intensificano tutti i fattori perturbanti delle guerre passate, dalla fatica fisica al patema della guerra, dalle insidie mortifere innumerevoli ed inaspettate della terra e del cielo al rabbioso tuonare delle artiglierie di ogni calibro, nell'ansia continua e nella aspettazione sinanco angosciosa dell'agguato o

nel testo). La questione della simulazione, decisamente centrale negli studi dei medici militari, fu affrontata su base esclusivamente fisiologica dal professor Gerolamo Cuneo nel 1918, il quale stabilì che esistevano mezzi sicuri per individuare e riconoscere le malattie del ricambio – come nefrite, diabete, epilessia, nevrastenia o psicosi maniaco-depressiva – vere da quelle simulate, permettendo così alla medicina militare di svolgere il proprio compito di «assicurare alla Patria il doveroso concorso di tutti i cittadini», Id., *Lo studio delle simulazioni con metodi di indagine biochimici*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, 1919, pp. 325-330, p. 329.

⁵¹ G. Gradenigo, *Mutismo, afonia, sordità nei militari: di origine psichica, da cause organiche: simulazioni e criteri differenziali obiettivi*, in “Rivista di patologia nervosa e mentale”, fasc. 3, vol. XXII, marzo 1917, pp. 113-131, p. 130.

dell'assalto improvviso e della sorpresa nel sonno per gli scoppi di mine sotterranee, con l'inclemenza del tempo e le torture della fame e con le visioni macabre che tante volte subiscono i combattenti allorché le furibonde raffiche di fuoco li costringono alla immobilità esasperante nei cunicoli da talpa⁵².

In una guerra essenzialmente di posizione, il logoramento dei soldati sembrava quasi inevitabile, considerando l'ansia nell'attesa dell'attacco, il sentimento di lontananza dalla propria casa e dai propri affetti o l'incertezza nel futuro. Questo stato emotivo fortemente perturbante metteva a dura prova anche «le tempre meglio preparate e più robuste», come segnarono, a conflitto ormai terminato, gli psichiatri Lionello De Lisi ed Ezio Foscari dalle pagine del periodico "Note e Riviste di Psichiatria"⁵³.

Per quanto gli alienisti cercassero di prendere le distanze dal pensiero freudiano, insistendo sulle basi organiche degli stati affettivi, le loro osservazioni sui comportamenti dei soldati non potevano trascurare il ruolo dell'emozione come agente scatenante, che però, naturalmente, fungeva da innesco in individui già predisposti a determinate patologie.

Erano le considerazioni alle quali giungeva il sottotenente medico Nando Bennati nell'Ospedale militare di riserva di Ferrara nel 1916:

Non voglio essere un entusiasta né un aderente delle idee psicogenetiche di Freud; ma pur tuttavia non si può disconoscere a Freud il merito di aver richiamata la nostra attenzione in modo molto particolare su la grande importanza psicopatogenetica degli stimoli emotivi, quando questi siano soffocati dentro di noi e non abbiano il loro sfogo in una reazione adeguata. La società dei nostri tempi, tanto pretensiosa di civiltà, aveva troppo ostacolato la libertà e la immediatezza delle reazioni, inabissando negli animi stimolazioni compresse. [...] Ma, ahimè! La guerra moderna è anch'essa un complesso di stimolazioni... senza valvola di sicurezza: il soldato è là, attento, vigile; arriva uno shrapnell; di dove?: il nemico è inafferrabile. Scoppia una mina: il nemico è invisibile... Gli stimoli emotivi a contenuto snaturato, in quanto compromettono la stessa esistenza, si addizionano, si moltiplicano: con l'aggravante che trovano una umanità già sensibilizzata alla pletera psicogena, per quello che abbiamo detto su la natura della moderna società da questo punto di vista⁵⁴.

⁵² P. Consiglio, *Le anomalie del carattere dei militari in guerra*, in "Rivista sperimentale di Freniatria", vol. 42, 1916, pp. 131-177, p. 132.

⁵³ I due continuavano aggiungendo che quella situazione favoriva «la formazione di complessi depressivi a colorito fortemente depressivo che determinano a lungo andare uno stato affettivo di carattere assai penoso con tendenza alla stabilità», L. De Lisi, E. Foscari, *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, in "Note e riviste di psichiatria", n. 1, gennaio-aprile 1920, pp. 9-130, p. 67.

⁵⁴ Nando Bennati, *La etiologia determinante nella nevrosi traumatica di guerra*, in "Rivista sperimentale di Freniatria", vol. 42, 1916, pp. 49-86, p. 55. In ogni caso, Bennati non si allontanò molto dall'impostazione positivista e dalla convinzione che le cause delle nevrosi traumatiche fossero da ricercare in un sostanziale

Le psicosi belliche cominciavano a essere studiate nella loro precipua specificità, come del resto avveniva anche nelle altre nazioni, da dove i medici italiani traevano esempi e cercavano sostegno, sempre a patto che non si uscisse dai canoni del più rigoroso organicismo.

Da un lato, infatti, essi recepirono la definizione di *shell shock* – termine che ebbe origine dai soldati britannici già nel novembre 1914 per descrivere il trauma che li colpiva in seguito alle esplosioni da granata, sia sul piano fisico che su quello psichico⁵⁵ –, ma dall'altro non si allontanarono troppo dalla convinzione nella predisposizione o nella degenerazione legate al concetto stesso di malattia mentale.

La recensione di Ernesto Lugaro al testo che nel 1917 presentava lo *shell-shock* alla comunità scientifica è ampiamente esemplificativa dell'atteggiamento della neuropsichiatria italiana:

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)⁵⁶.

Principalmente, dunque, anche gli italiani riconoscevano alla guerra e alla fatica che comportava una certa responsabilità nei traumi dei soldati, innegabile soprattutto per quei casi che non avevano mai manifestato patologie prima dell'entrata in guerra. Contemporaneamente, gli alienisti come Lugaro continuavano però a ribadire la necessità di indagare il loro «meccanismo genetico», per verificarne i difetti congeniti:

stato di esaurimento fisico: «fenomeni di esaurimento; vien proprio fatto di chiamarli con tal nome sebbene si sappia che il così detto esaurimento nervoso, più che a un ammanco quantitativo di materiali trofici, corrisponda a una intossicazione da alterato ricambio generale», *ivi*, p. 81.

⁵⁵ Il racconto della nascita e dell'affermazione della definizione di *shell shock* è, tra gli altri, in Peter Leese, “*Why are they not cured?*” *British Shellshock Treatment During the Great War*, in Mark S. Micale and Paul Lerner (ed.), *Traumatic pasts*, cit., pp. 205-220, p. 206; Anthony Babington, *Shell-shock. A History of the Changing Attitudes to War Neurosis*, Leo Cooper, London 1997, pp. 46-48.

⁵⁶ 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, pp. 324-327, p. 324.

Il massimo ammaestramento clinico che la guerra ci fornisce è 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. D'accordo; ma non bisogna dimenticare che nel meccanismo genetico di questi disturbi, meccanismo che è psichico nei primi anelli della catena, entrano in giuoco fattori somatici importantissimi: il così detto esaurimento psichico, ad esempio, altro non è che un'autointossicazione acuta, violenta, persino mortale, parificabile sotto tutti i punti di vista a un avvelenamento di origine esterna⁵⁷.

Sull'origine prevalentemente fisica dei traumi nei soldati, naturalmente, convergevano molti psichiatri. Nel 1916, ad esempio, il sottotenente medico Bruno Modena, assistente all'ospedale militare di riserva di Ferrara, scriveva:

Il soldato in guerra è pure esposto a circostanze etiologiche di altra indole (principalmente strapazzo fisico, difetto del sonno); e dal maggiore o minore risentimento di queste potrà dipendere l'ammalare o meno, in confronto di un altro individuo pari a lui, per ipotesi, nelle condizioni psicologiche di costituzione e di eventi. Tutti gli organi dell'organismo risentono di quella intossicazione da lavoro che è la fatica; ed è canone del biochimismo nervoso una particolare suscettibilità agli squilibri del ricambio generale. Pertanto, non farà meraviglia che all'esaurimento corporeo da surménage fisico il psichismo reagisca col suo ipotono, e, cioè, lo stato affettivo si deprime⁵⁸.

E ancora negli anni Trenta, in pieno recupero fascista della Grande guerra, persino i gas tossici, impiegati dal 1915 nei campi bellici di tutta Europa, erano considerati come un semplice elemento scatenante di fenomeni nevrotici, poiché non facevano altro che mettere in risalto il cattivo adattamento alla vita militare e l'inadeguata forma mentale ed emotiva dei colpiti:

L'astenia è talvolta il quadro dominante e persistente: i malati sono incapaci di ogni sforzo fisico per lungo tempo. [...] Nella grande maggioranza dei casi, in cui si accusano postumi funzionali da gas, si hanno soggetti già tarati prima di entrare in servizio militare, oppure militari che per le fatiche di guerra o in seguito a malattie nervose, e che attribuiscono erroneamente ai gas ai loro guai fisici e talvolta psichici»⁵⁹.

⁵⁷ Ivi, p. 326.

⁵⁸ B. Modena, *Le tonalità affettive nei malati di guerra*, in "Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale", aa. XLIII-XLIV, 1915-1916, pp. 115-120, p. 117.

⁵⁹ Alessandro Lustig, *Effetti e cura dei gas di guerra*, Istituto sieroterapico milanese, Milano 1936, pp. 277-278. Il professor Lustig, già Colonnello medico all'Ufficio speciale tecnico del Comando supremo del R. Esercito (1915-1919), scrisse questo testo basandosi sugli studi effettuati da Manieri e Rovida all'Istituto di patologia generale di Firenze, pubblicati nel "Giornale di medicina militare" nel 1928, consapevole del fatto che i gas fossero vietati in guerra, ma, come scrisse nell'introduzione, *si vis pacem para bellum*, Ivi, p. X.

Con il passare degli anni, tuttavia, le posizioni di alcuni psichiatri – soprattutto di coloro che si trovavano nella zona del fronte – cominciarono a essere leggermente più sfumate, tanto che alcuni di loro si soffermarono a indagare le possibili relazioni tra l'intensità del conflitto e le ripercussioni psicologiche sui militari.

L'aumento esponenziale di nevrosi e sindromi psichiche, tutte inevitabilmente a vario modo connesse con le atrocità della guerra, non poteva non alimentare qualche perplessità in un impianto rigidamente e aprioristicamente costruito. Così, ad esempio, Ferdinando Cazzamalli medico nel manicomio di Como e, durante la guerra, nel servizio neuropsichiatrico della Seconda Armata, sembrò mettere in discussione la convinzione nella predisposizione congenita dei soldati traumatizzati scrivendo che «nella guerra sono contenute cause traumatiche, dotate di così intenso potere neuropsicopatogeno da turbare, sia pure transitoriamente, l'equilibrio nervoso del soldato, anche se costituzionalmente non predisposto»⁶⁰.

Similmente, Gaetano Boschi, a contatto con i soldati traumatizzati nel suo centro di Ferrara, nel 1918 ragionava sul fatto che non si potesse parlare solo di predisposizione, anche se tra mille forse e condizionali, e pur ribadendo che erano comunque malattie del sistema nervoso, cedimenti di funzione, e «non lo sfacelo delle funzioni che è proprio della pazzia»:

Era presumibile che la guerra moderna avrebbe suscitato in gran quantità forme di nevrosi. Costituendo essa una ingentissima e innumerevole causalità, psichica e fisica, neuro e psicopatogena, non solo avrebbe risvegliato le predisposizioni, ma avrebbe pure forse creato malattie anche là dove predisposizione vera e propria non fosse esistita o fosse stata di per sé trascurabile⁶¹.

In quello stesso 1918, cioè al terzo anno di guerra e soprattutto dopo la tragedia di Caporetto, anche Placido Consiglio sembrava uscire dal rigido lombrosianesimo che aveva sempre sostenuto. Egli descrisse di non avere incontrato solo soggetti costituzionalmente predisposti o degenerati, ma anche individui “normali” che cedevano, per effetto delle fatiche belliche o di emozioni troppo intense:

⁶⁰ F. Cazzamalli, *La guerra come avvenimento storico degenerogeno*, in “Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale”, vol. XXXIX, 1919, pp. 191-229, p. 198.

⁶¹ G. Boschi, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, Tipografia Ferrariola, Ferrara 1918, p. 7.

Quasi sempre negli ammalati, od anche nei soggetti ad improvvise *défaillances* morali, si possono riscontrare note degenerative o fattori anamnestici ereditari o precedenti neuropatici diversi od attitudini anomale del carattere. Vale a dire, in fondo, che tutte quelle cause non fanno che disgelare – aggravandole – le manchevolezze della personalità neuropsichica, senza però voler con questo escludere che anche individui della media normalità possano cedere ugualmente se sorpresi in momenti speciali in cui fatica o perdita di sonno o cause morali abbiano sminuito il potenziale energetico, ed accresciuta l’emotività, in che – in fondo – consiste la disposizione nevrotica della personalità umana⁶².

Anche Ferdinando Cazzamalli, a fine conflitto, riproponeva la sua particolare interpretazione del rapporto tra guerra e malattie nervose o psichiche, specificando che non sempre la predisposizione era necessaria allo sviluppo di forme patologiche e che la guerra poteva avere su di esso conseguenze dirette:

Resta ad ogni modo e fuor d’ogni dubbio provato che nella guerra sono contenute cause traumatiche, dotate di così intenso potere neuro-psicopatogeno da turbare, sia pure transitoriamente l’equilibrio nervoso del soldato, anche se costituzionalmente non predisposto. Anzi, è merito appunto della psicopatologia il discriminare, nella varietà delle sindromi morbose di guerra, quelle che indicano per configurazione, decorso, durata, entità il fondamento individuale degenerativo predisponente, da quelle altre che colpiscono l’individuo normale, tutt’al più indicando nella normalità un limite di «minor resistenza»⁶³.

E tuttavia, nonostante le evidenti ambiguità e difficoltà a spiegare quello che stava succedendo nei soldati con i soli strumenti dell’organicismo, la tendenza più generale della medicina alienistica italiana continuava a rimanere sul sentiero dell’organicismo e della predisposizione. Dalle pagine dei “Quaderni di psichiatria” i redattori ribadivano l’inesistenza di forme morbose specificamente connesse alla guerra, perché – accanto alle “classiche” patologie del tempo di pace – nelle manifestazioni come deliri, allucinazioni o «motivi impulsivi di condotta», di diverso si poteva osservare solo un certo «colorito bellico»⁶⁴.

⁶² P. Consiglio, *Le anomalie del carattere dei militari in guerra*, in “Rivista Sperimentale di freniatria”, vol. 43, a. LIV, 1918, pp. 132-133. Tuttavia, Consiglio non si allontanò mai radicalmente dall’adesione alle teorie lombrosiane. Dopo la guerra, infatti, continuò a ribadire la sua considerazione su Lombroso e la sua opera, che riteneva degni elementi di un corpus nel quale si inserivano i lavori di Auguste Comte, Karl Marx, Charles Darwin e Herbert Spencer. Cfr. Id., *La medicina militare nei suoi rapporti con le dottrine lombrosiane*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. 48, a. LIX, 1924, pp. 407-412, p. 409.

⁶³ F. Cazzamalli, *La guerra come avvenimento storico degenerogeno*, in “Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale”, vol. 39, 1919, pp. 191-229, pp. 198-199 (corsi nel testo).

⁶⁴ La Redazione, recensione a E. Montembault, *Des maladies mentales chez les militaires, pendant la Guerre actuelle*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 5-6, maggio-giugno 1918, vol. V, p. 116.

Soprattutto, questa impostazione era confermata e sollecitata dai medici più autorevoli e illustri. Tamburini, Ferrari e Antonini, infatti, continuavano a mettere al riparo l'esercito da qualsiasi responsabilità nel produrre psicopatie, e ribadivano che non era sempre possibile compiere un'azione preventiva di cernita tra soggetti sani e malati per la difficoltà nel cogliere immediatamente lo stigma della patologia mentale o della delinquenza:

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. Naturalmente si dovranno escludere a prima vista dal servizio gli idioti, ma non si potrà chiudere il varco a tutti i deboli di mente, anche se questi fossero passati per la trafilatura dell'osservazione, 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 disposizione⁶⁵.

In questo modo i medici italiani rimanevano ancorati a una tradizione, quella italiana, che era stata decisamente dominante, ma continuavano a trascurare gli altri metodi terapeutici e di indagine che stavano emergendo in quegli anni proprio a causa dei traumi inflitti dalla guerra. In altre parole, mentre in Europa ci si stava avviando a una «seconda modernizzazione psichiatrica», grazie anche alla ricezione e diffusione delle idee freudiane, di Jaspers o di Simmel, in Italia tutto sembrava essersi fermato ai primi del secolo⁶⁶.

Una delle più significative eccezioni in questo panorama fu rappresentata dallo psicologo e medico padre Agostino Gemelli, il quale, in servizio presso il Comando supremo, riassunse la propria esperienza e le proprie idee in un testo ancora oggi per molti versi stimolante: *Il nostro soldato*⁶⁷. La sua analisi delle condizioni psicologiche

⁶⁵ A. Tamburini, Giulio Cesare Ferrari, Giuseppe Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, cit., p. 661.

⁶⁶ Sul cambiamento nelle scienze del comportamento dopo la Prima guerra mondiale si veda P. Lerner, S. Micale, *Trauma, Psychiatry and History. A Conceptual and Historiographical Introduction*, in P. Lerner, S. Micale, (ed.), *Traumatic pasts*, cit., pp. 1-27.

⁶⁷ A. Gemelli, *Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*, Treves, Milano 1917. Padre Gemelli (Milano, 1878-1959), si laureò in Medicina nel 1902 e l'anno successivo entrò nell'ordine francescano, dopo essere stato un fervente socialista. Richiamato alle armi con il grado di capitano medico, fu assegnato in servizio al Comando supremo, dove istituì un laboratorio di psicofisiologia sperimentale e promosse un'intensa opera di assistenza alle truppe. Cfr. G. Bontadini, *Gemelli Agostino*, in F. Traniello, G. Campanini (a cura di), *Dizionario storico del movimento cattolico in Italia*, vol. II, *I protagonisti*, Marietti, Casale Monferrato (At) 1982, pp. 225-229. Su padre Gemelli e la sua esperienza di psicologo in guerra si rimanda a Mario Isnenghi, *Il mito della grande guerra. Da Marinetti a Malaparte*, Laterza, Roma-Bari 1973, pp. 258-267; V. Labita,

dei soldati in guerra, che aveva lo scopo di fornire indicazioni sulla “corretta” gestione e sul condizionamento delle truppe, prendeva le distanze dalle teorie dei medici coevi e si basava sull’idea che non solo la guerra “spersonalizzava” gli individui, ma, anzi, il «restringimento del campo di coscienza» era necessario sia alle esigenze della disciplina militare che, di conseguenza, alle dinamiche della guerra di massa:

L’educazione militare, tende ad abolire l’esercizio della volontà, che, sottomessa com’è al giuoco dell’emozione, potrebbe, al momento opportuno, mancare. La disciplina militare, l’esercizio militare hanno lo scopo di sostituire qualche cosa di automatico, di riflesso, di meccanico, all’esercizio della volontà⁶⁸.

Secondo Gemelli, la vita mentale dei soldati doveva essere ridotta e impoverita perché essi potessero riuscire a vivere in una dimensione automatizzata priva di individualità, soprattutto in un contesto, come quello della guerra, massicciamente e modernamente industrializzato.

L’impossibilità di decidere in modo indipendente per il rispetto della disciplina e la coazione a ripetere sempre i medesimi gesti, sia nella noia della trincea che nel combattimento con armi moderne e tecnologiche, toglievano ai soldati qualsiasi forma di autonomia, e anche la loro identità individuale. Questa dimensione del “soldato spersonalizzato” è stata significativamente posta a confronto da Gibelli con un altro soggetto dell’industria moderna, l’operaio:

Poiché il lavoro della guerra è in fondo più duro e rischioso di altri lavori (si tratta di ammazzare e di farsi ammazzare), la preparazione deve essere in questo caso particolarmente meticolosa: ma è pur sempre una preparazione che non tende ad accrescere o ad affinare facoltà, bensì a toglierne. A favorire l’abbandono dell’io, la docilità al comando, la disponibilità a credere quanto gli viene raccontato, a imitare i comportamenti altrui. Il meccanismo del soldato-massa è in questo senso forse più delicato e complesso, ma in fondo assai simile a quello dell’operaio-massa: si tratta di un essere spogliato delle sue qualità, espropriato della sua volontà, che ha perso la sua identità di uomo, almeno mentre lavora o mentre fa la guerra⁶⁹.

Un libro simbolo: «Il nostro soldato» di Agostino Gemelli, in “Rivista di storia contemporanea”, n. 3, 1986, pp. 402-429; A. Gibelli, L’officina della guerra, cit., pp. 91-95; Sergio Luzzato, «Un chierico grande vestito da soldato». La guerra di padre Agostino Gemelli, in Gli italiani in guerra. Conflitti, identità, memorie dal Risorgimento ai nostri giorni, vol. III, t. 1, La Grande Guerra: dall’intervento alla “vittoria mutilata”, cit., pp. 452-462.

⁶⁸ A. Gemelli, *Il nostro soldato*, cit., p. 261.

⁶⁹ A. Gibelli, *L’officina della guerra*, cit. p. 92.

La novità di padre Gemelli consisteva nel fatto che egli conduceva le sue analisi sui soldati – anche se non spinte da motivazioni retoriche di carattere patriottico come la maggior parte dei medici di quel tempo, ma comunque animate da intenti persuasivi – in modo ravvicinato e totalmente aperto al confronto con i soldati⁷⁰.

Quel confronto, e il contatto con le loro emozioni, in particolare la paura, la disperazione o l'angoscia che spesso sconvolgevano gli uomini al fronte, lo indussero a chiedersi se la connessione tra guerra e follia non fosse più diretta di quanto gli altri medici continuassero a negare: «Può una emozione violenta, come la paura, determinare manifestazioni nettamente patologiche? C'è una pazzia di guerra determinata dalle emozioni della battaglia?»⁷¹.

Come si è visto, le risposte della maggioranza degli psichiatri italiani alle questioni poste da Gemelli furono piuttosto univoche nel negare la pazzia di guerra. E tuttavia, in Italia queste considerazioni avrebbero trovato uno spazio maggiore solo dopo il conflitto, terminata l'urgenza di disporre di un esercito sano ed efficiente da mandare allo scontro con il nemico. Solo allora la psichiatria sarebbe stata libera dalle pressioni delle autorità militari e avrebbe potuto misurarsi più apertamente con le novità provenienti dall'estero, come il pensiero freudiano.

4. Medici militari e medici civili

La relazione della Direzione generale di sanità militare sui servizi sanitari tra il 1915 e il 1918, scritta nel dopoguerra, si apriva con righe di elogio alla fervida collaborazione tra militari e civili in tutte le zone di guerra, dal fronte, alle retrovie, alla zona territoriale:

È degno di menzione il fatto che, pur non rinunciando alle proprie iniziative le autorità sanitarie civili e quelle militari unirono le loro forze in un sol fascio per raggiungere un unico intento; e che, pur disimpegnando, in talune sedi e uffici, funzioni pressoché identiche, non sorsero mai fra di esse quei conflitti di

⁷⁰ Queste considerazioni giungevano da alcuni suoi stessi colleghi, che pure criticavano la mancanza di un esame antropologico sugli ammalati, come scrisse Giuseppe Vidoni nel 1919 a proposito dell'approccio del futuro fondatore dell'Università Cattolica: «[Gemelli] ha praticato un ampio esame sull'anima del soldato, valendosi da una parte di constatazioni immediate e dirette, e ricorrendo, dall'altra, ad inchieste praticate con sicuro metodo di ricerca», G. Vidoni, *Intorno alla "Psicologia del nostro Soldato"*, in "Quaderni di psichiatria", vol. 6, 1919, pp. 33-40, p. 33.

⁷¹ A. Gemelli, *Il nostro soldato*, cit., p. 303.

attribuzioni e quelle sterili questioni di preminenza che, tendendo a sovrapporre le persone agli avvenimenti, rimpiccioliscono e deformano ogni questione e compromettono miseramente le sorti di qualsiasi impresa⁷².

Eppure, nonostante il tono e le parole di ammirazione per l'unione delle forze «in un sol fascio», in realtà, per tutti gli anni della guerra, il rapporto tra medici militari e medici civili fu piuttosto contrastante e per certi versi conflittuale. Soprattutto, fu l'esercito a cercare di imporre le proprie idee e i propri metodi nel controllo e nella gestione delle persone, sia sane che affette da qualunque tipo di malattia. Mentre ai vertici militari, infatti, interessava disporre del più gran numero di individui sani da destinare al fronte o da impiegare in mansioni connesse all'attività bellica, i medici civili rimanevano più tradizionalmente legati all'idea di cercare di guarire i malati e contenere, per quanto possibile, lo sconvolgimento che inevitabilmente quel conflitto portava con sé.

Naturalmente, il controllo militare si estese a tutta la sanità pubblica. Già qualche tempo prima dell'entrata in guerra dell'Italia, il ministero della Sanità aveva nominato alcuni consulenti con il compito di effettuare ispezioni straordinarie negli ospedali e nelle strutture sanitarie del paese, al fine di verificare le criticità e di impedire eventuali diffusioni di epidemie.

Nonostante le misure precauzionali, nel giro di nemmeno un mese l'impatto con il conflitto sconvolse e turbò un ordine già piuttosto precario, come segnalava nel giugno 1915 l'ispettore Francesco Inghilleri a proposito della situazione negli ospedali a Novara e Pavia, dove il «sopralavoro» per l'afflusso dei militari stava già creando diversi problemi. Al dirigente del ministero Lutrario, però, premeva soprattutto ribadire la necessità di mantenere rapporti cordiali, di reciproca fiducia e di collaborazione tra civili e militari:

Ma all'uopo è più che mai desiderabile che V.S. con abituale tatto, seguitando ispirarsi naturali sensi cameratismo verso colleghi Esercito, coll'appoggio Prefetti e ausilio Medici provinciali e Ufficiali sanitari, prosegua ad agevolare avviamento detti ospedali giusta norme buongoverno igienico, procurando da parte istituzioni igieniche Provincia Comuni, maggiore possibile ausilio autorità militari, che pur mantenendosi naturalmente circoscritte entro confini delle loro attribuzioni e della

⁷² Ussme, fondo E7, b. 52, Ministero della guerra, Direzione generale di sanità pubblica, Relazione sul servizio sanitario militare durante l'ultima guerra, s.d., p. 1.

loro responsabilità, non potranno non giovare ed in ogni caso non gradire opera fraterna colleghi sanità civile⁷³.

L'insistenza sui «naturali sensi di cameratismo», o le affermazioni sul contributo dei militari «naturalmente circoscritto nei confini delle loro attribuzioni», fanno immediatamente pensare a un bisogno di fornire rassicurazione da parte del dirigente, che si scontrava con la tendenza dei comandi dell'esercito a ribadire e rivendicare la propria “naturale” competenza sui soldati, anche in ambito medico-sanitario. In particolare, si voleva impedire che i medici civili prendessero iniziative in merito alla gestione dei militari, che spettava solo ai comandi. È quanto si legge, ad esempio, in una circolare dell'aprile 1917, a proposito dei giorni di riposo promessi ai soldati da parte dei medici degli ospedali di riserva, scambiati e confusi con giorni di licenza:

È stato segnalato che ospedali dislocati in zona di guerra talora dimettono e rimandano ai corpi dei militari con alcuni giorni di riposo, convertibili in altrettanti di licenza di convalescenza. Poiché i Comandi di reggimento non hanno facoltà di concedere tali licenze, nasce un certo malcontento nei militari stessi, i quali credono che la presunta promessa non sia mantenuta per opera dei comandi, anziché per osservanza delle prescrizioni vigenti⁷⁴.

Richiamando le direzioni degli ospedali all'esatta osservanza delle norme, la circolare fu inviata con la prescrizione di «attenersi rigorosamente alle disposizioni»⁷⁵. In quelle parole si possono percepire piuttosto chiaramente le pressioni che le gerarchie militari esercitavano sulla classe medica. Secondo Bruna Bianchi, le pratiche e gli orientamenti degli alienisti civili, in particolare in ambito psichiatrico, furono condizionati dalla «prevalenza del potere militare sul potere civile, la rinuncia ai propri

⁷³ Acs, Mi, Dgsp, Atti amministrativi 1910-1920, b. 154, telegramma del direttore generale Lutrario all'ispettore Anghilleri, 21 giugno 1915.

⁷⁴ Ussme, Fondo E7, b. 49, fasc. 436, Comando supremo reparto operazioni, Circolari sanitarie, Circolare n. 40600, 9 aprile 1917. In effetti, dal punto di vista giuridico, la competenza sui soldati internati in manicomio spettava ai soli comandi militari, così come le stesse procedure per il loro ricovero seguivano un percorso diverso da quello stabilito dalla “legge Giolitti” del 1904: l'autorità militare stabiliva un ricovero temporaneo di osservazione, della durata di 90 giorni, dopo il quale i soldati riconosciuti affetti da psicosi venivano riformati e inviati al manicomio civile della propria provincia, oppure, nel caso di neuropatici, trasferiti in strutture specializzate. Cfr. A. Tamburini, *L'organizzazione del servizio nevro-psichiatrico di guerra nel nostro esercito*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, vol. 42, a. LIV, 1917, p. 279-287, p. 283.

⁷⁵ Ibidem.

poteri da parte del Parlamento, la durezza della repressione nell'esercito e nella società»⁷⁶.

Del resto, gli stessi psichiatri militari guardavano con una certa diffidenza ai medici civili, per quanto la maggior parte di essi provenisse proprio da quel mondo. Così, ad esempio, Enrico Morselli accusava i medici dei manicomi di essere privi degli strumenti necessari per interpretare e studiare le nuove patologie nervose o le simulazioni:

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 psicosiche tutte sue, le quali non vanno sempre, fortunatamente per i malati e per l'Esercito, a finire nei Manicomii, ma ne restano fuori della soglia e vengono meglio studiate e curate nei Reparti Neuro-psichiatrici di Armata⁷⁷.

Le parole di Morselli descrivevano un atteggiamento piuttosto diffuso, come è rilevato anche nel recente studio di Nicola Bettiol, secondo cui gli ambienti militari guardavano con diffidenza ai manicomi, perché i direttori «con eccessiva facilità propendevano per la riforma»⁷⁸.

Secondo quel punto di vista, dunque, solo i medici militari erano in grado di valutare i singoli casi e contribuire all'approfondimento della psicopatologia di guerra. Così, nella relazione sul servizio neuropsichiatrico militare, oltre ai resoconti dei servizi presso le armate e negli ospedaletti da campo, ebbero spazio anche le note del direttore del reparto psichiatrico annesso al manicomio di Brescia, che ribadiva la peculiarità delle forme psicotiche connesse alla guerra, per quanto non direttamente dipendenti da questa:

In quanto alle forme psicopatiche osservate, il Direttore del reparto è di avviso che non esiste una psicosi bellica, come entità clinica a sé, ma si deve ammettere tuttavia che la guerra favorì l'insorgenza di quelle forme mentali in cui gli stati emotivi intensi, i patemi gravi, gli strapazzi, i disagi dell'organismo, costituiscono un elemento etiologico di suprema importanza⁷⁹.

⁷⁶ Bruna Bianchi, *Il trauma della modernità*, in A. Scartabellati, *Dalle trincee al manicomio*, cit., pp. 9-64, p. 45.

⁷⁷ 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.

⁷⁸ Nicola Bettiol, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto 1915-1916*, Istituto per la storia della Resistenza e della società contemporanea della Marca trevigiana, Treviso 2008, p. 22.

⁷⁹ Ussme, *Diari prima guerra mondiale*, P21A, *Relazione sanitaria guerra 1915-1918*. Servizio neuropsichiatrico, p. 412.

In alcuni casi i direttori dei manicomi civili furono persino accusati di scarsa volontà di collaborazione e tendenza allo sfruttamento della situazione, perché la loro dichiarazione di disponibilità ad accogliere i soldati venne interpretata come semplice tentativo di ricevere i finanziamenti del Ministero. Era questo il caso, ad esempio, segnalato sui “Quaderni di psichiatria” a proposito del manicomio di Volterra:

L'Amministrazione di questo Frenocomio di San Girolamo che ospita alienati di Province lontane (ad esempio quella di Porto San Maurizio!), e ne ritrae, a quanto pare, vantaggi economici, così che è sempre in cerca di nuovi “pensionanti”, aveva preparato con grosso dispendio alcuni reparti o padiglioni offrendoli insistentemente alla Sanità Militare per accogliervi militari alienati delle truppe belligeranti del Veneto, perfino dagli ospedali di Vicenza!⁸⁰

Aldilà delle questioni organizzative, poi, la maggior parte dei medici militari rimarcava la sostanziale differenza tra pratica psichiatrica nei manicomi e condizioni di lavoro al fronte, che richiedevano abilità e competenze da acquisire sul campo e che rendevano gli uni difficilmente assimilabili agli altri:

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 classificare secondo il proprio acquisito abito mentale e i tradizionali concetti della clinica psichiatrica⁸¹.

Non solo i medici militari erano radicalmente distanti dai civili lontani dal fronte da un punto di vista pratico, ma quella stessa distanza era, in un certo senso, considerata indispensabile e da ricercare anche da un punto di vista teorico. Allontanarsi da quel mondo dominato da suoni, visioni, odori mai percepiti prima, infatti, significava anche perdere l'adattamento che faticosamente si era raggiunto. Per questo, anche a fini terapeutici, alcuni medici come Bennati e Boschi prescissero la necessità per i soldati di rimanere in quell'ambiente senza nemmeno avvicinarsi al mondo dei civili:

⁸⁰ *Manicomi*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 9-10, settembre-ottobre 1916, vol. III, p. 243.

⁸¹ L. De Lisi, E. Foscarini, *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, in “Note e riviste di psichiatria”, n. 1, 1920, pp. 9-130, pp. 14-15. Peraltro, secondo Paolo Giovannini, questo distacco era da far risalire all'ambizione di conquistarsi uno spazio e un ruolo distinto e definito da parte della psichiatria militare, cfr. *Id.*, *La psichiatria italiana e la Grande guerra*, cit., p. 112.

Un'altra norma deriva: coltivare l'adattamento del soldato alla vita di guerra; e, ove egli incontri una malattia fisica o una ferita, rimuoverlo il meno possibile dalla atmosfera della guerra. Abbiamo veduto infatti come l'incubazione delle manifestazioni neuropsicoanafilattiche non soglia effettuarsi fintantochè la vita dell'individuo continui ad essere intonata alle continue stimolazioni psichiche, ma si elabori invece durante il disadattamento⁸².

La netta separazione tra i due mondi era confermata anche dalla diffusione, sin dall'inizio del conflitto, di articoli sulle riviste specializzate nei quali gli psichiatri militari impartivano "consigli pratici" per provvedere alle malattie nervose e mentali insorte in guerra, dal momento che, «stando ai rapporti che provengono da neuropatologi e alienisti addetti ai servizi di Sanità militare, sembra che in tutti gli eserciti ora belligeranti le malattie nervose e mentali siano frequentissime»⁸³.

Alla base di queste riflessioni stava sicuramente l'idea che solo i militari fossero in grado di capire e interpretare questioni e patologie connesse alla guerra, per quanto dalle pagine della stessa rivista che ne sosteneva la superiorità, in pieno conflitto, si levassero voci di denuncia contro la chiusura, e talora persino l'ottusità, della «burocrazia militare»:

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 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 alienisti⁸⁴.

Anche Tamburini si inserì nella polemica tra alienisti militari e manicomi civili, sorta già a pochi mesi dall'inizio del conflitto. In modo nemmeno troppo velato, egli sosteneva che solo i militari dovevano occuparsi delle patologie nervose e mentali dei

⁸² G. Boschi, Nando Bennati, *L'anafilassi neuropsichica*, in "Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale", anni XLV-XLVI, 1917-18, pp. 59-70, p. 69.

⁸³ La Direzione, *Come provvedere ai casi di malattie nervose e mentali negli eserciti in guerra*, in "Quaderni di psichiatria", n. 5, maggio 1915, vol. II, pp. 232-235, p. 232.

⁸⁴ *Per la organizzazione dei Servizi Neuropsichiatrici Militari*, in "Quaderni di Psichiatria", vol. IV, 1917, p. 87.

soldati in guerra, dal momento che solo a loro potevano essere chiari i problemi ad essi connessi.

Nella sua risposta al professor Brugia – presidente dell'Associazione fra i medici dei manicomi, che aveva scritto sulla “Rivista sperimentale di freniatria” lamentando il sottoutilizzo dei medici civili che si trovavano sotto le armi e la mancata istituzione di specifici servizi psichiatrici per militari alienati –, il consulente del Ministero della guerra confermava l'inconsistenza delle critiche avanzate e fugava ogni dubbio, segnalando l'esistenza di cospicui ed efficienti collegamenti tra reparti psichiatrici in zona di guerra e numerose sezioni speciali nelle retrovie⁸⁵.

Gli psichiatri militari continuavano, compiaciuti, a ribadire i risultati raggiunti dalla loro disciplina, affermando pervicacemente una visione assai semplificata del rapporto guerra-follia, come conferma l'incipit della relazione sanitaria sul servizio neuropsichiatrico militare:

Il servizio neuropsichiatrico, di cui nessuno poteva prevedere, all'inizio della campagna, la grandissima importanza che doveva assumere più tardi, [...] seppe superare, con la consueta energia e col sicuro intuito della situazione, tutte le difficoltà e tutti gli ostacoli, riuscendo in poco tempo a organizzare un servizio che fu poi giudicato fra i più perfetti⁸⁶.

E tuttavia, anche nel dopoguerra si levarono voci in dissonanza rispetto all'affermazione del primato della psichiatria militare su quella civile. A conclusione di una riflessione sull'esistenza di forme di psicosi dipendenti dalla guerra, nella quale aveva messo a confronto soldati e ricoverati civili, il direttore del manicomio di Treviso Luigi Zanon Del Bò sosteneva che il mondo militare non fosse poi così diverso da quello borghese:

Le malattie mentali dei militari, e parlo di preferenza di coloro che giunsero dalla fronte e che hanno preso parte a fatti d'arme, a combattimenti, sono meno gravi ed

⁸⁵ «Sono già stati istituiti nelle zone dei diversi Corpi d'Armata, secondo le notizie inviate dai rispettivi Direttori di Sanità Militare a questa Presidenza, che è con essi in diretta comunicazione, sia in Ospedali di Riserva, sia presso Cliniche e Manicomi con Sezioni speciali, molti Reparti neuropsichiatrici, che a quest'ora sono già non meno di 20, non solo nelle città menzionate nel *Bollettino*, Alessandria, Novara, Treviso, ma anche in molti altri centri, come Torino, Genova, Milano, Pavia, Cremona, Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Brescia, Verona, Udine, Belluno, Firenze, Roma, Ancona, Napoli, Bari, ed altri si stanno per istituire in altre località», A. Tamburini, *Sul servizio psichiatrico di guerra*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. 41, a. LII, 1915, pp. 509-511, p. 510.

⁸⁶ Ussme, *Diari prima guerra mondiale*, P21A, Relazione sanitaria guerra 1915-1918. Servizio neuropsichiatrico, p. 388.

assumono un andamento più benigno di quello dei ricoverati borghesi dei Manicomi comuni. Da questo sguardo complessivo alla casistica di guerra, rileviamo che il mondo psichiatrico militare non si distingue affatto da quello borghese, e reputiamo inoltre come i tentativi di differenziazione, che taluni autori si sono sforzati di istituire, non reggano di fronte ad una critica anche non severa⁸⁷.

Anche i medici civili, dunque, si dovettero misurare con le psicosi belliche e, anzi, dovettero imparare a confrontarle empiricamente con i casi più “tradizionali”, senza però avere grande spazio sulle riviste specializzate, che invece dedicarono la maggior parte delle loro pagine ai medici militari.

Non solo l’analisi della loro pratica fu poco considerata, se non addirittura trascurata, ma essi dovettero anche imparare ad amministrare una situazione sempre più complessa, nella quale si trovavano a gestire i ricoveri dei soldati per conto dei vertici militari, senza nemmeno poter decidere autonomamente. Allo stesso tempo, però, il peso di quei soldati gravava direttamente sulle loro spalle, costringendoli spesso ad assumere posizioni scomode sia nei confronti delle Amministrazioni provinciali sia verso gli altri ricoverati.

5. Il direttore di Colorno

Accanto alle teorie ufficiali e alle opinioni autorevoli e illustri che miravano a imporre una certa univocità di pensiero e di azione nel mondo militare e in quello civile, anche in una realtà periferica come il manicomio della provincia di Parma non mancarono i contrasti fra due dimensioni così distanti l’una dall’altra.

Trovandosi a gestire la quotidianità del manicomio in una situazione tanto eccezionale, il direttore Ferdinando Ugolotti non dovette soltanto far fronte alle difficoltà tecniche in merito all’amministrazione dei ricoverati e ai rapporti con i vertici militari di stanza a Parma – come si è visto nei capitoli precedenti – ma parve mantenere posizioni non perfettamente allineate alle disposizioni che provenivano dagli psichiatri militari e dalle pagine delle riviste alle quali era abbonato anche il piccolo e sovraffollato ospedale di Colorno.

⁸⁷ L. Zanon Del Bò, *Se esistono particolari forme di psicosi in dipendenza della guerra*, in “Archivio generale di neurologia e psichiatria”, vol. 2, 1921, pp. 53-65, p. 56.

Se da un lato egli aveva dovuto recepire le disposizioni militari e accettare le conseguenze derivanti dalla guerra, dall'altro, come ogni medico civile rimasto lontano dal conflitto, si trovò anche ad adattare quel *corpus* ideologico e metodologico alla propria esperienza e alle difficoltà contingenti con le quali si doveva misurare costantemente, oltre che al vissuto e alle sofferenze dei ricoverati, delle loro famiglie o del personale.

Tra l'altro, Ugolotti conosceva approfonditamente il manicomio di Colorno, dal momento che ci lavorava dal 1901, lo dirigeva sin dal 1909 – e lo avrebbe diretto altri undici anni, sino al 1926 – e ne aveva analizzato approfonditamente problemi e punti critici. Il suo approccio alla materia psichiatrica, dunque, era inevitabilmente condizionato da quella specifica esperienza⁸⁸.

Docente di Clinica delle malattie nervose e mentali e specializzato in Medicina legale, nei primi anni di lavoro a Colorno aveva perfezionato le proprie competenze frequentando anche l'Istituto Freniatico di Reggio Emilia diretto da Augusto Tamburini. La sua impostazione di base era dunque decisamente positivista, come positivista sembrava essere lo scenario della psichiatria parmense, per gli stretti legami tra Cesare Lombroso e il clinico neurologo Luigi Roncoroni, che guidarono la diffusione del sapere psichiatrico in ambito parmense.

Anche Ugolotti seguì l'evoluzione dell'approccio lombrosiano, alle origini rigidamente medico-biologico nell'analisi delle malattie mentali e poi stemperato dalla progressiva convinzione dell'interazione di fattori sia ereditari che ambientali. Ne è un esempio una perizia psichiatrica che redasse insieme al medico assistente Dino Stanghellini, a proposito di Attilio B., imputato di «borseggio, falso e truffa» e ricoverato nel dicembre 1915 a Colorno con la diagnosi di «pazzia morale»⁸⁹:

In complesso, il B. A., che trae la sua origine dagli amori illegittimi fra un uomo che è “un cattivo soggetto” e una donna ora probabilmente e precocemente indemenzita e paralizzata, è un prodotto degenerato, e le stigmati degenerative scarse dal lato fisico, scarse nel campo intellettuale, hanno più profondamente colpito e leso la sfera etica e morale. Leso sì, ma non distrutto. Se il B. si fosse

⁸⁸ Ferdinando Ugolotti era nato a Parma il 4 settembre 1874, dove morì nel 1967. Figlio di Pietro ed Eufrosina Serventi, fu direttore dei manicomi di Parma e di Pesaro e Urbino (nel 1926) e direttore (dal 1925 al 1954) del periodico “Note e riviste di psichiatria”. Cfr. Id., *Autobiografia per uso familiare e passatempo nella tarda vecchiaia*, Pesaro 1957; M. Longhena, *Uno psichiatra parmigiano*, in “Gazzetta di Parma”, 13 novembre 1962; Giorgio Padovani, *Ferdinando Ugolotti*, in “Neuropsichiatria. Rivista trimestrale”, n. 3, a. XXII, luglio-settembre 1966, pp. 630-633.

⁸⁹ Aop, Cartelle cliniche, B.A., tabella nosografica.

trovato circondato da una famiglia regolare e paziente, invece di essere affidato a cure mercenarie, avrebbe dimostrato più chiaramente la verità della sua psiche di apatico, più che di perverso del senso morale⁹⁰.

Accanto a quella innegabile matrice positivista, Ugolotti dimostrò anche una certa apertura verso le tecniche psichiatriche considerate più avanzate e moderne, soprattutto in merito al lavoro dei ricoverati, accolte del resto anche dal panorama culturale ufficiale dall'undicesimo congresso della Società freniatria italiana sin dal 1902.

Così, ad esempio, nel 1914, lamentando ancora una volta l'arretratezza della struttura di Colorno, il direttore segnalava che non solo essa rendeva impossibile l'esperimento di nuovi sistemi di gestione, ma la riduceva alla stregua di un semplice istituto di reclusione:

Lavoro e libertà, che sono i cardini fondamentali dell'odierna terapia mentale, sono nel manicomio di Colorno una semplice parvenza; epperò, mentre gli altri manicomi gareggiano nello istituire e viepiù sviluppare laboratori, colonie industriali ed agricole, il nostro si è forzatamente arrestato al vecchio armamentario, cioè all'ozio, alla clausura e al corpetto di forza! Ben dunque si può dire dell'istituto di Colorno quello che si diceva dei manicomi di un tempo, cioè che esso non è che una fabbrica di dementi!⁹¹

Ugolotti coglieva ogni occasione per ribadire le proprie convinzioni e, contemporaneamente, condannare la mancanza di modernità del "suo" manicomio. Le stesse parole di adesione ai sistemi terapeutici delle "porte aperte" e della necessità di lavoro per i ricoverati, sia nei laboratori che nelle colonie agricole, e la stessa presa di distanza dalle "vecchie" pratiche della clausura e della camicia di forza ritornavano, infatti, anche a commento dell'ennesima evasione di un ricoverato, avvenuta nel mese di ottobre 1915⁹².

⁹⁰ Aop, Cartelle cliniche, B.A., Perizia sullo stato di mente, 2 gennaio 1916, p. 18.

⁹¹ Aop, Carteggio classificato, Miscellanea, b. 32, relazione al presidente della Deputazione provinciale, 1 dicembre 1914. Sul metodo *open door* e l'esperienza di *no-restraint* un caso esemplare rimaneva quello dell'ospedale psichiatrico di Genova, realizzato dal dottor Giuseppe Vidoni in un reparto del manicomio utilizzando esclusivamente personale femminile, cfr. G. Vidoni, *Un esperimento di assistenza femminile agli ammalati di mente ricoverati in manicomio*, in "Quaderni di psichiatria", n. 2, vol. II, febbraio 1915, pp. 69-89. Sulla diffusione di queste teorie si vedano anche le considerazioni di V.P. Babini in Ead., *Liberi tutti*, cit., pp. 15-20.

⁹² Cfr. App, Atti della Deputazione provinciale, Amministrazione generale, anno amministrativo 1915-1916, vol. 1, Delibera n. 14, 30 ottobre 1915.

Tuttavia, nonostante la sua convinzione nella validità dell'ergoterapia, il continuo e crescente sovraffollamento del manicomio ne rendeva impossibile la messa in pratica.

Peraltro, secondo Ugolotti, non solo la confusione e la baraonda nella quale i degenti erano costretti a vivere non li aiutava per nulla, ma addirittura accelerava i processi di quella che, mezzo secolo più tardi, Erving Goffman avrebbe definito "istituzionalizzazione" e che secondo lui era il «dissolvimento irreparabile della intera personalità»:

Ed un'altra gravissima deficienza irreparabile devo ricordare, la impossibilità cioè di applicare su vasta scala quella grande medicina degli infermi di mente che è il lavoro, in causa della mancanza dei necessari laboratori ed in particolar modo di una conveniente colonia agricola. Cosicché siamo forzatamente costretti ogni giorno a negare il lavoro a molti nostri ricoverati, che, consci della sua efficacia salutare, lo implorano continuamente come salvezza del loro male tormentoso, e siamo perciò costretti lasciarli per tutta la lunga giornata nell'ozio più completo in preda ai loro pensieri morbosi; donde, non il beneficio che rafforzi la loro mente indebolita e la prepari alla propria reintegrazione, ma il deperimento progressivo ed il dissolvimento irreparabile della intera personalità!⁹³

Come si è visto nel primo capitolo, l'atteggiamento di Ugolotti nei confronti della guerra era principalmente condizionato dallo sconvolgimento che quella aveva provocato nella già complessa gestione quotidiana del manicomio e che lo aveva costretto a prove piuttosto impegnative per mantenere l'equilibrio in anni «di preoccupazioni, di difficoltà e di grande lavoro», come ribadì lo stesso direttore⁹⁴.

In un certo senso, il direttore tradiva una maggior attenzione alla questione strutturale del manicomio, come se il problema determinante per lui non fosse mai stato quello di studiare i ricoverati, ma soprattutto quello di gestirli, o di studiare la struttura per progettarne i possibili miglioramenti⁹⁵.

⁹³ Aop, Carteggio classificato, Miscellanea, b. 32, relazione al presidente della Deputazione provinciale, 1 dicembre 1914. Secondo l'analisi di Erving Goffman, rivoluzionaria negli anni Sessanta del Novecento per la forte denuncia al sistema psichiatrico tradizionale, il ricovero prolungato negli ospedali psichiatrici provocava una nuova patologia, che si sovrapponeva a quella per la quale si era stati rinchiusi e che si manifestava con regressione, annientamento di sé e adeguamento passivo all'autorità. Cfr. Id., *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, 1961 (trad. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968).

⁹⁴ Aop, Ufficio Personale, Regolamenti interni e disposizioni di servizio, b. 1, Gestione amministrativa nel quadriennio 1915-1918, Relazione al presidente della Deputazione provinciale, 12 marzo 1919.

⁹⁵ La sua stessa produzione bibliografica fu assai scarsa riguardo alle osservazioni sui pazienti: cfr. *L'assistenza degli alienati e i loro Ospedali di ricovero in quel di Parma. Studio medico storico*, Tip. Operaia Adorni-Ugolotti e C., Parma 1907; *Per la soluzione del problema manicomiale nella provincia di Parma*, Tip. Coop. Parmense, Parma 1908; *I vecchi manicomi italiani. Atlante storico*, Arti grafiche Federici,

E tuttavia, nelle sue parole, sia nelle relazioni ufficiali che nelle lettere più informali, emerge il profilo di una persona che sentiva tutta la responsabilità del proprio ruolo, sia nei confronti dei ricoverati che del personale, proprio come se lui fosse stato il padre di quella «famiglia di 700 persone»⁹⁶.

Questo atteggiamento era chiaramente connesso a una visione della psichiatria come disciplina filantropica e sociale, precedente all'affermazione delle teorie organicistiche che la avrebbero ridimensionata in una «prassi professionale strettamente definita», come ha segnalato Fabio Stok⁹⁷. Tuttavia, è ipotizzabile che l'impostazione di Ugolotti sia stata condizionata anche dalla sua particolare esperienza di lavoro, pluridecennale e in un luogo distante dai grandi centri, sia urbani che di produzione culturale⁹⁸.

La direzione di Ugolotti sembra dunque segnata da un paternalismo piuttosto marcato, che se da un lato non mette in discussione la struttura o l'esistenza stessa dei manicomi – e tutta la sua attività progettuale per costruire un nuovo istituto, più adeguato e moderno lo conferma –, dall'altro, però, tradisce anche un'attenzione che andava ben oltre uno “sguardo” impersonale, sia istituzionale che medico⁹⁹.

Pesaro s.d.; *Riordinamento dell'Istituto. Problema manicomiale. Relazione. (Ospedale psichiatrico provinciale di Pesaro)*, Tip. Step, Soc. Tip. Ed. Pesarese, Pesaro 1950; *L'assistenza agli infermi di mente in Italia. Studi storici*, La grafica, Pesaro 1967. Queste invece furono le pubblicazioni di Ugolotti su specifici casi di studio: *Per l'anatomia patologica della paralisi pseudo bulbare. Ricerche dei dottori Pietro Guizzetti e Ferdinando Ugolotti*, Società tipografica Fiorentina, Firenze 1901; *Sopra un caso di lesione del nucleo lenticolare di sinistra. Contributo anatomo-clinico del dott. F. Ugolotti*, Tip. Galileiana, Firenze 1911; *Ricercando fra le cartelle mediche dell'istituto. Note cliniche del Dott. Ferdinando Ugolotti*, in “Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale”, fasc. 3-4, a. 36, 1908, pp. 461-479.

⁹⁶ Ibidem.

⁹⁷ F. Stok, *La formazione della psichiatria*, Il pensiero scientifico, Roma 1981, p. 143.

⁹⁸ Tra l'altro, a Colorno non era la prima volta che la posizione del direttore si allineava a quelle idee: già tra il 1872 e il 1881, il primo direttore Lorenzo Monti aveva sviluppato il tema del «trattamento morale» (secondo indicazioni che provenivano già dai padri fondatori della psichiatria, Pinel ed Esquirol) in alternativa alle sole misure di costrizione, di cui si trovano numerose tracce nelle prime annate del “Diario” del manicomio di Colorno. Cfr., ad esempio, *Dei manicomi*, in “Diario del manicomio provinciale di Parma in Colorno”, n. 1, a. II, 10 novembre 1874, pp. 2-4; *Del trattamento morale degli alienati adoperato nei manicomi*, in “Diario del manicomio provinciale di Parma in Colorno”, n. 12, a. II, 19 ottobre 1875, pp. 54-56; M. [Lorenzo Monti], *Il lavoro dei pazzi*, in “Diario del manicomio provinciale di Parma in Colorno”, n. 3, a. VI, gennaio-febbraio 1878, pp. 12-13. Le questioni di un trattamento morale e non coercitivo dei malati e della costruzione di un nuovo approccio alla malattia mentale furono elaborate già nella prima metà dell'Ottocento dallo psichiatra irlandese John Conolly. Cfr. Id., *An Inquiry concerning the Indications of Insanity, with Suggestions for the Better Protection and Care of the Insane*, London 1830; *On the Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*, London 1847; *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*, London 1836 (trad. it., *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (1856)*, Einaudi, Torino 1976). Sulla sua figura si rimanda a Agostino Pirella e Domenico Casagrande, *John Conolly, filantropia e psichiatria*, in F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, Torino 1973 (1 ed. 1967), pp. 153-170.

⁹⁹ Le posizioni piuttosto aperte di Ugolotti furono spiegate da lui stesso nella propria autobiografia, dove scrisse che «sono stato un comune uomo, calmo, ordinato, onesto, di poche risorse finanziarie, estraneo alle

In questo senso, allora, la decisione di impiegare alcune alienate come infermiere durante l'epidemia di influenza spagnola rivela la considerazione dei ricoverati come persone e non come semplici oggetti di studio o malati irrecuperabili da contenere. Anzi, affidare loro la responsabilità delle chiavi – che rappresentano il simbolo del potere all'interno del manicomio – e di tutte le funzioni normalmente attribuite alle infermiere presuppone un giudizio di idoneità e di totale affidabilità di quelle donne. Tuttavia, lo stesso Ugolotti non sembrò dare troppa importanza a quella sua decisione, e la liquidò come un semplice «espediente pratico»:

È facile comprendere quanto sconvolgimento questa fulminea epidemia abbia portato in tutti i servizi dell'istituto, ed in particolar modo in quello d'assistenza: la direzione ricorse perfino a questo espediente, di scegliere parecchie ricoverate fra le più tranquille e capaci, e a dar loro tutte quante le funzioni, diurne e notturne, delle infermiere, compreso il libero uso delle chiavi. L'espediente si dimostrò pratico e non diede luogo a inconvenienti¹⁰⁰.

Tra le caratteristiche del direttore Ferdinando Ugolotti è forse giusto mettere in luce anche l'umanità verso i suoi ricoverati – e non solo l'ostinazione con la quale si batté per avere un nuovo manicomio –, qualità che ne fanno un'eccezione nel panorama nazionale, come ha scritto Cesare Musatti a proposito di un suo collega decisamente più illustre, Giulio Cesare Ferrari¹⁰¹.

Anche nei confronti dei soldati transitati da Colorno tra il 1915 e il 1918 il direttore dimostrò un atteggiamento piuttosto possibilista, che sfumava in parte l'adesione alle teorie più esplicite nell'individuare la base organicistica delle patologie presentate dai soldati, e, soprattutto le segnalazioni dei medici militari che avvertivano della necessità di scovare i simulatori. Nella relazione sul biennio 1915-16, scriveva proprio in merito alla prevalenza, tra i soldati, di non alienati, ma anche di forme di confusione mentale, o amenza, soprattutto nella varietà depressivo-stuporosa:

cariche pubbliche e alla politica, pur avendo da tempo idee di aperta sinistra, sempre comunque liberalmente rispettoso di qualsiasi opinione, schivo di ogni cerimonia e di esibizionismo, modestissimo», Id., *Autobiografia per uso familiare e passatempo nella tarda vecchiaia*, p. 12.

¹⁰⁰ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1025-1057, p. 1032.

¹⁰¹ C. Musatti, *Giulio Cesare Ferrari*, in Giuseppe Mucciarelli (a cura di), *Giulio Cesare Ferrari nella storia della psicologia italiana*, Pitagora, Bologna 1984, pp. 11-16.

Nel 1915-16 si sono presentate molte forme acute amenziali, e soprattutto si sono verificati moltissimi casi di non riconosciuta pazzia. Si tratta in questi ultimi specialmente di militari mandati in osservazione e non riconosciuti alienati¹⁰².

Del resto, anche secondo il più autorevole parere di Arturo Morselli, quelle erano le forme confusionali che affliggevano la maggior parte dei soldati, dal momento che «la guerra attuale, creando nuove condizioni di vita e di lavoro e di pericoli, ha portato un vasto ed impensato contributo alla etiologia ed alla patogenesi, nel caso particolare, delle confusioni mentali ed in generale a quella della psicosi»¹⁰³.

Così, ad esempio, a proposito del ventottenne Glicerio F., caporale alpino di Fontevivo (Pr), ricoverato nel dicembre 1916 mentre si trovava in licenza da oltre un mese, diagnosticato affetto da «malinconia ansiosa delirante», Ugolotti ammetteva che il suo stato potesse «realmente considerarsi dipendente da causa di servizio (trauma psichico)», pur segnalando che egli fosse un soggetto «assai predisposto»¹⁰⁴.

Accanto a quelle forme traumatiche, però, anche a Colorno la maggioranza dei soldati fu segnalata come non alienata, come confermavano i dati riportati da Ugolotti nella relazione sul biennio successivo. Tra l'altro, in essa, egli specificava anche di avere sempre proceduto con il necessario rigore nell'analisi dei soldati inviati in osservazione, quasi a giustificare un'accusa, non esplicita, di negligenza o disinteresse:

Sono stati abbondanti quanto non furono mai, specie nel 1917, i casi di non riconosciuta pazzia, casi che si riferiscono quasi tutti a militari. Poiché – credo doveroso ricordarlo – questa direzione ha sempre proceduto rigorosamente verso i soldati che le venivano consegnati per l'osservazione, e per il conseguente giudizio sulla loro idoneità ai servizi militari¹⁰⁵.

Da questo punto di vista, attenzione e inflessibilità non sembrarono venire mai meno, come quando, nel maggio 1917, fu ricoverato il ventenne milanese Angelo B., soldato del 62 Reggimento di Fanteria. Nel volgere di pochi giorni il direttore si rese

¹⁰² App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1915-1916, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1915 e 1916. Relazione del direttore*, pp. 700-731, p. 706.

¹⁰³ A. Morselli, *Sugli stati confusionali psichici da guerra*, in "Quaderni di psichiatria", n. 3-4, marzo-aprile 1917, vol. IV, pp. 45-52, p. 45.

¹⁰⁴ Aop, Cartelle cliniche, F.G., lettera al direttore dell'Ospedale militare di Parma, 29 luglio 1916. Glicerio morì in manicomio il 13 maggio 1945 senza esserne mai uscito.

¹⁰⁵ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1027-1057, p. 1031.

conto di trovarsi di fronte a un individuo «tranquillo e lucido, per quanto [...] un po' intellettualmente deficiente» e lo riconsegnò alle autorità militari¹⁰⁶.

Tuttavia, se, come si è visto, i rapporti con il Comando e l'Ospedale militare di Parma non sembravano essere particolarmente amichevoli, forse le cause non erano da cercare solo nella difficoltà di conciliare la complessità e l'eccezionalità del momento con la quotidianità della vita del manicomio, ma anche nel merito delle diagnosi. Per il giovane Luigi B., soldato di Tortona entrato per la seconda volta nel mese di agosto 1917 dopo che era stato ricoverato tra il mese di maggio e luglio – e licenziato come idoneo al servizio militare –, Ugolotti aveva proposto la riforma per infermità mentale:

Da quando è entrato in manicomio il B. si è sempre dimostrato depresso, solitario, concentrato malinconico, però lucido ed orientato. In base a questo dato di fatto, tenuto conto che il B. è un soggetto anomalo, fors'anche appartenente ad un famiglia di anomali, un soggetto con immoralità costituzionale, criminaloide, ritengo che egli sia per infermità mentale non idoneo al servizio militare, epperò propongo che egli sia passato a rassegna per la riforma¹⁰⁷.

Questa proposta fu però accolta con qualche dubbio dal direttore dell'Ospedale militare di Parma, il quale chiese di compiere ulteriori controlli a conferma della sua decisione, per fugare i dubbi nelle «autorità superiori»:

Quanto Ella riferisce in data 20 ottobre non è espresso in forma talmente categorica da togliere il pericolo che nella superiore autorità nascano dei dubbi sulla necessità di una riforma. Pertanto, preghiamo la S.V. di tenere ancora in osservazione il soggetto sino a che la S.V. si formi, in un senso o in un altro, un sicuro convincimento, tale da essere espresso in termini che valgano ad infondere tale convincimento anche nelle superiori autorità, che giudicano in base agli atti¹⁰⁸.

Qualche mese dopo, Ugolotti rispose confermando la diagnosi precedente: «La lunga osservazione fatta su di lui ha dato modo di escludere che si tratti di simulazione,

¹⁰⁶ Aop, Cartelle cliniche, B.A., lettera al Procuratore di Parma, 25 giugno 1917. La diagnosi di non riconosciuta pazzia fu confortata dall'osservazione del suo comportamento, riportato nella tabella nosografica: «conserva gli stessi atteggiamenti e gli stessi discorsi sciocchi, puerili, strambi, in contrasto con la sua lucidità e con la esattezza con cui bada a ciò che lo interessa. Mangia e dorme» (31 maggio), oppure, pochi giorni dopo: «Ha scritto una lettera alla madre in cui i suoi desideri ben chiari e determinati sono esposti con una fraseologia e un manierismo pagliaccesco senza dubbio simulato. Del resto le sue condizioni da quando è militare non sono compatibili con la sua professione di fattorino telegrafico né esse possono essere insorte improvvisamente. E da certe sue parole dette ridendo stupidamente risulta chiaro il suo proposito di sottrarsi al servizio militare» (10 giugno), Ivi, tabella nosografica.

¹⁰⁷ Aop, Cartelle cliniche, B.L., Foglio di proposta a rassegna, 20 ottobre 1917.

¹⁰⁸ Ivi, lettera del direttore dell'Ospedale militare di Parma, 25 ottobre 1917.

epperò si ritiene che egli sia stato e sia tuttora realmente affetto da infermità mentale (stato depressivo). Perciò propongo che egli sia passato a rassegna per la riforma»¹⁰⁹.

La distanza dal fronte e dall'influenza diretta degli ambienti militari rendeva chiaramente meno forte l'urgenza di disporre di uomini efficienti per la guerra. Per questo, in diversi casi, il direttore, pur riconoscendo l'assenza di malattie mentali, per compensare il trauma riportato in battaglia propose lunghi periodi di licenza, come al genovese Alessandro C., ventitreenne soldato nel 28. Reggimento Artiglieria, che riportò un «trauma confusionale con eccitamento» nel gennaio 1916, o al ventiseienne Giacomo C., da Sestri Levante, del quale scrisse: «siccome ha presentato e presenta tuttora uno stato – non simulato – lievemente stuporoso con depressione d'animo, così proporrei che al C. fosse concessa una licenza di convalescenza di 4 mesi»¹¹⁰.

L'intensificarsi dei ricoveri e il rapporto con i militari costrinsero Ugolotti a sostenere un impegno che lui stesso riconobbe come decisamente gravoso, e che sembrò avere fine solo al termine del conflitto, quando l'intero manicomio riprese le attività e la routine quotidiana. Nella sua relazione sul funzionamento del manicomio negli ultimi due anni di guerra, il direttore ribadì che il momento critico sembrava finalmente essere terminato:

E così si sono passati giorni e mesi di preoccupazioni e di grande lavoro; ma tutto fu superato, e nulla di quanto è sostanziale venne a mancare al regolare andamento dell'istituto, benché alle difficoltà degli approvvigionamenti si siano aggiunte, da una parte l'enorme aumento del numero dei ricoverati e il servizio di osservazione dei militari, e dall'altra il richiamo alle armi di infermieri e medici¹¹¹.

¹⁰⁹ Ivi, lettera al direttore dell'Ospedale militare di Parma, 1 gennaio 1918.

¹¹⁰ Aop, Cartelle cliniche, C.G., lettera al direttore dell'Ospedale militare di Parma, 29 aprile 1918.

¹¹¹ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore*, pp. 1027-1057, p. 1030.

III. I ricoverati

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. Vite vere sono state “giocate” in queste poche frasi; non voglio dire con questo che vi sono state raffigurate ma che di fatto la loro libertà, la loro sventura, spesso la loro morte, in ogni caso, il loro destino, vi sono stati almeno in parte decisi. Questi discorsi hanno realmente incrociato delle vite; delle esistenze sono veramente state rischiate e perdute in queste parole¹.

1. Numeri o persone?

Prima di entrare nelle vite degli uomini che transitarono da Colorno, o almeno in quei frammenti di vita legati alla loro permanenza dentro al manicomio, è necessario verificare numericamente chi e quanti erano, per capire anche l’impatto che effettivamente ebbero sulla struttura parmense, come il direttore Ugolotti ribadì ogni volta che ne ebbe l’occasione e come abbiamo verificato nei capitoli precedenti.

L’analisi quantitativa dei ricoverati nel manicomio di Colorno durante i quattro anni di guerra conferma in primo luogo che il numero sempre crescente di nuovi ingressi era legato all’entrata dei soldati, sia da tenere semplicemente sotto osservazione per alcuni giorni che da ricoverare permanentemente.

I militari infatti costituirono oltre il 40% degli internati, cioè 285 su 692 nuovi ricoveri complessivi [Tabella 6, Grafico, 7].

Scomponendo i ricoveri dei soldati per ogni anno di guerra, non stupisce che il loro numero sia, sostanzialmente, condizionato dall’andamento del conflitto.

Così, nel 1915 i soldati furono 16 su 140 nuovi ricoveri, poco più del 10% del totale, e solo 8 furono ricoverati dopo l’entrata in guerra dell’Italia² [Grafico 6].

Per i giovani militari ricoverati a Colorno prima della dichiarazione di guerra si può ipotizzare che si trattasse soprattutto di un modo per mettersi al riparo nel caso – ormai imminente – in cui l’Italia fosse entrata nel conflitto. L’ipotesi sembra confermata sia dalla diagnosi di «non riconosciuta pazzia» per ognuno di loro, che dall’analisi dei casi singoli: il 13 aprile 1915 il giovane barese Rosario L., di stanza al

¹ Michel Foucault, *Vita degli uomini infami*, Il Mulino, Bologna 2009, pp. 19-20.

² Cfr. Aop, Movimento giornaliero e annuo dei ricoverati, Registro di popolazione 1915.

deposito del 61 Reggimento di Fanteria a Parma, fu ricoverato dopo avere avuto un «accesso maniaco» che si presentava con «mutismo, aspetto minaccioso» e il tentativo di prendere il proprio fucile per cercare di sparare³. Dopo essere stato ricoverato, continuò a negare di ricordare chi fosse, mantenendo un sorriso fisso sul volto; dopo una settimana, tuttavia, preso alla sprovvista, disse il proprio nome, ammettendo poi di ricordare anche tutto il resto, cercando, a quel punto, di addurre uno stato di debolezza e prostrazione. A giudizio dei medici, Rosario però era «il ritratto della salute fisica»⁴.

Un episodio simile avvenne con il ventenne napoletano Raffaele S., che entrò a Colorno il 27 aprile in uno stato di sovraccitazione mentale durante il quale cantava e pronunciava frasi sconnesse. Dopo due giorni in manicomio, interrogato dai medici, riferì di essere stato trattenuto nell'esercito più a lungo del previsto:

invece di tre mesi come doveva esser per un soldato di 2. categoria è sotto le armi da otto mesi. Avendo in questi ultimi tempi ricevuto cattivissime notizie dalla famiglia (moglie, due figli, due vecchi) di cui è il solo sostegno, ebbe un momento di disperazione e alterazione mentale⁵.

Il numero dei militari aumentò sensibilmente già a partire dall'anno successivo, quando anche il fronte italiano divenne teatro di combattimenti, assalti e azioni, come stava accadendo nelle altre nazioni da ormai dodici mesi. Nel 1916 i soldati erano già oltre la metà degli uomini ammessi in manicomio: 87 su 162 (53,7%): tra essi, più della metà (53 su 87) fu ricoverata dopo la pesantissima *Strafexpedition* del 15-24 maggio. Il numero di ingressi fu ancora più elevato l'anno seguente, 122 a fronte di un numero complessivo di 219 ricoverati (55,7%)⁶ [Grafico 6].

Nel 1918, nonostante la ritirata di Caporetto, la percentuale dei soldati diminuì leggermente, pur mantenendosi elevata, molto probabilmente perché aveva iniziato a funzionare il Centro psichiatrico militare di prima raccolta nella vicina Reggio Emilia – del quale si è parlato nel capitolo precedente –, specializzato e decisamente più autorevole in merito alle diagnosi sui militari. In quell'anno i soldati costituirono un terzo dei ricoverati complessivi, 57 su 171, anche se ad aumentare sensibilmente il

³ Aop, Cartelle cliniche, L.R., Dichiarazione medica del direttore dell'Ospedale militare di Parma, 13 aprile 1915.

⁴ Aop, Cartelle cliniche, L.R., Tabella nosografica, 22 aprile 1915.

⁵ Aop, Cartelle cliniche, S.R., Tabella nosografica, 29 aprile 1915.

⁶ Cfr. Aop, Movimento giornaliero e annuo dei ricoverati, Registri di popolazione 1916 e 1917.

numero dei nuovi ingressi contribuì, come si è visto, il ricovero di una quarantina di sfollati dal manicomio di Lonigo⁷.

Negli anni successivi gli ingressi diminuirono progressivamente, e, naturalmente, il numero dei militari si avvicinò quasi allo zero: 17 su 113 nuovi ingressi nel 1919 e 2 su 103 nel 1920, anche se in quel biennio furono diversi i reduci che entrarono per le conseguenze di traumi subiti in guerra⁸.

Anche a Colorno si ha conferma di linee di tendenza generali, riscontrabili anche negli altri manicomi italiani, come ad esempio il fatto che il maggior numero dei ricoverati coincida con i due anni centrali del conflitto. Il “terribile 1917” fu comunque l’anno in cui le porte del manicomio si aprirono più spesso per i militari che per i civili. Questo dato conferma quello più generale legato al logorante andamento della guerra per tutta l’Europa: i soldati, ormai al terzo anno di combattimenti, erano stanchi e ormai consapevoli di cosa volesse dire stare al fronte⁹.

L’indagine sui paesi di provenienza dei militari entrati a Colorno fra il 1915 e il 1918 rivela che nel piccolo manicomio della provincia non furono internati solo i parmensi, che in qualche modo, arrivando a Colorno, ritornavano a casa. Per quanto fossero la maggioranza, infatti, solo un quarto dei ricoverati era residente in provincia di Parma (77 su 285, pari al 26,6%), e quindi inviato in questo manicomio per pertinenza territoriale. Gli altri, complessivamente 208, appartenendo ai reggimenti di guarnigione a Parma, in particolare al 61 e 62 Fanteria, a distaccamenti del 1 e del 2 Granatieri o dell’8 Lancieri di Montebello, provenivano dalle più svariate parti d’Italia, in prevalenza dalla Lombardia (18,24%), da Roma (7,36%) e dalla Campania (11,22%)¹⁰ [Tabella 8, Grafico 8].

⁷ Cfr. Aop, Movimento giornaliero e annuo dei ricoverati, Registro di popolazione 1918.

⁸ Cfr. Aop, Movimento giornaliero e annuo dei ricoverati, Registri di popolazione 1919 e 1920.

⁹ Sugli sviluppi della guerra nel 1917 si veda in particolare Ministero della Guerra, Comando del Corpo di Stato Maggiore, Ufficio storico, *L’esercito italiano nella Grande guerra (1915-1918)*, 7 voll., Roma 1927-88, vol. IV, *Le operazioni del 1917*, 3 tomi, Roma 1967. Per riflessioni di carattere più generale si rimanda a G. Rochat, M. Isnenghi, *La grande guerra 1914-1918*, La Nuova Italia, Firenze 2000, pp. 349-400.

¹⁰ Ad oggi non esiste alcuno studio, nemmeno limitato alla storia militare, che indaghi la presenza in provincia dei reparti dell’esercito durante la guerra. Vaghe informazioni sono in Fiorenzo Sicuri, *La vita politica di Parma dalla belle époque alla prima guerra mondiale*, in Roberto Montali (a cura di), *Nel mondo nuovo. Parma da Verdi a Vittorio Veneto (1900-1918)*, Monte università Parma, Parma 2007, pp. 42-50; Marco Gaita, *Volontari, interventisti e neutralisti a Parma*, in Roberto Spocci (a cura di), *Parma di fronte alla Grande Guerra*, Istituto per la storia del Risorgimento italiano, Parma 2005, pp. 25-31.

Del resto, tutte le convenzioni stipulate con il manicomio di Colorno dagli ospedali militari di Bologna e Piacenza tra il 1874 e il 1946 stabilivano che nell'ospedale parmense dovessero essere ricoverati tutti quegli «uomini di truppa e gli ufficiali del presidio e sue dipendenze che cadono ammalati mentre sono in servizio sotto le armi, in licenza di qualunque specie od in aspettativa»¹¹.

Tra di loro, dunque, rientravano sia coloro che non si erano ancora allontanati dal presidio che quelli che si trovavano già in zona di guerra. Questi ultimi, però, prima di arrivare a Colorno, avevano certamente già subito un primo ricovero in un ospedaletto da campo o in un ospedale nei pressi del fronte. Solo in seguito, se ritenuti bisognosi di ulteriore osservazione o di tempo per recuperare, venivano allontanati dalla zona di guerra e inviati nell'ospedale militare del paese dove erano stanziati i vari presidi. Chiaramente, dal momento che l'ospedale militare non disponeva dei mezzi e delle competenze per accoglierli, come da convenzione essi venivano inviati a Colorno.

In manicomio rimanevano per un tempo più o meno lungo, generalmente uno o due mesi, e poi, se ritenuti effettivamente inabili al servizio militare e inadeguati alla guerra, progressivamente avvicinati a casa, in una sorta di «processo a scendere» – come è stato definito da Lisa Roscioni e Luca Des Dorides nel loro studio sul manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma – nel quale i manicomi fungevano filtri successivi per impedire simulazioni o fughe¹².

La storia di Quirino S., montanaro parmense proveniente da Corniglio, è un esempio di questo processo di avvicinamento a casa: egli, militare al fronte, nel 1915 era stato ricoverato per gravi disturbi nervosi che si erano accentuati in seguito ad una seria ferita alla gamba. Dopo una lunga degenza migliorò, fu dimesso e, nel dicembre 1917, rimandato al Reggimento; i suoi problemi psichici, però, si ripresentarono nel settembre dell'anno successivo, quando fu ricoverato in diversi manicomi, prima a Edolo, poi a Brescia e infine al Centro di prima raccolta di Reggio Emilia. Quirino giunse a Colorno solo nel 1919, a conflitto terminato – dopo avere tentato più volte di suicidarsi, e dove gli fu diagnosticato un «quadro schizofrenico a tinte paranoide» –, e vi rimase fino alla morte, avvenuta l'11 marzo 1946¹³.

¹¹ App, Titolo 6, Beneficenza, Manicomio, Rette a carico di altri enti e privati, Convenzione con l'ospedale militare di Bologna, 1920.

¹² L. Roscioni, L. Des Dorides, *Il manicomio e la Grande guerra*, cit., p. 140.

¹³ Aop, Cartelle cliniche, S.Q., relazione medica, 3 settembre 1946.

Un altro elemento statistico-quantitativo che può aiutare ad entrare nell'universo dei soldati passati da Colorno riguarda l'analisi delle loro professioni.

Scorrendo le occupazioni degli internati, il primo dato che emerge con grande evidenza è la preponderanza di lavoratori appartenenti ai gradini più bassi della scala sociale e la scarsità di quelli collocati in strati sociali più elevati come i ceti intellettuali, mercantili o impiegatizi [Tabella 9, Grafico 9].

I dati sulla collocazione sociale sono però incompleti, infatti non per tutti i ricoverati fu indicata la professione al momento dell'ingresso, quando cioè veniva compilata la cartella clinica e riportate le generalità del paziente. Questo, da un lato, può essere segno di un certo disinteresse con il quale il personale del manicomio si rapportava a coloro che entravano; per i ricoverati, in effetti, varcare la soglia del manicomio per lo più significava perdere la propria identità di persona per essere definiti solo con la diagnosi attribuita, elemento decisamente più interessante per individuarli e qualificarli. Inoltre, era la divisa militare a sancire in modo decisivo – almeno agli occhi del personale del manicomio – l'unica, visibile, identità professionale del soldato ricoverato. Questo spiegherebbe perché 119 soldati su 285 furono qualificati professionalmente solo, appunto, come “soldati” o “militari”, senza specificare la loro professione da civili.

Tra gli altri 166 di cui è indicato il mestiere con maggior precisione, la maggior parte (34,33%, pari a 57 uomini) fu registrata come contadino. I restanti si dividevano prevalentemente tra calzolai (5,4%), muratori (4,2%), macellai (3,6%), carrettieri (3%), sarti (2,4%), elettricisti (1,8%), fabbri (1,8%), falegnami (1,8%), ferrovieri (1,8%) e, a seguire, quelle occupazioni precarie o ancora legate all'universo composito e frastagliato delle piccole professioni artigianali piuttosto che al proletariato di fabbrica.

In merito, tuttavia, non si possono che condividere tutte le cautele espresse da Antonio Gibelli sull'incertezza e la variabilità delle categorie di classificazione utilizzate nell'ultimo censimento generale del 1911, avvalorate anche dalla considerazione della velocità con la quale negli anni immediatamente prima della guerra le reali condizioni professionali degli italiani stavano subendo un mutamento più veloce di quello delle categorie con le quali quelle condizioni venivano interpretate:

Molti che si consideravano contadini perché abitavano in campagna e continuavano a esercitare il lavoro della terra almeno per una parte dell'anno,

contemporaneamente erano entrati nel lavoro di fabbrica, nell'edilizia o nelle costruzioni stradali e ferroviarie, per cui dovevano piuttosto considerarsi operai-contadini (una figura molto diffusa nel modello dello sviluppo industriale italiano)¹⁴.

Dall'osservazione delle occupazioni dei soldati ricoverati in manicomio emergono soprattutto due considerazioni. In primo luogo, esse confermano i dati ufficiali che raffiguravano un'Italia contadina e ancora poco industrializzata, nella quale le classi popolari erano decisamente la parte prevalente¹⁵. In secondo luogo, si vede confermata la definizione del manicomio come luogo dove accogliere «gli alienati poveri della provincia», secondo quanto recitava l'art. 2 del regolamento, per quanto anche nell'istituto parmense fosse prevista una sezione dedicata ai pensionanti, cioè a chi era in grado di pagare la retta per il proprio mantenimento, che però fu sempre scarsamente utilizzata¹⁶.

La regola che prescriveva il ricovero di persone povere sembrò avere due sole eccezioni: tra i quasi trecento soldati ricoverati, infatti, solo le professioni di due uomini erano indice di appartenenza ad una classe più agiata.

Il primo fu il possidente Teofilo D., trentenne veronese del 2 Reggimento Granatieri, che fu ricoverato nel febbraio 1916 per «torpore e indebolimento mentale in individuo dedito all'alcool e gozzuto»¹⁷. L'altro era Michele D., avvocato quarantaduenne di Fornovo Taro, che entrò a Colorno ai primi di febbraio 1918 per «psicosi maniaco-depressiva»¹⁸.

Oltre a farci ipotizzare che Michele stesse cercando di rifiutarsi di prendere parte al conflitto, essendo rimasto all'interno del Distretto militare di Parma, il suo caso

¹⁴ A. Gibelli, *La grande guerra degli italiani 1915-1918*, Bur, Milano 2007 (1 ed. 1998), p. 86. I dati numerici sulla preponderanza dei contadini tra i soldati sono in Arrigo Serpieri, *La guerra e le classi rurali italiane*, Bari 1930, pp. 49-50, ripresi poi da Piero Melograni: «Circa la metà dell'esercito fu composta da contadini. Secondo i calcoli del Serpieri, su un totale di 5 milioni e 750 mila combattenti complessivamente richiamati durante l'intero conflitto, ben 2 milioni e 600 mila furono per l'appunto contadini. Quasi tutti appartennero alla fanteria, la più sacrificata di tutte le armi, destinata da sola a subire il 95% delle perdite», Id., *Storia politica della Grande Guerra 1915-1918*, Laterza, Bari 1972, pp. 92-93. Giorgio Rochat, pur non contestando la prevalenza dei contadini in termini assoluti, ha messo in discussione quelle percentuali in Id., *L'Italia nella prima guerra mondiale*, Feltrinelli, Milano 1976, p. 77.

¹⁵ Sulla trasformazione e sui processi disgregatori dell'industrializzazione sulla società rurale italiana, soprattutto durante la guerra, si veda Pier Paolo D'Atorre, Alberto De Bernardi (a cura di), *Studi sull'agricoltura italiana. Società rurale e modernizzazione*, Feltrinelli, Milano 1994.

¹⁶ Cfr. *Manicomio provinciale di Colorno. Regolamento speciale*, Tip. Zerbini & Freshing, Parma 1912.

¹⁷ Aop, Cartelle cliniche, D.T., tabella nosografica, 4 febbraio 1916.

¹⁸ Pur specificando che la malattia di Michele non dipendeva da cause di servizio, quanto riportato nella tabella nosografica sembrava asserire il contrario: «studioso e laborioso, era molto preoccupato di dovere prestare servizio militare, e quando fu poi richiamato dopo pochi giorni cadde in stato di agitazione», Aop, Cartelle cliniche, D.M., tabella nosografica, 3 febbraio 1918.

è interessante anche perché mostra la difficoltà da parte del personale medico di gestire individui di classi sociali diverse, ai quali sicuramente erano poco abituati. Durante la sua non brevissima permanenza in manicomio – dal 3 febbraio al 3 novembre 1918 – il direttore continuò a scrivere alla Procura della Repubblica rassicurandoli che l'avvocato D. sarebbe rientrato al più presto in possesso delle proprie facoltà mentali, anche se il suo ottimismo in realtà era clamorosamente smentito dalle osservazioni consegnate al diario clinico. Il 31 marzo 1918 infatti scrisse:

Stesso stato di eccitamento e disordine. Straccia e rompe. Talvolta è sudicio. Abituamente lucido, nei momenti di più intensa agitazione è ansioso e confuso. Clamoroso. Dorme poco¹⁹.

Anche il mese successivo Michele fu descritto ancora nello stesso modo. Contemporaneamente, però, il 26 aprile, Ugolotti scrisse l'ennesima lettera alla Procura dichiarando che il paziente si sarebbe perfettamente ripreso nel giro di un paio di mesi:

È certo [...] che l'accesso di eccitamento maniaco di cui è affetto il D. scomparirà e che quindi l'infermo guarirà completamente. Per quanto sia difficile stabilire il tempo che sarà necessario a raggiungere la guarigione, tuttavia credo che esso non sarà molto lungo, di 40-60 giorni ancora²⁰.

Era decisamente raro che il direttore si sbilanciasse in merito alla possibile durata della patologia di un ricoverato, senza peraltro poterne avere alcuna certezza. L'avvocato Michele D., infatti, rimase per altri sei mesi «disordinato, confuso e “clamoroso”», e sembrò calmarsi solo in settembre, dopo di che fu trasferito nel reparto pensionanti per altri due mesi, e finalmente dimesso in prova il 3 novembre 1918²¹.

2. Gli ufficiali

Avvicinandoci all'insieme dei militari ricoverati a Colorno con uno sguardo attento alle loro qualifiche, colpisce la pressoché totale assenza di ufficiali, dato che

¹⁹ Ivi, tabella nosografica, 31 marzo 1918.

²⁰ Ivi, lettera del direttore al Procuratore del Re di Parma, 26 aprile 1918.

²¹ Ivi, tabella nosografica.

appare in forte contrasto con quanto è stato riscontrato in analoghe ricerche sui manicomi durante la Grande guerra compiute negli ultimi anni²².

È pur vero, tuttavia, che i casi studiati finora riguardano in prevalenza manicomi vicini alla zona del fronte, dove i militari venivano immediatamente ricoverati prima del loro trasferimento, oppure il Centro di prima raccolta di Reggio Emilia. In particolare, le osservazioni di Bruna Bianchi sui manicomi di Padova, Venezia, Treviso, Brescia e Verona rivelano che gli ufficiali erano presenti in proporzione maggiore rispetto ai soldati:

Mentre il rapporto ufficiali-soldati nell'esercito italiano fu nel complesso di 1 a 26, tra gli accolti al manicomio di Treviso troviamo 1 ufficiale ogni 10 soldati, in quello di Padova 1 ogni 22, al centro di Reggio Emilia, nel 1918, 1 su 13. Nel 1915 e nel 1916 negli ospedaletti da campo della II Armata gli ufficiali affluirono nella proporzione di 1 a 12 rispetto ai soldati²³.

Se gli ufficiali con patologie nervose o psichiche rimanevano nei pressi del fronte per essere ricondotti in prima linea oppure definitivamente riformati, allora la loro assenza in un manicomio lontano dalla zona di guerra e nemmeno specializzato, come quello parmense, è facilmente comprensibile²⁴.

A Colorno, peraltro, su 300 militari non fu ricoverato nemmeno un ufficiale, e solo un sottoufficiale, proveniente da un paese della provincia di Parma.

Sergente della 1 Compagnia del 226 Battaglione di Milizia territoriale, classe 1876, Ernesto C. entrò in manicomio il 4 novembre 1916 dopo avere tentato per la seconda volta di suicidarsi. Fu portato subito a Colorno perché si trovava a casa in

²² Il riferimento, in particolare, è agli studi di Maria Vittoria Adami, *L'esercito di San Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, Il poligrafo, Padova 2006; Leonardo Raito, *La Grande guerra e la fuga nell'inconscio. L'esperienza del conflitto sull'individuo moderno*, in "Nuova storia contemporanea", n. 3, 2007, pp. 141-151; Nicola Bettioli, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto 1915-1916*, Istituto per la storia della Resistenza e della società contemporanea della Marca trevigiana, Treviso 2008; F. Paoletta, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, cit.; P. Giovannini, *Soldati, follia e Grande guerra nelle cartelle cliniche del San Benedetto*, in Paolo Sorcinelli, *Lavoro, criminalità, alienazione mentale. Ricerche sulle Marche tra Otto e Novecento*, Il lavoro editoriale, Ancona 1986.

²³ B. Bianchi, *Psichiatria e guerra*, in S. Audoin-Rouzeau, A. Becker, (a cura di), *La prima guerra mondiale*, cit., pp. 309-325, p. 320. Nei casi di altri manicomi, più o meno lontani dal fronte, che sono stati oggetto di studio, manca la distinzione dei ricoverati tra soldati e ufficiali, cfr. A. Scartabellati, *Leggere la follia in guerra, 1915-1918*, <http://web.tiscali.it/bibliopsi/archivi.htm>; Id., *Destini della follia in guerra*, in Id. (a cura di), *Dalle trincee al manicomio*, cit., pp. 153-219; Mario Vanini, *Ricoveri di soldati impazziti. Alcune note statistiche del Manicomio provinciale di Como 1915-18*, Ivi, pp. 411-421; L. Roscioni, L. Des Dorides, *Il manicomio e la Grande guerra*, cit.

²⁴ Nemmeno scorrendo la rassegna biografica dei militari ricoverati nel manicomio di Cremona, compilata da A. Scartabellati, si trovano degli ufficiali, cfr. Id., *Leggere la follia in guerra*, cit., cap. 4, *Inventari biografici dell'universo follia*.

licenza, dove si stava riprendendo dal primo tentativo di suicidio, che era avvenuto in marzo, al fronte, dopo la fuga di due prigionieri austriaci che aveva il compito di sorvegliare. Secondo le parole del medico assistente Dino Stanghellini, compilatore della cartella clinica, la vergogna e il terrore per una possibile punizione avevano preso il sopravvento e lo avevano indotto a gettarsi da una finestra. A Sorbolo, pur essendosi quasi ripreso fisicamente, non riusciva a smettere di pensare a quello che gli sarebbe potuto accadere al suo ritorno in prima linea: «a casa fu sempre melanconico, piangente, timoroso di essere punito e rovinato, incapace di pensare ad altro»²⁵. Per questo cercò nuovamente di farla finita, colpendosi al capo con un martello. Questo nuovo episodio lo condusse direttamente in manicomio, dove gli fu diagnosticata una «psicosi maniaco-depressiva atipica»:

Qui [a Colorno] stette a lungo in uno stato di melanconia ansiosa e delirante profonda con delirio pessimistico e persecutorio, al quale seguì uno stato di non grave ma manifesto eccitamento, durante il quale si mantenne il delirio persecutorio con altre idee strambe e incongruenti. [...] Ha rare allucinazioni uditive, scarsa affettività e indifferenza accentuata per tutto ciò che è estraneo al suo delirio²⁶.

Per quanto le condizioni fisiche continuassero a migliorare, la malinconia e lo stato depressivo di Ernesto non parvero mutare sensibilmente, tanto che ancora tre anni dopo il suo ricovero, nel settembre 1919, il medico segnalava la sua convinzione di essere ancora militare – nonostante fosse riformato dal luglio 1917 – e di dovere essere punito per quanto aveva commesso:

Si mantiene lucido, orientato, ma depresso, piuttosto sospettoso e diffidente. Di rado risponde completamente alle domande. Accenna vagamente a chi l'ha con lui, ricorre talvolta il desiderio di morire. Non desidera tornare a casa. Dice di essere ancora militare e crede di dovere essere punito e processato. Non si lascia persuadere da nessuna assicurazione. Dorme poco²⁷.

Il peso della responsabilità e il senso del dovere avevano condizionato talmente Ernesto da non renderlo più in grado di uscire dalla convinzione della propria colpevolezza. Un condizionamento che ritornava sovente negli ufficiali, come

²⁵ Aop, Cartelle cliniche, C.E., tabella nosografica, 24 novembre 1916.

²⁶ Aop, Cartelle cliniche, C.E., nota del direttore, s.d.

²⁷ Aop, Cartelle cliniche, C.E., tabella nosografica, settembre 1919. Ernesto morì per un cancro allo stomaco il 24 novembre 1946, senza essere mai uscito dal manicomio.

confermano gli studi di Nicola Bettiol, il quale ha notato che gli ufficiali furono, in rapporto numericamente maggiore ai soldati anche per «la particolare condizione in cui si trovarono a vivere la guerra [...] che condizionò pesantemente il loro stato psichico»²⁸.

La “particolare condizione” alla quale fa riferimento Bettiol era stata descritta già subito dopo la guerra dal Direttore di sanità del VI Corpo d’armata, dottor Gerundo, che così riassumeva gli effetti prodotti sugli ufficiali dalla prolungata vita in trincea:

Da qualche tempo si notano frequenti casi di esaurimento nervoso specialmente negli ufficiali, che si presentano la maggior parte sotto una forma depressiva ed in alcuni, fortunatamente rari, sotto forma eccitatoria. Mentre i primi si presentano in genere apatici, indolenti, ipobulici, attoniti, gli altri si presentano con fenomeni alterni di eccitabilità e di depressione. Queste ultime forme si osservano prevalentemente in chi ha diretta responsabilità, e per sua natura e temperamento non ha energia nervosa sufficiente da superare le emozioni che sono intimamente legate alla vita speciale al fronte²⁹.

Osservazioni che ritornavano anche nella relazione del consulente psichiatrico della II Armata, il quale aveva individuato negli ufficiali traumi psichici, nevrosi da esaurimento, stati confusionali, psicosi emotive. In particolare per queste ultime, che normalmente comprendevano stati di malinconia, esaltazione, nevrastenie e psicastenie, il consulente aveva segnalato la presenza di un «cospicuo numero di casi» che non rientravano precisamente in nessuno di quelli e che si manifestavano con tristezza, timore e reazioni spropositate:

Gl’infermi presentano tutti una fisionomia particolare, sopra un fondo tenue di tristezza, con uno stato dell’animo assillato da una paura indefinita di cui essi stessi non sanno darsi conto. Al solo accenno alle scene a cui avevano assistito, o al solo ricordo di qualche persona di famiglia e di qualche amico ferito, codesti infermi piangevano irresistibilmente e fanciullescamente, benché riconoscessero la illogicità del loro stato emotivo e l’umiliazione alla quale erano condannati. In questi casi, si doveva ammettere un forte abbassamento del tono mentale, un esaurimento dei poteri inibitori, una fiacchezza del potere associativo, donde quella statica mentale, collegata all’emotività dolorosa, la quale si esplica col pianto, talvolta di carattere infantile³⁰.

²⁸ N. Bettiol, *Feriti nell’anima*, cit., p. 26.

²⁹ Gerundo, *Relazione sullo stato sanitario e morale delle truppe*, cit. in Luigi Capello, *Per la verità*, Fratelli Treves, Milano 1920, pp. 207-208, p. 208.

³⁰ Ussme, *Diari prima guerra mondiale*, P21A, *Relazione sanitaria guerra 1915-1918*. Servizio neuropsichiatrico, p. 425.

Tra l'altro quegli atteggiamenti, che secondo il consulente erano connessi all'indebolimento delle facoltà del sistema nervoso centrale, avrebbero potuto essere facilmente scambiati per «cattiveria, insubordinazione e indisciplina» e dare luogo a severe punizioni³¹.

Anche i vertici militari compresero subito che l'infermità mentale poteva essere utilizzata anche come una maschera per occultare la disobbedienza da parte degli ufficiali, espressione del loro disagio nei confronti di una guerra logorante nella quale erano doppiamente responsabili, sia verso i propri uomini che verso i superiori. Come ha notato Bruna Bianchi, infatti, anche da parte dei tribunali militari «nei confronti degli ufficiali la preoccupazione maggiore fu quella di minimizzare e occultare, in particolare le mancanze dei singoli, le infrazioni alla disciplina che non coinvolgevano i soldati»³².

Che il trattamento verso gli ufficiali fosse più conciliante, persino nei manicomi, sembra confermato anche da Bettiol, il quale osserva che per gli ufficiali ricoverati in manicomio era prevalente la diagnosi di «non riconosciuta pazzia», proprio al fine di preservarli dall'onta stigmatizzante del manicomio³³.

3. Soldati e ufficiali

Il rapporto controverso tra ufficiali e soldati durante la Grande guerra è ormai noto, e quanto emerge in particolare è la distinzione dei primi dalle truppe, soprattutto per lo sguardo con il quale essi si volsero a quel conflitto. Ci riferiamo alla enorme produzione memorialistica, pubblicata sia durante che nell'immediato dopoguerra (o anche dopo), nella quale, con una prosa spesso magniloquente e “dannunziana”, gli

³¹ Ibidem.

³² B. Bianchi, *I disobbedienti nell'esercito italiano durante la grande guerra*, in “Parolechiave”, n. 26, 2002, pp. 157-185, p. 179. Sulla disobbedienza e la follia degli ufficiali si veda anche Ead., *La follia e la fuga*, cit., pp. 118-136 e, per il rapporto tra ufficiali e ribellione, Ivi, pp. 383-524; considerazioni simili sono anche in Giovanna Procacci, *Soldati e prigionieri italiani nella Grande guerra*, Bollati Boringhieri, Torino 2000, pp. 96-97. Le riflessioni di Bianchi e Procacci, e gli studi che da loro si sono sviluppati, ampliano e restituiscono complessità alla prima analisi, prevalentemente statistico-quantitativa, sugli ufficiali in servizio durante la Grande guerra, avviata da Giorgio Rochat, *Gli ufficiali italiani nella prima guerra mondiale*, in Giuseppe Caforio, Piero Del Negro (a cura di), *Ufficiali e società*, Franco Angeli, Milano 1988, pp. 231-252.

³³ Cfr. N. Bettiol, *Feriti nell'anima*, p. 161, n. 55.

ufficiali alternavano fiducia cieca nelle scelte dei vertici e nella necessità di una guerra patriottica a comprensione e solidarietà verso chi quella guerra soprattutto la subiva³⁴.

Così, alcuni esasperavano la necessità di mantenere cinicamente le distanze per non essere emotivamente coinvolti, come il sottotenente Teodoro Capocci, del 2 Reggimento Granatieri, morto in combattimento ai primi di giugno 1916: «Siamo insieme cinici e sereni. Cinici, perché con tanti morti, tanti disagi, non si può approfondire il dolore. S'impazzirebbe»³⁵.

Erano in molti a ribadire lo sforzo e la fatica della guerra, nonostante fossero guidati da entusiasmo e spirito di sacrificio. Ne fu un esempio anche il sottotenente parmigiano Aldo Ravasini – del quale la rivista “Aurea Parma” pubblicò il diario subito dopo la morte, avvenuta il 24 ottobre 1915 – che scrisse di essere felice di potere condividere i disagi dei “suoi” soldati:

Stamane, tutto il cielo è nuvoloso e dà alla tristezza di questo luogo una nota fosca, tragica che avvince e soggioga. Da questo covo sbucano a tratti uomini con vesti lacere, macchiate di chiazze rossastre – par sangue ed è fango –, con qualcosa di strano e fosco negli occhi. [...] Sono lieto di soffrire, tanto lieto di condividere i disagi dei miei soldati. Mi sembra così di appagare quel bisogno della mia coscienza che è la giustizia, l'assenza del privilegio...³⁶

Parole e senso di vicinanza che, fuor di retorica e con forse maggiore consapevolezza, ritornavano nelle lettere del sottotenente Vasco Pecorini, il quale il 22 dicembre 1915 scriveva:

Le trincee di Oslavia mi fanno paura più della morte. Ma più ancora delle trincee mi impensieriscono le condizioni della nostra truppa. Altro che eroismo, altro che

³⁴ Sulla memorialistica di guerra delle classi più colte si rimanda alla messa a punto di Franco Contorbia, *Guerra, memoria, scrittura. Il caso italiano*, in S. Audoin-Rouzeau, A. Becker, (a cura di), *La prima guerra mondiale*, cit., pp. 619-631. A riguardo si veda anche Adolfo Omodeo, *Momenti della vita di guerra (Dai diari e dalle lettere dei caduti)*, Laterza, Bari 1934; M. Isnenghi, *I vinti di Caporetto nella letteratura di guerra*, Marsilio, Padova 1967; Giuseppe Prezzolini, *Tutta la guerra. Antologia del popolo italiano sul fronte e nel paese*, Longanesi, Milano 1968; M. Isnenghi, *Il mito della Grande guerra da Marinetti a Malaparte*, Laterza, Bari 1970; M. Bartoletti, *Memorialistica di guerra*, in Armando Balduino (a cura di), *Storia letteraria d'Italia*, vol. XI, *Il Novecento. Dall'inizio del secolo al primo conflitto mondiale*, a cura di Giorgio Luti, Piccin-Vallardi, Padova-Milano 1989.

³⁵ T. Capocci, *Diario*, in A. Omodeo, *Momenti della vita di guerra*, cit., Laterza, Bari 1934, p. 282.

³⁶ A. Ravasini, *Il diario di un prode*, in “Aurea Parma”, n. 3-4, a. III, luglio-dicembre 1915, pp.159-167, pp. 165-166. Il riferimento al bisogno di giustizia nelle parole di Ravasini va messo in relazione a quel filone di interventisti, prevalente a Parma, legati al sindacalismo rivoluzionario della Camera del lavoro di Borgo delle Grazie, cui apparteneva anche Filippo Corridoni. Sull'interventismo parmense, anche se non esiste ancora uno studio completo e specifico, si rimanda a M. Becchetti, *Oltretorrente. Rivolte e conflitto sociale a Parma 1868-1915*, cit., pp. 257-270; F. Sicuri, *La vita politica di Parma dalla belle époque alla prima guerra mondiale*, cit.; M. Gaita, *Volontari, interventisti e neutralisti a Parma*, cit.

entusiasmo, altro che salute perfetta! Viltà, scoraggiamento, colera quelle sì serpeggiano fra i nostri soldati! Ma cambiamo argomento; oltre ad amareggiare voi ne sarei io stesso amareggiato³⁷.

Vasco Pecorini accennava alla mancanza di entusiasmo e allo scoraggiamento dei soldati: sulle loro reazioni e su come a volte la loro ribellione si traducesse in psicosi, tanto da farli ricoverare in manicomio, si tornerà più specificamente nei paragrafi successivi; qui ci interessa principalmente segnalare come il rapporto con gli ufficiali non fosse sempre improntato a quell'obbedienza e rispetto necessari per la disciplina militare, e come anzi a volte l'imposizione di regole o ordini producesse contraccolpi critici per la loro salute mentale.

Proprio l'insofferenza alla disciplina sembrò infatti essere l'unica caratteristica responsabile del ricovero del diciottenne Lorenzo D., soldato del 61 reggimento di fanteria originario di Pietrasanta (Lu), avvenuto il 13 luglio 1917. Di Lorenzo abbiamo notizie molto scarse, perché rimase a Colorno in osservazione per pochissimi giorni prima di essere inviato al carcere di Piacenza. Ricoverato per «squilibrio mentale» con lesioni e graffiature su tutto il corpo che si era provocate da solo, continuò a mantenere un atteggiamento sprezzante e scortese con chiunque lo avvicinasse. Solo un giorno, interrogato dal medico, spiegò con calma il motivo del suo atteggiamento:

Oggi interrogato a tu per tu dal medico gli ha confessato di essere gravemente inquieto per la propria sorte, poiché fin dal primo giorno dell'arruolamento suo si è ribellato ai superiori. Giustifica il suo agire con le condizioni di miseria in cui ha lasciato la madre e la moglie. Le escoriazioni se le produsse volontariamente³⁸.

Pur avendo promesso di rimanere tranquillo, nei giorni seguenti Lorenzo tornò ad essere ribelle, sprezzante e minaccioso, rimanendo continuamente e ostinatamente sdraiato per terra. Questo comportamento, però, non valse a tenerlo in manicomio, perché pochi giorni dopo fu descritto come «insofferente di disciplina, eccitabile e deficiente nei freni morali» e riconsegnato ai suoi superiori che lo trasferirono in carcere³⁹.

Per diversi soldati ricoverati a Colorno la psicosi si manifestava con atteggiamenti di aperta ostilità verso gli ufficiali, come per Angelo S., di San Secondo

³⁷ La lettera è riportata in Giorgio Pecorini, *Il milite noto*, Sellerio, Palermo 1983, p. 140.

³⁸ Aop, Cartelle cliniche, D.L., tabella nosografica, 16 luglio 1917.

³⁹ Ivi, 21 luglio 1917.

parmense, soldato del 62 reggimento di fanteria ricoverato a Colorno il 6 giugno 1917 dopo essere stato per molti mesi al fronte, che si lamentava di non avere mai avuto alcuna soddisfazione dai propri superiori e trascorreva le proprie giornate inveendo contro gli ufficiali che lo avevano maltrattato tanto da mandarlo in manicomio⁴⁰. O come il milanese Barbato P., portato in manicomio il 13 ottobre 1917 perché a ogni domanda rispondeva solo «vigliacco maresciallo», accusandolo di ingiustizia per essere stato condannato a quattro giorni di cella senza cibo⁴¹.

A volte la causa dell'agitazione dipendeva dalla convinzione che i superiori dovessero avere per i subordinati lo stesso rispetto che i soldati dovevano loro. Sinibaldo S., trentunenne artigliere carrarino, fu ricoverato con questa idea due giorni prima dell'entrata in guerra dell'Italia, dopo avere minacciato l'ufficiale che lo aveva accusato di simulazione:

Era indisposto e aveva chiesto di essere visitato. Il capitano medico lo accusò di simulazione e lo trattò aspramente. A questo egli si ribellò e rispose per le rime. Fa il racconto un po' concitato e particolareggiatamente, in tono e con atteggiamento di chi racconta cosa grave, seria, della massima importanza e lo infiora con lunghe digressioni teoriche sul dovere dei soldati verso la famiglia e la patria, e degli ufficiali verso i soldati⁴².

A volte, invece, l'ossessione si concretizzava nell'idea di avere responsabilità, ruoli e abilità molto maggiori degli ufficiali: è il caso del ventunenne parmense Giovanni D., del 3 Reggimento di artiglieria da montagna, che fu ricoverato a più riprese tra il febbraio 1917 e il dicembre 1918 per «psicosi maniaco-depressiva in frenastenoide»⁴³. Giovanni fu riformato nel marzo 1917, ma la fine della guerra non fu sufficiente a stemperare la sua persuasione, perché ancora dopo dieci anni, la sentenza

⁴⁰ Aop, Cartelle cliniche, S.A., tabella nosografica.

⁴¹ Aop, Cartelle cliniche, P.B., certificato medico per l'ammissione dei malati, Casalmaggiore, 12 ottobre 1917. Pare che Barbato fosse stato condannato per avere gridato «Viva l'Austria»; dopo essere stato giudicato non idoneo al servizio militare per costituzione epiletticoide, fu dimesso il 10 gennaio 1918, cfr. Ivi, tabella nosografica. Il conflitto tra soldati e ufficiali è ben rappresentato da questa lettera censurata, scritta da un anonimo soldato parmense nell'agosto 1916: «Carissimo Vengo a dirti che ne ho le bale piene ormai sono proprio stanco di questa maledeta vita questo non epìù un vera vita e proprio una liqui dazione Completa non si po più andare avanti e una vergogna, se non mia mazano I (ceco) mifano morire questi villiachi e cani sfruttatori dei poveri filgli di mama che tanto sofrano, a dargli reta [...] Ma però verà quel giorno oportuno che ai nostri signor Ufficiali pagheranno questa infamia contro a coloro che sono sempre stati buoni e ubidienti più di tuti I loro diritti – prego la signora censura di legerla e di esere sortisfatto suo soldato...», cit. in G. Procacci, *Soldati e prigionieri italiani nella Grande guerra*, Bollati Boringhieri, Torino 2000, p. 444.

⁴² Aop, Cartelle cliniche, S.S., tabella nosografica, 24 maggio 1915.

⁴³ Aop, Cartelle cliniche, D.G., tabella nosografica.

di interdizione riportava alcune frasi che testimoniavano la sua incapacità di uscire dai «ricordi della vita passata»:

Sono qua dentro perché sono matto, sordo e mutilato... sono qui perché comanda il nostro tenente colonnello [...]. Ho fatto 4 anni di soldato e avevo il grado, ma non sono ufficiale. Io sparavo i cannoni per mio conto. Uno che spara i cannoni ha le sue munizioni e tutto il necessario⁴⁴.

4. I motivi del ricovero

Per la loro particolare natura, le cartelle cliniche rendono piuttosto difficoltoso entrare nel mondo personale dei ricoverati, perché costruite essenzialmente intorno alla prima osservazione compiuta dai medici, che veniva formulata al momento del ricovero. E per la definizione delle diagnosi, come vedremo nel paragrafo successivo, essi si basavano prevalentemente sull'analisi delle persone nel momento in cui esse varcavano i cancelli del manicomio, tenendo limitatamente in considerazione le cause che le avevano condotte là dentro.

Anche il modello prestampato che accompagnava in manicomio chi veniva trasferito dall'ospedale militare era decisamente vago e lacunoso, limitandosi a riferire di generici fenomeni psicopatici, o di stati di delirio, e ribadendo semplicemente la necessità del ricovero:

Non disponendosi in questo Ospedale dei mezzi per la opportuna custodia e sorveglianza e ritenendo l'individuo pericoloso a sé ed agli altri, si propone venga inviato al Manicomio provinciale di Parma in Colorno dove può essere trasportato senza danno per la sua salute fisica⁴⁵.

Per i soldati, inoltre, risalire alla reale motivazione sembrava un compito anche più complesso, dal momento che in molti casi – e soprattutto per gli uomini al fronte – intercorrevano diversi giorni tra il loro ricovero e la manifestazione dei sintomi, e che chi li accompagnava non li conosceva e non era in grado di fornire informazioni più specifiche.

⁴⁴ Ivi, sentenza di interdizione, 9 marzo 1928.

⁴⁵ Aop, Cartelle cliniche, modulo di accompagnamento dei soldati a cura del direttore dell'Ospedale militare.

Quali fossero quei fenomeni che colpivano i soldati e capire che cosa li aveva prodotti è un'operazione che può dunque essere compiuta solo leggendo fra le righe delle tabelle nosografiche – nelle quali i medici segnalavano periodicamente disturbi e comportamenti – o dei certificati che venivano richiesti ai medici del paese di provenienza per comprendere le ragioni dei loro disturbi.

Il quadro che viene dipinto dai racconti degli stessi soldati, spesso poche frasi riportate per confermare la loro condizione di disturbati, poneva in primo piano soprattutto i traumi subiti sul campo di battaglia e le loro conseguenze, anche se i medici colomnesi non arrivarono mai a parlare direttamente di *shell shock*, forse perché distanti dal dibattito in corso e sicuramente troppo impegnati ad affrontare le fatiche della gestione quotidiana dell'istituto e dei suoi ospiti. In secondo luogo, poi, emergevano le conseguenze della crisi del modello del soldato come bravo e valente combattente, che avrebbe dovuto trovare la propria realizzazione nel compimento del proprio dovere, e la crescente diffusione di emozioni difficilmente controllabili, che in molti casi conducevano alle estreme conseguenze il tentativo di prendere le distanze dalla guerra.

Le ragioni del ricovero della maggior parte dei soldati ruotavano intorno alla paura, che poteva essere vissuta sia prima di partire per il fronte (anche solo a causa dei racconti degli altri), che durante, collegandosi direttamente al trauma da combattimento o al dolore per essere lontani dai propri affetti, ma anche dopo, a dimostrazione dell'irreversibilità del trauma.

Così, il motivo principale che condusse gran parte dei ricoverati in manicomio fu il trauma riportato in combattimento, o, per usare la terminologia del periodo, lo *shell shock*, pur nella consapevolezza della sua ambiguità, come segnalavano anche le fonti coeve:

The term is vague; perhaps its use implies too much; but this is not altogether a disadvantage, for never in the history of mankind have the stresses and strains laid upon body and mind been so great or so numerous as in the present war. We may therefore expect to find many cases which present not a single disease, not even a mixture, but a chemical compound of diseases, so to speak. In civil life, we often meet with cases of nervous breakdown uncomplicated by any gross physical injury. We are scarcely likely, for example, to meet it complicated by gas poisoning and a bullet wound. Yet such combinations as these - or worse - are to be met with in the hospitals every day⁴⁶.

⁴⁶ Grafton Elliott Smith, *Shell Shock and its Lessons*, Manchester University Press, Manchester 1917, p. 5.

Il caso più semplice da individuare si presentava dunque, com'è ovvio, quando al trauma psichico si associava direttamente quello fisico, come avvenne per il fante padovano Giovanni T., classe 1879, ricoverato alla fine di giugno 1917 per uno «stato stuporoso con sordità e afasia», conseguente allo scoppio ravvicinato di una granata⁴⁷. Giovanni aveva subito un primo ricovero in un ospedale da campo della VI Armata, dove fu segnalato come un sospetto alienato mentale per lo stato nel quale versava:

Non parla. È abbastanza quieto; assume uno stato stuporoso e nulla pare capisca. Prende gli alimenti che gli si danno. Qualche volta si agita e salta giù dal letto senza però correre o cercare pericolo. Il malato pare in preda ad una allucinazione da depressione⁴⁸.

Dopo essere passato dall'ospedale di Bassano e dal Centro di prima raccolta di Reggio Emilia, che probabilmente non aveva spazio per custodirlo, Giovanni giunse a Colorno con la diagnosi di «sordità, mutismo e lievi turbe mentali». Qui trascorrevano le sue giornate sempre cupo e concentrato, non riuscendo a parlare se non a frammenti, e rimaneva spesso «accovacciato in terra con il capo appoggiato a qualche rialzo»⁴⁹.

Il comportamento di Giovanni era lo stesso del soldato Antonio T., trentenne parmense, il quale nell'ottobre 1916 fu trasportato dall'ospedale da campo di San Giorgio di Nogaro a Reggio Emilia, e poi da lì a Colorno con la diagnosi di «stato depressivo». Come Giovanni, anche Antonio non riusciva a dormire, rifiutava il cibo e continuava ad avere allucinazioni continue e terrificanti anche a distanza di mesi. Nell'aprile dell'anno successivo si trovava ancora in manicomio, e sebbene fosse «più quieto», il suo stato d'animo e la sua disperazione non erano mutati:

Sta quasi sempre nel corridoio dell'infermeria, in un angolo, col viso nascosto fra le braccia, silenzioso. Se lo si interroga non risponde, se si insiste a lungo solleva il capo e con atteggiamento irato e disperato dice: ma sì! Ammazzatemi pure, fate ciò che volete, assassini⁵⁰.

⁴⁷ Aop, Cartelle cliniche, T.G., lettera alla direzione dell'Ospedale militare di Reggio Emilia, 9 agosto 1917.

⁴⁸ Ivi, Cartella clinica del 113 Ospedale da campo della VI Armata, 12 giugno 1917.

⁴⁹ Ivi, Tabella nosografica, 10 luglio 1917. Giovanni sarebbe stato dimesso dal manicomio alla fine di agosto come non alienato, e con la proposta di una lunga licenza di convalescenza.

⁵⁰ Aop, Cartelle cliniche, T.A., tabella nosografica, aprile 1917.

Le allucinazioni di Antonio sarebbero diminuite ma mai cessate del tutto, anche a distanza di anni e anche quando fu dimesso, ai primi di febbraio 1919, ma non furono mai poste direttamente in relazione con la sua permanenza al fronte⁵¹.

Del resto, il disturbo postraumatico da stress, che sarebbe stato definito con maggior precisione solo oltre mezzo secolo più tardi⁵², poneva serie questioni in merito al suo riconoscimento – ma anche al suo trattamento – anche, e forse soprattutto, agli psichiatri civili.

Quando il genovese Alessandro C., soldato del 28 Reggimento di Artiglieria, fu ricoverato a Colorno ai primi di gennaio 1916, ad esempio, era in preda ad una agitazione terribile, incapace di calmarsi, e continuava a rivivere il bombardamento che aveva subito e che probabilmente lo aveva definitivamente distrutto:

Quando entra, portato legato in barella, è agitatissimo, digrigna i denti, pronuncia parole sconnesse di spavento (l'aereo, m'ammazzano), sembra in istato di incoscienza assoluta. Dopo circa due ore si calma e si riordina e risponde alle domande a tono, ma è intontito e attonito⁵³.

I medici riconobbero il trauma psichico sofferto da Alessandro, il quale dopo venti giorni manifestava ancora sintomi depressivi, e, pur giudicandolo bisognoso di una lunga licenza, lo riconsegnarono all'autorità militare in quanto «idoneo al servizio»⁵⁴.

Abbiamo visto come per parecchi soldati ricoverati a Colorno il direttore avesse proposto spesso un periodo di licenza, più o meno lunga, che avrebbe permesso loro di riprendersi, almeno parzialmente, dall'affaticamento fisico e mentale. E tuttavia, per quanto gli psichiatri lo ritenessero sufficiente, diversi casi sembrarono dimostrare che la sofferenza non cessava nemmeno a distanza di anni.

La storia di Giuseppe S., venticinquenne di Borgotaro, era cominciata nella primavera del 1918 quando, durante una licenza, cominciò ad essere profondamente turbato e terrorizzato dalle esperienze vissute in guerra: da allora ebbe continue allucinazioni nelle quali era convinto di essere ancora al fronte e di doversi misurare

⁵¹ Ivi, 4 febbraio 1919.

⁵² Sulla definizione del disturbo postraumatico da stress e l'interesse che suscitò a partire dagli anni Ottanta del Novecento si rimanda a B. Shephard, *A war of nerves*, cit., pp. 385-399. Sul disturbo postraumatico da stress si veda anche, in particolare, John P. Wilson, Terenze M Keane (ed.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, The Guilford Press, New York-London 2004.

⁵³ Aop, Cartelle cliniche, C.A., tabella nosografica, 7 gennaio 1916.

⁵⁴ Ivi, lettera al Comandante del distaccamento del 28 Reggimento di Artiglieria, Colorno 25 gennaio 1916.

contro i nemici, parlando «da sé ora ad alta voce, ora a bassa voce, sempre di guerra come se fosse in azione, assalendo o respingendo i nemici o fuggendoli terrorizzato»⁵⁵. Dopo essere stato ricoverato a Mantova con una diagnosi che da «psicosi di natura traumatica» era diventata di «sindrome schizofrenica» – insistendo significativamente su di una sua patologia latente più che su cause esterne –, Giuseppe entrò a Colorno nel 1919, e vi rimase pressoché nello stesso stato fino alla morte, che lo colse il 17 marzo 1942 per «deperimento organico». In manicomio, Giovanni non avrebbe mai più mutato il proprio comportamento. Nel 1923 il diario clinico lo segnalava sempre nelle medesime condizioni:

Egli non ha mai dato segno di interessarsi a cosa o a persona alcuna, con chi lo visita è completamente indifferente e si limita a mangiare ciò che essi gli portano senza dire una parola, mai esprime il più piccolo desiderio o bisogno. Se lo si lascia resta sdraiato tutto il giorno in terra, alla pioggia o al sole inerte, isolato nella sua apatia. [...] In tale stato le facoltà mentali deperiscono e camminano verso la demenza⁵⁶.

Anche per Primo C., soldato del 125 Reggimento di Fanteria proveniente da Salsomaggiore, il ricovero in manicomio avvenne dopo la guerra, come conseguenza ad un tentativo di suicidio che gli aveva orribilmente sfigurato il volto e per il quale era stato internato in manicomio, a Nocera Superiore (Sa), nel giugno 1919. Lo stato terribilmente angosciato nel quale si trovava Primo lo fece riformare dall'esercito e trasferire a Colorno:

Il malato è in preda ad uno stato angosciato straziante: scosso da spasmi cronici del diaframma e del tronco; atteggiamento di disperazione. [...] Piange frequentemente, assume i descritti atteggiamenti di disperazione, con una disposizione del corpo che ricorderebbe l'opistotomo e lo stato di estasi isterica. Si nutre spontaneamente, per quanto sempre dietro viva insistenza. Del resto è pulito ed inoffensivo (pare) anche a se stesso⁵⁷.

Abbiamo visto come, con l'avanzare della guerra, gli psichiatri militari riconobbero il nesso tra combattimenti e traumi emotivi, ma continuarono a sostenere

⁵⁵ Aop, Cartelle cliniche, S.G., procedimento di interdizione, 8 novembre 1923.

⁵⁶ Aop, Cartelle cliniche, S.G., tabella nosografica, giugno 1923.

⁵⁷ Aop, Cartelle cliniche, C.P., relazione del direttore del manicomio di Nocera Superiore (Sa), 8 novembre 1923. In questo caso il concetto di pericolosità verso se stessi – uno dei motivi per il quale si veniva ricoverati in manicomio, sancito dalla legge del 1904 – fu piuttosto sottovalutato, perché anche a Colorno Primo non uscì mai dallo stato di «stupore depressivo ansioso» e continuò a rifiutare il cibo, lasciandosi morire di fame. Il decesso avvenne il 15 dicembre 1920, otto mesi dopo il suo trasferimento.

che essi sarebbero spariti senza lasciare tracce dopo qualche tempo di riposo, come segnalò il capitano medico Emilio Riva:

I militari che ne sono colpiti hanno sopportato uno dei terribili e prolungati bombardamenti della guerra moderna, o sono stati protagonisti di una di quelle mischie feroci che si svolgono tra i reticolati o dentro i camminamenti a colpi di baionetta o di bomba a mano e mostrano evidente, nel caratteristico quadro fenomenico, lo stretto rapporto tra il disturbo psichico e lo stato emotivo che lo ha prodotto. Essi infatti hanno gli occhi sbarrati, assumono a volta atteggiamenti di difesa, a volta di aggressiva, feroce combattività, trasalgono per nulla, mostrano evidenti i segni del più vivo terrore, passano rapidamente dall'apparente calma alla più violenta reattività. Ed in questo stato permangono qualche settimana, poi la mente si sveglia, si ordina, si reintegra e l'episodio sparisce senza lasciare tracce⁵⁸.

Eppure, il trauma subito dai soldati non poteva essere risolto semplicemente con l'allontanamento dal fronte, perché scavava dentro di loro e si radicava in modo talmente profondo da rendere arduo qualsiasi tentativo di ristabilimento. Erano conclusioni alle quali altri psichiatri sarebbero giunti solo molti anni più tardi, dopo che altre guerre minarono la stabilità emotiva di altri soldati e li segnarono con forza, come è stato ribadito anche dagli studi di Judith Herman:

Molto tempo dopo che il pericolo è passato, chi ha subito traumi rivive l'evento come se questo continuamente si ripresentasse nel presente [...]. Piccoli, apparentemente insignificanti ricordi possono evocare queste memorie, che spesso tornano con tutta la vividezza e la forza emotiva dell'evento originale. Perciò, anche un ambiente normalmente sicuro può essere sentito come pericoloso, perché il sopravvissuto non può mai essere certo di non imbattersi in qualcosa che gli richiami alla mente il ricordo del trauma⁵⁹.

Così, ad esempio, il ventunenne torinese Carlo C., caporale del 61 Reggimento di Fanteria fu ricoverato a Colorno in preda ad uno stato di forte agitazione anni dopo la fine della guerra, il 28 luglio 1920: «ha confusione mentale, urla e grida molto forte; facile eccitabilità per cui si è dovuto ricorrere a forti calmanti»⁶⁰. Carlo era stato soldato per tre anni, richiamato nel giugno 1917 e in zona di guerra dalla fine di gennaio 1918; nel settembre 1918 fu mandato in licenza di convalescenza straordinaria per sei mesi, e quando rientrò, nel marzo 1919, la commissione dei medici che lo visitò

⁵⁸ E. Riva, *Un anno di servizio presso il Centro Psichiatrico Militare della Zona di Guerra. impressioni ed appunti*, in "Rivista sperimentale di freniatria", a. LIV, 1919, pp. 443-459, p. 447.

⁵⁹ Judith Lewis Herman, *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Edizioni scientifiche Magi, Roma 2005, pp. 55-56.

⁶⁰ Aop, Cartelle cliniche, C.C., tabella nosografica, 28 luglio 1920.

lo giudicò «permanentemente inabile al servizio militare a mente dell'art. 17 Elenco Infermità», cioè per alienazione mentale. Secondo quanto dichiararono gli stessi medici Carlo era «confusissimo, sitofobo, agitato, febbricitante» e continuò a rimanere confuso anche nei giorni successivi⁶¹.

Oreste G., invece, fu ricoverato nel giugno 1922 per uno stato delirante allucinatorio, non connesso direttamente alle vicende belliche – anche se nella loro relazione i medici segnalavano che in guerra si era ammalato a causa dei gas asfissianti e delle ferite da granate subite –; e tuttavia quell'esperienza lo aveva decisamente segnato, tanto che nel 1931 chiamava ancora il medico “capitano”⁶².

Ma da quanto tempo erano in guerra i soldati che manifestavano sintomi derivanti dai traumi subiti?

Secondo gli psichiatri militari, pur ammettendo profonde differenze di reazione da un individuo all'altro per la particolare costituzione psico-fisica di ciascuno, teoricamente le psicosi sarebbero dovute emergere non appena essi giungevano al fronte.

Era del resto quello che Placido Consiglio segnalava già nel 1911 nel suo studio sulla psichiatria militare a proposito delle anomalie congenite nei soldati, che il servizio militare, o la guerra, avrebbero contribuito solo a disvelare:

Tutto ciò specialmente nei primi mesi del servizio, perché più facilmente – gli anomali – cedono ai primi urti del nuovo ambiente, nel lavoro di adattamento fisico-psichico che esso importa; e tanto più presto avviene questa détente per quanto maggiormente complicata va facendosi la funzione, e la struttura, dell'esercito moderno; vale a dire le reazioni anomale sono precoci, e tale precocità si afferma sempre più col complicarsi dell'adattamento⁶³.

In realtà, analizzando le cartelle dei ricoverati a Colorno, si osserva che in diversi soldati le nevrosi si manifestavano solo dopo mesi, o addirittura anni, di permanenza tra le fila dell'esercito, come se non fosse stato possibile per loro elaborare strategie di adattamento alla guerra.

Il napoletano Luigi C., soldato del 242 Reggimento fanteria, reparto Zappatori, fu ricoverato ai primi di novembre 1917 in preda ad un esaurimento nervoso, che il

⁶¹ Ivi, relazione di visita a rassegna, 28 marzo 1919.

⁶² Aop, Cartelle cliniche, G.O., tabella nosografica, dicembre 1931.

⁶³ Placido Consiglio, *Studi di psichiatria militare*, parte I, in “Rivista sperimentale di freniatria”, n. 38, a. XLIX, 1912, pp. 370-410, p. 378.

direttore Ugolotti, seppur con cautela, mise in relazione alla «lunga permanenza al fronte»⁶⁴. L'aggressività di Luigi – tenuta sotto controllo dai mezzi di contenzione – sembrava discendere dall'exasperazione perché, nonostante avesse rispettato la disciplina e gli ordini per due anni, non fu mai mandato in licenza:

A una esortazione dell'infermiere si è rivoltato con prepotenza e violenza. Venne assicurato. Allora ha chiesto perdono, dicendo che è sempre stato buono, ma si sente male e agitato. Racconta che da più di due anni si trova in zona di guerra e ha sempre tenuto buona condotta; mai ebbe una licenza; ebbe l'anno scorso congelazione ai piedi, e recentemente fu all'ospedale per dolori reumatici per una caduta. Assistette all'inizio del disastro della fronte Giulia⁶⁵.

Fu proprio la permanenza in trincea, questa volta per tre mesi consecutivi, all'origine della psicopatia del fante Umberto S., nato in Svizzera ma residente a Trecasali (Pr). Ricoverato nel manicomio di Treviso in agosto 1916 accolto dalla diagnosi di demenza precoce, che si manifestava con una «ideazione disgregata con delirio a contenuto persecutorio e disturbi psicosensoriali», fu riformato dal servizio militare e poi trasferito a Colorno nel maggio 1917, dove continuò ad avere allucinazioni uditive e ad essere apatico, inerte e a rimanere «a letto per lo più con il capo sotto le coperte»⁶⁶.

Anche Quirino C., nato e cresciuto a Soragna (Pr), arruolato appena prima della guerra come soldato di artiglieria, aveva cominciato a stare male e ad avere convulsioni dopo quasi un anno dall'inizio del conflitto. Ricoverato a più riprese negli ospedali militari della linea del fronte, le sue condizioni peggiorarono dopo la ritirata di Caporetto e ne decretarono il ritorno a casa e la riforma dal servizio militare con la diagnosi di epilessia. Quirino fu ricoverato a Colorno nel luglio 1918 dopo l'ennesimo, violento attacco che si manifestava con agitazione, contratture, spasmi e rifiuto del cibo. Dopo qualche giorno in manicomio, più calmo, rispose ai medici che lo interrogavano sostenendo di avere individuato la vita militare come causa del suo male: «Ricorda di essere stato soldato e dice di essere stato riformato per epilessia: attribuisce

⁶⁴ Aop, Cartelle cliniche, C.L., lettera al direttore dell'ospedale militare di Parma, 20 novembre 1917.

⁶⁵ Ivi, tabella nosografica, 8 novembre 1917.

⁶⁶ Aop, Cartelle cliniche, S.U., tabella nosografica, 15 maggio 1917. Anche Umberto rimase in manicomio fino alla morte, avvenuta il 26 maggio 1961, dopo che il nuovo direttore Luigi Tomasi aveva segnalato l'irreversibilità dell'istituzionalizzazione e l'impossibilità di qualsiasi tentativo di recupero: «In questi lunghi anni di ospedale si è andata concretizzando e si è resa irreversibile la sindrome di demenza precoce che da anni lo ha bollato», Ivi, anno 1960.

il male di cui soffre alle punture che gli hanno fatto sotto le armi. Assicura che prima di esser soldato non ha mai sofferto di crisi nervose»⁶⁷.

Oltre ai traumi più o meno violenti, connessi ai combattimenti e alle atrocità viste o subite, altre cause che condussero in manicomio diversi soldati avevano a che fare con la crisi di quella che George Mosse ha definito la difesa della normalità e lo stereotipo della virilità. Soprattutto da parte degli interventisti, infatti, la guerra fu considerata come un'occasione per «mettere alla prova la propria virilità» e per rafforzare l'immagine del vero uomo dotato di prodezza fisica, coraggio, energia e persino patriottismo⁶⁸.

Nella categoria del vero soldato, maschio e virile, dunque, non doveva esserci il minimo spazio per impulsi che incrinassero la perfezione di quel modello, e la nostalgia era tra questi. Considerata un'emozione indegna di un uomo, che avrebbe potuto provare solo chi aveva tendenze simili alle donne, fu con una certa difficoltà che la nostalgia fu accolta tra le cause della psicosi da esaurimento. Eppure era una pulsione decisamente ricorrente, come ammisero anche De Lisi e Foscarini nel primissimo dopoguerra:

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 intelligenti⁶⁹.

Del resto, anche i giornali pullulavano di lettere di soldati che, oltre a informare della loro esistenza in vita, ripensavano ai propri congiunti lontani, alla propria casa e alle esperienze vissute prima della guerra. Un esempio tra i tanti è fornito dalle parole di Oreste Censi, contadino di Roccabianca, che scriveva dal fronte rievocando

⁶⁷ Aop, Cartelle cliniche, C.Q., tabella nosografica, 24 luglio 1918. Quirino fu dimesso in agosto perché migliorato, ma nel corso degli anni fu ricoverato ancora due volte, delle quali, l'ultima, nel settembre 1923.

⁶⁸ G. Mosse, *Le guerre mondiali. Dalla tragedia al mito dei caduti*, Laterza, Roma-Bari 2007 (1 ed. 1990), pp. 59-78, p. 67. Sul mito della virilità e la costruzione dello stereotipo maschile la bibliografia è ormai piuttosto ampia. Si veda almeno G. Mosse, *Sessualità e nazionalismo: mentalità borghese e rispettabilità*, Laterza, Roma 1984; Id., *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Einaudi, Torino 1997; R. W. Connell, *Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Feltrinelli, Milano 1996; P. Bourdieu, *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano 1999.

⁶⁹ L. De Lisi, E. Foscarini, *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, in "Note e riviste di psichiatria", 1920, pp. 9-130, p. 68.

l'entusiasmo e la gioia con la quale ripensava alla vita "borghese" e all'esperienza cooperativa:

Il mio pensiero è sempre per Fontanelle e con Fontanelle; così che ogni vostra notizia mi fa rivivere i bei giorni passati pieni di fede e di entusiasmo, dove la gaiezza era sempre nelle nostre anime e ne' nostri cuori. Io sono lontano, lontano, donde chissà quando potrò ritornare. Vogliate, caro Faraboli, assicurare i compagni, che se anche siamo qui immersi nella mischia non un momento ci scordiamo di coloro coi quali tanto abbiamo lottato. E nella fiducia che quel gran giorno, tanto atteso e sospirato, non sia lontano, vi saluto insieme ai compagni tutti⁷⁰.

A volte, dunque, la nostalgia e il dolore per la lontananza da casa o dai propri affetti raggiungevano livelli parossistici e impossibili da mantenere sotto controllo, come accadde a Emilio V., trentacinquenne padovano del 62 Reggimento di Fanteria, che venne ricoverato il 9 maggio 1917 in preda ad uno stato depressivo di natura imprecisabile, come segnalò il direttore Ugolotti. Ancora un mese dopo il ricovero, Emilio continuava a tenere lo stesso atteggiamento depresso, che si scioglieva in pianto quando gli si ponevano domande sui familiari:

Due o tre volte ha risposto a voce di soffio, a monosillabi ma a tono. A chiedergli della famiglia piange. Dorme pochissimo. Non ha allucinazioni. [...] Profondamente depresso e melanconico. Non si muove, non parla, spesso piange specialmente se gli si rammenta la famiglia. Mangia e dorme poco⁷¹.

La guerra ha sempre trascinato con sé emozioni intense e decisamente contrastanti, dal coraggio alla codardia, dall'odio alla solidarietà, dall'audacia alla paura, intesa sotto moltissime sfaccettature. Secondo Lucio Fabi, la Grande guerra, e soprattutto la vita di trincea, avevano esasperato proprio il senso di paura:

Nel complesso, la trincea era soprattutto paura e orrore. Paura di perdere la vita, di subire una mutilazione, di andare all'attacco; orrore per lo scempio dei corpi, per la violenza che vi si esercitava, per le terribili condizioni igieniche in cui si doveva sopravvivere. Gli uomini che la abitavano, nonostante fossero soggetti a regole disciplinari durissime, vivevano tempi diversamente dilatati in cui avevano nel contempo modo di manifestare sentimenti diversi come il patriottismo e l'autoesaltazione, il senso del dovere, il cameratismo e lo spirito di gruppo, mentre

⁷⁰ Oreste Censi, *La parola dei compagni militari*, lettera a Giovanni Faraboli, in "Per la vita!", 24 dicembre 1916. Sul cooperativismo parmense e l'esperienza di Giovanni Faraboli si veda M. Becchetti, *La villa rossa. Storia di Giovanni Faraboli*, Clueb, Bologna 2012 (in corso di pubblicazione).

⁷¹ Aop, Cartelle cliniche, V.E., tabella nosografica, 25 giugno 1917.

erano soprattutto l'aggressività dell'avversario e la paura che incuteva a fornire la necessaria tensione emotiva per sostenere prove violente, crudelissime e terribili⁷².

Per molti soldati la paura si presentava anche prima della guerra combattuta, con ogni probabilità aggravata anche dalle notizie sull'andamento del conflitto, le quali, al di là delle informazioni ufficiali e della propaganda, cominciavano a raggiungere anche chi non era ancora stato richiamato ma lo sarebbe stato presto.

Fin dalle prime voci non controllate che cominciavano a diffondersi per il paese, infatti, emergeva un quadro per nulla rassicurante, che raccontava di estenuanti attese nelle trincee, assalti cruenti e morti abbandonati ovunque, tanto che il Prefetto di Parma, nel novembre 1915 scrisse a proposito dell'opportunità di concedere licenze ai soldati, a suo dire colpevoli di parlare troppo:

Ho richiamato l'attenzione del Comando di Presidio e dell'Arma dei RR. Carabinieri in special modo, sui militari feriti o malati, ritornati dal fronte, in licenza presso le proprie famiglie. Costoro e le famiglie, più per incoscienza e per desiderio di esagerare i rischi corsi che per produrre sgomento e allarme, narrano i fatti cui presero parte e commentano quanto hanno visto ampliando le circostanze, aggravando le cose di maniera che gli ascoltatori spesso riportano una impressione di turbamento. La vigilanza ha prodotto i suoi risultati, vari furono i puniti e vari i soldati fatti rientrare dalla licenza. Ma poiché la viva voce del soldato che ritorna dal campo, ha più forza di colpire sinistramente i parenti e gli amici dei combattenti, sarebbe utile disciplinare rigorosamente la concessione delle licenze, escludendo la possibilità che i soldati si sottraggano alla vigilanza dell'Arma col vestire in borghese, e principalmente inculcando loro la maggiore riservatezza⁷³.

È evidente, dunque, come per alcuni richiamati la paura della guerra e di esserne coinvolti abbia costituito una causa sufficiente a decretarne il trasferimento in manicomio, soprattutto a partire dal secondo anno di guerra, quando ormai le voci di quanto stava accadendo nella zona del fronte erano cresciute sino a diventare un rumore piuttosto assordante⁷⁴. Questo fu proprio quanto accadde al soldato Aldo B.,

⁷² L. Fabi, "Se domani si va all'assalto / soldatino non farti ammazzar...", in N. Labanca, G. Rochat (a cura di), *Il soldato, la guerra e il rischio di morire*, Unicopli, Milano 2006, pp. 153-166, p. 162. Cfr. anche Id., *Gente di trincea. La Grande Guerra sul Carso e sull'Isonzo*, Mursia, Milano 1994.

⁷³ Acs, Presidenza del Consiglio dei ministri, Gabinetto, b. 19.6.4, lettera del Prefetto di Parma al Presidente del Consiglio, 3 novembre 1915. Cit. in P. Melograni, *Storia politica della Grande Guerra 1915-1918*, cit., p. 63.

⁷⁴ Sulla propaganda e la necessità di contrastare le "controinformazioni" di guerra si veda in particolare M. Isnenghi, *Giornali di trincea 1915-1918*, Einaudi, Torino 1977; Nicola Della Volpe, *Esercito e propaganda nella Grande Guerra (1915-1918)*, Ufficio Storico Stato Maggiore dell'Esercito, Roma 1989; Gian Luigi Gatti, *Dopo Caporetto. Gli ufficiali P nella Grande guerra: propaganda, assistenza, vigilanza*, Libreria editrice goriziana, Gorizia 2000; Antonio Fiori, *Il filtro deformante. La censura sulla stampa durante la prima guerra mondiale*, Istituto storico italiano per l'età moderna e contemporanea, Roma 2001.

trentaquattrenne contadino di Neviano Arduini (Pr), ricoverato a Colorno il 19 luglio 1916, una settimana prima di partire soldato, perché «un po' confuso, impaurito, incoerente, sospettoso, dominato da qualche idea persecutoria», che esplicitò direttamente qualche settimana dopo: «attribuisce il suo male mentale alla preoccupazione del richiamo alle armi»⁷⁵.

Anche il soldato del 2 Reggimento Granatieri Giovanni G., diciannovenne bergamasco, entrò a Colorno il 3 gennaio 1916 per non meglio precisati sintomi di alienazione mentale. Sospettoso e diffidente, sempre pensieroso, parlava pochissimo con i medici e molto con gli altri soldati che si trovavano lì; una settimana dopo il ricovero tentò pure di simulare un attacco convulsivo gettandosi in terra, scuotendo la testa e cercando di mordersi le spalle. I sanitari segnalavano però che l'episodio fu molto breve e la notte dormì «saporitamente»; per di più, il giorno successivo fu interrogato in merito e cadde in qualche contraddizione. Il 5 febbraio l'inquietudine di Giovanni sembrò trovare un senso: «Essendogli stato detto che dovrà andare in guerra si è agitato e inquietato»⁷⁶.

Lo stesso turbamento pervase Luigi C., contadino milanese di ventotto anni, il quale il 18 maggio 1916 tentò di suicidarsi gettandosi da una finestra del terzo piano della caserma dove era mobilitato⁷⁷, o Alfredo C., ventenne romano del 2 Reggimento Granatieri, che nel febbraio 1917 si era inflitto un colpo al torace con un rasoio chiesto in prestito a un commilitone. Nel rapporto sul suo ferimento volontario, redatto dal capitano della Brigata, si legge che «il C. abitualmente di carattere gioviale, aveva cambiato umore dall'11 corrente mese, giorno in cui è uscito dall'Ospedale militare di Parma con dichiarazione d'idoneità alle fatiche di guerra»⁷⁸.

Oltre ai soldati Alfredo e Luigi, furono numerosi i soldati mandati in manicomio in seguito a un tentato suicidio, segno evidente dell'exasperazione alla quale erano giunti. Tra questi, a Colorno, i casi immediatamente definiti come tali – e non necessariamente fatti risalire ad uno stato di malattia mentale – costituirono oltre il 5% del numero complessivo dei soldati ricoverati (15 su 285): Saverio C., fante siciliano

⁷⁵ Aop, Cartelle cliniche, B.A., tabella nosografica, 20 luglio e 5 agosto 1916.

⁷⁶ Aop, Cartelle cliniche, G.G., tabella nosografica, 5 febbraio 1916. Giovanni fu dimesso come non alienato il 17 marzo dello stesso anno e riconsegnato all'autorità militare.

⁷⁷ Aop, Cartelle cliniche, C.L., relazione del tenente medico dell'Ospedale militare di Parma, 18 maggio 1916.

⁷⁸ Aop, Cartelle cliniche, rapporto del Comandante di Brigata del 2 Reggimento Granatieri, Salvatore Alessi, Distaccamento di Sala Baganza, 18 febbraio 1917.

del 61 Reggimento; Marino C., ventinovenne milanese del 1 Reggimento Granatieri; Ernesto C., di Sorbolo, 40 anni, sergente del 226 Battaglione di Milizia Territoriale; Primo C., fante trentenne del 125 Reggimento, da Salsomaggiore; Alfredo C., ventenne romano del 2 Reggimento Granatieri; Salvatore F., soldato del 62 Reggimento di Fanteria, da Reggio Calabria; Igino D., ventiquattro anni, di Borgo San Donnino; Giuseppe M., ventisei anni, di Fornovo Taro, fante del 62 Reggimento; Albino P., caporale granatiere del 2 Reggimento, ventiquattro anni, da Verona; Antonio P., genovese trentaquattrenne del 62 Reggimento di Fanteria; Giovanni S., romano, ventiquattro anni, soldato del 61 Reggimento di fanteria⁷⁹.

Diversi furono anche i tentativi di suicidio ripetuti, a dimostrazione della pervicacia nel percorrere una via di fuga – decisamente senza ritorno – dal disorientamento e dall’oscuro senso di oppressione che perseguitava i soldati, e forse anche per la percezione dell’ineluttabilità della morte. Tra loro, Athos D., ventenne livornese, fante del 66 Reggimento, cercò di uccidersi il 23 maggio 1916 bevendo tintura di iodio e buttandosi da una finestra; ricoverato a Colorno, fu dimesso come non alienato un mese dopo, per rientrare il primo ottobre con numerose ferite da arma da taglio sull’avambraccio sinistro⁸⁰.

Anche Attilio F., soldato napoletano del 61 Reggimento di fanteria, fu ricoverato il 5 ottobre 1916 dopo tre tentativi di suicidio. Essi tuttavia non furono sufficienti per definire uno stato di alienazione mentale, se nel diario clinico, il 20 novembre i medici scrissero che «di fatto i disturbi che ha accusato e i segni obiettivi non raggiungono mai l’entità morbosa, non potendosi inoltre escludere l’elemento volontario» e lo riconsegnarono all’autorità militare⁸¹.

5. Diagnosi e malattie

Per comprendere con una terminologia più vicina a noi di che cosa soffrissero i soldati ricoverati a Colorno e per aiutarci a decifrare l’ambiguità con la quale i medici

⁷⁹ Anche nel manicomio di Cremona il numero dei ricoverati in seguito a tentato suicidio fu decisamente elevato, cfr., A. Scartabellati, *Destini della follia in guerra*, cit., pp.165-167.

⁸⁰ Aop, Cartelle cliniche, D.A., tabella nosografica, 2 ottobre 1916. Anche la seconda volta la diagnosi fu di non alienazione, e il 12 dicembre Athos fu dimesso e consegnato all’autorità militare.

⁸¹ Aop, Cartelle cliniche, F.A., tabella nosografica, 20 novembre 1916.

colornesi elaborarono le loro diagnosi, ci si è avvalsi della collaborazione di un medico psichiatra, Bruno Fontanesi, che ha esaminato le ragioni del ricovero e le ha convertiti in diagnosi e in un linguaggio contemporaneo, ispirato alle recenti categorie della psichiatria descrittiva moderna, in particolare del Dsm-IV⁸². Naturalmente, si è tenuta presente l'estrema difficoltà con la quale sia possibile oggi elaborare diagnosi attendibili basandosi sugli elementi a disposizione, in quanto la maggior parte dei dati riguarda problemi burocratici e le note cliniche sono spesso molto limitate [Tabella 14].

Così, accanto alla maggioranza di psicosi che proseguono nel tempo (58), come la schizofrenia nelle sue varie forme, piuttosto frequenti furono i casi di psicosi e reazioni acute nelle quali ha molta importanza il dato traumatico (30), ma anche di disturbi del tono dell'umore di tipo depressivo (45) e di insufficienza mentale (40). In quest'ultimo caso, secondo il dottor Fontanesi, è evidente come, all'atto della visita di leva, i medici militari non avessero strumenti culturali per comprendere il fenomeno.

Decisamente interessante, poi, la categoria delle "non patologie", insieme disomogeneo che comprende 39 diagnosi, e che include, probabilmente, sia simulatori non riconosciuti (17), che quadri transitori di disturbi da stress allora non considerati come patologie autonome.

Tomando alle diagnosi sui militari ricoverati compiute dai medici di Colorno durante la guerra, occorre partire dalla considerazione che la formulazione avveniva all'ingresso delle persone in manicomio, dopo una prima visita che aveva il compito di definire e di tradurre in categorie nosografiche quanto si osservava, o, per riprendere le parole di Franco Basaglia, di «oggettivare nel linguaggio della malattia, che è il linguaggio di una razionalità che "constata"», ciò che veniva posto sotto il loro sguardo⁸³.

Nell'analisi della costruzione delle categorie patologiche dei soldati ricoverati a Colorno durante la guerra, pertanto, si sono tenute presenti le avvertenze segnalate da Vinzia Fiorino, per la quale non si tratta evidentemente di «negare la realtà del disagio psichico [...] ma di prendere in considerazione l'elaborazione e lo sguardo del medico

⁸² Cfr. Vittorino Andreoli, Giovanni Cassano, Romolo Rossi (a cura di), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision*, Masson, Milano 2005.

⁸³ F. Basaglia, *Follia/Delirio*, in Franca Ongaro Basaglia (a cura di), *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino 1982, p. 430.

psichiatra [...] e di indagare sugli elementi sociali e culturali che hanno reso possibile l'edificazione e il successo di una categoria diagnostica»⁸⁴.

Da questo punto di vista, allora, si può riflettere sulla tendenza da parte dei medici ad adeguarsi a teorie apparentemente indiscutibili e a categorie tassonomiche consolidate, dovendosi però contemporaneamente confrontare anche con alcune questioni problematiche, legate alla difficoltà di ridurre comportamenti e disturbi a una definizione precisa.

Le diagnosi sui soldati, infatti, non sembravano rispondere ad un criterio preciso, anzi – ad eccezione di quei casi che rientravano più facilmente in categorie note e non in rapporto con la guerra, come l'epilessia (13 soldati su 285, pari al 4,5%), l'imbecillità (10 su 285, pari al 3,5%) o la frenastenia (che fu diagnosticata solo a 3 soldati, cioè l'1,05%) –, rivelavano numerosi problemi di identificazione, come se ognuno soffrisse di forme patologiche talmente particolari da non potere essere ricondotte a quelle che i medici erano soliti incontrare. Questo spiegherebbe come mai, soprattutto dopo il 1916 e cioè a guerra inoltrata, le definizioni delle patologie si moltiplicarono fino ad avere quasi una diagnosi diversa per ogni soldato [Tabelle 15-19].

Questa difficoltà è ancora più evidente se poniamo a confronto le descrizioni sulle cartelle dei singoli soldati con le diciotto categorie generali nelle quali il direttore riassumeva annualmente per l'Amministrazione provinciale le diagnosi di tutti i ricoverati a Colorno: per la maggior parte furono tutti inseriti nella categoria della demenza precoce e delle psicosi distimiche, che comprendevano, genericamente, «psicosi maniaco-depressiva in tutte le sue forme, mania, melanconia, stati misti, forme periodiche»⁸⁵ [Tabelle 10-13, Grafici 10-13.2].

La difficoltà fu confermata dal tenente medico Vito Maria Buscaino, assistente della Clinica delle malattie mentali e nervose di Firenze e direttore della sezione "Corbelli" del Centro psichiatrico militare di prima raccolta di Reggio Emilia, il quale, a conflitto concluso, nella primavera del 1919, scrisse a proposito dell'inadeguatezza degli strumenti a disposizione:

⁸⁴ V. Fiorino, *Matti, indemoniate vagabondi*, cit., pp. 129-170, p. 149.

⁸⁵ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, Anno amministrativo 1915-1916, parte II, Alligati, *Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1915 e 1916. Relazione del direttore*, pp. 700-731, pp. 718-719.

Basta solo dire che l'esperienza in tempo di guerra anche a chi si era dedicato a questi studi si mostrò subito ricca, oltre che di problemi, di incertezze e incertezze non lievi. Le definizioni tassonomiche classiche si dimostravano del tutto insufficienti: il numero non piccolo di errori diagnostici lo dimostra. E ciò, per un certo periodo di tempo per lo meno, non per imperizia, ma per la qualità particolare dei malati osservati⁸⁶..

Scomponendo le diagnosi, in primo luogo è facilmente constatabile che la maggior parte dei soldati siano stati segnalati come non alienati (93 su 285, pari al 32,63%), dato sul quale torneremo e che può essere posto in relazione sia con un tentativo di simulazione che con la difficoltà di elaborare una valutazione per quei casi che si faticava a fare rientrare in percorsi noti.

Accanto alla «non alienazione», per tutto il triennio la diagnosi prevalente fu quella di “demenza precoce”, assimilabile alla schizofrenia odierna, che fu formulata per 44 soldati, pari al 15,43%. La cifra non stupisce, se si considera che sia nel manuale di Kraepelin che nel *Trattato delle malattie mentali* di Eugenio Tanzi ed Ernesto Lugaro si segnalava che questa patologia aveva diverse varietà di forme morbose, e comunque sempre unite da una comune matrice ereditaria⁸⁷.

E tuttavia, solo nell'immediato dopoguerra Emilio Riva avvertì che ricondurre alla sola diagnosi di demenza precoce «sindromi psicopatiche consecutive a trauma bellico» era decisamente troppo semplificadorio, dal momento che le forme stuporose e i disturbi psicomotori, che generalmente si associavano alla demenza, nei soldati si esaurivano nel volgere di qualche tempo:

Per la demenza precoce, è da tener presente che molti dei casi diagnosticati come ad essa appartenenti non erano altro che forme confusionali o stuporose postraumatiche per le quali l'imponenza fenomenologica e più specialmente l'apparente notevole disgregazione mentale avevano potuto far sorgere l'equivoco, mentre l'ulteriore decorso e la rapida guarigione dimostrarono poi chiaramente la loro vera natura. Per gli altri casi, per quelli cioè che sono realmente da ascrivere

⁸⁶ V.M. Buscaino, *Esperienza psichiatrica di guerra*, in “Rivista di patologia nervosa e mentale”, fasc. 5-8, vol. XXIV, maggio-agosto 1919, pp. 221-238, p. 222.

⁸⁷ Cfr. E. Kraepelin, *Trattato di psichiatria*, cit., vol. II, pp. 143-232; E. Tanzi, E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, cit., vol. II, pp. 440-514. La concezione kraepeliniana della demenza precoce fu rivista alla luce dell'insegnamento psicopatologico di Freud dallo psichiatra tedesco Eugen Bleuler (1857-1939), che riconobbe il ruolo fondamentale dell'inconscio e dei suoi processi nell'insorgere della psicosi. Per Bleuler, infatti, la schizofrenia – malattia mentale per eccellenza – si fondava su un fenomeno di dissociazione, o *Spaltung*, che provoca l'irruzione nella coscienza di contenuti e processi normalmente inibiti e controllati dai meccanismi di difesa attraverso allucinazioni e idee deliranti. Cfr. E. Bleuler, “*Dementia Praecox*”, in G. Aschaffenburg (Hg.), *Handbuch der Psychiatrie*, Leipzig und Wien, 1911, tradotto in italiano solo molti anni più tardi a cura di Luigi Cancrini, *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.

alla demenza precoce, l'esperienza ha luminosamente dimostrato che si tratta sempre di soggetti gravemente tarati e predisposti nei quali la grave infermità aveva già dato sentore di sé anche prima della chiamata alle armi⁸⁸.

Anche nella quarantina di diagnosi di “stato depressivo”, apparentemente non simulato, non sembrava esserci alcun collegamento diretto con l'esperienza bellica, perché originate in pazienti già predisposti. Questo confermerebbe che anche a Colorno fosse prevalente l'adesione al paradigma psichiatrico del tempo, con il quale, sostenendo la predisposizione biologica alla malattia mentale, non si teneva conto della possibilità che effetti patologici autonomi fossero direttamente imputabili agli eventi bellici. Era del resto quanto sosteneva anche il dottor Giuseppe Pellacani sulla “Rivista sperimentale di freniatria”:

Le psicopatie per commozione emotiva hanno dunque questi precipui caratteri confusionali o depressivi. Non si può quindi parlare di specifiche psicopatie di guerra, nettamente differenziate dalle comuni: le psicopatie da esaurimento, alle quali quelle di guerra possono riportarsi, quelle tossiche e tossinfettive hanno in genere questi caratteri⁸⁹.

Pellacani continuava sostenendo che le forme acute, «veramente belliche», fossero fugaci e rapidamente guaribili: a Colorno il solo caso nel quale la guerra fu richiamata fin nella diagnosi fu quello del soldato Alessandro C., artigliere genovese, al quale fu riconosciuto un «lieve stato confusionale con eccitamento da trauma psichico sofferto in guerra» nel gennaio 1916, e che venne ricoverato per venti giorni⁹⁰.

A volte sembrava che i medici intuissero la correlazione tra guerra e stato mentale dei ricoverati, ma senza mai poterla indicare espressamente in quanto tale: nel diario clinico del fante calabrese Bruno M., entrato a Colorno nel dicembre 1917 per «stato confusionale con mutismo di natura istero-traumatica», fu riportato il suo racconto dell'esperienza al fronte:

Era alla fronte quando una grossa granata scoppiò vicina. Fu gettato a terra mezzo sepolto e perdette i sensi. Si è come risvegliato qualche giorno fa qui, ma non

⁸⁸ E. Riva, *Un anno di servizio presso il Centro psichiatrico militare della Zona di Guerra. Impressioni ed appunti*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, a. LIV, 1919, pp. 443-459, p. 449.

⁸⁹ G. Pellacani, *Le neuropatie emotive e le psiconevrosi nei combattenti*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, a. LIV, 1919, pp. 369-442, p. 412.

⁹⁰ Aop, Cartelle cliniche, C.A., tabella nosografica.

riuscì a parlare. Stanotte, come in sogno, gli sembrò di essere nella battaglia, si spaventò e chiamò aiuto. È contentissimo e commosso⁹¹.

Segnalato come sofferente mentale dal direttore Ugolotti, Bruno fu riformato dall'esercito, anche se per «malattia non dipendente da cause di servizio», come fu specificato nella lettera dell'Ospedale militare di Parma⁹².

Lo stesso avvenne per il soldato bresciano Luigi S., ricoverato nel novembre 1916 per «accessi confusionali allucinatori in soggetto isteroide». Nel suo racconto il legame tra il suo malessere e la vita in guerra era decisamente evidente:

Dice che si trovò in trincea fino dal principio della guerra. prese parte a numerosissimi assalti rimanendo pressoché illeso. Essendo morti o malati quasi tutti i suoi compagni e amici, si impressionò e cominciò a soffrire di accessi nervosi durante i quali perdeva la coscienza. Fu all'ospedale in licenza più volte e a lungo ma non migliorò⁹³.

Più che le idee di Joseph Babinski, che vedevano l'isteria come quadro di sintomi riproducibili con la volontà perché derivanti da suggestione, nel caso delle diagnosi di questi soldati sembrava trovare conferma quanto scrisse il professor Sante De Sanctis sui "Quaderni di psichiatria" nel 1918, per il quale nell'isterismo si univano sintomi sia psicologici che organici:

La fusione (provvisoria, ben s'intende) dei sintomi che vediamo nei soggetti isterici in una unità nosologica – "l'isterismo" – si basa essenzialmente sulla predisposizione del soggetto, sulla etiologia psicologica dei primi sintomi fra loro, quantunque non sempre evidente⁹⁴.

Peraltro, il riferimento teorico dei colonesi era il manuale di Tanzi e Lugaro, nel quale fu ribadito che in molti casi era piuttosto complesso formulare una prima diagnosi, soprattutto per quelle forme di isterismo che potevano essere confuse con altre forme patologiche, molto simili alle prime, come le nevrosi traumatiche, nelle

⁹¹ Aop, Cartelle cliniche, M.B., tabella nosografica, 24 gennaio 1918.

⁹² Ivi, lettera del direttore dell'Ospedale militare di Parma, 26 gennaio 1918.

⁹³ Aop, Cartelle cliniche, S.L., tabella nosografica, 22 novembre 1916.

⁹⁴ S. De Sanctis, *Idee vecchie e nuove intorno all'isterismo*, in "Quaderni di psichiatria", n. 3-4, marzo-aprile 1918, vol. V, pp. 49-59, p. 57. Cfr. anche Id. *L'isterismo di guerra*, in "Rivista sperimentale di freniatria", 1917. Le tesi di Joseph Babinski sono in Id., Jules Froment, *Hystérie, Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe en neurologie de guerre*, Masson et C., Paris 1918.

quali «l'influenza delle cause esterne è sempre notevole, anche quando a tutta prima non parrebbe»⁹⁵.

L'«influenza delle cause esterne» richiamata dagli illustri alienisti sembrò essere piuttosto evidente nel caso del soldato Argeo A., quarantenne bellunese, il quale fu ricoverato il 5 gennaio 1918 con la diagnosi generica di «stato confusionale allucinatorio ansioso». Per quanto, con ogni probabilità, Argeo non fosse stato coinvolto direttamente nei combattimenti, il suo trauma sembrava legato al contatto con i cadaveri, il cui odore non lo abbandonava:

31 marzo 1918. Accessi di ansietà e smaniosità intensi. Allucinazioni visive e uditive terrorizzanti e delirio persecutivo. Melanconico, confuso, smarrito. Mangia e dorme poco. [...]
Maggio: come sopra. Non mangia carne né brodo di carne perché dice che puzza di uomo morto⁹⁶.

La difficoltà di ricondurre le nevrosi traumatiche a una comune base organicistica valeva anche per quelle psicosi affettive, come la malinconia, ricorrente in 11 diagnosi, con la quale i soldati esprimevano il profondo dolore che provavano senza riuscire a spiegarlo. Il bersagliere Vincenzo A., ad esempio, ammesso a Colorno il 17 dicembre 1917, appariva depresso e malinconico; non parlava, stava ore seminascosto sotto le coperte e quando lo interrogavano piangeva. La diagnosi di Ugolotti fu di «malinconia tipica. È sempre depresso, solitario, appartato e piange spessissimo. È lucido. È da escludersi affatto la simulazione»⁹⁷.

Gli stessi sintomi furono riconosciuti anche nel fante napoletano Raffaele P., al quale nello stesso mese di dicembre 1917 fu invece diagnosticato un «disordine del contegno in soggetto originariamente anomalo con tendenza alla simulazione»⁹⁸. Descritto come in uno «stato depressivo stuporoso, immobile, silenzioso, espressione sofferente del viso», Ugolotti lo definì un «soggetto originariamente anomalo e squilibrato, talvolta ansioso e smarrito» e ne propose la riforma, che fu accettata, anche se per cause non dipendenti dal servizio militare⁹⁹.

⁹⁵ E. Tanzi., E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, cit., p. 655.

⁹⁶ Aop, Cartelle cliniche, A.A., tabella nosografica.

⁹⁷ Aop, Cartelle cliniche, A.V., nota del direttore, 13 gennaio 1918.

⁹⁸ Aop, Cartelle cliniche, P.R., tabella nosografica, 15 dicembre 1917.

⁹⁹ Ivi, nota del direttore, 8 febbraio 1918.

In merito alla «tendenza alla simulazione» che descriveva il comportamento di Raffaele, abbiamo visto nel capitolo precedente come la simulazione costituisse una vera e propria ossessione per i vertici e per i medici militari. E tuttavia, nel manuale di Tanzi e Lugaro si mettevano in guardia i medici dal rischio di confondere tra simulazione «cosciente» e «incosciente», riprendendo l'esempio di Charcot, «che indicava con questo termine l'esagerazione o magari la creazione *ex nihilo* di sintomi morbosi per un inconfessato e inavvertito lavoro di autosuggestione»¹⁰⁰.

In altre parole, per gli psichiatri civili la simulazione avrebbe potuto essere confusa con lo sviluppo di patologie derivanti dall'exasperazione di sintomi che in contesti e situazioni diverse dalla guerra non sarebbero nemmeno insorti.

6. Diagnosi e ribellione

Se ora osserviamo in modo più ravvicinato quei soldati ai quali non fu riconosciuta alcuna forma di alienazione mentale, appare evidente come quelle diagnosi liquidatorie fossero in realtà spesso frutto della necessità di rispettare le prescrizioni degli psichiatri militari, che invitavano incessantemente a scovare i simulatori e individuare così i ribelli.

La questione, tuttavia, presentava qualche complessità, soprattutto per quei medici, come quelli di Colomo, che non erano soliti servirsi delle categorie della psichiatria militare, e che quindi non avevano strumenti sufficientemente raffinati per distinguere finzione intenzionale da patologie concrete, ma allo stesso tempo dovevano rispettare le richieste dell'autorità militare, e, in un certo senso, assecondarne le esigenze per individuare i soldati "buoni" per la guerra da quelli che non servivano più.

Ne è un esempio la vicenda di Angelo B., contadino trentatreenne di Tornolo (Pr). Di lui, nel gennaio 1917, i medici annotarono che, manifestati i primi «segni di pazzia» non appena chiamato sotto le armi, nel maggio 1916 fu mandato in prigione in attesa di giudizio perché incorso nel reato previsto dall'art. 112 del Codice penale per l'Esercito, che punisce il rifiuto di obbedienza agli ordini. I «segni di pazzia» (allucinazioni uditive, comportamenti «strambi») condussero alla diagnosi di una non

¹⁰⁰ E. Tanzi., E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, cit., p. 660.

meglio specificata «sindrome tipo eccitamento maniaco» che lo trattene in manicomio per un decennio¹⁰¹.

Riuscire a distinguere i veri alienati, o i traumatizzati, dai simulatori era decisamente complesso, come si evince anche dal diario clinico di Luigi B., ventiduenne fante di Tortona (Al) ricoverato il 21 maggio 1917 e dimesso il 27 luglio come non alienato, nel quale i medici segnalano di essersi accorti che l'atteggiamento di Luigi derivava dall'imitazione del comportamento di un altro soldato, che era riuscito a convincerli della sua malinconia:

Da due giorni senza causa determinante ha assunto atteggiamento melanconico e depresso. È da notarsi che simile atteggiamento ha tenuto a lungo un altro militare recentemente uscito e riformato e scoperto poi simulatore. Sta sempre seduto a capo chino, non parla. Interrogato, risponde che non ha nulla¹⁰².

Luigi fu ricoverato una seconda volta, dopo nemmeno dieci giorni dalla prima dimissione, perseverando nel suo stato malinconico e depresso, e tentando due volte di suicidarsi. Questa volta pur non persuadendo i medici dell'alterazione del suo stato psichico, riuscì comunque ad essere riformato perché «lo stato depressivo presentato è da ritenersi volontario, ma da interpretarsi come sintomo della sua incapacità a sottoporsi alla disciplina altrui»¹⁰³.

Piuttosto frequenti furono dunque i casi di soldati, come Luigi, che subirono un primo ricovero e una prima diagnosi di non alienazione, la quale poi mutò al secondo ingresso o dopo quelli successivi. Questa fu, ad esempio anche la sorte del fante milanese Alberto M., che entrò a Colomo per tre volte, dal mese di giugno 1917 all'aprile 1918: se le prime due volte i medici ribadirono la simulazione, alla terza infine ne chiesero la riforma dal servizio militare, dopo essere stato giudicato «non alienato ma fornito di costituzione epilettica»¹⁰⁴.

Nel gennaio 1918 evidenti manifestazioni di simulazione furono riscontrate anche in Angelo C., ventottenne astigiano con «disordini nel contegno» derivanti dall'aver minacciato un ufficiale che lo stava sottoponendo alla visita sanitaria,

¹⁰¹ Aop, Cartelle cliniche, B.A., tabella nosografica.

¹⁰² Aop, Cartelle cliniche, B.L., tabella nosografica, 28 maggio 1917. Anche nei racconti del soldato Teofilo D. era emerso che un altro carcerato gli aveva chiesto se anche lui si stava fingendo matto per scappare, cfr. Aop, Cartelle cliniche, D.T., tabella nosografica, 5 febbraio 1916.

¹⁰³ Ivi, 19 gennaio 1918.

¹⁰⁴ Aop, Cartelle cliniche, M.A., tabella nosografica, 15 aprile 1918.

minacce che gli erano costate l'accusa di insubordinazione al Tribunale di guerra del 12 Corpo d'Armata¹⁰⁵. Probabilmente, però, gli stessi medici colonesi non erano certi della diagnosi, dal momento che, nel diario clinico, essi insistevano alternativamente sul suo sguardo depresso, l'immobilità o l'atteggiamento di depressione stuporosa, sui suoi «discorsi vuoti, inutili, incoerenti», e sulla necessità di interrogarlo «con grande pazienza» per ricavare qualche informazione, ma ne riportavano anche le pressanti richieste a un infermiere per sapere «se per essere riformato deve fare come gli altri ricoverati»¹⁰⁶. Nonostante l'incertezza, tuttavia, Angelo non fu riconsegnato al Reggimento ma rimase in manicomio, e dopo sei mesi trasferito direttamente nella struttura di Alessandria, dove sarebbe stato sottoposto per l'ennesima volta alle stesse domande e allo stesso trattamento ricevuto a Colorno.

Oppure, nel caso del fante milanese Angelo L. – diciannove anni, ricoverato nel mese di aprile 1917 dopo essersi rifiutato di obbedire ad un ordine –, per i medici la veste di simulatore mascherava semplicemente la sua «imbecillità morale e intellettuale» e la deficienza «in ispecie di sentimenti etici e morali», che si esprimevano con una forte ribellione e violenza anche verso il personale sanitario, per cui fu segnalato che «è senza dubbio un simulatore, anzi la simulazione è così sciocca, palese ed esagerata che rivela con ogni probabilità una notevole deficienza mentale»¹⁰⁷.

Nell'ottobre 1916, anche al fante del 62 Reggimento Stefano C., ventunenne napoletano ricoverato il mese precedente, non fu diagnosticata alcuna forma di alienazione mentale. Anzi, il direttore Ferdinando Ugolotti scrisse al procuratore del Re di Parma sottolineandone l'atteggiamento di esasperata e fin troppo evidente simulazione e chiedendone perciò il decreto di licenziamento definitivo¹⁰⁸. Fin dai primi giorni del suo ricovero, avvenuto alla fine di settembre, nel diario clinico i medici ribadirono a più riprese la loro convinzione che Stefano stesse simulando, arrivando addirittura a definirlo un «mascalzone»:

30.9.1916: passeggia per lo più borbottando e gesticolando. Interrogato fa una fisionomia stupida e dà risposte assurde. Per futile causa si ribella, minaccia e tenta di colpire. Nell'insieme fa impressione si tratti di simulazione. Mangia e dorme.

¹⁰⁵ Cfr. Aop, Cartelle cliniche, C.A., atto di accusa del Tribunale di guerra del 12 Corpo d'armata, 2 gennaio 1918:

¹⁰⁶ Ivi, tabella nosografica.

¹⁰⁷ Aop, Cartelle cliniche, L.A., tabella nosografica, 10 aprile 1917.

¹⁰⁸ Aop, Cartelle cliniche, C.S., lettera del direttore Ugolotti al procuratore del Re di Parma, 9 ottobre 1916.

4.10.1916: Ancora assicurato. In presenza del medico dice frasi incoerenti e strambe, in sua assenza grida continuamente specialmente insulti.

6.10.1916: Prima al personale e poi al medico ha chiesto di essere sciolto, dicendo di essere stanco di stare legato e dimostrandosi ben lucido e compos sui.

12.10.1916: Si è mantenuto tranquillo, lucido e non ha più inscenato sintomi di alienazione. Viene ritirato dall'autorità militare, e quando sa che deve tornare nel reggimento minaccia di uccidere e altri propositi violenti. È un simulatore e mascalzone¹⁰⁹.

Questi ultimi esempi inducono anche ad alcune riflessioni sull'età dei soldati ai quali non fu diagnosticata alcuna forma di alienazione mentale. Se poniamo in relazione quella diagnosi con l'età, osserviamo che 66 soldati sui 93 complessivamente non riconosciuti alienati avevano tra i 18 e i 25 anni, e cioè appartenevano alla categoria dei giovani. Furono dunque molti i giovani – meno obbedienti, meno abituati al rispetto della disciplina e tendenzialmente più anticonformisti, ma comunque decisamente “segnati” da «quell'agognato “rito di passaggio” verso l'età adulta [che] si era rivelato una tragedia incommensurabile», come ha scritto Alberto De Bernardi¹¹⁰ – ad esplodere in atteggiamenti esasperati, veri o presunti, e a prendere in questo modo le distanze da un'esperienza che forse pochi avrebbero scelto e nella quale, evidentemente e in ogni caso, non si volevano più trovare.

Naturalmente, i soldati che tentavano di ribellarsi a ordini imposti simulando stati di follia non erano solo giovani, perché le guerre di massa, come hanno recentemente notato anche Patrizia Dogliani e Paola Magnarelli, hanno avuto un valore formativo e periodizzante che crea «generazioni storiche» non accomunate soltanto dal dato anagrafico¹¹¹.

Analizzare il gruppo dei simulatori – o presunti tali – significa allora anche leggerne le esperienze alla luce del tema della disobbedienza e della ribellione. Le reazioni di insofferenza alla vita di guerra dei soldati tradussero con la manifestazione di alterazioni psicofisiche il rifiuto di continuare a vivere in trincea non solo per fuggire

¹⁰⁹ Ivi, tabella nosografica.

¹¹⁰ A. De Bernardi, *Il mito della gioventù e i miti dei giovani*, in Paolo Sorcinelli, Angelo Varni (a cura di), *Il secolo dei giovani. Le nuove generazioni e la storia del Novecento*, Donzelli, Roma 2004, pp. 55-79, p. 74. In merito si vedano anche le considerazioni di Salvo Torre: «Appartenere a una nuova generazione significa non riconoscersi più negli stessi elementi identitari che vengono tramandati dalle generazioni precedenti. Significa non accettare i principi di riproduzione dell'ordine sociale. [...] Appartenere ad una nuova generazione significa leggere in modo differente le cose che prima si condividevano con tutti. Significa anche condividere nuove interpretazioni dell'esistenza.», S. Torre, *Infrangere l'ordine del tempo. Le nuove generazioni tra storia e sociologia*, Cuecm, Catania 2002, p. 97. Sui mutamenti della categoria dei “giovani” si veda anche Michael Mitterauer, *I giovani in Europa dal Medioevo ad oggi*, Laterza, Roma-Bari 1991.

¹¹¹ Cfr. P. Dogliani, *Storia dei giovani*, Bruno Mondadori, Milano 2003, p. 9; P. Magnarelli, *I giovani e la guerra*, in P. Sorcinelli, A. Varni (a cura di), *Il secolo dei giovani*, cit., pp. 21-53, p. 25.

alla guerra e ai suoi orrori, ma anche per rompere, come abbiamo visto, i vincoli di soggezione psicologica con l'autorità. La malattia mentale, o la sua simulazione, diventarono così l'occasione per una «diserzione virtuale», come ha sostenuto Gibelli, e per ribellarsi ai propri superiori senza incorrere immediatamente nei rigori della disciplina militare:

Di fronte a una macchina che è insieme Stato e guerra, tecnologia e distruzione, razionalità e morte, la rottura, la resistenza e il rifiuto non trovano spesso altre strade che la follia, la sragione, la malattia. Quello che sembra venire alla ribalta è la ricerca spasmodica di una via di fuga, e insieme l'impossibilità di trovarla. È questa l'antitesi di fondo in cui si colloca il grande campo oscuro della "follia". Riducendosi le possibilità psicologiche e pratiche della fuga reale, diventa tanto più estesa quella forma di fuga interiore, di diserzione virtuale che è la malattia, ovvero [...] la sua simulazione¹¹².

Il tema del rifiuto della violenza e della guerra attraverso la fuga nella follia è del resto frequente anche in letteratura: ne è un esempio il protagonista del racconto di Beppe Fenoglio *Un Fenoglio alla prima guerra mondiale*, Osvaldo, il quale, opponendosi all'idea di andare a combattere, affermò che «Se loro son matti io non lo sono. Per non partecipare a questa materia sono disposto a tutto, anche a passare per matto»¹¹³.

In questo senso, allora, possono essere ricondotti a forme di ribellione – seppure prive di intenzionalità – anche i comportamenti di quei soldati che venivano ricoverati in manicomio per l'incapacità ad adattarsi alla disciplina o per l'exasperazione derivata dalla vita al fronte. Le modalità di espressione erano naturalmente le più disparate, e andavano da evidenti atteggiamenti di insubordinazione, come quelli del fante Gastone D., diciannovenne di Carrara (Ms) – il quale fu ricoverato per una «presunta costituzione epiletticoide» nel dicembre 1917 dopo essersi chiuso in una stanza, armato, minacciando chiunque si avvicinasse¹¹⁴ – a deliri depressivi, euforia, o eccitamento psicomotorio, come fu per l'artigliere parmigiano Alfredo C., al quale il 15 ottobre 1918 fu diagnosticata una «psicosi maniaco-depressiva».

Secondo i medici militari, anche su Alfredo la guerra sembrava non avere alcuna influenza: sul foglio che lo accompagnava a Colorno il timbro recitava, come di

¹¹² Cfr. A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit., p. 124.

¹¹³ Beppe Fenoglio, *Un Fenoglio alla prima guerra mondiale*, Einaudi, Torino 1973, p.174.

¹¹⁴ Aop, Cartelle cliniche, D.G., certificato di ammissione dei malati, Casalmaggiore, 3 dicembre 1917.

consueto, che «la malattia non dipende da cause di servizio», così come nella tabella nosografica si specificava che «fu sempre di carattere originale e strambo»¹¹⁵. E tuttavia, la sua “originalità” sembrava fortemente legata alla insofferenza alla disciplina e alle ingiustizie, visto che a distanza di anni, in una relazione del nuovo direttore si segnalava che il degente era originario dell’Oltretorrente, quartiere dalla radicata tradizione ribelle, e che si vantava apertamente di essere un «buon sangue di razza [...] che non tollera né tiranni né ingiustizie e sa vendicare le sofferenze del popolo»¹¹⁶. Peraltro, comparando queste notizie con i dati del Casellario politico provinciale, che contiene i fascicoli individuali dei “sovversivi” schedati dalla Questura di Parma, si riscontra che Alfredo era schedato fin dal 1902¹¹⁷.

Analogamente, del fante livornese Athos D., entrato una prima volta nell’ottobre 1916 con la diagnosi di «lieve stato depressivo» dopo un tentativo di suicidio, si segnalano soprattutto le stigmate lombrosiane dell’“uomo delinquente”: «numerosi tatuaggi con iscrizioni di violenza sovversiva»¹¹⁸.

Del resto, considerare i fenomeni di ribellione come manifestazioni di patologia mentale era un modo per negare legittimità al dissenso. Anche prima della guerra alcuni psichiatri sostennero che la “pazzia morale”, attribuita a diversi soldati non era punibile, dal momento che quegli individui non potevano conoscere, a causa della loro infermità, il valore giuridico dei loro atti. Già nel 1911, al congresso della Società freniatria italiana, il capitano medico Bucciante descriveva la propria perplessità in proposito e aggiungeva:

Anzi io mi permetto di domandare: poiché il C.P.M. [Codice di procedura militare] considera come reati mancanze che pel Codice comune tali non sono, fino a che punto sia punibile alla sua stregua chi commette uno di tali reati e venga poi riconosciuto inabile al servizio militare per una qualsiasi forma di insufficienza delle funzioni psichiche preesistente all’arruolamento e che, se in tempo fosse stata rilevata, avrebbe fatto escludere l’individuo dalle file dell’esercito. Dobbiamo riconoscere sempre e in tutto passibile di pena chi noi abbiamo trasportato in una

¹¹⁵ Aop, Cartelle cliniche, C.A., biglietto di licenza dell’Ospedale militare di riserva di Livorno, 1 settembre 1918.

¹¹⁶ Ivi, tabella nosografica, 18 ottobre 1962.

¹¹⁷ Asp, Questura, Gabinetto, cat. A8, C.A. Sulle modalità di controllo e repressione dei sovversivi parmensi, che il regime fascista ereditò dalla polizia dello Stato liberale si veda Mario Palazzino, *Nel buio. L’antifascismo parmense e le carte di polizia*, in Massimo Giuffredi (a cura di), *Nella rete del regime. Gli antifascisti parmensi nelle carte di polizia (1922-1943)*, Carocci, Roma 2004, pp. 1-34.

¹¹⁸ Aop, Cartelle cliniche, D.A., tabella nosografica, 26 maggio 1916.

sfera di responsabilità di ordine superiore, presumendo un congegno di poteri psichici proporzionato e che solo più tardi riconosciamo insufficiente?¹¹⁹

Se per i medici era difficile ricondurre ad azioni intenzionali le manifestazioni psicotiche, al contrario, per i militari, qualsiasi stato di alterazione era indice della volontà di non compiere il proprio dovere: ne è un esempio quanto accadde al soldato Giuseppe C., trentaseienne piacentino accusato di diserzione il 12 luglio 1917 dal Tribunale militare del VII Corpo d'armata per non essere rientrato al corpo allo scadere della licenza, e dichiarato inabile al servizio militare il 28 agosto da Ferdinando Ugolotti perché infermo di mente:

Si tratta di un accesso nettamente depressivo con lieve ansietà e delirio di persecuzione. Probabilmente è un accesso di natura periodica, un accesso cioè di quella entità clinica che va sotto il nome di psicosi maniaco-depressiva. La sintomatologia riscontrata è caratteristica; ciò che conferma la esclusione già fatta, che possa cioè trattarsi di un caso di simulazione¹²⁰.

Lo stesso avvenne per Giacomo P., fante trentaquattrenne di Viadana, il quale fu ricoverato il 18 giugno 1916 con la diagnosi di demenza precoce, dopo che il 28 novembre 1915 era stato denunciato al Tribunale di guerra di Verona per diserzione. Anche nel caso di Giacomo, l'indifferenza, il torpore intellettuale, le allucinazioni furono sufficienti a Ugolotti per diagnosticargli un «probabile inizio di demenza precoce», ma soprattutto per ribadire che egli doveva «essere ritenuto irresponsabile del reato di cui è imputato»¹²¹.

Accanto agli episodi di ribellione reali – come avvenne a Parma il 12 giugno 1917, quando un centinaio di reclute si sdraiò sui binari della ferrovia reclamando di

¹¹⁹ Bucciante, *Pazzia morale e legge militare*, intervento al XIV Congresso della Società freniatria italiana, Perugia, 3-7 maggio 1911, in “Rivista sperimentale di freniatria”, vol. 38, a. XLIX, 1912, pp.246-248, p. 247. Le punizioni e i provvedimenti repressivi verso i soldati che cercavano di mollare si inasprirono a partire dal maggio 1916, durante la *Strafexpedition*, periodo in cui Cadorna impose misure draconiane alla giustizia militare, cfr. Ministero della guerra, Ufficio statistico, *Statistica dello sforzo militare italiano nella prima guerra mondiale. Dati sulla giustizia e disciplina militare*, Roma 1927. Secondo Giovanna Procacci la statistica sulla giustizia e disciplina militare di Giorgio Mortara non è attendibile, soprattutto in merito ai processi per diserzione, perché «il rapporto tra processi e condanne che comunque emerge da queste statistiche – quasi il 40% di prosciolti – fa dedurre che, poiché non è proponibile l'ipotesi di clemenza da parte dei collegi, molte denunce non fossero confortate da sufficienti elementi di colpevolezza», Ead., *La società come una caserma. La svolta repressiva negli anni di guerra*, cit., p. 299. Considerazioni simili sono anche in B. Bianchi, *La follia e la fuga*, cit., p.173 e segg.

¹²⁰ App, Cartelle cliniche C.G., perizia sommaria, 28 luglio 1917.

¹²¹ App, Cartelle cliniche, P.G., lettera del direttore Ugolotti al Tribunale di guerra della Fortezza di Verona, 13 novembre 1916.

rimanere a Parma e non andare al fronte¹²² –, si possono dunque considerare tentativi di fuga anche tutti quei comportamenti individuali che traducevano in forme patologiche l'indisponibilità a rimanere in guerra.

Riprendendo le parole scritte da Enzo Forcella nell'ormai classica introduzione al volume *Plotone di esecuzione*, i comportamenti di quei soldati riflettevano un altro aspetto della guerra, quello di chi non la condivideva:

È l'altra faccia della realtà, la realtà di coloro che non vogliono combattere o che combattono loro malgrado bestemmiando e piangendo: perché non condividono le idealità e gli obiettivi della guerra patriottica; perché rifiutano più o meno consapevolmente la logica secondo la quale in tempo di guerra il dovere supremo dei cittadini, comunque la pensino, è quello di morire "sul campo del sacrificio o dell'onore"; o semplicemente perché hanno paura, e non se ne vergognano, né si sentono impegnati a vincerla come vuole l'etica sociale del gruppo egemone¹²³.

¹²² I soldati facevano parte di un gruppo di 650 reclute del distretto di Parma che sarebbero dovute partire per Genova per essere assegnate ai vari reggimenti: «Nel tragitto dalla caserma alla stazione circa 100 reclute si sono allontanate dai plotoni. Nei pressi poi della ferrovia quelli rimasti hanno manifestato propositi di non partire, e parte si sono sdraiati a terra per conseguire lo scopo. Intervenuto il picchetto armato della stazione, un forte nucleo di carabinieri, guardie di città e funzionari di P.S., i riluttanti si sono decisi a salire in treno senza altri incidenti. Quelli allontanatisi vengono ricercati», Acs, Mi, Dgps, Dagr, A5G, b. 111, fasc. 231/6, telegramma del Prefetto Costa, 12 giugno 1917.

¹²³ E. Forcella, *Apologia della paura*, in Id., Alberto Monticone, *Plotone di esecuzione. I processi della prima guerra mondiale*, Laterza, Bari 1972, pp. V-LX, p. X.

IV. Effetti collaterali

E subito riprende
il viaggio
come
dopo il naufragio
un superstite
lupo di mare¹

1. Dopo il manicomio

Per la maggior parte dei soldati, la durata del periodo di ricovero in manicomio fu piuttosto breve: nel volgere di uno, due mesi al massimo essi venivano riconsegnati ai loro superiori, ai quali spettava il compito di decidere se reinserirli nei ranghi dell'esercito o concedergli un periodo di licenza [Tabella 20, Grafico 20].

Non stupisce, quindi che per tutta la durata del conflitto 82 soldati su 285 – il 28,77% –, siano stati dentro per un solo mese, e 81 di loro – il 28,42% – per due, confermando «il solito fatto» ribadito dal direttore Ugolotti, per il quale «il maggior numero delle dimissioni si ha nei primi sei mesi di degenza, ed in particolar modo nel 2.°, 3.° e 4.°; dopo vanno progressivamente diminuendo»². Anche nel biennio precedente il direttore aveva segnalato che la media delle dimissioni da Colorno si era mantenuta piuttosto elevata sia nel 1915, (56,5%) che nel 1916, quando era giunta addirittura all'87%, percentuale che era da mettere in relazione, seppure in parte, «con il genere di ammalati, cioè coi militari entrati»³.

In generale, la breve permanenza e la scarsità di riammissioni furono la causa del compiacimento soddisfatto con il quale il direttore Ugolotti, nella sua relazione annuale, mise in relazione questi elementi con la validità del trattamento riservato ai malati:

¹ Giuseppe Ungaretti, *Allegria di naufragi*, in Id., *Vita di un uomo. Tutte le poesie*, Mondadori, Milano 1969, p. 56.

² App. Atti del Consiglio provinciale di Parma, anno amministrativo 1916-1917, parte II, Allegati, Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore all'on. Deputazione provinciale, p. 1032.

³ App. Atti del Consiglio provinciale di Parma, anno amministrativo 1915-1916, parte II, Allegati, Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1915 e 1916. Relazione del direttore all'on. Deputazione provinciale, p. 706.

Anche nel biennio 1917-18 la percentuale del numero dei riammessi in rapporto del numero degli ammessi per la prima volta si è mantenuta assai bassa, anzi così bassa come non fu mai. E questa bassezza che si mantiene da qualche anno costante, è un fatto di notevole valore, poiché indica che i nostri malati, quando escono dall'istituto, escono in condizioni tali da rendere difficile il loro ritorno al manicomio⁴.

A parte la soddisfazione di Ugolotti, era del tutto ovvio che, la maggior parte dei ricoverati durante la guerra avesse subito un solo ricovero a Colorno, dal momento che erano per lo più soldati, per i quali, nell'83,15% dei casi – 237 su 285 –, il manicomio funzionò come una sorta di stazione di transito temporaneo, dalla quale essere mandati a casa o in un ospedale più vicino⁵ [Tabella 22, Grafico 22].

Inoltre, questi dati convalidano l'analisi di Vinzia Fiorino, seppure compiuta su una fase e un periodo storico antecedente alla guerra, secondo la quale le frequenti dimissioni dei ricoverati dopo tempi brevi entrerebbero in contraddizione con l'idea del malato di mente istituzionalizzato che, una volta entrato, non riusciva più ad uscire dal manicomio. Secondo lei, l'altissimo ricambio nel flusso degli internamenti

contraddice l'immagine più comune che ha visto nel malato di mente un eterno recluso", immagine che però si è formata sui manicomi del dopoguerra, ovvero su un'istituzione che, un secolo dopo il periodo considerato da questa ricerca, aveva perso ogni capacità di relazione organica con la società, diventando un immobile, costoso, e anche per ciò criticato, contenitore di cronicità⁶.

Durante la Grande guerra furono soprattutto i soldati ad essere trattenuti in manicomio per periodi anche inferiori rispetto ai civili e alle medie calcolate da Ugolotti nelle sue relazioni.

I primi ad essere mandati fuori dall'istituto furono naturalmente coloro ai quali non fu riconosciuta alcuna forma di alienazione, che non riuscivano a convincere i medici e quindi dovevano essere restituiti al mondo militare nel minore tempo possibile.

⁴ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma, anno amministrativo 1916-1917, parte II, Allegati, Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore all'on. Deputazione provinciale, p. 1031.

⁵ Infatti, i pochi che subirono più ricoveri, che rimasero in manicomio, o che vi morirono – 15 su 285, pari al 5,26% – erano tutti della provincia di Parma.

⁶ V. Fiorino, *Matti, indemoniate, vagabondi*, cit., p. 94.

Peraltro, ad essere dimessi in tempi rapidi non furono soltanto i simulatori – o i presunti tali –, ma anche coloro per i quali la diagnosi non fu definita con chiarezza, a causa delle difficoltà da parte dei medici colomnesi di comprendere ed assecondare sia le direttive dei militari che le esigenze di disporre di un esercito “sano” ed efficiente.

E tuttavia, se pure il direttore non poteva – e nemmeno sembrava volere – trattenere i soldati a lungo in manicomio, piuttosto frequentemente propose per i dimessi lunghi periodi di licenza, probabilmente nella consapevolezza che rimanere lontani dal campo di battaglia o dai rigori della vita di leva potesse essere per loro di qualche giovamento. La formula, piuttosto ricorrente, con la quale Ugolotti si rivolgeva alla direzione dell’Ospedale militare recitava:

Il soldato sopraindicato [...] non è affetto da malattia mentale. Ha però presentato indubbi segni di un lieve stato confusionale-depressivo, ora quasi completamente dileguatosi. Perciò, mentre giudico il B. idoneo al servizio militare, propongo che gli sia concessa una licenza di 3 mesi⁷.

In questo modo, Ugolotti cercava di posticipare il rientro in servizio dei soldati e contemporaneamente – oltre che liberarsi di presenze ingombranti in una struttura che, come abbiamo visto, era decisamente sovraffollata –, anche di dimostrare di seguire le disposizioni delle autorità militari.

In ogni caso, non è possibile accertare se le licenze che venivano richieste furono poi effettivamente concesse, perché nel momento in cui uscivano dai cancelli del manicomio, i degenti cessavano di rappresentare un problema per il personale, e la loro presenza in istituto veniva archiviata al pari delle loro cartelle cliniche.

Anche le tracce dei soldati, come quelle di tutti gli altri dimessi, dunque, si perdono nel buio e nella quotidianità della vita esterna al manicomio, sia essa civile che militare, ed è praticamente impossibile ricostruire le sorti successive alla loro permanenza.

L’unica eccezione è costituita da quei casi nei quali si ripresentavano i sintomi che la guerra aveva provocato, o contribuito a far emergere, e la vita di quelle persone tornava nuovamente in contatto con l’esperienza del manicomio.

⁷ Aop, Cartelle cliniche, B.P., lettera al direttore dell’Ospedale militare di Parma, 30 gennaio 1918.

Così, nelle relazioni dei medici appare in modo piuttosto evidente come le dimissioni avvenute nel periodo del conflitto non implicassero necessariamente la fine delle loro sofferenze e la difficoltà a riadattarsi alla vita normale.

I disturbi del fante Domenico M., nato a Borgotaro (Pr) nel 1895, ad esempio, avevano avuto inizio mentre si trovava in guerra, e, nonostante la fine del conflitto, non si erano più risolti:

Prima del servizio militare non ha mai avuto malattie degne di nota. Arruolato di leva nel 1915, prestò servizio militare in zona di guerra e partecipò a vari fatti di armi. Ebbe un primo periodo di malattia mentale per cui fu due volte ricoverato nell'Ospedale S. Osvaldo di Udine, ove presentò uno stato di grave eccitamento confusionale. [...] Da questo Ospedale fu trasferito a quello di Colorno il 29 aprile 1917 donde fu dimesso nell'agosto 1917. Da quell'epoca ad oggi è sempre stato un po' nervoso, a volte insonne, a volte svogliato nel lavoro⁸.

Dimesso da Colorno, Domenico trovò lavoro come cantoniere per la Provincia di Parma. Nel corso degli anni, però, il suo stato di depressione, più o meno leggera, non lo abbandonò più, fino a quando, nel 1941, fu ricoverato nuovamente nel manicomio di Volterra dopo avere tentato di suicidarsi gettandosi da una finestra.

Come Domenico, anche al fante parmigiano Alberto A., nato nel 1894, il trauma subito in guerra continuò a pesare sulla propria vita. Egli fu ricoverato nell'Ospedale psichiatrico di Padova una prima volta nel maggio 1917 dopo avere preso parte ad un combattimento, nel quale aveva riportato ferite agli arti e alla testa, e fu dimesso per guarigione in settembre. Formalmente guarito, Alberto tornò a lavorare nei campi ma non riuscì mai più a riprendersi, e anni dopo, nel maggio 1927, fu ricoverato nuovamente, questa volta per nove mesi, in clinica psichiatrica a Parma, dove gli fu diagnosticata «una forma di epilessia traumatica con manifestazioni accessuali psichiche a tinta depressiva e coscienza non perduta, ma obnubilata»⁹.

E ancora, il muratore Quirino C. di Soragna (Pr), dimesso nell'agosto 1918 dopo un mese di ricovero, nel quale sembrava essere tornato «di umore normale. Sempre ordinato e corretto. Fisicamente in ottime condizioni», fu riammesso cinque anni dopo,

⁸ Aop, Cartelle cliniche, M.D., relazione del direttore dell'Ospedale psichiatrico di Volterra, 15 aprile 1941.

⁹ Aop, Cartelle cliniche, A.A., tabella nosografica, novembre 1927. Alberto avrebbe subito un terzo ricovero trent'anni dopo, nel 1957, in preda a uno stato di «sovveccitamento con incontinenza verbale, irrequietezza e talora agitazione psicomotoria, facilità al litigio e alle reazioni abnormi», Ivi, 17 luglio 1957.

nel gennaio 1923, in preda a stati di confusione e incoscienza «con scatti violenti e pericolosi probabilmente connessi ad allucinazioni»¹⁰.

Per molti soldati il ritorno a casa dal manicomio non sembrava coincidere con il recupero delle proprie facoltà “normali”, e, pur apprestandosi a riprendere la vita di tutti i giorni, finivano per continuare ad accusare i sintomi che li avevano condotti in manicomio. Come ha scritto Eric Leed,

Le turbe psiconevrotiche di guerra si dimostrarono ben più tenaci, e di ben più difficile e costoso trattamento, che non i disturbi fisici. Le patologie generate dalla guerra continuarono a riempire gli ospedali per veterani; ma ben più spesso queste patologie non apparivano nelle statistiche mediche e per il motivo che allignavano sui posti di lavoro, nelle case, nelle osterie, e in campo politico¹¹.

2. Dopo la guerra

A conflitto concluso, non solo molti reduci portarono con sé patologie che non riuscivano ad esaurirsi, ma lo stesso ritorno a casa costituì un momento ulteriormente traumatizzante per tanti, nel quale uscirono allo scoperto malesseri rimasti latenti fino a quel momento.

Nel caso di Oreste G., bracciante di San Secondo Parmense nato nel 1893, il direttore Ugolotti mise esplicitamente in collegamento lo «stato delirante allucinatorio», a causa del quale fu ricoverato il 30 giugno 1922, con le «cause disintegratrici» della guerra:

Oltre i sintomi di psicosi acuta che potevano essere ascritti ad abuso di alcoolici, presentava anche sintomi di disintegrazione psichica da inquadrarsi in una possibile forma morbosa schizofrenica, come venne poi in seguito confermata. Con ogni probabilità tali ultimi sintomi sono di assai lungo tempo anteriori alla data del I ricovero in manicomio ed hanno la loro origine nelle cause disintegratrici inerenti alle emozioni e al tumulto della guerra¹².

¹⁰ Aop, Cartelle cliniche, C.Q., tabella nosografica, 10 gennaio 1923. Quirino morì in manicomio il 31 maggio 1924 durante uno di quegli accessi convulsivi, soffocato dal proprio cuscino e dal materasso.

¹¹ E. Leed, *Terra di nessuno*, cit., p. 246.

¹² Aop, Cartelle cliniche, G.O., relazione del direttore, 1 febbraio 1929.

Allo stesso modo, anche il fante Luigi M., panettiere di Como, entrato a Colorno il 10 maggio 1920 per una ipotetica forma di «demenza precoce», cominciò ad accusare i primi sintomi dopo essere stato congedato dal servizio militare. I suoi genitori, informati del ricovero del figlio, ne furono «dolorosamente sorpresi», dal momento che, come scrissero al direttore Ugolotti, il giovane era «stato arruolato sano e durante il servizio militare fatto parte in zona di operazioni non ha mai dato segno di proclività di alienazione mentale»¹³.

La connessione con gli eventi bellici fu piuttosto evidente anche nel caso di Francesco M., bracciante nato a Soragna (Pr) nel 1898, il quale fu ricoverato il 6 agosto 1920 in preda ad uno «stato confusionale allucinatorio da alcool». Nella sua relazione per l'ammissione in manicomio, il medico condotto del paese ribadì che lo stato psichico di Francesco era forse legato alla vita militare – fu al fronte ininterrottamente dall'inizio della guerra – ma anche alla situazione nella quale si trovò una volta tornato a casa:

Pare che durante il servizio militare abbia subito patemi e traumi psichici i quali, insieme con l'abuso di alcoolici e certi strapazzi fisici (al fronte dal 24 maggio 1915 sino al congedamento) possono avere determinato la malattia nervosa di cui è sofferente da oltre un anno. È anche presumibile che ad aggravare le condizioni preesistenti abbia concorso lo stato di disoccupazione in cui venne a trovarsi al suo ritorno in famiglia¹⁴.

Il tema della difficoltà del ritorno per i reduci come Francesco, da porre in relazione con le nevrosi psichiche, è stato affrontato in tempi piuttosto recenti da Peter Leese, il quale ha descritto l'impossibilità, per i soldati, di fare semplicemente ritorno alle proprie occupazioni in un contesto relazionale che non aveva condiviso gli orrori vissuti e perciò non li poteva comprendere:

Most soldiers naturally preferred to be at home living in peace and security rather than on the war front in combat and danger. At the same time, the experience of war separated the soldier from the past life he wanted to recapture, and from friends and family who had not shared his experiences¹⁵.

¹³ Aop, Cartelle cliniche, M.L., nota del sindaco di Bedero Valcuvia (Co), 11 luglio 1920.

¹⁴ Aop, Cartelle cliniche, M.F., relazione medica per l'annessione in manicomio, 5 agosto 1920.

¹⁵ P. Leese, *Shell Shock. Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, cit., p. 133.

Dopo la guerra numerosissimi soldati, se anche non accusarono necessariamente problemi psichici, provarono un senso desolante di solitudine, dovuto certamente al ritorno da condizioni durissime, difficili se non impossibili da raccontare e dalla sensazione di sentirsi abbandonati e non compresi fino in fondo.

Ancora una volta, sono le parole di Beppe Fenoglio a riassumerci, nella gfigura dello zio, la rabbia e la frustrazione dei reduci, legate alla incomprendione di chi era rimasto a casa:

Voi non potete parlare – urlò il Fenoglio. – Non dovete! – La sua voce investiva come un vento i vecchi, smorti tendaggi. – Voi non avete visto il sangue e la merda e il fango. Vecchi maiali, andate a vedere la merda e il sangue e il fango e poi parlerete, se ne avrete ancora voglia¹⁶.

In alcuni casi, queste emozioni li sopraffecero, come accadde a Carlo M., muratore parmigiano ricoverato il 10 settembre 1920 in preda ad un forte stato depressivo e a deliri di persecuzione che lo portavano a sentirsi completamente trascurato e ignorato da tutti, oltre che discriminato dai compagni della cooperativa edile presso la quale aveva trovato lavoro.

In una lettera nel maggio 1921 scritta all'amico Ciro, presumibilmente un altro ricoverato, che non fu mai recapitata e conservata nella cartella clinica, Carlo descriveva, in un italiano piuttosto comprensibile e con una lucidità a tratti acuta e brillante, l'eredità della guerra e le sue sensazioni di tristezza e isolamento:

Carrissimo Ciro, è già da tempo che trascorriamo ore assieme con la granata e strofinaccio fra le mani ti ero affezionato ne rimango immensamente addolorato, non avertene a male se più non divido il servizio mattutino, per le mie ragioni che sono più che plausibili di tenermi ben isolato dal benessere sono peggio della peste bubonina che tutti la sfuggono. Quando arrivo a un piccolo miglioramento mille fulmini mi ricadono sul capo per questo a tutto rinuncio su questa terra non ho mai avuto nessun sollievo altro che dolori amarezze, ecc.

Il mio avvenire è già calpestato e tramontato, presto tramonterò anch'io col fiele sulle labbra, la morte più non temo gli son stato a contatto parecchie volte. Faccio l'indifferente, non puoi farti un'idea come soffro a sopravvivere su questa terra essendo sempre torturato da dolori che non an fine sul fiore dell'età.

¹⁶ B. Fenoglio, *Un Fenoglio alla prima guerra mondiale*, cit., p. 153. Com'è noto, la questione del reinserimento dei reduci nella società dell'immediato dopoguerra fu uno dei cavalli di battaglia del nascente movimento fascista. Della vasta bibliografia sugli esordi del fascismo ci limitiamo a segnalare Angelo Tasca, *Nascita e avvento del fascismo*, Laterza, Bari 1965; Giovanni Sabbatucci, *I combattenti nel primo dopoguerra*, Laterza, Bari 1974; Giorgio Candeloro, *La prima guerra mondiale, il dopoguerra, l'avvento del fascismo (1914-1922)*, Feltrinelli, Milano 1979; Nicola Tranfaglia, *La prima guerra mondiale e il fascismo*, Utet, Torino 1995; Emilio Gentile, *Le origini dell'ideologia fascista (1918-1925)*, Il Mulino, Bologna 2001.

In che bella società si vive, tutto mi è negato, nulla mi vien concesso, comprendo i miei guai ma nemmeno il peggior dei miserabili e.....
Questi guai sono la gramezza e la miseria che ha lasciato la Guerra?
Avere i più bei ideali di onor riabilitazione ma tutti muta al mio pensier. Il bene il male per me fa lo stesso la mia ruina e completa, non farmi domande sul mio essere in nessun modo che aborro rispondere.
Davanti ai tiranni bisogna ubbidire.
Domani anderò al Tempio inalsar un preghiera che l'unico sfogo che mi giovera.
Se mi trovo un poco in salute e per virtù di V. Emanuele per i sacrifici di mia mamma, se fossi nato con le carne del diavolo avrei miglior fortuna.
Cordiali saluti Carlo¹⁷.

Con ogni probabilità, il senso di solitudine provato da Carlo derivava anche dall'esperienza della prigionia che egli visse durante la guerra, quando fu catturato dagli austriaci e mandato a Vienna¹⁸.

Giovanna Procacci ha descritto le terribili condizioni nelle quali vennero a trovarsi i soldati italiani nei campi di prigionia austroungarici e tedeschi, soprattutto dopo Caporetto, ponendo l'accento proprio sull'abbandono nel quale furono lasciati i prigionieri, tra fame, freddo, sofferenze fisiche e depressione psicologica per la reclusione e la lontananza da casa. Procacci ha scritto che «la fame e l'isolamento generavano nei prigionieri stati di violento regresso psicologico, che spingevano alla rivolta contro tutto e contro tutti» e che erano frequenti i casi di alienazione mentale, che si esplicavano sotto forma di ossessioni o complessi di persecuzione¹⁹.

Con ogni probabilità, inoltre, il malessere nei prigionieri, oltre che dalle durissime nelle quali furono costretti a vivere, fu esasperato anche dall'ipotesi di diserzione che aleggiava su quei soldati, accusati della possibile scelta di consegnarsi al nemico come prigionieri per evitare di combattere, e quindi anche dal senso di

¹⁷ Aop, Cartelle cliniche, M.C., lettera di Carlo M., 10 maggio 1921. Sul valore dei materiali autografi conservati nelle cartelle cliniche come tentativo di superamento dell'isolamento e dell'alterazione dell'identità personale in condizioni di particolare difficoltà comunicativa si veda A. Molinari, *Donne e ruoli femminili nell'Italia della Grande guerra*, cit., pp. 111-158.

¹⁸ Ivi, tabella nosografica, 10 settembre 1920.

¹⁹ G. Procacci, *Soldati e prigionieri italiani nella Grande guerra*, cit., p. 307. Sull'esperienza di soldati e ufficiali internati nei campi di prigionia, accanto al classico Leo Spitzer, *Lettere di prigionieri di guerra italiani. 1915-1918*, Boringhieri, Torino 1976, si veda Camillo Pavan, *I prigionieri italiani dopo Caporetto*, Camillo Pavan editore, Treviso 2001. Un'analisi che prende in esame i soldati italiani dell'esercito austroungarico, è in Marina Rossi, *I prigionieri dello zar: soldati italiani dell'esercito austro-ungarico nei lager della Russia 1914-18*, Mursia, Milano 2007. Studi sui soldati di altri paesi sono in Odon Abbal, *Soldats oubliés. Les prisonniers de guerre français 1914-1918*, E & C, Bez-et-Esparon 2001; Annette Becker, *Oubliés de la Grande Guerre. Humanitaire et culture de guerre 1914-1918. Populations occupés, déportés civils, prisonniers de guerre*, Noësis, Paris 1998, Sylvie Caucanas, Rémy Cazals, Pascal Payens (a cura di), *Les prisonniers de guerre dans l'histoire*, Privat, Toulouse 2003.

abbandono che essi provarono sia nei confronti dello Stato che del resto della comunità combattente.

Quelle psicosi, inoltre, continuarono a convivere con i soldati che riuscirono a ritornare, come accadde al fante Martino Q., parmense nato nel 1898 a Roccabianca, per il quale si mise in relazione diretta la «forma atipica di demenza precoce a lentissimo decorso» – che gli fu diagnosticata nel 1919 – con il suo internamento in un campo di prigionia tedesco, avvenuto dopo la disfatta dell'ottobre 1917:

Assegnato da prima all'11 Fanteria, di poi al 222 Fanteria, fu al fronte quando, alla ritirata di Caporetto (ottobre 1917) venne fatto prigioniero ed internato in un campo di concentramento in Germania. Fu durante questo periodo di prigionia che il Q. presentò i primi segni di malattia mentale, tanto che venne ricoverato in ospedali della Germania, finché, nel gennaio 1919, venne rimpatriato e direttamente ricoverato nell'ospedale militare principale di Torino (23 gennaio 1919)²⁰.

Dimesso dopo tredici mesi, «migliorato ma ancora depresso», Martino fu riaccolto in manicomio l'anno seguente, e vi rimase per lungo tempo, fino all'agosto 1943, quando tornò a casa perché sembrava stare meglio, pur continuando ad avere manie di persecuzione e la convinzione che tutti, soprattutto i medici, fossero ostili con lui. E tuttavia la sua famiglia non riuscì a tenerlo con sé a lungo, perché ai primi di gennaio 1944 lo riportarono in manicomio a causa del suo atteggiamento sempre «autista, imbronciato, scontroso, facilmente irritabile e reattivo»; questa volta, però, Martino non rimase a lungo, perché morì il 14 aprile 1945 per «nefrite cronica riacutizzata»²¹.

Una sorte non dissimile, seppure segnata da una minore permanenza a Colorno e dalla fortuna del ritorno in famiglia, capitò ad altri soldati che vissero l'esperienza della prigionia.

Ernesto R., soldato del 28 Reggimento di artiglieria da campo, nato ad Annone Brianza (Mi) nel 1898, fu ricoverato nel settembre 1919 con la diagnosi di epilessia, ma la relazione medica che lo accompagnava riportava chiaramente, come presunto momento etiologico della malattia, «emozioni e sofferenze in prigionia». Il racconto che lo stesso Ernesto consegnò ai medici non lasciava spazio a grossi dubbi, per quanto

²⁰ Aop, Cartelle cliniche, Q.M., dichiarazione di Carlo Q., Roccabianca, 5 agosto 1925.

²¹ Ivi, tabella nosografica, *passim*.

lui stesso mettesse in relazione il suo malessere psichico con una caduta nella quale aveva battuto la testa:

Nel luglio 1917 fu inviato al fronte. nell'ottobre dello stesso anno fu fatto prigioniero e condotto in Austria. Essendo addetto a lavori per far legname, cadde lungo il pendio di un monte, riportando lesione alla regione frontale. [...] Il paziente riferisce che cominciò poi a mutare carattere, a diventare irascibile, di umor tetro e melanconico, a soffrir di cefalea, insonnia e talora di deliqui²².

Ernesto restò a Colorno per un periodo decisamente breve, durante il quale alternò momenti di calma e tranquillità ad altri nei quali fu preda di accessi convulsivi, che però non gli impedirono, alla fine di ottobre, di essere dimesso e restituito alla propria famiglia e alla vita “normale”.

Lo stesso avvenne a Raffaele D., pisano, classe 1898, accolto in manicomio il 25 marzo 1920 per un «lieve stato depressivo», un infermità mentale che, secondo il direttore Ugolotti, «sembrerebbe essere derivata dai disagi della guerra e della subita prigionia. Egli è lucido, ma pensieroso, appartato, diffidente, ma soprattutto strambo e apatico»²³. Anche Raffaele fu dimesso nel volgere di un paio di mesi, dopo che più volte aveva dichiarato di “essere stufo” di stare in manicomio, ma dimostrando indifferenza sulla propria destinazione una volta fuori.

Sia per quei soldati che non riuscirono a essere dimessi dal manicomio e che morirono senza mai essere usciti – relativamente pochi nel caso di Colorno, 15 su 285, pari al 5,28% –, anche per i soldati dimessi, dunque, si può affermare che la guerra, e quella in particolare, non si era fermata ai confini del campo di battaglia, ma aveva avuto ripercussioni destinate ad accompagnare i soldati per tutto il resto della loro vita, coinvolgendo anche i familiari in un difficile, a volte impossibile, percorso di rielaborazione e superamento.

3. Solidarietà familiare

Le vicende dei soldati che, per motivi anche diversi, si allontanavano dalla zona di guerra per incontrare quello strano “rifugio” che fu il manicomio di Colorno, si intrecciarono naturalmente con quelle di tutte le persone che ad essi erano in qualche

²² Aop, Cartelle cliniche, R.E., relazione medica, s.d. [settembre 1919].

²³ Aop, Cartelle cliniche, D.R., lettera al direttore dell'Ospedale militare di Parma, 26 aprile 1920.

modo legate, dai congiunti ai rappresentanti delle comunità locali dalle quali provenivano.

Al di là dei tentativi, da parte dei militari, di rimanere lontani dal campo di battaglia il più a lungo possibile, se leggiamo le cartelle cliniche ponendo attenzione al ruolo dei familiari o degli esponenti più influenti delle comunità di appartenenza dei militari ricoverati, notiamo con frequenza la costruzione di una sorta di rete di protezione attorno a loro.

Si può ipotizzare che anche le autorità civili, e non solo i familiari, cercassero di proteggere e difendere i propri ragazzi dai pericoli e dagli orrori della guerra, elaborando strategie di sopravvivenza connesse all'exasperazione delle cause della malattia mentale di cui essi sembravano soffrire.

In primo luogo, dunque, furono i congiunti più stretti che, allarmati per le scarse notizie che giungevano dal manicomio, si mobilitarono con gli strumenti a disposizione per riportarli a casa. Nell'agosto 1917, il padre di Michele B., da Salerno, – che era stato ricoverato a Colomo nell'aprile 1915 fino a quando, in ottobre, non fu riformato con la diagnosi di demenza precoce e mandato prima al manicomio di Nocera Inferiore e quindi, finalmente a casa –, scrisse ancora al direttore Ugolotti, perché temeva che con la nuova chiamata alle armi avrebbe potuto essere trattenuto, dal momento che la sua malattia si manifestava con intermittenza e «con momenti agitati»:

Dato che mio figlio soffra sempre degli stessi disturbi mentali di demenza precoce con momenti agitati, col dubbio che mio figlio potrà essere dal Consiglio di leva internato per l'esperimento e che questi lo potessero di nuovo trattenere. Mi rivolgo con la presente a V.S.III.ma per avere un certificato legale che, unito a quello del medico condotto di qui, provere [sic] luminosamente la verità²⁴.

Anche il padre di Loreto G., ventenne romano che entrò in manicomio il 12 gennaio 1916 a causa di «accessi istero-traumatici» per esserne dimesso dopo un mese come non «affetto da alcuna malattia mentale, per quanto di temperamento irascibile e criminaloide»²⁵, scrisse faticosamente al direttore Ugolotti una lettera accorata con la quale cercava di dimostrare la malattia mentale del figlio:

²⁴ Aop, Cartelle cliniche, B.M., lettera di Gaetano B., 18 agosto 1917.

²⁵ Aop, Cartelle cliniche, G.L., nota del direttore, 4 febbraio 1916.

Era peggio quando era in casa, ora rideva, lì a poco una piccola cosa che veniva tra sorelle e fratello lui prendeva ciò che teneva in mano e tirava, e lì a poco li a carezzava. Anche a me mi faceva eguale. Ripeto quando andava su le furie e che si vedeva che li nerbi gli davano fastidio mi conveniva di andarmene e lasciarlo solo. [...] Questo quello che io posso riferire, qui in Roma tutti lo sanno²⁶.

Accanto alle manovre dei familiari, ancora più interessanti sono le lettere da parte delle autorità locali – cui probabilmente i genitori dei soldati in manicomio chiedevano di intercedere facendo pesare la propria posizione sociale, nella speranza di risultare più convincenti – e che frequentemente si attivarono e intervennero in favore dei propri compaesani.

Le cause di quei comportamenti sono da rintracciare nella forte solidarietà comunitaria e di protezione reciproca che si era diffusa tra soldati e civili, insieme a un senso diffuso di ingiustizia relativa, innescate dal peggioramento progressivo delle condizioni materiali di vita connesse allo sviluppo della guerra. Come ha scritto Giovanna Procacci,

Quello che piuttosto si sviluppò con la guerra fu un forte senso di solidarietà di gruppo – di battaglione, di paese, di origine, al fronte; all'interno, di comunità e di famiglie, di professione e di lavoro; di appartenenze culturali e politiche, ecc. –; solidarietà parziali, che non confluivano in una coesione nazionale, ma che al contrario ad essa si contrapponevano²⁷.

Così, ad esempio, le dichiarazioni di Oreste A., soldato dell'8° Lancieri di Montebello – che aveva raccontato di «soffrire di stati accessuali e a lunghi intervalli di assenza psichica durante i quali commette[va] atti gravi e pericolosi verso gli altri» e che fu ricoverato il 27 gennaio 1917 per un «accesso di alienazione mentale»²⁸ –, furono rafforzate e sostenute dal sindaco del suo paese, Sestri Ponente (Ge), il quale riferì che

Il soldato A.O. mi risulta appartenere a famiglia di buona condotta sotto ogni riguardo, ad eccezione del padre, che è dedito al vino. Il suddetto A. diede più volte segni di squilibrio mentale col commettere atti imprudenti contro agenti di P. Sicurezza da determinare il suo arresto. È dedito al vino, e all'età di tre anni circa fu colpito da meningite²⁹.

²⁶ Ivi, lettera di Giuseppe G., 20 gennaio 1916.

²⁷ G. Procacci, *Dalla rassegnazione alla rivolta*, cit., p. VIII.

²⁸ Aop, Cartelle cliniche, A.O., tabella nosografica, 27 gennaio 1917.

²⁹ Ivi, lettera del sindaco di Sestri Ponente, 12 febbraio 1917.

Con le sue parole, il sindaco stava cercando di segnalare che per più di una causa, dall'alcolismo alla meningite sofferta da piccolo, fino alle aggressioni agli agenti, Oreste poteva avere effettivamente problemi mentali. Eppure, sia i tentativi del primo cittadino, che quelli dello stesso soldato non parvero sortire gli effetti sperati, perché Oreste fu considerato «poco credibile» e dimesso il 22 marzo come non alienato³⁰.

Nel caso del giovane granatiere Giovanni P., contadino nato e residente a Fano (An), ricoverato il 21 gennaio 1916 in seguito ad un episodio di «eccitamento e disordine» la mobilitazione in suo sostegno coinvolse quasi tutte le autorità locali e ottenne il risultato di restituirlo alla famiglia.

Fu la presidentessa delle Dame della Croce Rossa di Fano, Letizia Bracci Tommasini, a farsi carico di corrispondere con il direttore per conto dei familiari, e di fargli recapitare lettere che testimoniavano le difficili condizioni di salute di Giovanni. In primo luogo lei stessa segnalò che, conoscendolo, poteva confermare che egli «fu già ricoverato all'Ospedale militare di Fano dove [...] soffriva di frequenti svenimenti ed aveva un completo esaurimento nervoso, così dicevano i medici»³¹. In secondo luogo, la signora Bracci Tommasini volle sottolineare con forza che la malattia di Giovanni aveva radici anche nella ereditarietà familiare, e per questo allegò una relazione del medico condotto, il quale confermò la «idiozia e deficienza mentale» del giovane, e la «predisposizione naturale ai fenomeni nervosi» da parte di tutta la famiglia³².

Come se non bastasse, la signora Bracci Tommasini presentò anche la testimonianza del parroco, che concluse l'opera segnalando che il comportamento di Giovanni era strano fin dall'infanzia:

Mentre è stato in questa parrocchia e specialmente alla istruzione per la prima Comunione era di poca intelligenza, spesso faceva atti buffoneschi ed era il zimbello dei compagni. Il padre e la madre erano malaticci pellagrosi e paralitici³³.

A completare questo ritratto intervenne anche la relazione della polizia municipale, che aggiunse nitidezza allo sfondo sul quale si stagliava il «matto»:

³⁰ Ivi, tabella nosografica, 22 marzo 1917.

³¹ Aop, Cartelle cliniche, P.G., lettera di Letizia Bracci Tommasini, 4 febbraio 1916

³² Ivi, lettera del dottor Alberto Poggioli, 3 febbraio 1916.

³³ Ivi, lettera del parroco don Luigi Valentini, 2 febbraio 1916.

Dai precedenti della famiglia del soldato P.G., risulta:

1. che la nonna da parte del padre era una pellagrosa;
2. il padre è affetto da paraplessia da circa 13 anni;
3. la nonna da parte della madre andava soggetta d'alienazioni mentali;
4. la mamma è continuamente malaticcia dando spesso segni di squilibrio mentale;
5. il P.G. viene chiamato dagli abitanti vicini il matto per le sue stramberie; ha pure tendenza all'ozio, condotta mediocre, ha sofferto per lunga data di mal di stomaco e catarro intestinale³⁴.

L'autorevole intervento dei maggiori membri della comunità di Fano contribuì sicuramente alla definizione della diagnosi di «manifesta deficienza mentale con conseguente lieve eccitamento e disordine della condotta», per la quale il 21 aprile, dopo essere stato riformato, Giovanni fu dimesso e mandato a casa³⁵.

Per quanto le informazioni raccolte sembrano dimostrare l'effettiva malattia mentale del ragazzo, leggendo l'impegno e la sollecitudine con la quale vennero descritte le caratteristiche di Giovanni e della sua famiglia ritornano subito alla mente le pagine esilaranti nelle quali Jaroslav Hašek tratteggiò la capacità da parte di un simulatore di farsi «passare per scemo», insistendo proprio sulla predisposizione e l'ereditarietà delle malattie mentali:

Cominciò a recitare la parte del malato per tare ereditarie, e, quando fu visitato dal medico dello stato maggiore, dichiarò che non aveva disertato, ma che in realtà fin da giovane gli era piaciuto viaggiare ed aveva sempre avuto la passione di fuggire in località lontane. Una volta, disse, si era risvegliato ad Amburgo, ed un'altra volta a Londra, senza sapere come ci fosse arrivato. Suo padre, aggiunse, era un alcolizzato e s'era suicidato prima che egli nascesse, sua madre era una prostituta ed una ubriacona, ed era deceduta per delirium tremens. La sorella minore si era buttata sotto un treno, il fratello era saltato dal ponte ferroviario di Vyšehrad, suo nonno aveva assassinato la propria moglie e poi s'era cosperso di petrolio e s'era dato fuoco; l'altra sua nonna era andata girovagando con certi zingari e s'era avvelenata in prigione coi fiammiferi, un cugino era stato condannato più volte per mania incendiaria e s'era tagliato le vene del collo con un pezzo di vetro a Kartouze, una cugina da parte paterna s'era buttata dal sesto piano in una casa di Vienna, egli stesso aveva ricevuto un'educazione assai trasandata e fino a dieci anni non aveva saputo parlare perché all'età di sei mesi, mentre lo fasciavano sul tavolo e s'erano dovuti allontanare un momento, la gatta l'aveva fatto cadere e aveva battuto la testa sul pavimento³⁶.

³⁴ Ivi, lettera della Polizia municipale, 3 febbraio 1916.

³⁵ Ivi, relazione del direttore, 22 febbraio 1916.

³⁶ Jaroslav Hašek, *Il buon soldato Švejk*, Feltrinelli, Milano 1992, pp. 426-427.

Allontanandoci dalla letteratura per tornare nella realtà del manicomio, osserviamo che, in modo quasi paradossale, furono i medici condotti a segnalare l'esistenza di una stretta correlazione tra guerra e patologie psichiche, più che l'ereditarietà e la predisposizione biologica delle malattie mentali. Fu quello che accadde all'alpino parmense Enrico P., ricoverato il 3 settembre 1918 per uno «stato di disordine ed eccitamento». Nel compilare il modulo della relazione che lo accompagnò in manicomio, il medico di Langhirano scrisse chiaramente che la vita militare era l'unica «influenza nociva» che lo aveva portato alla malattia attuale³⁷.

Il tentativo di proteggere i giovani soldati chiusi in manicomio dall'eventualità che venissero catturati di nuovo nelle maglie dell'esercito affondava le proprie radici in una percezione diffusa di un senso di alterità verso la guerra, i suoi valori, i suoi fini e in una certa strategia di sopravvivenza che, secondo Stefano Musso, era da porre in relazione con le campagne per la pace, perché «il pacifismo, prima che rivoluzionarismo, è difesa di interessi vitali»³⁸.

In effetti, durante la guerra, agitazioni che avevano la loro radice in problemi annonari e in tumulti contadini si saldaron con malumori e fermenti più tipicamente operai, come nel caso delle agitazioni della cintura industriale di Milano nella primavera del 1917³⁹.

Sottesa tanto alle agitazioni operaie quanto ai tumulti contadini, si trovava una forma di indignazione morale, una diffusione di un comune sentire che andava, forse, anche al di là della semplice stanchezza per la guerra, sentimento molto diffuso anche a livello europeo, soprattutto a partire dal 1917. Si trattava, piuttosto, di un comune sentire popolare che può essere rintracciato negli atteggiamenti di solidarietà verso le decine di migliaia di renitenti alla leva e di disertori che vivevano soprattutto nelle campagne italiane⁴⁰.

³⁷ Aop, Cartelle cliniche, P.E., relazione medica, 1 settembre 1918.

³⁸ Cfr. S. Musso, *Scioperi e conflitto sociale durante la prima guerra mondiale*, in "Movimento operaio e socialista", n. 3, 1986, p. 464.

³⁹ Sul caso milanese si rimanda a Alceo Riosa (a cura di), *Milano in Guerra 1914-1918. Opinione pubblica e immagini delle nazioni nel primo conflitto mondiale*, Unicopli, Milano 1997; Duccio Bigazzi, *Il Portello. Operai, tecnici e imprenditori all'Alfa Romeo 1906-1926*, Franco Angeli, Milano 1998; Piero Di Girolamo, *Produrre per combattere: operai e mobilitazione industriale a Milano durante la grande guerra 1915-1918*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli 2002.

⁴⁰ Secondo Giovanna Procacci, fino al settembre 1917 si contava «un complesso di più di 100.000 disertori, presenti in tutte le regioni italiane e in alcune particolarmente numerosi: come in Sicilia dove, senza contare i

Come ha osservato Bruna Bianchi,

Decisivo nel consentire periodi più o meno lunghi di latitanza, fu l'appoggio della popolazione. Nelle campagne, i soldati offrivano le loro braccia, i contadini, un nascondiglio, un po' di cibo e abiti civili. [...] Erano spesso i ragazzi che facevano opera di vigilanza nelle campagne, aiutavano i soldati a non uscire dai loro nascondigli o a non recarsi nei centri abitati facendo per loro servizi e commissioni. Piccoli aiuti occasionali e tuttavia preziosi per chi affrontava la latitanza da solo⁴¹.

Il fenomeno dei renitenti e dei disertori rese in modo particolarmente evidente quel rinsaldarsi di identità comunitarie contro la guerra, e contro l'esercito in particolare, fenomeno che non rimandava solo all'intensità e alla diffusione di un radicale rifiuto della guerra da parte dei diretti protagonisti, ma anche a livelli elevati di solidarietà comunitaria, e di diffusa condivisione popolare delle loro ragioni. Quei comportamenti, infatti, certamente non eccezionali e nemmeno troppo diffusi da essere ritenuti normali, erano allo stesso tempo, anche talmente visibili e circondati da tanta solidarietà o omertà da rimandare, comunque, all'esistenza di un diffuso sentire antistatale e antipatriottico⁴².

Del resto, anche secondo Anna Bravo,

L'assunzione del disertore a eroe positivo ha le sue radici prime nella già ricordata tradizione di ostilità alla guerra, rispetto alla quale incarna l'opposizione più esplicita realizzata all'interno di questa cultura, e al tempo stesso la sola forma di rifiuto che abbia pagato⁴³.

disertori, avevano trovato rifugio più di 33.000 renitenti, e in Toscana, che contava anch'essa 10000 renitenti», Ead., *Soldati e prigionieri italiani nella grande guerra*, cit., pp. 83-94, p. 85. La questione della diserzione è stata affrontata anche da B. Bianchi, *La Follia e la fuga*, cit., pp. 159-337, e da Irene Guerrini e Marco Pluviano, *Le fucilazioni sommarie nella Prima guerra mondiale*, Gaspari editore, Udine 2004. Per un'analisi del fenomeno a livello europeo si veda Nicolas Offenstadt, *Les fusillés de la Grande guerre et la mémoire collective (1914-1999)*, Odile Jacob, Paris, 1999; Leonard V. Smith, *Between Mutiny and Obedience. The Case of the French Fifth Infantry Division during World War I*, Princeton University Press, Princeton 1994; Guy Pedroncini, *Les mutineries de 1917*, Puf, Paris 1967.

⁴¹ B. Bianchi, *La follia e la fuga*, cit., pp.282-283.

⁴² Tra gli oltre 3000 schedati dalla Questura di Parma nel Casellario politico provinciale, i segnalati che, oltre a mantenere comportamenti "sovversivi" nel dopoguerra, avevano disertato durante la Grande guerra furono 25, per la maggior parte indicati come socialisti o anarchici e prevalentemente residenti in città, cfr. la Banca dati dei sovversivi parmensi, realizzata da Margherita Becchetti, William Gambetta, Ilaria La Fata, Brunella Manotti, Marco Minardi, Mario Palazzino e Guido Pisi, 2004, consultabile presso l'Archivio di Stato di Parma. Per considerazioni sulla provenienza contadina di questi "sovversivi" cittadini si rimanda a Margherita Becchetti, *Oltretorrente Rivolte e conflitto sociale a Parma 1868-1915*, cit.

⁴³ Cfr. Anna Bravo, *Donne contadine e prima guerra mondiale*, in "Società e storia", n. 10, a. III, 1980, pp. 843-862, p. 858.

Mettendo in relazione diserzione e renitenza nel quadro dei rapporti di lungo periodo tra Stato e società rurale, Antonio Gibelli ha descritto la fuga dall'esercito proprio come lo sforzo di porsi fuori del controllo dello Stato, «una risposta all'inquadramento, il tentativo via via più difficile, fino a diventare disperato e senza sbocco, di sottrarvisi»⁴⁴.

A Colorno, tra i soldati ricoverati dopo essere stati accusati di diserzione, l'appoggio dei familiari si rivelò decisivo su diversi piani. In primo luogo per fuggire, come accadde ad Albino P., ventiquattrenne granatiere di Legnago (Vr), ricoverato nell'ottobre 1919 in preda ad uno «stato confusionale (amenziale)». Albino raccontò ai medici di essere riuscito a scappare dopo Caporetto, e di essersi nascosto nel suo paese con l'aiuto della famiglia. Fu portato in manicomio dopo avere saputo dell'amnistia «per reati comuni e militari» del settembre 1919, notizia che lo agitò a tal punto da farlo trasportare in ospedale legato alla barella e con la camicia di forza⁴⁵.

In secondo luogo, com'era naturale, le famiglie si impegnarono a proteggere i propri soldati anche dopo che erano stati accusati: Giuseppe C., trentunenne fante contadino proveniente da Bettola, nell'Appennino piacentino, il 26 maggio 1917 fu mandato in osservazione in manicomio dopo che, alla fine di una licenza di due settimane, non si era ripresentato in caserma. A breve distanza dalla notizia che segnalava la malattia mentale di Giuseppe e la sua riforma dall'esercito, i genitori si affrettarono a scrivere al direttore dichiarandosi «in grado e in obbligo di mantenerlo e curarlo anche durante una lunga convalescenza», e nonostante le difficoltà che ne sarebbero potute derivare⁴⁶.

4. Le donne

Spostando la nostra attenzione dai soldati agli altri soggetti che ad essi si intrecciarono e con essi condivisero, seppur in modo indiretto, l'esperienza del manicomio, non possiamo non concordare con le riflessioni di Antonio Gibelli in

⁴⁴ A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit., p. 131.

⁴⁵ Aop, Cartelle cliniche, P.A., tabella nosografica, 10 ottobre 1919.

⁴⁶ Aop, Cartelle cliniche, C.G., lettera del sindaco di Bettola, 8 luglio 1917.

merito al carattere “totale” della Grande guerra, la quale comportò «esperienze nuove non solo per i combattenti, ma per l’intera popolazione»⁴⁷.

Le cartelle cliniche dei soldati ricoverati in manicomio si sono rivelate una fonte utile e preziosa anche per ricostruire i rapporti sociali e i loro mutamenti, soprattutto per quel che riguarda le relazioni tra uomini e donne. Numerose cartelle, infatti, contengono tracce della corrispondenza che le famiglie tenevano con i medici, e in rari casi anche con i familiari, che quasi mai venivano recapitate al paziente, ma conservate nei fascicoli personali perché considerate prove necessarie per ricostruirne l’anamnesi familiare.

Attraverso quelle lettere, dunque, possiamo confermare che l’esperienza del manicomio non segnò a lungo e in profondità soltanto i ricoverati, ma si ripercosse anche sui legami che quegli stessi soldati avevano con le loro mogli, madri o sorelle.

In generale, la partenza per il fronte di circa sei milioni di uomini aveva imposto un continuo riadattamento degli equilibri e dei ruoli sui quali si reggevano le convivenze all’interno di gran parte dei nuclei familiari. Sia negli ambienti urbani che in quelli rurali, il trauma bellico mutò profondamente le relazioni tra uomini e donne e tra genitori e figli e alterò le relazioni di dipendenza, finendo con il ridefinire responsabilità e ruoli per il soddisfacimento di nuovi bisogni. Il venir meno delle braccia e dei salari di coloro che erano stati chiamati alle armi dovette essere necessariamente compensato dalle energie lavorative di donne, anziani, ragazzi, ma anche, non di rado, di bambini e adolescenti⁴⁸.

Per le donne, dunque, la guerra implicò la necessità di darsi da fare in modo ancora più intenso di quanto non fosse la loro attività quotidiana in tempo di pace. Naturalmente, le differenze tra le classi sociali furono rilevanti. Il primo ambito nel quale le donne più agiate si mobilitarono fu quello assistenziale: nel paragrafo precedente abbiamo visto che l’intermediaria tra la famiglia di Giovanni P. e il direttore

⁴⁷ A. Gibelli, *La grande guerra degli italiani*, cit., p. 9. Ai mutamenti sociali del fronte interno Gibelli dedica tutto il capitolo 3, pp. 171-249.

⁴⁸ Sia pure limitatamente alla mobilitazione sociale, che ne avrebbe fatto – insieme ai reduci - i protagonisti dei moti annonari e delle lotte contadine del dopoguerra, la funzione delle esperienze vissute da donne, adolescenti e ragazzi durante la guerra come veicolo della precoce maturazione al conflitto sociale e politico era stato proposto all’attenzione della storiografia fin dal 1978 da Antonio Parisella, in Id., *Le lotte dei contadini nel Lazio dalla guerra al fascismo*, in “Annali dell’istituto A. Cervi”, n. 1, 1978, pp. 201-210. Al riguardo, si veda anche Bruna Bianchi, *Crescere in tempo di guerra. Il lavoro e la protesta dei ragazzi in Italia 1915-1918*, Cafoscarina, Venezia 1995; Ivano Urli, *Bambini nella Grande guerra*, Gaspari, Udine 2003; Matteo Ermacora, *I minori al fronte della grande guerra. Lavoro e mobilità minorile*, Teti, Milano 2004; A. Gibelli, *Il popolo bambino. Infanzia e nazione dalla Grande guerra a Salò*, Einaudi, Torino 2005.

di Colorno fu proprio una dama della Croce rossa di Fano, presidente dell'Ufficio notizie, che scrisse in vece dei genitori e che si impegnò a seguire il caso del «povero ragazzo»⁴⁹.

Accanto a incarichi come questo, socialmente utili e riconosciuti anche dalla propaganda, per le donne più ricche il ricovero di un congiunto in manicomio significò anche assumere su di sé la responsabilità degli affari familiari.

Nella cartella clinica del soldato vicentino Teofilo D., possidente ricoverato il 4 febbraio 1916 per «stupore e indebolimento mentale», i medici riportarono alcuni stralci di lettere che Teofilo scrisse alla moglie. Dopo averle chiesto di occuparsi lei degli interessi familiari «ché lui non ne vuol sentire», in risposta alle lamentele e rimostranze della moglie perché era stata maltrattata dalla suocera, lui le suggerì di eliminare radicalmente il problema, delegandole completamente la questione: «e se mia madre è venuta matta un'altra volta sarà meglio ammazzarla dunque pensaci tu come puoi meglio fare»⁵⁰.

Con ogni probabilità, la moglie di Teofilo non ricevette mai le lettere del marito, ed è impossibile ricostruire il suo atteggiamento verso la sua malattia perché nella cartella clinica mancano anche quelle scritte da lei.

Leggendo le lettere conservate all'interno delle cartelle, invece, osserviamo che anche per mogli e madri delle classi più povere – e a Colorno furono la maggioranza –, le vicende della guerra connesse al ricovero in manicomio di un proprio congiunto furono segnate principalmente dall'angoscia, che si sommava anche al senso di smarrimento che sovente seguiva alla notizia dell'internamento del proprio caro.

L'esperienza del manicomio si legava a quella, altrettanto dolorosa, della guerra, e contribuì ad aumentare in molte donne la sensazione di “spaesamento”, come è stata definita da Augusta Molinari:

Nel primo Novecento la guerra è per le donne, essenzialmente, una condizione di sofferenza, di lutto, di separazione, di “spaesamento” fisico, morale, anche di “spaesamento” di genere. Una fase di sospensione delle regole della vita

⁴⁹ Aop, Cartelle cliniche, P.G., lettera di Letizia Bracci Tommasini, 28 gennaio 1916. Sul ruolo femminile nell'assistenza di Guerra si veda in particolare Stefania Bartoloni, *L'associazionismo femminile nella prima guerra mondiale e la mobilitazione per l'assistenza civile e la propaganda*, in Ada Gigli Marchetti, Nanda Torcellan, *Donna lombarda 1860-1945*, Franco Angeli, Milano 1992, pp. 65-91; Augusta Molinari, *La buona signora e i poveri soldati. Lettere a una madrina di guerra (1915-1918)*, Scriptorium, Torino 1998.

⁵⁰ Aop, Cartelle cliniche, D.T., tabella nosografica, 15 e 20 febbraio 1916.

quotidiana dove la percezione dominante della guerra è quella del lutto, della partecipazione ad un'esperienza di morte⁵¹.

A volte le donne non seppero vincere le proprie difficoltà, e delegarono la richiesta di informazioni a chi, secondo loro, si trovava in posizioni di pari autorità con il direttore. Fu il caso, ad esempio, della moglie di Umberto M., trentunenne di Perugia ricoverato per «malinconia ansiosa» il 28 maggio 1916; un mese dopo l'ingresso in manicomio del giovane, il sindaco scrisse a Ugolotti perché la moglie «non osava» rivolgersi direttamente a lui, confermando la disponibilità da parte dei famigliari ad accoglierlo e assisterlo a casa, anche perché la «consorte infelice» era «un modello di sposa e di madre» e sarebbe stata «la migliore delle infermiere». Qualche mese dopo, il sindaco scrisse nuovamente insistendo sulla «grande ansietà» con la quale i familiari attendevano il rimpatrio di Umberto⁵².

Per coloro che invece cominciarono a scrivere, invece, possono valere le considerazioni più generali sulla difficoltà, e allo stesso tempo la necessità, di convertire in parole emozioni e bisogno di contatto con i propri familiari, che alimentarono un fenomeno, quello della scrittura di guerra, di vastissime proporzioni⁵³.

Così, nelle lettere e nelle richieste di informazioni da parte dei familiari, e in particolare da parte delle mogli e delle madri, i termini più ricorrenti erano legati alla preoccupazione di non avere notizie, come «ansia», o «angoscia».

Nel febbraio 1916, la moglie del soldato Marino C., ventinovenne milanese ricoverato per «psicosi melanconica con tendenza al suicidio», chiese al direttore Ugolotti notizie del marito, confermando il dolore che le aveva provocato quella disgrazia e aggiungendo che la situazione economica non le permetteva di correre a trovarlo, come avrebbe invece desiderato:

⁵¹ A. Molinari, *Donne e ruoli femminili nell'Italia della Grande guerra*, cit., p. 15.

⁵² Aop, Cartelle cliniche, M.U., lettere del sindaco di Preci (Pg), rispettivamente 28 giugno e 3 settembre 1916. Giudicato affetto da «malinconia ansiosa», Umberto fu riformato il 23 settembre di quell'anno e finalmente trasferito a casa.

⁵³ Per riflessioni sulle scritture dei soldati si rimanda, oltre al già citato L. Spitzer, *Lettere di prigionieri di guerra italiani*, cit., anche a Gianluigi Fait, Diego Leoni, Fabrizio Rasera, Camillo Zadra, *La scrittura popolare della guerra. diari di combattenti trentini*, in D. Leoni, C. Zadra (a cura di), *La grande guerra. esperienze, memoria, immagini*, cit., pp. 105-135; A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit., pp. 51-64; Attilio Bartoli Langeli, *La scrittura dell'italiano*, Il Mulino, Bologna 2000; Fabio Caffarena (a cura di), *Lettere dalla Grande guerra. Scritture del quotidiano, monumenti della memoria, fonti per la storia*, Unicopli, Milano 2005.

Ill. mo Signor Direttore, rispondo subito alla sua lettera, e fù per me un colpo terribile nell'apprendere la notizia in essa recatomi. Già da alcuni giorni non avevo notizie di mio marito C. Marino ma ero molto lontana dal pensare a una così grande disgrazia. Se potessi procurarmi i mezzi necessari, immediatamente partirei alla volta di Parma per assicurarmi in che stato esso si trova ma disgraziatamente questi mi mancano e sono costretta a vivere nell'angoscia. In merito a quanto ella mi chiede riguardo a mio marito le posso dire solo che riscontro in lui un carattere molto esaltato, ma non manifestò mai sinistri propositi. La prego di scusare se mi sono un pochino dilungata, le sarò pure molto riconoscente se vorrà tenermi informata di quanto succede a mio marito e ringraziandolo infinitamente le porgo i miei distinti saluti⁵⁴.

Anche Maria, madre di Giovanni S., ventunenne napoletano entrato a Colorno il 26 gennaio 1917 per «turbe mentali», scrisse a Ugolotti tutto il proprio dolore e disperazione, aggiungendo però anche il tentativo, nemmeno troppo velato, di riportare a casa il proprio figliolo «stravagante ed irrequieto»:

Ill.mo Sig. Direttore, [...] non le so esprimere con parola quale consolazione ha apportato al mio cuore straziato di madre, priva affatto di confortanti notizie del suo caro figlio malato lontano. Io non fo altro che piangere continuamente perché penso che mi mancano i mezzi sufficienti per venirlo a vedere di persona e confortarlo a rassegnarsi a sopportare il male da cui è affetto. I medici che lo hanno visitato, molto tempo fa e varie volte, si trovano tutti e tre in servizio militare e quindi, pel momento, non posso procurarmi tutti i richiesti certificati. Allego però alla presente quello dell'ultimo medico che lo ha curato; solo le posso assicurare che fin dalla piccola sua età si è mostrato sempre di carattere stravagante ed irrequieto tanto che ho dovuto pensare sempre pel suo sostentamento ad a tutto fino a che fu chiamato pel soldato. Ogni volta che, spinta dalla necessità, mi provavo di metterlo a lavorare, me lo respingevano perché buono a nulla e pericoloso per gli altri operai. Anzi tutti lo chiamavano col nomignolo di scemo non esclusa la famiglia. I mille tentativi a farlo istruire a scuola mi sono riusciti vani. In certi periodi poi era proprio insopportabile: le basti il sapere che per un nonnulla metteva la casa in rivoluzione, facendo infinite stranezze e io ho vissuto, per cagion sua, in continue ansie e palpitazioni. Queste ora si sono aumentate per la sua lontananza. Fo appello quindi nuovamente al suo cuore di volerlo trattare come un figlio e così farmi avere la tranquillità di animo e la speranza che un pietoso signore pensa alle sorti di un infelice orfano di padre. Le manifesto la mia infinita gratitudine e La ringrazio sentitamente di quanto ha fatto e crederà di fare per me⁵⁵.

Le parole di Maria confermano quella che Anna Bravo ha definito «la forza del registro materno», fortemente legittimante nei momenti di crisi, che a suo parere,

⁵⁴ Aop, Cartelle cliniche, C.M., lettera della moglie, 19 febbraio 1916.

⁵⁵ Aop, Cartelle cliniche, S.G., lettera della madre, 27 febbraio 1917.

stimolerebbero «più che una tendenza egualitaria, l'identificazione a una maternità potente e arcaica [...], un'immagine della differenza insieme forte e sofferta»⁵⁶.

Alla maggior parte delle donne che ebbero i propri uomini ricoverati in manicomio, il «trauma di lunga durata» che fu la guerra causò soprattutto «lutto, sofferenza e ansia materna»; e tuttavia accanto alle sofferenze, o all'aumento della fatica e della responsabilità per essersi dovute sostituire agli uomini nello svolgimento di mansioni che prima erano riservate a quelli, per gran parte delle donne – a vario livello a seconda delle differenze regionali e sociali –, quelle prove coincisero anche con un'esperienza straordinaria di libertà, come l'ha definita Françoise Thébaud:

In Italia, l'esperienza femminile assume forme rivoluzionarie in quanto la guerra [...] stravolge gli elementi tradizionali dell'identità femminile, il privato, la vita domestica, la riproduzione. E questo in un paese profondamente segnato dal codice mediterraneo dell'onore, dalla morale e dall'educazione cattolica, e dalle teorie della scuola di Lombroso che fornivano un appiglio fisiologico alla reclusione femminile⁵⁷.

Per questo possiamo immaginare lo scalpore che suscitò la “zia” del fante Primo B., ventunenne di Cesena ricoverato il 5 gennaio 1918 per un «lieve stato confusionale depressivo», la quale, essendosi recata in visita al ragazzo, fu interrogata dai medici circa i precedenti anamnestici di Primo e della sua famiglia. Dopo qualche giorno i medici segnarono sul diario clinico, seccamente e senza altri commenti che quella donna non era affatto la zia:

Le notizie date dalla donna in data 24 non sono vere. Essa non è una zia, ma una donna di un paese qui vicino che egli conobbe quando il suo reggimento ebbe qui breve permanenza⁵⁸

Il tentativo di quella donna di aiutare Primo – decisamente fuori degli schemi e dei modelli tradizionali che vedevano la donna prevalentemente come moglie e madre “onesta” –, facendosi passare per parente per poterlo vedere, non fu però fruttuoso, anzi, si tradusse nella convinzione da parte dei medici che tutto quello che il ragazzo

⁵⁶ Anna Bravo, *Simboli del materno*, in Ead. (a cura di), *Donne e uomini nelle guerre mondiali*, cit., pp. 96-134, p. 98. Sul ruolo protettivo e di assistenza delle madri si veda anche Giovanna Fiume (a cura di), *Madri. Storia di un ruolo sociale*, Marsilio, Venezia 2005.

⁵⁷ Françoise Thébaud, *La Grande Guerra: età della donna o trionfo della differenza sessuale?*, in Georges Duby, Michelle Perrot (a cura di), *Storia delle donne. Il Novecento*, Laterza, Roma-Bari 1992, pp. 25-90, p. 48. La definizione della guerra come «trauma di lunga durata» è Ivi, p. 26.

⁵⁸ Aop, Cartelle cliniche, B.P., tabella nosografica, 30 gennaio 1918.

faceva e diceva fosse semplicemente una finzione e segno di simulazione, tanto che fu dimesso il 6 febbraio 1918.

Riflettere sul rapporto tra donne, soldati e follia significa però anche ragionare – o per lo meno iniziare a farlo – su quelle donne che furono ricoverate in manicomio durante il conflitto, o subito dopo, per indagare la portata del trauma anche su coloro che rimasero lontano dai campi di battaglia.

La riflessione si inserisce in un processo di più ampio mutamento dei ruoli femminili, talmente sconvolgente da favorire, in alcuni casi, come ha rilevato Augusta Molinari, manifestazioni di disagio mentale:

Le contraddizioni e i conflitti che caratterizzano un'epoca di rapida trasformazione sociale minacciano la stabilità dei ruoli femminili e possono favorire l'emergere di manifestazioni di disagio mentale. Che trovano, in genere, nella famiglia il "luogo" di origine e, nell'istituzione psichiatrica, l'unica forma di assistenza. La prima resa più fragile da una perdita di centralità economica e sociale. La seconda che si consolida a partire dalla metà dell'Ottocento. Sia per la sua funzione di "agente" del controllo sociale sia per l'autorevolezza culturale che all'epoca viene riconosciuta al sapere psichiatrico⁵⁹.

Per quanto questo argomento, nello specifico, esuli dal tema centrale della nostra ricerca, la documentazione reperita permette già di elaborare alcune ipotesi, che dovrebbero naturalmente essere confermate dall'analisi ravvicinata delle cartelle cliniche delle donne ricoverate durante la Grande guerra.

In primo luogo, il personale medico, già in difficoltà a porre in relazione i motivi del ricovero di così tanti soldati con i traumi subiti in vario modo durante il servizio militare, sembrò trascurare qualsiasi tipo di riflessione sulle ricoverate.

Sia nel 1916 che nel 1918, infatti, Ugolotti mise in relazione l'incremento degli ingressi esclusivamente con il grande numero di militari – quindi maschi – mandati in osservazione e segnalò che «solo in questo senso forse la guerra è stata causa – almeno nel nostro istituto – di aumento della popolazione manicomiale»⁶⁰.

Con quelle parole probabilmente il direttore voleva significare che la guerra non aveva influito in altro modo sugli ingressi femminili. E simili considerazioni furono

⁵⁹ A. Molinari, *Donne e ruoli femminili nell'Italia della Grande guerra*, cit., pp.116-117.

⁶⁰ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma. Anno amministrativo 1915-1916, parte II, Alligati, Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1915 e 1916. Relazione del direttore, p. 705.

avanzate nel biennio seguente, quando scrisse che «una forte maggioranza di tali ammissioni è data dai maschi, e più particolarmente da militari mandati in osservazione»⁶¹.

In effetti, osservando le tabelle del movimento generale dei ricoverati, notiamo che, nel corso degli anni di guerra, il numero delle donne internate non crebbe particolarmente e si mantenne sui settanta nuovi ingressi all'anno, raggiungendo il picco minimo nel 1916 (49 ingressi) e massimo nel 1918 (84 nuovi ricoveri) [Tabelle 2-5, Grafici 2-5].

E tuttavia, osservando con attenzione le categorie delle malattie mentali con le quali furono classificate, si osserva un certo aumento dei ricoveri per «psicosi distimiche» (aumento che, come abbiamo visto nel capitolo precedente, si verificò anche per gli uomini), cioè quelle forme maniache di depressione e malinconia nelle quali, secondo il manuale di Tanzi e Lugaro, «il nucleo fondamentale necessario del quadro psicopatico è costituito da un'esagerazione straordinaria del tono affettivo, nel senso dell'esaltamento o della depressione, della mania o della melanconia, od ora nell'uno ora nell'altro a periodi diversi»⁶².

Le donne ricoverate per psicosi affettive subirono infatti un aumento progressivo, passando da 15 su 81 (pari al 18,5%) nel 1915, arrivando a 25 su 78 (32,05%) l'anno successivo, fino alle 32 su 103 nuovi ingressi del 1918 (pari cioè al 31,06%) [Tabelle 10-13, Grafici 10-13.2].

Se per Ugolotti queste variazioni non erano significative di un quadro psichiatrico che per le donne si manteneva sostanzialmente immutabile, l'analisi di casi simili, in quegli stessi anni, aveva condotto una psichiatra donna nel vicino ospedale di Reggio Emilia, Maria Del Rio, a conclusioni completamente diverse⁶³.

⁶¹ App, Atti del Consiglio provinciale di Parma. Anno amministrativo 1916-1917, parte II, Allegati, Funzionamento del manicomio di Colorno durante gli anni 1917 e 1918. Relazione del direttore all'on. Deputazione provinciale, p. 1030.

⁶² E. Tanzi., E. Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, cit., p. 514.

⁶³ Maria Bertolani Del Rio (Casina, RE, 1892 - Reggio Emilia, 1978) si laureò a Genova nel 1915. Allieva di Enrico Morselli, si formò al manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia, dove rimase dal 1916 fino agli anni Quaranta. Nel 1921 accettò l'incarico di medico sovrintendente alla Colonia scuola "Antonio Marro" per «fanciulli d'ambo i sessi, deficienti e anormali», che mantenne fino al 1952, anno del collocamento a riposo. Per una sua biografia si veda Francesca Patuelli, *Del Rio Bertolani Maria*, in *Scienza a due voci. Le donne nella scienza italiana dal Settecento al Novecento*, dizionario biografico on line delle scienziate italiane promosso dall'università di Bologna, <http://scienzaa2voci.unibo.it/biografie/96-del-rio-bertolani-maria>. Un'analisi della produzione scientifica di Maria Del Rio in relazione alla guerra è in Marisa Azzolini, *Donne tra guerra e follia. L'esperienza di Maria Del Rio a Reggio Emilia*, in A. Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio*, cit., pp. 331-361.

Senza allontanarsi troppo dall'impianto organicista, e con mille prudenze, già nel 1916 la psichiatra descrisse l'impatto della guerra sulle donne e attribuì ad essa la possibilità di ripercuotersi sul loro futuro:

Per la donna invece la guerra rappresenta solo un'immensa fonte di dolore, un succedersi di ansie, un motivo di pianti disperati e di rinuncie [sic] amare. Ma quasi mai, se non esistono altre cause predisponenti, le manifestazioni del dolore oltrepassano la normalità o deviano nella pazzia. Perciò non si può accusare la guerra di aumentare da sola il numero delle malate di mente. Le si può forse attribuire, per il tramite della donna, una ripercussione nell'avvenire⁶⁴.

Pur confermando l'importanza delle cause endogene e dell'ereditarietà come fattore etiologico determinante per lo sviluppo delle malattie mentali, aderendo così alle teorie che, come si è visto nel secondo capitolo, predominavano in Italia in quegli anni, la dottoressa Del Rio iniziò a sostenere anche il peso di cause esogene, e delle «emozioni» in particolare:

Il trauma emozionale in rapporto alla guerra ha dato a tutte le nostre ammalate il suo contributo etiologico; che se in alcune di esse l'elemento psichico appare unica causa diretta della malattia, con ogni probabilità, anche in queste non deve essere considerato come tale, avendo forse agito in collaborazione con fattori interni, rimasti fino allora latenti e inoperosi⁶⁵.

Le riflessioni di Maria Del Rio, dunque, confermerebbero ancora una volta l'impatto della Grande guerra sia sui soldati che sui civili e permettono di concludere che, se anche le donne non subirono l'esperienza di guerra e del campo di battaglia al pari degli uomini, ne pagarono comunque le conseguenze in termini di solitudine, paura e angoscia, provocati dalla difficoltà di sopravvivere in assenza di mariti o figli che fino a quel momento avevano costituito il punto di riferimento delle loro vite familiari.

⁶⁴ M. Del Rio, *Le malattie mentali della donna in rapporto alla guerra*, in "Rivista sperimentale di Freniatria", vol. 42, 1916, pp. 87-108, p. 108.

⁶⁵ Ivi, p. 107.

Conclusioni

Le tracce che abbiamo seguito nel percorso di questa ricerca ci hanno permesso di affrontare l'analisi della portata del primo conflitto mondiale in una dimensione nella quale la categoria di comunità – nonostante il dibattito scientifico abbia fatto una tara spesso severa alla sua congruità¹ – è stata applicata allo specifico di un contesto separato quale fu, per oltre un secolo, quello manicomiale.

Dentro e attorno all'ospedale psichiatrico di Colorno, infatti, si costituì, visse e si articolò un gruppo umano e sociale nel quale – pur con l'incombente di un elemento estraneo condizionante, come la guerra e l'esperienza del fronte o della trincea – al centro delle relazioni si trovava pur sempre una condizione umana. Quella condizione, peraltro, contribuì alla stratificazione, all'interno della comunità manicomiale, di esperienze e di poteri e all'origine di ruoli rigidamente definiti che, naturalmente, ne condizionarono le relazioni interne ed esterne.

La ricostruzione delle vicende di ricoverati, medici, infermieri e familiari che vissero a contatto del manicomio di Colorno durante i quattro anni di guerra, grazie all'analisi comparativa, ha confermato tendenze e aspetti più generali verificati negli studi condotti su altri ospedali psichiatrici, e talora ne ha dilatato la portata.

In primo luogo, in continuità con le ricerche che in questi ultimi anni sono state svolte su altri casi nazionali, dunque, riflettere sull'impatto della modernità – e la “modernità” della guerra in particolare – su realtà piccole e distanti dalle grandi scene nazionali e politiche ha significato riflettere sulla guerra come parte di una storia più ampia.

Nicola Gallerano ha rilevato come questa considerazione abbia “aperto” inevitabilmente nuovi problemi, più che risolverli, centrandoli soprattutto sul rapporto tra modernità, identità e violenza. Secondo lui, la Grande guerra rappresenta

¹ Sul dibattito intorno alla categoria di comunità si rimanda in particolare a Giovanni Busino, *Comunità*, in *Enciclopedia*, vol. III, Einaudi, Torino 1978 e alla voce omonima in William Outhwaite (a cura di), *Dizionario delle scienze sociali*, edizione italiana a cura di Paolo Jedlowski, Il saggiatore, Milano 1997.

davvero lo spartiacque tra Ottocento e Novecento, l'inizio della nostra storia contemporanea o almeno l'evento che rivela in tutta la loro complessità i conflitti, le lacerazioni sociali ed esistenziali, e gli strumenti adottati per controllarli e indirizzarli, dell'epoca contemporanea, della società di massa².

Come ha scritto anche Antonio Gibelli, infatti, in esperienze come quelle belliche

Il potere inesorabile di meccanismi e apparati impersonali (lo Stato, la guerra, le varie forme di mobilitazione e inquadramento, i campi di prigionia e di concentramento) invade il privato, mentre grandi eventi sovradeterminano a tal punto la vita del singolo da provocare la coscienza di esistere su due piani: quello appunto del privato, sempre più esile e assediato, e quello del mondo esterno, in cui non si è più se stessi, si agisce come comparse, non si è e non si conta più nulla, ma che tuttavia si dilata e si fa più vincolante³.

Le crudeltà, le atrocità e l'assurdità complessiva della Grande guerra sono dunque responsabili di avere portato la guerra fin dentro le menti delle persone, *in primis* dei combattenti, e ne hanno mutato profondamente le esistenze, sia individuali che collettive, fino a cancellarne l'identità.

La vicenda del fante Umberto S. è solo un esempio tra i tanti: ricoverato nell'agosto 1916 a Treviso, fu trasferito a Colorno il 16 maggio 1917, dove rimase ininterrottamente fino al 1961, anno della sua morte, salvo una breve parentesi nella quale provò, per pochi mesi, a tornare a casa. In una relazione del 1931, il direttore Ferdinando Ugolotti mise direttamente in rapporto la malattia con i mesi che Umberto trascorse in trincea:

Dalle notizie anamnestiche, che datano al 1920, non risulta ereditarietà psicopatica. Nacque all'8 mese di gestazione e nulla di anormale fu notato nello sviluppo sia fisico che intellettuale, che anzi furono regolari e normali. La salute fisica abituale buona, nessun segno di predisposizione alle malattie mentali. [...] Pare che la chiamata alle armi e lo stato di guerra abbiano influito sulla sua psiche, e si ammalò sotto le armi durante la permanenza in trincea. In manicomio presentò la sintomatologia della demenza precoce, e attualmente è apatico, stolido e disordinato nel contegno e nei discorsi, allucinato, con idee deliranti, impulsivo⁴.

²² N. Gallerano, *Memoria del grande trauma*, in Id., *Le verità della storia. Scritti sull'uso pubblico del passato*, Manifestolibri, Roma 1999, pp. 180-184, p. 183.

³ A. Gibelli, *L'officina della guerra*, cit., p. 208.

⁴ Aop, Cartelle cliniche, S.U., relazione medica di Ferdinando Ugolotti, 22 agosto 1931.

La riflessione su questi temi in relazione caso del manicomio parmense non era possibile senza ricostruire il quadro generale dell'Ospedale psichiatrico di Colorno, lavorando su alcuni elementi che finora mancavano, come la storia materiale della struttura nella sua realtà storica, edilizia, e amministrativa.

Si tratta di elementi che abbiamo ritenuto indispensabili per analizzare le relazioni tra i medici civili e le autorità militari durante la Grande guerra. Con le sue insufficienze, aggravate dalla condizione bellica, e con le sue inefficienze, che le economie gestionali dovute alla guerra contribuivano a radicalizzare, infatti, il manicomio costituì non solo lo scenario, ma quasi la matrice da cui scaturiva un aggravamento della condizione umana.

Analogamente, nell'affrontare i problemi e gli aspetti della realtà scientifico-clinica di Colorno, ci è parso necessario indagare gli esiti concreti e specifici della tensione che nella cultura psichiatrica si era aperta fra la tradizione positivista-lombrosiana e l'emergere di approcci che, forse con maggior sensibilità verso la condizione dell'ammalato, si ponevano interrogativi sulla curabilità o, almeno, sulla possibile riduzione del danno.

L'inserimento di tendenze e atteggiamenti degli psichiatri del manicomio di Colorno durante la guerra all'interno di un panorama più generale ci ha permesso di comprendere meglio l'atteggiamento del direttore Ferdinando Ugolotti e i suoi rapporti con i medici militari, considerandolo soprattutto dal punto di vista della dimensione umana.

Come ha scritto recentemente Scartabellati, infatti,

Storia della psichiatria e della psicologia, massimamente nelle loro versioni militari, non esauriscono, pur sovrapponendovi, il panorama mal conosciuto della storia dei folli. [...] Non sempre l'espressione specifica delle prime due è stata capace di penetrare la profondità patologica ed umana delle esperienze vissute dall'uomo; nel nostro caso, dell'uomo nel suo incontro con la guerra e dei suoi bisogni una volta posto di fronte alla morte di massa⁵.

Ancora una volta, dunque, appare evidente come parlare del rapporto tra guerra e follia implichi necessariamente parlare delle persone che per prime subirono la violenza della guerra, cioè, naturalmente, i soldati, ad un tempo agenti, testimoni e vittime di quella grande tragedia collettiva che fu la Grande guerra.

⁵ A. Scartabellati, *Intellettuai nel conflitto*, cit., p. 220.

In merito alla prospettiva della vittima, recentemente tra i sociologi – a partire dall’analisi sulla condizione delle donne vittime di violenze sessuali –, si è avanzata una riflessione sullo “sguardo” delle vittime come punto di osservazione privilegiato⁶. Questa riflessione, che pone in evidenza i nessi che legano la vittima a chi porta la responsabilità diretta e irriducibile della sua condizione, o a chi fa da contorno alla scena, ci è stata decisamente utile nell’approccio ai militari che riportarono traumi psichici – o che finsero di averli subiti – e che furono per questo ricoverati in ospedale psichiatrico. Per quanto essi siano stati i primi soggetti ai quali i cambiamenti furono imposti in modo violento e irreversibile, i soldati non furono solo vittime, ma anche attori co-protagonisti di quell’enorme aumento di violenza, sia agita che subita, che si sprigionò con la guerra.

Per questo non ci siamo limitati a considerare solo il mondo militare, se è vero che un’inaudita violenza si integrò con una facilità sconcertante nella vita quotidiana di ciascuno, civili e soldati, a tal punto da diventare cosa normale e da essere infine accettata per più di quattro anni, anche se certamente a prezzo di grandi mutamenti⁷.

La Grande guerra, infatti, fu sostanzialmente

La prima, grande esperienza collettiva degli italiani: esperienza collettiva nel senso che tutti, non solo gli uomini in età militare e quindi i combattenti, ne furono in qualche modo coinvolti. [...] La prima guerra mondiale fu dunque una guerra totale solo nel senso che tutte le energie economiche, sociali e intellettuali furono mobilitate per sostenerne il peso e la vita di tutti ricevette dalla guerra in corso un’impronta molto forte⁸.

Anche sui civili, per quanto impegnati a vario grado e con ruoli diversi, le vicende dei soldati impegnati nel conflitto si ripercossero inevitabilmente, dal momento che, come abbiamo visto anche nei familiari dei ricoverati a Colorno, essi furono chiamati a sostenere il peso delle loro sofferenze quando non coinvolti in prima persona. Fu questo il caso, ad esempio, di Pietro L., settantatreenne ricoverato nel giugno 1923 per manie di persecuzione, del quale i medici scrissero che il primo «cambiamento di carattere» risaliva alla morte in guerra del figlio, e che i sintomi

⁶ Il riferimento è al lavoro di Alessandro Bosi, Sergio Manghi (a cura di), *Lo sguardo della vittima. Nuove sfide alla civiltà delle relazioni. Scritti in onore di Carmine Ventimiglia*, Franco Angeli, Milano 2009.

⁷ Cfr. S. Audoin-Rouzeau, A. Becker, *La violenza, la crociata, il lutto*, cit., p. 25.

⁸ A. Gibelli, *La Grande guerra degli italiani*, cit., pp. 7-8.

della malattia mentale si erano manifestati «circa due mesi fa, quando l'ammalato doveva riscuotere la pensione di guerra per la morte del figlio»⁹.

Eppure, nel caso del manicomio di Colorno, la difficoltà, da parte dei medici, di collegare la sofferenza psichica dei civili con il dolore per i propri congiunti si tradusse spesso nella incapacità di elaborazione di quadri diagnostici chiari. In questo senso, allora, anche a Colorno la sofferenza psichica faticò a trovare parole appropriate per essere definita, come hanno suggerito Stéphane Audoin-Rouzeau e Annette Becker:

La sofferenza psichica, dopo il 1918, è rimasta muta. Muta per mancanza di parole innanzi tutto. Il francese, ad esempio, dispone di termini per esprimere il lutto soltanto se esso concerne le spose o i figli dei morti in guerra: “vedove di guerra”, “orfani di guerra”, molti di questi ultimi diventati nel caso della Francia – da tal punto di vista eccezionale – “pupilli della nazione”. Vi è stata, è vero, la comparsa durante il conflitto di una locuzione con cui designare le fidanzate di coloro che erano stati uccisi troppo presto perché esse potessero diventare mogli, venne coniato cioè il termine di “vedove bianche”. [...] Eccetto questi casi, in francese come in inglese o in tedesco, non esistono termini specifici che designino il padre o la madre di un figlio deceduto, il fratello o la sorella di quest'ultimo, e neppure il nonno e la nonna. Quei dolori non hanno avuto parole che li definissero, sono stati dunque privati di un vero statuto¹⁰.

Su questi aspetti anche nel caso qui analizzato, la documentazione ha aperto squarci che fanno intravedere altre storie, non meno significative e coinvolgenti.

Un'indagine più approfondita sulle cartelle cliniche delle donne ricoverate a Colorno negli anni della Grande guerra, ad esempio, lascia trasparire la possibilità di approfondire la conoscenza e di verificare con che intensità la guerra scolpì i drammi e le emozioni delle donne che abitavano in una provincia, come Parma, lontana dai combattimenti e dalle linee nemiche.

Il livello emotivo sarebbe diventato, infatti, un elemento comune che, secondo Giovanni De Luna, avrebbe alimentato il senso di coesione e una condizione socio-culturale unitaria nella quale uomini e donne in guerra si sarebbero trovati a vivere:

⁹ Aop, Cartelle cliniche, L.P., Relazione medica del dottor N. Musini, 22 giugno 1923.

¹⁰ S. Audoin-Rouzeau, A. Becker, *La violenza, la crociata, il lutto*, cit., pp. 158-160. Nel caso italiano, però, si osserva l'emergere di una figura nella quale si mescolano l'assistenza, il dolore per menomazioni fisiche, l'accentuato bisogno di affetti: si tratta della “madrina di guerra”, donna nubile di età non giovane che si prendeva cura di mutilati gravi o di ciechi di guerra e poi finiva per diventarne la moglie. Sulle madrine di guerra si veda Augusta Molinari, *La buona signora e i poveri soldati. Lettere a una madrina di guerra (1915-1918)*, cit. Fondato su un carteggio privato di una di queste coppie è anche il romanzo di Paola Oliva Bertelli, *Amore e guerra (da Gorizia a Roma)*, il Filo, Roma 2006.

La guerra – come il Terrore, la Grande Paura – è una di quelle emozioni di massa che rompono le articolazioni specifiche, i compartimenti stagni che frammentano l'identità di una città, ne scompongono e ricompongono i caratteri originari¹¹.

Senza dubbio, infatti, anche se si è manifestato in modi e con intensità diverse a seconda di luoghi e contesti, lo sviluppo straordinario di disturbi mentali connessi o conseguenti al trauma, ha attraversato tutte le guerre del ventesimo secolo, dominate da un livello di violenza senza precedenti, mostrando come la modernizzazione indotta dalla guerra non avesse riguardato soltanto le realtà materiali, produttive o sociali, ma avesse indotto elementi periodizzanti anche per le dinamiche psichiche.

Tutto questo cumulo di conoscenze ed esperienze viene trasferito dal primo al secondo conflitto mondiale, come ha notato Paolo Giovannini:

La prima guerra mondiale consegna alla seconda un ampio e variegato bagaglio di acquisizioni e pratiche, utilizzato come guida e orientamento in un contesto che pure affiancava significative analogie a sostanziali e fondamentali differenze. Anche in questo caso, si può ben dire, la Grande guerra, prima guerra moderna e di massa, nonché carneficina di inedite dimensioni, viene a rappresentare un'esperienza fondatrice, laddove nella sua incandescente fucina si fissano le basi di una specialità, la neuropsichiatria di guerra, destinata a recitare un ruolo di primo piano nei conflitti del XX secolo e oltre¹².

In una prospettiva di lungo periodo, allora, sarebbe decisamente interessante allargare lo spettro d'indagine e porre a confronto l'idea di follia che emerge dall'esperienza della Grande guerra con quella prodotta dal secondo conflitto mondiale, che ebbe indubbiamente un carattere più “totale” per il maggior coinvolgimento sia di militari che di civili nell'esperienza degli orrori di guerra.

Infatti, la dilatazione dell'idea di fronte, il venire meno del confine tra guerra combattuta e guerra vissuta, la percezione di non essere più solo comparse a sostegno dei protagonisti in armi, fu senz'altro all'origine, nei civili, di traumi simili a quelli subiti dai soldati nei conflitti precedenti.

¹¹ Giovanni De Luna, *A Torino, durante la guerra... Le coordinate dell'esistenza collettiva*, in A. Bravo (a cura di), *Donne e uomini nelle guerre mondiali*, cit., pp. 57-95, p. 57.

¹² P. Giovannini, *Guerra e psichiatria dal primo al secondo conflitto mondiale*, in “Storia e problemi contemporanei”, n. 43, a. 9, settembre-dicembre 2006, pp. 9-26, p. 26.

Certamente, dunque, un aumento quantitativo dei ricoveri tra il 1940 e il 1945 sarebbe da porre in relazione con la violenza. Se nella Grande guerra essa non fu direttamente sperimentata dai civili, in quanto esperienza soprattutto, o esclusivamente, dei militari, infatti, durante la seconda, che fu intensamente “guerra ai civili”, non fu più circoscritta al fronte, ma esondò e si abbatté sull’intera società¹³.

Le prime indagini, condotte anche a livello nazionale su questo tema, sembrano dimostrarlo, come ha rilevato Paolo Sorcinelli:

Non esistono figure che siano state risparmiate dalla “guerra totale”, da questo “trauma collettivo che ha interessato ogni forma di organizzazione [...]. Ecco allora la pretesa di far emergere le “cose” che “accadono nella testa” anche perché in questo conflitto una grande importanza è attribuita dai comandi militari agli aspetti e agli effetti psicologici, puntando, da un punto di vista strategico, agli effetti che potevano avere, ad esempio, i raid aerei, oltre che per le conseguenze immediatamente distruttive, per “fiaccare il morale dei civili”¹⁴.

Da questo punto di vista, allora, il manicomio, non è un osservatorio straordinario dei nessi guerra-follia, ma anche un ottimo punto di partenza per studiare le conseguenze che da questi nessi si svilupparono già nel primo dopoguerra e si radicalizzarono nei totalitarismi che proprio dalla guerra presero le mosse, a partire dalla criminalizzazione del dissenso e dall’aspezzazione dell’uso repressivo od eugenetico della psichiatria¹⁵.

Mantenere la lente sulla dimensione locale, ma estendendo l’arco temporale, dunque, permetterebbe di sviluppare il tema della follia di guerra verificando che cosa abbia significato per gli italiani del ventesimo secolo vivere e subire la dimensione bellica, non solo sul piano fisico e materiale, ma anche e soprattutto su quello psichico e dei comportamenti sociali.

¹³ La storiografia sulle atrocità di guerra in relazione alla prima guerra mondiale è relativamente recente, ed ha preso le mosse dagli studi sul genocidio degli Armeni e sulle atrocità tedesche in Belgio e nella Francia del Nord nel 1914 nei primi anni Novanta. Per una bibliografia di riferimento rimando a Oswald Übergger, *Le atrocità nella prima guerra mondiale. Saggio storico-bibliografico e bibliografia scelta*, in “Dep. Deportate, esuli, profughe. Rivista telematica di studi sulla memoria femminile”, n. 7, 2007.

¹⁴ P. Sorcinelli (a cura di), *La follia della guerra. Storie dal manicomio negli anni Quaranta*, F. Angeli, Milano 1992, pp. 31-32.

¹⁵ Su questi temi si rimanda agli studi di G. Procacci, *Dalla rassegnazione alla rivolta*, cit., di A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto*, cit., e di Paolo Francesco Peloso, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e Resistenza (1922-1945)*, Ombre Corte, Verona 2008.

Appendice

Anni	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
Media dei ricoveri	378	404	420	439	446	477	491	526	605

Tabella 1. Media della popolazione ricoverata dal 1910 al 1918

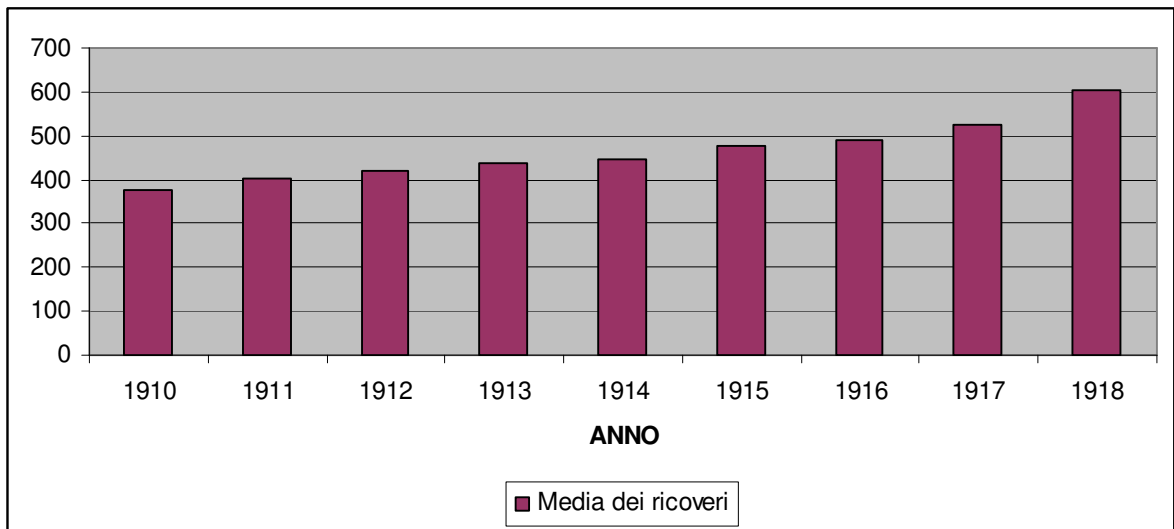


Grafico 1. Media della popolazione ricoverata dal 1910 al 1918

	Rimasti al 31 dicembre 1914	Entrati durante l'anno			Usciti durante l'anno				Morti durante l'anno	Rimasti al 31 dicembre 1915
		Per la prima volta	Riammissioni	Totali	Guariti e migliorati	Stesso stato	Non riconosciuti alienati	Totale		
Uomini	230	105	35	140	59	14	10	83	25	262
Donne	220	61	20	81	29	10	3	42	27	232
Totale	450	166	55	221	88	24	13	125	52	454

Tabella 2. Movimento complessivo dei ricoverati 1915

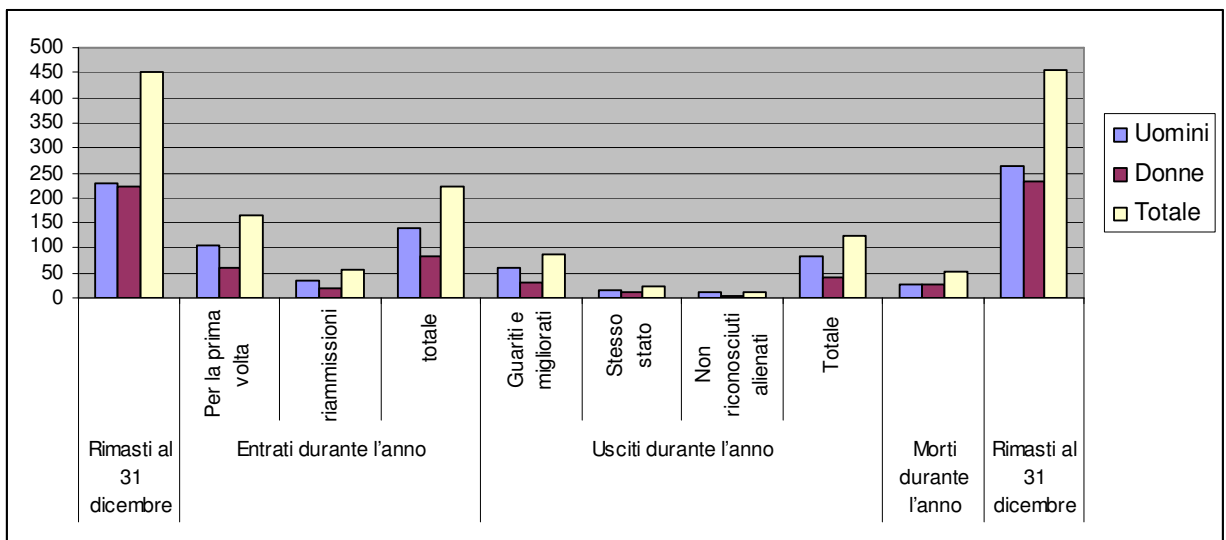


Grafico 2. Movimento complessivo dei ricoverati 1915

	Rimas ti al 31 dicem bre 1915	Entrati durante l'anno			Usciti durante l'anno				Morti durant e l'anno	Rimasti al 31 dicembre 1916
		Per la prima volta	riammissioni	totale	Guariti e migliorati	Stesso stato	Non riconosci uti alienati	Totale		
Uomini	262	129	33	162	77	48	37	162	22	240
Donne	232	49	29	78	37	10	-	47	20	243
Totale	494	178	62	240	114	58	37	209	42	483

Tabella 3. Movimento complessivo dei ricoverati 1916

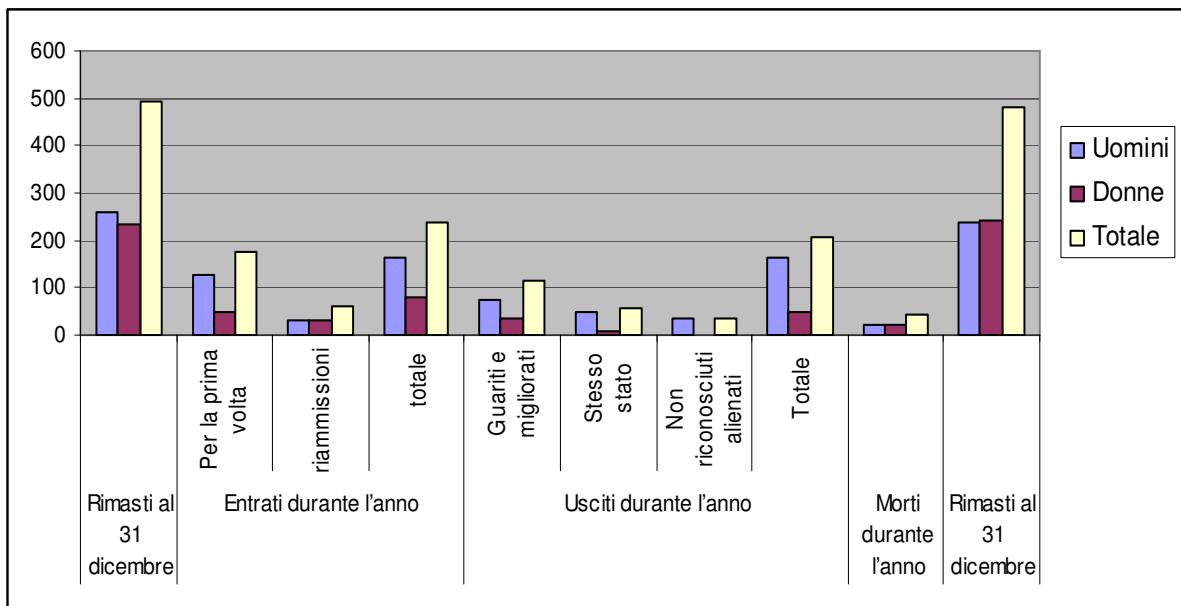


Grafico 3. Movimento complessivo dei ricoverati 1916

	Rimasti al 31 dicembre 1916	Entrati durante l'anno			Usciti durante l'anno				Morti durante l'anno	Rimasti al 31 dicembre 1917
		Per la prima volta	riammissioni	totale	Guariti e migliorati	Stesso stato	Non riconosciuti alienati	Totale		
Uomini	240	173	46	219	87	22	29	138	19	302
Donne	243	84	31	115	40	15	1	56	40	262
Totale	483	257	77	334	127	37	30	194	59	564

Tabella 4. Movimento complessivo dei ricoverati 1917

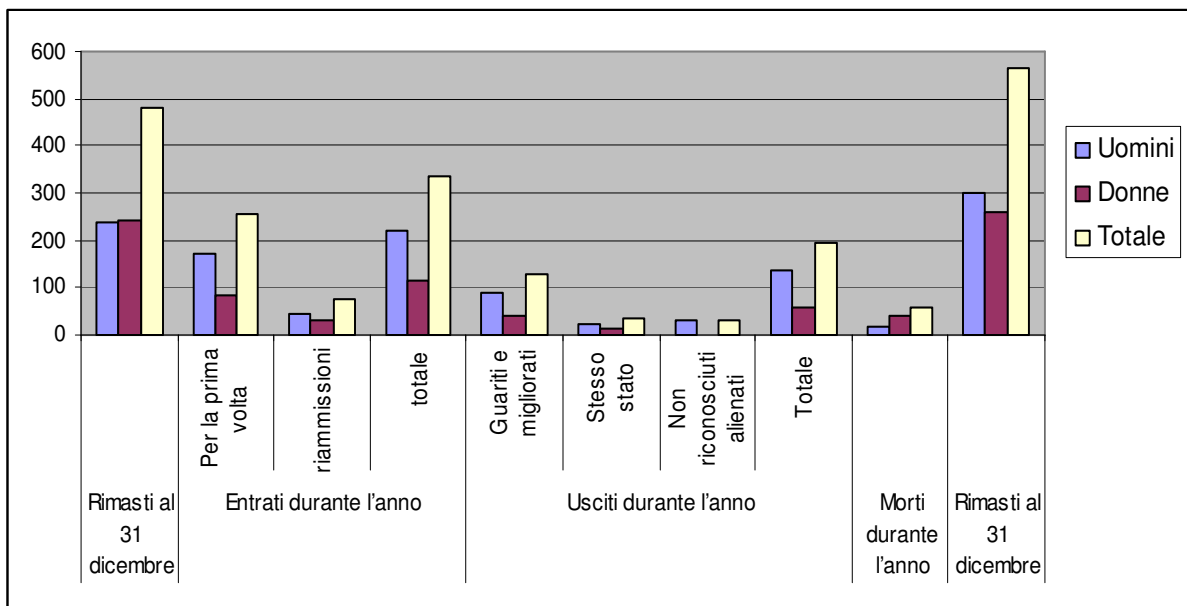


Grafico 4. Movimento complessivo dei ricoverati 1917

	Rimasti al 31 dicembre 1917	Entrati durante l'anno			Usciti durante l'anno				Morti durante l'anno	Rimasti al 31 dicembre 1918
		Per la prima volta	Riammissioni	totale	Guariti e migliorati	Stesso stato	Non riconosciuti alienati	Totale		
Uomini	302	145	26	171	97	5	25	127	41	305
Donne	262	75	28	103	62	1	2	65	35	265
Totale	564	220	54	274	159	6	27	192	76	570

Tabella 5. Movimento complessivo dei ricoverati 1918

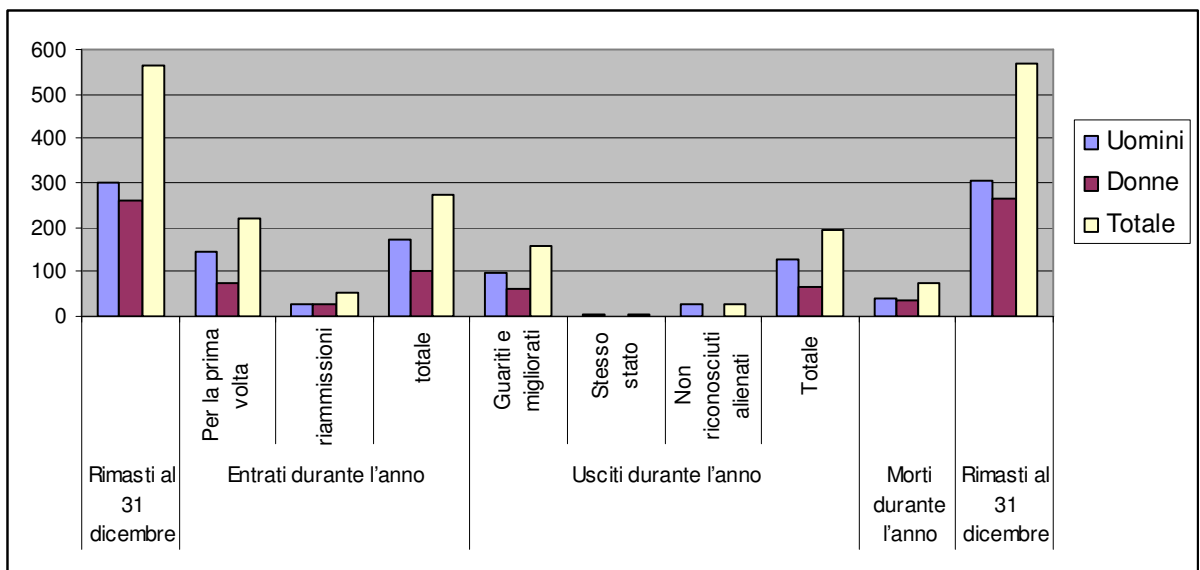


Grafico 5. Movimento complessivo dei ricoverati 1918

	1915	1916	1917	1918	totale
Civili	122	75	96	114	407
Soldati	18	87	123	57	285

Tabella 6. Uomini ricoverati per anno (nuovi ingressi)

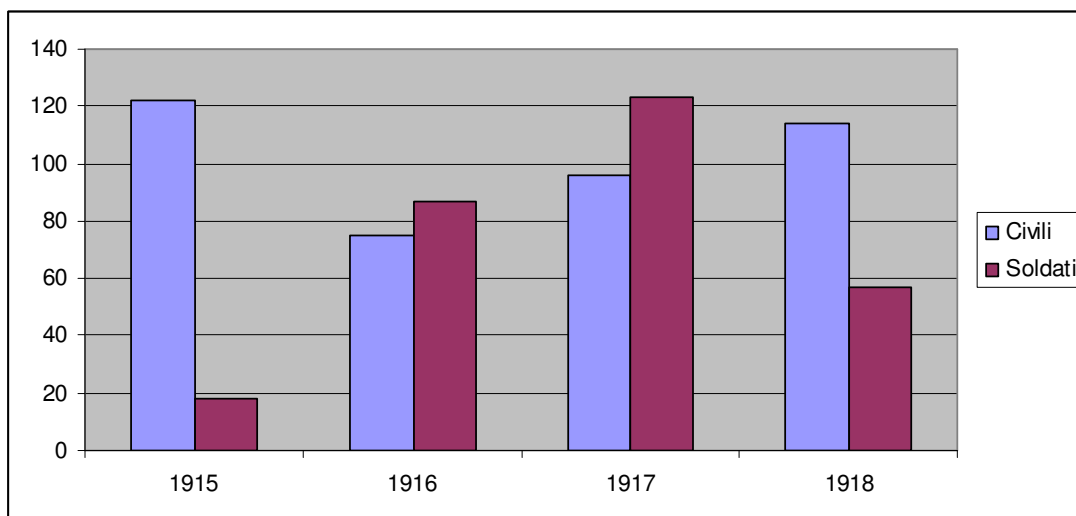


Grafico 6. Uomini ricoverati per anno (nuovi ingressi)

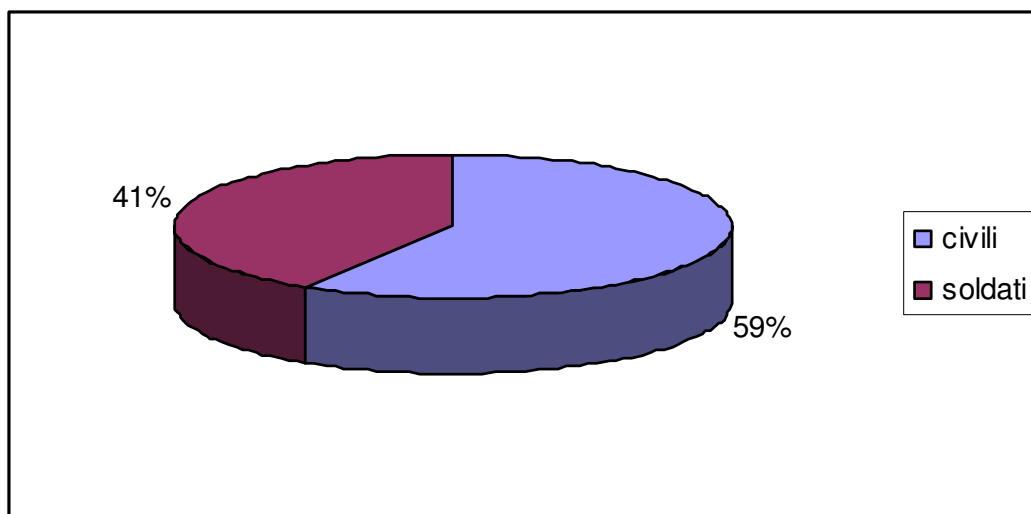


Grafico 7. Uomini ricoverati dal 1915 al 1918

Parma e provincia	77
Piemonte	9
Lombardia	51
Veneto	14
Svizzera	1
Friuli	2
Emilia Romagna	18
Liguria	14
Toscana	16
Marche	3
Umbria	1
Abruzzo	1
Lazio	21
Basilicata	2
Campania	32
Calabria	9
Puglia	4
Sicilia	10

Tabella 8. Provenienze geografiche

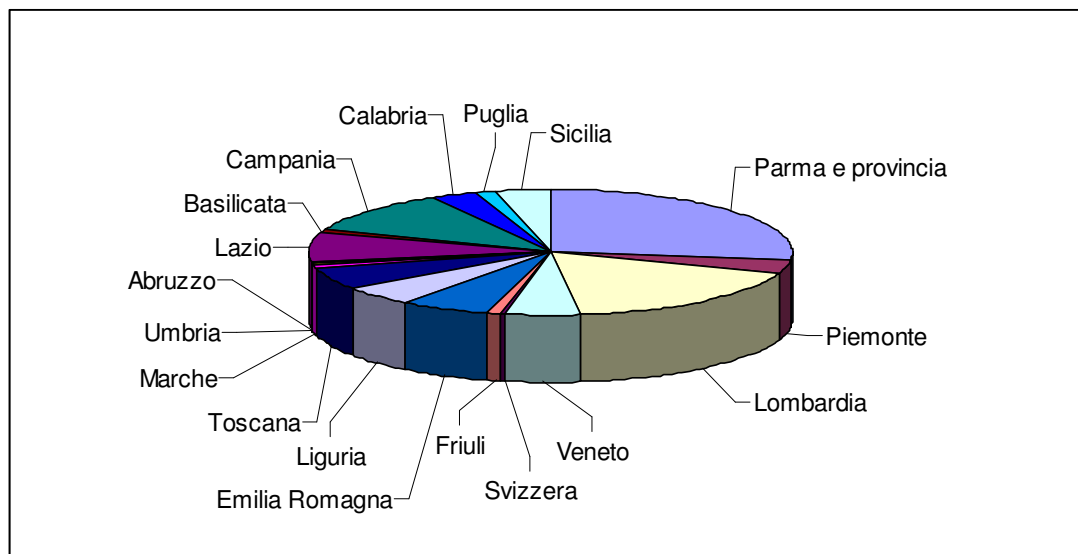


Grafico 8. Provenienze geografiche

Soldato-militare	119
Avvocato	1
Contadino	52
Bracciante	5
Barbiere	2
Cacciolaio	1
Calzolaio	9
Carpentiere	1
Carrettiere	5
Cascinaio	1
Chaffeur	1
Elettricista	3
Fabbro	3
Facchino	1
Falegname	2
Fattorino	2
Ferroviero	3
Giornaliere	2
Impiegato	2
Infermiere	1
Macellaio	6
Maniscalco	3
Manovale	3
Meccanico	3
Tornitore	3
Minatore	1
Mugnaio	2
Muratore	7
Negoziante	2
Orologiaio	1
Pasticciere	1
Pittore	1
Possidente	1
Ragioniere	1
Sarto	4
Stuccatore	1
Tappeziere	1
Terrazziere	1
Tipografo	1
Tramviere	1
Vetraio	1
Vetturale	1
Nessuna professione	12
Totale	285

Tabella 9. Professioni

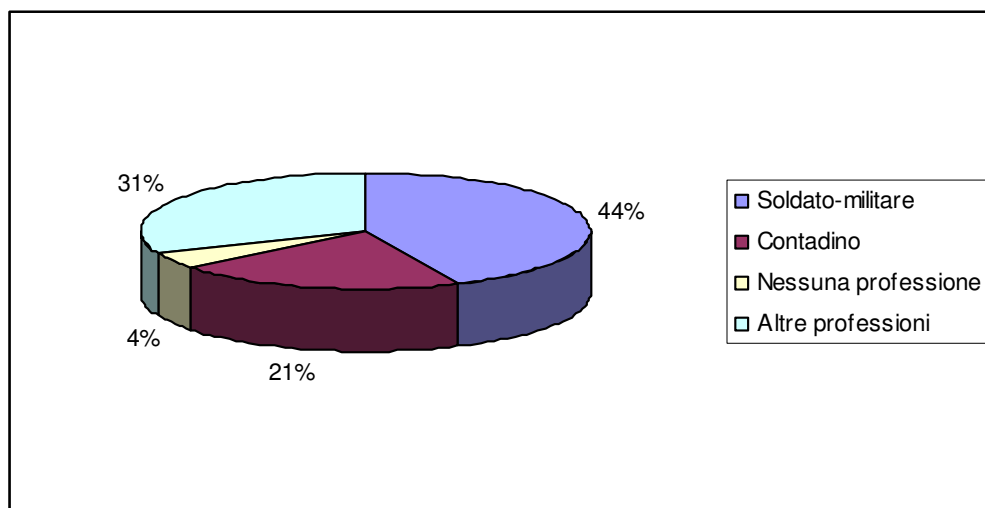


Grafico 9. Professioni

Malattie mentali	entrati			dimessi			morti		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	totale
Alcoolismo	17	1	18	12	-	12	2	-	2
Morfinismo, cocainismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicosi pellagrose	1	-	1	-	1	1	1	-	1
Psicosi acute amenziali e delirio acuto	4	7	11	2	4	6	2	3	5
Cretinismo ed altre psicosi distiroidee	1	-	1	-	-	-	-	1	1
Paralisi progressiva	5	3	8	-	-	-	5	3	8
Frenastenie cerebropatiche (idiozia)	13	9	22	9	6	15	-	-	-
Demenze in encefalopatie organiche	1	2	3	-	-	-	2	-	2
Psicosi senili ed involutive	8	13	21	2	7	9	3	10	13
Psicosi distimiche	26	15	41	19	10	29	4	2	6
Nevrastenìa e forme affini	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Isterismo	-	3	3	-	3	3	-	-	-
Epilessia	13	7	20	9	1	10	2	2	4
Demenza precoce	21	13	34	9	3	12	4	6	10
Pazzia morale	7	3	10	7	3	10	-	-	-
Paranoia	2	-	2	1	-	1	-	-	-
Frenastenia essenziale (imbecillità)	6	2	8	2	1	3	-	-	-
Non riconosciuta pazzia	14	3	17	11	3	14	-	-	-
totale	140	81	221	83	42	125	25	27	52

Tabella 10. Movimento generale dei ricoverati distinti secondo la malattia mentale 1915

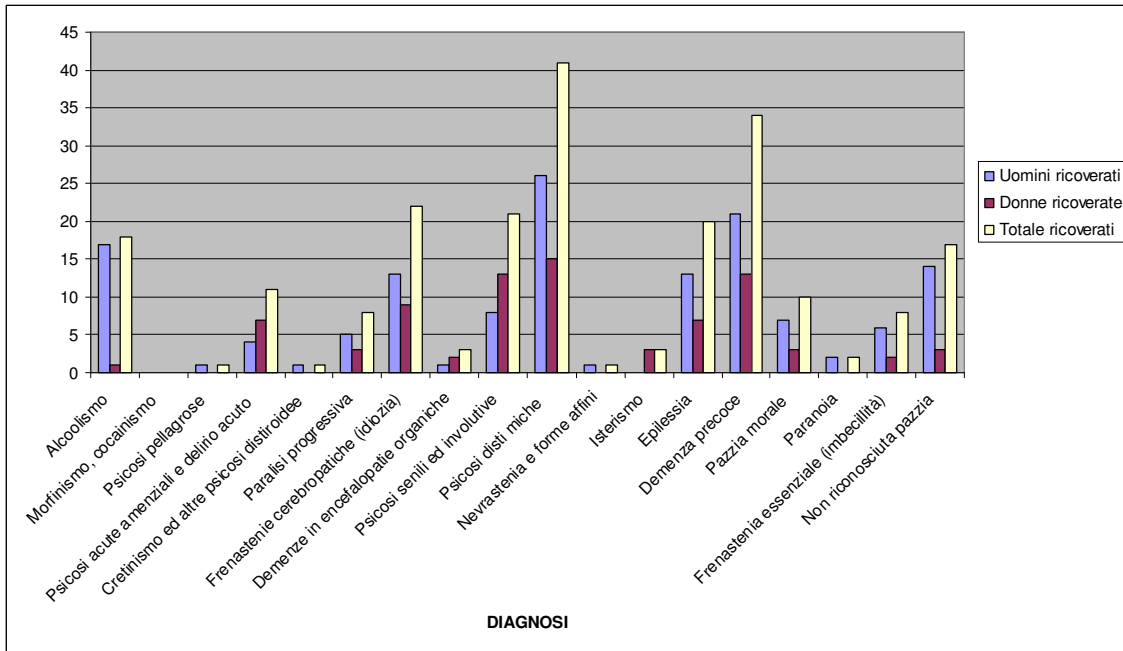


Grafico 10. Movimento generale dei ricoverati distinti secondo la malattia mentale 1915

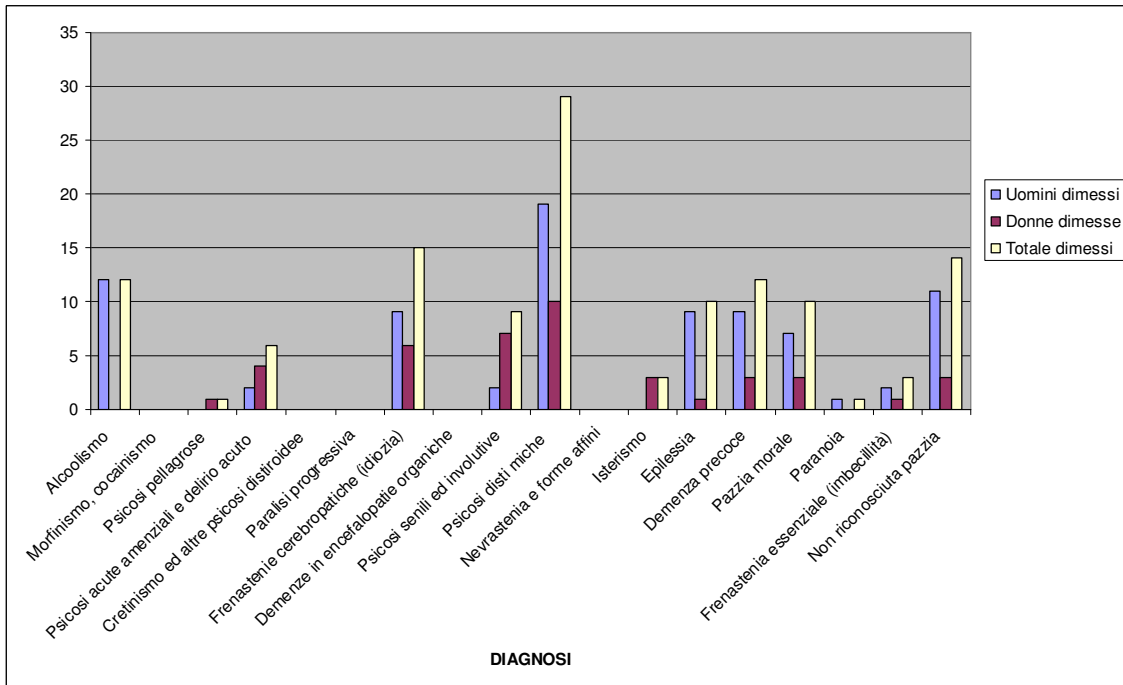


Grafico 10.1 Movimento generale dei dimessi distinti secondo la malattia mentale 1915

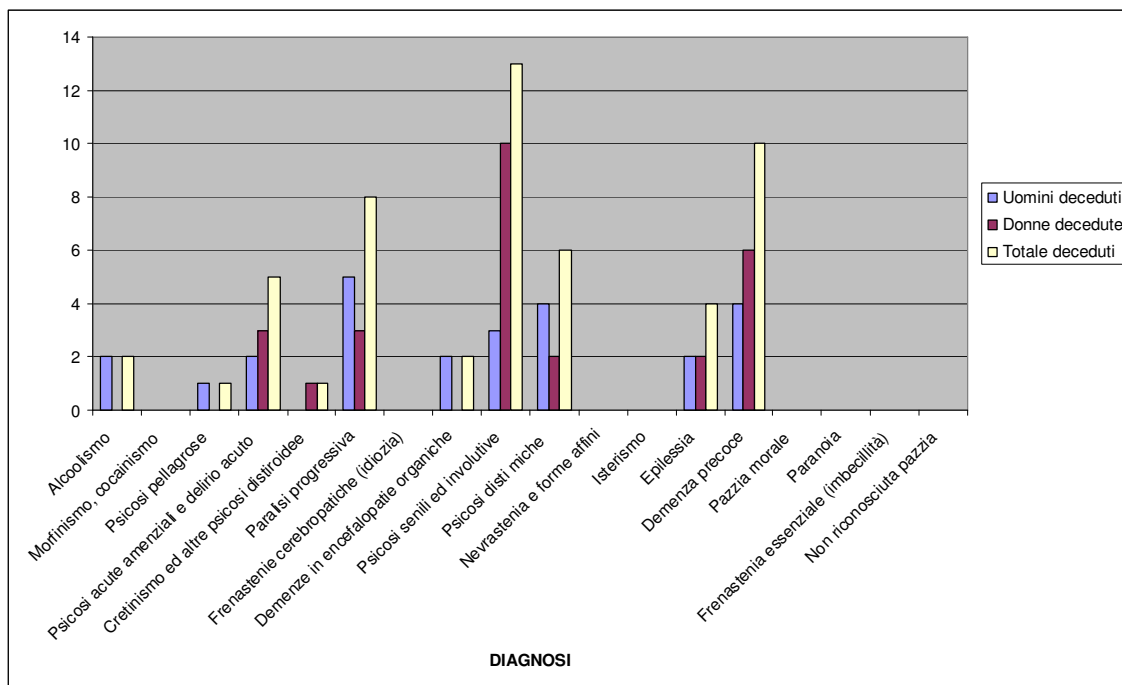


Grafico 10. 2 Movimento generale dei deceduti distinti secondo la malattia mentale 1915

Malattie mentali	entrati			dimessi			deceduti		
	Uomini	Donne	Totali	Uomini	Donne	Totali	Uomini	Donne	totali
Alcoolismo	5	-	5	6	-	6	-	-	-
Morfinismo, cocainismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicosi pellagrose	1	-	1	-	-	-	-	1	1
Psicosi acute amenziali e delirio acuto	10	6	16	12	7	19	3	-	3
Cretinismo ed altre psicosi distiroidee	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Paralisi progressiva	1	3	4	-	3	3	4	2	6
Frenastenie cerebropatiche (idiozia)	12	8	20	15	3	18	-	-	-
Demenze in encefalopatie organiche	3	3	6	1	-	1	-	1	1
Psicosi senili ed involutive	14	11	25	8	2	10	6	7	13
Psicosi distimiche	33	25	58	21	19	43	3	2	5
Nevrastenia e forme affini	2	1	3	1	1	2	-	-	-
Isterismo	-	3	3	-	2	2	-	1	1
Epilessia	12	8	20	10	3	13	4	1	5
Demenza precoce	24	7	31	30	2	32	2	5	7
Pazzia morale	2	2	4	6	2	8	-	-	-
Paranoia	1	-	1	1	-	1	-	-	-
Frenastenia essenziale (imbecillità)	7	1	8	10	3	13	-	-	-
Non riconosciuta pazzia	35	-	35	37	-	37	-	-	-
totale	162	78	249	162	47	205	22	20	42

Tabella 11. Movimento generale dei ricoverati distinti secondo la malattia mentale 1916

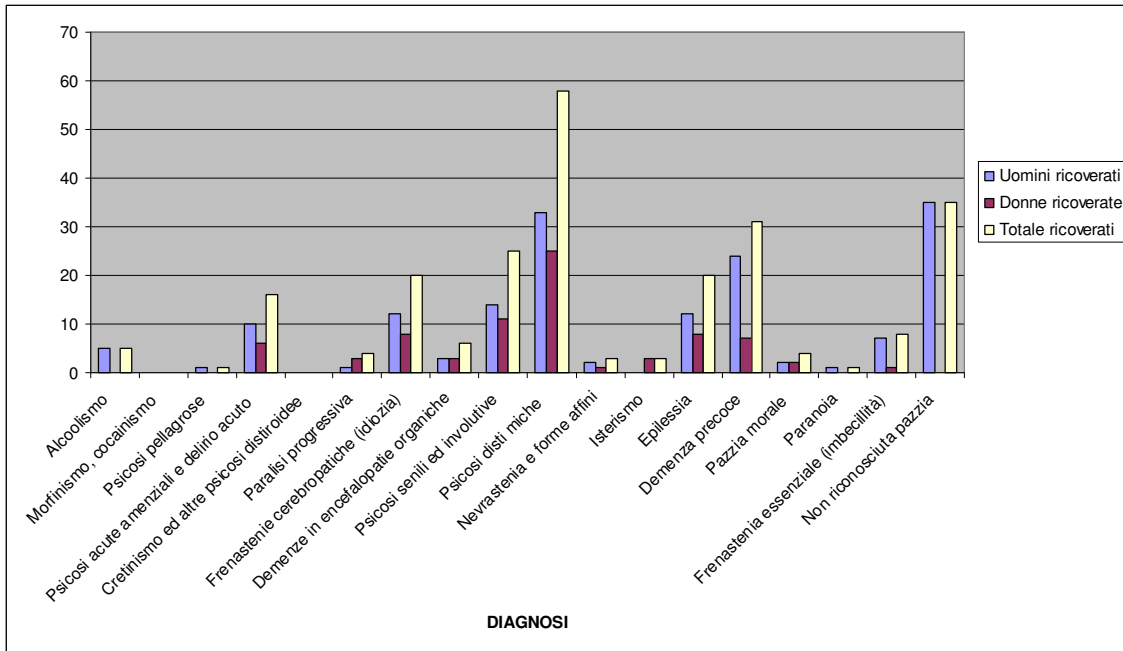


Grafico 11. Movimento generale dei ricoverati distinti secondo la malattia mentale 1916

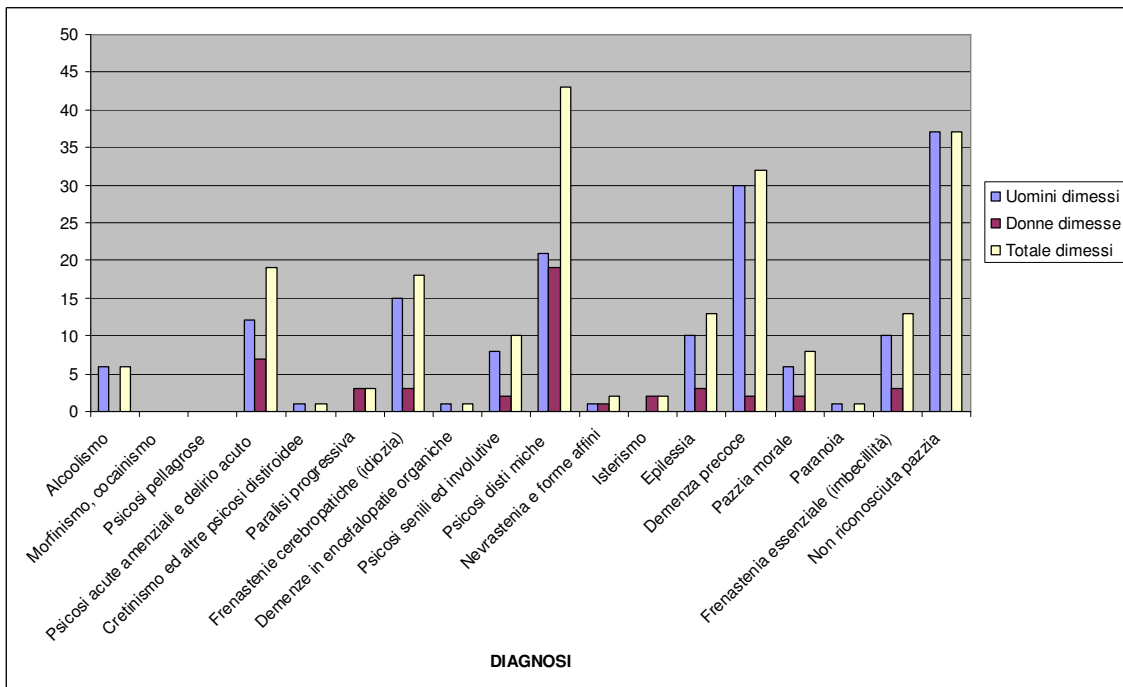


Grafico 11.1 Movimento generale dei dimessi distinti secondo la malattia mentale 1916

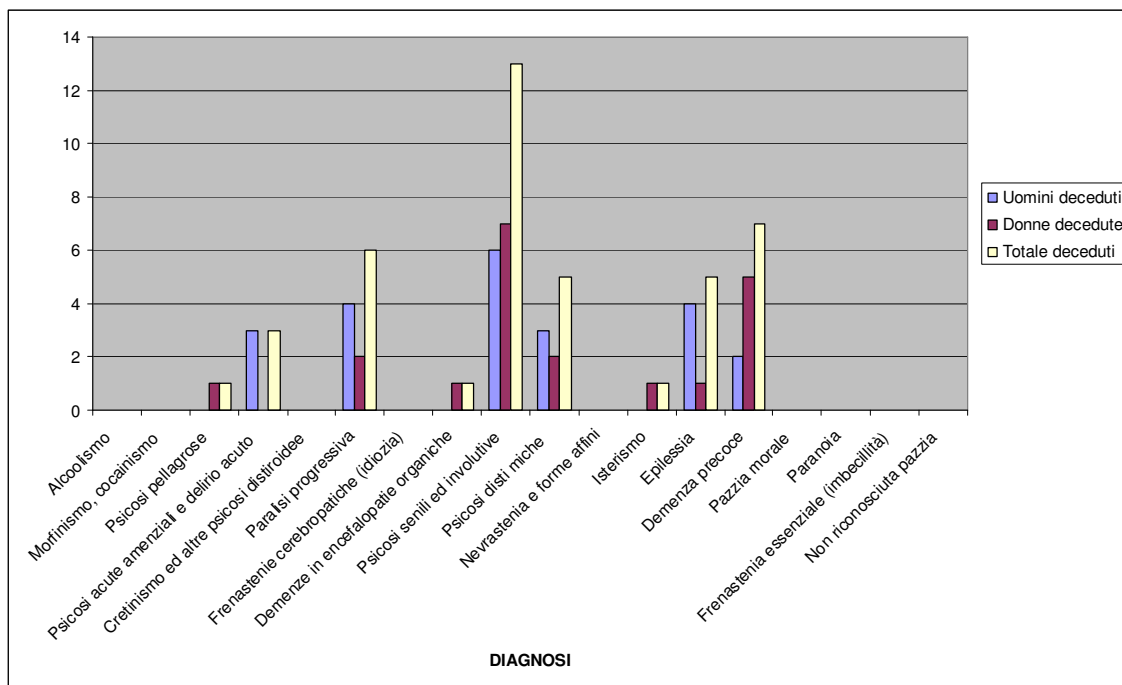


Gráfico 11.2 Movimento generale dei deceduti distinti secondo la malattia mentale 1916

Malattie mentali	entrati			dimessi			deceduti		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	totale
Alcoolismo	7	-	7	7	-	7	-	-	-
Morfinismo, cocainismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicosi pellagrose	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicosi acute amenziali e delirio acuto	14	7	21	9	3	12	1	4	5
Cretinismo ed altre psicosi distiroidee	-	1	1	1	1	2	-	-	-
Paralisi progressiva	5	2	7	2	-	2	2	3	5
Frenastenie cerebropatiche (idiozia)	23	17	40	8	8	16	-	1	1
Demenze in encefalopatie organiche	1	2	3	1	1	2	3	4	7
Psicosi senili ed involutive	17	26	43	3	6	9	5	14	19
Psicosi distimiche	43	29	72	39	19	58	1	3	4
Nevrastenia e forme affini	1	-	1	2	-	2	-	-	-
Isterismo	1	3	4	-	3	3	-	-	-
Epilessia	27	11	38	6	2	8	2	3	5
Demenza precoce	33	12	45	16	9	25	5	8	13
Pazzia morale	5	4	9	7	3	10	-	-	-
Paranoia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Frenastenia essenziale (imbecillità)	7	-	7	7	-	7	-	-	-
Non riconosciuta pazzia	35	1	36	30	1	31	-	-	-
totale	219	115	334	138	56	194	19	40	59

Tabella 12. Movimento generale dei ricoverati distinti secondo la malattia mentale 1917

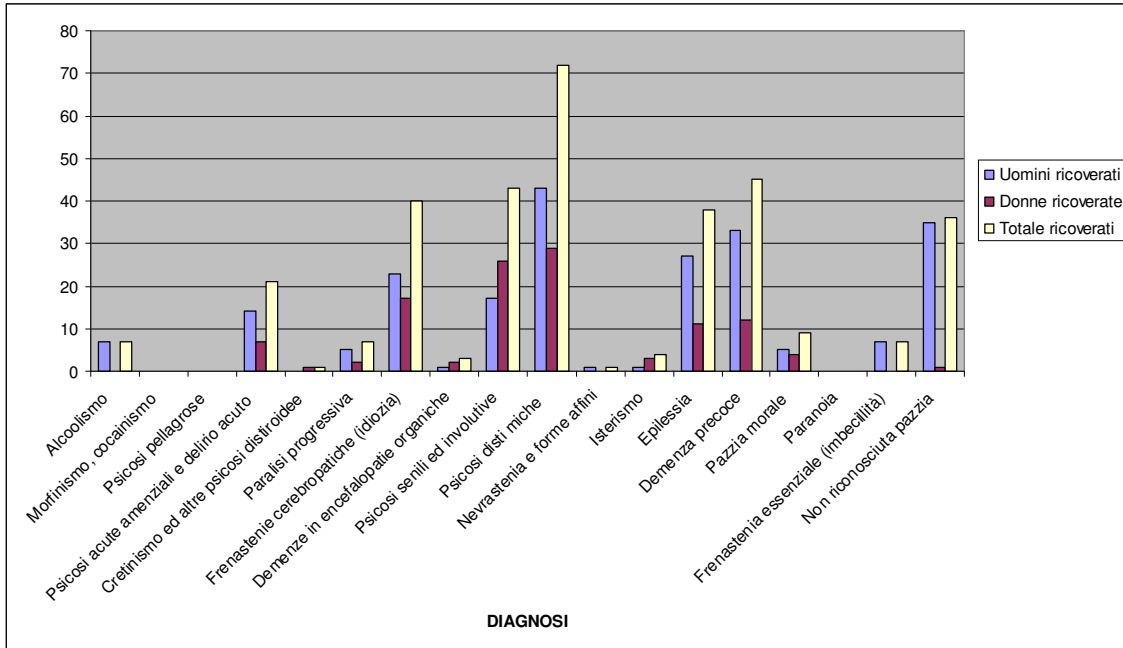


Grafico 12. Movimento generale dei ricoverati distinti secondo la malattia mentale 1917

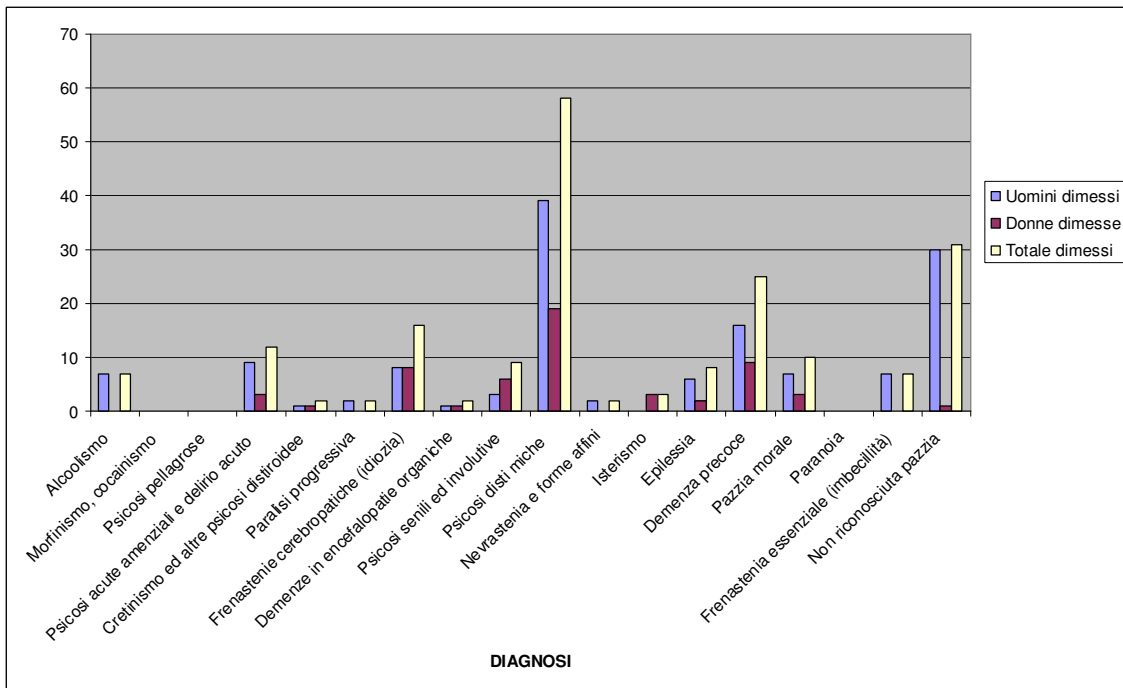


Grafico 12.1 Movimento generale dei dimessi distinti secondo la malattia mentale 1917

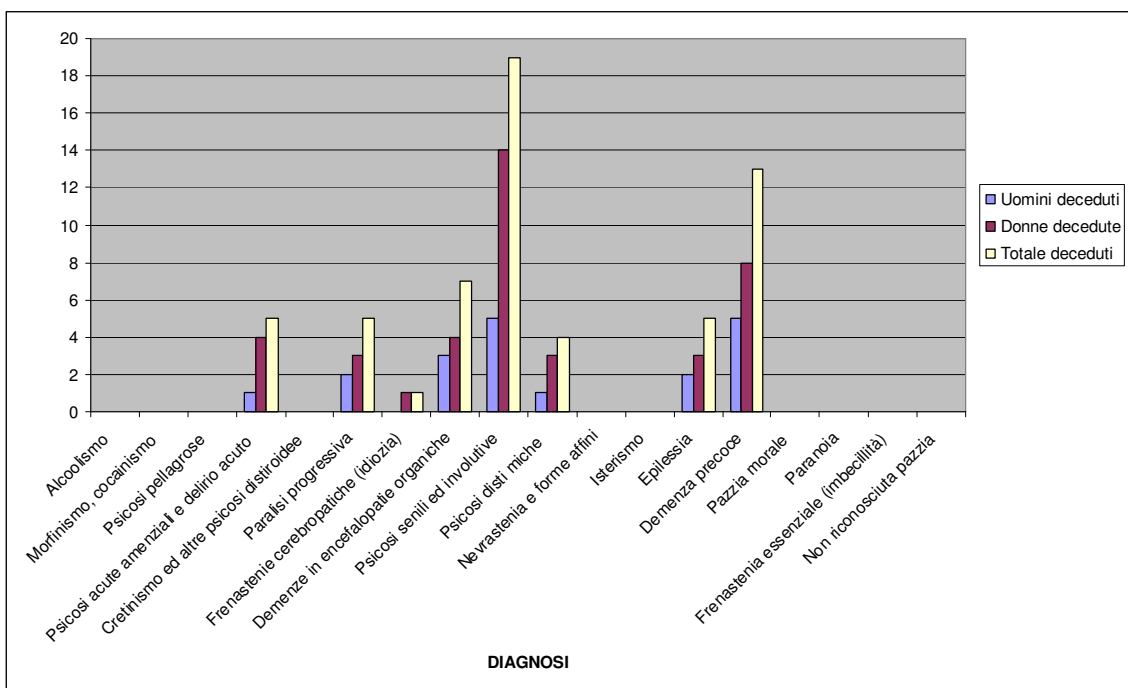


Grafico 12.2 Movimento generale dei deceduti distinti secondo la malattia mentale 1917

Malattie mentali	Entrati			Dimessi			Morti		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	totale
Alcoolismo	14	-	14	11	-	11	1	-	1
Morfinismo, cocainismo	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicosi pellagrose	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psicosi acute amenziali e delirio acuto	9	16	25	11	8	19	1	3	4
Cretinismo ed altre psicosi distiroidee	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Paralisi progressiva	3	3	6	1	-	1	3	2	5
Frenastenie cerebropatiche (idiozia)	14	13	27	8	6	14	4	7	11
Demenze in encefalopatie organiche	2	2	4	1	-	1	-	3	3
Psicosi senili ed involutive	17	14	31	7	5	12	10	9	19
Psicosi distimiche	31	32	63	29	29	58	2	2	4
Nevrastenia e forme affini	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isterismo	-	4	4	-	2	2	-	-	-
Epilessia	17	4	21	15	-	15	7	-	7
Demenza precoce	35	8	46	14	8	22	10	7	17
Pazzia morale	1	2	3	6	2	8	1	-	1
Paranoia	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Frenastenia essenziale (imbecillità)	7	2	9	6	2	8	1	-	1
Non riconosciuta pazzia	18	3	21	22	2	24	-	1	1
Totale	171	103	274	127	65	192	41	35	76

Tabella 13. Movimento generale dei ricoverati distinti secondo la malattia mentale 1918

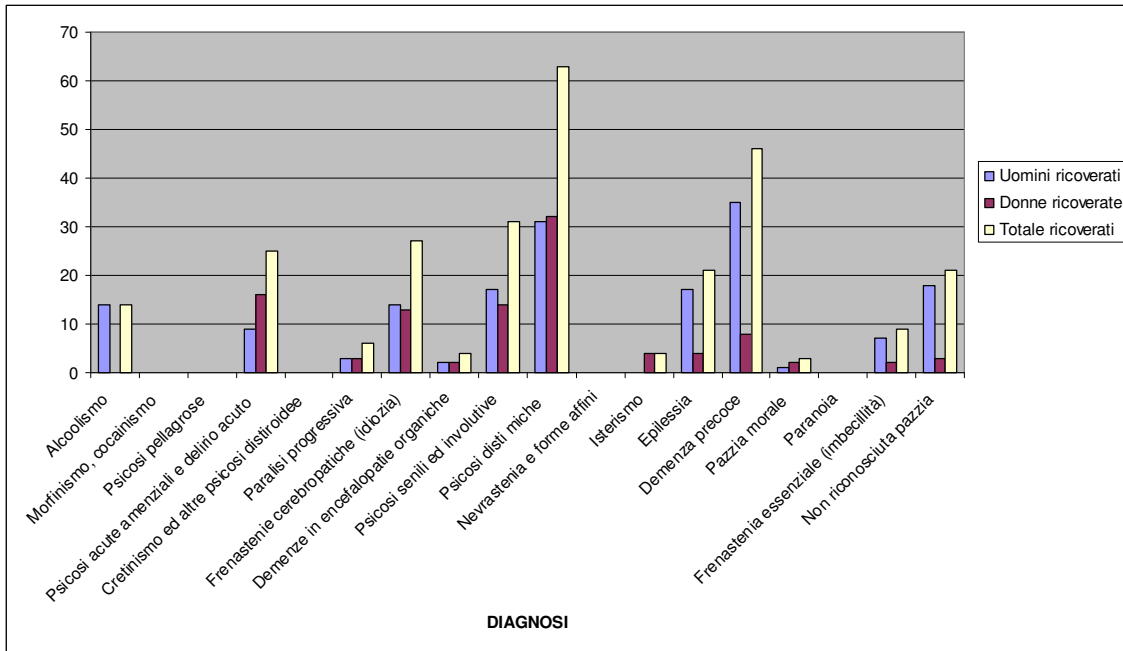


Grafico 13. Movimento generale dei ricoverati distinti secondo la malattia mentale 1918

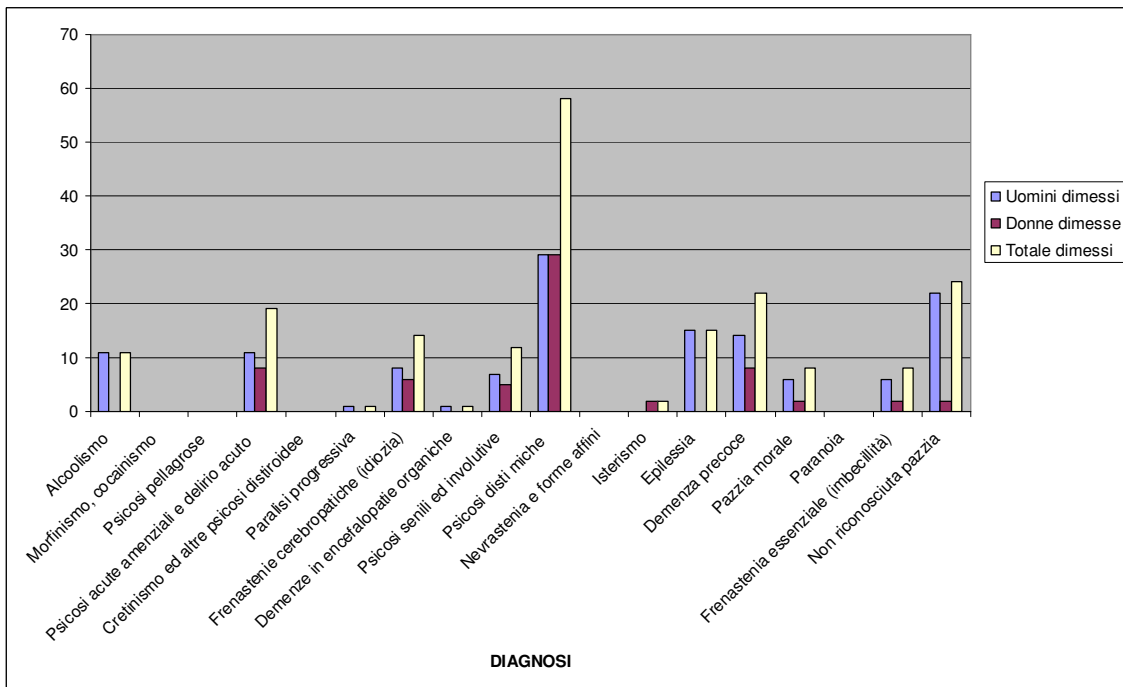


Grafico 13.1 Movimento generale dei dimessi distinti secondo la malattia mentale 1918

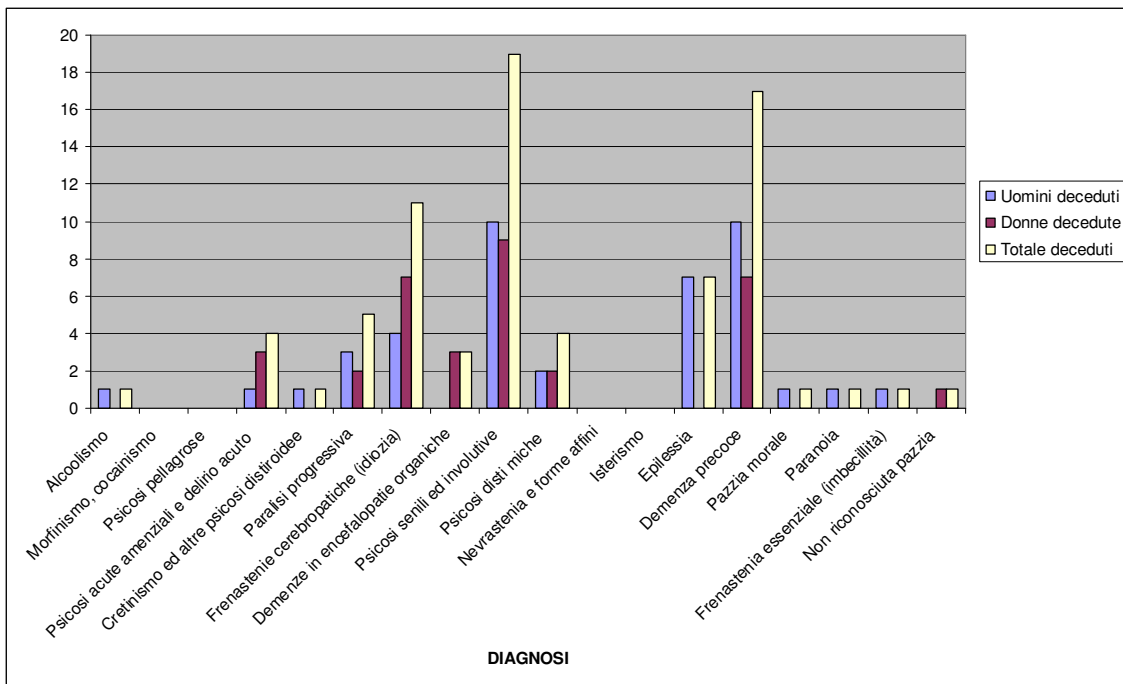


Grafico 13.2 Movimento generale dei deceduti distinti secondo la malattia mentale 1918

Psicosi	58
Disturbi del tono dell'umore di tipo depressivo puro	45
Insufficienza mentale	40
Non patologie	39
Psicosi e reazioni acute	30
Simulazione	29
Disturbi di personalità	16
Disturbi del tono dell'umore da eccitamento o alternanza	9
Epilessia	9
Alcoolismo	6
Altro	10
Totale	298

Tabella 14. Diagnosi convertite secondo il Dsm-IV

Nota: in questa tabella il numero delle diagnosi eccede il numero dei pazienti, perché nella diagnostica moderna la distinzione multiassiale pone insufficienza mentale e disturbi di personalità sull'asse 1, e le malattie sul 2. è quindi possibile che qualche paziente abbia ricevuto più di una diagnosi.

Non riconosciuto alienato	93
Demenza precoce	44
Stato depressivo	48
Psicosi maniaco-depressiva	8
Malinconia (semplice, ansiosa, delirante)	11
Epilessia	13
Accessi di agitazione epilettica	1
Stato amenziale	3
Stato confusionale	8
Stato stuporoso	9
Imbecillità	10
Eccitamento in frenastenoide	3
Frenastenia	3
Demenza paralitica	3
Accessi confusionali allucinatori in soggetto isteroide	1
Alcoolismo	4
Amenza in frenastenoide	1
Costituzione anomala originaria	4
Costituzione originaria neuropatica	1
Delirio acuto	1
Stato allucinatorio	1
Disordine del contegno	3
Disturbi sensoriali in soggetto originariamente squilibrato	1
Lieve deficienza intellettuale	1
Lieve e transitorio torpore mentale	1
Lieve stato confusionale	3
Manifestazioni ipocondriache (epiletiche)	1
Psicastenia	1
Stato di disordine/eccitamento	3
Stato d'arresto psicomotorio	1
Ottusità affettiva in criminaloide	1
Stato ipocondriaco	1
Totale	285

Tabella 15. Diagnosi dei soldati 1915-18

Non riconosciuto alienato	10
Anomalia costituzionale della personalità (costituzione paranoidea)	1
Demenza precoce	3
Epilessia	1
Stato confusionale-allucinatorio di probabile natura epilettica	1
Malinconia delirante	1
Psicosi maniaco-depressiva	1
Totale	18

Tabella 16. Diagnosi dei soldati 1915

Non riconosciuto alienato	33
Demenza precoce	13
Stato depressivo	11
Lieve stato depressivo	5
Malinconia	4
Imbecillità	3
Lieve stato confusionale	3
Accessi confusionali allucinatori in soggetto isteroide	1
Accesso depressivo (psicosi maniaco-depressiva)	1
Alcoolismo (delirio allucinatorio)	1
Costituzione anomala originaria (epilettoide?)	1
Costituzione originaria neuropatica	1
Eccitamento e disordine episodico in soggetto frenastenoide	2
Epilessia	1
Frenastenia	1
Lieve e transitorio torpore mentale	1
Lieve deficienza intellettuale	1
Manifestazioni ipocondriache (epiletiche)	1
Ottusità affettiva in criminaloide	1
Stato confusionale	1
Torpore e lieve indebolimento mentale di probabile natura alcoolica	1
Totale	87

Tabella 17. Diagnosi dei soldati 1916

Non riconosciuto alienato	32
Demenza precoce	20
Imbecillità	6
Malinconia	5
Stato depressivo	21
Lieve stato depressivo	5
Stato stuporoso	6
Psicosi maniaco-depressiva	3
Accesso depressivo di probabile psicosi maniaco-depressiva	1
Stato amenziale	3
Epilessia	3
Costituzione epiletica	5
Costituzione anomala originaria con note epiletoidi	1
Accesso di disordine ed eccitamento in soggetto anomalo e bevitore	1
Alcoolismo	1
Amenza in frenastenoide	1
Demenza paralitica	1
Stato dementale	1
Disordine del contegno in soggetto originariamente anomalo con tendenza alla simulazione	1
Disordine ideativo e del contegno in soggetto anomalo e dedito all'alcool	1
Disturbi sensoriali in soggetto originariamente squilibrato	1
Frenastenia	1
Psicastenia	1
Stato confusionale con mutismo di natura istero-traumatica	1
Stato ipocondriaco	1
Totale	123

Tabella 18. Diagnosi dei soldati 1917

Non riconosciuto alienato	18
Demenza precoce	8
Stato depressivo	8
Accessi di agitazione epilettica	1
Costituzione anomala originaria e deficienza intellettuale	1
Delirio acuto	1
Demenza paralitica	1
Frenastenia	1
Eccitamento in frenastenoide	1
Epilessia	2
Imbecillità	1
Malinconia ansiosa	1
Psicosi maniaco-depressiva	2
Stato allucinatorio	1
Stato confusionale (da alcool?)	3
Stato d'arresto psicomotorio	1
Stato di disordine e/o eccitamento	3
Stato stuporoso	2
Disordine del contegno	1
Totale	57

Tabella 19. Diagnosi dei soldati 1918

1 mese o meno	82
2 mesi	81
3 mesi	41
4 mesi	28
5 mesi	7
6 mesi	8
7 mesi	4
8 mesi	2
9 mesi	3
10 mesi	3
11 mesi	1
1 anno o più	10
morte	15
totale	285

Tabella 20. Durata del ricovero per soldato

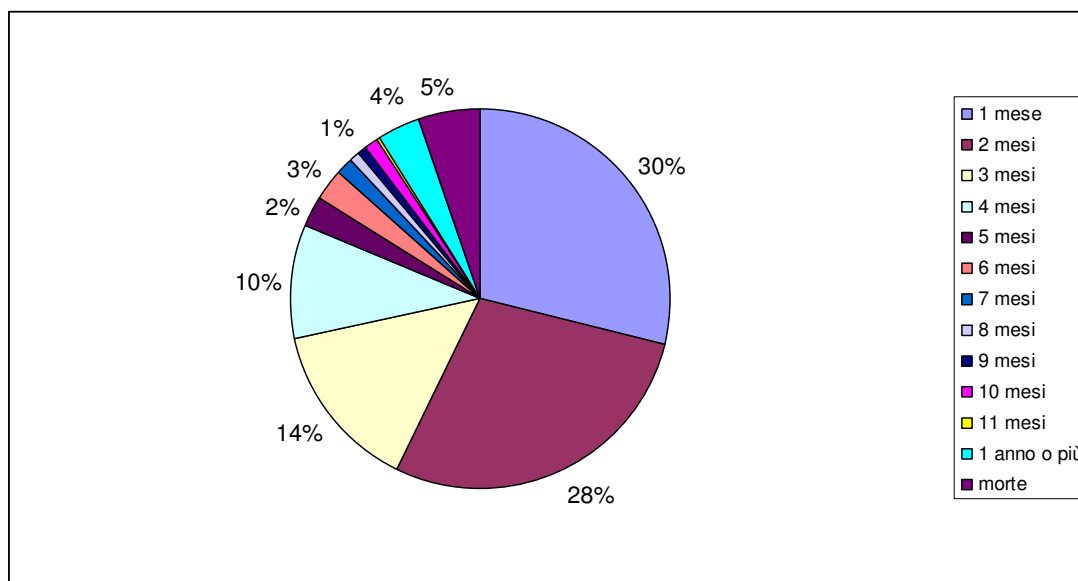


Grafico 20. Durata del ricovero per soldato

	1915	1916	1917	1918
1 mese	10	34	28	10
2 mesi	4	19	43	15
3 mesi	2	11	19	9
4 mesi	1	11	12	4
5 mesi	-	1	4	2
6 mesi	-	2	3	3
7 mesi	-	2	1	1
8 mesi	-	-	1	1
9 mesi	-	1	1	1
10 mesi	-	-	3	-
11 mesi	-	-	-	1
1 anno o più	-	2	4	4
morte	1	4	4	6
totale	18	87	123	58

Tabella 21. Durata del ricovero per anno

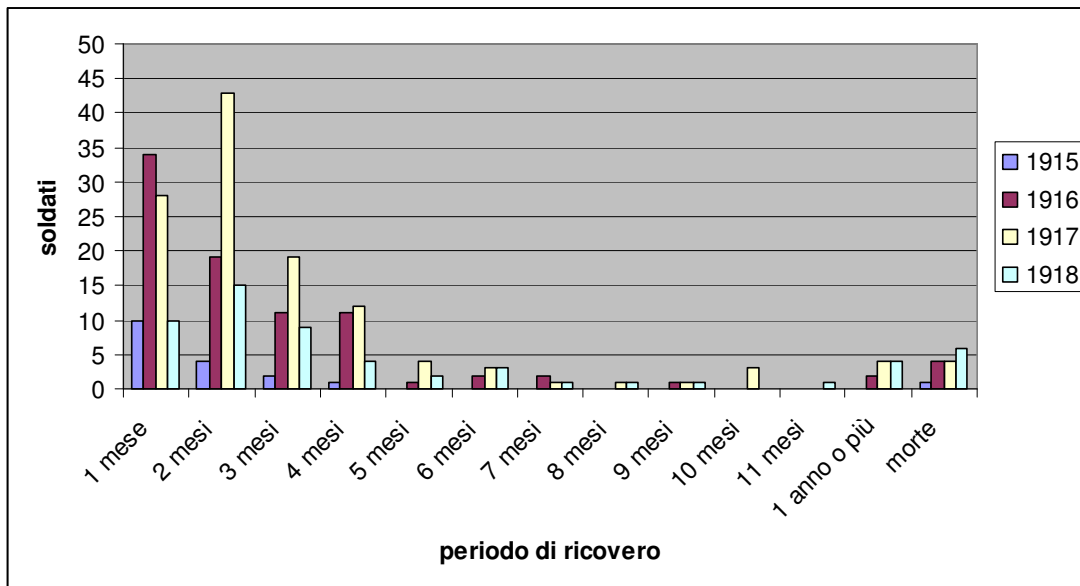


Grafico 22. Durata del ricovero per anno

1 ricovero	237
2 ricoveri	21
3 ricoveri o più	12
Morte	15
Totale	285

Tabella 22. Numero di ricoveri per soldato

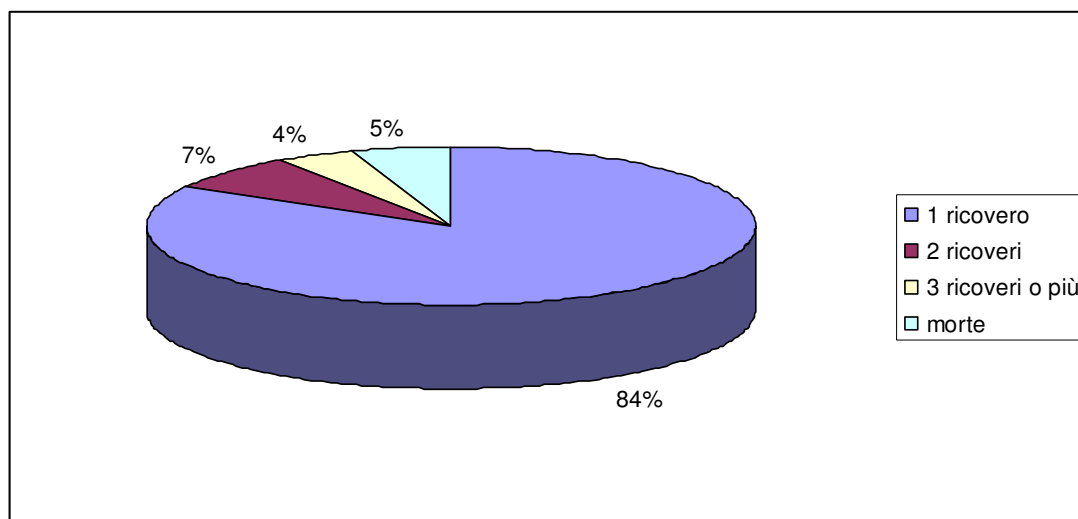


Grafico 22. Numero di ricoveri per soldato

Di seguito è riportato l'elenco dei soldati ricoverati a Colomo tra il 1915 e il 1918, composto con le informazioni con i quali essi furono registrati al momento della loro prima ammissione in manicomio. Per rispetto della loro vita privata e per delicatezza, ne abbiamo ommesso i nomi, essendo già un sufficiente riscontro il numero progressivo d'ingresso con il quale le persone venivano catalogate nei Registri del movimento della popolazione. Le uniche aggiunte che abbiamo compiuto riguardano l'appartenenza all'esercito, la data di uscita dal manicomio o quella di morte, quando non comparivano nei registri, recuperando i dati dalle rispettive cartelle cliniche.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
2	militare	23	Torre Maggiore (Fg)	Tradate (Va)	cgt	1916 gennaio 5	non riconosciuto pazzo	1916 febbraio 17		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
2	manovale - soldato	34	Mulazzo di Pontremoli (Ms)	Sanpierdarena (Ge)	cgt	1917 gennaio 9	demenza precoce	1917 novembre 10		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
2	contadino	33	Busseto (Pr)	Busseto (Pr)	cgt	1918 gennaio 4	demenza precoce ?	[1919 gennaio 14]		soldato 1267 mitraglieri Fiat
3	militare	23	Genova	Genova	celibe	1916 gennaio 6	lieve stato confusionale e con eccitamento da trauma psichico sofferto in guerra	1916 gennaio 28		soldato 28 Artiglieria
3	contadino	33	Casale di Tornolo (Pr)	Casale di Tornolo (Pr)	cgt	1917 gennaio 12	demenza precoce	1927 agosto 15		soldato 67 regg. Fanteria
3	militare	31	S. Demetrio Corona (Cs)	Rossano (Cs)	cgt	1918 gennaio 5	non alienato	1918 marzo 21		soldato 35 fanteria.
4	contadino - soldato	22	Altedo (Fe)	Altedo (Fe)	celibe	1917 gennaio 14	stato depressivo	1917 marzo 29		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
4	militare	21	Cesena	S. Andrea in Bagnolo (Fo)	celibe	1918 gennaio 5	non alienato	1918 febbraio 6		soldato 35 fanteria.
5	macellaio	20	Roma	Roma	celibe	1916	non	1916		soldato 2

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
	- militare					gennaio 12	riconosciuto pazzo	febbraio 23		Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
5	negoziante - soldato	39	Roma	Roma	cgf	1917 gennaio 14	non riconosciuto alienato (costituzione neuropatica in soggetto con labe [?] ereditaria)	1917 marzo 1		soldato 2 Granatieri. Proveniente Osp. Militare Parma
5	militare	19	Bellona (Ce)	Caserta	celibe	1918 gennaio 5	non alienato	1918 marzo 26		soldato 1 Genio.
6	minatore - militare	29	Gola secca	Crema (Cr)	celibe	1916 gennaio 12	eccitamento episodico in frenastenoides	1916 agosto 11		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma. fratello di Davide
6	soldato	24	Roma	Roma		1917 gennaio 20	non riconosciuto alienato	1917 febbraio 11		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
6	militare	40	Farra d'Alpago (Bl)	Farra d'Alpago (Bl)	cgf	1918 gennaio 5	stato confusionale e allucinatorio ansioso (da alcoolismo?)	1918 dicembre 1		soldato.
7	meccanico - militare	29	Rio Marina - isola d'Elba (Li)	La Spezia	cgf	1916 gennaio 12	non riconosciuto pazzo	1916 febbraio 23		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
7	militare	35	Bitonto (Ba)	Bitonto (Ba)	celibe	1918 gennaio 5	costituzione anomala originaria e deficienza intellettuale	1918 marzo 22		soldato 62 Fanteria.
8	carpentiere - militare	22	Torre del Greco (Na)	Torre del Greco (Na)	cgf	1916 gennaio 12	non riconosciuto pazzo	1916 febbraio 23		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
8	soldato	21	Roma	Napoli	celibe	1917 gennaio 26	non alienato (tipo imbecillesco)	1917 marzo 22		soldato 2 Granatieri. Proveniente Osp. Militare Parma
9	contadino - militare	19	Mapello (Bg)	Mapello (Bg)	celibe	1916 gennaio 12	non riconosciuto pazzo	1916 marzo 17		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
9	soldato	27	Alessandria	Sestri Ponente (Ge)	cgt	1917 gennaio 26	non alienato	1917 marzo 22		soldato 8 Montebello. Proveniente Osp. Militare Parma
9	militare	28	Castiglione d'Asti (At)	Castiglione d'Asti (At)		1918 gennaio 12	disordine del contegno (di natura?)	1918 luglio 26		soldato.
10	ferroviere - militare	24	Napoli	Napoli	celibe	1916 gennaio 19	non riconosciuto pazzo	1916 gennaio 30		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
10	soldato	27	Grotteria (Rc)	Grotteria (Rc)	celibe	1917 gennaio 26	non alienato (lievi accessi psicopatici da lesione auricolare?)	1917 marzo 22		soldato 2 Granatieri. Proveniente Osp. Militare Parma
10	militare	24	Bisceglie (Ba)	Bisceglie (Ba)	celibe	1918 gennaio 14	stato di disordine (di natura?)	1918 giugno 14		soldato 20 regg. fanteria.
11	contadino - militare	21	Fano (Pe)	Fano (Pe)	celibe	1916 gennaio 21	eccitamento e disordine episodico in soggetto frenastenoidi	1916 aprile 21		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
11	soldato	22	Gallarate (Va)	Gallarate (Va)	celibe	1917 gennaio 27	non alienato (lieve deficienza intellettuale e morale)	1917 maggio 23		soldato 62 Fanteria. Detenuto -proveniente Carceri mandamentali S. Secondo P.se

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
11	militare	28	Vicchio di Mugello (Fi)	Svizzera	celibe	1918 gennaio 15	non riconosciuto alienato	1918 febbraio 12		soldato 2 reggimento Bersaglieri.
12	militare	38	Ortignano Raggiolo (Ar)	Bibbiena (Ar)	cgt	1918 gennaio 15	non riconosciuto alienato	1918 marzo 26		soldato.
13	tramviere - soldato	34	Napoli	Torino	celibe	1917 gennaio 31	demenza precoce	1917 ottobre 23		soldato 224 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
14	militare	25	Oleggio (No)	Oleggio (No)	celibe	1916 gennaio 27	lieve stato confusionale e in soggetto anomalo	1916 marzo 10		soldato 6 Comp. di Sussistenza
14	tornitore - soldato	24	Affori (Mi)	Affori (Mi)	celibe	1917 gennaio 31	epilessia (criminalità)	1917 maggio 23		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
16	militare	30	Bonate di sopra (Bg)	Bonate di sopra (Bg)	cgt	1916 febbraio 4	non riconosciuto pazzo		1916 aprile 2	soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
17	possidente - militare	30	Sant'Orso (Vi)	Sant'Orso (Vi)	cgt	1916 febbraio 4	torpore e lieve indebolimento mentale di probabile natura alcolica	1916 aprile 20		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
17	soldato	21	Varano Melegari (Pr)	Varano Melegari (Pr)		1917 febbraio 11	amenza in frenastenoides	1917 aprile 2		soldato 3 artiglieria da montagna. Proveniente Osp. Militare Parma
18	contadino - soldato	27	Corniglio (Pr)	Corniglio (Pr)	cgt	1917 febbraio 12	lieve stato depressivo	1917 aprile 30		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
19	ferroviere - militare	24	Napoli	Napoli	celibe	1916 febbraio 10	non riconosciuto pazzo	1916 marzo 12		soldato 62 Fanteria. Proveniente

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
										te osp. Militare Parma
19	sarto - soldato	20	Caserta	Caserta	celibe	1917 febbraio 11	stato depressivo	1917 maggio 23		soldato 221 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
20	soldato	20	Montano comasco (Co)	Civello (Co)	celibe	1916 febbraio 10	demenza precoce	1916 maggio 30		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
20	contadino - soldato	33	Brusciano (Ce)	Acerra (Ce)	celibe	1917 febbraio 15	non alienato	1917 marzo 22		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
21	soldato		Milano	Milano	cgt	1916 febbraio 10	non riconosciuto pazzo	1916 marzo 17		soldato 1 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
22	macellaio	22	Roma	Roma	celibe	1915 febbraio 21	non riconosciuto a pazzia	1915 aprile 2		soldato 61 Reggimento Fanteria
24	muratore - soldato	35	Rancio Valcuvia (Co)	Rancio Valcuvia (Co)	celibe	1917 febbraio 25	demenza paralitica	1917 giugno 4		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
25	contadino - soldato	23	Pellerzano (Sa)	Pellerzano (Sa)		1916 febbraio 19	non riconosciuto pazzo	1916 marzo 22		soldato 28 Reggimento Artiglieria
25	soldato	24	Castelvetro (Mo)	Castelvetro (Mo)		1917 febbraio 25	non riconosciuto alienato	1917 aprile 28		soldato 2 Granatieri. Proveniente Osp. Militare Parma
26	manovale - soldato	25	Carsoli (Aq)	Carsoli (Aq)	celibe	1917 febbraio 25	non riconosciuto alienato	1917 aprile 28		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
27	bracciante -	26	Besenzone (Pc)	Polesine (Pr)	celibe	1916 febbraio	accesso depressivo	1916 agosto		soldato 61 Fanteria.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
	soldato					o 25	(psicosi maniaco-depressiva)	13		Proveniente osp. Militare Parma
27	soldato	22	Rocca Priora (Roma)	Rocca Priora (Roma)	celibe	1917 marzo 1	stato amenziale-allucinatorio (demenza precoce?)	1917 giugno 1		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
28	soldato	20	Biserna (Lu)	Biserna (Lu)	celibe	1916 febbraio 25	demenza precoce	1916 giugno 1		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
28	stuccatore - soldato	20	Roma	Roma	celibe	1917 marzo 1	non alienato	1917 aprile 10		soldato 2 Granatieri. Proveniente Osp. Militare Parma
29	-		Genova	Milano	celibe	1915 marzo 8	non riconosciuto a pazzia	1915 aprile 2		soldato 4 Comp. Sanità
29	contadino - soldato	22	Rigiliano (Sa)	Rigiliano (Sa)	celibe	1916 febbraio 25	non riconosciuto pazzo	1916 aprile 2		soldato 112 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
29	fattorino - soldato	20	Orio Litta (Mi)	Orio Litta (Mi)	celibe	1917 marzo 1	imbecillità	1917 maggio 23		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
31	soldato	30	Ovada (Pv)	Ovada (Pv)	cgt	1916 marzo 1	stato depressivo-confusionale	1916 giugno 7		soldato 2 Reggimento Granatieri
32	tappeziere - soldato	25	Genova	Genova	celibe	1917 marzo 11	stato depressivo-ipocondriaco? O simulazione?	1917 maggio 23		soldato 8 Montebello. Proveniente Osp. Militare Parma
33	muratore - soldato	21	Fontanellato (Pr)	Fontanellato (Pr)	celibe	1916 marzo 4	stato confusionale (da alcool?)	1916 maggio 7		soldato 16 Reggimento Bersaglieri. Proveniente osp.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
										Militare Parma
33	soldato	25	Sorbolo (Pr)	S. Lazzaro p.se (Pr)	celibe	1917 marzo 15	stato depressivo-allucinatorio (inizio di demenza precoce?)	1917 luglio 8		soldato 62 fanteria (o 208?)
35	macellaio - soldato	31	Parma (Pr)	Parma (Pr)	celibe	1916 marzo 18	lieve stato depressivo in soggetto sifilitico	[1916 giugno 3]		soldato 4 Sussistenza. Proveniente osp. Militare Parma
35	carrettiere - soldato	24	Struppa (Ge)	Struppa (Ge)	celibe	1917 marzo 17	lieve stato depressivo	1917 maggio 7		soldato 8 Lancieri Montebello. Proveniente Osp. Militare Parma
36	calzolaio - soldato	20	Brevia (Va)	Brevia (Va)	celibe	1916 marzo 18	lieve stato depressivo in soggetto ereditariamente tarato	1916 maggio 30		soldato 208 Reggimento Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
36	ferroviere - soldato	20	Palma Montechiaro (Ag)	Ribera (Ag)	celibe	1917 marzo 17	non riconosciuto alienato	1917 aprile 28		soldato 8 Lancieri Montebello. Proveniente Osp. Militare Parma
37	muratore - soldato	21	Roma	Roma	celibe	1916 marzo 18	non riconosciuto pazzo	1916 aprile 21		soldato 112 Reggimento Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
37	contadino - soldato riformato	29	Collecchio (Pr)	Collecchio (Pr)	celibe	1917 marzo 17	demenza precoce	[1920 giugno 3]		soldato 67 Fanteria riformato. Proveniente dal manicomio di Volterra

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
38		20	Cicciano (Cz)	Cicciano (Cz)	celibe	1915 aprile 3	non riconosciuto pazzo	1915 maggio 20		soldato 61 Fanteria
38	contadino - soldato	21	Castelnuovo di Porto (Roma)	Castelnuovo di Porto (Roma)	celibe	1916 marzo 22	non riconosciuto pazzo	1916 luglio 25		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
39		20	Pellezzano (Pc)	Pellezzano (Pc)	celibe	1915 aprile 3	demenza precoce	1915 giugno 15		soldato 28 artiglieria
39	orologiaio - soldato	22	S. Eufemia di Aspromonte (Rc)	S. Eufemia di Aspromonte (Rc)	cgt	1917 marzo 18	non riconosciuto alienato	1917 aprile 28		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
40	contadino - soldato	39	Traversetolo (Pr)	Neviano Arduini (Pr)	cgt	1917 marzo 19	lieve stato depressivo-ipocondriaco	1917 maggio 7		soldato 691 Centuria. Proveniente Osp. Militare Parma
42		20	Polistena (Ba?)	Polistena (Ba?)	celibe	1915 aprile 14	non riconosciuto pazzo	1915 maggio 4		soldato 61 Fanteria
44	pasticcere	19	Milano	Milano	celibe	1917 aprile 1	imbecillità morale ed intellettuale	1917 giugno 20		soldato 66 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
45	militare - soldato bersagliere	23	Tramonti (Sa)	Tramonti (Sa)	celibe	1917 aprile 2	imbecillità morale e lievemente anche intellettuale con note epilettoidi e tendenze criminali	1917 giugno 2		soldato bersagliere 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
46	macellaio - soldato	21	Cittanova (Rc)	Cittanova (Rc)	celibe	1916 aprile 15	demenza precoce	1916 agosto 5		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
48		23	Boscotrecase (Na)	Boscotrecase (Na)	cgt	1915 aprile 26	non riconosciuto pazzo	1915 maggio 28		soldato 62 Fanteria
48	meccanico - soldato	21	Napoli	Napoli	celibe	1916 aprile 17	non riconosciuto pazzo	1916 giugno 7		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
										Militare Parma
49	contadino - soldato	31	Vignanello (Roma)	Vignanello (Roma)	cgt	1916 aprile 17	non riconosciuto pazzo (nevrasteni co-ipocondriaco)	1916 giugno 7		soldato 15 Artiglieria. Proveniente osp. Militare Parma
49	mugnaio - soldato	38	Drezzo (Co)	Drezzo (Co)	cgt	1917 aprile 10	stato depressivo ipocondriaco in frenastenoidi	1917 maggio 23		soldato 66 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
50	carrettiere - soldato	30	Appiano (Vr)	Appiano (Vr)	celibe	1917 aprile 10	demenza precoce (?)	1917 giugno 4		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
52	militare	21	Catania	Catania		1918 gennaio 19	non riconosciuto alienato	1918 aprile 28		soldato 20 fanteria.
53	contadino	24	Varsi (Pr)	Varsi (Pr)	celibe	1916 aprile 29	stato depressivo (da psicosi maniaco-depressiva ?)	1916 novembre 27		soldato 47 fanteria
53	militare	19	Nola (Ce)	Nola (Ce)	celibe	1918 gennaio 21	non riconosciuto alienato	1918 aprile 28		soldato.
53	soldato	19	Massa Carrara (Ms)	Massa Carrara (Ms)	celibe	1917 aprile 16	lievissimo stato depressivo (non alienato)	1917 giugno 2		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
54	militare	27	Sora (Ce)	Sora (Ce)	cgt	1918 gennaio 21	demenza precoce		1918 aprile 3	soldato 2 regg. bersaglieri.
55	elettricista - soldato (caporale)	27	Lodi (Mi)	Milano	celibe	1916 maggio 3	non riconosciuto pazzo (??)	1916 maggio 20		soldato (caporale) 39 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
55	militare	32	Cremona	Cremona		1918 gennaio 23	delirio acuto?		1918 gennaio 23	soldato.
55	contadino -	33	Corniglio (Pr)	Corniglio (Pr)	celibe	1917 aprile	stato ipocondriaco			soldato di 3

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
	soldato					19	o (di natura?)			Categoria. Proveniente Osp. Militare Parma
56	militare	22	Rocca di Papa (Roma)	Rocca di Papa (Roma)		1918 gennaio 23	non riconosciuto alienato	1918 marzo 26		soldato.
57	-	21	Genova	Milano	-	1915 maggio 9	non riconosciuto pazzo (manifestazioni epilettoidi?)	1915 giugno 23		soldato 4 Comp di Sanità
57	militare	35	Palermo	Palermo		1918 gennaio 23	stato depressivo	1918 giugno 30		soldato 84 Fanteria.
58	soldato	29	Basilicanova (Pr)	Parma (Pr)	cgf	1916 maggio 11	lieve stato depressivo in soggetto che presenta manifestazioni di lue cerebrale localizzata	1916 agosto 22		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
58	calzolaio - soldato	19	Canegrate (Mi)	Canegrate (Mi)	celibe	1917 aprile 21	imbecillità	1917 giugno 4		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
59	militare	29	Rio Saliceto (Re)	Rio Saliceto (Re)	celibe	1916 maggio 12	demenza precoce	[1918 febbraio 14]		soldato. Proveniente osp. Militare Parma
59	militare - tornitore	27	Palermo	Palermo	cgf	1918 gennaio 23	non riconosciuto alienato	1918 aprile 28		soldato 84 fanteria.
59	carrettiere - soldato	20	Milano	Milano	celibe	1917 aprile 21	non alienato	1917 maggio 23		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
60	soldato	27	Borgotaro (Pr)	Borgotaro (Pr)	cgf	1916 maggio 17	alcolismo (delirio allucinatorio)	1916 giugno 8		soldato 32 Artiglieria. Proveniente manicomi o Firenze
60	militare	33	Genova	Genova	celibe	1918 gennaio 25	stato stuporoso-amenziale	1918 luglio 20		soldato 62 fanteria.
61	giornalier	31	Carrara	Carrara	coniug	1915	anomalia	1915		soldato

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
	e			(Ms)	ato con Biggi Maria	maggio 23	costituzionale della personalità (costituzione e paranoidea)	agosto 5		richiamato 28 artiglieria
62	militare	32	Napoli	Napoli	cgt	1918 gennaio 29	non riconosciuto alienato	1918 marzo 26		soldato 95 Fanteria.
62	contadino - soldato	36	Caraffa (Cz)	Fabrizia (Cz)	cgt	1917 aprile 29	malinconia ansiosa delirante	1917 luglio 3		soldato 3 Genio. Proveniente Osp. Militare Parma
63	militare	34	Milano	Milano		1918 gennaio 29	stato confusionale (da alcool?)	1918 luglio 26		soldato 88 Fanteria.
63		20	Sacile (Pn)	Sacile (Pn)	celibe	1917 aprile 29	stato amenziale e di disordine di natura?)	1917 luglio 24		soldato 2 granatieri. Proveniente Osp. Militare Parma
64	contadino - soldato	28	Milano	Milano		1916 maggio 19	demenza precoce	1916 luglio 25		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
64	militare	34	Predappio (Fo)	Sampierdarena (Ge)	cgt	1918 gennaio 29	malinconia ansiosa	1918 maggio 16		soldato 1 Reggimento Genio.
65	contadino - soldato	37	Vigatto (Pr)	Vigatto (Pr)	celibe	1916 maggio 22	stato depressivo in frenastenoides	1916 giugno 24		soldato. Proveniente osp. Militare Parma
65	militare	20	Arquata Scrivia (Al)	Arquata Scrivia (Al)		1918 gennaio 29	stato stuporoso con negativismo	1918 maggio 24		soldato 1 Reggimento Genio comp. Special.
65	giornaliero - soldato riformato	22	Campi di Albareto (Pr)	Campi di Albareto (Pr)	celibe	1917 aprile 30	stato depressivo ipocondriaco (di natura?)	1917 agosto 9		soldato 6 Fanteria riformato. Proveniente dal manicomio di Volterra
66	falegname	39	Montechiarugolo (Pr)	Montechiarugolo (Pr)	coniugato	1915 giugno 2	psicosi maniaco-depressiva	1915 agosto 15		soldato 4 genio pontieri

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
66	contadino - soldato	31	Monchio (Pr)	Monchio (Pr)	celibe	1916 maggio 22	demenza precoce	1916 agosto 24		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
67	contadino	26	Casalmaggiore (Cr)	Casalmaggiore (Cr)	coniugato	1915 giugno 2	non alienato	1915 luglio 14		soldato 61 Fanteria
67	pittore - soldato	31	Roma	Roma	cgt	1916 maggio 22	epilessia	1916 settembre 11		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
67	militare	30	Napoli	Napoli	cgt	1918 febbraio 1	non riconosciuto alienato	1918 maggio 16		soldato 2 regg. Bersaglieri
68	meccanico - soldato	29	Milano	Milano	cgt	1916 maggio 22	non riconosciuto alienato	1916 ottobre 12		soldato 1 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
68	militare	23	Nissoria (Tp)	Alcamo (Tp)	celibe	1918 febbraio 1	non riconosciuto alienato	1918 aprile 10		soldato 35 reggimento Fanteria
68	soldato	19	Milano	Milano	cgt	1917 maggio 2	non riconosciuto alienato	1917 luglio 6		soldato 62 Fanteria.
69	contadino - soldato	28	Battifollo (Mondovi) (Cn)	Battifollo (Mondovi) (Cn)	celibe	1916 maggio 22	imbecillità	1916 luglio 5		soldato 28 Artiglieria. Proveniente osp. Militare Parma
69	contadino	40	Borgotaro (Pr)	Borgotaro (Pr)	celibe	1918 febbraio 2	demenza paralitica		1918 maggio 20	soldato 42 regg. Fanteria
70	elettricista - soldato	21	Roma	Roma	celibe	1916 maggio 22	non riconosciuto alienato	1916 giugno 25		soldato 26 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
70	dottore in legge - militare	42	Chieti	Fornovo Taro (Pr)	cgt	1918 febbraio 3	psicosi maniaco-depressiva	1918 novembre 3		soldato 123 fanteria.
70	calzolaio - soldato	35	Padova	Padova	cgt	1917 maggio 11	melanconia	1917 luglio 7		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
71	soldato	29	Velate	Velate (Va)	cgt	1916	non	1916		soldato 62

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
			(Va)			maggio 22	riconosciuto o alienato	giugno 25		Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
71	militare	30	Chiavari (Ge)	Chiavari (Ge)	celibe	1918 febbraio 3	frenastenia	1918 maggio 13		soldato 62 fanteria.
71	macellaio - soldato	22	Bologna	Bologna	celibe	1917 maggio 12	non alienato	1917 giugno 15		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
72	tipografo - soldato	22	Albano (Roma)	Albano (Roma)	celibe	1916 maggio 22	non riconosciuto o pazzo	1916 giugno 13		soldato 1 Granatieri
72	militare	28	Paternò (Ct)	Salerno		1918 febbraio 5	non riconosciuto o alienato	1918 aprile 28		soldato 20 Fanteria.
73	soldato	23	Torre Maggiore (Fg)	Tradate (Co)	cgt	1916 maggio 24	non riconosciuto o pazzo	1916 giugno 13		soldato 2 Granatieri. Proveniente Osp. Civile Colorno
73	chaffeur	27	Svizzera	S. Secondo p.se (Pr)	celibe	1917 maggio 15	demenza precoce	[1920 marzo 29]		soldato 59 reggimento Fanteria. proveniente dal manicomio di Treviso
74	militare	20	Pellezzano (Sa?)	Salerno	celibe	1915 giugno 17	demenza precoce	1915 ottobre 30		soldato trasferito al manicomio di Nocera Inferiore
74	soldato	35	Vezzano (Re)	Montalto (Re)	cgt	1916 maggio 24	lieve e transitorio torpore mentale in soggetto da una forma iniziale (ancora indeterminata) latente l'asse cerebrospinale	1916 luglio 21		soldato 4 Comp. Sanità. Proveniente Clinica neurologica Parma
74	soldato	19	Perturano	Perturano	celibe	1917	demenza	1917		soldato 62

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
			(Ms)	(Ms)		maggio 17	precoce	settembre 11		Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
75	macellaio - soldato	20	Livorno	Livorno	celibe	1916 maggio 25	non riconosciuto alienato	1916 giugno 25		soldato 66 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
75	militare	26	Sestri Levante (Ge)	Genova	celibe	1918 febbraio 22	non riconosciuto alienato	1918 maggio 6		soldato.
75	contadino - soldato	19	Milano	Milano	celibe	1917 maggio 21	stato semistuporoso-allucinatorio (di natura?)	1917 luglio 20		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
76	soldato	31	Spoletto (Pg)	Spoletto (Pg)	cgt	1916 maggio 28	malinconia ansiosa	1916 settembre 22		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
76	maniscalco - soldato	22	Tortona (Al)	Tortona (Al)	celibe	1917 maggio 21	non riconosciuto alienato	1917 luglio 27		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
79	sarto - soldato	34	S. Lazzaro p.se (Pr)	S. Lazzaro p.se (Pr)	celibe	1916 giugno 6	demenza precoce	[1920 ottobre 23]		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
79	contadino - soldato	36	Bettola (Pc)	Bettola (Pc)	cgt	1917 maggio 26	stato depressivo	1917 settembre 14		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
80	ragioniere - soldato	19	Venezia	Roma	celibe	1916 giugno 6	non riconosciuto pazzo (neuropatico-nevrastenico)	1916 agosto 28		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
80	fattorino - soldato	20	Milano	Milano	celibe	1917 maggio 26	non riconosciuto alienato	1917 giugno 29		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
										Parma
81	impiegato	28	Soragna (Pr)	Fontevivo (Pr)	celibe	1916 giugno 8	demenza precoce		[1945 maggio 18]	soldato 4 compagnia sanità gruppo Alpino A
81	militare	22	S. Giovanni Teduccio (Na)	S. Giovanni Teduccio (Na)	celibe	1918 marzo 2	non riconosciuto alienato	1918 maggio 6		soldato Deposito granatieri Scandiano
81	soldato	23	Carpinetti (Re)	Carpinetti (Re)	celibe	1917 maggio 26	stato depressivo stuporoso	[1918 gennaio 3]		soldato 66 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
82	militare	27	Ferriere (Pc)	Ferriere (Pc)	celibe	1918 marzo 2	demenza precoce (?)	1918 maggio 31		soldato 32 fanteria.
83	militare	40	Palanzano (Pr)	Palanzano (Pr)	celibe	1918 marzo 2	stato depressivo in frenastenoides	[1919 giugno 15]		soldato 4 Genio 1 Reparto.
84	militare	24	S. Giorgio Morgeto (Rc)	S. Giorgio Morgeto (Rc)	celibe	1918 marzo 6	non riconosciuto alienato	1918 maggio 6		soldato 62 Fanteria.
85	contadino - soldato	33	Nola (Ce)	Nola (Ce)	cgt	1916 giugno 17	stato depressivo - ipocondriaco	1916 settembre 19		soldato 10 Fortezza. Proveniente osp. Militare Parma
85	contadino	28	Varano Melegari (Pr)	Varano Melegari (Pr)	celibe	1918 marzo 7	stato depressivo	1918 giugno 4		soldato 4 Alpini
85	soldato	19	Milano	Milano	celibe	1917 giugno 6	non riconosciuto alienato	1917 luglio 6		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
86	calzolaio - soldato	34	Viadana (Mn)	Viadana (Mn)	celibe	1916 giugno 18	demenza precoce	[1917 marzo 17]		soldato 61 fanteria
86	militare	30	Trecasali (Pr)	Trecasali (Pr)	cgt	1918 marzo 10	stato d'arresto psicomotorio	1918 novembre 4		soldato 62 Fanteria.
86	carrettiere - soldato	25	S. Secondo p.se (Pr)	S. Secondo p.se (Pr)	celibe	1917 giugno 6	costituzione e epilettica	1917 luglio 20		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
										Parma
89	contadino - soldato	20	Ferrera Erbognone (Pv)	Ferrera Erbognone (Pv)	celibe	1916 giugno 19	demenza precoce	1916 settembre 2		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
90	soldato	27	Monastieri (Tv)	Monastieri (Tv)	cgt	1916 giugno 21	manifestazioni ipocondriache (epiletiche)	1916 agosto 4		soldato 8 Lancieri Montebello. Proveniente osp. Militare Parma
90	soldato	23	Messina	Messina		1917 giugno 13	non riconosciuto alienato	1917 luglio 26		soldato 8 Montebello. Proveniente Osp. Militare Parma
91	contadino - soldato	26	Casale di Mezzani (Pr)	Pizzolese di Cortile S. Martino (Pr)	celibe	1916 giugno 23	stato depressivo - ipocondriaco	1916 settembre 18		soldato 33 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
91	fabbro - soldato	25	Berceto (Pr)	Berceto (Pr)	celibe	1917 giugno 13	demenza precoce (?)	1917 settembre 15		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
92	muratore	22	Langhirano (Pr)	Langhirano (Pr)	celibe	1915 agosto 6	non riconosciuto pazzo	1915 settembre 12		soldato
93	carrettiere - soldato	29	Pieve di Bagnone (Ms)	Pieve di Bagnone (Ms)	celibe	1916 luglio 1	demenza precoce	1916 novembre 29		soldato 66 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
93	militare	25	Masone (Ge)	Masone (Ge)	celibe	1918 marzo 23	non riconosciuto alienato	1918 maggio 6		soldato 8 Lancieri Montebello.
94	facchino - soldato	29	Parma	Parma (Pr)	celibe	1916 luglio 1	non riconosciuto pazzo	1916 luglio 29		soldato 11 Bersaglieri. Proveniente osp. Militare Parma
94	militare	35	S. Colomban	S. Colombano		1918 marzo	accessi di agitazione	1918 maggio		soldato 62 Regg.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
			o (Mi)	(Mi)		25	epilettica	16		fanteria
94	contadino - soldato	30	Rignano sull'Arno (Fi)	Rignano sull'Arno (Fi)	vedovo	1917 giugno 19	non riconosciuto alienato	1917 luglio 10		soldato 6 Bersaglieri . Proveniente Osp. Militare Parma
95	muratore	28	Fontevivo (Pr)	Fontevivo (Pr)		1918 marzo 28	stato confusionale-allucinatorio (di natura?)	1918 aprile 15		soldato 5 regg. bersaglieri
96	soldato	39	Medesano (Pr)	Cortile S. Martino (Pr)	cgt	1916 luglio 5	malinconia ansiosa	1916 luglio 29		soldato 68 Batt. M. T. [Milizia territoriale] Proveniente osp. Militare Parma
96	contadino - soldato	42	Sacile (Ud)	Sacile (Pn)	celibe	1917 giugno 21	stati confusionali allucinatori intercorrenti (da alcool?)	[1918 luglio 15]		soldato 319 battaglione Milizia Territoriale. Proveniente Osp. Militare Parma
97	calzolaio	23	Torrazza Costa di Voghera (Pv)	Torrazza Costa di Voghera (Pv)	celibe	1915 settembre 3	stato confusionale-allucinatorio di probabile natura epilettica	1915 dicembre 12		soldato dell'8° Lancieri di Montebello
97	sarto	25	Parma (Pr)	Fontanellato (Pr)	celibe	1917 giugno 21	demenza precoce (?)	1917 novembre 10		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
98	militare	29	Velate (Va)	Borgosesia (Vc)	cgt	1916 luglio 17	malinconia	[1917 gennaio 16]		soldato (militare). Proveniente osp. Militare Parma
98	soldato	20	Matelica (Mc)	Matelica (Mc)	celibe	1917 giugno 23	costituzionale epiletticoide (non	1917 agosto 19		soldato 28 Artiglieria. Proveniente Osp.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
							alienato)			Militare Parma
99	falegname - soldato	26	Roma	Roma	celibe	1916 luglio 18	costituzione anomala originaria (epilettoide?)	1916 novembre 5		soldato 2 regg. Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
99	contadino	22	Solignano (Pr)	Solignano (Pr)	celibe	1918 maggio 5	demenza precoce	1918 agosto 3		soldato 7 alpini. Proviene dal manicomio di Verona
99	soldato - contadino	33	Stadirano di Lesignano Bagni (Pr)	Stadirano di Lesignano Bagni (Pr)	cgt	1917 giugno 23	accesso di disordine ed eccitamento in soggetto anomalo e bevitore	1917 settembre 11		soldato 8 Alpini. Proveniente Osp. Militare Parma
100	militare	22	Boscotrecase (Na)	Napoli	coniugato	1915 settembre 12	non riconosciuto pazzo	1915 ottobre 3		soldato 62 Regg. Fanteria
100	militare	25	Boscotrecase (Na)	Boscotrecase (Na)	cgt	1916 luglio 19	non riconosciuto alienato	1916 agosto 11		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
100	soldato	32	Messina	Messina	cgt	1917 giugno 23	stato depressivo in soggetto nevrotico	1917 agosto 30		soldato. Proveniente Osp. Militare Parma
101	militare	33	Neviano Arduini (Pr)	Neviano Arduini (Pr)	cgt	1916 luglio 19	lieve accesso confusionale e delirante	1916 agosto 11		soldato. Proveniente osp. Militare Parma
101	soldato - contadino	43	Neviano Arduini (Pr)	Neviano Arduini (Pr)	celibe	1917 giugno 24	psicosi maniaco-depressiva	[1926 ottobre 2]		soldato. Proveniente Osp. Militare Parma
102	militare	32	Cenate S. Martino (Bg)	Bologna	celibe	1916 luglio 21	demenza precoce		[1967 febbraio 7]	soldato. Proveniente osp. Militare Parma
102	muratore	27	Colorno (Pr)	Colorno (Pr)	celibe	1917 giugno 25	accesso depressivo di probabile	1917 novembre 22		soldato 3 regg. artiglieria

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
							psicosi maniaco-depressiva			da montagna
106	contadino	26	Besenzone (Pc)	Busseto (Pr)	cgt	1917 giugno 29	psicosi maniaco-depressiva	1917 dicembre 23		soldato 61 Fanteria.
107	soldato	38	Padova	Padova		1917 giugno 29	stato stuporoso con sordità e mutismo da trauma fisico-psichico (scoppio da granata?)	1917 agosto 22		soldato 255 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Reggio Emilia
108	ex militare	21	Codogno (Pv?)	Albareto (Pr)	celibe	1916 agosto 2	frenastenia (con epilessia?)	1916 agosto 7		soldato 118 reggimento Fanteria
108	soldato	30	Rossano (Vi)	Rossano (Vi)		1917 giugno 29	disordine ideativo e del contegno in soggetto anomalo e dedito all'alcool	1917 settembre 7		soldato 6 Alpini. Proveniente Osp. Militare Reggio Emilia
109	cascinaio - militare	21	Trecasali (Pr)	Trecasali (Pr)	celibe	1918 giugno 4	stato allucinatorio (di natura? Inizio di demenza precoce?)	1918 settembre 1		soldato. 3 Artiglieria da Fortezza
109	militare - contadino	36	Trecasali (Pr)	Torrile (Pr)	cgt	1917 luglio 1	stato depressivo di natura probabilmente periodica	1917 agosto 12		soldato 237 Ospedale da Campo
110	soldato - contadino	25	Buenos Aires (Argentina)	Fontanellato (Pr)	celibe	1917 luglio 6	stato ansioso depressivo ipocondriaco	1917 settembre 9		soldato 6 Sussistenza. Proveniente Osp. Militare Parma
111	soldato - contadino	23	Neviano Arduini (Pr)	Neviano Arduini (Pr)	celibe	1917 luglio 6	stato amenziale con eccitamento (di natura peiordica?)	1917 luglio 23		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
113	contadino	24	Tizzano Val Parma	Tizzano Val Parma (Pr)	celibe	1918 giugno 26	stato di eccitamento e di	1918 luglio 5		Soldato 3 artiglieria da

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
			(Pr)				disordine (di natura?)			montagna
113	soldato	42	Reggio Emilia	Reggio Emilia		1917 luglio 12	stato depressivo ipocondriaco	1917 agosto 30		soldato 4 Comp. Sanità. Proveniente Osp. Militare Parma
114	militare	22	Mattino (Le)	Mattino (Le)	celibe	1916 agosto 14	non riconosciuto alienato	1916 settembre 19		Soldato 112 reggimento fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
114	soldato	27	Giugliano (Na)	Giugliano (Na)		1917 luglio 12	non riconosciuto alienato	1917 agosto 17		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
115	militare	29	Napoli	Napoli	cgt	1916 agosto 16	stato depressivo delirante			soldato. Proveniente osp. Militare Parma
115	soldato	34	Fornovo Taro (Pr)	S. Pancrazio (Pr)	cgt	1917 luglio 12	psicastenia	1917 settembre 21		soldato 42 Compagnia presidiaria
116	contadino - soldato	30	Scandiano (Re)	Golese (Pr)	cgt	1917 luglio 13	stato depressivo con accessi confusionali allucinatori (da probabile abuso di alcool)	1917 settembre 28		soldato 98 reparto mitraglieri 23 divisione.
119	soldato	21	Napoli	Napoli	celibe	1916 agosto 23	ottusità affettiva in criminaloides	1916 novembre 24		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
120	sarto - soldato	26	Milano	Milano	celibe	1916 agosto 23	imbecillità	1916 novembre 22		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
123	bracciante -	18	Pietrasanta (Lu)	Pietrasanta (Lu)	cgt	1917 luglio	non alienato	[1917 luglio		soldato 61 Fanteria.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
	soldato					13		21]		Proveniente Osp. Militare Parma
124	contadino - soldato	26	Uzzano (Lu)	Uzzano (Lu)	celibe	1916 settembre 2	stato depressivo ipocondriaco	[1917 gennaio 7]		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
124	agricoltore - soldato	23	Palmanova (Ud)	Palmanova (Ud)	celibe	1917 luglio 13	non alienato (lieve torpore da abusi alcoolici)	1917 agosto 22		soldato 2 Granatieri.
126	militare	25	Roma	Roma	celibe	1916 settembre 9	non verificata pazzia	[1916 ottobre 12]		soldato 2 regg. Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
127	calzolaio - soldato	21	Melito (Na)	Melito (Na)	celibe	1916 settembre 9	non riconosciuto alienato	1916 ottobre 12		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
127	muratore	23	Soragna (Pr)	Soragna (Pr)	celibe	1918 luglio 21	epilessia	1918 agosto 18		soldato
128	soldato	18	Santa Luce (Pi)	Santa Luce (Pi)	celibe	1917 luglio 21	demenza precoce	1917 settembre 19		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
129		44	Albareto di Borgotaro (Pr)	Albareto di Borgotaro (Pr)	cgt	1915 novembre 23	malinconia delirante (di natura ancora imprecisabile)			traferito dal manicomio di Genova Cogoleto. Soldato?
129	fabbro - soldato	27	Venezia	Venezia	celibe	1916 settembre 26	costituzione originaria neuropatica	[1917 gennaio 31]		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
130	soldato	24	Villanova d'Arda (Pc)	Villanova d'Arda (Pc)		1916 settembre 27	stato stuporoso catatonico (di natura?)	1916 novembre 5		soldato 28 Artiglieria. Proveniente osp. Militare

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
										Parma
130	contadino	28	Varano Melegari (Pr)	Varano Melegari (Pr)	celibe	1918 luglio 22	stato depressivo	1918 agosto 25		soldato 15 Alpini
131		20	Nemi (Roma)	Nemi (Roma)	celibe	1915 dicembre 4	demenza precoce		[1919 gennaio 16]	Soldato 61 Regg. Fanteria
131	impiegato	28	Parma	Parma (Pr)	celibe	1918 luglio 22	demenza precoce	1918 settembre 6		soldato
132		23	Vicenza	Vicenza		1915 dicembre 6	non riconosciuto pazzo (però semi-infermo art. 47 c.p.)	[1916 gennaio 11]		soldato 22 regg. cavallleggieri
132	soldato	20	Livorno	Livorno	celibe	1916 ottobre 1	lieve stato depressivo (di natura?)	1916 dicembre 12		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
133	contadino - soldato	26	Fornovo Taro (Pr)	Gaiano di Collecchio (Pr)	cgt	1916 ottobre 2	stato depressivo con tendenza al suicidio	1917 gennaio 7		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
134	barbiere - soldato	21	Napoli	Napoli	celibe	1916 ottobre 5	non riconosciuto alienato	1916 novembre 13		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
135	soldato	24	Roma	Roma	celibe	1916 ottobre 5	non riconosciuto alienato	1916 ottobre 24		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma
135	contadino	22	Varano Melegari (Pr)	Varano Melegari (Pr)	celibe	1918 agosto 9	imbecillità - accesso di eccitamento	1918 dicembre 7		soldato 3 artiglieria da montagna.
137	contadino	25	Bologna	Torrile (Pr)	celibe	1918 agosto 10	demenza precoce	1918 ottobre 8		soldato 1815 comp. Mitragl.. Proviene dal centro di prima raccolta di Reggio Emilia
138		19	Roma	Roma	celibe	1915 dicembre	epilessia (sospetta)	[1916 febbraio]		soldato 2 Granatieri

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
						re 25		o 23]		
138	calzolaio	30	Vigatto (Pr)	Montechiarugolo (Pr)	cgf	1916 ottobre 12	stato depressivo ansioso	[1919 febbraio 4]		soldato 115 Fanteria. proveniente manicomio S.Lazzaro Reggio Emilia
138	contadino	30	Varsi (Pr)	Varsi (Pr)	celibe	1918 agosto 17	stato depressivo	1918 agosto 31		soldato 90 fanteria
138	infermiere - soldato	31	Pieve Modolena (Re)	Pieve Modolena (Re)	cgf	1917 luglio 31	non riconosciuto alienato (nevrastenia)	1917 ottobre 10		soldato 4 Comp. Sanità. Proveniente Osp. Militare Piacenza
139	contadino	31	Varsi (Pr)	Varsi (Pr)	cgf	1918 agosto 19	stato depressivo	[1919 febbraio 4]		Soldato 26 artiglieria da campagna
140	soldato	21	Golasecca (?)	Gallarate (Va)	celibe	1916 ottobre 18	imbecillità (lieve)	1916 dicembre 12		soldato 26 Fanteria. Fratello di Giovanni
142	negoziante	39	Noceto (Pr)	Noceto (Pr)	cgf	1918 agosto 23	stato depressivo	[1942 luglio 30]		soldato 133 battaglione e Milizia Territoriale
142	soldato	34	Belmonte Mezzagno (Pa)	Belmonte Mezzagno (Pa)	celibe	1917 agosto 1	disturbi sensoriali in soggetto originariamente squilibrato	1917 novembre 1		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
143	soldato - maniscalco	22	Tortona (Al)	Tortona (Al)	celibe	1917 agosto 7	stato depressivo in soggetto di costituzione e anomala	[1918 gennaio 19]		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
144	contadino - soldato	23	Vernasca (Pc)	Vernasca (Pc)	celibe	1916 novembre 1	lieve deficienza intellettuale	1916 dicembre 15		soldato 28 Artiglieria. Proveniente osp. Militare Colorno
144	contadino	26	Torrile (Pr)	Torrile (Pr)	celibe	1918 agosto	stato depressivo-	[1920 luglio		soldato 90 Fanteria

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
						26	catatonico (demenza precoce?)	24]		
145	militare riformato	26	Felino (Pr)	Felino (Pr)	celibe	1917 agosto 16	demenza precoce		[1943 ottobre 21]	soldato 4 alpini. Proveniente manicomio di Torino - Collegno
146	soldato	36	Vezzano (Re)	Vezzano (Re)		1917 agosto 17	malinconia	1917 ottobre 18		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
147	contadino - soldato	40	Montechiarugolo (Pr)	Sorbolo (Pr)	cgt	1916 novembre 14	melanconia		[1946 novembre 24]	sergente 226 Battaglione M.T.
147	contadino	23	Langhirano (Pr)	Langhirano (Pr)	celibe	1918 settembre 3	stato di disordine ed eccitamento	[1919 gennaio 3]		soldato 4 Alpini
148	militare	23	Nocera Inf. (Sa)	Nocera Inf. (Sa)	cgt	1916 novembre 14	non riconosciuto alienato	1916 dicembre 18		soldato 61 reggimento fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
149	militare	19	Desenzano (Bs)	Desenzano (Bs)		1917 agosto 24	demenza precoce (?)	[1917 ottobre 8]		soldato allievo ufficiale scuola applicazione fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
150	soldato	30	Como	Como		1916 novembre 17	lieve stato depressivo in soggetto torpido ed artritico	[1917 gennaio 16]		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
150	mugnaio	21	Pizzolese di Cortile S. Martino (Pr)	Pizzolese di Cortile S. Martino (Pr)	celibe	1918 settembre 3	demenza precoce (?)	1918 settembre 29		soldato
150	militare	21	Roma	Roma		1917 agosto 24	stato stuporoso catatonico	1917 novembre 22		soldato 42 Regg. Fanteria.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
										Proveniente Osp. Militare Parma
151	tornitore - soldato	29	Roma	Roma	celibe	1916 novembre 19	non riconosciuto alienato	1916 dicembre 9		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma. Dimesso art. 66
152	contadino - soldato	23	Gambara (Bs)	Gambara (Bs)	cgt	1916 novembre 21	accessi confusionali allucinatori in soggetto isteroide	[1917 marzo 22]		soldato 62 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
152	militare	18	Compiano (Pr)	Compiano (Pr)	celibe	1917 agosto 28	stato stuporoso-depressivo	[1918 giugno 21]		soldato 94 reggimento fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
154	soldato	20	Molinotto (Bs)	Molinotto (Bs)	celibe	1917 settembre 8	imbecillità con note epilettoidi	1917 novembre 29		soldato 2 Granatieri. Proveniente Osp. Militare Parma
155	contadino	25	Pagazzano di Berceto (Pr)	Pagazzano di Berceto (Pr)	celibe	1918 ottobre 7	eccitamento in frenastenoidi		[1934 giugno 12]	soldato 161 batt. Contraerei
156	elettricista - soldato	24	Milano	Milano	celibe	1916 novembre 28	non riconosciuto alienato	1916 dicembre 19		soldato 61 Fanteria. Proveniente osp. Militare Parma
157	bracciante	22	Agordo (Bl)	Pordenone	celibe	1918 ottobre 15	epilessia (?)	1918 ottobre 19		soldato 79 fanteria
158	calzolaio	39	Parma	Parma (Pr)	celibe	1918 ottobre 15	psicosi maniaco-depressiva		[1956 aprile 19]	soldato 2 Artiglieria. militare riformato
158	militare	32	Trassilico (Lu)	Vergenzoli (Lu)	cgt	1917 settembre 14	stato depressivo ipocondriaco	[1918 marzo 3]		soldato 28 regg. artiglieria. Proveniente Osp. Colorno
159	soldato riformato	30	Salsomaggiore (Pr)	Salsomaggiore (Pr)		1916 dicembre	demenza precoce	[1919 giugno]		soldato 8 Alpini.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
						re 12		16]		proveniente manicomio Treviso
159	militare	23	Piacenza	Genova	celibe	1917 settembre 17	non riconosciuto alienato	1917 novembre 14		soldato 8 Lancieri Montebello. Proveniente Osp. Militare Parma
161	soldato	34	Legnaro (Pd)	Legnaro (Pd)	cgt	1916 dicembre 22	stato depressivo in soggetto torpido	[1917 febbraio 21]		soldato 2 Granatieri. Proveniente osp. Militare Parma.
161	militare	20	Castelnuovo Val Cecina (Pi)	Castelnuovo Val Cecina (Li)	celibe	1917 settembre 18	costituzione anomala originaria con note epilettoidi	1917 dicembre 1		Soldato 61 fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
162	bracciante	36	Bracca (Bg)	Bracca (Bg)	cgt	1918 ottobre 22	non alienato (?) - lieve stato confusionale e depressivo da eccitamento	1918 novembre 22		soldato
162	militare	23	S. Sofia d'Epiro (Cs)	S. Sofia d'Epiro (Cs)	celibe	1917 settembre 18	demenza precoce		1917 novembre 13	soldato. Proveniente Osp. Militare Parma
163	terrazziere	39	S. Ilario d'Enza (Re)	Parma (Pr)	celibe	1917 settembre 22	alcolismo	1917 settembre 30		soldato 69 Compagnia Centuria. Proveniente Real manicomio Aversa
169	contadino	36	Borgo Coenzo (Pr)	Sorbolo (Pr)	cgt	1917 settembre 30	epilessia	1917 novembre 14		soldato 12 regg. fanteria
172	militare	26	Cuneo	Ancona	celibe	1917 ottobre 11	stato confusionale e depressivo	1917 novembre 22		soldato 7 Comp. Mitraglieri Fiat provvisori

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
										a. Proveniente Osp. Militare Parma
173	militare	21	Stigliano (Pz)	Stigliano (Pz)		1917 ottobre 12	demenza precoce (?)	[1918 gennaio 31]		soldato. Proveniente Osp. Militare Parma
174	militare - meccanico	19	La Spezia	Milano	celibe	1917 ottobre 13	costituzione epiletticoide (?)	[1918 gennaio 10]		soldato Reparto custodia disertori.
176	militare	19	Milano	Milano	celibe	1917 ottobre 18	non riconosciuto alienato	1917 novembre 25		soldato 61 Fanteria.
177	militare	24	Montechiarugolo (Pr)	S. Lazzaro (Pr)	celibe	1917 ottobre 19	demenza precoce		[1933 aprile 23]	soldato.
178	cacciolaio	24	S. Secondo (Pr)	S. Secondo (Pr)	celibe	1917 ottobre 22	demenza precoce	[1918 febbraio 19]		soldato 2 art. Fortezza. Proveniente manic. Verona
179	bracciante - militare	22	Grisolera (Ve)	Grisolera (Ve)	celibe	1917 ottobre 22	demenza precoce	[1919 febbraio 2]		soldato.
181		19	Neviano Arduini (Pr)	Neviano Arduini (Pr)	celibe	1917 ottobre 26	demenza precoce		[1923 settembre 20]	soldato 8 regg. Alpini. Proveniente manic. Treviso
184	contadino	23	Mulazzo (Ms)	Parma (Pr)	celibe	1917 ottobre 30	demenza precoce	[1918 agosto 20]		soldato 35 Fanteria. Proveniente manic. Voghera
188	militare	24	Patti (Ct)	Patti (Ct)	celibe	1917 novembre 4	non alienato	[1918 febbraio 6]		soldato 8 Lancieri Montebellio. Proveniente Osp. Militare Parma
189	manovale - militare	21	Napoli	Napoli	celibe	1917 novembre 4	non riconosciuto alienato	1917 novembre 25		soldato. Proveniente Osp. Militare Parma
191	vetturale	19	Milano	Milano	celibe	1917 novembre 6	epilessia	[1918 gennaio 10]		soldato 62 Fanteria

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
194	vetraio - militare	18	Livorno	Livorno	celibe	1917 novembre 14	non riconosciuto alienato	[1918 gennaio 31]		soldato 25 Regg. Fanteria.
195	fabbro - militare	20	Milano	Milano	celibe	1917 novembre 14	imbecillità con labere ereditaria	1917 dicembre 17		soldato 25 Fanteria.
196	militare	37	Mercatello (Sa)	Mercatello (Sa)		1917 novembre 18	non alienato	[1918 gennaio 19]		soldato 63 regg. fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
197	militare	33	Piana Valdagno (Vi)	Piana Valdagno (Vi)	cgt	1917 novembre 19	malinconia ansiosa allucinatoria	[1918 febbraio 12]		soldato 2 Granatieri. Proveniente Osp. Militare Parma
199	militare	26	Arsiè (Bl)	Arsiè (Bl)	celibe	1917 novembre 30	stato depressivo ipocondriaco	[1919 ottobre 14]		soldato 7 Alpini. Proveniente Osp. Militare Parma
200	contadino	20	Zibello (Pr)	Zibello (Pr)	celibe	1917 novembre 30	psicosi maniaco-depressiva (?)	1917 dicembre 16		Proveniente manic. Alessandria. soldato 164 Fanteria.
201	militare	27	Principato di Monaco	Torino	cgt	1917 dicembre 1	non riconosciuto alienato (lieve depressione transitoria)	[1918 gennaio 24]		soldato 1 Genio 34 Divisione. Proveniente Osp. Militare Parma
202	militare	31	Lainata (?)	Passirano (Bs)	cgt	1917 dicembre 1	stato depressivo-malinconico	[1918 gennaio 31]		soldato 62 fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
203	militare - telefonista	19	Carrara (Ms)	Carrara (Ms)	celibe	1917 dicembre 3	costituzionale epiletticoide	[1918 maggio 15]		soldato 62 fanteria.
205	militare	33	Passinetti (?)	Castagnolo bolognese (Bo)	cgt	1917 dicembre 4	stato dementale (demenza paralitica?)	[1918 gennaio 19]		soldato deposito bombardieri Fornovo. Proveniente Osp. Militare Parma

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
206	militare	39	Produro e Sasso (Bo)	Bologna		1917 dicembre 4	stato depressivo-ipocondriaco in soggetto deperito	[1918 gennaio 19]		soldato 123 Battaglione M.T. [Milizia territoriale] . Proveniente Osp. Militare Parma
207	militare	24	Neirone (Ge)	Neirone (Ge)		1917 dicembre 7	stato stuporoso in frenastenoides	[1918 febbraio 14]		soldato 62 Fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
208	militare	25	Oppido Mamertina (Rc)	Oppido Mamertina (Rc)		1917 dicembre 7	stato confusionale con mutismo di natura istero-traumatica	[1918 marzo 22]		soldato. Proveniente Osp. Militare Parma
209	militare - barbiere	19	Pieve Quinto (Fo)	Pieve Quinto (Fo)	celibe	1917 dicembre 11	lieve depressione e stupore	[1918 febbraio 5]		soldato 72 Fanteria reparto custodia disertori.
210	militare	31	Afragola (Na)	Afragola (Na)	cgt	1917 dicembre 12	disordine del contegno in soggetto originariamente anomalo con tendenza alla simulazione	[1918 marzo 3]		soldato 35 fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
211	militare [?]	24	Berceto (Pr)	Berceto (Pr)		1917 dicembre 12	demenza precoce catatonica	[1918 aprile 7]		soldato 136 Fanteria. Proveniente manicomio Como
213	militare	31	Miano (Na)	Miano (Na)	cgt	1917 dicembre 16	malinconia	[1918 febbraio 12]		soldato. Proveniente Osp. Militare Parma
214	militare	19	Milano	Milano	celibe	1917 dicembre 18	costituzione epilettoides	[1918 aprile 15]		soldato 61 Fanteria. Proveniente Osp.

Soldati ricoverati 1915-1918										
numero	professione	età	luogo nascita	domicilio	stato civile	data ingresso	diagnosi malattia	data uscita	data morte	note
										Militare Parma
215	militare	23	Genova	Piacenza	celibe	1917 dicembre 20	non riconosciuto alienato	[1918 febbraio 14]		soldato 8 Lancieri Montebello. Proveniente Osp. Militare Parma
216	militare	29	Chiaramonti (Pz)	Chiaramonti (Pz)		1917 dicembre 22	frenastenia / imbecillità	[1918 marzo 3]		soldato 132 fanteria. Proveniente Osp. Militare Parma
218	militare - calzolaio	20	Montaggio (Ge)	Montaggio (Ge)	celibe	1917 dicembre 26	stato depressivo (demenza precoce?)	[1918 marzo 3]		Soldato 11 artiglieria da campagna. Proveniente Osp. Militare Parma
219	militare	23	Casalbuttano (Cr)	Pozzaglio (Cr)	celibe	1917 dicembre 28	stato stuporoso catatonico acuto	1917 giugno 20		soldato. Proveniente Osp. Militare Parma
269	contadino	22	Varano Melegari (Pr)	Varano Melegari (Pr)	celibe	1918 dicembre 13	demenza precoce		[1933 agosto 29]	soldato 3 artiglieria da montagna

Fonti

1. Archivi

Archivio dell'Ospedale psichiatrico di Colorno, Carteggio amministrativo

Personale

Registri dei movimenti di popolazione

Cartelle cliniche

Archivio della Provincia di Parma, Atti della Deputazione provinciale

Atti del Consiglio provinciale

Beneficenza

Archivio dell'Ufficio storico dello Stato Maggiore dell'Esercito

Archivio Centrale dello Stato, Ministero dell'Interno, Casellario politico centrale

Ministero dell'Interno, Categorie annuali

Ministero dell'Interno, Direzione affari generali e riservati

Ministero dell'Interno, Direzione generale sanità pubblica

Archivio di Stato di Parma, Amministrazione degli Ospizi civili

Gridario

Gabinetto di Questura

2. Articoli su rivista

Alberti, Angelo, *Le psicosi di guerra*, in “Note e riviste di psichiatria”,

Amadei, *L'assistenza femminile in un comparto maschile del Manicomio Provinciale di Cremona*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, vol. 41, a. LII, 1915, pp. 635-636.

Antonini, Giulio, *La questione della epurazione dall'esercito dei criminali, anomali ed indisciplinati*, in “Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale”, vol. 38, 1917, pp. 17-26.

Bennati, Nando, *La etiologia determinante nella nevrosi traumatica di guerra*, in “Rivista sperimentale di Freniatria”, vol. 42, 1916, pp. 49-86.

Bertarelli, Ernesto, *Gli ospedali militari di Parma*, in “Aurea Parma”, n. 3, luglio-dicembre 1915, pp. 168-177.

Boschi, Gaetano, Bennati, Nando, *L'anafilassi neuropsichica*, in “Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale”, anni XLV-XLVI, 1917-18, pp. 59-70.

Bucciante, *Pazzia morale e legge militare*, intervento al XIV Congresso della Società freniatrica italiana, Perugia, 3-7 maggio 1911, in “Rivista sperimentale di freniatria”, vol. 38, a. XLIX, 1912, pp.246-248.

Buscaino, Vito Maria, *Esperienza psichiatrica di guerra*, in “Rivista di patologia nervosa e mentale”, fasc. 5-8, vol. XXIV, maggio-agosto 1919, pp. 221-238.

Catola, Giunio, *Neuropatologia di guerra. Le ferite dei nervi periferici*, in “Rivista di patologia nervosa e mentale”, fasc. 9, vol. XX, settembre 1915, pp. 533-554.

Cazzamalli, Ferdinando, *La guerra come avvenimento storico degenerogeno*, in “Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale”, vol. XXXIX, 1919, pp. 191-229.

Consiglio, Placido, *La medicina militare nei suoi rapporti con le dottrine lombrosiane*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, a. LVIII, 1924, pp. 407-412.

Consiglio, Placido, *La pazzia dei militari in guerra*, in XIV Congresso di Freniatria Italiana, Perugia, 3-7 maggio 1911, in “Rivista sperimentale di Freniatria”, n. 38, a. XLIX, 1912, pp. 253-256.

Consiglio, Placido, *Le anomalie del carattere dei militari in guerra*, in “Rivista sperimentale di Freniatria”, vol. 42, 1916, pp. 131-177.

Consiglio, Placido, *Psicosi, nevrosi e Criminalità nei militari in guerra*, in “Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale”, vol. 37, 1916, pp. 258-268.

Consiglio, Placido, *Studi di psichiatria militare (I)*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, vol. 38, a. XLIX, 1912, pp. 370-410.

Consiglio, Placido, *Studi di psichiatria militare (III)*, in “Rivista sperimentale di Freniatria”, n. 40, 1914.

Consiglio, Placido, *Studi di psichiatria militare (IV)*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. 41, a. LII, 1915, pp. 35-80.

Cuneo, Girolamo, *Lo studio delle simulazioni con metodi di indagine biochimici*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, vol. 45, a. LIV, 1919, pp. 325-330.

De Lisi, Lionello, Foscarini, Ezio, *Psiconevrosi di guerra e piccole cause emotive*, in “Note e riviste di psichiatria”, n. 1, 1920, pp. 9-130.

De Sanctis, Sante, *L'isterismo di guerra*, in “Rivista sperimentale di Freniatria”, vol. 42, a. LIII, 1916, pp. 463-504.

Del Rio, Maria, *Le malattie mentali della donna in rapporto alla guerra*, in “Rivista sperimentale di Freniatria”, vol. 42, a. LIII, 1916, pp. 87-108.

F.B., *Alois Alzheimer*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. 41, a. LII, 1915, p. 644.

Funaioli, Gaetano, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, vol. 38, a. XLVIII, 1911, pp. 337-368.

Gradenigo, G., *Mutismo, afonia, sordità nei militari: di origine psichica, da cause organiche: simulazioni e criteri differenziali obiettivi*, in “Rivista di patologia nervosa e mentale”, fasc. 3, vol. XXII, marzo 1917, pp. 113-131.

Kobylinsky, Michele, recensione a Wilhelm Weygandt, *Geisteskrankheiten im Kriege* e a Robert Wollenberg, *Nervöse Erkrankungen bei Kriegsteilnehmern*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 4, aprile 1915, vol. II, pp.175-176.

La Direzione, *Come provvedere ai casi di malattie nervose e mentali negli eserciti in guerra*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 5, maggio 1915, vol. II, pp. 232-235.

La Direzione, *I due imperatori di fronte alla psicopatologia*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 5, maggio 1915, pp. 211-214.

La Direzione, *Lo stato anormale di mente dei Tedeschi*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 9-10, settembre-ottobre 1915, pp. 394-395.

La Direzione, *Lo stato mentale del Kaiser*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 7-8, luglio-agosto 1915, pp. 338-339.

La Redazione, recensione a E. Montembault, *Des maladies mentales chez les militaires, pendant la Guerre actuelle*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 5-6, maggio-giugno 1918, vol. V, p. 116.

La Redazione, recensione a Paul Chavigny, *Étude médico-légale sur les mutilations volontaires par coup de feu*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 4, aprile 1915, vol. II, p. 187.

La Redazione, *Una scoperta della scienza tedesca! Il "fenomeno del Salmon" pirateggiato in Germania*, in "Quaderni di psichiatria", n.1-2, gennaio-febbraio 1916, pp. 9-11.

Lo stato mentale dei protagonisti del Conflitto mondiale, in "Quaderni di psichiatria", n. 1-2, gennaio-febbraio 1916, p. 35.

Lugaro, Ernesto, *La psichiatria tedesca nella storia e nell'attualità*, in "Rivista di patologia nervosa e mentale", fasc. 2, vol. XXII, febbraio 1917, pp. 65-104.

Lugaro, Ernesto, *Pazzia d'imperatore o aberrazione nazionale?*, in "Rivista di patologia nervosa e mentale", fasc. 7, vol. XX, luglio 1915, pp. 385-414.

Lugaro, Ernesto, 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, pp. 324-327.

Manicomi, in "Quaderni di psichiatria", n. 9-10, settembre-ottobre 1916, vol. III, p. 243.

Mendicini, A., *I centri neurologici nella mostra nazionale delle opere di assistenza nell'esercito*, in "Quaderni di psichiatria", n. 9-10, settembre-ottobre 1918, vol. V, pp. 229-234.

Modena, Bruno, *Le tonalità affettive nei malati di guerra*, in "Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale", aa. XLIII-XLIV, 1915-1916, pp. 115-120.

Modena, Gustavo, *La psicoanalisi in Neuropatologia ed in Psichiatria*, in "Quaderni di psichiatria", n. 6, giugno 1915, vol. II, pp. 241-251.

Morselli, Arturo, recensione a Arthur F. Hurst, *L'isterismo nei militari*, in "Quaderni di psichiatria", n. 9-10, settembre-ottobre 1918, vol. V, pp. 236-237.

Morselli, Arturo, *Sugli stati confusionali psichici da guerra*, in "Quaderni di psichiatria", n. 3-4, marzo-aprile 1917, vol. IV, pp. 45-52.

Morselli, Enrico, *I mongoloidi in Europa*, in "Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale", vol. 38, 1917, pp.67-70.

Morselli, Enrico, recensione a F. Boucherot, *Des maladies mentales dans l'Armée en temps de Guerre*, in "Quaderni di psichiatria", n. 3-4, marzo-aprile 1917, vol. IV, p. 62.

Nei manicomi del Veneto invaso, in "Giornale di psichiatria e tecnica manicomiale", anni XLV-XLVI, 1917-18, pp. XLVIII-LI.

Organizzazione dei Servizi Neuro-psichiatrici dell'Esercito, in "Quaderni di psichiatria", n. 3-4, marzo-aprile 1918, vol. V, p. 92.

Organizzazioni di Servizi Neurologico-Psichiatrici per i Belligeranti, in "Quaderni di psichiatria", n. 9-10, settembre-ottobre 1915, vol. II, p. 396.

Pastine, Cristoforo, *Mitomania bellica in un soldato isterico*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 5-6, maggio-giugno 1918, vol. V, pp. 108-115.

Per la organizzazione dei Servizi Neuropsichiatrici Militari, in “Quaderni di Psichiatria”, vol. IV, 1917, p. 87.

Pellacani, Giuseppe, *Le neuropatie emotive e le psiconevrosi nei combattenti*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, a. LIV, 1919, pp. 369-442.

Psichiatria e guerra, in “Quaderni di psichiatria”, n. 6, giugno 1915, vol. II, pp. 285-286.

Psichiatria e guerra, in “Quaderni di psichiatria”, n. 7-8, luglio-agosto 1915, vol. II, pp. 338-342.

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

Riva, Emilio, *Il centro psichiatrico militare di I raccolta*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, a. LIV, 1919, pp. 308-324.

Riva, Emilio, *Un anno di servizio presso il Centro Psichiatrico Militare della Zona di Guerra. impressioni ed appunti*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, a. LIV, 1919, pp. 443-459.

Salerni, Augusto, *Sulle emozioni della guerra come causa di malattie mentali. Nota clinica*, in “Note e riviste di psichiatria”, n. 4, ottobre-dicembre, a. XLIII, 1913, pp. 363-377.

Tamburini, Augusto, *L'organizzazione del servizio nevro-psichiatrico di guerra nel nostro esercito*, in “Rivista sperimentale di freniatria”, 1917, p. 83.

Tamburini, Augusto, *Sul servizio psichiatrico di guerra*, in “Rivista Sperimentale di Freniatria”, vol. 41, a. LII, 1915, pp. 509-511.

Ugolotti, Ferdinando, *Ricercando fra le cartelle mediche dell'istituto. Note cliniche del Dott. Ferdinando Ugolotti*, in “Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale”, Fasc. 3-4, anno 36, 1908, pp. 461-479.

Ugolotti, Ferdinando, *Sopra un caso di lesione del nucleo lenticolare di sinistra. Contributo anatomo-clinico del dott. F. Ugolotti*, Tip. Galileiana, Firenze 1911.

Vidoni, Giuseppe, *Intorno alla “Psicologia del nostro Soldato”*, in “Quaderni di psichiatria”, vol. 6, 1919, pp. 33-40.

Vidoni, Giuseppe, recensione a U. M. Masini, *Epilessia e delitto*, in “Quaderni di Psichiatria”, 1914, p. 374.

Vidoni, Giuseppe, *Un esperimento di assistenza femminile agli ammalati di mente ricoverati in manicomio*, in “Quaderni di psichiatria”, n. 2, vol. II, febbraio 1915, pp. 69-89

Zalla, Maurizio, *Le perturbazioni psichiche nei militari in tempo di guerra*, in “Rivista di patologia nervosa e mentale”, fasc. 4, vol. XX, aprile 1915, pp. 205-211.

Zanon Del Bò, Luigi, *Se esistono particolari forme di psicosi in dipendenza della guerra*, in “Archivio generale di neurologia, psichiatria e psicoanalisi”, vol. 2, 1921, pp. 53-65.

3. Relazioni, progetti e statistiche

Direzione generale della Statistica, *Risultati dell'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei comuni del Regno. Notizie relative ai comuni capoluoghi di provincia*, Roma 1886.

Francesco Barbuti, *Monografia dell'agricoltura parmense compilata per incarico della Giunta Parlamentare per l'inchiesta agraria e sulle condizioni della classe agricola in Italia*, Ferrari, Parma 1880.

Intorno al riordinamento del Manicomio di Colorno, tip. G. Ferrari e figli, Parma 1903.

Lorenzo Monti, *Progetto di riduzione a manicomio della R. Villa e del già Convento dei Domenicani in Colorno presentato all'egregia Deputazione provinciale di Parma dal dott. L. Monti in concorso dell'architetto G. Castelli*, tip. G. Ferrari e figli, Parma 1872.

Manicomio provinciale di Colorno. Regolamento speciale conforme alla legge 14 febbraio 1904 n. 36 e al regolamento 16 agosto 1909 n. 615, tip. Zerbini e Fresching, Parma 1912.

Ministero della guerra, Ufficio statistico, *Statistica dello sforzo militare italiano nella prima guerra mondiale. Dati sulla giustizia e disciplina militare*, Roma 1927.

Ministero di Agricoltura, industria e commercio, Direzione generale della Statistica, *Statistica dei ricoverati in ospedali e in altri istituti di assistenza pubblici e privati*, tip. G. Civelli, Roma 1924.

Relazione del comitato permanente per lo studio delle cause della pellagra e dei mezzi atti a combatterla istituito dal Consiglio provinciale di Parma con deliberazione 25 novembre 1882, Tip. Ferrari, Parma 1885.

Relazione della Commissione di sanità sul cholera dell'anno 1873, Parma 1874.

Sul funzionamento dell'istituto medico-pedagogico di Bertalia. Relazione della commissione nominata dalla Deputazione provinciale, Tip. Merlani, Bologna 1913.

Sul progetto di ampliare l'attuale manicomio in Parma. Relazione 10 Ottobre 1873, Tip. G. Ferrari e figli, Parma 1873.

Tomasi, Luigi, *L'Ospedale Psichiatrico Provinciale dal 1948 al 1955. Relazione del Prof. Luigi Tomasi Direttore all'On.le Giunta Provinciale*, Tip. G. Ferrari e figli, Parma 1956.

Ugolotti, Ferdinando, *Per l'anatomia patologica della paralisi pseudo bulbare. Ricerche dei dottori Pietro Guizzetti e Ferdinando Ugolotti*, Società tipografica Fiorentina, Firenze 1901.

Ugolotti, Ferdinando, *Per la soluzione del problema manicomiale nella provincia di Parma*, Tip. Coop. Parmense, Parma 1908.

Ugolotti, Ferdinando, *Riordinamento dell'Istituto. Problema manicomiale. Relazione. (Ospedale psichiatrico provinciale di Pesaro)*, Tip. Step, Soc. Tip. Ed. Pesarese, Pesaro 1950.

Bibliografia

Grande guerra 1915-1918

1. Opere generali.

1.1 Guerra, società, politica

Audoin-Rouzeau, Stephane, Becker, Annette, *La violenza, la crociata, il lutto. La Grande Guerra e la storia del Novecento*, Einaudi, Torino 2002.

Candeloro, Giorgio, *La prima guerra mondiale, il dopoguerra, l'avvento del fascismo (1914-1922)*, Feltrinelli, Milano 1979.

De Biase, Corrado, *Concezione nazionale e concezione democratica dell'intervento italiano nella prima guerra mondiale*, Istituto poligrafico dello Stato, Roma 1964.

Gentile, Emilio, *Le origini dell'ideologia fascista (1918-1925)*, Il Mulino, Bologna 2001.

Gibelli, Antonio, *La grande guerra degli italiani 1915-1918*, Bur, Milano 2007 (1 ed. 1998).

Hardach, Gerd, *La prima guerra mondiale*, Etas libri, Milano 1982.

Isnenghi, Mario, *Le guerre degli italiani. Parole, immagini, ricordi 1848-1945*, Mondadori, Milano 1989.

Melograni, Piero, *Storia politica della Grande Guerra 1915-1918*, Laterza, Bari 1972.

Monticone, Alberto, *La Germania e la neutralità italiana 1914-1915*, Il Mulino, Bologna 1971.

Procacci, Giovanna (a cura di), *Stato e classe operaia in Italia durante la prima guerra mondiale*, Franco Angeli, Milano 1983.

Prost, Antoine, Winter, Jay, *Penser la Grande Guerre. Un essai d'historiographie*, Editions du Seuil, Paris 2004.

Rochat, Giorgio, Isnenghi, Mario, *La grande guerra 1914-1918*, La Nuova Italia, Firenze 2000.

Rochat, Giorgio, *L'Italia nella prima guerra mondiale*, Feltrinelli, Milano 1976.

Rossini, Giuseppe (a cura di), *Benedetto XV, i cattolici e la prima guerra mondiale*, Cinque lune, Roma 1963.

Rusconi, Gian Enrico, *L'azzardo del 1915. Come l'Italia decide la sua guerra*, Il Mulino, Bologna 2005.

Sabbatucci, Giovanni, *I combattenti nel primo dopoguerra*, Laterza, Bari 1974.

Tasca, Angelo, *Nascita e avvento del fascismo*, Laterza, Bari 1965.

Tranfaglia, Nicola, *La prima guerra mondiale e il fascismo*, Utet, Torino 1995.

Valeri, Nino, *Da Giolitti a Mussolini*, Parenti, Firenze 1956.

Valiani, Leo, *Il partito socialista italiano nel periodo della neutralità*, Feltrinelli, Milano, 1963.

Vigizzi, Brunello, *Da Giolitti a Salandra*, Vallecchi, Firenze 1969.

Vigizzi, Brunello, *L'Italia di fronte alla prima guerra mondiale*, vol. 1, *L'Italia neutrale*, R. Ricciardi, Milano-Napoli 1966.

Volpe, Gioacchino, *Il popolo italiano tra la pace e la guerra*, Ispi, Milano 1940.

1.2 Modernizzazione e mentalità collettive

Bianchi, Bruna, *Il trauma della modernità*, in Scartabellati, Andrea, *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio, Torino 2008, pp. 9-64.

Braybon, Gail (ed.), *Evidence, History and the Great War. Historians and the impact of 1914-1918*, Berghahan books, New York 2003.

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

Freud, Sigmund, *Considerazioni attuali sulla vita e la morte*, in *Opere di Sigmund Freud*, vol. VIII, Boringhieri, Torino 1976.

Fussell, Paul, *La grande guerra e la memoria moderna*, Il Mulino, Bologna 1984.

Gallerano, Nicola, *Gli italiani in guerra. Appunti per una ricerca*, in F. Ferratini Tosi, G. Grassi, M. Legnani (a cura), *L'Italia nella seconda guerra mondiale e nella Resistenza*, Milano, Angeli, 1988.

Ingrao, Christian, *La violence de guerre. Approche comparée des deux conflits mondiaux*, http://www.ihtp.cnrs.fr/dossier_violence/bibliogr_2_guerres.html.

Isnenghi, Mario, *Il mito della Grande guerra da Marinetti a Malaparte*, Laterza, Bari 1970.

Le choc traumatique, "14-18 Aujourd'hui, Today, Heute", n. 3, 2000.

Leed, Eric, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella prima guerra mondiale*, Bologna 1985.

Leoni, Dante, Zadra, Camillo (a cura di), *La Grande guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Il Mulino, Bologna 1986.

Mosse, George, *Le guerre mondiali. Dalla tragedia al mito dei caduti*, Laterza, Roma-Bari 2007 (1 ed. 1990).

Omodeo, Adolfo, *Momenti della vita di guerra (Dai diari e dalle lettere dei caduti)*, Laterza, Bari 1934.

Prezzolini, Giuseppe, *Tutta la guerra. Antologia del popolo italiano sul fronte e nel paese*, Longanesi, Milano 1968.

Procacci, Giovanna, *Dalla rassegnazione alla rivolta. Mentalità e comportamenti popolari nella grande guerra*, Bulzoni, Roma 1999.

Rochat, Giorgio, *La grande guerra negli studi di Fussell e Leed*, in "Rivista di storia contemporanea", fasc. 2, gennaio 1987, pp. 291-300.

Soldani, Simonetta, *La Grande Guerra lontano dal fronte*, in *Storia d'Italia. Le regioni dall'unità ad oggi. La Toscana*, Einaudi, Torino 1986, pp. 345-452.

Winter, Jay, Bagget, Blaine, *The Great War and the shaping of the 20th Century*, Penguin, New York 1996.

2. Memorialistica

Antonini, Giulio, *Nell'attesa ansiosa. Note di un interventista 1914-1915*, Varallo 1915.

Bartoletti, Maria, *Memorialistica di guerra*, in Armando Balduino (a cura di), *Storia letteraria d'Italia*, vol. XI, *Il Novecento. Dall'inizio del secolo al primo conflitto mondiale*, a cura di Giorgio Luti, Piccin-Vallardi, Padova-Milano 1989.

Capello, Luigi, *Per la verità*, Fratelli Treves, Milano 1920.

Fenoglio, Beppe, *Un Fenoglio alla prima guerra mondiale*, Einaudi, Torino 1973.

Oliva Bertelli, Paola, *Amore e guerra (da Gorizia a Roma)*, il Filo, Roma 2006.

Pecorini, Giorgio, *Il milite noto*, Sellerio, Palermo 1983.

Ravasini, Angelo, *Il diario di un prode*, in "Aurea Parma", n. 3-4, a. III, luglio-dicembre 1915, pp.159-167.

Ungaretti, Giuseppe, *Vita di un uomo. Tutte le poesie*, Mondadori, Milano 1969.

3. Fonti

Bartoli Langeli, Attilio, *La scrittura dell'italiano*, Il Mulino, Bologna 2000.

Caffarena, Fabio, *Lettere dalla Grande guerra. Scritture del quotidiano, monumenti della memoria, fonti per la storia. Il caso italiano*, Unicopli, Milano 2005.

Chiades, Antonio, *In attesa del re. Storie di follia durante la Grande guerra*, Edizioni Canova, Treviso 1992.

Contegiacomo, Luigi, Toniolo Emanuele (a cura di), *L'alienazione mentale nella memoria storica e nelle politiche sociali*, Minelliana, Rovigo 2004.

Contorbia, Franco, *Guerra, memoria, scrittura. Il caso italiano*, in Stéphane Audoin-Rouzeau, Jean-Jacques Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, edizione italiana a cura di Antonio Gibelli, Einaudi, Torino 2007, pp. 619-631.

Fiorani, Matteo, *Bibliografia di storia della psichiatria italiana 1991-2010*, Firenze University Press, Firenze 2010.

Fiorino, Vinzia, *Fonti psichiatriche: archivi di carte, archivi di idee*, in Luigi Contegiacomo, Emanuele Toniolo (a cura di), *L'alienazione mentale nella memoria storica e nelle politiche sociali*, Minelliana, Rovigo 2004, pp. 101-110.

Gibelli, Antonio, *L'esperienza di guerra. Fonti medico-psichiatriche e antropologiche*, in Dante Leoni, Camillo Zadra (a cura di), *La Grande guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Il Mulino, Bologna 1986, pp. 49-73.

Molinari, Augusta, *Autobiografie della vita e della mente. Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo Novecento*, in "Genesis", n. II/1, 2003, pp. 151-176.

Molinari, Augusta, *La buona signora e i poveri soldati. Lettere a una madrina di guerra (1915-1918)*, Scriptorium, Torino 1998.

Palazzino, Mario, *Nel buio. L'antifascismo parmense e le carte di polizia*, in Massimo Giuffredi (a cura di), *Nella rete del regime. Gli antifascisti parmensi nelle carte di polizia (1922-1943)*, Carocci, Roma 2004, pp. 1-34.

Riccardo Panattoni (a cura di), *Lo sguardo psichiatrico. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Bruno Mondadori, Milano 2009.

Sorcinelli, Paolo (a cura di), *La follia della guerra. Storie dal manicomio negli anni Quaranta*, Franco Angeli, Milano 1992.

Sorcinelli, Paolo *Seconda guerra mondiale e "follia della guerra". Anticipazioni di una ricerca su fonti psichiatriche italiane*, in "Italia Contemporanea", n. 184, settembre 1991, pp. 479-490.

Sorcinelli, Paolo, *Archivi manicomiali, scienza psichiatrica, seconda guerra mondiale: prime indicazioni di una ricerca*, in *Guerra vissuta, guerra subita*, Quaderni del Dipartimento di Discipline Storiche, n. 1, Università di Bologna-Clueb, Bologna 1991, pp. 155-168.

Sorcinelli, Paolo, *Dagli archivi della follia alla storia della società*, in Pastore, Alessandro, Sorcinelli, P. (a cura di), *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900. Problemi e indicazioni di ricerca*, Franco Angeli, Milano 1990.

Sorcinelli, Paolo, *La guerra dentro i manicomi. Psichiatria e cartelle cliniche (1940-1952)*, in "Storia e futuro", n. 8, novembre 2005, <http://www.storiaefuturo.com>.

Tarozzi, Fiorenza, *Parole e immagini dalla Grande guerra*, in "Storia e Futuro", n. 15, novembre 2007, <http://www.storiaefuturo.com>.

4. Esercito

4.1. Esercito o Istituzioni militari

Botti, Ferruccio, *La logistica dell'Esercito Italiano (1831-1981)*, vol. II, *I servizi dalla nascita dell'esercito italiano alla Prima guerra mondiale (1861-1918)*, Stato maggiore dell'Esercito, Roma 1991.

Mascolini, Loredana, *Il ministero per le Armi e Munizioni (1915-1918)*, in "Storia contemporanea", n. 6, a XI, 1980, pp. 933-968.

Ministero della Guerra, Comando del Corpo di Stato Maggiore, Ufficio storico, *L'esercito italiano nella Grande guerra (1915-1918)*, 7 voll., Roma 1927-1988.

Rochat, Giorgio, *Gli ufficiali italiani nella prima guerra mondiale*, in Giuseppe Caforio, Piero Del Negro (a cura di), *Ufficiali e società*, Franco Angeli, Milano 1988, pp. 231-252.

Rochat, Giorgio, *L'efficienza dell'esercito italiano nella grande guerra*, in "Italia contemporanea", n. 206, marzo 1997, pp. 87-106.

4.2. Propaganda e censura

Della Volpe, Nicola, *Esercito e propaganda nella Grande Guerra (1915-1918)*, Ufficio storico Sme, Roma 1988.

Fiori, Antonio, *Il filtro deformante. La censura sulla stampa durante la prima guerra mondiale*, Istituto storico italiano per l'età moderna e contemporanea, Roma 2001.

Gatti, Gian Luigi, *Dopo Caporetto. Gli ufficiali P nella Grande guerra: propaganda, assistenza, vigilanza*, Libreria editrice goriziana, Gorizia 2000.

Isnenghi, Mario, *Giornali di trincea 1915-1918*, Einaudi, Torino 1977.

4.3 Dissenso e repressione

Babington, Anthony, *For the Sake of Example. Capital Courts Martial 1914-1920*, Leo Cooper, London 1983.

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

Céline, Louis-Ferdinand, *Viaggio al termine della notte*, Corbaccio, Milano 1992.

Fabi, Lucio, *Gente di trincea. La Grande Guerra sul Carso e sull'Isonzo*, Mursia, Milano 1994.

Fabi, Lucio, *Scampare la Guerra. Renitenza, autolesionismo, comportamenti individuali e collettivi di fuga e la giustizia militare nella Grande guerra*, Centro culturale polivalente, Ronchi dei legionari 1994.

Forcella, Enzo, Monticone, Alberto, *Plotone di esecuzione. I processi della prima guerra mondiale*, Laterza, Bari 1972.

Guerrini, Irene, Pluviano, Michele, *Le fucilazioni sommarie nella prima guerra mondiale*, Gaspari, Udine 2004.

Hašek, Jaroslav *Il buon soldato Sc'vèik*, Feltrinelli, Milano 1992.

Isnenghi, Mario, *I vinti di Caporetto nella letteratura di guerra*, Marsilio, Padova 1967.

Labanca, Nicola, Rochat, Giorgio (a cura di), *Il soldato, la guerra e il rischio di morire*, Unicopli, Milano 2006.

Lussu, Emilio, *Un anno sull'altipiano*, Einaudi, Torino 2000 (1 ed. 1945).

Marginaux, marginalités, marginalisation en Grande Guerre, Atti del colloquio franco-tedesco, 11-12 giugno 1999, Centre Marc Bloch, Berlin, in "14-18 Aujourd'hui, Today, Heute", n. 4, 2001.

Offenstadt, Nicolas, *Les fusillés de la Grande guerre et la mémoire collective (1914-1999)*, Odile Jacob, Paris, 1999.

Pedroncini, Guy, *Les mutineries de 1917*, Puf, Paris 1967.

Procacci, Giovanna, *Soldati e prigionieri italiani nella Grande guerra*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.

Smith, Leonard V., *Between Mutiny and Obedience. The Case of the French Fifth Infantry Division during World War I*, Princeton University Press, Princeton 1994.

5. Profughi e prigionieri

Abbal, Odon, *Soldats oubliés. Les prisonniers de guerre français 1914-1918*, E & C, Bez-et-Esparon 2001.

Becker, Annette, *Oubliés de la Grande Guerre. Humanitaire et culture de guerre 1914-1918. Populations occupés, déportés civils, prisonniers de guerre*, Noësis, Paris 1998.

Caucanas, Sylvie, Cazals, Rémy, Payens, Pascal (a cura di), *Les prisonniers de guerre dans l'histoire*, Privat, Toulouse 2003.

Ceschin, Daniele, *Gli esuli di Caporetto. I profughi in Italia durante la Grande Guerra*, Laterza, Roma-Bari 2006.

Ceschin, Daniele, *La popolazione dell'Alto Vicentino di fronte alla Strafexpedition: l'esodo, il profugato, il ritorno*, in Vittorio Corà, Paolo Pozzato (a cura di), *1916: la Strafexpedition. Gli Altipiani vicentini nella tragedia della Grande Guerra*, Paolo Gaspari editore, Udine 2003.

Ellero, Elpidio, *Storia di un esodo. I friulani dopo la rotta di Caporetto 1917-1919*, Istituto friulano per la storia del movimento di liberazione, Udine 2001.

Pavan, Camillo, *In fuga dai tedeschi. L'invasione del 1917 nel racconto dei testimoni*, C. Pavan editore, Treviso 2004.

Pavan, Camillo, *I prigionieri italiani dopo Caporetto*, C. Pavan editore, Treviso 2001.

Palla, Luciana, *Militarizzazione e società civile nelle vallate dolomitiche e trentine*, in Bruna Bianchi (a cura di), *La violenza contro la popolazione civile nella grande guerra. Deportati, profughi, internati*, Unicopli, Milano 2006, pp. 305-325.

Procacci, Giovanna, *La società come una caserma. La svolta repressiva negli anni di guerra*, in Bruna Bianchi (a cura di), *La violenza contro la popolazione civile nella grande guerra. Deportati, profughi, internati*, Unicopli, Milano 2006, pp. 283-304.

Rossi, Marina, *I prigionieri dello zar: soldati italiani dell'esercito austro-ungarico nei lager della Russia 1914-18*, Mursia, Milano 2007.

Spitzer, Leo, *Lettere di prigionieri di guerra italiani. 1915-1918*, Boringhieri, Torino 1976.

Überegger, Oswald, *Le atrocità nella prima guerra mondiale. Saggio storico-bibliografico e bibliografia scelta*, in "Dep. Deportate, esuli, profughe. Rivista telematica di studi sulla memoria femminile", n. 7, 2007.

6. Lavoro industriale

6.1. Mobilitazione industriale

Bettini, Maurizio, *Le «relazioni industriali» durante la prima guerra mondiale*, in "Studi storici", nn. 2-3, 1993.

Bettini, Maurizio, *Orari di lavoro nell'industria italiana 1907-1923*, in Paolo Giovannini (a cura di), *Di fronte alla Grande guerra. Militari e civili tra coercizione e rivolta*, Ancona 1997, pp. 11-60.

Di Girolamo, Piero, *Produrre per combattere : operai e mobilitazione industriale a Milano durante la grande guerra 1915-1918*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli 2002.

Miozzi, Umberto Massimo, *La mobilitazione industriale italiana (1915-1918)*, La goliardica, Roma 1980.

Tomassini, Luigi, *Lavoro e guerra. La Mobilitazione industriale italiana 1915-18*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli 1997.

6.2 Operai e conflitti

Bigazzi, Duccio, *Il Portello. Operai, tecnici e imprenditori all'Alfa Romeo 1906-1926*, Franco Angeli, Milano 1998.

Camarda, Alessandro, Peli, Santo, "Mai di domenica". *La sospensione del riposo festivo durante la Grande Guerra*, in "Studi Bresciani", n. 15, 1984.

Camarda, Alessandro, Peli, Santo, *L'altro esercito. La classe operaia durante la prima guerra mondiale*, Feltrinelli, Milano 1980.

De Stefano, Natalia, *Moti popolari in Emilia Romagna (1915-1917)*, in "Rivista storica del socialismo", n. 32, 1967, pp. 191-216.

Horne, John, *Operai, movimenti operai e mobilitazioni industriali*, in Stéphane Audoin-Rouzeau, Jean-Jacques Becker (a cura di), *La prima guerra mondiale*, edizione italiana a cura di Antonio Gibelli, Einaudi, Torino 2007, pp. 21-34.

Isnenghi Mario (a cura di), *Operai e contadini nella grande guerra*, Cappelli, Bologna 1982.

Musso, Stefano, *Gli operai di Torino 1900-1920*, Feltrinelli, Milano 1980.

Musso, Stefano, *Scioperi e conflitto sociale durante la prima guerra mondiale*, in "Movimento operaio e socialista", n. 3, 1986.

Peli, Santo, *Il proletariato*, in Mario Isnenghi (a cura di), *Padova capitale al fronte. Da Caporetto a Villa Giusti*, Atti del convegno omonimo, Comune di Padova, Padova 1990, pp. 95-111.

Peli, Santo, *La fabbrica militarizzata*, in *Gli italiani in guerra. Conflitti, identità, memorie dal Risorgimento ai nostri giorni*, vol. III, t. 1, *La Grande Guerra: dall'intervento alla "vittoria mutilata"*, Utet, Torino 2008, pp. 662-669.

Peli, Santo, *Operai e guerra. Materiali per un'analisi dei comportamenti operai nella prima e nella seconda guerra mondiale*, in Stefano Musso (a cura di), *Tra fabbrica e società: mondi operai nell'Italia del Novecento*, Feltrinelli, Milano 1999, pp. 197-227.

7. Campagne

Bravo, Anna, *Donne contadine nella prima guerra mondiale*, in “Società e storia”, n. 10, 1980, pp. 843-861.

De Bernardi, Alberto, *Il mal della rosa. Denutrizione e pellagra nelle campagne italiane fra 800 e 900*, Franco Angeli, Milano 1984.

Parisella, Antonio, *Le lotte dei contadini nel Lazio dalla guerra al fascismo*, in “Annali dell’istituto A. Cervi”, n. 1, 1978, pp. 201-210.

Serpieri, Arrigo, *La guerra e le classi rurali italiane*, Laterza, Bari 1930.

D’Attorre, Pier Paolo, De Bernardi, Alberto (a cura di), *Studi sull’agricoltura italiana. Società rurale e modernizzazione*, Feltrinelli, Milano 1994.

8. Donne

Azzolini, Marisa, *Donne tra guerra e follia. L’esperienza di Maria Del Rio a Reggio Emilia*, in Scartabellati, Andrea (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio, Torino 2008, pp. 331-361.

Bravo, Anna (a cura di), *Donne e uomini nelle guerre mondiali*, Laterza, Roma-Bari 1991.

Curli, Barbara, *Italiane al lavoro 1914-1920*, Marsilio, Venezia 1998.

Fiume, Giovanna (a cura di), *Madri. Storia di un ruolo sociale*, Marsilio, Venezia 2005.

Gagliani, Dianella, Salvati Mariuccia (a cura di), *Donne e spazio nel processo di modernizzazione*, Clueb, Bologna 1995.

Molinari, Augusta, *Donne e ruoli femminili nell’Italia della Grande Guerra*, Selene edizioni, Milano 2008.

Ortaggi Cammarosano, Simonetta, *Donne, lavoro, grande guerra*, Unicopli, Milano 2009.

Patuelli, Francesca, *Del Rio Bertolani Maria*, in *Scienza a due voci. Le donne nella scienza italiana dal Settecento al Novecento*, <http://scienzaa2voci.unibo.it/biografie/96-del-rio-bertolani-maria>.

Soldani, Simonetta, *Donne senza pace. Esperienze di vita, di lotta e di lavoro tra guerra e dopoguerra*, in “Annali dell’Istituto A. Cervi”, 13, 1991.

Thébaud, Françoise, *La Grande Guerra: età della donna o trionfo della differenza sessuale?*, in Georges Duby, Michelle Perrot (a cura di), *Storia delle donne. Il Novecento*, Laterza, Roma-Bari 1992, pp. 25-90.

9. Nuove generazioni

De Bernardi, Alberto, *Il mito della gioventù e i miti dei giovani*, in Paolo Sorcinelli, Angelo Varni (a cura di), *Il secolo dei giovani. Le nuove generazioni e la storia del Novecento*, Donzelli, Roma 2004, pp. 55-79.

Dogliani, Patrizia, *Storia dei giovani*, Bruno Mondadori, Milano 2003.

Ermacora, Matteo, *I minori al fronte della grande guerra. Lavoro e mobilità minorile*, Teti, Milano 2004.

Gibelli, Antonio, *Il popolo bambino. Infanzia e nazione dalla Grande guerra a Salò*, Einaudi, Torino 2005.

Magnarelli, Paola, *I giovani e la guerra*, in Paolo Sorcinelli, Angelo Varni (a cura di), *Il secolo dei giovani. Le nuove generazioni e la storia del Novecento*, Donzelli, Roma 2004, pp. 21-53.

Mitterauer, Michael, *I giovani in Europa dal Medioevo ad oggi*, Laterza, Roma-Bari 1991.

Torre, Salvo, *Infrangere l'ordine del tempo. Le nuove generazioni tra storia e sociologia*, Cuecm, Catania 2002.

Urli, Ivano, *Bambini nella Grande guerra*, Gaspari, Udine 2003.

10. Alimentazione, sanità, assistenza

Bachi, Riccardo, *L'alimentazione e la politica annonaria in Italia*, Laterza, Bari 1926.

Bartoloni, Stefania, *L'associazionismo femminile nella prima guerra mondiale e la mobilitazione per l'assistenza civile e la propaganda*, in Ada Gigli Marchetti, Nanda Torcellan, *Donna lombarda 1860-1945*, Franco Angeli, Milano 1992, pp. 65-91.

Betri, Maria Luisa, Gigli Marchetti, Ada (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Franco Angeli, Milano 1982.

Boschi, Gaetano, *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano 1931.

Collier, Richard, *L'influenza che sconvolse il mondo. Storia della spagnola, la pandemia che uccise 20 milioni di persone*, Mursia, Milano 2006.

Dentoni, Maria Concetta, "Questione alimentare" e "questione sociale" durante la prima guerra mondiale in Italia, in "Società e storia", n. 37, 1987, pp. 607-636.

Dentoni, Maria Concetta, *Annona e consenso in Italia 1914-1919*, Franco Angeli, Milano 1995.

Kolata, Gina, *Epidemia. Storia della grande influenza del 1918 e della ricerca di un virus mortale*, Mondadori, Milano 2000.

Phillips, Howard, Killingray, David (ed.), *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19. New perspectives*, Routledge, London-New York 2003.

Porisini, Giorgio, *Agricoltura, alimentazione e condizioni sanitarie. Appendice statistica. Prime ricerche sulla pellagra in Italia dal 1880 al 1940*, Clueb, Bologna 1975.

Procacci, Giovanna, *Warfare-Welfare. Assistenza, controllo sociale e militarizzazione in Italia*, in Emilio Franzina (a cura di), *Una trincea chiamata Dolomiti*, Gaspari, Udine 2003, pp. 45-68.

Tognotti, Eugenia, *La "Spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-1919)*, Franco Angeli, Milano 2002.

11. Devianza, marginalità, controllo sociale

Basaglia, Franco, Ongaro Basaglia Franca (a cura di), *Crimini di pace*, Einaudi, Torino 1975.

Dal Lago, Alessandro, *La produzione della devianza. Teoria sociale e meccanismi di controllo*, Feltrinelli, Milano 1981.

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

Fatica, Michele, *Il problema della mendicizia nell'Europa moderna (secoli XVI-XVIII)*, Liguori, Napoli 1992.

Fiorino, Vinzia, *Il "controllo sociale": alcune riflessioni su una categoria sociologica e sul suo uso storiografico*, in "Storica", n. 13, a. V, 1999, pp. 125-157.

Foucault, Michel, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino 1976.

Geremek, Bronislaw, *La pietà e la forza. Storia della miseria e della carità in Europa*, Laterza, Roma-Bari 1986.

Goffman, Erving, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968.

Guitton, Jean Pierre, *La società e i poveri*, Arnoldo Mondadori, Milano 1977.

Lonni, Ada, *Pubblica sicurezza, sicurezza pubblica e malato di mente. La legge del 1904*, in Alberto De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Franco Angeli, Milano 1982, pp. 264-283.

Pastore, Alessandro, Sorcinelli, Paolo (a cura di), *Emarginazione, criminalità e devianza in Italia fra '600 e '900. Problemi e indicazioni di ricerca*, Franco Angeli, Milano 1990.

Sorcinelli, Paolo, *Miseria e malattie nel XIX secolo. I ceti popolari nell'Italia centrale fra tifo petecchiale e pellagra*, Franco Angeli, Milano 1979.

Woolf, Stuart J., *Porca miseria. Poveri e assistenza nell'età moderna*, Laterza, Roma-Bari 1988.

“Salute” e malattia mentale

1. Cultura del corpo e pensiero psichiatrico tra '800 e '900

1.1 Fonti - opere coeve

Bontadini, Gustavo, *Gemelli Agostino*, in Francesco Traniello, Giulio Campanini (a cura di), *Dizionario storico del movimento cattolico in Italia*, vol. II, *I protagonisti*, Marietti, Casale Monferrato (At) 1982, pp. 225-229.

Conolly, John, *An Inquiry concerning the Indications of Insanity, with Suggestions for the Better Protection and Care of the Insane*, London 1830.

Conolly, John, *On the Construction and Government of Lunatic Asylums and Hospitals for the Insane*, London 1847.

Conolly, John, *Trattamento del malato di mente senza metodi costringitivi (1856)*, Einaudi, Torino 1976.

Esquirol, Dominique, *Dell'alienazione mentale o della pazzia in genere e in specie*, Felice Rusconi, Milano 1827.

Kraepelin, Emil, *Compendio di psichiatria per uso dei medici e degli studenti*, a cura di Raffaele Brugia e Clodomiro Bonfigli, Vallardi, Milano 1885.

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

Roncoroni, Luigi, *Trattato clinico dell'epilessia*, Vallardi, Milano 1894.

Tanzi, Eugenio, Lugaro, Ernesto, *Trattato delle malattie mentali*, Società editrice Libreria, Milano 1905.

Ugolotti, Ferdinando, *I vecchi manicomi italiani. Atlante storico*, Arti grafiche Federici, Pesaro s.d..

Ugolotti, Ferdinando, *L'assistenza agli infermi di mente in Italia. Studi storici*, La grafica, Pesaro 1967.

1.2 Studi

- Andreoli, Vittorino *Un secolo di follia. Da Freud alla psichiatria degli anni Duemila*, Rizzoli, Milano 1991.
- Andreoli, Vittorino, Cassano, Giovanni, Rossi, Romolo (a cura di), *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text Revision*, Masson, Milano 2005.
- Babini, Valeria Paola, *Benedetto Monti, un alienista filosofo*, in “Sanità, scienza e storia”, n. 1, 1985, pp. 139-231.
- Basaglia, Franco (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968.
- Basaglia, Franco, *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina editore, Milano 2000.
- Basaglia, Franco, *Scritti*, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1982.
- Bourdieu, Pierre, *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano 1999.
- Cancrini, Luigi (a cura di), *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.
- Connell, Robert, *Maschilità. Identità e trasformazioni del maschio occidentale*, Feltrinelli, Milano 1996;
- Cooper, David, *Psichiatria e antipsichiatria*, Armando, Roma 1982.
- David, Michel, *La psicoanalisi nella cultura italiana*, Bollati Boringhieri, Torino 1990.
- De Peri, Francesco, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento*, in Franco Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia*, Annali 7, *Malattia e medicina*, Einaudi, Torino 1984, pp. 1129-1134.
- Federico, Antonio (a cura di), *Cento anni della Società italiana di neurologia*, Società italiana di neurologia, Siena 2011.
- Ferro, Filippo (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Vita e pensiero, Milano 1989.
- Foucault e la “Storia della follia” (1961-2011)*, “Aut Aut”, luglio-settembre 2011, n. 351.
- Foucault, Michel, *La vita degli uomini infami*, il Mulino, Bologna 2009.
- Foucault, Michel, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1976.
- Giacanelli, Ferruccio, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in Klaus Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Roma-Bari 1975, pp. I-XX.
- Giacanelli, Ferruccio, Campoli, Giorgio, *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, in “Psicoterapia e scienze umane”, n. 3, luglio-settembre 1973.

Giacanelli, Ferruccio, *Il medico, l'alienista*, in Cesare Lombroso, *Delitto, genio, follia. Scritti scelti*, a cura di Delia Frigessi, Ferruccio Giacanelli, Luisa Mangoni, Bollati Boringhieri, Torino 1995.

Giacanelli, Ferruccio, *Psichiatria e storiografia*, in "Psicoterapia e scienze umane", n. 3, 1986, pp. 80-93.

Guarnieri, Patrizia, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, L.S. Olschki, Firenze 1991.

Herman, Judith Lewis, *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Edizioni scientifiche Magi, Roma 2005.

Histoire de la folie à l'âge classique de Michel Foucault. Regards critiques 1961-2011, Imec-Presses Universitaires de Caen, Caen 2011.

Luzzato, Sergio, «Un chierico grande vestito da soldato». *La guerra di padre Agostino Gemelli*, in *Gli italiani in guerra. Conflitti, identità, memorie dal Risorgimento ai nostri giorni*, vol. III, t. 1, *La Grande Guerra: dall'intervento alla "vittoria mutilata"*, Utet, Torino 2008, pp. 452-462.

Marhaba, Sadi, *Lineamenti della psicologia italiana: 1870-1945*, Giunti-Barbera, Firenze 1981.

Mazza, Rita *La malattia mentale nella medicina del Cinquecento: tassonomia e casi clinici*, in Alberto De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Franco Angeli, Milano 1982, pp. 304-316.

Moschetta, Francesco Saverio (a cura di), *Marco Levi Bianchini e le origini della psicoanalisi in Italia*, Ospedale neuropsichiatrico, Teramo 2000.

Mosse, George, *L'immagine dell'uomo. Lo stereotipo maschile nell'epoca moderna*, Einaudi, Torino 1997.

Mosse, George, *Sessualità e nazionalismo: mentalità borghese e rispettabilità*, Laterza, Roma 1984.

Mucciarelli, Giuseppe (a cura di), *Giulio Cesare Ferrari nella storia della psicologia italiana*, Pitagora, Bologna 1984.

Parlato, Giuseppe, *Polemiche lombrosiane di ieri e di oggi*, in "Note e Riviste di Psichiatria", fasc. 3-4, luglio-dicembre 1965, anno LVIII, pp.782-851.

Peccarisi, C., Boeri, R., Salmaggi, A., *Eugenio Tanzi (1856-1934) and the beginnings of European neurology*, in "Journal for the History of Neurosciences", a. III, n. 3, 1994, pp. 177-185.

Paolo Francesco Peloso, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e Resistenza (1922-1945)*, Ombre Corte, Verona 2008.

Pinel, Philippe, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, a cura di Francesco Fontebasso e Sergio Moravia, Marsilio, Venezia 1997.

Pirella, Agostino, Casagrande, Domenico, *John Conolly, filantropia e psichiatria*, in Franco Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Einaudi, Torino 1973 (1 ed. 1967), pp. 153-170.

Portigliatti-Barbos, Mario *Medicina ed antropologia criminale nella cultura positivista*, in Emilio R. Papa (a cura di), *Il positivismo e la cultura italiana*, Franco Angeli, Milano 1985, pp. 427-444.

Quarchioni, Marco, *Marco Levi Bianchini e la Biblioteca psicoanalitica italiana*, Biblioteca provinciale "M. Delfico", Teramo 1988.

Scartabellati, Andrea, *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande guerra (1909-1921)*, Edizioni goliardiche, Bagnaria Arsa (Ud) 2003.

Scartabellati, Andrea, *Pagine dimenticate. Le culture psichiatriche in Italia tra fine '800 e primi decenni del '900*, in Andrea Giuntini, *Povere menti, La cura della malattia mentale in provincia di Modena tra Ottocento e Novecento*, Provincia di Modena, Modena 2009, pp. 15-40.

Stok, Fabio, *Kraepelin e i kraepeliniani in Italia*, in F.M. Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia*, Vita e Pensiero, Milano 1989, pp. 373-396.

Stok, Fabio, *La formazione della psichiatria*, Il pensiero scientifico, Roma 1981

Villa, Renzo, *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, Franco Angeli, Milano 1985.

2. Storia dell'attività e dell'assistenza psichiatrica

Babini, Valeria Paola, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009.

Bergomi M. 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).

Bertani, Mauro, *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 di Modena, Modena 2009, pp. 213-254.

Cagliero, Claudio, Collo, Paolo, *Il Regio Manicomio di Torino. Nascita e sviluppo di un'istituzione totale*, in Alberto De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, Franco Angeli, Milano 1982, pp. 33-44.

Canosa, Romano, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979.

Cassata, Francesco, Moraglio, Massimo (a cura di), *Manicomio, società e politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, Bfs, Pisa 2005.

De Bernardi, Alberto (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Franco Angeli, Milano 1982.

De Bernardi, Alberto, De Peri, Francesco, Panzeri, Laura, *Tempo e catene, manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano 1980.

Degani, Miriam, Gorla, Aldo, *Dal recinto alla macchina. Architettura e psichiatria nella definizione degli spazi istituzionali*, in Alberto De Bernardi (a cura di), *Follia, psichiatria e società*, Franco Angeli, Milano 1982, pp. 402-412.

Fiorino, Vinzia, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia 2002.

Funck-Brentano, Franck, Marindaz, Georges, *L'Hôpital général Bicêtre*, Ciba, Lyon 1938.

Moraglio, Massimo, *Prigionieri di un'utopia. Il manicomio dalle speranze terapeutiche alla routine segregante*, in Andrea Giuntini (a cura di), *Povere menti. La cura della malattia mentale in provincia di Modena tra Ottocento e Novecento*, Provincia di Modena, Modena 2009, pp. 55-76.

Roscioni, Lisa, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Bruno Mondadori, Milano 2003.

Rossi, Lino, *Enrico Morselli e le scienze dell'uomo nell'età del positivismo*, Unità sanitaria locale n. 9, Reggio Emilia 1984.

Scartabellati, Andrea, *"Il dovere dei medici nell'ora presente". Biopolitica, seduzione bellica e battaglie culturali nelle scienze umane durante il primo conflitto mondiale*, in "Medicina e storia", n. 14, 2007.

Scartabellati, Andrea, *Culture psichiatriche & cultura nazionale. Per una storia sociale (1909-1929)*, in "Frenis Zero. Scienze della Mente, Filosofia, Psicoterapia e Creatività", a. III, n. 5, gennaio 2006, p. 1, <http://web.tiscali.it/bibliopsi/frenis.htm>.

Stumpo, Enrico *I bambini innocenti. Storia della malattia mentale nell'Italia moderna (secoli XVI-XVIII)*, Le Lettere, Firenze 2000.

Tamburini, Augusto, Ferrari, Giulio Cesare, Antonini, Giuseppe, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Utet, Torino 1918.

3. Guerra e follia

3.1 Opere coeve

Boschi, Gaetano, *Un ospedale speciale per malati nervosi. L'ospedale Militare Neurologico Villa del Seminario presso Ferrara*, Tipografia Ferrariola, Ferrara 1918.

Ferrari, Giulio Cesare, *Osservazioni psicologiche sulla nostra guerra*, Stabilimento Poligrafico Emiliano, Bologna 1916.

Freud, Sigmund, *Promemoria sul trattamento elettrico dei nevrotici di guerra*, in *Opere*, vol. 9, 1917-1923, Boringhieri, Torino 1967.

Gemelli, Agostino, *I canti del nostro soldato. Documenti per la psicologia militare*, Vita e pensiero, Torino 1918.

Gemelli, Agostino, *Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*, Treves, Milano 1917.

Lustig, Alessandro, *Effetti e cura dei gas di guerra*, Istituto sieroterapico milanese, Milano 1936.

Massarotti, Giuseppe, *Ospedalizzazione militare in guerra*, Ravà e C., Milano 1915.

Smith, Grafton Elliott, *Shell Shock and its Lessons*, Manchester University Press, Manchester 1917.

3.2 Storiografia sulle istituzioni

Babington, Anthony, *Shell Shock. A History of the Changing Attitudes to War Neurosis*, Leo Cooper, London 1997.

Bianchi, Bruna, *Psichiatria e guerra*, in Stephane Audoin-Rouzeau, Annette Becker, (a cura di), *La prima guerra mondiale*, cit., pp. 309-325.

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

Delaporte, Sophie, *Les Réponses thérapeutiques*, in "14-18. Aujourd'hui, Today, Heute", n. 3, 1999, pp. 36-55.

Gibelli, Antonio, *La guerra laboratorio: esercito e igiene sociale verso la guerra totale*, in "Movimento operaio e socialista", n. 3, 1982, anno V, pp. 335-349.

Giovannini, Paolo, *Guerra e psichiatria dal primo al secondo conflitto mondiale*, in "Storia e problemi contemporanei", n. 43, a. 9, settembre-dicembre 2006, pp. 9-26.

Giovannini, Paolo, *La psichiatria italiana e la grande guerra. Ideologia e terapia psichiatrica alle prese con la nuova realtà bellica*, in "Sanità, scienza e storia", n. 1, 1987, pp. 111-152.

Labita, Vito, *La psicologia militare italiana (1915-1918)*, in Dante Leoni, Camillo Zadra, *La Grande guerra: esperienza, memoria, immagini*, Il Mulino, Bologna 1986, pp. 237-245

Labita, Vito, *Un libro simbolo: «Il nostro soldato» di Agostino Gemelli*, in “Rivista di storia contemporanea”, n. 3, 1986, pp. 402-429.

Lerner Paul Frederick, *Histerical men. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*, Cornell University Press, Ithaca 2003;

Lerner, Paul, Micale, Mark S., *Trauma, Psychiatry and History. A Conceptual and Historiographical Introduction*, in P. Lerner, Mark Micale (ed.), *Traumatic pasts*, Cambridge University Press, Cambridge 2001, pp. 1-27.

Montella, Fabio, Paoletta, Francesco, Ratti, Felicita (a cura di), *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia Romagna durante la Prima Guerra Mondiale*, Clueb, Bologna 2010.

Moraglio, Massimo, *Dentro e fuori il manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, in “Contemporanea”, n. 1, a. IX, gennaio 2006, pp.15-34.

Paoletta, Francesco, *La neuropsichiatria in Emilia Romagna durante la Grande Guerra*, in Id., Fabio Montella, Felicita Ratti (a cura di), *Una regione ospedale. Medicina e sanità in Emilia-Romagna durante la Prima guerra mondiale*, Clueb, Bologna 2010, pp. 98-110.

Paoletta, Francesco, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, in Mirco Carrattieri, Alberto Ferraboschi, *Piccola Patria Grande Guerra. La prima guerra mondiale a Reggio Emilia*, Clueb, Bologna 2008.

Roscioni, Lisa, Des Dorides, Luca, *Il Manicomio e la grande guerra*, in Antonino Iaria, Tommaso Losavio, Pompeo Martelli (a cura di), *L'ospedale di Santa Maria della Pietà di Roma. L'ospedale psichiatrico di Roma dal manicomio provinciale alla chiusura*, Bari, Dedalo, 2003, pp. 135-144.

3.3 Storiografia sui pazienti-soldati

Adami, Maria Vittoria, *L'esercito di San Giacomo. Soldati e ufficiali ricoverati nel manicomio veronese (1915-1920)*, Il poligrafo, Padova 2006.

Barham, Peter, *Forgotten Lunatics of the Great War*, Yale University Press, New Haven-London 2004.

Bettiol, Nicola, *Feriti nell'anima. Storie di soldati dai manicomi del Veneto 1915-1916*, Istituto per la storia della Resistenza e della società contemporanea della Marca trevigiana, Treviso 2008.

Bianchi, Bruna, *Esperienze di violenza e di oppressione nelle testimonianze dei soldati accolti in manicomio*, in “Protagonisti”, n. 33, 1988, pp. 48-60.

Bianchi, Bruna, *I disobbedienti nell'esercito italiano durante la grande guerra*, in “Parolechiave”, n. 26, 2002, pp. 157-185.

Bianchi, Bruna, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disubbidienza nell'esercito italiano 1915-1918*, Bulzoni, Roma 2000.

Crocq, Louis, *Les traumatismes psychiatriques de guerre*, Odile Jacob, Paris 1999.

Gibelli, Antonio, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Bollati Boringhieri, Torino 2007 (1 ed. 1991).

Giovannini, Paolo, *Soldati, follia e Grande guerra nelle cartelle cliniche del San Benedetto*, in Paolo Sorcinelli, *Lavoro, criminalità, alienazione mentale. Ricerche sulle Marche tra Otto e Novecento*, Il lavoro editoriale, Ancona 1986.

Leese, Paul, *Shell shock. Traumatic neurosis and the British soldiers of the First World War*, Palgrave MacMillan, New York 2005.

Leese, Peter, "Why are they not cured?" *British Shellshock Treatment During the Great War*, in Mark S. Micale and Paul Lerner (ed.), *Traumatic pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge University Press, Cambridge 2001, pp. 205-220.

Nicola, Paola, "Snidare l'anormale". *Psichiatria e masse combattenti nella prima guerra mondiale*, in "Rivista di storia contemporanea", 1987, 1, pp. 59-84.

Raito, Leonardo, *La Grande guerra e la fuga nell'inconscio. L'esperienza del conflitto sull'individuo moderno*, in "Nuova storia contemporanea", n. 3, 2007, pp. 141-151.

Scartabellati, Andrea (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Marco Valerio, Torino 2008.

Scartabellati, Andrea, *Leggere la follia in guerra, 1915-1918*, in <http://web.tiscali.it/bibliopsi/archivi.htm>.

Shephard, Ben, *A War of Nerves. Soldiers and psychiatrist 1914-1994*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts 2001.

Storia di Parma

Adorni, Bruno, *La forma e l'immagine della città. Una storia urbana per punti salienti*, in Domenico Vera (a cura di), *Storia di Parma. I caratteri originali*, vol. I, Mup, Parma 2008, pp. 201-247.

Asioli, Fabrizio, *A Parma, prima della psichiatria*, in "Annali di neurologia e psichiatria", a. 73, 1979, pp. 133-146.

Azzali, Andrea, *Il manicomio di Colorno. Per una storia della struttura psichiatrica parmense (1865-1881)*, tesi di laurea, Università degli Studi di Parma – Facoltà di Magistero, a.a. 1996-1997.

- Balestrazzi, Giuseppe, *Il contributo di Parma alla vittoria*, in “Aurea Parma”, n. XXII, 1938, pp. 192-195.
- Balestrazzi, Giuseppe, *Ospedali di guerra*, in “Rassegna mensile”, maggio 1928, pp. 94-95.
- Banzola Pellegrini, Maria Ortensia, *Organizzazione sanitaria dell'esercito italiano – Ospedali militari a Parma durante il primo conflitto mondiale*, in AA.VV., *Figure, luoghi e momenti di vita medica a Parma*, Artegrafica Silva, Parma 2003, pp.401-484.
- Banzola, Maria Ortensia, Farinelli, Leonardo, Spocci, Roberto, (a cura di), *Figure, luoghi e momenti di vita medica a Parma*, Silva editore, Parma 2003.
- Banzola, Maria Ortensia, *L'Ospedale vecchio di Parma*, Palatina editrice, Parma 1980.
- Becchetti, Margherita, La Fata, Ilaria, Moschini, Maria Teresa, *La fabbrica dei matti. L'ospedale psichiatrico nei racconti di alcuni colomesi ai ragazzi*, Comune di Colorno, Colorno 2008.
- Becchetti, Margherita, *La villa rossa. Storia di Giovanni Faraboli*, Clueb, Bologna 2012 (in corso di pubblicazione).
- Becchetti, Margherita, *Oltretorrente. Rivolte e conflitto sociale a Parma 1868-1915*, tesi di dottorato di ricerca, Università di Parma, a.a. 2009-2010.
- Benassi, Umberto, *Guglielmo Du Tillot, un ministro riformatore del secolo XVIII. Contributo alla storia dell'epoca delle Riforme*, 5 voll., Regia Deputazione di Storia Patria, Parma 1915-1924.
- Berziera, Cristina, *Parma nella grande guerra (1914-1919). Interventismo, condizioni di vita, organizzazione assistenziale*, in “Storia e documenti”, n. 6, 2001, pp. 15-37.
- Bordi, Alberto, Rossi, Sauro, Zarotti, Mario, *Il “nuovo” ospedale di Parma. Un'architettura primonovecentesca tra dibattito tipologico ed esigenze di cantiere (1913-1926)*, in M. O. Banzola, L. Farinelli, R. Spocci (a cura di), *800 anni per la salute*, Silva, Parma 2003, pp. 371-391.
- Braga, Angelo *Malaria e pellagra in provincia di Parma nel secolo passato. Conferenza alla Famija Pramzana*, La tipografica parmense, Parma 1954.
- Catalano, Angelo, *L'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Parma dal 1931 al 1947 ed il problema dell'organizzazione psichiatrica della provincia di Parma*, in “Rassegna di Studi Psichiatrici”, 1947, vol. XXXVI.
- Cervetti, Valerio, *Parma e il Parmense nel secolo XIX. Processi economici e condizioni sociali*, in Pietro Bonardi e Ubaldo Del Sante (a cura di), *Anna Maria Adorni e il suo tempo*, Silva, Parma 1994, pp. 57-109.

Dall'Aglio, Pier Luigi, Trombara, Carlo, *Cenni storici e bibliografici sull'antico ospedale di Parma*, Amministrazione degli Ospedali riuniti, Parma 1956.

Della Valle, Ferrante, Lombardi, Glauco, Rossi, Armando, *Gli ospedali militari di Parma nel primo biennio di guerra*, Fresching, Parma 1917.

Greci Roberto (a cura di), *L'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma in età medievale*, Clueb, Bologna 2004.

Lenzotti, Serena, *La ricerca di Zaira. Protoindustria e strutture urbane a Parma tra primo e secondo Ottocento*, Franco Angeli, Milano 2007.

Longhena, Maurizio, *Uno psichiatra parmigiano*, in "Gazzetta di Parma", 13 novembre 1962.

Miglioli, Maurizio, *La gestione dei folli a Parma sotto i governi dei Borboni e dei francesi*, in "Archivio storico per le provincie parmensi", XXXIII, 1981, pp. 437-453.

Montale, Bianca, *Ducato di Parma e Piacenza - Ducato di Modena e Reggio*, in *Amministrazione della giustizia e poteri di polizia dagli stati preunitari alla caduta della destra*, Atti del 52 congresso di storia del risorgimento italiano, Pescara, 7-10 novembre 1984, pp. 217-265.

Moreni, Marzia, *Storia dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno*, in Luigi Contegiacomo ed Emanuele Toniolo (a cura di), *L'alienazione mentale nella memoria storica e nelle politiche sociali. "Chisà che metira fuori un calchedun da sto manicomio"*, Minelliana, Rovigo 2004, pp. 67-70.

Padovani, Giorgio, *Ferdinando Ugolotti*, in "Neuropsichiatria. Rivista trimestrale", n. 3, a. XXII, luglio-settembre 1966, pp. 630-633.

Palazzi, Maura, *Nascita di un'economia agro-industriale. Città e campagna a Parma dall'Unità agli anni Trenta*, in Fiorenzo Sicuri, *Comunisti a Parma*, Istituto Gramsci Emilia-Romagna e Parma – Biblioteca "U. Balestrazzi", Parma 1986, pp. 69-125.

Paoletti, Italo, *Studi e ricerche Sulla medicina nel Ducato di Parma all'epoca di Maria Luigia*, in "Aurea Parma", XLVI, 1962, pp. 229-232.

Parisella, Antonio, *Memorie industriali e mutamenti sociali urbani. Appunti sulla formazione di un sistema agroindustriale a Parma agli inizi del XX secolo*, in Roberto Montali (a cura di), *Nel mondo nuovo. Parma da Verdi a Vittorio Veneto. 1900-1918*, Mup, Parma 2007.

Piazza, Nicoletta, *Ambiente urbano, condizioni di vita e malattie infettive epidemiche a Parma nella seconda metà dell'Ottocento. Il caso del colera*, in Maria Ortensia Banzola, Leonardo Farinelli, Roberto Spocci (a cura di), *Figure, luoghi e momenti di vita medica a Parma*, Artegrafica Silva, Parma 2003, pp. 279-296.

Sereni, Umberto, *Il movimento cooperativo a Parma. Tra riformismo e sindacalismo*, De Donato, Bari 1977.

Sicuri, Fiorenzo, *La vita politica di Parma dalla belle époque alla prima guerra mondiale*, in Roberto Montali (a cura di), *Nel mondo nuovo. Parma da Verdi a Vittorio Veneto (1900-1918)*, Monte università Parma, Parma 2007, pp. 42-50.

Spocci, Roberto, (a cura di), *Parma di fronte alla Grande Guerra*, Istituto per la storia del Risorgimento italiano, Parma 2005.

Tocci, Giovanni, *Il ducato di Parma e Piacenza*, Utet, Torino 1987.

Ugolotti, Ferdinando, *L'assistenza degli alienati e i loro ospedali di ricovero nel territorio di Parma: studio storico*, Stabilimento d'arti grafiche G. Federici, Pesaro, 1933.