

ANNA GRILLINI, *La guerra che non ha fine : ricostruire lo spazio mentale dopo il 1918*, in «Annali / Museo storico italiano della guerra» (ISSN: 2723-9829), 26 (2018), pp. 63-73.

Url: <https://heyjoe.fbk.eu/index.php/amusig>

Questo articolo è stato digitalizzato dal progetto ASTRA - *Archivio della storiografia trentina*, grazie al finanziamento della Fondazione Caritro (Bando Archivi 2021). ASTRA è un progetto della Biblioteca Fondazione Bruno Kessler, in collaborazione con Accademia Roveretana degli Agiati, Fondazione Museo storico del Trentino, FBK-Istituto Storico Italo-Germanico, Museo Storico Italiano della Guerra (Rovereto), e Società di Studi Trentini di Scienze Storiche. ASTRA rende disponibili le versioni elettroniche delle maggiori riviste storiche del Trentino, all'interno del portale [HeyJoe](#) - *History, Religion and Philosophy Journals Online Access*.

This article has been digitised within the project ASTRA - *Archivio della storiografia trentina* through the generous support of Fondazione Caritro (Bando Archivi 2021). ASTRA is a Bruno Kessler Foundation Library project, run jointly with Accademia Roveretana degli Agiati, Fondazione Museo storico del Trentino, FBK-Italian-German Historical Institute, the Italian War History Museum (Rovereto), and Società di Studi Trentini di Scienze Storiche. ASTRA aims to make the most important journals of (and on) the Trentino area available in a free-to-access online space on the [HeyJoe](#) - *History, Religion and Philosophy Journals Online Access* platform.

Nota copyright

Tutto il materiale contenuto nel sito [HeyJoe](#), compreso il presente PDF, è rilasciato sotto licenza [Creative Commons](#) Attribuzione–Non commerciale–Non opere derivate 4.0 Internazionale. Pertanto è possibile liberamente scaricare, stampare, fotocopiare e distribuire questo articolo e gli altri presenti nel sito, purché si attribuisca in maniera corretta la paternità dell’opera, non la si utilizzi per fini commerciali e non la si trasformi o modifichi.

Copyright notice

All materials on the [HeyJoe](#) website, including the present PDF file, are made available under a [Creative Commons](#) Attribution–NonCommercial–NoDerivatives 4.0 International License. You are free to download, print, copy, and share this file and any other on this website, as long as you give appropriate credit. You may not use this material for commercial purposes. If you remix, transform, or build upon the material, you may not distribute the modified material.



ANNA GRILLINI

LA GUERRA CHE NON HA FINE. RICOSTRUIRE LO SPAZIO MENTALE DOPO IL 1918

L'ASSISTENZA PSICHIATRICA DURANTE IL CONFLITTO

Nell'autunno 1918 il conflitto tanto esaltato dalle scienze mediche europee giunse alla sua conclusione ufficiale: la firma dei trattati e il silenzio sceso sulle trincee non implicarono, tuttavia, una conclusione definitiva della guerra, perché l'eredità del vissuto bellico avrebbe fatto sentire i suoi effetti per lungo tempo.

Lo scoppio del conflitto era stato accolto dalla medicina in generale, e dalla psichiatria in particolare, come una grande occasione per il progresso scientifico. Per gli alienisti italiani si concretizzò l'occasione di uscire dallo stallo che aveva caratterizzato la professione negli ultimi decenni, lasciando così i soffocanti confini manicomiali in favore di un'azione più ampia, diretta alla società nel suo insieme.

Gli anni che precedettero lo scoppio del conflitto avevano visto una classe psichiatrica ripiegata su sé stessa, quasi passiva nel perseguimento della prassi che si era consolidata nei decenni precedenti:

Nella quale il perpetuarsi della segregazione manicomiale è attutito dalla dimensione ideologicamente asettica dell'organicismo dominante [...]. All'abbandono delle ambizioni socialmente filantropiche e scientificamente totalizzanti del "risorgimento psichiatrico", corrisponde, con l'affermazione dell'organicismo e la riduzione delle malattie mentali a malattie nervose, un appiattimento dell'azione dello psichiatra, che ridimensiona le antiche ambizioni a favore di una prassi professionale strettamente definita. Ne deriva una crisi di identità evidente nei protagonisti della fase precedente [...], ma che interessa anche la stessa giovane generazione, nella misura in cui essa risentirà dello sfasamento esistente tra il ruolo ospedaliero, rigorosamente medico, ora assegnato alla psichiatria, e la prassi concretamente prevalente all'interno dei manicomi¹.

Tutti questi aspetti però finirono in secondo piano rispetto a uno spiccato interventismo e a una infaticabile opera di promozione del ruolo della psichiatria nella

tutela della salute razziale della popolazione. Il contributo degli alienisti si articolò principalmente in ambito militare, attraverso la propaganda e l'organizzazione del servizio neuro-psichiatrico che prevedeva, tra i suoi principali aspetti, reparti specializzati per i militari alienati e un consulente psichiatrico per ogni armata².

L'inizio della guerra guerreggiata colse gli alienisti italiani compatti in un interventismo che si rifletté nelle pubblicazioni scientifiche, ma che soprattutto comportò l'abdicazione dai compiti di cura e protezione dei malati in favore del servizio alla causa bellica. Tutti i principali esponenti della psichiatria italiana sostenevano l'entrata in guerra, da Augusto Tamburini ad Arturo Morselli passando per Ferdinando Cazzamalli (posizione particolare questa, per via dell'iscrizione di questi al Partito socialista) e Gaetano Boschi che definì la guerra come una «necessità naturale» e la scelta interventista come la risposta a questa forza superiore contro la quale l'uomo non può nulla³. Probabilmente l'unica voce «fuori dal coro» fu quella di Giovanni Mingazzini, neuropatologo e direttore del manicomio di Roma, che fu oggetto di un'accanita campagna diffamatoria per via delle sue opinioni neutraliste, dei suoi legami professionali con scienziati austriaci e tedeschi nonché, *dulcis in fundo*, per la moglie tedesca⁴.

Durante i primi mesi di guerra, l'opera principale degli psichiatri dell'esercito riguardò l'individuazione e l'eliminazione dei soggetti inadatti alla vita militare. L'obiettivo all'ordine del giorno era evitare che soggetti instabili fossero inviati nella zona delle operazioni creando scompiglio fra le truppe sane, diffondendo come un morbo contagioso la paura e la cedevolezza nervosa⁵. Oltre alla prevenzione di situazioni a rischio nella zona del fronte, gli psichiatri militari si adoperavano per evacuare il prima possibile quei soggetti che, dopo i primi combattimenti, non si fossero dimostrati in grado di sopportare le privazioni del servizio in prima linea⁶.

In questo contesto di mobilitazione della professione sanitaria la popolazione civile risultava pressoché scomparsa dall'interesse medico, incentrato su un'esperienza bellica concepita come esclusivamente maschile. La figura femminile era difatti rilegata nelle retrovie dell'azione psichiatrica e guerresca: una comparsa passiva e non strettamente necessaria nel teatro bellico.

La frenesia delle giornate d'agosto fu condivisa dalle donne come dagli uomini; ma alla fin fine la guerra era un invito alla virilità [...]. Benché sul campo di battaglia le infermiere fossero lodate e ammirate, e il loro coraggio fosse spesso sottolineato, la loro immagine rimaneva nondimeno piuttosto passiva che attiva. Era l'immagine della donna come angelo della misericordia, che se ne sta al margine del combattimento [...]. Quanto ai soldati, la guerra non fece che rafforzare ai loro occhi l'attrattiva della femminilità tradizionale, ch'essi idealizzavano [...]. In sé presa, la guerra aiutò molte donne a uscire dai loro ruoli tradizionali, ma soprattutto rafforzò quell'idea di maschilità che il Mito dell'Esperienza della Guerra avrebbe poi consegnato ad un'epoca successiva⁷.

Nonostante lo scarso interesse della scienza medica ufficiale, la pratica psichiatrica quotidiana non poteva sottrarsi alla realtà bellica, che conduceva alle porte del manicomio donne e uomini che, pur non avendo imbracciato le armi, avevano sperimentato il conflitto non meno dei soldati in trincea e che, come loro, ne portavano i segni sul corpo e sulla mente.

Le diagnosi che accompagnavano le degenze dei civili erano spesso simili a quelle effettuate sui soldati: le più rappresentative erano certamente la catatonìa, la melanconia e la psicosi maniaco-depressiva. In queste patologie l'elemento comune era l'isolamento dal mondo, che si poteva manifestare attraverso deliri, psicosi oppure in atteggiamenti completamente apatici e insensibilità a ogni tipo di stimolo:

I catatonici stanno fermi e ritti in atteggiamenti statuari, silenziosi e come assorti in se stessi, a occhi chiusi, in atteggiamenti mimici strani e incoerenti, o irrigiditi in atteggiamenti scomodi [...]. Persino gli stimoli delle funzioni organiche vengono attivamente avvertiti: i malati non mangiano benché abbiano fame; trattengono forzatamente le feci e l'urina e così via⁸.

Le difficoltà, le privazioni e i lutti che il conflitto portava nelle case europee non potevano esaurirsi nel tempo necessario a far asciugare le firme sotto i trattati. La fine della guerra guerreggiata, infatti, non fu sinonimo di pace, quanto piuttosto di una svolta attesa e necessaria verso una ricostruzione, fisica, emotiva e culturale della popolazione che avrebbe tuttavia richiesto anni, se non decenni per essere realizzata. Gli ultimi mesi del 1918 e soprattutto il 1919 segnarono l'inizio di questo cammino anche nei manicomi italiani.

RICOSTRUIRE LO SPAZIO MENTALE

Le cartelle cliniche evidenziavano come i confini della guerra fossero incerti e nient'affatto limitati alle linee del fronte: i suoi effetti devastanti giunsero fino alle località più remote alterando la vita dei civili, soprattutto donne, che non sempre riuscivano a far fronte a questi sconvolgimenti. Così, lo strumento terapeutico della cartella clinica divenne il contenitore di un mondo mentale femminile lacerato, sconvolto e irrimediabilmente compromesso da un conflitto la cui portata modificò l'economia, i valori e la quotidianità dell'intera società⁹. Ciò che la scienza medica ufficiale ignorava trovava uno spazio, seppur limitato, nei documenti ospedalieri, dove «gli psichiatri medicalizzarono il dolore, trasformandolo involontariamente: da sentimento incommunicabile, annidato nelle interiorità dei singoli casi clinici, refrattario al linguaggio [...] esso acquisì una voce, diventando un racconto "mediato", creato cioè da coloro che parlavano per conto di chi soffriva»¹⁰. Nei fascicoli

personali le emozioni, le reazioni emotive, i deliri, i gemiti, le invocazioni venivano inquadrati nel linguaggio medico e in qualche modo depersonalizzati, ma allo stesso tempo, come minuscoli pezzi di un puzzle, andavano a comporre il ritratto dell'esperienza di guerra rimanendo, ancora oggi, insostituibili testimonianze della sofferenza umana.

Il primissimo impatto con la guerra era spesso rappresentato dalla partenza dei congiunti e dal conseguente sconvolgimento dei ruoli tradizionali, oltre che dalla lacerazione affettiva del distacco. Tutti questi elementi concorrevano a creare stati ansiosi che potevano manifestarsi attraverso insonnia o depressione (melanconia). Clorinda C. entrò nell'ospedale psichiatrico "Francesco Roncati" di Bologna pochi mesi dopo l'entrata in guerra, il 6 agosto 1915: alla massaia trentenne venne diagnosticata una frenosi maniaco-depressiva¹¹. La donna giunse nell'ospedale psichiatrico in stato di grave agitazione e con problemi di insonnia; le notizie raccolte dai medici durante il ricovero riportavano che:

Allo scoppiare della guerra attuale essa si agitò assai temendo che il marito venisse richiamato; ed aumentò ancora la sua emozione quando ebbe da una ragazza l'avviso che appunto era stata richiamata la classe del marito. In quel tempo essa dimorava a Milano; e provò un'altra forte impressione quando si tolse la illuminazione delle vie "perché doveva giungere un areoplano". La C. cominciò – come essa l'esprime – a passare da una farmacia all'altra, cercando inutilmente qualche medicina che le ridonasse la calma e la facesse dormire. Partito il marito, essa ritornò a Bologna presso il fratello: era sempre in preda all'angoscia: faceva sogni spaventosi: al mattino era presa da tremito: sentiva cefalea, rumori e suoni di campane, "voci minacciose che l'avvertivano che il marito non sarebbe ritornato". Inghiottì allora una certa quantità di tintura di iodio (per cui le fu praticata la lavanda gastrica) e bevette mezza boccetta di Fernet¹².

Una simile causa scatenante condusse Maria M., originaria della provincia di Bologna, ai cancelli del manicomio. Benché la diagnosi, psicosi isterica, fosse diversa rispetto a quella di Clorinda, anche per Maria l'insorgenza della malattia coincise con la preoccupazione per la mobilitazione del padre:

[...] cominciò circa 12 giorni or sono a disperarsi pel timore che il padre dovesse partire pel fronte, ha dato in escandescenze, a gridare, a minacciare di darsi la morte, fuggendo anche di casa la notte. Continua ad urlare, continuamente spesso le sopravvengono accessi convulsivi, ha carattere isteroepilettico, arco di cerchio, urla, anemia, cefalea continuata, accessi di risa. Non è possibile in famiglia sorvegliare o trattenere l'inferma tanto che è riconosciuto da tutti la necessità di ricoverarla in un Manicomio. Viene poi specificato che tale forma morbosa non si era mai presentata prima¹³.

La chiusura nel proprio mondo, l'apatia, il rifiuto del cibo e dell'assistenza erano sintomi riscontrabili in varie patologie, tra cui la melanconia, la frenosi maniaco-depressiva e nello stupore catatonico che affliggeva Adalgisa A.. La donna, originaria di Vergato, iniziò a diventare sempre più taciturna e a rifiutare il cibo subito dopo il termine del periodo di licenza del marito. Dopo alcuni giorni in cui si manifestarono anche allucinazioni, grida e deliri, Adalgisa venne condotta al Roncati dove restò un mese¹⁴.

La preoccupazione per una partenza si trasformò, nel caso di Maria C., in melanconia dopo la partenza del marito, rientrato brevemente per una licenza. Dopo il ricovero si «mostrò depressa, stuporosa ma nel complesso migliorata», ma, nonostante il resoconto ottimistico, la donna rimase ricoverata per molti anni e fu trasferita al manicomio di Imola nel 1924. Al contrario, Clorinda C. e Maria M. ritrovarono un equilibrio emotivo col termine della guerra e la consapevolezza che i propri congiunti avrebbero fatto ritorno a casa.

Come a Bologna, anche il manicomio di Verona assistette all'arrivo di donne prostrate dalla fatica per il maggiore carico di lavoro e angosciate dalla partenza dei propri cari. Nel suo saggio Maria Vittoria Adami riporta tra gli altri il caso di Carolina C., 52 anni, che oltre a soffrire la lontananza di due figli al fronte, giunse in istituto depressa e prostrata dalla fatica dei lavori agricoli. La donna fu descritta dai sanitari come agitata, allucinata, depressa e in cattive condizioni fisiche, anche perché spesso rifiutava di nutrirsi¹⁵. Oltre a Carolina, erano numerose le donne ricoverate nel manicomio veronese in seguito alla partenza o al lutto per i congiunti e nel resto del paese la situazione era simile.

Alle reazioni emotive e psichiche scatenate dalla separazione dai propri cari, la psichiatria riconosceva un ruolo patogenico solamente in pazienti già predisposti alla malattia mentale:

Comunque si voglia spiegare il modo di agire delle emozioni, sia che si ritenga che agiscano direttamente o no sulle funzioni cerebrali, è però necessario ammettere che non bastano da sole a produrre malattie mentali: insieme ad esse deve concorrere un fattore endogeno congenito od acquisito, che rappresenta il terreno propizio per lo sviluppo delle psicosi¹⁶.

Secondo gli psichiatri, nei casi in cui l'anamnesi risultasse libera da predisposizione, la motivazione non poteva che risiedere in un fattore endogeno ignorato dai medici. Il lutto, la solitudine e le difficoltà quotidiane erano quindi considerate cause di crolli psicofisici solo in donne già predisposte, che probabilmente sarebbero cadute nella malattia in ogni caso.

Come il distacco, allo stesso modo anche il ritorno non era esule da difficoltà. Per i reduci la sfida maggiore risiedeva nel reinserimento in una comunità e in una famiglia che si erano irrimediabilmente modificati in loro assenza. Dopo mesi o

anni trascorsi in un contesto di violenza autorizzata, anzi incoraggiata, gli uomini dovevano tornare a una vita scandita dalle stagioni piuttosto che dai bombardamenti; allo stesso tempo, il rientro nella sfera domestica implicava l'abbandono della divisa militare che, amata od odiata, rimaneva pur sempre un simbolo di virilità e cameratismo¹⁷.

Nelle regioni di confine come Trentino, Veneto e Friuli il tema del ritorno non era un'esclusiva maschile, poiché spesso il distacco dalla terra natia era stata anche un'esperienza femminile¹⁸. Le centinaia di migliaia di donne, anziani e bambini fuggiti dopo Caporetto, oppure costretti ad andarsene dal dislocamento delle truppe austriache e italiane all'inizio del conflitto, rientravano portando con sé un pesante bagaglio emotivo che sovente era soverchiante già durante l'esperienza da profughi:

Gli strapazzi, le emozioni violente, il distacco dal suolo nativo, la perdita delle sostanze, il panico subito, le giornate di trepidazione e di paura furono altrettanti coefficienti di malattia mentale. Se voi verrete a Mombello potrete scorgere ancora sul volto di molte profughe i segni caratteristici del patito terrore. Tutti gli stati affettivi si manifestano con fenomeni organici, gli uni interni, gli altri esterni. La paura è caratterizzata dalle sopracciglia rialzate, pupille dilatate, bocca aperta, mascella inferiore abbassata, ecc. Nello stato di terrore il soggetto fa l'impressione di chi vorrebbe inchinarsi, ricoverarsi, proteggersi contro un pericolo sconosciuto. [...] Quello che è certo è che, durante un panico, l'uomo prova la maggior parte di quelle emozioni che posseggono la facoltà di togliere l'energia, di avvilire il morale, di disgregare per un lungo tempo l'equilibrio mentale¹⁹.

Questo isolamento psichico ed emotivo che ritornava così spesso nei militari e che Giuseppe Antonini, direttore del manicomio di Mombello, ritrovava nei profughi, si manifestò anche quando la guerra era ormai conclusa. Il lutto, la fame, le tensioni emotive e fisiche facevano parte degli agenti determinanti, ovvero «tutti quegli elementi legati alla guerra, perturbatori della vita ordinaria, familiare e sociale, le angosce, i lutti, i ripetuti e prolungati patemi d'animo; a questi si aggiungono, per le popolazioni delle regioni divenute teatro di guerra o con questi confinanti [...], le innumerevoli cause psicotraumatiche dovute allo svolgersi delle operazioni belliche, agli imposti sfollamenti rapidi e improvvisi, al terrore alla miseria»²⁰. L'angoscia per un futuro incerto, le difficoltà quotidiane che si prolungavano ben oltre la durata del conflitto e la preoccupazione per chi ancora era disperso portavano a un logoramento emotivo che si protraeva nel tempo, un deterioramento composto da eventi e situazioni lesive dell'emotività e del fisico che andavano accumulandosi fino a sembrare in certi casi che «una lenta usura prepari il terreno e che lo shock scatenante la crisi [possa] essere leggero, acquistando così la piccola causa emotiva l'efficienza di un vero trauma psichico, attraverso un processo di sensibilizzazione emotiva che portava ad una reattività e suscettibilità acuite rispetto alla norma»²¹.

In alcuni casi la fine del conflitto esacerbò o riportò alla luce problemi che il perdurare della guerra aveva permesso di ignorare, poiché considerati non prioritari rispetto alla lotta per la sopravvivenza. Dal momento in cui scese il silenzio sulle trincee, l'elaborazione del lutto e del trauma, però, non poteva più essere rimandata e le decisioni sul futuro, sul sostentamento della famiglia, sulla ricostruzione di masi e negozi diventavano incumbenti, conducendo a un senso di smarrimento quando non di sopraffazione. Queste difficoltà erano spesso un elemento scatenante delle psicosi; ad esempio donne rimaste vedove si ritrovarono nell'incapacità di provvedere a sé stesse e alle proprie famiglie:

La causa della malattia della B. è certamente il trauma psichico che lei ha sofferto per la morte del marito, ch'ella adorava, e per trovarsi priva di mezzi con sette figli, tutti teneri. La morte del marito avvenne il 28 agosto 1917 e dopo d'allora la B., prima robustissima, non fu più lei [...]. Un mese e mezzo fa manifestò sintomi di timore che venissero a portarla via di casa²².

Le ansie per il mantenimento furono esacerbate dalle privazioni patite negli anni di guerra. La fame, in particolare, era un elemento ricorrente che univa il trauma del passato alla paura del futuro, portando le donne a rubare e nascondere il cibo sotto al letto e a stati ansiosi caratterizzati dal timore di non riuscire a sostentare i figli: «Durante la guerra non soffrì tanto la fame perché coltivava la terra e poi riceveva il sussidio profughi [...] si crede dannata, teme di non poter più nutrire i suoi figli e perciò dovranno morire di fame»²³.

Accanto alle preoccupazioni economiche, anche il difficile superamento del lutto era una tematica ricorrente, non connotata territorialmente bensì presente ovunque ci fossero stati uomini inquadrati nelle fila dell'esercito; se ne trovavano le tracce sia nell'istituto di Pergine Valsugana che in quelli di Verona, Bologna e Teramo. Ciò che differiva era però l'importanza attribuita a questo aspetto nelle cartelle cliniche: l'accuratezza del singolo scrivente giocava senza dubbio un ruolo fondamentale, tuttavia era ancora più rilevante l'atteggiamento della direzione sanitaria verso il ruolo dei fattori ambientali (la guerra) nell'insorgenza dei disturbi mentali. Tanto meno era riconosciuto il valore patogenico del conflitto, quanto meno era dato risalto all'esperienza bellica e postbellica nelle cartelle cliniche. Sia a Pergine che a Bologna questi riferimenti scomparvero gradualmente ma inesorabilmente a partire dal 1918. Sempre più spesso l'origine del lutto o del trauma, le circostanze e se questo fosse stato o meno causato dal conflitto non venivano più specificate. Maggiore era la distanza tra la conclusione della guerra e l'insorgenza dei sintomi, meno la patologia era posta in relazione con eventi e/o situazioni createsi durante o in conseguenza del periodo bellico. Nel caso dell'emiliana Isabella C., ammalatasi dopo la morte del marito, l'anamnesi poneva in evidenza la tragedia vissuta dalla donna solamente perché era stata compilata du-

rante un primo ricovero nel manicomio di Firenze avvenuto immediatamente dopo il termine del conflitto:

Ammessa al Manicomio di Firenze il 13 Marzo 1919 affetta da demenza precoce. I primi sintomi della malattia si manifestarono dopo la morte del marito in guerra (1916). Durante la sua degenza in questo manicomio ha tenuto un contegno assai variabile: a giorni accigliata e taciturna, altri sorridente e loquace. È lucida e solitamente orientata, di solito ordinata e pulita²⁴.

L'insorgenza della patologia nel periodo immediatamente successivo al trauma subito, che fosse un lutto o un trasferimento forzato, si era rivelata fondamentale anche nel caso di Anna P., contadina di cinquant'anni originaria della provincia di Bologna. La donna, descritta come «tranquilla e mite», piangeva la morte del figlio soldato e un mese prima del ricovero «cominciò a delirare, a perdere il sentimento d'amore per la famiglia. Ha allucinazioni visive e uditive, ha tentato di suicidarsi, grida, lacera tutto»²⁵.

Mentre a Bologna e a Pergine la guerra scomparì relativamente in fretta dalle cartelle cliniche, rendendo evidente come il suo valore patogenico fosse scarsamente riconosciuto da molti psichiatri, a Teramo il conflitto continuava a comparire, almeno occasionalmente, durante gli anni '20 e '30. Attraverso le parole di Annacarla Valeriano emerge la storia di Concetta R., provata dalla febbre spagnola e intensamente addolorata per la morte in guerra del fratello: in un alternarsi di ammissioni e dimissioni la giovane continuò la sua battaglia per la salute mentale fino al suo decesso, avvenuto in manicomio, nel 1942. Un simile destino fu condiviso da Lucia P., anch'essa affetta da «grave patema d'animo» ancora cinque anni dopo la morte del fratello al fronte²⁶.

CONCLUSIONI

Durante la Grande Guerra l'interesse scientifico della psichiatria si focalizzò quasi esclusivamente sui militari e sulle conseguenze che una prolungata esposizione ai combattimenti lasciava sulla mente e i nervi delle migliaia di giovani uomini mobilitati. Nonostante la quasi totale assenza di pubblicazioni inerenti alle problematiche della popolazione civile, la pratica psichiatrica continuò ad affrontare quotidianamente i problemi legati ai lutti e alle privazioni.

Prendendo in considerazione gli studi attualmente disponibili sui manicomi di Bologna, Pergine Valsugana, Teramo e Verona è stato possibile evidenziare come certe tematiche erano comuni a istituti con collocazioni geografiche molto differenti, più o meno vicini e più o meno coinvolti nei combattimenti. Il distacco obbligato dai congiunti in partenza per il fronte provocava gravi reazioni emotive in donne di ogni

provenienza ed estrazione sociale, allo stesso modo le reazioni ai lutti e alle difficoltà economiche caratterizzarono il dopoguerra negli istituti in tutto il paese. Specifica delle zone di confine era invece la tematica del ritorno, mentre nella maggior parte delle regioni interne il termine della guerra coincise col rientro a casa dei reduci, in aree come quella veneta, trentina e friulana corrispose invece al ritorno dei profughi. Queste esperienze di distacco forzato dalla terra natia incidono profondamente sulle capacità sociali e produttive, causando difficoltà nel reinserimento nelle proprie comunità di origine.

La possibilità di ritrovare tracce del vissuto bellico nei civili ricoverati negli istituti psichiatrici si modifica a seconda dell'accuratezza con cui veniva stilata la cartella clinica. Oltre alle singole responsabilità del soggetto scrivente, va considerato come aspetto di fondamentale importanza il singolo approccio terapeutico portato avanti nei vari manicomi ovvero l'importanza attribuita alla guerra come fattore eziologico del disagio mentale: meno è considerata come causa scatenante, meno è presente nelle cartelle e nelle anamnesi. Spesso ciò che rimane sono solo brevi riferimenti e scarsi dettagli, che sono tuttavia in grado di restituire i contorni della lotta interiore di migliaia di donne per ricostruire il proprio spazio mentale e la propria intera esistenza.

Abbreviazioni

AOPB = Archivio Ospedale Psichiatrico di Bologna

AOPP = Archivio Ospedale Psichiatrico di Pergine Valsugana

Note

- ¹ F. Stock, *La formazione della psichiatria*, Il pensiero scientifico editore, Roma 1981, pp. 135-136.
- ² Cfr. B. Bianchi, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano 1915-1918*, Bulzoni, Roma 2001; A. Scartabellati, *Intellettuali nel conflitto. Alienisti e patologie attraverso la Grande Guerra (1909-1921)*, Edizioni Goliardiche, Udine 2003.
- ³ G. Boschi, *La guerra e le arti sanitarie*, Mondadori, Milano, 1931, p. 44.
- ⁴ P. Giovannini, *La psichiatria italiana e la Grande Guerra. Ideologia e terapia psichiatrica alle prese con la nuova realtà bellica*, "Sanità, scienza e storia", n. 1 (1978), pp. 114-115.
- ⁵ G. Funaioli, *Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito*, "Rivista Sperimentale di Freniatria" XXVII (1911), pp. 338. Sull'individuazione e l'eliminazione degli anormali e sulla preservazione della salute psichica dell'esercito cfr. G. Pighini, *Per la eliminazione di degenerati psichici dall'esercito combattente*, "Giornale di medicina militare", giugno 1918, pp. 978-996 e G. Antonini, *La questione della epurazione dall'esercito*, "Archivio di Antropologia Criminale, Psichiatria e Medicina Legale", XXXVIII (1917), pp. 17-25.
- ⁶ L'organizzazione della sanità militare italiana prese ispirazione da quella già sperimentata dai russi nel 1905. Questa era stata concepita per favorire un rapido sgombero dei feriti dalla prima linea verso ospedali militari nelle retrovie. Caratteristica fondamentale di questa logistica era l'essere stata calibrata su un territorio molto variabile e soprattutto sterminato. Ciò rendeva questa organizzazione adattabile al variegato territorio italiano. Le sfide che il servizio sanitario dovette affrontare furono principalmente quelle che oggi sono riconosciute come le principali caratteristiche della Grande Guerra: il logoramento e l'immobilità, portatrici di scarsa igiene e malattie, e la grande mobilitazione di uomini e mezzi. La Grande Guerra fu il primo conflitto in cui le morti per ferite superarono notevolmente quelle per malattia. Per approfondimenti sull'organizzazione di tutto l'apparato sanitario militare, si rimanda a: D. De Napoli, *La sanità militare in Italia durante la I guerra mondiale*, Apes, Roma 1989; L. Cadeddu, *La sanità militare nella Grande Guerra*, in: N. Bettiol [et alii], *Malattie e medicina durante la Grande Guerra, 1915-1919*, Gaspari editore, Udine 2009, pp. 77-88; A. Biagini, A. Gionfrida, *L'organizzazione della sanità militare italiana al fronte nella prima guerra mondiale*, in: *In bona salute de anima e de corpo. Malati, medici e guaritori nel divenire della storia*, a cura di G. Motta, Franco Angeli, Milano 2007, pp. 214-223, nello stesso volume si veda anche A. Vagnini, *Il Servizio neuro-psichiatrico nella sanità militare italiana nella Grande Guerra*, pp. 225-236; L. Raito, *La sanità militare e la guerra chimica durante il primo conflitto mondiale* e A. Scartabellati, *Organizzazione del servizio neuropsichiatrico militare in guerra (1915-1918)*, in: *La sanità militare nella storia d'Italia. Atti del congresso di Torino 17 settembre 2011*, a cura di A. M. Giachino, F. Zampicini, Associazione Nazionale della Sanità Militare, Roma 2014, pp. 205-231 e pp. 232-238.
- ⁷ G. L. Mosse, *Le guerre mondiali. Dalla tragedia al mito dei caduti*, Laterza, Bari 1990, (New York-Oxford, 1990), p. 68.
- ⁸ Cit. da E. Lugaro, «Paranoia», in *Enciclopedia Italiana*, Treccani, 1931. Consultabile on-line sul sito www.treccani.it.
- ⁹ A. Bravo, *Donne e uomini nelle guerre mondiali*, Laterza, Bari 1991, p. 3. Cfr. anche S. Cremonini, *Silenzio e solitudine di donne*, in: *La follia della guerra. Storia dal manicomio negli anni quaranta*, a cura di P. Sorcinelli, Franco Angeli, Milano 1992, pp. 141-159, E. Scarry, *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, il Mulino, Bologna 1990.
- ¹⁰ Cit. da A. Valeriano, *Da fronti opposti. La guerra delle donne in manicomio*, "DER, Deportate, esuli, profughe", n. 31 (2016), p. 184.

- ¹¹ Per approfondimenti sull'ospedale psichiatrico di Bologna si veda: A. Grillini, *Follia e psichiatria vicino e lontano dal fronte. I manicomio di Pergine Valsugana e Bologna a confronto*, "DEP, Deportate, esuli, profughe", n. 31 (2016), pp. 196-214; Id., *Il manicomio in guerra. L'ospedale psichiatrico "Francesco Roncati" di Bologna tra il 1915 e il 1920*, tesi di laurea, a.a. 2011-2012; E. Montanari, *Sant'Isaia 90. Cent'anni di follia a Bologna*, Pendragon, Bologna 2015.
- ¹² AOPB, Uscite 1917, CC nr. 7076.
- ¹³ *Ivi*, CC. nr. 7090.
- ¹⁴ *Ivi*, CC. nr. 0940.
- ¹⁵ M.V. Adami, *La donne, la guerra, la follia. Le ricoverate al manicomio di Verona nel primo conflitto mondiale*, "Dep. Deportate, esuli, profughe", 36 (2018), pp. 61-62.
- ¹⁶ Cit. da M. Del Rio, *Le malattie mentali delle donne in rapporto alla guerra*, "Rivista Sperimentale di Freniatria", XLII (1916), p. 106.
- ¹⁷ Per approfondimenti si rimanda al mio *La guerra in testa. Esperienze e traumi di civili, profughi e soldati nel manicomio di Pergine Valsugana (1909-1924)*, il Mulino, Bologna 2018, pp. 177-178.
- ¹⁸ Sulle esperienze di guerra vissute dalle popolazioni di confine è disponibile un'ampia letteratura, si vedano in particolare: *La violenza contro la popolazione civile nella Grande Guerra. Deportati, profughi e internati*, a cura di B. Bianchi, Unicopli, Milano 2006; N. M. Filippini, *Il primo conflitto mondiale in area veneta*, Viella, Roma, 2017; F. Frizzera, *Cittadini dimezzati. I profughi trentini in Austria-Ungheria e in Italia (1914-1919)*, il Mulino, Bologna 2018; D. Ceschin, *Gli esuli di Caporetto. I profughi in Italia durante la Grande Guerra*, Laterza, Bari 2006.
- ¹⁹ Cit., G. Antonini, *Luci ed ombre della guerra nel Manicomio di Mombello*, Milano 1919, p. 23.
- ²⁰ Cit., in M. Benvenuti, *Sui rapporti fra stato di guerra, sindromi da carenza alimentare, mortalità dei malati di mente e morbilità del sistema nervoso sulla base del materiale clinico dell'Ospedale Neuro-Psichiatrico di Aquila*, "Neuropsichiatria", n.1 (1940), pp. 12-30.
- ²¹ Cit., *ivi* p. 21.
- ²² AOPP, Serie 12D, 1870, Donne 1923, CC. nr. 2959.
- ²³ *Ivi*, 1862, Donne 1919 A-O, CC, nr. 2637.
- ²⁴ AOPB, Uscite 1922, CC. nr. 5202.
- ²⁵ AOPB, Uscite 1919, CC. nr. 7077.
- ²⁶ A. Valeriano, *Da fronti opposti*, cit., pp. 192-193.

