

---

# Follia e psichiatria vicino e lontano dal fronte.

## I manicomi di Pergine Valsugana e Bologna a confronto

---

di

*Anna Grillini*

**Abstract:** The article examines the situation in two different psychiatric facilities: the one in Pergine Valsugana was quite close to the front line and the other asylum in Bologna was far away from the fighting but in a very good position for military health organization. Up to 1918 these two institutions were also divided by national borders that placed Pergine within the Austrian possessions. The war changed the daily routine of both institutions but in the mental hospital of Pergine these upheavals led to the evacuation of the structure and its closure for three years. For this reason a true comparison is possible only for the post-war period, when the similarities and differences can be analyzed on an ongoing basis. In particular, in both psychiatric facilities there was a gradual diminution of the attention and interest towards the war and its role in the onset of mental illness.

### Introduzione

Il tema del trauma nella popolazione civile durante la Grande Guerra è ancora largamente inesplorato dalla storiografia italiana che si è concentrata sui militari<sup>1</sup>. Una tale assenza è stata certamente favorita dall'estensione relativamente ridotta delle aree coinvolte dalle azioni belliche: la guerra aerea non aveva ancora rivelato tutto il suo potere distruttivo, l'orrore delle trincee, delle evacuazioni, delle occupazioni militari e dei bombardamenti furono una realtà conosciuta solo nelle zone limitrofe al fronte.

Questo saggio pone a confronto due realtà manicomiali distinte, esaminate e poste in relazione in base alla loro vicinanza (e lontananza) al fronte. L'intento è

---

· Anna Grillini si è laureata in Scienze storiche e forme della memoria all'Università di Trento e ha recentemente conseguito il dottorato in Studi umanistici nello stesso ateneo. Tra i suoi interessi di ricerca vi sono, in particolare, la storia della psichiatria e della sanità durante la Grande Guerra. Per la tesi di dottorato ha analizzato, attraverso le cartelle cliniche del manicomio di Pergine Valsugana, le conseguenze psicofisiche lasciate dalla Grande Guerra, ponendo l'attenzione sui soldati ma, soprattutto, sulla popolazione civile.

<sup>1</sup> Per approfondimenti sul trauma nella popolazione civile durante la seconda guerra mondiale, si veda: Paolo Sorcinelli, *La follia della guerra. Storie dal manicomio negli anni quaranta*, Franco Angeli, Milano 1992 e Paolo Francesco Peloso, *La guerra dentro. La psichiatria italiana tra fascismo e resistenza (1922-1945)*, Ombre Corte, Verona 2008.

quello di rispondere ad alcuni quesiti: in che modo la guerra influì sulla salute mentale della popolazione? In che misura la vicinanza al fronte influì sull'insorgenza di traumi? Come si rapportarono gli psichiatri alle esperienze belliche vissute dalla popolazione in un contesto di guerra ravvicinata e in uno di retrovia?

Per questa comparazione ho analizzato le cartelle cliniche femminili conservate a Bologna e Pergine tra il 1914 e il 1922. Ho limitato l'analisi alla casistica femminile nell'intento di evidenziare le condizioni di coloro in cui il fattore emozionale di origine bellica era considerato ininfluenza da parte dei medici a causa della loro non partecipazione attiva ai combattimenti.

La fonte primaria per l'analisi è dunque la cartella clinica. Nei manicomi esaminati questo fondamentale strumento clinico è strutturato essenzialmente in quattro parti: l'anamnesi, redatta dal medico di famiglia attraverso la compilazione di un apposito questionario; la storia medica, trascritta ed eventualmente ampliata dagli psichiatri; il referto della visita preliminare svolta al momento dell'ammissione e il diario clinico, contenente tutte le annotazioni redatte dai medici durante la degenza. In aggiunta a questi documenti possono essere presenti nella singola cartella atti inerenti allo stato giuridico del paziente, lettere dei congiunti, disegni dell'internato e ogni altro materiale ritenuto utile.

In entrambe le strutture analizzate le notizie inviate dal medico di famiglia rivestono un ruolo fondamentale. Eppure, nonostante la riconosciuta importanza di queste informazioni, il questionario clinico disponibile per i medici del bolognese appare assai meno approfondito rispetto al corrispondente trentino. La decina di domande che compongono le "notizie anamnestiche" nelle cartelle bolognesi restituiscono una storia medica dettagliata solamente per quanto riguarda la descrizione dei sintomi e la qualità della vita della ricoverata. La "storia medica" compilata dai sanitari trentini si articola, invece, in un lungo elenco di domande su ogni aspetto della salute pregressa della paziente e di tutta la famiglia, la qualità delle sue relazioni sociali, il suo livello di istruzione, le sue attitudini caratteriali. Ovviamente il questionario può giungere in manicomio solo parzialmente compilato ma, in ogni caso, nella realtà trentina emerge una maggiore tendenza alla ricerca di tare ereditarie o fattori predisponenti.

I due manicomi hanno invece in comune una compilazione delle cartelle irregolare e frettolosa. Questi aspetti sono evidenti sia nella frequenza e accuratezza delle osservazioni cliniche sia nel supporto scelto per la scrittura: senza alcuna logica apparente alcune cartelle sono trascritte a macchina, altre lo sono solamente per metà e, infine, una parte è scritta a matita e solo in parte ricalcata a penna. Il contenuto delle cartelle varia a seconda di diversi fattori: durata del ricovero, tipo di patologia, decorso clinico, comportamento della paziente e accuratezza dello scrivente. I ricoveri brevi o riconducibili a malattie degenerative e incurabili (ad esempio: demenza senile, imbecillità, cretinismo, pellagra in stadio avanzato) comportano normalmente cartelle cliniche poco approfondite nelle parti dedicate all'anamnesi e al decorso della malattia. L'andamento clinico del ricovero influenza la compilazione di tutti i fascicoli poiché, in assenza di progressi o peggioramenti rilevanti, la cartella non risulta aggiornata. Il comportamento all'interno del manicomio influisce sul numero di informazioni presenti, sia per il periodo di ricovero che per quello precedente. La presenza di azioni o situazioni di vita particolarmente drammati-

che o eclatanti, determina spesso il grado di approfondimento delle anamnesi e del diario clinico. In generale, l'anamnesi risulta essere poco approfondita dagli psichiatri, che sembrano limitarsi a riassumere le informazioni inoltrate dai medici generici. Tale mancanza di indagine limita notevolmente le informazioni disponibili sul passato delle ricoverate. L'assenza di informazioni in molti casi impedisce di ricostruire un legame tra la diagnosi, i sintomi e l'eventuale evento traumatico scatenante, ovvero l'influenza del conflitto nell'insorgenza di stati nervosi. Nonostante queste difficoltà, l'analisi delle cartelle permette comunque di ricostruire una parte importante della vita delle donne accolte nella struttura. Le fonti trasmettono il difficile percorso di costruzione della memoria, di elaborazione dei traumi e consentono di avvicinarsi al vissuto delle internate e al modo di pensare di chi aveva la responsabilità di assisterle.

Il contesto culturale e scientifico entro cui operano gli psichiatri si basava su una scarsa considerazione dell'intelletto e della psiche femminile, una interpretazione che influì sulla valutazione del ruolo della guerra nell'insorgenza dei disturbi nervosi e sulla quale vale la pena soffermarsi.

### **Gli psichiatri e la follia femminile**

A partire dal tardo Ottocento la psichiatria italiana, insieme a discipline quali l'antropologia, la criminologia e la ginecologia, contribuì a definire il ruolo della donna nella società secondo basi "scientifiche". Tutte queste discipline concordavano nel considerare le donne naturalmente portate a ricoprire i ruoli di moglie e di madre, ruolo intrinsecamente inferiori a quelli maschili<sup>2</sup>.

La donna era definita povera di intelletto e dotata più di una "rettitudine inconsciente" che di reale moralità<sup>3</sup>. La funzione materna della donna era delimitata dalla natura, una responsabilità fondata sull'oggettivo bisogno di attenzioni della prole. Il veicolo per la completa realizzazione di questa funzione naturale era la famiglia, caposaldo della società. In quest'ottica la famiglia consentiva la piena espressione della donna, delle sue funzioni sociali e riproduttive, e nello stesso tempo delimitava la sua individualità; l'espressione di una individualità femminile autonoma, pensante e senziente, era vista come una forma di egoismo, quando non di un quadro morboso in evoluzione. Ed era quest'ultima interpretazione che dominava il pensiero e l'azione psichiatrica; la concezione della follia femminile era il riflesso di immagini e comportamenti culturalmente codificati, che venivano ulteriormente alimentati e legittimati attraverso il fumoso, ma autorevole linguaggio medico<sup>4</sup>. Nel discorso psichiatrico la donna era descritta con attributi spesso contraddittori:

<sup>2</sup> Cristina Cacciari-Raffaella Lamberti, *Moebius Weininger. La donna come meno, la donna come nulla*, in "Luna e l'altro", suppl. a "Nuova DWF-Donna Woman Femme", 16, 1981, pp. 56-73.

<sup>3</sup> *Ivi*, p. 55.

<sup>4</sup> Cfr. Annamaria Tagliavini, *La "mente femminile" nella psichiatria italiana dell'Ottocento*, in *L'età del positivismo*, a cura di Paolo Rossi, il Mulino, Bologna 1986, pp. 475-491. Si veda anche: Id. *La "scienza psichiatrica". La costruzione del sapere nei congressi della Società Italiana di Freniatria (1874-1907), Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'Ottocento*, il Mulino, Bologna 1982, pp. 77-134.

come inferiorità mentale e nobiltà della funzione generatrice, virtù materna e vizio della seduzione, si perpetua un'immagine del doppio femminile, della donna come creatura angelica e diabolica insieme, che la psichiatria provava a combinare in un precario equilibrio<sup>5</sup>.

Questo dualismo insito nella concezione organica e morale della donna, che la costringeva entro ruoli sociali complementari all'uomo ed era legittimata dalla psichiatria, si concretizzava in una particolare diagnosi, forse la più comune per le donne internate: l'isteria.

All'interno di questa diagnosi erano culturalmente riassunti tutti i tradizionali pregiudizi sulla costituzione e la sessualità della donna<sup>6</sup>. L'isteria era descritta con aggettivi tipicamente attribuiti al carattere femminile: mutevole, bizzarra, originale; ad affermare la debolezza femminile interveniva anche la fisiologia dimostrando come

le differenze organiche tra i due sessi avessero influenza sul modo di sentire, di pensare e di agire. [...] La donna possiede tutte le qualità vitali, ma con forze fisiche limitate, sicché la sua esistenza consiste più in sensazioni che idee e la sua costituzione è bersaglio di tutte le impressioni degli oggetti esterni<sup>7</sup>.

La mente femminile era riflesso della conformazione del fisico, il suo equilibrio dipendeva dall'apparato riproduttivo e pertanto ogni fase della vita riproduttiva della donna era potenzialmente fonte di squilibrio mentale. Nel corso di tutto il diciannovesimo secolo, il legame tra l'utero e la malattia mentale era stato riaffermato in ogni pubblicazione scientifica: l'insorgenza o l'aggravamento delle psicosi femminili erano ricondotti ad uno squilibrio oppure a una eccessiva vitalità degli organi riproduttivi. Dall'utero, l'alterazione si propagava attraverso il sistema nervoso fino al cervello, alterando le capacità cognitive<sup>8</sup>.

Il collegamento tra apparato riproduttivo e mente era riscontrabile anche nelle condizioni connesse alla maternità. Nel periodo precedente il conflitto, la maggior parte delle donne coniugate che era entrata nei manicomi di Bologna e Pergine presentava patologie legate al parto o alla maternità. Tra gli stati più diffusi fra le neomadri vi era una forma depressiva più o meno grave, descritta a sostegno delle diagnosi come "melanconia post-parto", e la più nota "mania puerperale". Quest'ultima era caratterizzata da alternanze di stati depressivi, eccitazione, alluci-

<sup>5</sup> Ivi, p. 477. Per approfondimenti sulla salute mentale femminile e la psichiatria si rimanda a: Vinzia Fiorino, *Bizzarrie della natura: malattie e rappresentazioni delle donne nella scienza psichiatrica del XIX secolo*, in Luigi Attenasio, *Fuori norma. La diversità come valore e sapere*, Armando editore, Roma 2000, pp. 198-209; Phyllis Chesler, *Le donne e la pazzia*, Einaudi, Torino 1977; Giuliana Morandini, *E allora mi hanno rinchiusa: testimonianze dal manicomio femminile*, Bompiani, Milano 1977; Lisa Appignanesi, *Mad, Bad and Sad: A History of Women the Mind Doctors from 1800 to the Present*, Virago, London 2008; Stefania Re, *Tutti i segni di una manifesta pazzia. Dinamiche di internamento femminile nel manicomio di Colorno (1880-1915)*, Franco Angeli, Milano 2014.

<sup>6</sup> Valeria Paola Babini, *A proposito della inferiorità mentale della donna*, in "Rivista di filosofia", LXXIII, 24, 1982, pp. 474-479.

<sup>7</sup> Cit. da Giuseppe Armocida, *Donne naturalmente. Discussioni scientifiche ottocentesche intorno alle "naturali" disuguaglianze tra maschi e femmine*, Franco Angeli, Milano 2011, pp. 53-54. Cfr. anche Giuseppe Roccatagliata, *L'isteria. Il mito del male del XIX secolo*, Liguori, Napoli 2001.

<sup>8</sup> Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniate, vagabonde. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, Venezia 2002, pp. 149-153.

nazioni e con atteggiamenti di rifiuto della maternità o, all'opposto, attaccamento morboso verso la prole<sup>9</sup>.

Ricondurre i disturbi mentali ad alterazioni uterine implicava riportare la donna alla sua funzione originaria: la prosecuzione della specie. Il corpo della donna, quindi, "integralmente saturo di sessualità", era "isterizzato" e posto forzatamente

in comunicazione organica con il corpo sociale (di cui deve assicurare la fecondità regolata), lo spazio famigliare (di cui deve essere un elemento essenziale e funzionale) e la vita dei figli (che produce e che deve garantire grazie ad una responsabilità biologico-morale che dura per tutto il periodo dell'educazione)<sup>10</sup>.

Il carattere femminile era sempre descritto come timido, amorevole e compassionevole, doti volte a compensare il carattere maschile e ad accudire i figli. Allo stesso tempo la donna era mutevole, vittima della "tirannia delle sensazioni" e dalle funzioni uterine<sup>11</sup>. La costituzione fragile, il carattere instabile e il compito supremo della crescita dei figli erano categorie culturali sostenute dalla scienza, la cui autorevolezza era avanzata per contrastare le idee di emancipazione che andavano gradualmente diffondendosi.

L'isteria, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, non era una delle diagnosi più ricorrenti nel manicomio di Pergine. Nei registri di ammissione era egualmente indicata come "isteria", "isterismo" o semplicemente "Hy" come abbreviazione dal termine tedesco "Hysterie". Inizialmente tale assenza può essere imputata alla tradizionale rappresentazione della patologia come malattia femminile diffusa nelle classi elevate, ceto non molto rappresentato tra le fila delle ricoverate perginesi. Il collegamento tra malattia e ceti elevati si basava sulla convinzione che le classi sociali più umili avessero una struttura nervosa ed emozionale troppo primitiva per soffrire di una simile "malattia della civilizzazione"<sup>12</sup>. Successivamente l'evoluzione degli studi sulla patologia portò ad un ampliamento della sua sintomatologia e la diagnosi venne attribuita anche alle classi popolari. Tra il 1891 e il 1918 il 40% delle diagnosi femminili alla Clinica universitaria neurologico-psichiatrica di Innsbruck fu di isteria, segno che la dimensione di censo della malattia era ormai superata. L'altissima percentuale di ricoveri per isteria nella clinica tirolese era riconducibile alle caratteristiche della struttura, concepita primariamente

<sup>9</sup> Per approfondimenti riguardo la mania puerperale e gli stati mentali connessi alla maternità si rimanda a: Giovanna Fiume, *Madri snaturate. La mania puerperale nella letteratura medica e nella pratica clinica dell'Ottocento*, in *Madri. Storia di un ruolo sociale*, a cura di Giovanna Fiume, Marsilio, Venezia 1995, pp. 83-117; Hilary Marland, "Destined to a Perfect Recovery". *The Confinement of Puerperal Insanity in the Nineteenth Century*, in *Insanity, Institution and Society, 1800- 1914. A Social History of Madness in Comparative Perspective*, edited by Joseph Melling, Bill Forsythe, Routledge, London-New York 1999, pp. 138- 156.

<sup>10</sup> Mariapina Colazzo, *Quale donna turba il cervello dell'alienista? Ipotesi di lavoro alla ricerca del paradigma della follia declinata al femminile attraverso la letteratura ufficiale della seconda metà del XIX secolo*, in *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, a cura di Alberto De Bernardi, Franco Angeli, Milano 1982, p. 414.

<sup>11</sup> Giuseppe Armocida, *op. cit.*, pp. 53-56.

<sup>12</sup> Cit. da Mark S. Micale, *Jean-Martin Charcot and les névroses traumatiques*, in *Traumatic Pasts: History, Psychiatry and Trauma in the Modern Age, 1870-1930*, edited by Mark S. Micale, Paul Lerner, Cambridge University Press, Cambridge 2001, p. 117.

te come centro di ricerca e che come tale accoglieva principalmente casi che ricoprivano un particolare interesse scientifico. La situazione perginese risultava essere in linea con quella dell'altro manicomio tirolese, Hall, nel quale l'isteria, pur presente, non era particolarmente diffusa. Nei due istituti la diagnosi era attribuita quasi esclusivamente alle donne: i casi di isteria maschile erano presenti in numero molto limitato e solamente a Hall; si trattava di soldati reduci dal fronte. Ciononostante l'isteria rimaneva una diagnosi simbolo della debolezza e della vulnerabilità nervosa delle donne.

Durante gli anni del conflitto le patologie femminili, anche quelle riconducibili al quadro clinico dell'isteria, smisero di essere oggetto di studio. La mobilitazione della classe medica comportò la scomparsa dalle pubblicazioni scientifiche di qualunque tema che non fosse direttamente connesso con lo stato di salute dei soldati. Durante la guerra il dibattito scientifico si concentrò sulle nevrosi belliche e i disturbi dei civili passarono in secondo piano.

Se nelle riviste scientifiche le patologie dei civili non trovavano più posto, i manicomi, nella loro quotidiana opera di assistenza e custodia, dovettero far fronte a situazioni straordinarie. Nel territorio trentino, la sempre maggiore incertezza del futuro e lo spostamento forzato di larga parte della popolazione comportarono, da un lato, la dimissione dei pazienti meno gravi, o che comunque potevano far ritorno in famiglia, dall'altro l'accoglienza di malati per motivazioni più compassionevoli che mediche. Nel frattempo, in contesti più distanti del fronte, il manicomio bolognese affrontava il conflitto in una condizione di carenza di organico e grave sovraffollamento.

### **L'eredità della guerra. Dopoguerra e ricostruzione nei manicomi di Pergine e Bologna**

Tra il 12 e il 14 marzo 1916 il manicomio perginese venne completamente evacuato e i 509 pazienti presenti nella struttura furono trasferiti in vari complessi psichiatrici all'interno dell'Impero austro-ungarico. Le strutture che accolsero coloro che provenivano da Pergine furono poco meno di una decina<sup>13</sup>. I giorni dell'evacuazione furono gli ultimi momenti di vita del secondo manicomio del Tirolo. Alla riapertura, nel 1919, il manicomio di Pergine era già italiano e cambiò il proprio nome in "Ospedale provinciale della Venezia Tridentina".

Il capoluogo emiliano, invece, era abbastanza lontano dalle prime linee da essere toccato solo marginalmente dal conflitto in corso. Tuttavia, durante tutta la dura-

<sup>13</sup> I malati furono trasferiti a Bohnice (9%), Hall (1%), Hollabrunn (2%), Klosterneuburg (7%), Kremsier (39%), Mauer-Öhling (6%), Praga (10%), Vienna "Am Steinhof" (21%), Ybbs (4%). Gli spostamenti avvennero senza criteri evidenti, persone di origini e condizioni differenti vennero smistate in egual modo e le partenze si svolsero senza un ordine apparente: si poteva partire per Vienna il 12 o il 14 marzo indifferente. Dei 509 pazienti partiti, solamente 181 rientrarono in patria al termine della guerra, i restanti trovarono la morte nei manicomi di destinazione. AOPP, Archivio di Direzione, Registri generali uomini: "Uomini, 1894-1911", "Uomini, registro generale 1912-1929"; Registri generali donne: "Donne, 1894-1911", "Donne, registro generale 1912-1929". Cfr. anche Guido Garbini, *L'Ospedale Provinciale della Venezia Tridentina*, in "Note e riviste di psichiatria", VIII, 3, 1920, p. 127.

ta della guerra le ammissioni dell'ospedale psichiatrico conobbero una crescita contenuta ma continua: nel gennaio del 1915 la struttura ospitava 568 pazienti, nello stesso mese dell'anno successivo il numero era salito a 576 per poi assestarsi durante i mesi successivi intorno ai 620 ricoverati. Le variazioni nel numero di degenti furono lente e costanti e non si ebbero impennate nei mesi successivi all'entrata in guerra o nel periodo dopo la disfatta di Caporetto.

Il 3 marzo 1919 il manicomio di Pergine Valsugana riaprì i cancelli e riprese la consueta attività. I primi a varcarne la soglia furono i pazienti italo-foni trasferiti nei manicomi interni dell'impero tre anni prima e i militari italiani che avevano mostrato segni di squilibrio mentale, per i quali Pergine rappresentava la struttura specialistica più vicina. In un contesto diverso, più distante dal fronte e in cui lo spostamento dei preesistenti confini non incideva altrettanto massicciamente, la stessa data non segnò alcun particolare cambiamento; tra le mura che circondavano l'ospedale psichiatrico bolognese la vita scorreva inalterata. Mentre la struttura trentina affrontava tutti gli ostacoli conseguenti ai danni subiti durante la guerra e al passaggio sotto un nuovo governo, la realtà bolognese guardava al dopoguerra con una maggiore sicurezza.

Il manicomio di Bologna era più capiente rispetto a quello perginese: mentre quest'ultimo ospitava una media di circa 300 persone, quello emiliano ne poteva accogliere circa 500. Durante il conflitto e gli anni immediatamente successivi alla sua conclusione, il numero di ricoverati nell'ospedale psichiatrico "Francesco Roncati" rimase sostanzialmente stabile, l'unica eccezione avvenne nel 1915 quando si registrò un aumento notevole delle entrate maschili come diretta conseguenza dell'arrivo di 72 militari (si veda il Grafico 1).

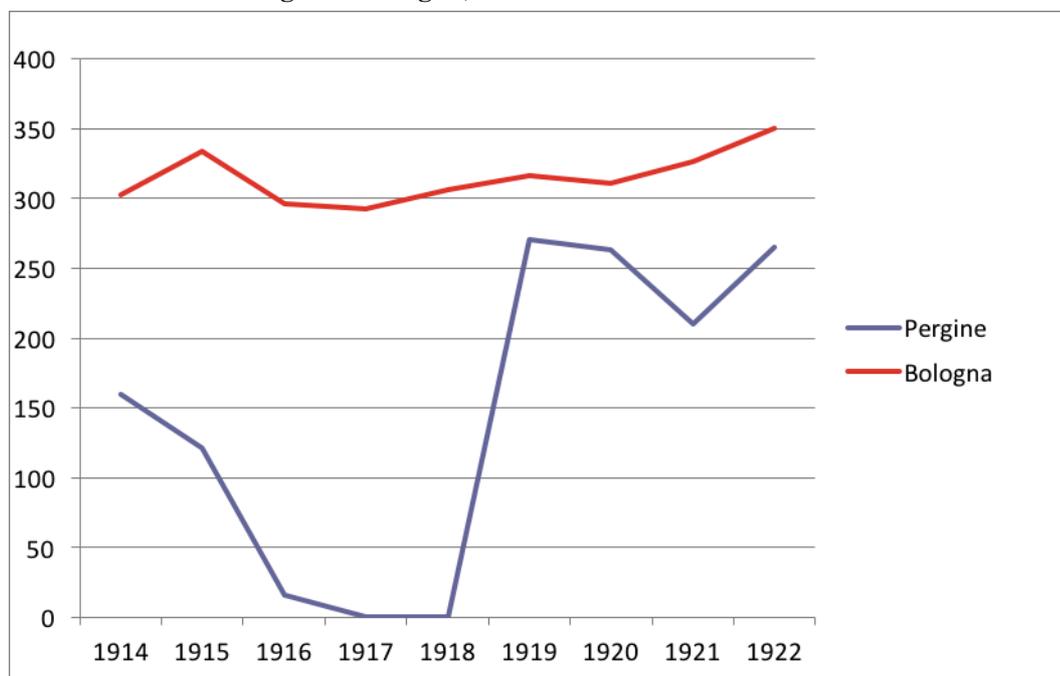
Nello stesso periodo, tra il 1914 e il 1922, il numero di ammissioni del manicomio di Pergine risultava essere molto più altalenante. Nel 1914 e nel 1915 il numero di uomini che varcarono le porte dell'ospedale ebbe un calo dovuto alla mobilitazione e alle partenze per il fronte<sup>14</sup>. Anche i ricoveri femminili cominciarono progressivamente a diminuire e tale riduzione divenne più marcata nella primavera del 1915 quando iniziarono le evacuazioni<sup>15</sup>. Il manicomio trentino ritroverà una certa stabilità solamente dal 1922.

---

<sup>14</sup> Nel 1912 entrarono 103 uomini e nel 1913, ultimo anno di pace, i ricoveri maschili furono 100. Negli ultimi mesi del 1914 le entrate cominciarono progressivamente a diminuire e nel 1915 scesero a 67.

<sup>15</sup> Le ammissioni diminuirono fino a essere solamente una decina nelle prime dieci settimane del 1916.

## Ammissioni di Pergine e Bologna, 1914- 1922



Poco meno del 50% delle donne ricoverate nei due manicomi era di età compresa tra i trentuno e i cinquant'anni: tra queste il 17% era rappresentato da quelle tra i ventuno e i trent'anni. Nel manicomio trentino le donne sposate erano la metà, a Bologna erano poco di più, ma in entrambe le realtà vi era un sostanziale equilibrio tra le due categorie. Mentre a Pergine era presente una netta prevalenza di donne residenti nelle campagne, la realtà urbana era dominante nella struttura emiliana, collocata in centro città e con una popolazione internata ugualmente suddivisa tra persone di origini urbane e contadine. La diversità di provenienza delle pazienti emiliane e trentine era attenuata dalla comune situazione economica: in entrambi i manicomi solo una minima parte dei ricoverati, di entrambi i sessi, era di ceto elevato. In entrambe le strutture la maggior parte degli accolti era "povera" o, come era spesso riportato nelle cartelle bolognesi, dichiarava "nulla in tasse". Tale situazione rispecchiava quella della maggioranza dei manicomi provinciali, affollati da persone che non potevano permettersi alternative.

Tra le 442 donne ricoverate a Pergine tra il 1919 e il 1922 e le circa 600 ammesse a Bologna erano rappresentate diverse situazioni legate alla guerra. In particolare la vedovanza e le difficoltà economiche erano esperienze comuni a entrambe le realtà. Altrettanto comune era l'atteggiamento dei medici, restii a operare un collegamento tra le condizioni psicofisiche delle donne e la guerra appena terminata. I casi in cui il conflitto e le situazioni da esso derivate venivano riconosciuti come

cause o concause dell'insorgenza delle patologie, rappresentavano una minoranza nel panorama dei ricoveri post-bellici e avvenivano principalmente in presenza di situazioni la cui gravità rendeva impossibile la negazione del ruolo dell'evento bellico.

Il mancato riconoscimento dell'importanza della guerra nel deterioramento della salute era un aspetto comune anche ai reparti maschili. Nelle cartelle cliniche dei soldati era spesso presente almeno un accenno alle esperienze belliche, tuttavia il riconoscimento dell'infermità mentale in conseguenza al servizio militare era generalmente evitato per non fornire alcun pretesto per richieste di pensione. Nelle cartelle maschili era comunque dato maggior risalto al trauma, mentre nelle cartelle cliniche femminili il riferimento alla guerra compare raramente. In queste ultime, l'attenzione era maggiormente focalizzata sulla ricerca di eventuali fattori ereditari, ogni anomalia nell'anamnesi familiare e qualsiasi comportamento considerato "originale" erano considerati determinanti dello stato mentale. La guerra era di pertinenza maschile tanto sul campo di battaglia quanto in manicomio.

In alcuni casi, come quello di Luigia B., casalinga di quarantacinque anni, le responsabilità della guerra nell'insorgenza della malattia (melanconia) risultavano evidenti. I medici trentini individuavano la causa della sua condizione nel "trauma psichico per la morte del marito"<sup>16</sup>. Il lutto della donna era aggravato dalle difficoltà economiche in cui si trovava a seguito alla vedovanza, e dalle preoccupazioni per i figli:

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 casa<sup>17</sup>.

Le difficoltà nel superamento del lutto era una tematica presente anche a Bologna, benché di più difficile individuazione. Più l'insorgenza dei sintomi era temporalmente distante dall'evento traumatico o dal termine delle ostilità con meno frequenza essa era posta in relazione con eventi e/o situazioni createsi durante o in conseguenza del periodo bellico. Nel caso di una casalinga trentacinquenne della provincia di Bologna, Isabella C., l'anamnesi poneva in evidenza la tragedia vissuta dalla donna, rimasta vedova, perché era stata compilata durante 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 pulita<sup>18</sup>.

L'insorgenza della patologia nel periodo immediatamente successivo al trauma subito, che fosse un lutto o un trasferimento forzato, si era rivelata fondamentale

<sup>16</sup> AOPP, Serie 12D, 1870, Donne 1923, CC. nr. 2959.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

<sup>18</sup> AOPB, Uscite 1922, CC. nr. 5202.

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 aveva “[cominciato] a delirare, a perdere il sentimento d'amore per la famiglia. [aveva] allucinazioni visive e uditive, [aveva] tentato di suicidarsi, grida[va], lacera[va] tutto”<sup>19</sup>.

Il manicomio perginese presenta, invece, tra le cause di ricovero, una casistica più varia che rimanda ai problemi dell'alimentazione e del lavoro. Le preoccupazioni per il sostentamento della famiglia erano le più diffuse tra le donne rimaste senza aiuto maschile. In una realtà prevalentemente contadina, la partenza degli uomini comportava un aumento esponenziale del carico di lavoro di donne, bambini e anziani. Oltre ai tradizionali compiti di accudimento della casa e dei figli, le donne contadine avevano la responsabilità delle coltivazioni, della mietitura, dell'aratura dei campi e della cura degli animali, sempre che non fossero stati sequestrati dall'esercito.

Fino allo scoppio del conflitto le donne che svolgevano il proprio lavoro all'interno delle imprese agricole famigliari – più del 70% di tutte le aziende tirolesi – erano registrate dalle statistiche ufficiali nella categoria dei “famigliari collaboratori”, denominazione che con la partenza degli uomini per il fronte, era ben lontana dal rispecchiare la realtà<sup>20</sup>. I “famigliari collaboratori” divennero infatti i veri pilastri delle imprese, le tradizionali suddivisioni di ruoli e mestieri agricoli si andarono annullando e l'intero carico di lavoro ricadde sulle spalle delle donne rimaste a casa<sup>21</sup>. Trovandosi in un contesto analogo, una donna tedesca così descriveva la sua condizione al marito, prigioniero di guerra: “3 anni di durissimo lavoro, la gente non ce la fa più. Abbiamo già fatto molto, per Dio, e non c'è fine in vista. Avevamo già abbastanza lavoro prima della Guerra ma nessun essere umano avrebbe potuto immaginare che sarebbe andata così male”<sup>22</sup>.

La prolungata esposizione a questo genere di fatiche e tensioni poteva condurre a gravi problemi fisici e causare aborti spontanei<sup>23</sup>. Nel 1916, dopo ventitré mesi di guerra, le energie e l'entusiasmo che eventualmente avessero coinvolto le donne nelle giornate di agosto lasciavano il posto al logoramento e alla disillusione. Le fatiche dei lavori agricoli cominciavano a pesare sulle donne tirolesi e i giornali locali, nonostante il clima di censura, non potevano che darne notizia:

Lo stato di salute non era e non è ancora soddisfacente; le donne avvertono adesso il lungo logoramento dovuto alle preoccupazioni e al lavoro. Sarebbe necessario un alleggerimento,

<sup>19</sup> AOPB, Uscite 1919, CC. nr. 7077.

<sup>20</sup> Gunda Barth-Scalmani-Gertrud Margesin, *Donne in agricoltura durante la prima guerra mondiale: approccio a un campo inesplorato nella storiografia sulla guerra mondiale in prospettiva regionale*, in “Storia e Regione/ Geschichte und Regione”, 23, 2015, pp. 138-160.

<sup>21</sup> Tradizionalmente i lavori agricoli erano così spartiti: gli uomini si occupavano del taglio del fieno, del suo trasporto in alta quota durante l'inverno, della pulizia del letame e della concimazione; le donne erano responsabili dell'immagazzinamento del fieno, della distribuzione del cibo agli animali e della mungitura. Entrambi i sessi si occupavano della lavorazione del latte e del suo commercio.

<sup>22</sup> Benjamin Ziemann, *War experiences in Rural Germany, 1914-1923*, Berg, Oxford 2007, p. 158. Sulle condizioni di vita delle donne si veda anche: Margaret H. Darrow, *French Women and the First World War. War Stories of the Home Front*, Oxford University Press, Oxford 2000.

<sup>23</sup> *Ibidem*.

ma a tutt'oggi non se ne vede la possibilità, perché gli uomini devono ancora rimanere al fronte per difendere i confini<sup>24</sup>.

Filomena B., una contadina di Feltre di sessantaquattro anni, si era ridotta a una condizione di denutrizione poiché aveva dovuto gestire da sola i campi e gli animali: “Durante la guerra soffrì la fame, le morì il marito, un figlio in Russia, una figlia in casa”<sup>25</sup>. Filomena era malata di pellagra, ma fu la profonda depressione in cui era caduta dopo la guerra a portarla al ricovero in manicomio. Al momento della dimissione, dopo quasi tre anni, non era né guarita né migliorata, ma solo “stazionaria”.

L'atteggiamento medico verso le donne esaurite dal lavoro era più improntato al rispetto che al paternalismo tipico dell'approccio psichiatrico. A queste donne era riconosciuto il valore del sacrificio che avevano compiuto svolgendo mansioni maschili e sostituendo il marito nel mantenimento della famiglia. Nei casi di eccesso di affaticamento nessuna reticenza occultava la causa bellica della malattia. D'altra parte, le donne ricoverate per esaurimento fisico avevano una buona possibilità di rimettersi ed erano generalmente dimesse in pochi mesi.

Molto più tenaci erano le preoccupazioni per il reperimento del cibo che lasciavano segni profondi anche quando il pericolo di soffrire la fame era passato da tempo, un'ansia che si poteva manifestare nei deliri o nelle idee di persecuzione: “Già da qualche tempo esprime idee deliranti, depressive, si crede condannata alla morte per fame, ruba carne e verdura, per conservarle per settimane sotto il letto”<sup>26</sup>. L'angoscia patita a causa della fame si univa ad altre paure e ossessioni. Nel caso di Margherita F., contadina di cinquant'anni originaria di Condino e ricoverata per psicosi maniaco-depressiva, lo stato angosciato si accompagnava alla convinzione della dannazione: “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”<sup>27</sup>. Le poche informazioni inerenti allo stato psichico rimandavano ancora una volta all'ansia per l'alimentazione dei figli più che per se stessa, in una perenne memoria di quello che fu il tasso di mortalità infantile tra la popolazione profuga, pari al 45% del totale decessi nel solo campo di Mitterndorf<sup>28</sup>.

Le realtà agricole non furono gli unici ambiti in cui la mole di lavoro richiesta alle donne era superiore alle loro forze. Angelica S., quarantasette anni, residente ad Avio, lavorava come “ostessa” e “durante la guerra patì per il troppo lavoro e iniziò ad abusare di alcol”, l'esaurimento e il bere la condussero in manicomio con la diagnosi di alcolismo<sup>29</sup>. L'esaurimento e lo stato confusionale che questo com-

<sup>24</sup> Cit. da Thekla Roth, *Algund*, „Der Burggräfler. Meraner Anzeiger”, 6 luglio 1916, p. 4 e riportato in Gunda Barth-Scalmani-Gertrud Margesin, *op. cit.*, p. 153.

<sup>25</sup> AOPP, Serie 12D, 1867, Donne 1922, CC. nr. 2916.

<sup>26</sup> AOPP, Serie 12D, 1867, Donne 1922, CC. nr. 2874.

<sup>27</sup> AOPP, Serie 12D, 1862, Donne 1919 A-O, CC. nr. 2637.

<sup>28</sup> Riguardo i tassi di mortalità e le cause di morte dei profughi trentini in Austria si rimanda a Diego Leoni-Camillo Zadra (a cura di), *Le città di legno. Profughi trentini in Austria (1915-1918)*, Temi, Trento 1995, pp. 79-84.

<sup>29</sup> AOPP, Serie 12D, 1865, Donne 1920, CC. nr. 2893.

portò furono all'origine del ricovero di Orsola, che giunse a Pergine nell'ottobre del 1919 e vi restò per circa un anno. Durante la guerra aveva lavorato in trincea con i soldati e successivamente era stata impiegata in alcuni magazzini militari; la sua vicenda getta una luce nuova su due aspetti dell'esperienza femminile durante e il conflitto spesso sottaciuti: il lavoro per l'esercito e i rapporti coi militari<sup>30</sup>.

La popolazione che riuscì o fu costretta a restare nel territorio trentino si trovò a vivere a stretto contatto con gli eserciti austriaci e italiano. I paesi e i paesaggi si modificarono rapidamente a causa dei bombardamenti e delle costruzioni di strade, baraccamenti e fortificazioni; gli edifici cambiarono funzione diventando ospedali o alloggi e i campi restarono incolti, patendo così dell'assenza dei proprietari. A seconda delle zone e dell'esercito stanziato, la popolazione era considerata fidata o traditrice, ma in ognuna di queste realtà

tutte le risorse umane e materiali, furono subordinate allo sforzo bellico, ogni pluralità di idee venne eliminata, il potere militare impose ovunque le sue leggi, e cioè l'eliminazione di ogni dissenso, l'introduzione del regime dei sospetti, il venir meno di ogni tipo di libertà individuale e collettiva<sup>31</sup>.

Le famiglie, ormai rette principalmente dalle donne, dovevano relazionarsi quotidianamente con le truppe e una parte di ciò che restava della società civile trentina venne impiegata nei lavori militari nelle retrovie o anche nelle vicinanze del fronte, sotto il tiro delle artiglierie<sup>32</sup>. L'impatto dei lavoratori militarizzati con la guerra ravvicinata fu drammatico e lesivo della loro salute psico-fisica quanto la trincea lo fu per i soldati<sup>33</sup>. Inoltre, ad aggiungere un ulteriore fattore di tensione e paura, vi erano le incursioni aeree e i bombardamenti. Questi elementi erano presenti anche nella memoria di alcune ricoverate trentine; è il caso di una casalinga di quarantasei anni di Romagnano, Beniamina P., entrata in manicomio per depressione, nella cui cartella si legge: "durante la guerra patì, mentre il marito era sotto le armi, la fame e subì forti spaventì per la caduta di bombe di aeroplano. Fece vari tentativi di suicidio"<sup>34</sup>. La depressione che aveva colpito Beniamina P. si manifestò in un'apatia che non la abbandonò neppure al momento del commiato dai suoi parenti.

Questa apatia che si impossessava delle donne, che le rendeva insensibili a ogni tipo di stimolo fisico o emotivo, rappresentava il fermo immagine del trauma di una guerra che lasciato segni profondi.

<sup>30</sup> AOPP, Serie 12D, 1866, Donne 1920, CC. nr. 2771.

<sup>31</sup> Cit. in Luciana Palla, *Militarizzazione della società civile nelle vallate dolomitiche e trentine*, in *La violenza contro la popolazione civile nella Grande Guerra. Deportati, profughi, internati*, a cura di Bruna Bianchi, Unicopli, Milano 2006, p. 306.

<sup>32</sup> *Ivi*, pp. 306-307.

<sup>33</sup> Sullo sfruttamento della manodopera civile e il trattamento di donne e minori, si veda: Matteo Ermacora, *Cantieri di guerra. Il lavoro dei civili nelle retrovie del fronte italiano*, il Mulino, Bologna 2005, in particolare il capitolo IV e Id., *Repressione e controllo militare degli operai civili nei cantieri del fronte italiano (1915-1918)*, in *La violenza contro la popolazione civile*, cit., pp. 327-348.

<sup>34</sup> AOPP, Serie 12D, 1870, Donne 1923, CC. nr. 3199.

[La guerra] con tutti i suoi orrori passerà, ma le sue tracce rimarranno ancora a lungo impresse nella vita psichica di coloro che l'hanno vissuta e che hanno preso una parte immediata e che ebbero la sorte di sfuggire alla morte<sup>35</sup>.

Così concludeva l'analisi sul ruolo del manicomio di Mombello durante la guerra il dottor Giuseppe Antonini, direttore dell'istituto milanese, allievo di Lombroso ed esponente di spicco del mondo scientifico italiano. Durante il conflitto la struttura milanese, come quelle di Pergine, Bologna e altre sul territorio nazionale, accolse decine di profughi terrorizzati e traumatizzati.

### **La profuganza. Dalla condizione esistenziale all'infermità**

Fu proprio l'esperienza della profuganza ad acquisire un significato primario nell'elaborazione della memoria collettiva trentina, importanza che in parte traspariva anche dalle cartelle cliniche. I riferimenti a questo particolare vissuto traumatico era riportato in modo per lo più frammentario, in linea con una compilazione spesso approssimativa della cartella, e si trovava principalmente in casi in cui il vissuto traumatico si esprimeva in deliri, crolli nervosi o crisi di pianto.

In entrambi i manicomi nel dopoguerra si registrò un aumento di patologie a cui gli psichiatri attribuirono la diagnosi di amenza, paranoia, psicosi-maniaco depressiva, melanconia e catatonia. L'aumento di queste diagnosi è più marcato nelle donne con un'esperienza di profuganza alle spalle e notevole era anche l'affinità dei sintomi con quelli dei militari. Ancora Antonini, nel descrivere i profughi che affollavano Mombello, tratteggia un quadro che non può non richiamare il disorientamento di migliaia di soldati che avevano cercato una via di uscita dalla realtà della trincea:

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 mentale<sup>36</sup>.

Questa apatia e la conseguente chiusura in se stessi era anche una delle principali manifestazioni della catatonia, una sindrome riscontrata frequentemente nei militari. Questa diagnosi triplicò rispetto al periodo prebellico. Questo aumento era sicuramente dovuto al ricovero dei militari, ma a Pergine la catatonia fu diagnosticata nel 5% delle donne. Nel manicomio bolognese, la percentuale di militari catatonici era più alta rispetto a quella del manicomio trentino, tuttavia nel reparto

<sup>35</sup> Cit. da Giuseppe Vidoni, *Sui margini della guerra (Pazzia, Suicidio, Delitto)*, in "Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale", 1920, pp. 31-147, cit. p. 83.

<sup>36</sup> *Ivi*, pp. 83-84.

femminile rimaneva intorno al 3%. Nelle pagine dell'enciclopedia italiana Treccani del 1931, Ernesto Lugaro<sup>37</sup> così descriveva i catatonici:

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 incommo-  
dissimi<sup>38</sup>.

L'apatia e la chiusura al mondo di questi uomini e di queste donne poteva spingersi fino al rifiuto ostinato del cibo e nella negazione di qualsiasi altro impulso corporeo: "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 via"<sup>39</sup>.

L'isolamento psichico ed emotivo che ritornava così spesso nei militari e che Antonini ritrovava nei profughi, si manifestava 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<sup>40</sup>.

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, a 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 può essere leggero, acquistando così la piccola causa emotiva l'efficienza di un vero trauma psichico, attraverso un

<sup>37</sup> Ernesto Lugaro (Palermo, 1870-Salò, 1940), fu un noto neuropsichiatra. Il suo primo incarico professionale fu nella clinica psichiatrica di Palermo, diretta da Eugenio Tanzi. Nel 1895 si trasferì a Firenze per lavorare nella clinica psichiatrica S. Salvi e l'anno successivo assunse l'incarico di redattore della "Rivista di patologia nervosa e mentale". Nel 1899 conseguì la libera docenza in psichiatria e clinica psichiatrica e, pochi anni dopo, assunse l'incarico di professore a Sassari. Tra i suoi incarichi più prestigiosi vi fu la successione a Cesare Lombroso nell'insegnamento di clinica psichiatrica all'Università di Torino, nel 1911. Della sua vasta produzione scientifica si ricordano: Eugenio Tanzi, Ernesto Lugaro, *Trattato delle malattie mentali*, Società Editrice Libreria, Milano 1904; Ernesto Lugaro, *Intorno al senso di tensione affettiva*, Giannotta, Catania 1913. Durante la Grande Guerra pubblicò un testo di cura critica alla psichiatria tedesca: Id., *La psichiatria tedesca nella storia e nell'attualità*, Galileiana, Firenze 1916. Cfr. Necr., in *Annuario della R. Università di Torino, 1939-40*, pp. 407-417 e Giuseppe Armocida - Jutta M. Birkhoff, *Lugaro Ernesto*, in *Dizionario Biografico degli Italiani*, Volume 66, Treccani, 2006, consultata il 13 giugno 2016, [http://www.treccani.it/enciclopedia/ernesto-lugaro\\_\(Dizionario-Biografico\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/ernesto-lugaro_(Dizionario-Biografico)/)

<sup>38</sup> Cit. da Ernesto Lugaro, *Paranoia*, in *Enciclopedia Italiana*, Treccani, 1931. Consultabile on-line sul sito [www.treccani.it](http://www.treccani.it).

<sup>39</sup> *Ibidem*.

<sup>40</sup> 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 neuropsichiatrico di Aquila*, in "Neopsichiatria", 1-6, 1947, p. 16.

processo di sensibilizzazione emotiva che portava ad una reattività e suscettibilità acute rispetto alla norma<sup>41</sup>.

Il momento del ritorno al proprio potere o alla propria casa, all'ambiente domestico spesso idealizzato durante gli anni di lontananza, di fronte ai propri averi distrutti, abbandonati o razziati, si traduceva spesso in un vero e proprio trauma. Donne che erano sempre state attive nella vita familiare e comunitaria perdevano coscienza di sé e del mondo circostante. È il caso di di Margherita C., una contadina coniugata e residente in un piccolo paese nella Valle dei Vanoi, definita una donna "sempre laboriosa", che durante la guerra "soffrì miseria" e "fu profuga a Mitterndorf". La donna giunse a Pergine nel maggio del 1919, accompagnata dall'anamnesi del medico del paese che la descriveva come una "squilibrata, [che] non si occupa, sta sempre in un cantuccio, non parla, rifiuta il cibo"<sup>42</sup>. Margherita C. era reduce da anni di profugato in Austria, aveva quarantotto anni e la sua diagnosi di amenza era comune a quella di Placida B. che era appena rientrata dal Piemonte, dove aveva vissuto come profuga per alcuni anni. Queste due donne avevano in comune la diagnosi, che si riferiva a stati di delirio prolungati, ma anche l'esperienza traumatica del ritorno: "da circa un mese fu rimpatriata dal Piemonte, trovò la casa e tutto rovinato e se ne accorò tanto da diventare inquieta e tormentata da uno spiccato delirio di persecuzione"<sup>43</sup>. L'esperienza delle due donne, dimesse migliorate nel giro di qualche mese, era comune a gran parte della popolazione profuga. Nel caso di una contadina quarantaquattrenne di Riva del Garda, Maria S., i patimenti patiti da profuga in Boemia si sommavano a un forte spavento subito al rientro in patria. In questa donna il vissuto traumatico si esprimeva nell'alternanza di stati ansiosi, che si esprimevano in invocazioni religiose, nel silenzio e nel rifiuto di alimentarsi:

17/ VIII. 1919. Arrivò piangendo, non voleva entrare in riparto, fece a stento il bagno, continuava a gemere e chiamare Dio in aiuto, poi si calmò un poco, la notte dormì, mangiò a stento.

[...] Ricorda che fu sempre sana, frequentò la scuola con profitto ed esercitava il mestiere di contadina, durante la guerra fu in Boemia dove patì la fame, rimpatriò verso il giugno dell'anno 1918 e subì un forte spavento per una bomba esplosa in tutta sua vicinanza. Narra che da circa un mese si sente inquieta, dorme poco.

1/IX. 1919. È sempre ansiosa, mangia pochissimo, a giorni deve venir imboccata, fortemente inibita, parla poco [...] <sup>44</sup>.

In manicomio gli effetti sconvolgenti di questi ritorni erano sminuiti come "patemi d'animo", termine che era genericamente usato, tanto in tempo di pace come in guerra, anche per le delusioni amorose, per le liti familiari o le difficoltà eco-

<sup>41</sup> *Ivi*, p. 21.

<sup>42</sup> Per Margherita C. la diagnosi formulata fu di amenza. AOPP, Serie 12D, 1862, Donne 1919 A-O, Cartella clinica n. 2593.

<sup>43</sup> AOPP, Serie 12D, 1862, Donne 1919 A-O, Cartella clinica n. 2594.

<sup>44</sup> AOPP, Serie 12D, 1862, Donne 1919 P-Z, CC. nr. 2653.

nomiche. Ritornava, quindi, il tema della donna emotiva, incapace di affrontare i traumi e gli sconvolgimenti della vita.

La guerra era ridefinita dunque entro gli spazi di un patema d'animo, quasi che avesse bisogno di esser ricondotta a una categoria più comune, quasi che il vissuto traumatico potesse essere normalizzato, reso accettabile e comprensibile dalla debolezza femminile. Tale era anche la causa indicata per la psicosi maniaco-depressiva di Maria Z., per la quale la casa distrutta e gli averi perduti furono traumi che aggravarono la sofferenza depressiva insorta molti anni prima. In questo caso il conflitto non assumeva un valore eziologico quanto piuttosto "riacutizzante".

La guerra aveva contribuito non solo al ricovero di persone che non presentavano precedenti di malattia mentale, ma anche alla ricaduta di ex pazienti o di persone più fragili. L'individuazione della consistenza di questa categoria è complicata dall'incertezza sull'effettivo ruolo della guerra e dei suoi effetti nella ricaduta oltre che dalla non sempre chiara successione e svolgimento delle degenze manicomiali e ospedaliere.

Le esperienze, i traumi e le difficoltà che derivavano dalla vita in un territorio occupato e dai bombardamenti, invece, non erano tematiche comuni nel manicomio bolognese dove solo occasionalmente si presentava la possibilità di misurarsi con simili vissuti traumatici. E tuttavia dopo la disfatta di Caporetto furono numerosi i profughi che dai territori invasi giunsero nel capoluogo emiliano dopo giorni di viaggio, sfiniti e spesso senza mezzi. Il momento della partenza e dell'abbandono dei propri averi rappresentavano traumi emotivi che, in alcuni casi, venivano rimossi dalla memoria. Maria D., una massaia di trentanove anni originaria di Udine, sposata a un uomo che lavorava come operario militarizzato, secondo i medici di Bologna era affetta da "frenosi maniaco-depressiva". Stimolata dalle domande degli psichiatri, Maria D. dichiarava di non ricordare il giorno della partenza da Udine e si dimostrava "restia nel parlare e nel rispondere anche alle domande dei medici: talvolta ride[va] da sola".

2 febb. Piange, dicendo di aver molti pensieri per la sua casa.

4 febb. Pur mostrandosi abbastanza calma, talvolta piange per la casa e per i due bambini. Invitata a scrivere al marito, si è rifiutata col dire che egli l'aveva condotta qui dentro e se desiderava vederla non ignorava questo luogo.

23 febb. [...] Dopo il viaggio si sentiva smarrita. Ricorda che in Bologna ha dimorato in parecchie case, attualmente in Via Riva di Reno.

24 febb. Ha dato un schiaffo al marito venuto a trovarla<sup>45</sup>.

Le manifestazioni di sofferenza di Maria, dimessa come "migliorata" circa sei mesi dopo il ricovero, erano tra le più diffuse dentro le mura del manicomio.

La cinquantaduenne Margherita F., nonostante fosse una casalinga vedova da alcuni anni, possedeva discrete possibilità economiche ed era originaria della provincia di Belluno. La guerra aveva costretto tutta la famiglia ad abbandonare i beni

<sup>45</sup> AOPB, Uscite 1918, CC. nr. 7019.

e a sfollare a Bologna; dopo solo pochi giorni dal suo arrivo Margherita aveva iniziato a mostrare segni di squilibrio ed era stata condotta al Roncati:

11 nov. 1917. All'ingresso era assai emozionata, esprimeva il timore che uccidessero lei nonché i figli e i nipotini a cui è assai affezionata.

Ha detto che gli Austriaci sono barbari, lei è Italiana e vuol morire in Italia. Vede i soldati e cannoni: Non vede, signormè, che sono là che passano? Interrogata, risponde piuttosto bene.

nov. La notte scorsa non ha dormito, non stava in letto, dicendo che c'erano i tedeschi. Ha sempre l'idea che la uccidano. Del resto appare lucida<sup>46</sup>.

Come accennato, la psicosi maniaco-depressiva, insieme alla melanconia, erano alcune delle diagnosi più comuni nel dopoguerra manicomiale bolognese. Il loro numero era cresciuto progressivamente durante il conflitto e, negli anni successivi alla fine della guerra, non accennava a diminuire: tra il 1919 e il 1922 le patologie a carattere depressivo rappresentavano il 35% dei ricoveri. Per gli psichiatri questo aumento, registrato in misura minore anche a Pergine, non era apparentemente da porsi in relazione agli eventi bellici. Nella maggior parte delle cartelle cliniche bolognesi del dopoguerra non è riportato alcun riferimento al conflitto. Ogni difficoltà in cui le pazienti erano incorse nel periodo precedente al ricovero era descritta brevemente e senza approfondimenti; così il decesso del marito era solo occasionalmente specificato come un lutto di guerra e le difficoltà economiche o gli stati di paura e agitazione apparentemente ingiustificati, non erano contestualizzati nel vissuto di guerra, se pur a notevole distanza, della popolazione.

Il maggior numero di riferimenti al conflitto presenti nel manicomio trentino non erano da imputare a un diverso atteggiamento della classe psichiatrica locale, ovvero a una maggior propensione a riconoscere l'origine bellica dei traumi femminili, quanto piuttosto ad una innegabile, maggiore invasività della guerra sul territorio. Il conflitto aveva assunto una dimensione totalizzante, aveva coinvolto ogni aspetto della vita della popolazione, una condizione che la classe medica non poté ignorare.

Tuttavia si può concludere che in entrambe le strutture il ruolo del conflitto nell'insorgenza della malattia mentale era riconosciuto solo in presenza di un vissuto bellico innegabilmente traumatico e di un'anamnesi familiare sostanzialmente libera da indizi di predisposizione. Nel caso delle donne la predisposizione era per così dire congenita, insita nella debolezza dei nervi femminili e nella maggiore vulnerabilità della loro psiche di fronte agli eventi esterni. Nel 1919, Giuseppe Vidoni affermava, a proposito della popolazione civile in generale:

[La guerra] con le sue circostanze anormali di vita ha, tanto sulla popolazione militare quanto sulla popolazione civile, soltanto il valore di fattore predisponente, di fattore coadiuvante: agisce, cioè, in senso psicopatogeno solo quando trova [...] la collaborazione di altri fattori morbosi, congeniti o acquisiti<sup>47</sup>.

<sup>46</sup> AOPB, Uscite 1917, CC. nr. 6969.

<sup>47</sup> Cit. da Buscaino e Coppola in Giuseppe Vidoni, *op. cit.*, p. 62.

Il soggetto predisposto avrebbe condotto una vita normale se la guerra e i suoi traumi non avessero agito come fattori scatenanti. Maria Del Rio, così concludeva il suo celebre saggio sulle malattie mentali della donna durante la guerra:

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, fino allora latenti e inoperosi. La predisposizione, quindi, andava supposta anche qualora la sua reale esistenza non fosse provata dall'anamnesi<sup>48</sup>.

Il termine del conflitto segnò anche il declino dell'interesse medico per i traumi di guerra. La smobilitazione e la conclusione delle azioni di guerra determinarono la progressiva scomparsa del tema bellico dalle cartelle cliniche, sia dei soldati che dei civili. Questo progressivo disinteresse era evidente nel fatto che nemmeno nei documenti riferiti ai veterani ricoverati nel dopoguerra era necessariamente riportata notizia della loro esperienza al fronte, al contrario, via via che la guerra si allontanava temporalmente questo genere di informazioni era sempre più omesso.

Infine, la mancanza di un aumento significativo dei ricoveri, registrato in entrambe le strutture, non può essere interpretata come un'assenza di effetti della guerra: se il numero di ammessi era cresciuto in maniera abbastanza lineare rispetto ai decenni precedenti, le patologie e le storie che accompagnavano i pazienti si erano modificate in maniera significativa: il contenuto dei deliri, le origini delle paure e delle ansie, imprimevano in quadri clinici già noti una "particolare tonalità"<sup>49</sup>. D'altronde i ricoveri in manicomio non possono rappresentare tutta la gamma di traumi e disagi con cui la popolazione femminile convisse nel dopoguerra. Nei casi qui analizzati le difficoltà quotidiane e/o le violenze vissute impedirono la normale gestione della vita e, soprattutto, ostacolarono il processo di costruzione di una memoria che si potesse conciliare con la nuova realtà. Le difficoltà economiche, i lutti, le paure, le difficoltà alimentari e la solitudine erano solamente alcuni dei problemi di una collettività in via di ricostruzione.

Con la sua violenza, la frattura dei legami e la degradazione morale il conflitto influi profondamente sulla psiche e la mente della popolazione civile. Nella guerra totale, infatti, la distinzione tra civili e militari si andò progressivamente annullando. Risalire all'origine e ricostruire lo sviluppo dei disordini nervosi conseguenti a esperienze di guerra, tuttavia, è irto di difficoltà. Più ci si allontana dalla zona di guerra combattuta, più questi effetti risultano sfumati all'interno della teoria e della pratica medica. È come se la distanza avesse il potere di annullare i lutti, i patimenti emotivi, l'impoverimento generale della società e le difficoltà economiche. La differenza tra le due strutture manicomiali – il maggior riconoscimento del vissuto traumatico delle ricoverate a Pergine e la distanza "mentale" degli psichiatri emiliani – si attenua fino a svanire nel caso dell'interpretazione delle patologie femmi-

<sup>48</sup> Cit. da Maria Del Rio, *op. cit.*, p. 108.

<sup>49</sup> Cit. in Paolo Giovannini, *Psichiatria e popolazione civile nel secondo conflitto mondiale*, in "DEP. Deportate, esuli, profughe. Rivista telematica di studi sulla memoria femminile", 13-14, 2010, p. 65, [http://www.unive.it/media/allegato/dep/n13-14-2010/Ricerche/casi/3\\_Giovannini.pdf](http://www.unive.it/media/allegato/dep/n13-14-2010/Ricerche/casi/3_Giovannini.pdf).

nili. La donna è comunque l'isterica incapace di controllare i suoi stati emotivi, è debole di nervi e facilmente impressionabile, non è, quindi, la guerra che porta traumi troppo profondi per essere elaborati, ma è la donna che è fisicamente e intellettualmente incapace di sopportarne il peso.

Nel contesto psichiatrico italiano, in cui ogni sforzo scientifico è rivolto alla cura dei militari e in cui la guerra è solamente quella dei soldati in trincea, l'insorgenza di disturbi nervosi in una popolazione civile che risiede a centinaia di chilometri dal fronte non è, in buona sostanza, un'ipotesi contemplata. A conferma di questa interpretazione c'è la sostanziale assenza del tema bellico dalle cartelle cliniche femminili bolognesi; di fronte a centinaia di ricoveri, solamente in un numero esiguo di cartelle si fa qualche riferimento alla guerra. Neppure a Pergine il riconoscimento del vissuto traumatico fu scontato, ma la prossimità al fronte e la diaspora collettiva vissuta dalla popolazione nel suo insieme fanno la differenza, favorendo un approccio psichiatrico più in sintonia col contesto storico geografico entro il quale opera.