

Scienza e Pace

Science & Peace

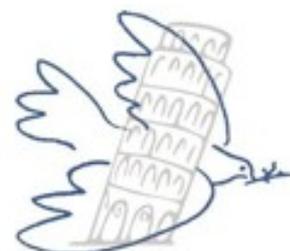
ISSN 2039-1749

Vol. X, No 2 (2019)

La malattia impossibile: il problema dell'eziologia traumatica nella Clinica psichiatrica di Pisa durante la Prima Guerra Mondiale

Dario Muti, Barbara Carpita, Francesca Benedetti,
Claudia Carmassi, Liliana Dell'Osso

Online Journal of the "Sciences for Peace"
Interdisciplinary Centre – University of Pisa



This paper has been refereed through double-blind peer review

Received: 19 April 2019

Accepted: 9 November 2019

To cite this article:

Muti, D., Carpita, B., Benedetti, F., Carmassi, C., Dell'Osso, L. (2019), "La malattia impossibile: il problema dell'eziologia nella Clinica psichiatrica di Pisa durante la Prima Guerra Mondiale", *Scienza e Pace*, X (2), pp. 35-58.

Creative Commons BY-NC-SA 4.0



La malattia impossibile: il problema dell'eziologia traumatica nella Clinica psichiatrica di Pisa durante la Prima Guerra Mondiale

Dario Muti, Barbara Carpita, Francesca Benedetti, Claudia Carmassi, Liliana Dell'Osso

Abstract

Il saggio ricostruisce la pratica della Clinica di Malattie Nervose e Mentali di Pisa durante la Prima Guerra mondiale. Più in particolare si fa riferimento all'ampia letteratura sul ruolo dello psichiatra nella società, e sul problema della psichiatria di guerra, già problematizzato e dibattuto nel corso dei conflitti coloniali. Sullo sfondo di questo dibattito ideologico, vissuto in modo polivoco dalla classe dirigente nazionale, si prende in analisi il problema scientifico dell'eziologia traumatica dei disturbi psichiatrici. Si considera in particolare il caso della Clinica di Pisa, e di diversi documenti da essa prodotti. Emerge nei casi considerati, infatti, l'apparente contraddizione di una "malattia impossibile", diagnosticata presso la popolazione militare ricoverata ma non fra i civili. In effetti, in questo periodo storico, la scienza psichiatrica italiana sembra non contemplare la possibilità che una patologia psichiatrica insorga per una diretta causazione bellica. Si propone di sciogliere questa problematica, nel caso dei documenti presi in esame, rilevando il dettaglio della pratica clinica, che risulta differenziata in questo genere di casi, e considerando alcuni sviluppi successivi.

This paper aims to illustrate the activity of Clinica di Malattie Nervose e Mentali di Pisa during the First World War. Mostly, it will refer to the role of the psychiatrist in society and to the issue of war psychiatry, which had already been debated during colonial conflicts. The paper will take in consideration the scientific problem of traumatic aetiology of psychiatric disorders. In particular, it will study the case of Clinica di Pisa and the several reports that the clinic itself produced. The examined cases show the apparent contradiction of an "impossible disease", diagnosed in the military and not in civilians. In fact, during this period of time, the Italian psychiatric science seems not to contemplate the possibility that war could cause a psychiatric condition. The paper aim to solve this dilemma, showing how in such cases the clinical practice differs and considering further developments.

Keywords

Psichiatria di guerra, Trauma, Storia della Psichiatria, Storia della Sanità Pubblica.

War psychiatry, Trauma, History of Psychiatry, History of Public Health.

1. Pisa: dal risorgimento alla Prima Guerra Mondiale

La Clinica di Malattie Nervose e Mentali era ancora, all'epoca del primo conflitto mondiale, un'istituzione relativamente recente nell'ambito dell'ospedale universitario pisano, i Regi Spedali Santa Chiara. Era nata dagli auspici del professore e medico Beniamino Sadun, rappresentante atipico di quella corrente "utopica" (Pogliano, 1984) della medicina che ambiva a razionalizzare la vita pubblica alla luce dei contenuti della scienza medica. Figura avversa tanto agli irrazionali "pregiudizi" degli incolti in materia medica quanto ai "puritani della scienza" (Sadun, 1860, 12), nelle carte private di Sadun emerge la medesima *vis* polemica di cui si trova traccia in alcuni dei suoi scritti politici giovanili, ove si plaude al processo risorgimentale e si stigmatizzano i suoi oppositori, imbastendo un dialogo fra "Don Veleno" e "Don Intruso", venuti "al mondo in grazia di adulterio", alleati "dell'Austriaco" e avversi al progetto di uno stato unitario (Sadun, 1847). Sadun, sino al 1859 ordinario di Igiene a Siena, pervenne poi a Pisa con incarico di insegnamento della Medicina Legale e dell'Igiene, e quindi soltanto di Medicina Legale. A questa disciplina, nel 1885, fu abbinato l'insegnamento di un corso libero di "Propedeutica Freniatria": dacché "fra tutte le facoltà di Medicina e Chirurgia del Regno Italiano, Pisa è la sola che manchi dell'insegnamento della freniatria", giudicato "essenzialissimo", quanto meno dal punto di vista diagnostico¹. Sadun si riservava, per la gestione di questo incarico un "aiuto", il dott. Alessi, e un infermiere.

Come la dimensione delle sovvenzioni e del personale suggerisce, la freniatria ottocentesca ebbe a Pisa una dimensione ridotta. L'insegnamento della disciplina si collocò quindi presso una struttura di cui già da tempo l'ospedale si era dotato: le cosiddette Stanze di Osservazione, ove si accoglievano sospetti alienati mentali, da tradurre eventualmente a Firenze. Si trattava di poche "stanze misere e luride", come le definì Sadun stesso, situate nell'edificio della Scuola medica (Tanti, 1989). Esse vennero assorbite nel 1885 in un più ampio Gabinetto di Medicina Legale e Freniatria. D'altronde, nella provincia pisana si stava già mettendo in funzione un manicomio non urbano a Volterra, decisione a cui Sadun si era vanamente opposto (Fiorino, 2011), preferendole l'organizzazione di strutture cittadine.

¹Documenti conservati presso Archivio di Ateneo (d'ora in poi AA), cartella Beniamino Sadun.

A Pisa non c'era quindi una "casa del dolore", come apparivano già alla stampa dell'epoca i manicomi (Babini, 2009, 11-13): semmai un'appendice, un contenitore temporaneo che proiettava verso le realtà di Firenze, di Lucca ma soprattutto di Volterra. Una discontinuità si ebbe con le "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati", legge del 1904 che impose una riorganizzazione in taluni casi persino drastica delle strutture di assistenza ai pazienti (De Peri, 1984, 1129-1131). La legislazione giolittiana introdusse la nozione di "pericolosità" del paziente, da intendersi da non solo come scotomizzazione della *déraison*, ma anche come criterio di istituzionalizzazione, a fronte di un affollamento delle strutture manicomiali che, data la duratura inefficienza legislativa, non era stato altrimenti arginato² (Moraglio, 2006; Guarnieri, 2009; Bongiorno, 2013).

A Pisa il 1904 si aprì con una polemica proprio di Sadun, che affermò durante il consiglio di facoltà la necessità di ammodernare l'assistenza psichiatrica dei Regi Spedali Santa Chiara e, contestualmente, di migliorare l'insegnamento dell'Università: "sedici anni di prove angustiose, con codesto intoppo per giunta, mi sembrano più che bastanti a farci decidere una buona volta a risolversi, se la Facoltà medica di Pisa deve rinunciare all'insegnamento della frenjatria o cercar modo di darle reale e serio assestamento"³.

Il "serio assestamento" si realizzò nel concorso per un posto di professore straordinario, bandito nel 1905 e vinto da Giovanni Battista Pellizzi. Nato nel 1865 a Reggio Emilia da Domenico e Camilla Rossi Deodati, Pellizzi si era laureato a Bologna nel 1891 a pieni voti. Si avviò alla psichiatria come praticante con Tamburini a Reggio Emilia. Si trasferì poi al Manicomio di Torino, ottenendo per titoli la libera docenza in Clinica Psichiatrica nel 1895. Da Torino passò a Collegno nel corso del biennio 1898-1899, come medico e direttore dell'istituto anatomopatologico. Nel 1900 fu infine a Sassari, con l'incarico di Direttore del manicomio provinciale (Sarteschi, 1950; Muti, Dell'Osso, 2018).

Lamentando lo stato "deficientissimo" delle strutture e ottenute 10.000 lire per i bisogni immediati, il professore fresco di nomina trasformò le Stanze di Osservazione in una Clinica di Malattie Nervose e Mentali. Per il momento si assegnarono ulteriori locali nella Scuola Medica, con il progetto per la

²Il tema della pericolosità del paziente psichiatrico, e della patologia psichiatrica, richiama un dibattito classico della storiografia. In questo saggio, visto che si indaga una prassi di gestione di una popolazione, ci si limita a considerare la questione dal punto di vista dell'"ordine pubblico". Per il nesso genetico fra patologia e pericolosità, e per lo studio delle vicende relative alla disciplina dell'antropologia criminale e all'istituzione dei manicomi criminali si può cfr. Villa, 2000; Grassi, Bombardieri, 2016.

³AA, Verbali di Consiglio di Facoltà, Medicina e Chirurgia, 1904.

costruzione di due appositi edifici che, nel 1917, risulteranno ancora non completati, entrando in funzione solo nel 1923⁴. Nel frattempo, Pellizzi venne stabilizzato ad ordinario nel 1908, e avviò un processo di gestione dei pazienti, che vede la preponderanza di un criterio di ricollocamento familiare tramite rapide dimissioni, che altrove si è descritto nel dettaglio (Muti et al. 2018).

In particolare, la Clinica di Malattie Nervose e Mentali di Pisa, diretta da Pellizzi dal 1907 al 1935, si caratterizza come un filtro fra istituzione manicomiale e popolazione sul territorio, con lo scopo non dichiarato di favorire la collocazione familiare e prevenire l'aggravarsi di un sovraffollamento manicomiale (Muti, Dell'Osso, 2018) che era oramai caratteristica costitutiva del territorio italiano (Moraglio, 2009). Lo spoglio dei registri dei pazienti⁵ rileva una netta maggioranza delle dimissioni ("in prova" e definitive) rispetto alle procedure di contenzione con trasferimento presso i nosocomi del territorio. L'analisi statistica, condotta negli studi sopra riportati su tutti i ricoveri del periodo 1907- 1914, evidenzia come il trasferimento manicomiale, a seguito del ricovero presso la Clinica di Pisa, coinvolgesse soprattutto quei casi in cui, per l'intensità della patologia o per assenza di un tutore legale, risultasse difficoltoso il licenziamento presso la famiglia. In particolare, l'esito del trasferimento manicomiale è, nella popolazione pisana, associato soprattutto con patologie senili o congenite, e il rischio di istituzionalizzazione sale per pazienti anziani, o privi di coniuge (Muti et al., 2018; Muti, Dell'Osso, 2018). In particolare, se si considerano tutti i pazienti ricoverati dal 1907 al 1920, si osserva un totale di 2836 ricoveri per 2234 pazienti (1234 di sesso maschile e 1003 di sesso femminile)⁶, a cui fanno seguito in 992 casi (44.4%) il licenziamento in prova, in 783 casi (35.0%) il trasferimento in manicomio (nella stragrande maggioranza presso la struttura di Volterra); in 195 casi l'esito è infausto (8.7% casi di morte durante la degenza). La remissione è accertata in 151 casi (6.8%). I trasferimenti verso altri reparti ammontano a 22 casi, con 2 casi di fuga a completare il totale⁷.

⁴AA, Fascicolo Giovanni Battista Pellizzi.

⁵ Su queste fonti si può consultare Muti et al., 2018; Muti, Dell'Osso, 2018; ove si riporta lo spoglio dei registri clinici dal 1907 al 1914, condotto tramite realizzazione di un database a cui fa seguito un'analisi statistica. Questi registri clinici, conservati in filze presso l'Archivio Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana (d'ora in poi AOUP), sono stati presi in analisi anche nel presente studio. Nello specifico, in questa sede, si sono raccolti i dati relativi a tutti i ricoveri condotti dal 1907 al 1920, e in particolare: nome, età, provenienza, tipo di ammissione, tipo di dimissione (e date relative), diagnosi, note. Si è tenuto conto anche dei ricoveri successivi per lo stesso paziente, e di altri parametri secondari e/o calcolabili, quali ad esempio la durata del ricovero, secondo la metodologia esposta in Muti et al., 2018. Si noti che, per alcuni soggetti, i dati riportati non sono completi.

⁶ 89 casi non riportano la dimissione. L'età media dei pazienti civili ricoverati (2124 dati validi) dal 1907 al 1920 risulta di 43.94 ± 19.32 (è quindi piuttosto alta, anche se il valore presenta notevole deviazione), mentre scende a 25.20 ± 5.125 per i 60 casi di militari ricoverati di cui si sa l'età.

Questo ruolo di filtraggio fa sorgere domande che riguardano “il manicomio, non più visto come un Moloch che ingoiava pazienti in una reclusione senza speranza e senza uscita, ma piuttosto come struttura che si confrontava in forma dinamica con i ricoverati, con i loro gruppi parentali, con gli altri enti di assistenza.” (Moraglio, 2006, 16); ma solleva anche una questione relativa alla “manicomializzazione del territorio” (Baioni, Setaro, 2017). In ogni caso la Clinica di Pisa andrebbe inquadrata in quella galassia della follia vissuta e curata al di fuori delle mura del manicomio che una crescente letteratura va studiando (Guarnieri, 2009; Fiorani, 2012) e di cui si sta occupando il progetto Fuori dal Manicomio, con il patrocinio delle Soprintendenze Archivistiche.

Dopo il “radioso maggio”, l’entrata in guerra dell’Italia a fianco dell’Intesa trova la Clinica di Malattie Nervose e Mentali di Pisa, collocata nel contesto dei Regi Spedali Santa Chiara, impreparata a fronteggiare l’economia di guerra e l’afflusso dei soldati. Data l’organizzazione del Regno d’Italia (Direzione della Gazzetta Ufficiale, 1909), già nota in letteratura (Giuntini, 2009), la Deputazione Provinciale di Pisa era tenuta a corrispondere all’Ospedale una cifra forfettaria ogni quattro trimestri da conguagliarsi a fine anno, per il mantenimento dei “mentecatti”. Si trattava, nel linguaggio delle fonti, di pazienti affetti da malattie nervose e mentali che non erano in grado di pagare la retta. Dacché l’ammissione alla Clinica era gratuita, la maggior parte dei pazienti ricoverati provenivano da classi sociali subalterne, o comunque da contesti che richiedevano uno sforzo di sovvenzionamento, da parte della Deputazione provinciale, quantificato in “giornate di spedalità” (o “spedalità”)⁸. Questa procedura veniva espletata a Pisa tramite emissioni di note su carta intestata, a periodizzazione trimestrale. In questo modo l’amministrazione dei Regi Spedali di Santa Chiara comunicava alla Deputazione Provinciale l’importo complessivo da versare. Un diverso tipo di modulo, inviato con scadenze variabili (in genere mensili) forniva invece il dettaglio della spesa riportando il numero di pazienti, il numero di pazienti non paganti (quindi i “mentecatti”), e il numero di giornate di ricovero⁹. I pazienti paganti sono così pochi, in genere, che in questi documenti per prassi li si indica singolarmente, con nome e cognome. A partire dal 1917, l’amministrazione provinciale iniziò a maturare un debito nei confronti dei Regi Spedali, generalmente perché si ometteva di conguagliare i pazienti ricoverati “in eccesso” rispetto alle aspettative. Nel 1921 Il direttore Francesco Pardi lamentava alla Deputazione Provinciale di Pisa la sua impossibilità di pagare tanto i fornitori quanto – addirittura – il suo stesso

⁷Per un’analisi di popolazioni cliniche diverse da Pisa, si cfr. ad es. Pieraccini, Morselli, 1901; Baioni, Setaro, 2017; Occhini, 2018.

⁸Il costo di una “giornata di spedalità” passa da lire 2,50 (sino al 1919) a lire 13,50 (1920) sino a lire 14 (1921). Si veda AOUP, MFN 4629.

⁹Questo genere di fonti è ampiamente rappresentato in AOUP, ad esempio, in MFN 4629.

personale. L'entità del debito, e il mantenimento degli esposti, sarebbero divenuti infatti ormai insostenibili. Si trattava di cifre forti, 123.277 lire solo per quanto riguardava il mantenimento delle spedalità della Clinica di Malattie Nervose e Mentali. L'entità del debito crebbe sino al 1924, venendo in parte saldato dalla fine della guerra in poi¹⁰.

2. L'atavica barbarie della razza teutonica

L'inesco del conflitto politico e militare in Europa condusse ad una mobilitazione delle energie intellettuali, provocando contestualmente il naufragio di quell'embrione di internazionalismo scientifico che aveva avuto una prima diffusione durante l'epoca bella. Si è scritto molto sulla natura e sulla modalità di questo coinvolgimento degli scienziati europei (Canfora, 1979, 63-67; Badash, 1979; Flashar, Lindken, 1985, 649-719) e italiani (Carli, Corni, Fernandi, 1998).

L'esordio del conflitto fu inizialmente seguito con un grado di distacco maggiore dal pubblico scientifico italiano che non dall'opinione pubblica più in generale, ma col disgregarsi del progetto politico neutralista gli scienziati italiani presero posizione, anche se con un processo di mobilitazione diverso da quelle degli altri Paesi dell'Intesa, ovvero senza costituire specifiche associazioni scientifiche nazionali e senza un sistematico appoggio dello Stato (Tomassini, 1991, 761-762). Per quanto riguarda il "mondo tre" della psichiatria, all'originale cautela subentrò un'attiva partecipazione che appare talvolta come una discontinuità rispetto all'universo concettuale, ancora ottocentesco, di cui questa disciplina era figlia (Scartabellati, 2005).

Il clima delle "radiose giornate di maggio" si ritrova nelle parole di Lorenzo Gualino, nel 1914, che propone per il nemico un'assimilazione alla patologia: "E già le pubbliche concioni che il verboso Imperatore [...] avevano indotto Cesare Lombroso a vedere nel Kaiser null'altro che un esempio tipico e caratteristico di quel mattoidismo, che il fondatore dell'Antropologia Criminale aveva eretto alla dignità d'una entità nosografica" (Gualino, 1914). Un anonimo editorialista dei *Quaderni di Psichiatria* avrebbe poi precisato che la crudeltà germanica su suolo francese andava spiegata come un'aggressività istintuale e razziale non ancora inibita dall'opera della civiltà (Anon., 1917). Persino scienziati il cui magistero aveva goduto di duraturo e sicuro rispetto, quali Ernst Haeckel e Wilhelm Wundt, si guadagnarono l'ingiuria di esser definiti "ciurmadori grossolani" da intellettuali altrimenti equanimi (Antonini, 1917).

In generale il fermento intellettuale, nelle scienze della mente italiane, si conforma solo ad alcuni dei maggiori vettori europei evidenziati dalla letteratura

¹⁰ AOUP, Collocazione MFN 4186, 4628, 2629.

internazionale, ed è relativamente recente l'osservazione in merito ai suoi caratteri di originalità (Miclavcic, Scartabellati, 2008; Milazzo, 2017). Certamente la *koinè* intellettuale degli scienziati italiani muta, ma la pressione propagandistica non è la sola forza in azione nell' "officina intellettuale" della psichiatria italiana (Gibelli, 1991). Spiccano in funzione prodromica certe nozioni, sempre più declinate, che condurranno poi all'esaltazione dell'"impalcatura biologica" che avrebbe sorretto "la mascella a falce" dell'italico duce (Manente, Scartabellati, 2005). Tuttavia, la storia delle idee segue, lungo lo spazio che separa il Regno risorgimentale dal Ventennio, itinerari complessi e intricati. In questa topografia si staglia in particolare un sentiero, che dal primitivo apprezzamento della *Wissenschaft* mitteleuropea (riferimento di lungo corso per l'accademia medica italiana) conduce ad un recupero, anacronistico, di un supposto modello francese, latino, informato del concetto moreliano di *dégénérescences* succedutesi lungo la linea genealogica (Scartabellati, 2011; Milazzo, 2017). Si perviene infine alla nobilitazione di quanto c'era di più "italiano" nelle scienze della mente: e in effetti il primo dei "periodici ritorni" di Lombroso occorre appunto nel periodo bellico (Pogliano, 1996).

D'altronde già in corrispondenza delle guerre coloniali in Libia (1911-1912) le scienze della mente italiane si erano volentieri prestate allo sgombero dei "detriti umani" dal corpo attivo dell'esercito (Babini, 2009; Scarfone, 2016; Giovannini, 2016). Ciò avviene recuperando il mitologema del soldato delinquente: questo si era incarnato alla fine del secolo nella descrizione che Lombroso fece di Salvatore Misdea (Lombroso, Bianchi, 1884), e aveva stimolato diffusamente il pensiero criminologico (Latini, 2012). Ma la precisione delle tassonomie scientifiche appare, in questo primo momento di conflitto coloniale, fatua rispetto ai ridottissimi mezzi del servizio psichiatrico militare italiano (Milazzo, 2018).

Questa "preistoria bellica" della psichiatria italiana fa riflettere sulla successiva tendenza degli alienisti militari a tornare col pensiero alla "vetrina" di Lombroso, ricca a quanto pare di verità scientifiche sugli "aborti di natura" (Scartabellati, 2005, 150-151). D'altronde, la predilezione per lo psichiatra e criminologo italiano consentiva l'accordo su alcuni temi di scottante attualità, nonché presentava l'indubbio vantaggio di non ledere il patriottismo e di fornire un modello pragmatico particolarmente consonante alle esigenze belliche del Regno d'Italia. E se Emil Kraepelin (che pure aveva informato il monumentale *Trattato delle malattie mentali* di Tanzi e Lugaro) divenne uno psichiatra ormai "nemico", da collocarsi al di là delle trincee, allo stesso modo il Pierre Janet de *L'Obsession et la Psychasthenie*, con le sue eziologie psicologiche, fu visto con sospetto: dacché ammettere l'origine psichica di una patologia avrebbe significato riconoscere nel soldato "una fragilità che lo stesso psichiatra è imbarazzato a distinguere dalla viltà o dalla codardia" (Babini, 2009). Il compito della psichiatria avrebbe dovuto essere quello di rigenerare il corpo

dell'esercito, e per estensione il corpo della nazione. L'"anormale" e il "degenerato" ritornano sulla scena allorquando si imbracciano i moschetti, oggetto di profilassi. Ciò avviene nel contesto di un progetto che ripropone all'ordine del giorno la necessità di realizzare un collettivo che possa sostenere le ambizioni politiche di uno stato coeso e moderno, come da precedenti suggerimenti (Consiglio, 1912). Ironia della sorte, questo genere di lettura olistica della società, inquadrata come organismo calato in un ambiente darwiniano, è poco distante da teorie consimili, che sono state in seguito definite come marcatori caratteristici di una certa scienza mitteleuropea (Harrington, 2018).

3. La "strana malattia" in Italia: frammenti e reticenze

Il pensiero europeo, già prima del conflitto, si era variamente confrontato con la possibilità di un'eziologia psicologica e ambientale della patologia psichiatrica, condensando posizioni di varia natura e coniando diverse etichette, dalla Sindrome di Da Costa alla "railway spine": una serie di slittamenti semantici (Myers, 1915; Jones et al. 2007; Loughran, 2012) attorno alla nozione di "trauma", che va gradualmente psicologizzandosi (Bonomi, 2000). Tale processo segue, nel panorama italiano, una traiettoria originale (Scartabellati, 2005; Babini, 2009; Milazzo, 2017).

La posizione che si potrebbe considerare maggioritaria è quella in cui il riconoscimento di una parziale specificità della psicosi bellica preluda ad una neutralizzazione della sua rilevanza, e – naturalmente – della responsabilità decisionale correlata con l'esposizione ad eventi terribili. Tale soluzione si riconosce nei contributi di Arturo Morselli, figlio del più celebre Enrico, e tenente colonnello ai tempi del conflitto:

Esiste, in altri termini, nella massa degli individui che la mobilitazione ha chiamato sotto le armi, una gradazione infinita di predisposizioni, di squilibri più o meno latenti, di psicosi anche già superate in passato e soggette tanto a riacutizzarsi sotto cause non belliche [...] quanto a ripetersi per la costituzione medesima dell'organismo individuale, indipendentemente o quasi dalla vita condotta e dalle emozioni subite in guerra [...]. Ma, a parte queste forme cui la denominazione di belliche è inesatta, sonvi quelle che non solo sono prodotte veramente dalla guerra, considerando questa come un complesso di diversi fattori etiologici (emozioni, fatiche, intossicazioni, ecc.) ma che dai piccoli e quasi insignificanti episodi che la integrano, traggono una impronta particolare e nella genesi, e nella sintomatologia, e nel decorso, e nell'esito. Sorvolo sulla necessità, ovvia a comprendersi, di una più o meno accentuata predisposizione, alla quale sola possono attribuirsi queste forme [...]. Per l'esperienza, fatta insino ad ora, io sono proclive a ritenere che la condizione patogenetica più frequente,

se non la unica, anche se determinata dai più diversi fattori etiologici tanto di ordine fisico quanto di ordine psichico, sia un'astenia (Morselli, 1916).

Senza lesione d'organo, quindi, o quantomeno senza una predisposizione innata, non si avrebbe sintomatologia nel contesto bellico. Si produce quindi uno sguardo gravido di preoccupazioni (politiche, logistiche e militari) per l'ora presente, che si manifesta fra gli altri luoghi nelle puntualizzazioni di Nando Bennati sulla *Rivista sperimentale di freniatria*: la paura e il desiderio di fuga sono solo sintomi di una patologia, solitamente lieve, dacché "il soldato italiano non è un vile; può essere ammalato" (Bennati, 1918); e d'altronde Bennati – pur tradendo alcune riserve – non manca di ribadire la sostanza della *lectio* morselliana sull'inconsistenza nosografica di una specifica patologia bellica.

Anche qualora il ruolo patogenetico dovuto alle stimolazioni belliche sia riconosciuto, la misura del suo peso causale e della sua rilevanza è grandemente dipendente da un'altra variabile. L'assetto ereditario dell'individuo è eletto a causa prima, in quanto la guerra di per sé non può determinare l'insorgenza della patologia, se non elicitando condizioni organiche, per così dire, accidentali:

Allo stato attuale delle indagini si potrebbe credere che la guerra abbia un'azione psicopatogena pura di scarso rilievo[...] la guerra non determina psicosi nuove [...] cioè una "psicosi di guerra" non esiste. [...]. La guerra porta con sé una condizione patogenetica che si riassume nell'astenia. Si tratta, in definitiva, di un affaticamento organico, che sostanzialmente è una intossicazione [...]. (Cazzamalli, 1916) Ciò pone, come il titolo stesso del saggio di Ferdinando Cazzamalli ammonisce, problemi "eugenetici" per il dopoguerra (Mantovani, 2004).

La psichiatria italiana raccoglie quindi una complessa "sfida epistemologica [...] che, nel panorama scientifico internazionale, invita a ripensare criticamente le tradizionali categorie nosologiche della disciplina" (Scartabellati, 2005). Il panorama che emerge è informato di frammentarietà e reticenza, quasi che anche soltanto produrre uno studio sintetico generale potesse essere, nel corso del conflitto, troppo rischioso. Nel 1917 l'alienista Giacomo Pighini scrisse:

Mi decido, mentre dura la guerra, a gettare giù qualche impressione clinica sui casi di psiconevrosi traumatica di origine emotiva, che da un paio di anni ho occasione di osservare nella quarta armata, per richiamare l'attenzione dei colleghi sopra alcuni segni che mi paiono meritevoli di essere rilevati, ed esprimere qualche idea sulla patogenesi della strana malattia in attesa che

nuove osservazioni possano darcene un concetto adeguato (Pighini, 1917; in Babini, 2009, 58).

La “strana malattia” è generalmente caratterizzata da mutismo o balbettamento, sordità, tremore, attacchi convulsivi, allucinazioni, paralisi, depressione, stupore catatonico. Sono presenti obnubilamento, malnutrizione, inappetenza, stipsi, cefalea, variabilmente insonnia, ipereccitabilità sensoriale, parestesie visive e acustiche, rachidee, toraciche, addominali. Questi sintomi si accompagnano a vertigini, capogiri, oscuramenti visivi e molto frequentemente persistenza di immagini guerresche a carattere ossessivo, ravvivanti stati emotivi penosi o terrifici, con sogni agitati e paurosi a contenuto bellico. I testi riportano anche sintomi neuropatici somatici, cardiaci e circolatori; compaiono aritmie, variabilità della pressione arteriosa, dermatografismo, vivacità dei riflessi muscolo tendinei, fini tremori alle dita o alle palpebre. Non mancano casi in cui compaiono sintomi neurologici quali crisi convulsive, perdita di deambulazione ed eloquio. Quanto di più proximale si ebbe al riconoscimento dell'eziologia traumatica nella letteratura psichiatrica italiana emerge proprio dagli scritti dei medici collocati al fronte, impegnati nell'assistenza immediata (Babini, 2009, 55-59). Tuttavia, e a dispetto di queste aperture, l'edizione 1918 del manuale universitario di Tanzi e Lugaro emise un giudizio *tranchant* sulla questione. Si può dare un fattore psichico nella patologia psichiatrica, ma esso è indubbiamente secondario all'effettivo fattore eziologico, costituito da una minore resistenza del proprio sistema nervoso:

È oggi interamente fuori discussione l'importanza che va assegnata al fattore psichico. Nascono invece divergenze quando si vuol precisare la natura di questo fattore psichico. [...] Ma si ammette che nella genesi della malattia debba aver parte importante un fattore personale predisponente. Siccome fra le centinaia di persone che soggiacciono [...] a traumi bellici, soltanto pochi si ammalano di nevrosi traumatica, si pensa che queste persone, col fatto stesso di ammalarsi di nevrosi, documentino una resistenza del loro sistema nervoso inferiore alla normale e quindi una disposizione latente alla malattia che contraggono (Tanzi, Lugaro, 1918, 687).

In mancanza di una formulazione definitiva e unitaria, al di là di questi primi tentennamenti della fede somatista, la scelta più conservativa fu quella di aderire al paradigma delineato da Arturo Morselli e Ferdinando Cazzamalli, che equipararono le psicosi di guerra a quelle insorte in tempo di pace. Il possibile problema del trauma ambientale è dissolto nella constatazione di una minore resistenza organica. L'esteso panorama del somatismo psichico italiano, quella “mitologia cerebrale” così definita da Roberta Passione (2015), si interruppe decisamente nei confronti del problema relativo al trauma bellico solo nel testo di Gemelli (1917; si cfr. anche De Sanctis, 2018), pur contraddistinto da un

certo tatto politico. Né poterono gli alfieri nostrani del pensiero psicomodinamico (Edoardo Weiss e Marco Levi Bianchini), nel loro isolamento accademico, spezzare la levata di scudi somatista, pur al netto di un vivace impegno (Babini, 2009; Mecacci, 2017). Come ben sottolinea Scartabellati, la psichiatria italiana si dimostra “sorda per scelta e muta per convenienza” (Scartabellati, 2005, 163) rispetto alla nozione di trauma, in particolar modo se bellico. È vero che soltanto il superamento del vicolo cieco imboccato con l’abbandono della cosa pubblica al progetto fascista consentirà alla psichiatria italiana di recuperare un orizzonte intellettuale più francamente in linea con il discorso scientifico e con la cultura europea. Ed è altrettanto vero che in Italia, a differenza di altri paesi, la guerra non favorì la diffusione della psichiatria dinamica (Pick, 2002; Babini, 2014).

Ci sono tuttavia degli indizi che fanno supporre che la psichiatria fu muta e sorda per convenienza, ma forse non del tutto cieca. Da un certo punto di vista, sarebbe bizzarro sostenere il contrario: ovvero che gli psichiatri italiani non avessero sollevato nessun sopracciglio dinanzi a questi “nuovi” pazienti che il processo bellico portava, in numero considerevole, all’osservazione. Ma, come si è sopra sottolineato, è plausibile ritenere che il dato empirico fosse stato recepito: anche se sulla sua assimilazione rimane molto da dire.

4. Tutti i segni di un’evidente degenerazione

Rispetto ad altre collezioni di materiali (Bianchi, 2001; La Fata, 2014), quelli relativi alla Clinica di Malattie Nervose e Mentali di Pellizzi non lasciano sospettare che essa fosse stata, durante il periodo bellico, luogo eminentemente dedicato all’accoglienza degli oltre 20.000 soldati italiani che furono giudicati “neuropatici” o “pazzi”. Nella struttura pisana, distante dal tuono degli obici, perdurarono le attività cliniche – per così dire – eminentemente “territoriali” che si sono osservate nel periodo precedente (Muti et al., 2018). L’allarme provenne semmai dal settore amministrativo dei Regi Spedali, in difficoltà di fronte all’insolvenza dell’Amministrazione Provinciale di Pisa e costretti a farsi carico del costo dei molti malati psichiatrici incapaci di provvedere alla retta giornaliera.

Dal punto di vista della popolazione ricoverata, a fronte di una maggioranza assoluta di pazienti provenienti dalla provincia di Pisa, i registri clinici conservano traccia – non sempre completa – di 68 militari ricoverati dal 1915 al 1918, a fronte di 527 civili. I soldati furono condotti così lontano dal fronte per una varietà di ragioni cliniche. Alcune sono relative a stati ben noti dal personale della clinica: epilessia (8) e frenosi maniaco depressiva (9). Ma i registri riportano casi di natura più strettamente congenita quali l’“idiozia” (4) e la *dementia praecox* (4). Non stupisce, alla luce di quanto sopra considerato,

l'assenza di etichette che possano richiamare il trauma, la psicosi acuta, e in particolare l'eziologia bellica.

Peraltro, in questa popolazione, la diagnosi maggioritaria risulta costituita da una condizione specifica: ovvero la "degenerazione mentale", presente in 11 casi. Nei registri di Pisa questa dizione non è mai impiegata per pazienti civili: tuttavia è la più frequente nei militari ricoverati durante la Grande Guerra. Segue l'altrettanto vaga "confusione mentale", questa attestata, in rari casi, anche in precedenza. Scarsi gli appunti su questi casi: "vertigini", "mutacico" oppure "clamoroso", "tremori". Chiaramente, l'osservazione in merito al singolare uso di "degenerazione mentale" vale per il linguaggio diagnostico attestato nei registri della Clinica di Malattie Nervose e Mentali di Pisa. Altrove questa etichetta nosografica era attestata: ad esempio, Fiorino (2016) riporta come degenerazione, confusione, disordine del contegno siano etichette nosografiche molto ricorrenti nelle cartelle dei disertori della Grande Guerra inviati nel manicomio criminale di Aversa tra il 1916 e il 1918. In effetti il somatismo non era un coro omogeneo in Italia: sempre Fiorino segnala la rilevanza della trattatistica di Angelo Alberi, Lionello De Lisi, Ezio Foscarini e Giuseppe Pellacani (Fiorino, 2016). Tuttavia, se si considerano i documenti relativi alla Clinica di Pisa¹¹, queste diagnosi appaiono applicate solo ai casi dei militari. Si ha l'impressione che la disamina dei pazienti proveniente dal fronte abbia introdotto un linguaggio nosografico che non ha precedenti nel sistema impiegato a Pisa. Più indicazioni sintomatologiche che veri e propri sforzi diagnostici, queste etichette richiamano due concetti nosografici, entrambi di natura molto diversa rispetto all'impianto kraepeliniano e somatista che caratterizzava la pratica diagnostica a Pisa in tempo di pace (Muti et al. 2018). Da un lato l'idea che un effetto ambientale possa elicitare una disposizione patologica, su base genetica, e che questa disposizione pervenga alla trasmissione ereditaria deriva da un paradigma duraturo (Simonazzi, 2013), e può essere ricondotta (in ambito psichiatrico) sino al contributo di Morel del 1857:

Si l'imbécillité congénitale, l'idiotie sont les termes extrêmes de la dégradation chez les descendants d'individus alcoolisés, un grand nombre d'états se révèlent à l'observateur pas des aberrations de l'intelligence et pas des perversions tellement extraordinaires des sentiments, que l'on chercherait en vain la solution de ces faits anormaux dans l'étude exclusive de la nature humaine déviée de son but intellectuel et moral. (Morel, 1857, p. 80)

Una delle idee che sembrano emergere dagli scarni appunti dei registri è quella relativa a uno stato di degenerazione congenita, specchio di una non ben

¹¹ Ed in particolare le filze che raccolgono i Registri della Clinica di Malattie Nervose e Mentali. Cfr. nota 5.

specificata “anormalità” annidata nel corpo militare, già paventata da Consiglio (1912) all’epoca delle guerre coloniali. “Degenerazione mentale”, in particolare, richiama alla mente la nozione paradigmatica di una minore resistenza organica ad eventi ambientali altrimenti neutri, ipotesi che trova spazio nei testi sopra citati di Arturo Morselli, Ferdinando Cazzamalli e, in seguito, nel *Trattato* di Tanzi e Lugaro. L’altra nozione soggiacente (soprattutto sul versante sintomatologico più che eziologico) a questi rilievi psicopatologici è quella della neurastenia. Malattia “moderna” e “americana”, era stata descritta come un peculiare stato di esaurimento mentale e fisico conseguente allo stress della vita nelle grandi città industriali, con un corteo di sintomi somatici aspecifici (cefalee, nausea, perdita di appetito, sonnolenza) da George Beard (Beard, 1869; Beard, 1880; Sicherman, 1977).

Al di là di questi riferimenti ad una letteratura ormai “classica”, le etichette “degenerazione mentale” e “confusione mentale” sono quindi (soprattutto nel primo caso) un *hapax legomenon* del linguaggio scientifico nel contesto dei registri clinici di Pisa. Esse compaiono nei militari ricoverati, ma non nei civili che, nello stesso periodo, accedettero alla Clinica. Difficile sospettare che si tratti di patologie non correlate con l’esperienza bellica. Rimane altrimenti da spiegare perché, soltanto presso i militari, si sia scelto di non impiegare come di consueto le dizioni precedentemente preferite, che seguivano, con dovute eccezioni, le proposte avanzate da Tanzi nel 1905 (Muti et al., 2018).

È più probabile che, nel contesto del vocabolario diagnostico delle fonti, queste etichette giochino il ruolo di variabili algebriche della psicopatologia: marcano un’incognita, e rimandano altrove per la sua soluzione. Quindi la “strana malattia” lasciò tracce di sé nella pratica diagnostica pisana, seppur in forma indiretta.

Da un punto di vista della gestione del paziente, si osserva una maggioranza assoluta di licenziamenti nei pazienti militari: a fronte di soltanto otto trasferimenti in manicomio, i soldati trattati a Pisa sono stati tutti licenziati (o più spesso, riconsegnati ad autorità militari) dopo un ricovero la cui durata risulta più breve in modo statisticamente significativo rispetto a quello dei civili¹². Il razionale clinico, insomma, nell’ambito di una clinica che – si è visto sopra – destina la maggior parte dei suoi ricoverati al licenziamento, consiste nel considerare rapidamente come “guarito” (interamente o parzialmente) l’assistito, per poi riconsegnarlo al contesto della vita militare. L’ipotesi già segnalata da Milazzo, per cui la popolazione militare ricoverata lontano dalle

¹²Confrontando la durata media del primo ricovero in due gruppi di pazienti, civili e militari, in tutti i casi completi di prima ospedalizzazione dal 1907 al 1920, tramite t-Test, è possibile osservare una differenza significativa, con una durata media del ricovero per i soldati di 36.52 giorni, a fronte del più alto valore dei civili, che si attesta a 47.52 giorni ($t = -3.789$; $p < 0.001$). I registri clinici analizzati, come riportato nella nota 5, sono conservati presso AOUP.

prime linee sarebbe soggetta ad una diversa “politica manicomiale” caratterizzata da un “repentino licenziamento” trova piena conferma statistica nel campione pisano (Milazzo, 2018). Inoltre, se si considera il totale dei 585 pazienti di cui si conservano i dati relativi alle dimissioni¹³ ricoverati dal 24 maggio 1915 all’11 novembre 1918, si nota che il trasferimento in manicomio è attestato nel 44.1% dei casi; mentre i 1560 pazienti ricoverati in tempo di pace dal 1907 al 1920 sono destinati a questa struttura solo nel 33.7% dei casi. La differenza è significativa ($\chi^2=20.040$; $p<0.001$), ed indica che i “licenziamenti repentini” dei soldati avvengono in un momento la Clinica di Pisa aumenta il numero di trasferimenti in manicomio. Insomma: se sul piano diagnostico i registri riportano un imbarazzato silenzio, la prassi al contrario risulta chiara. In un momento in cui aumenta il numero di civili trasferiti in manicomio, la popolazione militare ricoverata è caratterizzata da una rapida ospedalizzazione, e da un tasso di istituzionalizzazione estremamente limitato (8 casi accertati su 68).

I registri attestano una sola occorrenza di patologia legata ad un evento traumatico durante il periodo bellico: per la precisione “impulsività da trauma”. Si tratta infatti del caso di L. M., civile di trentatré anni, affetto anche da epilessia, che viveva in un piccolo villaggio nei pressi di Pisa. Manca del tutto, nel suo caso, una connotazione “bellica” del trauma riscontrato. La guerra sembra aver portato a Pisa l’idea (seppur vaga e dimidiata) di una patologia “diversa”, non precedentemente nota, e presente solo nei militari; ma non si riconobbe mai nel periodo bellico un rapporto di causa ed effetto fra l’esperienza del fronte e lo stato psichico osservato.

Gli effetti del conflitto sulla popolazione ricoverata divennero però più evidenti in seguito. A questo proposito si può consultare un dattiloscritto¹⁴ del 1925, firmato da Pellizzi, relativo al caso di C. C., nato nell’aprile del 1897 a Stazzema. Tenente nel primo conflitto mondiale, C.C. fu fra i combattenti al fronte. Ferito ad un piede prima, e ammalatosi di malaria poi, venne inizialmente condotto in un ospedale di campo, e da lì a Pisa. Tuttavia:

Alla fine di guerra [sic] dette segni di alienazione mentale (paranoia persecutiva e psicosi post-bellica) e perciò fu ricoverato nel Manicomio di Cogoleto dove stette circa sei mesi, uscendo con pensione di 1° Categoria. Terminata la guerra non volle e non poté seguitare con gli studi e si dette a sperperare tutta la pensione. Non volle e non poté piegarsi a far niente. Provammo a fargli studiare telegrafia; invano. Voleva darsi all’arte cinematografica; non volemmo sapendo che sarebbe stata una nuova via per girare e sprecare danaro. Stette in casa facendo sempre stranezze.

¹³ Su 593 totali: come si è sopra annotato, i registri non riportano i dati completi per alcuni pazienti.

¹⁴ AOUP, Miscellanee.

Quando Corrado non “stava in casa” era solo per combinare qualcosa di inconsueto (a quanto pare, avrebbe persino “spaventato un prete”). Ebbe un momento di miglioramento, coincidente con il fidanzamento con una “signorina” lucchese, ma “il fidanzamento viene troncato quando la famiglia [...] si accorge che non è normale”. Poco dopo occorre la prima, pittoresca, fuga¹⁵:

Il 4 febbraio del '22 abbandona ufficio e casa, portando via danaro (aveva più di 7000 lire alla Cassa di Risparmio). Lascia nella casa ove abita lettere listate di nero dirette ai parenti dichiaranti il suicidio. Qui ricerche della famiglia, dolori immensi. Girovaga e fa stranezze nei luoghi ove va. Perde roba; un anello, una rivoltella. In mutande fu visto fare atto di gettarsi da un terrazzo. Va a finire a Montecassino, ove visita il luogo. Fa dire una messa, tiene una corona al braccio e dice di essere uno scultore di Pietrasanta.

Dopo questa vicenda, che il paziente definì “scappatella”, C. C. si dette al fascismo recandosi “alla marcia su Roma”, dopodiché continuò con peregrinazioni bizzarre, interrompendo il rapporto di lavoro che nel frattempo era riuscito ad ottenere.

Il 5 luglio 1923, a insaputa di tutti abbandona casa e ufficio e a piedi traversa monti, senza passaporto, e va a Vienna. Di là scrive una cartolina con questa frase: “si spiritu nobis quis contra nos?” per dimostrare la sua bravura nell’aver attraversato i confini senza passaporto. La madre e una sorella si recano a Genova per spedirgli i documenti e vestiario da lui richiesti. Chiede anche danaro. Ritorna a Genova ed è di nuovo riammesso in ufficio dove si comporta bene e lavora. Nell’ottobre del '23 abbandona come al solito casa e ufficio, traversa monti e va a Lucca dove viene fermato dal Commissario di P.S. Il padre, il fratello ed il futuro cognato lo trovano agitato e lo riconducono a casa a Viareggio. Con un certificato del padre per scusare l’assenza viene riaccettato in ufficio. Questa vicenda si ripeté spesso:

Un giorno si assenta (sempre all’insaputa) e piomba a Bari ed è raccolto sulla pubblica via e portato al Manicomio “Mater Domini”. Scrive di là che aveva voluto perder la ragione senza riuscirvi. Dopo un mese e mezzo viene rimandato a casa dove si mantiene quieto per una ventina di giorni. Scrive continuamente, tutto gli dà noia; persone, luoghi (topofobia), si eccita chiede ed esige denaro per ritornare (dice) a Genova per i suoi affari. Parte e finisce invece a Torino da dove viene inviato al Manicomio di Collegno. Pare che fosse stato raccolto sulla via mentre gli prendevano fuoco gli abiti.

¹⁵ Sul tema della fuga del folle, si cfr. Hacking, 1994; per quanto riguarda le “fughe” dei soldati si veda Fiorino, 2011; Valeriano, 2014; Scartabellati, 2008.

C. C. ebbe modo di “visitare” diverse strutture sanitarie: Cogoleto, Fregionaia, Collegno, Viareggio e infine Pisa. Si tratta di una vicenda sanitaria complessa, che testimonia l’accesso multiplo alle strutture da parte di un individuo, evidentemente sempre licenziato nonostante dimostrazioni non piccole di “pericolosità” ai sensi della legge giolittiana (quali ad esempio reiterati tentativi di suicidio, anche in luoghi pubblici). Ciò che rende interessante questo caso è la diagnosi che viene emessa a Pisa: “paranoia persecutiva e psicosi post-bellica”. Si noti qui, la dizione: psicosi post-bellica significa il momento dell’insorgenza. In questo caso, e in contravvenzione con le affermazioni di Morselli e del manuale di Tanzi e Lugaro, la diagnosi di C.C. pone un rapporto temporale fra la partecipazione ad azioni di guerra e l’insorgenza della patologia; ma non scioglie la riserva sul concetto di “trauma”, ovvero sulla possibilità che, a qualche livello, il corpo accusi un colpo psicologico¹⁶.

Il documento non riporta in nessun passaggio il versante soggettivo del paziente, ed è rapidissimo sui suoi trascorsi militari. Da questo punto di vista, ancora, è palese come ancora l’attenzione del medico non ritenesse rilevante l’esperienza soggettiva del vissuto traumatico. Tuttavia, la psichiatria poteva contemplare orizzonti in cui l’evento bellico venisse eletto a causa eziologica specifica, e andasse a costituire un effettivo quadro psicotico elicitato dagli eventi bellici. Per quanto riguarda il caso specifico di Pisa, ciò avvenne soltanto dopo la prima metà degli anni ’20, complice forse anche il mutato atteggiamento intellettuale, dai tempi della Grande Guerra, nei confronti della letteratura scientifica internazionale (Scartabellati, 2011).

5. La malattia impossibile

Durante il conflitto non si valicò in modo significativo, tanto in Italia quanto nella Clinica di Malattie Nervose e Mentali di Pisa, il perimetro cautelativo che l’accademia italiana dispose attorno alla nozione della patologia psichiatrica ad eziologia bellica. I materiali qui analizzati potrebbero aiutare a “rettificare l’indistinto *aplomb* di discontinuità che [...] è stato associato alla Grande guerra dalla storiografia italiana degli ultimi anni” (Scartabellati, 2005). In effetti, pur non sempre praticando quanto predica, la psichiatria italiana nel periodo bellico ha ripensato in questo frangente i contenuti della cultura positivista italiana, che in effetti possono essere riconosciuti più tardi in luoghi e climi intellettuali di segno differente (Cassata, 2006; Babini, 2009).

La Clinica di Pisa, creatura “ulteriore” rispetto al peculiare frenocomio provinciale di San Girolamo a cui inviava i casi che non poteva far custodire alle famiglie (Muti et al., 2018; Fiorino, 2011), non aprì mai la scatola nera costituita

¹⁶ Per le problematiche relative al concetto di trauma nella storia della psichiatria si può cfr. Micale, Lerner, 2001; Kansteiner, 2004; Leese, 2002; Alzheimer, Borri, 2015.

dal problema eziologico posto dalla “strana malattia”. Tuttavia, nei documenti clinici qui analizzati si riscontrano le tracce di una prima manipolazione di questi materiali altamente reattivi. Se sulla sintomatologia le fonti mantengono il riserbo, la prassi si allinea scopertamente con le convenienze dell’ora presente: ogni riferimento alla possibile eziologia bellica era accuratamente evitato, non fosse che per non dare adito alla richiesta di una pensione. I militari ricoverati venivano rapidamente licenziati, con una obiettiva regolarità e un ritmo maggiore dei pazienti civili. In questo, la Clinica pisana gestita da Pellizzi si limitò a proseguire e accelerare una prassi precedente (Muti et al., 2018).

Tuttavia, si manifestarono, al momento di dover assegnare una diagnosi, celati segni di perplessità dinanzi a forme di patologia che non potevano essere ricondotte alla nosografia sino ad allora impiegata. E sebbene ci fossero molti precedenti in tempo di pace, neppure uno dei casi di militari fu liquidato come “simulazione di alienazione mentale”, mancando così di rivestire uno dei ruoli profilattici che erano stati a suo tempo assegnati alle discipline psichiatriche: lo “smascheramento” del simulatore (Milazzo, 2018). Il personale della Clinica di Pisa credette quindi alla realtà soggettiva della patologia dei soldati, oggettivizzandola in uno stato clinicamente rilevante; ma non si pronunciò mai sulla sua causalità bellica, né osò mai darle un nome.

Ad essere preferita è una dizione muta, l’indicazione di una malattia impossibile da ricondurre allo schema precedente: “confusione mentale”, “degenerazione mentale”, parole da altri medici ed in altri luoghi adoperate, ma sino ad allora mai comparse nei registri clinici di Pisa. Questa scelta appare ad un tempo come marcatura di discontinuità ed elemento di valorizzazione di una tradizione di ricerca percepita come l’unica epistemologicamente ineccepibile. La malattia portata dal vento delle granate appare “impossibile”, più che “strana”, nello spaccato di fonti pisane qui ripercorse; al punto che trovò nome e giustificativo solo nelle storie cliniche che succedettero al calor bianco del conflitto e ai “doveri biopolitici dell’ora presente” altrove ricordati (Scartabellati, 2011; Milazzo, 2017). Ed era “impossibile” anche perché il somatismo allora professato dagli psichiatri esigeva che al disturbo psichiatrico corrispondesse un’alterazione organica. Tale approccio è anche quello manifestato da Pellizzi nei suoi saggi (Pellizzi, 1901) con l’auspicio di rendere la psichiatria una disciplina sempre più analoga alle altre branche specialistiche della medicina. Si sarebbe trattato di abbandonare l’alveo di quelle letture scientifiche che la psichiatria di guerra raccomandava, gettandosi nell’incertezza di psicologismi la cui lingua era, nella percezione comune, quella dell’invasore (Gibelli, 1991; Manente, Scartabellati, 2005; Babini, 2009; Scartabellati, 2015).

Sembra improbabile pensare che le considerazioni del 1925 sul caso di “psicosi post-bellica” si siano prodotte per brillante precursione dei tempi. D’altronde già da tempo i più percettivi osservatori dell’epoca erano al corrente di come, negli

originali ministeriali, fossero presenti molti più dati sulle patologie nei militari di quanti non ne fossero stati diffusi al grande pubblico (Milazzo, 2018). Semmai, il problema dell'eziologia traumatica di condizioni psichiche (Bonomi, 2000) sembra superato ad anni di distanza proprio perché, pur fra tutte le cautele del caso, l'escursione della psichiatria italiana compiuta negli ospedali da campo aveva depresso alcuni semi sotto la neve del somatismo radicale. E forse anche perché, fra un clamore delle armi e l'altro, si era ricavata una contingenza che consentisse l'applicabilità di questo concetto.

Bibliografia

- Alzheimer, A. Borri, M. (ed.) (2015). *La guerra e i nervi*. Ets: Pisa.
- Anon. (1917). Sullo stato mentale dei popoli belligeranti. *Quaderni di Psichiatria*, 4:224-225.
- Antonini, G. (1917). *La Psichiatria e la Guerra*. Milano: Cordani.
- Babini, V. (2009). *Liberi Tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*. Bologna: Il Mulino.
- Badash, L. (1979). British and American views of the German menace in World War I. *Notes and Records of the Royal Society of London*, 34: 91-121.
- Baioni, M. Setaro, M. (eds.) (2017). *Asili della follia. Storie e pratiche di liberazione nei manicomi toscani*. Pisa: Pacini.
- Beard, G. (1869). Neurasthenia, or nervous exhaustion. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 80(13): 217-221.
- Beard, G. (1880). *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment*. New York: William & Wood.
- Bennati, N. (1918). La etiologia dominante nella nevrosi traumatica di guerra. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 42: 49-86.
- Bianchi, B. (2001). *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*. Roma: Bulzoni.
- Bongiorno, V. (2013). Proposals for Mental Health in Italy at the End of the Nineteenth Century: Between Utopia and Anticipating the "Basaglia Law". *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9: 210-213.
- Bonomi, C. (2000). La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica" (1870-1920 ca.). *Teorie & Modelli*, 5(1-2): 125-161.
- Canfora, L. (1979). *Intellettuali in Germania tra reazione e rivoluzione*. Bari: De Donato.
- Carli, V., Corni, G., Ferrandi, G. (a cura di), (1998). *Gli intellettuali e la Grande Guerra*. Bologna: Il Mulino.

Cassata, F. (2006). *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*. Torino: Boringhieri.

Cazzamalli, F. (1916). Problemi eugenetici del domani. Guerra e degenerazione etnica. *Quaderni di psichiatria*, 3: 167-175

Consiglio, P. (1912). Studi di psichiatria militare. *Rivista sperimentale di freniatria*, 38: 370-407.

De Peri F. (1984). Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento. In A.A.V.V. (a cura di) *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*. Torino: Einaudi.

De Sanctis, D. (2018). *Introduzione*. In A. Gemelli, *La filosofia del cannone ed altri scritti di psicologia del soldato*. Pisa: ETS.

Direzione della Gazzetta Ufficiale, *Decreto 615*, in «Gazzetta Ufficiale», Roma 16/09/1909.

Fiorani, M. (2012). *Fuori dal manicomio. Assistenza e cura ai malati di mente nell'Italia del secondo Novecento*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.

Fiorino, V. (2011). *Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978)*. Pisa: Ets.

Fiorino, V. (2016). *Passioni, emozioni, commozioni. Passaggi analitici della psichiatria italiana durante la Prima Guerra Mondiale*. In V. Fiorino, A. Fussi (eds.), *Emozioni, corpi, conflitti*. Pisa: Ets.

Flashar, H. T., Lindken, T. (1985). *Wilamowitz nach 50 Jahren*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Foucault, M. (2011). *Storia della follia nell'età classica*. Milano: Rizzoli.

Harrington, A. (2018). *La scienza di nuovo incantata*. Roma: Fioriti.

Jones, E., Fear, N. T., Wessely, S. (2007). Shell shock and mild traumatic brain injury: a historical review. *American Journal of Psychiatry*, 164(11): 1641-1645.

Gemelli, A. (1917). *Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*. Milano: Treves.

Giovannini, P. (2016). "La pazzia dei combattenti". Le origini della psichiatria di guerra in Italia. *Storia e problemi contemporanei*, 73: 157-179.

Giuntini, A. (2009). L'assistenza ai malati di mente nella Provincia di Modena dalla legge del 1865 alla Seconda guerra mondiale. In Giuntini, A. (a cura di) *Povere Menti. La cura della malattia mentale nella provincia di Modena fra Ottocento e Novecento*. Modena: Tem, 107-142.

Grassi, G., & Bombardieri, C. (2016). *Il policlinico della delinquenza. Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*. Milano: Franco Angeli.

Guarnieri, P. (2009), Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938). *Studi Storici*, 2: 477-521.

Hacking, I. (1994). *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*. Roma: Carocci

Kansteiner, W. (2004). Genealogy of a category mistake: a critical intellectual history of the cultural trauma metaphor. *Rethinking history*, 8(2), 193-221.

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

Latini, C. (2012). Soldati delinquenti, scienza giuridica e processi penali nell'Italia unita. *Historia et ius*, 2:1-13.

Leese, P. (2002). *Shell shock: traumatic neurosis and the British soldiers of the First World War*. London: Springer.

Lombroso, C., Bianchi, L., (1884). *Misdea e la nuova scuola penale*, Torino: Bocca

Loughran, T. (2012). Shell shock, trauma, and the First World War: the making of a diagnosis and its histories. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 67(1): 94-119.

Manente, S., Scartabellati, A. (2005). Ipotesi e tracce per lo studio di una biografia di gruppo tra scienza e identità della politica (1894-1927). *Teoria & Modelli*, 10(2): 83-105.

Mantovani, C. (2004). *Rigenerare la società: l'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*. Soveria Mannelli: Rubbettino.

Mecacci, L. (2017). *Storia della psicologia del Novecento*. Bari: Laterza.

Micale, M. S., & Lerner, P. F. (2001). *Traumatic pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870–1930*. Cambridge: CUP.

Miklavcic, A., Scartabellati, A. (2008). Difendere il corpo sano. Quando la psichiatria era il paladino della nazione in guerra. In Scartabellati A. (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza di matti e psichiatri nella grande guerra*. Torino: Marco Valerio, 119-152.

Milazzo, F. (2017). La “guerra dei nervi”. Shell Shock, nevrosi traumatiche e primo conflitto mondiale. *Peloro*, 2(1): 59-85.

Milazzo, F. (2018). Smascherare il soldato simulatore. Difesa sociale e istanze disciplinari in ambito militare prima della Grande Guerra. *Diacronie*, 33(1): 1-19.

Moraglio, M. (2006), Dentro e fuori il manicomio. L’assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre. *Contemporanea*, 9(1): 477-521.

Moraglio, M. (2009). Prigionieri di un’utopia. Il manicomio dalle speranze terapeutiche alla routine segregante. In Giuntini, A. (a cura di), *Povere menti. La cura della malattia mentale nella provincia di Modena fra Otto e Novecento*. Modena : Tem, 55-76.

Morel, B.A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*. Paris: Ballière, vol.I.

Morselli, A. (1916). Psichiatria di guerra. *Quaderni di Psichiatria*, 3: 65- 72.

Muti, D., Carpita, B., Diadema, E., Massimetti, G., Conti, L., Carmassi, C., & Dell’Osso, L. (2018). Management of psychiatric patients before deinstitutionalization: an inquiry into the years 1907-1913 in Pisa. *Rivista di Psichiatria*, 53(2): 80-87.

Muti D. Dell’Osso L. (2018). Internamento o Dimissioni? Pratica psichiatrica nella Clinica di Malattie Nervose e Mentali di Pisa all’inizio del Novecento. In Aliverti M. (a cura di), *La psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento. Dal manicomio al territorio*. Milano: Aracne, 91-106.

Myers, C. (1915). A contribution to the study of shell shock: being an account of three cases of loss of memory, vision, smell and taste admitted into the Duchess of Westminster’s war hospital, Le Touquet. *The Lancet*, 185(4772): 316-320.

Occhini, A. (2018). *Custodia domestica sussidiata del “pazzo tranquillo” nella pratica manicomiale di inizi’900*. In M. Aliverti (ed.), *La psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento. Dal manicomio al territorio*. Milano: Aracne, 121-143.

Passione, R. (2015). Epistemological issues in the history of Italian psychiatry: the contribution of Gaetano Perusini 1879-1915). *History of Psychiatry*, 26(4): 460-469.

Pellizzi, G.B. (1901). *Studii clinici ed anatomo-patologici sull'idiozia*. Torino: Bocca.

Pick, D. (2002). Nevrosi di guerra. In Bresciani Califano, M. (a cura di), *L'uomo e le macchine*. Firenze: Olschki, 195-217.

Pieraccini, A., Morselli, E. A. (1901). *L'assistenza dei pazzi nel manicomio e nella famiglia: istruzioni elementari per infermieri ed infermiere*. Milano: Hoepli.

Pogliano, C.S. (1984). L'utopia igienista. In Della Peruta, F. (a cura di), *Storia d'Italia. Annali VII. Malattia e medicina*. Torino: Einaudi.

Pogliano, C.S. (1996). Il periodico ritorno di Lombroso. *Belfagor*, 51(6): 708-715.

Sadun, B. (1847). *I Misteri degli Oscurantisti. Dialogo fra Don Veleno, e Don Intruso*. Siena: Bemporad.

Sadun, B. (1860). *Sugli ostacoli che ritardano il progresso della igiene*. Siena: Mucci.

Sarteschi P. (1950). Giovanni Battista Pellizzi, *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 39(5-6):892-893.

Scarfone, M. (2016). Italian colonial psychiatry: outlines of a discipline, and practical achievements in Libya and the Horn of Africa. *History of psychiatry*, 27(4): 389-405.

Scartabellati, A. (2005). L'esplorazione castrense degli psichiatri italiani: continuità o discontinuità della Grande Guerra? *Rivista sperimentale di Freniatria*, 2: 149-168.

Scartabellati, A. (2008). Dalle trincee al manicomio. *Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*. Marco Valerio: Torino.

Scartabellati, A. (2011). Il dovere dei medici italiani nell'ora presente. Biopolitica, seduzione bellica e battaglie culturali nelle scienze umane durante il primo conflitto mondiale. *Medicina & Storia*, 7(14): 65-94.

Sicherman, B. (1977). The uses of a diagnosis: doctors, patients, and neurasthenia. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 32(1): 33-54.

Simonazzi, M. (2013). *Degenerazionismo: Psichiatria, eugenetica e biopolitica*. Milano: Mondadori.

Tanti, G. (1989). Materiali per lo studio della nascita della psichiatria a Pisa nell'archivio ottocentesco degli Spedali Riuniti. *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 2(5): 364-368.

Tanzi, E., Lugaro, E. (1918). *Trattato delle malattie mentali*. Milano: Società editrice libraria.

Tomassini, L. (1991). Guerra e scienza. Lo Stato e l'organizzazione della ricerca in Italia 1915-1919. *Ricerche Storiche*, 21(3): 748-751.

Valeriano, A. (2014). *Ammalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1880-1931)*. Roma: Donzelli.

Villa, R. (1985). *Il deviante ei suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*. Milano: Franco Angeli.