



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Studi Linguistici e Letterari

Corso di Laurea Magistrale in
Filologia Moderna
Classe LM-14

Tesi di Laurea

*Il mondo mentale e la Grande guerra
Il caso del manicomio di Sant'Osvaldo di Udine
(1913-1922)*

Relatrice
Prof.ssa Laura Schettini

Laureanda
Camilla Pavinato
n° matr.1242348 / LMFIM

Anno Accademico 2023 / 2024

A mio nonno Angelo

Indice

Introduzione	p. 7
I. La follia della Grande guerra	p. 13
1.1. Un nuovo approccio storiografico	p. 13
1.2. Una storia di uomini...	p. 17
1.3. ... di donne e di bambini	p. 22
II. Uno sguardo ai confini della città: il manicomio di Sant’Osvaldo	p. 31
2.1. «Psichiatria amministrativa» tra Otto e Novecento	p. 31
2.2. La « <i>Cjase dei mats</i> » di Sant’Osvaldo	p. 36
2.3. I “mentecatti”	p. 43
III. Tracce delle donne internate nel manicomio di Sant’Osvaldo di Udine	p. 51
3.1. Guerra tra pazzia e miseria	p. 54
3.2. Non solo infanticidio: donne e criminalità comune	p. 58
3.3. Gravidanze illegittime	p. 66
3.4. Le famiglie	p. 69
IV. Tracce degli uomini internati nel manicomio di Sant’Osvaldo di Udine	p. 75
4.1. I soldati della grande guerra	p. 76
4.1.1. “Scemi di guerra”	p. 78
4.1.2. Una guerra senza via di scampo	p. 83
4.1.3. Miseria e povertà	p. 85
4.2. Tra carcere e manicomio	p. 87
4.3. Le famiglie	p. 90
Conclusioni	p. 101
Glossario	p. 107
Riferimenti bibliografici	p. 111
Sitografia	p. 117

Introduzione

Negli ultimi decenni la storiografia ha studiato le guerre mondiali con nuove prospettive: dopo aver dato rilevanza alla storia politica, diplomatica, militare e sociale dei conflitti si è infatti concentrata anche sulla storia delle emozioni, indirizzando gli studi sulle conseguenze che i conflitti hanno avuto in ambito psicologico.

Il mio elaborato si colloca nel solco di questo nuovo filone di studi e ha come obiettivo quello di misurare l'impatto che la Grande guerra ha avuto sulla salute mentale, le relazioni, la percezione di sé in un contesto specifico e significativo, quello dell'area di Udine.

In particolare, il mio lavoro si è concentrato sulla popolazione maschile e femminile internata nel manicomio di Sant'Osvaldo di Udine tra il 1913 e il 1922. Attraverso l'analisi dei registri e di un campione di cartelle cliniche conservate nell'archivio del manicomio di Sant'Osvaldo di Udine ho analizzato l'andamento dei ricoveri, le motivazioni dell'internamento, le diagnosi e le storie personali dei pazienti.

Nel corso delle mie ricerche ho prestato particolare attenzione agli strumenti offerti dalla storia di genere, chiedendomi in che modo modelli e aspettative legate alla mascolinità e alla femminilità hanno condizionato gli internamenti, le diagnosi, le forme della follia, l'impatto con la guerra da parte della popolazione civile e nei soldati.

Nel primo capitolo della mia tesi ho analizzato gli aspetti più significativi che il moderno approccio storiografico ha messo in luce, cercando di ricostruire l'«esperienza vissuta» e la memoria dell'immaginario psichico durante la Prima guerra mondiale.

È evidente che per lungo tempo gli studi sulla Grande guerra tralasciarono l'impatto emotivo che questa ebbe sull'essere umano. Grazie però alla recente evoluzione psichiatrica iniziò anche a svilupparsi un interesse per la sua storia, che portò, di conseguenza, a cercare anche un riscontro che motivasse l'ingente numero di ricoveri manicomiali durante gli anni della guerra. A questo proposito gli psichiatri iniziarono a studiare tutti quei casi di alienazione mentale verificatisi durante quegli anni cercando di comprendere quali fossero state le cause che avevano scatenato la pazzia, dimostrando

così che la malattia mentale era da considerarsi una componente imprescindibile della guerra, che si era diffusa tra i soldati e la popolazione civile come una vera e propria “epidemia”.

Ho poi concentrato il mio lavoro sull’analisi delle diverse forme in cui si manifestò la malattia, considerando distintamente uomini e donne, sempre nel contesto della Grande guerra.

Il secondo capitolo si apre con un *excursus* sulla storia dell’assistenza manicomiale italiana tra Otto e Novecento, ripercorrendo le tappe più importanti della nascita dei manicomi che avevano lo scopo di contenere ogni forma di alienazione mentale, internando tutti coloro che erano ritenuti di pericolo pubblico o di scandalo per la società. Infatti, tra la fine dell’Ottocento e i primi anni del Novecento si riscontrò un forte aumento della popolazione manicomiale, esponenzialmente all’aumento dei casi di pazzia.

Nel 1904, dopo lunghi dibattiti, proposte e convegni, venne promulgata la legge n. 36, che regolamentava l’assistenza manicomiale, che aveva come obiettivo quello di definire quali fossero le persone che dovevano essere internate in manicomio e con quali modalità di ricovero ed evidenziava l’importanza della figura dello psichiatra, all’interno dell’istituto che, oltre ad occuparsi dell’aspetto medico, quindi delle terapie e delle cure per i singoli individui, doveva anche gestire le ammissioni e i reparti. Questo imponente sistema di ricovero per i soggetti ritenuti affetti da alienazione mentale continuò la sua attività per quasi un secolo, fino a quando Franco Basaglia, uno psichiatra e neurologo italiano, diede un’importante svolta al sistema terapeutico con lo scopo di riformare l’organizzazione psichiatrica, rifiutando l’istituzionalizzazione finalizzata alla cura e la riabilitazione del malato di mente.

Nel 1978 il Parlamento italiano approvò la legge 180, proposta dallo stesso Basaglia, che sanciva «l’abolizione dell’istituto manicomiale sull’intero territorio nazionale».

Nell’ampio panorama dell’assistenza manicomiale si inserisce anche il manicomio di Sant’Osvaldo di Udine, inaugurato il 14 aprile 1904. In questo capitolo ne ripercorro le tappe principali, concentrandomi sulla gestione dei ricoveri e dei malati, sulle modalità di internamento e sulle pratiche terapeutiche introdotte dai direttori dell’istituto che si sono succeduti nel corso della sua storia, fino alla sua chiusura nel 1994, rendendolo uno degli istituti manicomiali più longevi nel panorama italiano.

Infine, ho concentrato la mia attenzione sulla popolazione manicomiale del Sant’Osvaldo di Udine, sottolineando quali furono le principali motivazioni che determinarono la malattia mentale negli anni della Grande guerra e del dopoguerra, mettendo in evidenza il contesto sociale a cui appartenevano i malati, la loro storia personale e familiare, i sintomi che diedero inizio alla manifestazione della malattia mentale e quali furono le principali diagnosi, facendo poi riferimento anche alle problematiche di *gender* che furono al centro delle dinamiche manicomiali, dove il genere fu spesso discriminante.

Gli ultimi due capitoli della mia tesi ho voluto costruirli in modo speculare, analizzando alcuni significativi casi clinici di internamento femminile e maschile, avvenuti tra il 1913 e il 1922 nel manicomio di Sant’Osvaldo di Udine. Questo lavoro è stato possibile grazie alla ricerca che ho avuto modo di svolgere presso l’archivio dell’ex manicomio di Udine, dove ho consultato centinaia di cartelle cliniche che mi hanno permesso di ricostruire importanti spaccati di vita manicomiale, mettendo al centro l’essere umano e la sua storia, inseriti nel più ampio contesto che sono stati la Grande guerra e il dopoguerra nella città di Udine.

In particolare, ho concentrato la mia ricerca su alcuni temi significativi che ho poi voluto utilizzare come filo conduttore del mio lavoro durante l’analisi delle cartelle cliniche. Ho quindi raggruppato le storie dei pazienti del manicomio di Sant’Osvaldo di Udine concentrandomi sulle dinamiche familiari, le perizie psichiatriche effettuate sui detenuti rinchiusi nelle carceri, la miseria e la povertà come principali cause di malattia mentale, le gravidanze illegittime che videro le donne disonorate agli occhi della società e la Grande guerra vissuta al fronte che condusse alla pazzia molti soldati.

All’interno di queste cartelle ho trovato alcuni documenti importanti, primo tra tutti il “certificato medico” nel quale era riportata la anamnesi dell’individuo e della sua famiglia e soprattutto venivano evidenziati quali fossero i comportamenti o gli eventi che avevano portato il paziente a manifestare i primi segni di alienazione mentale, prima dell’internamento manicomiale. Il “diario clinico” invece, veniva compilato dal medico dell’istituto e, oltre a riportare la diagnosi effettuata sulla base di un primo periodo di osservazione, registrava poi tutti i comportamenti del paziente durante il periodo di internamento, le terapie che venivano svolte, eventuali miglioramenti o peggioramenti e

infine, veniva riportata la motivazione della dimissione, qualora questa avveniva, o in caso di morte, la causa e l'ora del decesso.

Una delle fonti più preziose che ho avuto modo di trovare in questi documenti sono le lettere che spesso si scambiavano i familiari con il congiunto ricoverato in istituto. In altri casi invece i parenti del malato si rivolgevano al direttore, per chiedere notizie sullo stato di salute del proprio caro, chiedendone spesso il ritorno a casa, o al contrario per ribadirne la volontà di internamento o per far fronte alle difficoltà economiche che non permettevano loro di potersi prendere adeguatamente cura del proprio congiunto o semplicemente per “liberarsi del problema”.

Dallo studio di questi documenti è stato possibile indagare su un aspetto in particolare, quello relativo alla vita dell'alienato nella sua completezza, considerando diversi fattori quali il lavoro, le sue abitudini, il comportamento in famiglia e nella società, la sua condizione sociale, l'istruzione e l'alimentazione, che furono tutti fattori che contribuirono al suo ricovero in manicomio.

I dati statistici che ho inserito nel mio lavoro sono stati frutto di un'analisi svolta parallelamente sulle cartelle cliniche e sui registri consultati presso l'archivio dell'ex manicomio di Udine, dai quali ho potuto riscontrare che le ammissioni annuali dei pazienti in manicomio non corrispondono al numero di cartelle cliniche che ad oggi sono presenti in archivio, questo perché alcune sono andate perdute nel corso di spostamenti e sistemazioni, altre invece, in caso di paziente recidivo, sono state probabilmente raggruppate insieme alla cartella dell'ultimo ricovero. Grazie alla presenza dei registri ho quindi avuto la possibilità di avere un quadro generale d'insieme più completo dal quale ho potuto ricostruire i movimenti manicomiali durante gli anni presi in esame (1913-1922).

In questi anni l'andamento dei ricoveri non è stato lineare, evidenziando un maggior numero di ammissioni durante gli anni della Grande guerra e del dopoguerra. Ci furono alcuni avvenimenti significativi che determinarono il flusso della popolazione manicomiale. Ad esempio, nel 1916 il manicomio divenne il punto nevralgico per l'accoglienza e l'assistenza sanitaria dei soldati provenienti dal fronte, da questo ne conseguirono numerosi trasferimenti della popolazione civile in altri manicomi o nelle succursali. Nell'agosto del 1917 il manicomio venne in parte distrutto da alcune esplosioni di un deposito di munizioni vicino, che provocarono la morte di molti pazienti,

di medici e di infermieri e per i sopravvissuti furono predisposti altri trasferimenti; infine, nell'ottobre dello stesso anno, l'esercito austriaco, dopo aver invaso la città di Udine, occupò il manicomio adibendolo ad ospedale di riserva per il proprio esercito, infatti non sono pervenute cartelle cliniche relative agli anni 1918 e 1919, nel 1920 gli austriaci lasciarono definitivamente l'istituto.

Inoltre, è stato possibile riscontrare come, nella maggior parte dei casi, la permanenza in manicomio fosse ridotta e circoscritta alla durata massima di un anno, determinando un flusso di internamenti sempre molto movimentato, con accessi e dimissioni frequenti.

Ogni cartella clinica rappresenta un *unicum*, perché tra quelle pagine ci sono storie diverse le une dalle altre che, nel loro insieme, mi hanno permesso di ricostruire l'ampio spettro della popolazione manicomiale di Udine durante uno degli avvenimenti più significativi della nostra storia: la Prima guerra mondiale.

Capitolo I

La follia della Grande guerra

1.1. Un nuovo approccio storiografico

La Prima guerra mondiale colpì la vita di uomini e donne, bambini, adulti, anziani, militari e civili senza distinzione.

In quegli anni furono coinvolti in prima linea gli uomini, che si ritrovarono ad impugnare le armi e a combattere sotto il fuoco nemico, senza più alcuna certezza del loro futuro, ma il grande conflitto mondiale vide emergere sulla scena un nuovo protagonista, suo malgrado: la popolazione civile.¹

La Grande guerra portò con sé distruzione non solo fisica ma, anche mentale,² colpendo ogni aspetto della soggettività dell'individuo, stravolgendo improvvisamente la sua quotidianità presente e soprattutto riportando segni indelebili nel suo futuro.³

Proprio per questo, dall'inizio del secolo si ritenne necessario concentrarsi su un nuovo approccio storico in merito alla Prima guerra mondiale, spostando l'attenzione sulla sfera emotiva, indirizzando gli studi sulle conseguenze che il conflitto ebbe in ambito psicologico, riportando alla luce non sole le violenze psichiche rivolte ai soldati ma anche a quei «soggetti dimenticati»⁴, come donne e bambini, costretti anche loro a subire le atrocità della guerra.

Il moderno approccio storiografico si pose quindi come nuovo obiettivo quello di cercare di ricostruire l'«esperienza vissuta», i cambiamenti della memoria e dell'immaginario psichico durante la Grande guerra, ricercando quali fossero le cause e

¹ Francesco Paoletta, «Solo un'immensa fonte di dolore». *Appunti per una ricerca sulle donne in manicomio durante la Grande Guerra*, in «E-Review», n. 2, 2014, p. 1.

² Pieter Verstraete, Martina Salvante, Julia Anderson, *Commemorating the disabled soldier: 1914-1940*, in «First World War Studies», vol. 6, n.1, 2015, p. 1.

³ Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino, Universale Bollani Boringhieri, 2007, p.8.

⁴ Andrea Falcomer, *Gli "orfani dei vivi". Madri e figli della guerra e della violenza nell'attività dell'Istituto San Filippo Neri (1918-1947)*, in «DEP», n. 10, 2009, p. 76.

poi le terribili conseguenze della guerra che aveva segnato il corpo e l'animo degli esseri umani con traumi irreversibili.⁵

È evidente che gli studi sulla Prima guerra mondiale furono caratterizzati da un forte disinteresse verso l'impatto emotivo che la guerra ebbe sull'essere umano, poiché l'ambito di interesse principale fu quello politico-istituzionale.

Grazie però alla recente evoluzione della psichiatria iniziò a svilupparsi un interesse verso la sua storia e ciò portò gli studiosi a scavare dentro il passato e alla memoria, cercando di comprendere e di riportare alla luce le conseguenze psichiche ed emotive della guerra.⁶

Molti aspetti legati alla Grande guerra, ignorati a lungo e spesso volutamente, furono studiati con una nuova lente di ingrandimento, con lo scopo di ridare voce a tutte quelle vittime rimaste in silenzio. Da un lato c'erano le donne che, rimaste sole e abbandonate, si ritrovarono ad assumere un nuovo ruolo al di fuori delle mura domestiche, affrontando la miseria e il dolore per la lontananza o la perdita di un loro parente partito per il fronte e infine, subendo violenze e abusi che si protrassero per tutta la durata del conflitto mondiale. Dall'altro lato c'erano i soldati, costretti a vivere una nuova quotidianità fatta di paure e incertezze, con la convinzione che quella guerra non sarebbe mai finita e che il loro unico destino sarebbe stato la morte.⁷

Gli psichiatri iniziarono a comprendere e analizzare gli effetti emotivi scatenati durante il periodo bellico, studiando i casi di quegli individui che durante la guerra iniziarono a manifestare «confusione mentale e allucinazioni». I primi obiettivi si concentrarono sull'individuazione di tutte quelle situazioni in cui veniva evidenziata un'importante alterazione psichica, con lo scopo di chiarire i sintomi, le cause, le conseguenze e delineare una storia nuova, che riguardasse, uomini e donne, nella loro totalità, senza distinzione. Parallelamente, i medici vollero trovare una risposta

⁵ Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, cit., p.5.

⁶ Fabio Milazzo, *Scrivere la follia. La storiografia italiana tra le mura del manicomio*, Genova, in <http://www.psychiatryonline.it/>, 2016, p.1.

⁷ Monica Biasiolo, *Il corpo violato di Caporetto. Scrittura, arte e politica davanti alle donne, vittime invisibili della Nazione*, in Belviso Francesca, De Paulis Maria Pia, Giaccone Alessandro, *Il trauma di Caporetto: Storia, letteratura e arti*, Torino, Accademia University Press, 2018, p. 279.

all'aumento di casi di alienazione mentale o ricoveri manicomiali circoscritti agli anni della Prima guerra mondiale e del successivo dopoguerra.⁸

Per l'appunto, tra il 1914 e il 1918, si diffuse tra i soldati e la popolazione civile una vera e propria "epidemia" che causò forti traumi psicologici che si manifestarono con sintomi come panico, ansia e depressione, attacchi epilettici, lasciando segni prolungati e, per la maggior parte dei casi, anche irreversibili.⁹

La malattia mentale fu una componente imprescindibile della Prima guerra mondiale, manifestandosi su grande scala tra soldati e popolazione civile, suscitò una forte attenzione negli storici sociali e culturali.¹⁰

Come i soldati che combattevano al fronte, anche una parte della popolazione civile, subì un forte shock, che consistette nel «superamento di un confine oltre il quale non erano più loro stessi» e ogni cosa si mescolava senza distinzione, così come la vita con la morte.¹¹

La guerra causò l'annullamento dell'individualità della maggior parte di uomini e donne, portandoli verso la graduale perdita della loro dignità in quanto esseri umani, e provocando un'inevitabile conseguenza: la follia.¹²

La nevrosi, in ambito bellico chiamata anche "nevrosi di guerra", fu la principale malattia mentale che dilagò senza controllo negli anni della guerra, tra le fila dell'esercito e nelle trincee. Spesso i soldati cercavano una via di fuga nella pazzia, simulando gli effetti della malattia mentale, nella speranza di poter essere rimandati a casa perché considerati non più idonei per prestare il servizio militare.

In realtà, la maggior parte delle volte i sintomi della malattia mentale si manifestavano senza accorgersene, come conseguenza delle circostanze estreme in cui uomini e donne si ritrovarono a vivere durante la Grande guerra. In quegli anni nei

⁸ Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, cit., p. 20.

⁹ Riccardo Castellana, *Le ferite della memoria. Il tema dell'amnesia e la Prima guerra mondiale*, in «allegoria» n. 74, 2023, p. 98.

¹⁰ Eric J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima Guerra mondiale*, Bologna, il Mulino, 1985, p. 217.

¹¹ Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, cit., p. 34.

¹² Rossella Pace, *la fuga dal "recinto": la trincea e la follia*, in «Ventunesimo Secolo», vol. 15, n. 38, Rubettino Editore, 2016, p. 173.

manicomi e negli ospedali da campo iniziarono a registrarsi un gran numero di ricoveri che videro coinvolti uomini, donne, anziani e bambini, affetti da alienazione mentale.¹³

La psichiatria iniziò a confrontarsi con l'incremento di malati mentali ricoverati nei manicomi durante la Prima guerra mondiale per cercare di comprendere quali fossero state le cause scatenanti della malattia e soprattutto, come si era manifestata sugli individui che ne furono affetti.

Tutto ciò per i medici, gli psichiatri e gli studiosi fu un *unicum* su cui si ritenne necessario investire le proprie risorse, conoscenze, fonti e documentazioni, con lo scopo di riuscire ad affrontare e studiare l'alienazione mentale che stava dilagando durante la Grande guerra.¹⁴ Come già osservato, la Grande guerra sconvolse una realtà vastissima, colpendo oltre ai soldati e alle loro famiglie, anche tutta la popolazione civile e le istituzioni che al tempo si trovavano attive sul territorio nazionale.

Durante la guerra, vicino alla zona di combattimento, vennero allestiti gli ospedali da campo, per assistere i soldati feriti e traumatizzati, per prestare le prime cure, inviandoli in un secondo momento all'ospedale militare e, se poi fosse stato necessario, in manicomio. Conseguenza inevitabile fu l'intensificarsi dell'attività manicomiale, che vide coinvolto un più ampio spettro della popolazione, non solo quella militare e civile ma anche la stessa popolazione manicomiale, composta da medici, infermieri, e altre figure professionali.

Fin dall'inizio della Prima guerra mondiale, ci fu un notevole aumento delle ammissioni in manicomio; e fu subito evidente che la maggior parte dei ricoveri interessò prevalentemente la popolazione maschile che combattendo in prima linea era più esposta, e soprattutto perché molti istituti durante gli anni della guerra rivestirono come ruolo principale quello di accoglienza per i soldati feriti provenienti dal fronte. Nonostante ciò, non bisogna trascurare l'ampia componente femminile che fece parte dello scenario manicomiale durante il periodo della guerra e con essa anche la popolazione civile che non era stata chiamata alle armi.¹⁵

¹³ Eric J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima Guerra mondiale*, cit., p. 218.

¹⁴ Massimo Moraglio, *Dentro e fuori il manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, in «Contemporanea», vol. 9, N. 1, 2006, p. 19.

¹⁵ Francesco Paoletta, «Solo un'immensa fonte di dolore». *Appunti per una ricerca sulle donne in manicomio durante la Grande Guerra*, cit., pp. 5-6.

Molte testimonianze di ciò che accadde in quegli anni negli istituti psichiatrici rimasero racchiuse a lungo all'interno delle mura di ospedali, manicomi, trincee. Infatti, tra le fonti più significative ed emblematiche per i nuovi studi sulle conseguenze psicologiche causate dalla Grande guerra, si trovano le "scritture di guerra", di cui fanno parte i diari, le cartelle cliniche, le lettere e le memorie di tutta la popolazione.

Anche grazie a ciò la storiografia, negli ultimi anni, riuscì ad intraprendere significativi passi in avanti nel nuovo approccio alla Prima guerra mondiale; ci furono cambi di prospettiva che indirizzarono l'attenzione degli studiosi verso il rapporto "guerra-follia" cercando di ridare voce a tutti quegli esseri umani rimasti in silenzio troppo a lungo.¹⁶

Tutto ciò accadde perché i traumi legati alla guerra, soprattutto psicologici, ebbero una potenza tale da impedirne una rielaborazione da parte della coscienza che portò la collettività a scegliere un'unica direzione, quella del silenzio e dell'autocensura.

Così, ciò che fu la Prima guerra mondiale, dal punto di vista emotivo e psicologico, diventò «non solo un non detto e non comunicato, ma addirittura non ricordato», poiché l'inconscio utilizzò come arma di difesa e protezione il silenzio, l'unico mezzo possibile per sopravvivere a degli avvenimenti storici «incomunicabili».¹⁷

1.2. Una storia di uomini...

Negli anni Novanta del Novecento gli studi sulla Prima guerra mondiale si concentrarono sulla disabilità e sulle conseguenze fisiche e psicologiche che interessarono il soldato al fronte. Infatti, iniziò a delinearsi e a prendere voce una nuova figura, quella del «soldato impazzito, smemorato, ammutolito»¹⁸.

Perciò divenne sempre più importante esplorare l'impatto che la guerra ebbe sul corpo e sulla mente degli uomini, allargando, da parte degli studiosi, il campo d'interesse

¹⁶ Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, cit., p. 4.

¹⁷ Riccardo Castellana, *Le ferite della memoria. Il tema dell'amnesia e la Prima guerra mondiale*, cit., p. 105.

¹⁸ Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, cit., p. 122.

nei confronti della costruzione dei corpi e delle menti maschili.¹⁹ Il focus quindi si spostò su quegli aspetti legati al trauma psicologico, che emersero studiando il conflitto mondiale con un nuovo approccio storiografico, mettendo in evidenza le cause che avevano lacerato i corpi e le menti dei combattenti.

La nevrosi, considerata la principale malattia mentale del combattente di guerra, fu un complesso fenomeno caratterizzato da diversi sintomi nevrotici come ad esempio «paralisi, spasmi, mutismo, cecità e alterazione a livello comportamentale»²⁰.

Con l'avvento della Grande guerra e la chiamata alle armi, la maggior parte degli uomini si era ritrovata a subire un drastico e improvviso sconvolgimento della propria quotidianità; l'abbandono della famiglia, degli affetti, del proprio lavoro e quel salto verso l'ignoto furono la causa principale del diffondersi della "pazzia" tra le fila dell'esercito.

L'insorgere della paura nell'animo del soldato divenne una delle conseguenze inevitabili del cambiamento sociale ed emotivo negli anni della Grande guerra e condusse l'essere umano a un'esistenza segnata dal dolore fisico e mentale e dall'idea della morte come unica fine.²¹ Infatti, le condizioni di vita durante la guerra furono molto difficili, la vita in trincea e nel campo di battaglia diventava ogni giorno sempre più estenuante, angosciante, logorante e l'unico pensiero che, anche per un solo attimo, alleviava l'animo e la mente del soldato era l'idea di una fuga, del ricongiungimento con i propri affetti e il ritorno alla quotidianità.²²

Il pensiero della famiglia lontana e della possibilità di ritornare alla vita di tutti i giorni portò molti soldati a pensare, progettare e mettere in atto una fuga, spesso nella maniera più irrazionale, poiché l'unico scopo era quello di sfuggire dalla morsa della guerra, salvandosi da quella carneficina e da quell'orrore; purtroppo, però, la maggior parte delle volte i risultati ottenuti ebbero esito opposto a quello desiderato.

Un'occasione di fuga per il soldato fu la pazzia, infatti molti di loro tentarono di «farsi passare per matti», manifestando comportamenti e mutamenti del carattere anomali agli occhi dei compagni o dei superiori, nella speranza di essere condotti in ospedale in

¹⁹ Pieter Verstraete, Martina Salvante, Julia Anderson, *Commemorating the disabled soldier: 1914-1940*, cit., pp. 2-3.

²⁰ Eric J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima Guerra mondiale*, cit., pp. 217-218.

²¹ Rossella Pace, *la fuga dal "recinto": la trincea e la follia*, cit., p. 176.

²² Marco Scardigli, *Superstizione, alcolismo e fuga nelle trincee italiane: 1915-1917 (Aspetti e problemi)*, in «Il Politico», vol. 51, n. 1, Rubbettino Editore, 1986, p. 95.

osservazione e, successivamente, di essere ritenuti non più idonei al servizio militare. Il manicomio divenne, a tutti gli effetti, una possibile via d'uscita e una scappatoia per evitare la carneficina della guerra, per poter sopperire alla sofferenza, al dolore e alla paura e, in un certo senso, per poter riavvicinarsi agli affetti familiari.²³

Infatti, iniziarono ad esserci molti sospetti inerenti alle numerose diagnosi di nevrosi nei campi di battaglia e nelle trincee, e questo portò gli psichiatri a ritenere che le truppe avrebbero potuto trarre vantaggi da tutto ciò, simulando la pazzia o infliggendosi ferite solo per sperare in un allontanamento dal campo di battaglia.

I molti casi di nevrosi causati da traumi fisici e psicologici che si diffusero durante la guerra resero necessario l'internamento in manicomio per molti soldati che furono considerati inadatti a continuare a adempiere al loro ruolo di combattenti.

Iniziarono quindi ad essere effettuati molti controlli per assicurarsi che venissero mandati in manicomio solo i soldati realmente affetti da alienazione mentale e che non venissero allontanati dalla guerra coloro che erano ancora in grado di svolgere i compiti militari.

L'aumento dei "simulatori", cioè soldati che cercavano di procurarsi qualche effetto della malattia riproducendone i sintomi senza essere realmente malati, fu destabilizzante per gli eserciti poiché risultò sempre più difficile riuscire a comprendere quali fossero i soldati realmente malati a causa dei traumi subiti dalla guerra o quelli già predisposti alla malattia mentale, di solito genetica o ereditaria, da coloro che invece facevano in modo di sembrare pazzi, pur non essendolo realmente.

Questa confusione portò a richiamare alle armi anche coloro che inizialmente erano stati lasciati a casa perché affetti da malattie che li rendevano inabili alla guerra e furono attribuiti loro ruoli più marginali, poiché considerati inadatti al combattimento. Queste decisioni vennero prese principalmente per cercare di scongiurare un'ingente perdita di soldati, che avrebbe avuto conseguenze irreversibili ai fini degli esiti della guerra.²⁴

In realtà, la maggior parte delle patologie diagnosticate ai soldati in guerra erano legate all'incapacità di controllare il proprio comportamento, che degenerava

²³ Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, cit., p. 157.

²⁴ Marco Scardigli, *Superstizione, alcolismo e fuga nelle trincee italiane: 1915-1917 (Aspetti e problemi)*, cit., pp. 112-113.

irrazionalmente in quello stato confusionale generato dai traumi bellici; tali malattie erano trattate e considerate allo stesso modo delle patologie fisiche.

I traumi psicologici erano spesso chiamati anche «traumi da esplosione» poiché, per l'appunto, erano causati da spari, esplosioni e bombardamenti che, oltre a causare danni permanenti a livello fisico, erano la prima causa di alterazione del sistema nervoso del soldato che si ritrovava a compiere, ad esempio, «scatti improvvisi, pianti isterici, rifiutandosi di proseguire la marcia o il combattimento».²⁵

I casi di nevrosi tra i soldati dell'esercito diventarono sempre più frequenti e le cause erano le più varie, le esplosioni, la visione di un compagno morto davanti ai propri occhi e il pensiero che la prossima volta sarebbe capitato a loro, la lontananza dagli affetti, la vita di trincea, alienante e spaventosa e la convinzione che quella guerra non sarebbe mai finita.

La vita di trincea fu uno degli aspetti più difficili da affrontare nel contesto della Grande guerra per i soldati, che si ritrovarono a trascorrere la maggior parte del loro tempo chiusi in quei luoghi angusti. Infatti, la Prima guerra mondiale dopo le prime fallimentari offensive si trasformò, non più in una guerra di movimento, ma di posizione, caratterizzata da chilometri di trincee, che «sconvolsero le menti dei più e mutarono per sempre le personalità di milioni di soldati»²⁶.

La vita di trincea [...] è così monotona e scolorita che determina un caratteristico fenomeno, una specie di restringimento nel prendere campo della coscienza. Il soldato in trincea [...] pensa sempre alle stesse cose. La sua vita mentale è assai ridotta e niente la alimenta. Il suo spirito lavora senza oggetto e diviene preda di sogni, delle leggende, delle voci più strane ed assurde.²⁷

Le trincee, negli anni della Prima guerra mondiale, furono per i soldati una casa, dove mangiare, dormire, pregare, perché anche la fede per molti diventò un'ultima speranza di salvezza, ma diventarono anche infermeria e infine, furono anche un immenso

²⁵ Eric J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima Guerra mondiale*, cit., pp. 220-221.

²⁶ Rossella Pace, *la fuga dal "recinto": la trincea e la follia*, cit., p. 173.

²⁷ Agostino Gemelli, *Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*, Milano, Treves Editori, 1918, p. 51.

cimitero, dove si ammassavano corpi esanimi, senza vita.²⁸ Il soldato, che ormai era proiettato in una condizione del tutto “eccezionale”, costretto a vivere ogni istante con la convinzione che poteva essere l’ultimo, solo, lontano dalla famiglia, sottoposto costantemente a nuove sollecitazioni in battaglia, iniziò a percepire tra le mura delle trincee la sua nuova vita, senza più considerare nessuna possibilità di ritorno a quella precedente.²⁹ Quel contesto, simile ad una gabbia, ad un labirinto, diventò la proiezione diretta della condizione mentale dei soldati che stavano iniziando a smarrire, lentamente, la loro identità.

Risultò così sempre più difficile per i soldati, in quella drammatica situazione, mantenere i nervi saldi, perché lo scenario bellico con tutte le sue condizioni psico-fisiche portate allo stremo, fu il principale motivo del diffondersi della pazzia e questo modificò in modo irreversibile il panorama psichiatrico di quegli anni.

Questa non è solo la storia di malati di mente ma di una realtà che ha visto succedersi, giorno dopo giorno, protagonisti diversi, costretti a vivere e subire tutta la ferocia e la disumanità della Grande guerra, affrontando spesso situazioni diverse tra loro, ma restando accumulati da un uguale destino.³⁰

Nel corso dei nuovi studi inerenti alle conseguenze psichiche derivanti dalla guerra, ebbe una grande importanza anche l’aspetto relativo agli effetti che la guerra ebbe dal punto di vista fisico sui soldati, poiché ciò risultò collegato con la sfera psicologica ed emotiva.

Le più importanti testimonianze inerenti a questi temi è stato possibile ricavarle studiando gli scambi epistolari tra i soldati e le loro famiglie, dai quali emergevano le paure più profonde celate nel loro animo. Da ciò si evinse come molti uomini, in guerra, temevano molto più della morte, la sfigurazione del volto o la perdita di un arto, perché è lecito supporre che questo avrebbe colpito la loro virilità, non solo dal punto di vista dell’invalidità fisica ma anche dal punto di vista dei rapporti umani e della sessualità, non essendo più autosufficienti e meno desiderabili. Infatti, in alcuni casi, tutto ciò rese il soldato, al suo ritorno dalla guerra, non più autonomo, ma dipendente dai familiari, dalla

²⁸ Pace Rossella, *la fuga dal “recinto”: la trincea e la follia*, cit., p. 175.

²⁹ Riccardo Castellana, *Le ferite della memoria. Il tema dell’amnesia e la Prima guerra mondiale*, cit., p. 100.

³⁰ Antonio Gibelli, *L’esperienza della guerra. Fonti medico-psichiatriche e antropologiche*, in Diego Leoni, Camillo Zadra (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Bologna, Il Mulino, 1986, pp. 62-63.

moglie, dai figli o dalla madre, come se fosse ritornato a tutti gli effetti un bambino e non fosse più in grado di ricoprire il suo ruolo dominante. Ciò influì sul soldato anche dal punto di vista di genere, perché questi eventi ebbero spesso delle conseguenze sul ruolo che l'uomo aveva nella società e nella famiglia, in alcuni casi compromettendo la sua mascolinità, sia nella sfera privata che in quella pubblica.³¹

1.3. ... di donne e di bambini

Nel corso della Prima guerra mondiale, donne e bambini non parteciparono allo scontro marginalmente, bensì diventarono, loro malgrado, protagonisti di atrocità e violenze, di sofferenza e dolore, al pari dei soldati al fronte.

Infatti, tra i soldati e la popolazione civile iniziarono sempre più ad accorciarsi le distanze; soprattutto per le donne che, per l'assenza e la lontananza degli uomini da casa, si ritrovarono ad assumersi nuove responsabilità, rivestendo nuovi ruoli sia dentro le mura domestiche che al di fuori e diventando un nuovo punto di riferimento per le proprie famiglie.³²

Nella storia le donne furono da sempre considerate come il "soggetto debole", perché ritenute insicure, emotivamente fragili e predisposte ad essere affiancate dal sesso forte, quello maschile, e predisposte a svolgere solo ciò per cui erano biologicamente e socialmente predisposte, cioè l'accudimento dei figli e la cura e la gestione della casa.

In realtà, durante la Prima guerra mondiale, le donne furono costrette ad abbandonare gli abiti che avevano indossato per secoli per rivestirne di nuovi. Iniziò a circolare l'idea per cui le donne, in quegli anni, rappresentassero l'immagine della «maschietta», nome che era stato loro assegnato per evidenziare, per l'appunto, i ruoli maschili che avevano iniziato ad assumere.³³

Durante la Prima guerra mondiale si incominciò a parlare di emancipazione femminile, perché le donne iniziarono a mobilitarsi, ricoprendo nuovi ruoli che in passato

³¹ Martina Salvante, *The Wounded Male Body: Masculinity and Disability in Wartime and Post-WWI Italy*, in «Journal of Social History», vol. 53, n. 3, 2020, pp. 645-647.

³² Andrea Falcomer, *Gli "orfani dei vivi". Madri e figli della guerra e della violenza nell'attività dell'Istituto San Filippo Neri (1918-1947)*, cit., p. 76.

³³ Francesco Paoletta, «Solo un'immensa fonte di dolore». *Appunti per una ricerca sulle donne in manicomio durante la Grande Guerra*, cit., p. 2.

erano stati esclusivamente maschili e prendendo parte alla guerra, recandosi al fronte per l'accudimento e l'assistenza dei soldati malati; diventarono così anche loro protagoniste attive del grande conflitto mondiale.

Anche il dopoguerra fu un periodo di forte attività sociale per le donne che continuarono a prendersi cura dei soldati reduci, tornati dal fronte, il più delle volte traumatizzati, non solo a livello psicologico ma anche fisico. Infatti, la donna assunse di nuovo il ruolo di madre e moglie devota, riaccogliendo nella propria casa un uomo mutilato, ferito e con cicatrici insanabili, accudendolo in modo premuroso e amorevole; gli uomini, d'altro canto, iniziarono a sentirsi minacciati dal ruolo che la figura femminile stava acquisendo, mostrandosi sempre più dominante ai loro occhi.

In realtà, per le donne poter riaccogliere il proprio uomo di ritorno dal fronte fu spesso motivo di orgoglio, soddisfazione e felicità; i soldati erano considerati degli eroi, soprattutto perché erano sopravvissuti alla Grande guerra ed erano riusciti a far ritorno a casa, nonostante le ferite che erano rimaste sul loro corpo e nella loro mente.³⁴

Bisogna essere però più cauti quando si parla degli effetti che ha avuto un così grande cambiamento sulla condizione della donna.³⁵

Infatti, come è emerso in precedenza per i soldati, anche per le donne la Grande guerra fu causa di shock e traumi che ebbero su di loro conseguenze irreversibili che, il più delle volte, le condussero all'internamento manicomiale.

Una delle principali cause di ricovero fu la disperazione che le donne provarono dopo l'abbandono da parte dei loro uomini, che con l'inizio della guerra furono chiamati al fronte. Inoltre, molte donne soffrirono anche per la perdita della loro casa, che il più delle volte veniva distrutta o che furono costrette ad abbandonare, come nel caso dell'invasione austriaca che le costrinse a cercare rifugio lontano dalla loro terra:

La disperazione e l'impotenza di fronte alla distruzione portarono molte donne a scivolare in un'apnea dell'esistenza e della coscienza che si manifestava con

³⁴ Martina Salvante, *The Wounded Male Body: Masculinity and Disability in Wartime and Post-WWI Italy*, cit., pp. 658-659.

³⁵ Francesca Battera, *La guerra, gli scrittori, le donne. 1914-1930*, in «Lettere Italiane», vol. 68, n.2. casa editrice Leo S. Olschki, 2016, p. 371.

linguaggi diversi, stati di profonda agitazione, idee persecutorie, sensi di colpa per la morte dei familiari, angoscia e mutismo.³⁶

Tutto questo provocò nelle donne un grande sconvolgimento nella loro quotidianità e nelle loro abitudini che ebbe, inevitabilmente, forti ripercussioni anche sulla loro salute mentale.

Soprattutto al termine della guerra, quando gli uomini ritornarono dal fronte, trovarono le donne cambiate, segnate da traumi psichici ed emotivi, perseguitate dai ricordi e ormai incapaci di ricominciare a svolgere le loro quotidiane mansioni, tra cui quella di accudire la propria famiglia e prendersi cura della casa; la guerra le aveva colpite in modo indelebile, dentro e fuori.

Questa situazione fu percepita e vissuta da parte degli uomini come un disagio, un vero e proprio problema che doveva essere estirpato alla radice; quindi, spesso l'unica soluzione sembrava essere quella di richiedere l'internamento per quelle donne che, ai loro occhi, dimostravano segni di fragilità, soprattutto dal punto di vista mentale.³⁷

La guerra colpì intere famiglie sul piano economico, mettendo in risalto una forte crisi che stava dilagando nelle città e soprattutto nelle campagne, caratterizzata da un'alimentazione povera e da scarse condizioni igieniche, che iniziarono a provocare ansie e paure. La miseria e la povertà, in aggiunta al trauma dell'esperienza del lutto, causarono un dolore forte e incommunicabile che si tradusse con l'insorgere di disturbi psichici ed emotivi.

Da questa condizione difficilmente le donne riuscirono a tornare indietro, condannate a vivere una non-vita tra le mura di istituti psichiatrici dove venivano rimbalzate da una struttura ad un'altra e dove trascorrevano la loro esistenza in spazi sempre più piccoli e angusti, fino al sopraggiungere della morte fisica; l'anima si era già spenta dal primo giorno.³⁸

³⁶ Stefania Delandati, *Internate in manicomio perché "non conformi"*, in <https://www.superando.it/>, 2022, p. 5.

³⁷ Ivi, pp. 1-3.

³⁸ Francesco Paoletta, *«Solo un'immensa fonte di dolore». Appunti per una ricerca sulle donne in manicomio durante la Grande Guerra*, cit., p. 4.

È importante però sottolineare come le donne e la loro storia abbiano permesso di guardare alla Prima guerra mondiale da un altro punto di vista, mettendo in luce aspetti nuovi e taciuti per lungo tempo.³⁹

Dopo lo scoppio della guerra, molti uomini furono chiamati alle armi e passarono nelle mani delle donne un importante testimone: la donna divenne un soggetto indispensabile per la gestione dell'economia domestica, partecipando attivamente alla vita pubblica in una società di cui, già da tempo faceva parte, senza però essere mai stata considerata.⁴⁰

Nonostante ciò, le donne, negli anni della guerra, come già osservato in precedenza, oltre a adempiere al loro ruolo "materno" che, tra le mura di casa consisteva nel prendersi cura dei loro figli, iniziarono a mettersi al servizio della guerra, prestando soccorso ai soldati che rimanevano feriti sul campo di battaglia e che avevano bisogno di assistenza.⁴¹

Il coraggio che le donne mostrarono, mettendo a rischio la propria vita per portare aiuto al fronte, invece di trovare un riscontro positivo le vide cadere vittime di una condanna indicibile, subendo stupri, abusi e aggressioni da parte dei soldati, sia alleati che nemici.

In tempo di guerra, la donna veniva spesso raffigurata come "preda" per gli uomini, vittima di un sistema patriarcale, basato sulla dominazione e sulla sottomissione, dove l'aggressione sessuale era vista «come espressione passionale in cui la donna rappresentava la vittima e la conquista, il trionfo del vincitore».⁴² Infatti, è da tempo immemore che le guerre furono terreno fertile per compiere violenze sulle donne come fossero una conquista, un trofeo a tutti gli effetti e come se alla base ci fosse una guerra di genere, dove veniva sancito un accordo tra gli uomini che aveva come oggetto della contesa la donna.⁴³

La guerra come «arte maschile» ebbe origini radicate nel passato, dove la figura dell'uomo combattente era alla base di un sistema socio-culturale definito e le donne

³⁹ Silvia Salvatici, *Le donne nella Grande guerra*, in Silvia Salvatici (a cura di), *Storia delle donne nell'Italia contemporanea*, Roma, Carocci editore, 2002, p. 112.

⁴⁰ Nicola Revelant, *Le donne nella Grande Guerra*, in «Itinerari della Grande Guerra» <https://www.turismofvg.it/>, 2019.

⁴¹ Francesco Paoletta, «Solo un'immensa fonte di dolore». *Appunti per una ricerca sulle donne in manicomio durante la Grande Guerra*, cit., p. 3.

⁴² Glenn Gray, *Considerazioni sull'uomo in battaglia*, Trento, Fondazione del Museo storico Trentino, 2013, p. 88.

⁴³ Dianella Gagliani, *Stupri di guerra. Un'analisi dei silenzi, dei racconti, delle denunce*, in «Alma Mater Studiorum – Digital Library», 2007, p.1.

facevano «naturalmente parte del bottino di guerra»⁴⁴, basti ricordare il rapimento delle Sabine, o la contesa tra Achille e Agamennone, nel poema l'*Iliade*.⁴⁵

Come si legge nelle documentazioni giunte fino a noi, le dinamiche che si innescarono durante gli stupri furono spesso attribuite alla donna che, rimasta sola e abbandonata dal marito, non era stata in grado di opporre resistenza alle richieste dei soldati, passando così da vittima a colpevole.

Nel dopoguerra venne istituita la Reale Commissione di Inchiesta, che si impegnava a raccogliere tutte le documentazioni relative agli stupri commessi durante la guerra, nello specifico si occupava di:

Constatare le violazioni al diritto delle genti e alle norme circa la condotta della guerra al trattamento dei prigionieri di guerra, che sieno state commesse dal nemico, di accertare la consistenza e l'entità dei danni alle persone e alle cose, che da tali violazioni sieno derivate, e di stabilire, in quanto sia possibile, le responsabilità individuali, che vi sieno inerenti.⁴⁶

Questa Commissione si concentrò nell'individuare i principali elementi che definivano gli atti sessuali avvenuti nei confronti delle donne durante la Prima guerra mondiale⁴⁷.

In realtà, la Commissione d'inchiesta non si poneva come obiettivo l'analisi dello stupro di guerra ai fini della tutela della condizione di genere legata alle donne, ma poneva l'attenzione principalmente sulle conseguenze che tali violenze avrebbero avuto ai danni della Patria.⁴⁸

La figura femminile nel corso della storia fu spesso affiancata all'allegoria della Patria, che veniva raffigurata con immagini di donna e, il più delle volte, simboleggiava la Vittoria; di conseguenza, la donna violata divenne il «simbolo della nazione vinta e

⁴⁴ Silvia Salvatici, *Le donne nella Grande guerra*, cit., p.109.

⁴⁵ Dianella Gagliani, *Stupri di guerra. Un'analisi dei silenzi, dei racconti, delle denunce*, cit., p.1.

⁴⁶ Enrico Folisi (a cura di), *Udine. Una città nella Grande Guerra. Fotografie e documenti dell'invasione austro-tedesca*, Udine, Gaspari Editore, 1998, p. 74.

⁴⁷ Monica Biasiolo, *Il corpo violato di Caporetto. Scrittura, arte e politica davanti alle donne, vittime invisibili della Nazione*, cit., p. 280.

⁴⁸ Michele Strazza, *Senza via di scampo. Gli stupri nelle guerre mondiali*, in «archiviodellamemoria», 2010, p. 45.

umiliata»⁴⁹ e motivo di trionfo per i nemici. Infatti, fu per questo motivo che le donne che subirono queste violenze vennero considerate colpevoli, perché ciò disonorava la Patria e parlarne era considerata un'umiliazione e quindi. Di conseguenza, molti stupri furono taciuti a lungo, non vennero mai raccontati perché prendevano il sopravvento la paura e la vergogna.

Il disonore colpiva anche la famiglia della donna che da sempre era considerata l'emblema della sfera domestica e familiare, e le violenze subite, soprattutto quelle sessuali, erano motivo di vergogna.⁵⁰

Infatti, una delle principali preoccupazioni era quella di preservare l'onore della famiglia, spesso sminuendo la violenza che la donna subiva, utilizzando termini come "tentativo di stupro", come se la mancata riuscita potesse in qualche modo tutelare il decoro della famiglia, preservando l'immagine di tutti tranne che delle vittime che, condannate al silenzio, persero lentamente la loro identità.⁵¹

Quando si parla di "stupri di guerra", dovrebbe essere più opportuno chiamarli "silenzi di guerra", perché il trauma che le donne subirono non riuscì ad avere una voce e l'unica consapevolezza restava il dolore che aveva distrutto il corpo della donna, causando un danno irreversibile anche nella sua mente.

Nei documenti pervenuti in merito alle violenze in tempo di guerra i termini che venivano utilizzati per indicare gli stupri erano diversi, tra cui i più significativi "oltraggio" e "tradita dal nemico"; soprattutto quest'ultimo aveva un'accezione molto forte. Infatti, utilizzando la parola "tradita" sembrava volesse essere intesa una sorta di complicità tra la vittima e il suo carnefice, soprattutto se ad essere violentate erano donne sposate, come se si parlasse di una mancata fede al giuramento di fedeltà e come se la colpa fosse da attribuire ad una debolezza di cui la moglie era caduta vittima poiché non era stata in grado di sopportare la lontananza del marito.

Queste ideologie fecero sì che una parte della colpa venisse attribuita alla donna, sminuendo la gravità del reato commesso e per questo, i soldati colpevoli di tale violenza

⁴⁹ Antonio Gibelli, *Guerra e violenze sessuali: il caso veneto e friulano*, in Cristoph H. von Hartungen, Antonio Gibelli, Gianni Isola, Giovanna Procacci, Gustavo Corni, Emilio Franzina, Isabella Bossi Fedrigotti, Luciana Palla, Paolo Giacomel (a cura di), *La memoria della Grande Guerra nelle Dolomiti*, Udine, Gaspari Editore, 2001, p. 195.

⁵⁰ Dianella Gagliani, *Stupri di guerra. Un'analisi dei silenzi, dei racconti, delle denunce*, cit., p. 3.

⁵¹ Michele Strazza, *Senza via di scampo. Gli stupri nelle guerre mondiali*, cit., p. 47.

risultarono, il più delle volte, impuniti e invece i numeri di stupri erano sempre in continua crescita.⁵²

I luoghi dove più frequentemente vennero commessi questi abusi furono le campagne, questo perché lì la popolazione era meno numerosa e quindi era potenzialmente più semplice, per i soldati commettere questi atti di violenza senza il rischio di essere scoperti.

Inoltre, dalla Commissione d'Inchiesta è stato possibile ricavare un altro dato allarmante che contribuisce a presentare un critico quadro sociale: gli uomini agivano quasi sempre in gruppo, senza preoccuparsi di essere visti, commettendo violenze su donne e bambine, anche davanti ai familiari, che spesso restavano inermi davanti a quei soprusi, rendendo ancora più difficile per la vittima trovare una via d'uscita per sfuggire alle mani del suo carnefice, costretta a subire torture brutali che alcune volte si concludevano in omicidio.⁵³

In alcuni casi gli stupri commessi durante la grande guerra, oltre ai danni fisici e psichici che lasciarono nelle vittime, portarono anche molte gravidanze indesiderate che costrinsero la donna a ritrovarsi perseguitata da un altro dolore, senza possibilità di scelta.

Da queste unioni nascevano figli illegittimi che, come molti studi hanno evidenziato, furono chiamati anche “orfani dei vivi”, a testimonianza del fatto che dopo il parto molti di loro venivano abbandonati dalla madre, costretta il più delle volte dalla sua famiglia, per difenderne l'onore.

Nel dopoguerra divenne necessario trovare un luogo idoneo ad accogliere tutti i figli illegittimi della guerra e, dato che nessun istituto di accoglienza per orfani sembrava essere adeguato, don Celso Costantini nel 1918 fondò l'“ospizio dei figli della guerra” a Portogruaro, che prese poi il nome nel 1919 di “San Filippo Neri”. L'obiettivo di questo istituto era quello di offrire riparo a quei bambini, figli illegittimi, che avrebbero rischiato di essere uccisi per violenze e maltrattamenti o abbandonati senza avere alcuna colpa, permettendo loro di avere le giuste cure e attenzioni e cercando soprattutto di restituire

⁵²Andrea Falcomer, *Gli “orfani dei vivi”. Madri e figli della guerra e della violenza nell'attività dell'Istituto San Filippo Neri (1918-1947)*, cit., pp. 78-79.

⁵³Monica Biasiolo, *Il corpo violato di Caporetto. Scrittura, arte e politica davanti alle donne, vittime invisibili della Nazione*, cit., p. 282.

un equilibrio familiare turbato e disonorato e di arginare la paura di giudizio da parte di un'intera comunità.⁵⁴

Questo fu senza alcun dubbio uno degli eventi più tragici del passato, che vide coinvolta l'intera popolazione durante gli anni della Grande guerra. Ed è difficile pensare come le donne vittime di stupro siano state considerate come complici di quelle violenze, costrette a subire le conseguenze di quegli abusi che lasciarono in loro segni fisici e psichici irreversibili, costringendole ad un silenzio eterno, impossibilitate a raccontare la loro storia e a chiedere aiuto.

Questa è una storia di genere, da sempre taciuta, una storia di donne senza futuro e ormai senza identità.

⁵⁴ Andrea Falcomer, *Gli "orfani dei vivi". Madri e figli della guerra e della violenza nell'attività dell'Istituto San Filippo Neri (1918-1947)*, cit., pp. 81-82.

Capitolo II

Uno sguardo ai confini della città: il manicomio di Sant’Osvaldo

2.1. «Psichiatria amministrativa» tra Otto e Novecento

Nell’Europa dell’Ottocento iniziarono a diffondersi degli istituti pubblici con una particolare funzione: la «cura dei folli». ⁵⁵ Fino ad allora, a fornire assistenza a coloro che erano considerati malati di mente, erano istituzioni private, soprattutto di carattere religioso.

Prima dell’assistenza manicomiale i “pazzi” venivano spesso rinchiusi nelle carceri, in quanto erano considerati di pericolo pubblico e quindi si riteneva necessario il loro allontanamento dalla società, non facendo però distinzione tra il reale criminale e un individuo affetto da alienazione mentale. In altri casi, invece, il malato di mente, veniva condotto negli ospedali, dove la sua malattia era curata alla pari delle altre malattie.

I primi cambiamenti iniziarono a prendere piede nello scenario europeo quando nella periferia delle città sorsero numerosi istituti, con l’obbiettivo di tutelare la società, allontanando e reprimendo ogni forma di “diversità” che non rispettasse le norme vigenti, la moralità e l’etica. ⁵⁶ Alla fine dell’Ottocento iniziarono ad essere costruiti i primi manicomi con lo scopo di contenere ogni forma di alienazione mentale che fosse di pericolo pubblico o di scandalo per la società.

Il termine manicomio fa riferimento alla parola greca *mania*, nel senso di follia: ⁵⁷ «la pazzia supera ogni altra forma di malattia, attacca senza freni l’intelletto, la ragione e la forma fisica di un individuo, non fa distinzioni di sesso, età o classe sociale e assume le forme più eterogenee». ⁵⁸

⁵⁵ Letterio Scopelliti, *Manicomio addio*, Udine, AGRAF, 1997, p. 33.

⁵⁶ Valeria Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2009, p. 49.

⁵⁷ Franco Sguerzi, *S. Osvaldo. Appunti per la storia di un quartiere udinese*, Udine, Comune di Udine, 2006, p. 119.

⁵⁸ Provincia di Udine, *L’ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant’anni di vita 1904-1954*, Udine, Arti grafiche friulane, 1954, p. 15.

Questi luoghi erano considerati uno «spazio fra due mondi» e avevano come obiettivo quello di trattare i cosiddetti «non valori sociali», nella speranza, con il tempo e le cure opportune, di restituire alla società degli «individui normalizzati»⁵⁹. Questo obiettivo, come gli studi in merito evidenziarono, fu spesso disatteso, infatti, nella maggior parte dei casi gli internati trascorrevano la loro intera vita all'interno degli istituti psichiatrici, venendo trasferiti spesso da una struttura ad un'altra e nel peggiore dei casi, durante o dopo il ricovero, morivano. Le dimissioni, spesso su richiesta di un familiare, di solito non avvenivano per evidenti miglioramenti e in alcuni casi potevano manifestare segni di recidiva, anche dopo un breve periodo.

Alla fine dell'Ottocento prese quindi avvio un lungo processo di medicalizzazione che prevedeva come primo cambiamento la formalizzazione dello statuto del malato, che consisteva nell'attestazione della malattia da parte delle istituzioni, ad esempio attraverso la stesura dei certificati medici, la formazione di un gruppo di professionisti, come ad esempio gli psichiatri e infine, un'innovazione in ambito terapeutico.

Il manicomio iniziò quindi ad essere considerato l'unica istituzione responsabile della cura e la custodia dei soggetti “folli” che dovevano essere allontanati dalle loro famiglie e dimessi dagli istituti di degenza generica o dalle carceri.⁶⁰

Bisognava provvedere al ricovero di quei soggetti che per il loro stato di infermità mentale costituiscono un pericolo per la pubblica incolumità e moralità; provvedere al loro sostentamento perché incapace di procacciarsi da sé; e, infine, provvedere alle cure necessarie per far recuperare la loro salute.⁶¹

In pochi anni, si verificò un forte aumento della popolazione manicomiale, perché esponenzialmente aumentarono anche le diagnosi di pazzia e, chiunque risultasse una minaccia pubblica, veniva internato in manicomio.

Per entrare in manicomio bastava che venisse pronunciata la «formula magica: “pericoloso a sé e agli altri”»⁶², ovvero se un individuo veniva considerato di grave

⁵⁹ Annacarla Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli Editore, 2017, p. 53.

⁶⁰ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio editori, 2002, pp. 8-11.

⁶¹ Letterio Scopelliti, *Manicomio addio*, Udine, cit., p. 34.

⁶² Ivi, p. 23.

scandalo alla morale pubblica e pericoloso oltre che per se stesso anche per la società, veniva internato.

La disposizione manicomiale prevedeva che:

Devono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi.⁶³

Era infatti percezione diffusa nella mentalità del tempo che gli internati in manicomio non fossero considerati semplici malati ma a tutti gli effetti individui pericolosi, per questo motivo era opportuno che venissero segregati in luoghi di custodia. I pazienti di queste strutture rischiavano di vivere per molti anni nella totale spersonalizzazione di loro stessi, vivendo una quotidianità segnata dalla violenza, dalla solitudine e dalla paura, senza poter mai scegliere il loro destino e quel futuro che per la maggior parte di loro non sarebbe mai arrivato.⁶⁴

Inizialmente, furono esclusi dall'internamento manicomiale quegli individui che, pur necessitando di cure mediche psichiatriche, non erano in ugual modo considerati pericolosi. Questo accadeva perché la società del tempo era fortemente condizionata da numerosi preconcetti sui “malati di mente”, associandoli spesso al concetto di “pericoloso” e temendo ciò che avrebbero potuto causare se lasciati liberi; si limitava così il campo a solo una piccola parte del reale spettro delle persone affette da malattia mentale.⁶⁵

Il motivo di tali pregiudizi era dettato dalla dilagante ignoranza che la popolazione aveva, in quegli anni, nei confronti dei “pazzi”, ancora influenzata dalle credenze del passato che disumanizzavano l'alienato. Al tempo non si conoscevano le patologie e, nella maggior parte dei casi, si credeva che questi individui fossero solo cattivi e dannosi alla società, che le loro azioni fossero aggressive e totalmente irrazionali, spesso si davano

⁶³ Antonino Iaria, Pompeo Martelli. *Lineamenti storici sulle politiche dell'assistenza psichiatrica dall'unità d'Italia alla chiusura dei manicomi*, in <https://www.cartedalegare.cultura.gov.it/>, pp. 8-9.

⁶⁴ Ivi., pp. 24-26.

⁶⁵ Provincia di Udine, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, cit., p. 51.

interpretazioni magiche o demoniache che rendevano sempre più difficile la loro accettazione nella società.⁶⁶

Nel 1904, dopo lunghi dibattiti, proposte e convegni, venne promulgata la legge n. 36, che regolamentava l'assistenza manicomiale. Questa legge fu pubblicata il 22 febbraio dello stesso anno sulla "Gazzetta ufficiale del Regno d'Italia" e si può riassumere nei seguenti punti:

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi.

[...]

L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, E può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società. Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà. [...] Ogni manicomio dovrà avere un locale distinto e separato per accogliere ricoverati in via provvisoria.

[...]

Il direttore ha piena autorità sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e della esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni.⁶⁷

Questa legge aveva come obiettivo quello di definire quali fossero le persone che dovevano essere internate in manicomio e con quali modalità di ricovero. Inoltre, venne evidenziata l'importanza della figura del medico, lo psichiatra, che all'interno dell'istituto, oltre ad occuparsi dell'aspetto medico, quindi delle terapie e delle cure per i singoli individui, doveva anche gestire le ammissioni e i reparti.⁶⁸

⁶⁶ Franca Basaglia, Franco Basaglia, *Dizionario sociale della psichiatria. Noi matti*, in «L'Espresso-colore», n. 12, 1971.

⁶⁷ *Gazzetta ufficiale del regno d'Italia*, n. 43, Roma, 1904, pp. 818-820.

⁶⁸ Massimo Moraglio, *Dentro e fuori il manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, cit., p. 16.

L'istituzionalizzazione manicomiale accentuò il problema della disumanizzazione dell'individuo che, una volta entrato all'interno dell'istituto, perdeva a tutti gli effetti i suoi diritti civili, dopo essere stato iscritto nel casellario giudiziario.⁶⁹

A dare un'importante svolta nel sistema terapeutico fu Franco Basaglia, uno psichiatra e neurologo italiano, che nel 1962 era direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia e, proprio qui, fondò la prima "comunità terapeutica" italiana, che si poneva come obiettivo quello di riformare il sistema psichiatrico, rifiutando l'istituzionalizzazione finalizzata alla cura e la riabilitazione del malato di mente.

Un'altra data significativa fu il 1977 che segnò un primo taglio netto con ciò che era stato fino ad allora il sistema manicomiale: Basaglia annunciò la chiusura del manicomio di Trieste, sostituendolo con «una rete di servizi nel territorio collegati all'ospedale generale da un servizio di pronto intervento psichiatrico»⁷⁰.

Nel 1978 il Parlamento italiano approvò la legge 180, proposta dallo stesso Basaglia, che sanciva «l'abolizione dell'istituto manicomiale sull'intero territorio nazionale»⁷¹. Essa prevedeva un nuovo modello psichiatrico a dimostrazione del fatto che era possibile offrire cure psichiatriche senza un ricovero manicomiale.⁷²

La nuova legge si trovò subito al centro di un dibattito tra i suoi sostenitori e coloro che invece volevano mantenere aperti i manicomi e per questo motivo prima della reale attuazione passarono molti anni. Infatti, nonostante il cambiamento notevole dei servizi psichiatrici che, senza alcun dubbio, migliorarono anche le condizioni di cura e di assistenza, la definitiva chiusura dei manicomi si realizzò gradualmente e con non pochi ostacoli.

Oltre ai medici e i dipendenti dei manicomi che si dividevano tra sostenitori e oppositori della legge, soprattutto per motivi economici, con il rischio infatti di perdere il lavoro, un'altra componente della comunità che prese parte attivamente al dibattito era composta dai familiari dei pazienti stessi. Essi, da un lato insistevano per la riapertura dei manicomi affinché il loro caro potesse avere una struttura in cui essere curato, spaventati da una possibile mancata organizzazione e gestione di ricollocamento, e dall'altra parte, erano però consapevoli che la chiusura del manicomio avrebbe garantito un'assistenza

⁶⁹ Franco Sguerzi, *S. Osvaldo. Appunti per la storia di un quartiere udinese*, cit., p. 121.

⁷⁰ Letterio Scopelliti, *Manicomio addio*, cit. pp. 40-41.

⁷¹ Ivi, p. 42.

⁷² Giuseppe Guido Pullia, *Franco Basaglia*, in «Belfagor», Vol. 64, N. 2, 2009, p. 153.

più umana, efficace e moderna, che con i giusti strumenti riabilitativi avrebbe dato inizio ad una nuova epoca in campo psichiatrico.⁷³

2.2. La «*Cjase dei mats*» di Sant’Osvaldo

Negli ultimi anni dell’Ottocento la Direzione Sanitaria della Provincia di Udine iniziò a ritenere necessario e conveniente trovare un apposito luogo, fuori dall’ospedale e anche dalla stessa città, per poter accogliere gli individui affetti da malattia mentale.

In realtà, già nel Settecento, la Provincia di Udine aveva iniziato a trasferire i suoi “malati di mente” in delle strutture specifiche. In particolare, nel 1773 fu istituito un manicomio a Venezia, sull’isola di San Servolo, da cui prese il nome. Un secolo dopo, sempre nella stessa città, fu istituito anche il manicomio di S. Clemente che diventò prettamente femminile, il precedente, invece, fu riservato esclusivamente agli uomini. Entrambe queste strutture furono a lungo i principali punti di ricovero e assistenza per i “malati di mente” della provincia friulana.

Solo quando, nel 1865, l’onere di assistenza per i soggetti affetti da disturbi mentali fu demandato alle Province e non più allo Stato, Udine individuò come centro nevralgico per la cura e l’assistenza dei “folli” l’ospedale civile che, per qualche anno, proseguì parallelamente ai due precedenti istituti veneziani.⁷⁴

Nell’ospedale civile inizialmente furono accolti “i malati di mente poveri”, a spese della provincia, e tutti coloro che necessitavano di cure particolari e soprattutto di una speciale sorveglianza.

Una delle tappe più importanti in merito al progetto manicomiale furono le succursali, istituite per affiancare l’ospedale civile, per garantire una distribuzione omogenea dei pazienti cercando di arginare la sempre costante problematica del sovraffollamento e per fornire cure specifiche circoscritte alla malattia mentale.⁷⁵

Questi luoghi però, nel corso degli anni, non mostrarono mai alcun tipo di ammodernamento, sia dal punto di vista della struttura sia da quello della gestione del

⁷³ Letterio Scopelliti, *Manicomio addio*, cit., pp. 42-43.

⁷⁴ Ivi, p. 33.

⁷⁵ Provincia di Udine, *L’ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant’anni di vita 1904-1954*, cit., pp. 17-21.

malato per cui non ci furono progressi sostanziali, nemmeno dopo la costruzione del manicomio di Sant’Osvaldo. Questo istituto diventò in breve tempo il punto nevralgico per i ricoveri dei malati di mente e assunse, secondo l’ideologia del tempo, una serie di caratteristiche che potevano definirlo “moderno”.⁷⁶

Nei primi anni del Novecento iniziò a prendere forma un progetto ambizioso che prevedeva, per l’appunto, la realizzazione di un istituto, il manicomio, con l’obiettivo principale di custodia e, in seguito, di accoglienza, cura e riabilitazione degli alienati.

Il 14 aprile 1904 venne inaugurato il manicomio di Sant’Osvaldo, definito ancora oggi il “luogo dei matti”, custode per molti anni delle storie, delle sofferenze e delle paure degli alienati che trascorsero mesi, anni o la loro intera vita all’interno di quelle mura.⁷⁷

Così recitano alcune righe del “Giornale di Udine” del 14 aprile 1904: «Un triste San Michele: Stamane è cominciato il trasporto degli alienati dall’Ospedale al Manicomio di S. Osvaldo»⁷⁸. In quel luogo si sarebbero succeduti per quasi un secolo centinaia e centinaia di persone, per molte di queste sarebbe diventato la loro casa, in cui trascorrere il resto della propria esistenza, senza mai poter scegliere il loro destino, spesso attraversato da dolore, violenza e solitudine, tanto da non riuscire più a riconoscersi come esseri umani.

Il primo direttore del manicomio fu il professore Giuseppe Antonini, proveniente dal manicomio di Pavia, che prestò servizio a Udine fino al 1911.

Il professor Antonini, oltre ad essere uno degli ideatori della costruzione dell’istituto fu anche colui che ne progettò l’organizzazione, rendendo il manicomio Sant’Osvaldo di Udine uno dei principali esempi di manicomio moderno, non solo per la struttura ma anche per l’organizzazione del sistema professionale e per la gestione terapeutica.⁷⁹

In primo luogo, la struttura manicomiale non prevedeva la presenza di cinta murarie, questo per cercare di limitare, per quanto possibile, l’idea di reclusione e isolamento dal resto della società. L’obiettivo era quello di dare all’ammalato l’idea di

⁷⁶ Ivi, p. 65.

⁷⁷ Ulderica Da Pozzo, *Immagini di voci dimenticate dall’ex ospedale psichiatrico di Udine*, Udine, Forum, p. 5.

⁷⁸ *Giornale di Udine*, in <https://www.techeudine.it/>, n. 90, 1904, p. 3.

⁷⁹ Provincia di Udine, *L’ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant’anni di vita 1904-1954*, cit., p. 28.

essere in contatto con il mondo esterno. Venne però comunque recintata l'intera struttura con reti metalliche e una grande cancellata che controllava gli ingressi e le uscite.⁸⁰

Un'altra caratteristica del manicomio di Udine riguardava sempre l'aspetto strutturale, infatti, furono costruiti dei padiglioni totalmente separati l'uno dall'altro da ampi viali che davano subito l'impressione, come dichiarò il direttore del manicomio, di trovarsi in una piccola «città giardino».⁸¹

L'istituto psichiatrico era quindi composto da tre aree ben distinte. Nella zona centrale si trovavano la direzione, gli uffici dei medici e le loro abitazioni e l'area amministrativa, a seguire la cucina, i bagni centrali, l'alloggio delle suore, la cappella, la lavanderia e la centrale termica con la legnaia. Sempre nella stessa area furono costruiti i laboratori per le tessitrici, le botteghe del falegname e del calzolaio e i guardaroba.

Sul lato destro rispetto alla struttura centrale c'era la sezione dedicata alle donne, mentre a sinistra quella degli uomini. Entrambe le sezioni avevano il padiglione “dozzinanti”, all'interno del quale si trovavano sale adibite alla lettura, l'ambulatorio, le sale da pranzo, le camere da letto e i bagni. Un altro fabbricato accoglieva il reparto di osservazione, l'infermeria e un luogo dove venivano collocati i convalescenti. Più lontano si trovava invece il padiglione dei “tranquilli non lavoratori” e infine, un padiglione per gli irrequieti e i pericolosi, che avevano bisogno di una sorveglianza maggiore; questi reparti furono gli unici circondati da un muro alto circa tre metri e si sviluppavano su un unico grande piano. Inoltre, fu costruito anche un piccolo reparto dove venivano accolti i pazienti affetti da malattie infettive.⁸²

Anche il direttore Antonini introdusse come pratica terapeutica, al pari degli altri istituti manicomiali, l'ergoterapia, che consisteva nel mettere a disposizione dei pazienti, qualora le condizioni psico-fisiche lo permettessero, un luogo di lavoro, come ad esempio i laboratori di artigianato, le botteghe del calzolaio, del falegname e del sarto o il panificio, per permettere loro di svolgere attività quotidiane.⁸³ Il lavoro venne utilizzato come terapia riabilitativa con il fine di stimolare attivamente i pazienti durante il loro periodo di internamento e, soprattutto, di fare in modo che non perdessero il contatto con la realtà,

⁸⁰ Ivi, p. 48.

⁸¹ Franco Sguerzi, *S. Osvaldo. Appunti per la storia di un quartiere udinese*, cit., p. 117.

⁸² Provincia di Udine, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, cit., p. 50.

⁸³ Letterio Scopelliti, *Manicomio addio*, cit., p. 51.

nella speranza che ciò, qualora venissero dimessi, li avrebbe aiutati ad essere ricollocati nella società.⁸⁴

Intorno a questo argomento si è a lungo dibattuto, sostenendo due aspetti entrambi significativi ma in contrasto tra loro: il lavoro all'interno del manicomio era uno strumento utilizzato solo ed unicamente, con lo scopo di riabilitare il paziente, migliorandolo dal punto di vista fisico e mentale, senza isolarlo totalmente dal mondo circostante o aveva anche un fine di tipo economico?

Infatti, oltre alle finalità terapeutiche sopra descritte, il lavoro svolto dall'alienato risultava essere vantaggioso anche dal punto di vista economico perché veniva impiegata una manodopera, quella appunto dell'alienato, a costi bassissimi, traendone di conseguenza cospicui guadagni.⁸⁵

Nel 1911 fu chiamato a prendere il posto di direttore il dottor Giuseppe Volpi-Ghirardini, che nel 1906 era entrato in manicomio come assistente effettivo del dottor Antonini e, dopo la sua partenza, ne prese il posto come primario. Dopo pochi anni dall'arrivo del professor Volpi-Ghirardini, il manicomio di Udine si trovò a dover affrontare un evento che segnò non solo la sua storia ma anche quella dell'intera città di Udine: l'inizio della Prima guerra mondiale. Dal 1914, con l'avvento della Grande guerra il manicomio di Udine iniziò a svolgere un'intensa attività, accogliendo al suo interno numerosi soldati colpiti da alienazione mentale e anche gran parte della popolazione civile, che non subì indenne le conseguenze psichiche ed emotive del grande conflitto mondiale.

Un anno difficile per il manicomio fu il 1917 segnato da eventi ravvicinati che lo videro vacillare. Il 27 agosto 1917, il rione di Sant'Osvaldo divenne, suo malgrado, protagonista di uno degli eventi più disastrosi della città: lo scoppio di un ammasso di esplosivi in due diversi depositi di munizioni poco distanti l'uno dall'altro.⁸⁶

Alle 11 del 27 agosto, preceduto da un sordo tambureggiamento e seguito dallo sconvolgimento convulso di tutti gli elementi, il fragore formidabile di un primo scoppio gettava - per un vastissimo circuito - l'allarme e il terrore tra la popolazione.

⁸⁴ Provincia di Udine, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, cit., p. 51.

⁸⁵ Mario Novello (a cura di), *Conoscere il parco di Sant'Osvaldo*, Udine, 2001, p. 12.

⁸⁶ Franco Sguerzi, *S. Osvaldo. Appunti per la storia di un quartiere udinese*, cit., p. 93.

Il luogo dell'esplosione veniva subito identificato, dai vari punti della città, da un'altissima densa colonna di fumo nero.

[...]

A breve distanza - segnata dal sinistro rullio di piccoli colpi - un secondo scoppio, più violento e fragoroso - terrificante come lo schianto simultaneo di mille cannoni, la terra, squassando ruinosamente i fabbricanti e spostando impetuosamente l'aria, tutto intorno oscurate densa di miei vapori.

[...]

Un terzo scoppio fragoroso – partito, come il secondo, dai pressi degli edifici scolastici - fu seguito da altri ininterrotti, di minore violenza, e per due giorni l'orgia infernale di detonazioni, di boati e di vampe si scatenò, indomabile, dal caotico ammasso di fumiganti insultanti rovine, in che era ormai convertita la ridente borgata di Sant'Osvaldo.⁸⁷

Questo avvenimento colpì gravosamente la popolazione, che fu costretta ad abbandonare quel che restava delle proprie case per cercare rifugio altrove, cosa non semplice vista la guerra in corso che rendeva ogni spostamento difficile.

Il manicomio, che dal 1916 aveva dovuto sgomberare i padiglioni per accogliere l'ingente numero di soldati provenienti dal fronte per offrire loro le necessarie cure mediche e sanitarie, con lo scoppio dei depositi di munizioni, subì gravi danni all'intera struttura e ci furono un gran numero di morti tra malati, medici e personale.⁸⁸

A sfruttare a proprio vantaggio questa drammatica situazione fu l'esercito austriaco che, il 27 ottobre 1917, invase la città di Udine e occupò quello che restava del manicomio, stabilendoci un ospedale mentale di riserva per i suoi soldati (*kuttenberg reserve spittal*), che rimase invariato fino al 1920, quando l'autorità militare abbandonò definitivamente l'istituto.⁸⁹

La guerra lasciò l'istituto psichiatrico in condizioni disastrose e il suo restauro avvenne in modo lento e graduale, ciò diede spazio ad alcuni miglioramenti e nuove modalità organizzative, tra cui la costruzione di un padiglione dedicato ai bambini "ineducabili". Inoltre, furono ampliati alcuni spazi e vennero reintrodotti tutti i materiali

⁸⁷ Ivi, cit., pp. 93-94.

⁸⁸ Provincia di Udine, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, cit., p. 36.

⁸⁹ Franco Sguerzi, *S. Osvaldo. Appunti per la storia di un quartiere udinese*, cit., p. 118.

scientifici, gli strumenti dei laboratori, i libri e il vestiario che erano andati perduti negli anni dell'occupazione.

Il dottor Volpi-Ghirardini, durante la sua direzione del manicomio, che si concluse nel 1939, proseguì la gestione dell'istituto mantenendo pressoché invariato il metodo organizzativo del suo predecessore, il professor Antonini.⁹⁰

La Seconda guerra mondiale segnò per il manicomio di Udine un altro momento di forte cambiamento, durante il quale il flusso dei ricoveri e l'attività manicomiale subirono delle modifiche, soprattutto a causa di numerosi bombardamenti ed esplosioni che danneggiarono nuovamente la struttura, rendendo così necessario un nuovo sgombero e nuove sistemazioni e modifiche negli anni successivi.⁹¹

Anche il secondo dopoguerra fu da considerarsi un periodo di grandi cambiamenti per l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Udine, che con a capo della direzione il dottor Bellavitis, sviluppò nuove tecniche terapeutiche tra cui la "ludo-terapia" che rappresentò una delle novità più evidenti nel panorama manicomiale di quegli anni.⁹² Questa nuova proposta curativa era «una particolare varietà di psicoterapia di gruppo, in cui gli effetti benefici derivano da un'attività ricreativa razionalmente organizzata, il gioco»⁹³. Lo scopo di questi cambiamenti era finalizzato a cercare di far sentire i pazienti manicomiali parte di una realtà più ampia, concedendo loro maggiore libertà, lasciandoli a contatto tra loro e con l'ambiente esterno e coinvolgendoli in giochi che prevedevano una collaborazione, così da simulare, in un certo senso, il ritorno in società.

In questi anni però, il manicomio diventò protagonista anche di uno scenario terapeutico aggressivo, iniziarono infatti a diffondersi delle pratiche estreme, che avrebbero dovuto «risolvere stati confusionali acuti e sitofobie ostinate»⁹⁴ ma che nel concreto si rivelarono dannose per il malato. La terapia più diffusa e controversa in questi anni fu l'elettroshock, con cui si cercava, attraverso scariche elettriche mandate al cervello che causavano convulsioni, di curare i disturbi più ostinati, come deliri e allucinazioni, o nel tentativo di stanare comportamenti ostili che rendevano complicata la

⁹⁰ Provincia di Udine, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, cit., p. 55.

⁹¹ Franco Sguerzi, *S. Osvaldo. Appunti per la storia di un quartiere udinese*, cit., p. 119.

⁹² Provincia di Udine, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, cit., p. 60.

⁹³ <https://www.treccani.it/enciclopedia/ludoterapia/>.

⁹⁴ Letterio Scopelliti, *Manicomio addio*, cit., p. 38.

gestione del malato.⁹⁵ Le conseguenze di questo intervento erano spesso molto gravi ed aggressive, motivo per cui l'ospedale avrebbe dovuto richiedere l'autorizzazione, prima di procedere, ai parenti del paziente, cosa che però accadeva di rado. Solo dopo la Seconda guerra mondiale, questo metodo cercò di essere lentamente superato, iniziando a curare i disturbi psichiatrici con la somministrazione di medicinali specifici, quali gli psicofarmaci.

Dal 1960 l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Udine fu in continuo cambiamento, iniziarono ad essere effettuati i primi esperimenti verso una terapia sempre più "aperta", istituendo i cosiddetti "reparti aperti", cioè «reparti pseudo-manicomiali non soggetti alla legge sugli alienati» e creando delle "comunità terapeutiche", dove alcuni pazienti, pur restando inseriti nel contesto manicomiale, furono lasciati per quanto possibile liberi, condividendo gli spazi con medici e infermieri. L'obiettivo principale dei nuovi reparti era quello di eliminare i rapporti gerarchici e favorire il reinserimento degli alienati nella società, verso una totale e progressiva abolizione del sistema manicomiale.⁹⁶

Dopo la promulgazione della Legge 180, l'obiettivo principale divenne quello di smantellare le strutture manicomiali e in sostituzione ad esse, creare dei centri specializzati nella cura della salute mentale, affinché nessun "malato di mente" fosse abbandonato o trascurato e ad ognuno venissero forniti i giusti strumenti e le giuste cure per la riabilitazione.

Di conseguenza, negli ultimi anni del Novecento, il manicomio di Sant'Osvaldo, uno degli ultimi ancora in attività, iniziò a mobilitarsi, con non poche difficoltà, per riuscire a integrare nella società e nel territorio, attraverso una nuova rete di servizi, tutti i pazienti ancora ricoverati nell'istituto, cercando di continuare a garantire loro un sostegno medico e psicologico.

Nel 1994 l'istituto venne ufficialmente trasformato in Residenza Sanitaria Assistita.⁹⁷ La chiusura definitiva dell'ospedale psichiatrico avverrà, in via definitiva, nel dicembre del 1999, in parallelo e progressivamente iniziarono a prendere vita alcuni

⁹⁵ Franca Romano, *Percorsi di vita oltre il manicomio*, in *La Ricerca Folklorica*, n. 52, 2005, p. 128.

⁹⁶ Franca Basaglia, Franco Basaglia, *Dizionario sociale della psichiatria. Noi matti*, cit.

⁹⁷ Gruppo di coordinamento del Progetto nazionale "Carte dal legare" (a cura di), *Primo rapporto sugli archivi degli ex ospedali psichiatrici*, 2010, Editrice Gaia, p. 79.

progetti e servizi territoriali con grande attenzione alla salute mentale delle persone e della comunità.⁹⁸

Il parco di Sant’Osvaldo resterà sempre legato alla provincia di Udine per il ruolo che ha occupato per lunghissimi anni, accogliendo ai margini della città, dei cittadini “speciali”, «reclusi senza condanna», «matti da legare»⁹⁹, considerati per troppo tempo pericolosi e portatori di scandalo per un’intera società.

2.3. I “mentecatti”

Un utile strumento di analisi per i manicomi può essere la categoria di gender perché uomini e donne non entrarono nelle stesse misure e negli stessi numeri. Le problematiche di *gender* furono sempre al centro delle dinamiche socio-culturali e politico-economiche nella storia del mondo, così come in quella dei manicomi, dove il genere fu spesso discriminante, soprattutto nelle diagnosi, e nel delineare le forme della follia che hanno plasmato la mente di molti uomini e donne.¹⁰⁰

A tal proposito, ad esempio, il dibattito scientifico su perché sono presenti più uomini rispetto alle donne all’interno del manicomio è ancora oggi aperto e chiama in causa maggiori elementi.

In quanto a percentuali, ciò che sembra evidente durante l’analisi dei ricoveri manicomiali, è per l’appunto, che si può riscontare un numero più elevato di internati di sesso maschile, rispetto a quelli di sesso femminile; questo deriva dal fatto che, fin dal passato, nell’ideologia comune predominava una paura maggiore nei confronti della figura maschile, ritenuta potenzialmente più aggressiva e pericolosa.¹⁰¹ Inoltre, gli uomini erano più esposti nello scenario pubblico e sociale e tra loro fu sempre viva anche una forte competizione. Invece, le donne furono elementi della società più essenziali e più al riparo all’interno della sfera domestica, meno esposte alle tentazioni e meno facilmente allontanabili dalla famiglia.

⁹⁸ Mario Novello, *Lettera aperta*, in <http://www.confbasaglia.org/>, Udine, 2020, p.1.

⁹⁹ Fabrizio Cigolot (a cura di), *Conoscere il parco di Sant’Osvaldo*, Udine, 2001, p. 7.

¹⁰⁰ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p.20.

¹⁰¹ Provincia di Udine, *L’ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant’anni di vita 1904-1954*, cit., p. 87.

Ciò che più si temeva, spesso con un'eccessiva enfaticizzazione, è che i “malati mentali” potessero essere effettivamente pericolosi e dannosi alla società, anche se, in realtà, solo una piccola parte di essi lo era davvero.¹⁰²

Gli uomini, nel pieno della loro pazzia, secondo le credenze del tempo, avrebbero potuto raggiungere degli eccessi di violenza, dettati da una forza fisica estrema e incontrollabile. Questo aspetto non era invece riscontrabile nelle donne che, da sempre, erano viste come il soggetto debole, con un ruolo marginale nella società che metteva in luce la loro «naturale inferiorità [...] sotto il profilo biologico e intellettuale»¹⁰³.

Questa marginalizzazione non le escludeva dall'essere spesso colpevolizzate di azioni peccaminose che le rendevano inevitabilmente imputabili come individui “malati di mente” e per questo venivano reclusi in manicomio.¹⁰⁴

In questo contesto le donne non erano nemmeno considerate persone, ma meri oggetti incapaci di gestire emozioni e sentimenti rendendole così più inclini alla manifestazione di disturbi psichici.

La “follia” femminile si diceva derivasse dagli organi genitali; il corpo di una donna, «naturalmente difettoso e manchevole»¹⁰⁵, si credeva dominato da una «fiera selvatica», cioè l'utero, «organo misterioso e allo stesso tempo potente»¹⁰⁶, predisposto per svolgere le fisiologiche funzioni della donna, sembrava essere «in grado di ribellarsi, come imbizzarrito, per inattività sessuale e, conseguentemente, assenza di procreazione»¹⁰⁷. Secondo l'ideologia del tempo, il ruolo della donna era solo quello di moglie e madre, e qualora il suo corpo non rispettasse tali compiti sarebbe stato in grado di ribellarsi fino al manifestarsi della malattia mentale. L'utero era infatti considerato il punto nevralgico da cui derivavano tutte quelle stimolazioni nervose e le pulsioni di corpo e mente che avrebbero potuto condurre alla “pazzia”.

Per i medici la diagnosi più comune, per una donna, era quella di “isteria”, i sintomi erano molti e diversi tra loro, collegati dalla comune concezione della donna come

¹⁰² Antonino Iaria, Pompeo Martelli. *Lineamenti storici sulle politiche dell'assistenza psichiatrica dall'unità d'Italia alla chiusura dei manicomi*, cit., p.9.

¹⁰³ Annacarla Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, cit., p. 31.

Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 132.

¹⁰⁵ Annacarla Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, cit., p. 15.

¹⁰⁶ Franca Romano, *Corpi in disordine. Possessioni e identità femminili*, in «La ricerca Folklorica», n. 50, Grafo edizioni, 2004, cit., p.78.

¹⁰⁷ Fernanda Alfieri, *Veronica e il diavolo. Storia di un esorcismo a Roma*, Torino, Einaudi, 2021, p. 135.

«*fragilitas sexus*»¹⁰⁸ e alle tradizionali idee sul corpo femminile. Senza dubbio, il più evidente era la convulsione, con «brontolio dei visceri, sensazione di avere una palla che rotola attraverso lo stomaco e la gola, [...] mente instabile»¹⁰⁹.

I sintomi di una donna considerata isterica si intrecciavano perfettamente con gli «stereotipi sull'essere femminile»¹¹⁰. L'isteria fu al centro degli studi clinici per i primi decenni del Novecento, al punto che un medico italiano decise di scrivere delle regole morali per evitare che la donna cadesse vittima di questa malattia: «stare sotto la protezione del marito e ad esso ubbidire, allattare dopo il parto il proprio figlio, tenere in ogni occasione un contegno serio, leggere pochi libri»¹¹¹. Infatti, la storia da sempre considerava soggetti facilmente inclini alla pazzia le donne ad esempio vergini, nubili, cioè non sposate, vedove o sterili e tutte coloro che non rispettavano ciò per cui erano culturalmente, socialmente e biologicamente predisposte.¹¹²

Qui emerge anche un altro aspetto importante che contraddistinse l'ideologia del tempo, in quanto la figura dell'uomo risultava essere preponderante, imponendo un suo giudizio sulla donna, solo sulla base di leggi della natura non scritte.

Nel corso del Novecento, i sintomi che fino ad allora avevano contraddistinto l'«isteria» iniziarono ad essere identificati con altre diagnosi, infatti generalmente, nel panorama manicomiale veniva utilizzato il termine «psicosi» per indicare tutti i disturbi della coscienza e della personalità, spesso affiancato da una dicitura più specifica, in base ai sintomi riscontrati nel paziente.

Ciò che si riscontrava nell'individuo era, senza dubbio, un significativo cambiamento nei confronti della realtà, sia del mondo che lo circondava che nel suo «Io interiore».¹¹³

Si è visto come l'avvento della Prima guerra mondiale sia stato anche per le donne motivo di grande sconvolgimento: dal punto di vista sociale, psicologico ed emotivo. Da un lato, le donne iniziarono ad assumere ruoli diversi e nuovi incarichi che per secoli erano appartenuti agli uomini, occupandosi di tutti gli aspetti al di fuori delle mura

¹⁰⁸ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 150.

¹⁰⁹ Fernanda Alfieri, *Veronica e il diavolo. Storia di un esorcismo a Roma*, cit., p. 135.

¹¹⁰ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 150.

¹¹¹ Annacarla Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, cit., p. 129.

¹¹² *Ibidem*.

¹¹³ Franca Basaglia, Franco Basaglia, *Dizionario sociale della psichiatria. Noi matti*, cit.

domestiche, come la gestione dell'economia familiare e di quella lavorativa; dall'altro lato, la lontananza dai loro mariti, padri, figli o fratelli che combattevano al fronte era causa di preoccupazione e angoscia. Tutto questo, inevitabilmente, provocò nelle donne attacchi nervosi, isteria, depressione, inquietudini e allucinazioni, spesso con conseguenze irreversibili.¹¹⁴

Ad accomunare uomini e donne nei manicomi fu senza alcun dubbio l'estrazione sociale; infatti, gli alienati appartenevano quasi sempre al proletariato o al sottoproletariato, per lo più contadini e contadine, di condizione misera, poveri o nullatenenti.

Anche nel manicomio di Sant'Osvaldo, nella periferia di Udine, la maggior parte dei ricoverati proveniva dalla campagna, questo rese inevitabile l'associazione della "follia" con le condizioni di vita misere in cui riversava gran parte della popolazione friulana.

Nella prima metà del Novecento, erano considerati potenzialmente più inclini a manifestare un qualsiasi atteggiamento o sintomo riconducibile alla malattia mentale tutti quegli individui che vivevano una vita segnata dalla miseria e dalla povertà. Molto spesso queste persone non erano in grado di affrontare la vita, con le sue ostilità, e si lasciavano schiacciare dal peso di tale sofferenza; questo portò ad un crollo non solo mentale, ma anche fisico-organico e ad una maggior predisposizione a manifestare comportamenti riconducibili alla "pazzia".¹¹⁵

Il problema però, non si deve circoscrivere solo alla miseria, poiché spesso, le situazioni familiari, i problemi economici, l'ereditarietà o alcune malattie pregresse prendevano il sopravvento in un individuo, stravolgendo la sua quotidianità, fino alla manifestazione della pazzia stessa, spesso caratterizzata dall'estremizzazione di alcuni comportamenti del carattere. Inoltre, per alcuni medici, la follia era la conseguenza di una disfunzione puramente fisica del cervello, come le lesioni cerebrali, che causavano illusioni, difficoltà di attenzione, sbalzi di umore, carattere alle volte aggressivo o remissivo, deliri e altri sintomi.¹¹⁶

¹¹⁴ Stefania Delandati, *Internate in manicomio perché "non conformi"*, cit., p. 2.

¹¹⁵ Provincia di Udine, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, cit., pp. 72-76.

¹¹⁶ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 130.

Come osservato in precedenza, una condizione di vita povera causava spesso negli uomini e nelle donne delle disfunzioni mentali e fisiche. A tal proposito, una delle malattie più diffuse nell'Italia settentrionale, dalla seconda metà dell'Ottocento fino ai primi decenni del Novecento, fu la "pellagra" considerata, per l'appunto, la "malattia del povero", perché colpiva prevalentemente la popolazione rurale, composta per la maggior parte da contadini nullatenenti.¹¹⁷

La pellagra è una forma di avitaminosi, causata da un'alimentazione basata esclusivamente sul maidico e quindi legata alla diffusione della coltivazione del mais. Tale alimentazione escludeva la vitamina PP, la cui mancanza aveva come conseguenza progressiva la dermatite, poi la diarrea infine la demenza ed è pertanto definita la malattia delle tre D.

[...]

La pellagra finiva con l'essere causa di una irreversibile disgregazione fisica e psichica dell'organismo.¹¹⁸

Erano, per l'appunto, proprio le campagne ad essere colpite da pellagra e altre malattie, come ad esempio la malaria, che determinavano le condizioni di vita della popolazione italiana, soprattutto quella più povera, composta per lo più da contadini e analfabeti.¹¹⁹ Questa malattia era principalmente causata dalle scarse, se non addirittura inesistenti, condizioni sanitarie e igieniche e da un'alimentazione povera, basata principalmente sull'assunzione di mais.¹²⁰

«La pazzia tra noi friulani [...] è sempre stata ed è tuttora soprattutto associata alla miseria»¹²¹, così dichiarava il Dottor Cesare Bellavitis, direttore dell'ospedale psichiatrico provinciale di Udine a metà del Novecento, secondo lui «chi è predisposto

¹¹⁷ Letterio Scopelliti, *Manicomio addio*, cit., p. 34.

¹¹⁸ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p.83.

¹¹⁹ Antonino Iaria, Pompeo Martelli. *Lineamenti storici sulle politiche dell'assistenza psichiatrica dall'unità d'Italia alla chiusura dei manicomi*, cit., p. 2.

¹²⁰ Pietro Sitta, *La diffusione della pellagra in Italia. Note di statistica tecnica e descrittiva*, in «Giornale degli economisti», serie seconda, vol. 19, 1899, p. 562.

¹²¹ Provincia di Udine, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, cit., p. 72.

alla pazzia il più delle volte è già in partenza un inetto alla lotta per la vita e facilmente cade nella miseria la quale poi a sua volta stronca le già scarse risorse organiche»¹²².

Nel manicomio di Sant’Osvaldo, nei primi anni della sua attività, un gran numero di pazienti affetto da «febbri periodiche, rachitismo, denutrizione, consunzione»¹²³ venne internato perché considerato “malato di mente”. Spesso questi individui morivano precocemente, non a causa della malattia mentale ma per un veloce e progressivo deperimento fisico che portava spesso ad un collasso degli organi vitali; nelle cartelle cliniche la causa di morte era spesso segnalata generalmente come “marasma”.¹²⁴

Un’altra diagnosi ricorrente fu la psicosi tossica o da stupefacenti, più comunemente chiamata “psicosi alcolica”.

L’alcolismo si diffuse già alla fine del XVI secolo e diede vita a una nuova figura della «marginalità sociale»¹²⁵: l’alcolista che popolò il panorama manicomiale per tutti il Novecento, considerato dalla società del tempo un soggetto estremamente pericoloso, che doveva essere allontanato con la reclusione in manicomio. Spesso l’alcolismo veniva identificato come una malattia ereditaria che poteva peggiorare di generazione in generazione.¹²⁶ Infatti, nei certificati medici presenti nelle cartelle cliniche dei pazienti del manicomio Sant’Osvaldo di Udine, nell’anamnesi familiare di un soggetto affetto da “psicosi alcolica”, era prassi comune leggere che in famiglia ci fosse almeno un parente che avesse abusato di alcol e che spesso era già internato in manicomio. Questo elemento per i medici era un segnale importante che permetteva loro di identificare tra le principali cause di questa malattia proprio l’ereditarietà. La sintomatologia più frequente era caratterizzata da *delirium tremens*, frequenti allucinazioni, atteggiamenti aggressivi e pericolosi, per sé e per gli altri, alcuni danni cerebrali che provocano deliri e disturbi della coscienza e, infine, infezioni agli organi interni.¹²⁷

Questa diagnosi si diffuse maggiormente in periodo di guerra e vide coinvolti in primo luogo gli uomini, poiché l’abuso di alcol per loro era visto spesso come una

¹²² *Ibidem*.

¹²³ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 82.

¹²⁴ Stefania Delandati, *Internate in manicomio perché “non conformi”*, cit., p. 6.

¹²⁵ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 170.

¹²⁶ Provincia di Udine, *L’ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant’anni di vita 1904-1954*, cit., p.83.

¹²⁷ Franco Sguerzi, *S. Osvaldo. Appunti per la storia di un quartiere udinese*, cit., p. 122.

possibile via di fuga dalla guerra; infatti, la perdita di coscienza e razionalità li portava, anche se per poco, lontano dagli orrori che ormai facevano parte della loro quotidianità. Per i soldati costretti ad affrontare la realtà alienante e allo stesso tempo terrificante della Grande guerra, dove ogni giorno in battaglia, tra armi, morti e terribili traumi fisici, iniziavano a manifestarsi gravi danni psicologici, divenne inevitabile tentare l'evasione.

Anche per le donne, che negli anni della guerra si ritrovarono sole a rivestire nuovi ruoli, familiari e sociali, spaventate dal pensiero che i loro uomini non sarebbero tornati, l'alcol divenne presto un modo per evadere dalla realtà.

Tutte le informazioni relative al paziente, alla sua sintomatologia, all'anamnesi personale e alla sua storia familiare venivano raccolte all'interno della cartella clinica ed erano compilate in un primo momento di osservazione, dove venivano eseguiti i primi esami psichici e le prime valutazioni, per comprendere le cause della malattia e per determinare poi la diagnosi. Inoltre, all'interno di una cartella venivano raccolte tutte le documentazioni riguardanti il paziente durante l'intero periodo del ricovero.

Le prime informazioni sui parenti dell'alienato erano trascritte "nell'anamnesi della famiglia", dove venivano descritti i precedenti familiari utili a ricostruire il quadro medico del paziente e a comprendere meglio le possibili cause che avevano scatenato la malattia.

Un'altra fonte familiare importante erano le lettere, o "cartoline", spesso piccoli fogli sparsi di diversa lunghezza, dove un parente si rivolgeva direttamente al congiunto internato in istituto o al direttore. Di solito, in queste lettere, un familiare chiedeva insistentemente notizie sullo stato di salute del proprio caro, dimostrando la propria preoccupazione, altre volte veniva richiesto di poterlo riaccogliere a casa al più presto: «Noi tutti di famiglia desideriamo di poterlo riprendere»¹²⁸.

In questo modo i familiari dimostravano la tenacia nel non interrompere i rapporti con i parenti ricoverati, con la consapevolezza che «riportarli in un ambiente familiare e sociale, [...] sostituire la vita uniforme, passiva, che conducevano nel manicomio» li avrebbe condotti a riottenere «una certa libertà di iniziativa», grazie alla «cura morale,

¹²⁸ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 94.

affettuosa e continua», ottenendo «dei miglioramenti insperati e [...] più rapidamente raggiungere la completa guarigione»¹²⁹.

Non sempre però i familiari ne richiedevano il ritorno a casa, molte volte infatti erano stati loro a voler internare un loro congiunto e da alcune lettere traspare, in modo più o meno esplicito, il desiderio che costui rimanesse all'interno dell'istituto anche dopo la guarigione; i motivi principali, che è stato possibile riscontrare nelle cartelle dell'archivio del Sant'Osvaldo di Udine, riguardano le difficoltà economiche e i litigi familiari.

Dallo studio di questi documenti si evince come i medici e, in seguito gli studiosi, abbiano indagato su un aspetto in particolare, quello relativo alla vita dell'alienato nella sua completezza, considerando quindi lavoro, abitudini, comportamento in famiglia e nella società, condizione sociale, istruzione e alimentazione perché questo permetteva loro di comprendere quali fossero state le motivazioni che avevano scatenato la “pazzia”.¹³⁰

La storia di un individuo era quindi considerata uno degli elementi chiave per comprendere il motivo per cui la società o la famiglia ne avessero ritenuto necessario l'internamento in manicomio.

In conclusione, all'interno di una cartella clinica è raccolta la vita, l'intera esistenza, la storia, le paure e le fragilità di un individuo che veniva recluso in manicomio spesso senza una prospettiva e senza una speranza di un futuro.

¹²⁹ Patrizia Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, in «Studi Storici» Anno 48, N. 2, 2007, p. 479.

¹³⁰ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 136.

Capitolo III

Tracce delle donne internate nel manicomio di Sant’Osvaldo di Udine¹³¹

Tra il 1913 e il 1922 l’andamento dei ricoveri femminili nel manicomio Sant’Osvaldo di Udine non è stato lineare. Nel 1913 furono ricoverate in manicomio 299 donne, di queste ne morirono 59. Nel 1915 si registrarono 285 internamenti e 36 decessi, nel 1917 furono invece internate 177 donne e ne morirono 13. Nel 1920 vennero ricoverate 146 donne e ci furono 19 decessi, mentre nel 1922 ne furono ricoverate 219 e ne morirono 31.

Non esistono cartelle cliniche degli anni 1918 e 1919 perché dalla fine dell’ottobre del 1917 il manicomio di Udine fu occupato dall’esercito austriaco che lo adibì a personale ospedale militare e tutti i pazienti furono trasferiti nelle succursali o in altri istituti della regione.

In alcune cartelle del dopoguerra ci sono lettere o cartoline dei familiari delle internate che cercano di recuperare una parte dei documenti perduti, chiedendo aiuto al direttore del manicomio o alle istituzioni, come ad esempio il medico che le aveva in cura o il sindaco che ne aveva richiesto l’internamento.

È il caso, per esempio, di Sanfelice C., detta Alice, di 48 anni, ricoverata per la terza volta nel 1920. Era una maestra comunale, affetta da psicosi circolare, irritabile, a volte violenta, che morì nel 1928 accecandosi con un bisturi del marito, precipitando poi nel canale della sua abitazione. All’interno della sua cartella ci sono alcune lettere del direttore dell’istituto scritte nel tentativo di recuperare informazioni dei precedenti ricoveri della paziente, poiché la maggior parte della documentazione era andata perduta negli anni della guerra. Tra le risposte c’è quella inviata in manicomio dal medico che

¹³¹ Nella trascrizione delle cartelle cliniche non ho riportato i cognomi per ragioni di rispetto della privacy. Tutte le cartelle presenti nel mio lavoro si trovano nell’archivio del DSM di Udine e sono raccolte, secondo la data di ingresso del paziente, in ordine cronologico e sono divise in maschili e femminili.

aveva avuto Alice in cura e che ha permesso di ricavare molte delle informazioni relative al suo precedente stato di salute.

Oltre alla documentazione epistolare, nelle cartelle cliniche è possibile trovare il certificato medico che fornisce le informazioni nosologiche e le notizie personali della paziente, l'anamnesi della famiglia e dell'individuo e le motivazioni che hanno scatenato la malattia. Inoltre, è presente anche il diario clinico che, nella maggior parte dei casi, era compilato solo nei primi giorni successivi all'internamento della paziente, per poi riportare le ultime visite e gli ultimi controlli e lo stato di salute in cui si trovava l'alienata prima di un trasferimento, una guarigione o la morte.

Nelle storie che è stato possibile seguire attraverso le cartelle, il ricovero manicomiale non supera qualche anno, poi la maggior parte delle donne veniva trasferita in un'altra struttura o rimandata a casa, con l'esito di miglioramento o guarigione.

Nell'agosto del 1920 viene però ricoverata nel manicomio di Udine per demenza precoce Maria C., una maestra elementare di un paese di provincia, di 29 anni, che resterà internata fino al 1958 per poi essere trasferita a Gemona.

Il prolungato internamento manicomiale di Maria C. ha fornito materiale importante da cui è stato possibile ricavare informazioni non solo sulle modalità di ricovero durante la Grande guerra ma anche durante la Seconda guerra mondiale e il secondo dopoguerra. Proprio negli ultimi anni del suo ricovero, la paziente verrà sottoposta sia alla terapia dell'elettroshock, sia alla terapia a base di zolfo, chiamata piretoterapia, che consisteva nel provocare artificialmente l'aumento della temperatura corporea, con lo scopo di curare la malattia; all'interno della cartella clinica è presente anche una scala termometrica dove sono stati registrati i repentini picchi di febbre della paziente durante tutta la durata della terapia.

Alla data del 3 dicembre 1952 nel diario clinico di Maria C. si legge che:

Non lavora da parecchi mesi, solida nel contegno, s'inginocchia, bacia le mani delle persone che l'avvicinano, ha la stereotipia di parlare a bassa voce e di esprimersi con gesti. Collezionista, getta poi gli oggetti nella latrina. Si prova elettroshockterapia, anche per accondiscendere ad un vecchio desiderio della sorella. Dopo 10 shocks non si è visto alcun miglioramento: l'alienata è invariata nel contegno e nella psiche, si tronca perciò questa cura.

A gennaio «si prova piretoterapia con Tiosol piretogeno. Dopo 4 iniezioni con forti reazioni febbrili si deve rinterrompere la cura perché l'alienata vuole la supposta [...], deperisce rapidamente».

Maria A., una casalinga di 41 anni, internata nel dicembre del 1920 per demenza precoce rimarrà ricoverata in manicomio fino alla sua morte nel 1952. Anche lei venne sottoposta all'elettroshock con lo scopo di calmare «i suoi deliri», prima nel 1940 e poi nel 1946, quando verrà interrotta la terapia per peggioramento delle condizioni fisiche.

Inoltre, Maria A. venne più volte spostata di reparto senza che questo fosse comunicato ai familiari e furono loro stessi a sospettare che questa pratica non fosse casuale e quindi a chiedere in alcune lettere indirizzate al manicomio se fosse comune o riservata a lei in particolare. La risposta del direttore Bellavitis, direttore del manicomio di Udine dal 1945, è per noi un indizio utile per comprendere le politiche manicomiali, dal momento che il medico spiegò che i trattamenti nei confronti delle pazienti dell'istituto non facevano personalismi, ma che quando la gestione diventava difficile si rendeva necessario prendere decisioni immediate e più restrittive:

Per necessità quello che avviene per la sua paziente avviene talvolta anche per le altre. Inoltre, devo ricordarle che la signora M.A. spesso è clamorosa, sudicia, si imbratta di feci, si denuda, e sconcia ed è anche manesca. Purtroppo, essa è una delle pazienti che offrono maggior difficoltà per l'assistenza e che mette a dura prova la buona volontà di chi le sta vicino. Oggi è nel padiglione dozzinanti ma non posso assicurarla di sempre mantenerla. Sono spiacente che per quanto accade lei pensi ad una negligenza o ad abuso nostro perché io ed i miei colleghi abbiamo la certezza di fare quanto possibile per gli ammalati che ci sono affidati.

Infatti, spesso accadeva che quando lo stato di eccitamento di una paziente era considerato eccessivo o quando diventavano ingestibili sia nei confronti di infermieri e personale del manicomio sia nei confronti di loro stesse o delle compagne venivano rinchiusi in isolamento o condotte nel reparto delle "agitate". Questo è ciò che accadde ad Elisabetta F.Z., una casalinga di 46 anni ricoverata con diagnosi di paranoia, trasferita «sempre all'isolamento» o a Maddalena C.G. di 41 anni, internata in manicomio nell'agosto del 1922 per gracilità intellettuale e alcolismo che «ha fatto bizze colle compagne e per due giorni è stata all'isolamento», o ancora ad Adelaide V.D.G., una

casalinga di 42 anni affetta da demenza paranoide che «passa all'isolamento perché disturba con le sue proteste ad alta voce». Nella testimonianza diretta di quest'ultima, in una sua lettera indirizzata ai familiari, l'isolamento è descritto come un luogo con le porte chiuse ermeticamente e le finestre con le sbarre e con uscite limitate, proprio come se si trovasse all'interno di un carcere.

3.1. Guerra tra pazzia e miseria

Durante la Grande guerra furono molte le donne internate nei manicomi a testimoniare, come tanta storiografia ha già sostenuto, che la guerra non colpì solo i soldati al fronte ma lasciò segni profondi anche sulla popolazione civile.

Attraverso le cartelle cliniche femminili presenti all'interno dell'archivio dell'ex manicomio provinciale di Udine possiamo analizzare in modo ravvicinato quali sono stati gli effetti del conflitto mondiale nelle vite delle donne, che hanno visto il «loro microcosmo femminile»¹³² distruggersi sotto il fuoco delle armi nemiche.

Nel certificato medico contenuto nelle cartelle, alla voce «quali momenti etiologici si creda aver potuto provare o favorire lo sviluppo della pazzia» è comune leggere di donne spaventate, preoccupate e schiacciate dalla miseria e dalla povertà che in quegli anni dilagava tra la popolazione, traumatizzate dalle conseguenze dell'invasione austro-germanica che le aveva portate lontane dalla loro terra e infine, distrutte dal dolore per la perdita di un familiare, morto al fronte o prigioniero all'estero. Giovanna F., casalinga di trent'anni, internata i primi giorni del 1917, è una donna «cieca e triste che si innamorò di un giovanotto ora chiamato alle armi», entrata in manicomio manifestò idee deliranti, affermando di essere «la più felice donna del mondo, la più ricca».

È importante notare che i traumi provocati dalla Grande guerra e dall'invasione austro-germanica si manifestarono con più forza non tanto mentre gli avvenimenti erano in corso ma soprattutto negli anni successivi, quelli del dopoguerra.

¹³² Annacarla Valeriano, *Da fronti opposti. La guerra delle donne in manicomio*, in Matteo Ermacora, Maria Grazia Suriano, *Vivere in guerra. Le donne italiane nel primo conflitto mondiale*, in «DEP», 2016, p. 184.

Sabidina M., una casalinga di 26 anni, povera, internata in manicomio nel luglio del 1920 per demenza, aveva sempre avuto un'alimentazione regolare tranne durante il periodo dell'invasione, in cui aveva iniziato anche a manifestare un contegno strano. Secondo il certificato medico il motivo della pazzia era dovuto a «patimenti e apprensioni per l'invasione e la lontananza dal marito soldato» e sembrerebbe iniziata, per l'appunto, durante «il periodo dell'invasione», manifestandosi con «preoccupazioni, alienazioni e malinconie». I primi tempi in manicomio Sabidina M. aveva sempre un'espressione attonita, «aveva incoerenza di idee, scambiava le persone, con varie fasi di irrequietezza».

Anche Santa N. una contadina di 26 anni, entrò in manicomio in uno stato confusionale nel luglio del 1920, dopo un precedente ricovero avvenuto nel 1918 a causa dello «spavento sofferto durante la ritirata di Caporetto», da cui non si riprese.

Letizia D.N., all'età di 53 anni venne rinchiusa in manicomio per nevrastenia costituzionale, «fu sempre soggetta a deliri nervosi e disturbi ansiosi, tale carattere si accentuò con l'emozione della guerra e dell'esilio», nel 1918 iniziò a manifestare un forte esaurimento nervoso. Inoltre, durante la profuganza «fu scossa da moti confusionali che avrebbero provocato in lei uno stato di contegno psichico alterato».

La storia si ripete con Maria Z., internata in manicomio nel 1922 per una demenza paranoide scatenata per gli spaventi e disagi dovuti all'invasione di Caporetto, soffrì molto a causa della profuganza. Come hanno evidenziato molti studi, le donne profughe durante l'invasione furono costrette ad abbandonare la loro casa, facendosi carico dei figli, andando incontro alle difficoltà di un viaggio fatto di ostacoli e paure, senza conoscere quale sarebbe stato il loro destino e se avrebbero mai fatto ritorno.¹³³ Infatti Maria Z., dal luglio del 1918, iniziò a manifestare idee di persecuzione, temendo che qualcuno potesse ucciderla o avvelenarla. I genitori si accorsero subito dei suoi sospetti, Maria Z. credeva che tutti parlassero e agissero contro di lei, soprattutto da quando lei e la sua famiglia erano diventati profughi, pensava infatti che molte persone tentassero di farle del male e che volessero ucciderla e avvelenarla con gas asfissianti. Durante il periodo di ricovero manicomiale «ode luci e persone che la minacciano».

Queste testimonianze mostrano come, con la disfatta di Caporetto, la popolazione civile dovette scontrarsi con un'importante mobilitazione di massa che vide la donna

¹³³ Daniele Ceschin, *La condizione delle donne profughe e dei bambini dopo Caporetto*, in «DEP», n. 1, 2004, p. 24.

protagonista di una nuova gestione familiare e sociale anche al di fuori delle mura domestiche.

Le donne, costrette alla fuga, dovevano preoccuparsi dell'organizzazione della partenza, dell'assistenza familiare, della ricerca di una nuova sistemazione oltre il confine, di un lavoro, di un sussidio, cercando allo stesso tempo, di proteggersi, scappando alle violenze fisiche degli invasori, in una vera e propria lotta alla sopravvivenza.¹³⁴ La pressione psicologica che le donne furono costrette a subire a causa della fame, della gestione dei figli, della lontananza dai mariti chiamati alle armi, la paura degli abusi e delle violenze, ebbero una forte ripercussione sulla sfera emotiva che, nei casi più evidenti, le condusse verso la pazzia e la reclusione manicomiale.¹³⁵

Le drammatiche conseguenze di questo esodo forzato in seguito alla disfatta di Caporetto si riscontrarono anche nel dopoguerra, quando alcune donne, ritornate nella loro terra e nelle loro case, iniziarono a mostrare segni di alienazione mentale. È il caso, ad esempio, di Maria C.M. di 66 anni, internata nel febbraio del 1922 nel manicomio di Udine con la diagnosi di melanconia che, dopo l'invasione austriaca, iniziò a manifestare segni di melanconia con stupore e confusione mentale o come Palmira B., una casalinga di 40 anni, che fin dal 1918, per la profuganza, iniziò a soffrire di disturbi psichici, con manie di persecuzione e tendenza suicida. Palmira B. fu ricoverata una prima volta in una casa di cura per malattie nervose a Monza dove si era rifugiata durante la fuga, venne poi internata nel manicomio di Udine nel febbraio del 1922 con diagnosi di demenza paranoide.

In questi anni la guerra provocò profondi mutamenti economici e fu la causa principale di miseria e povertà, soprattutto nelle campagne, colpendo un'importante percentuale di popolazione che già versava in gravi condizioni. Livia P., una donna di 32 anni, contadina, si ritrovò sola ad occuparsi insieme della casa e dell'economia domestica perché il marito si trovava prigioniero in Francia, e le «preoccupazioni di indole economica inerenti alla famiglia» che riversava già da tempo in condizioni di grave

¹³⁴ Teresa Bertilotti, *L'esperienza femminile della profuganza e la sua rappresentazione*, in Matteo Ermacora (a cura di), *Le «disfatte» di Caporetto. Soldati, civili, territori 1917-1919*, Trieste, EUT Edizioni, 2019, p. 25.

¹³⁵ Matteo Ermacora, *Le donne italiane nella Grande guerra. Un bilancio storiografico (1990-2005)*, in Paola Antolini, Gunda Barth-Scalmani, Matteo Ermacora, Nicola Fontana, Diego Leoni, Paolo Malni, Anna Pisetti, *Donne in guerra, 1915-1918: la Grande guerra attraverso l'analisi e le testimonianze di una terra di confine*, Centro studi Judicaria, 2006, pp. 21-22.

miseria la condussero rapidamente alla pazzia; questo fu il motivo per cui venne internata in manicomio nell'agosto del 1922 con la diagnosi di demenza. Nel certificato medico contenuto nella cartella di Livia P. si legge come la sua famiglia, qualche giorno prima del ricovero, si accorse che la donna iniziava a «perdere lucidità di mente, ad avere chiare manifestazioni pazzesche di idee religiose», rivolgendosi spesso ai genitori dicendo che era dannata, poi si chiudeva in se stessa pregando e chiedendo perdono, per paura che sarebbe morta. Dopo alcuni giorni dall'ingresso in manicomio in cui fu in osservazione, iniziò a mostrarsi molto confusa e ansiosa e, poiché rifiutava il cibo, fu necessaria l'alimentazione forzata.

Una storia analoga è quella di Enrica B., una contadina di 50 anni ricoverata in manicomio con la diagnosi di melanconia. L'alienazione mentale iniziò a manifestarsi quando scoprì che il marito era stato fatto prigioniero di guerra e si trovava in carcere in Francia.

Enrica B. «manifesta idee di colpa e di rovina verso la sua famiglia», sentendosi responsabile dell'arresto del marito di cui dice di essere molto preoccupata e a ciò si aggiunse anche il dolore per la perdita della figlia, che generava in lei un ulteriore senso di colpevolezza che la porterà a numerosi tentativi di suicidio.

Come osservato in precedenza, la povertà e la miseria furono causa di molte malattie come la pellagra e la malaria che, se non avessero condotto alla morte, avrebbero portato inevitabilmente alla pazzia. Maria Luigia T., una casalinga di 46 anni, a causa della scarsa alimentazione a base esclusiva di mais contrasse la pellagra, una malattia chiamata anche la “malattia del povero” proprio perché colpiva prevalentemente la popolazione povera contadina che, soprattutto durante gli anni della guerra, viveva in condizioni igienico-sanitarie scarse o del tutto inesistenti.¹³⁶

La donna a causa delle misere condizioni in cui viveva iniziò a manifestare «una grave riduzione dello sviluppo psichico con idee di suicidio», dopo aver tentato di gettarsi dalla finestra a più riprese e dopo che il marito l'aveva sorpresa con una corda in mano «quasi volesse apparecchiare un nodo scorsoio», fu internata in manicomio con la diagnosi di gracilità intellettuale. La donna giustificò le sue tendenze suicide in parte con lo stato di grave miseria.

¹³⁶ Pietro Sitta, *La diffusione della pellagra in Italia. Note di statistica tecnica e descrittiva*, cit., p. 562.

3.2. Non solo infanticidio: donne e criminalità comune

Nella storia del manicomio di Udine è facile imbattersi in donne detenute nelle carceri della città, poiché la procura prevedeva che laddove era in dubbio l'imputabilità per vizio di mente o quando le detenute davano mostra di agitazione o di essere pericolose per sé e per gli altri durante la detenzione, fossero sottoposte a perizia psichiatrica per verificarne lo stato di salute mentale. Infatti, durante il periodo in cui l'imputata si trovava in carcere, accadeva spesso che manifestasse degli atteggiamenti per cui veniva ritenuta pericolosa per sé e per gli altri e per questo diventava necessario il ricovero d'urgenza in manicomio. Inoltre, le istituzioni, prima o durante il processo, volevano comprendere se, nel momento in cui era stato commesso il reato, la donna si trovasse in uno stato di alienazione mentale, per poter contestualizzare le circostanze in cui era avvenuto il fatto e per decidere se fosse poi opportuno l'internamento in un manicomio giudiziario o in una sezione apposita di altri istituti manicomiali o, in caso fosse stata invece ritenuta nel pieno delle sue capacità, si dovesse procedere con la reclusione presso le carceri giudiziarie.

Come molti studi hanno dimostrato, nel corso del Novecento e in particolare durante gli anni della Prima guerra mondiale, i casi di gravidanze illegittime si intensificarono e, di conseguenza anche i casi di infanticidio. Le donne, infatti, per tutelare l'onore proprio e della famiglia, furono costrette molte volte a porre fine alla loro gravidanza o alla vita del bambino subito dopo il parto.

A questo proposito è interessante il caso di Santa R., una contadina di 31 anni detenuta nelle carceri giudiziarie di Udine poiché «imputata di infanticidio», di cui è possibile leggere, punto per punto, la perizia eseguita dal medico del manicomio per verificare se nel momento del reato fosse in grado di intendere e di volere o se, al contrario, fosse affetta da alienazione mentale.

Infatti, qualora una donna venisse scoperta e accusata di infanticidio, venivano messe in atto una serie di procedure per comprendere quali fossero le circostanze, psicologiche e sociali, in cui era stato commesso l'omicidio. In caso di infanticidio esisteva una possibilità d'appello che stabiliva se durante il reato fossero state presenti alcune delle attenuanti previste dal Codice penale. Una di queste riguardava il “motivo

d'onore", come si evince dall'analisi degli atti processuali relativi al processo di Santa R., la quale: «affermò di aver sotterrato la neonata, e ciò allo scopo, secondo la versione dell'imputata, di nascondere alla madre [...] la gravidanza [...] e per salvare l'onore».

Con il Codice Zanardelli l'infanticidio, se commesso per tutelare l'onore proprio o della famiglia, venne considerato un attenuante dell'omicidio e, in sede di processo, ebbe delle sanzioni più favorevoli; infatti, all'art. 369 si affermava che:

Quando il delitto preveduto nell'articolo 364 sia commesso sopra la persona di un infante non ancora iscritto nei registri dello Stato civile e nei primi 5 giorni dalla nascita per salvare l'onore proprio [...] la pena è della detenzione da tre a dodici anni.¹³⁷

Se il reato era stato commesso con «lo scopo di evitare, mediante l'occultamento della nascita, il disonore e la vergogna che conseguono alla pubblica conoscenza del parto»¹³⁸ poteva quindi essere processato secondo alcune attenuanti, limitando la pena e gli anni di carcerazione. La paura che la donna, ma soprattutto la sua famiglia, venisse disonorata a causa della nascita di un figlio illegittimo, creava una necessità che sembrava in un certo senso legittimare il reato commesso. Questo dimostra come già nei primi anni del Novecento, la legge metteva la donna davanti ad una scelta inevitabile, o "sporcarsi di disonore" per tutta la vita o commettere un delitto ed in quest'ultimo caso, in pochi anni tutto sarebbe tornato alla normalità.¹³⁹

Infatti, molte donne, dopo aver scontato la pena per infanticidio, venivano riaccolte subito in famiglia e ritrovavano facilmente lavoro, come domestiche, contadine o operaie e alcune si sposavano e avevano dei figli e ciò che era accaduto veniva considerata come una semplice parentesi della loro vita. Questo accadeva perché, nella mentalità del tempo la donna doveva adempiere a due uniche funzioni, una biologica, cioè doveva generare figli e una socio-culturale, in cui doveva nutrirli, crescerli ed educarli. Nel momento in cui l'infanticidio veniva commesso prima che il bambino fosse attaccato al seno, era come

¹³⁷ Codice Penale per il Regno d'Italia, art. 369, n. 6133, Stamperia reale, Roma, 1889, p. 129.

¹³⁸ Zara Algardi, *Infanticidio per causa di onore*, in «Belfagor», vol. 12, n. 2, Casa Editrice Leo S. Olschki, 1957, p. 211.

¹³⁹ *Ibidem*.

se la donna non fosse considerata ancora una “madre completa” dalla società perché non aveva ancora svolto entrambe le sue funzioni.¹⁴⁰

L’uccisione del bambino subito dopo il parto era quindi un’attenuante, così come il non averlo ancora battezzato, la giovane età della donna e il ritrovarsi sola durante il parto.

Anche negli atti del processo di Santa R., dopo aver appurato che si fosse trattato di una gravidanza illegittima, si evince come l’attenzione si concentrava al momento preciso del parto, cercando di cogliere quali fossero state le precise dinamiche, se il bambino era nato morto o se era stato ucciso subito dopo il parto.

Fini di confessare di aver partorito quindici giorni prima in un campo di sua proprietà dove essa era intenta a dare il solfato di rame alle viti e fu colta d’improvviso dai dolori del parto, in seguito ad una caduta accidentale per terra, aveva dato rapidamente alla luce un feto da lei riconosciuto di sesso femminile e nata morta in settimo mese. [...] dopo brevissimo tempo dal parto scavata con le mani una piccola buca superficiale nel terreno affermò di aver sotterrato la neonata. [...] Rincasata in seguito, con nessuno fece parola dell’accaduto.

In realtà, sono presenti anche molti interrogatori in cui la paziente non ha fornito nessuna notizia relativa al fatto che lei aveva commesso quel reato e, al contrario, rispondeva di ignorare il motivo per cui era stata condotta in manicomio, sostenendo anche di non riconoscere il luogo in cui si trovava.

Dopo qualche titubanza ha confessato di aver avuto rapporti sessuali con un uomo del suo paese che l’avrebbe lusingata con promesse e che era rimasta gravida. Ha aggiunto che in seguito è riuscita a tener nascosto questo suo stato alla madre, e che ha continuato [...] alle consuete occupazioni di lavoro. Un giorno, che non ricorda con precisione, del luglio scorso, sapendo già che era l’ottavo mese di gravidanza, mentre era intenta a dare il solfato di rame alle viti in un campo di sua proprietà cadde accidentalmente per terra presso l’orlo di un fossato e subito dopo venne colta d’improvviso dai dolori del parto, e diede alla luce un feto morto di sesso femminile. Subito dopo avvenuta l’espulsione della membrana ha dichiarato d’aver coperto con del terriccio il corpicino [...].

¹⁴⁰ Maria Pia Casarini, *Maternità e infanticidio a Bologna: fonti e linee di ricerca*, in «Quaderni storici», vol. 17, n. 49, Il Mulino, 1982, pp. 282-283.

Un altro elemento interessante è quello che riguarda la perizia eseguita nel manicomio di Udine sulla detenuta Santa R., dove si cercava di decretare se nel momento del reato commesso fosse in uno stato di “alienazione mentale” perché, come è noto, se un reo fosse stato ritenuto incapace di intendere e di volere, e quindi non responsabile delle sue azioni, avrebbe evitato il carcere, venendo però internato in sezioni apposite dei manicomi.

In questa perizia furono evidenziati i possibili motivi che avrebbero spinto la donna a commettere il reato, nascondendolo, così come la stessa gravidanza: «la vergogna, la preoccupazione per l’omicidio, il dolore per il tradimento, i bisogni della vita e l’angoscia» a cui si aggiungeva «l’elemento organico della gravidanza, di un travaglio di parto per lo più prolungato, di un parto avvenuto clandestinamente nelle più infelici condizioni immaginabili spesso accompagnato da perdita profusa di sangue [...]». Ognuno di questi aspetti evidenziati dal medico, in sede di processo, poteva essere un elemento importante per attenuare la pena della donna.

In conclusione, Santa R. non viene ritenuta affetta da malattia mentale né durante la commissione del reato né al momento dell’internamento manicomiale.

A giudizio dei medici del manicomio che eseguirono la perizia, si escluse «uno stato qualsiasi di infermità mentale conclamata» poiché ciò che era stato riscontrato nei diversi esami svolti, sia a livello di contegno che a livello fisico, sembrava essere considerato normale in stato di gravidanza, soprattutto se questa era ritenuta illegittima. Infatti, continuando nella lettura dei documenti venne evidenziato che:

Cultori insigni della medicina da lungo tempo hanno studiato con metodi della psicologia i frequenti cambiamenti della personalità psichica femminile durante la gravidanza nel periodo culminante [...] del travaglio del parto e hanno osservato che spesso nella donna si insidi la paura del parto con il restringimento del campo della coscienza e della volontà. [...] Nei parti illegittimi alle turbe inerenti al lavoro organico ed ai consecutivi fenomeni dolorosi e tossici si aggiungono titoli emotivi d’origine morale.

Da queste dichiarazioni emerge come la cultura medica del tempo considerasse la donna incinta come di per sé soggetta a debolezza mentale, causata in primis dalla

condizione stessa di gravidanza, e poi dal parto, dalla paura delle possibili conseguenze determinate dal disonore, soprattutto per le donne nubili, che avrebbero dovuto confrontarsi con «l'ira dei genitori e il disprezzo del vicinato»¹⁴¹. Tutto ciò causava nella donna una facile impressionabilità, uno stato di melanconia e di offuscamento mentale e una serie di stimoli psico-fisici considerati sufficienti per concedere un'attenuante in fase di processo per infanticidio ma allo stesso tempo normali e quindi non sufficienti per considerarla pienamente non imputabile e affetta da alienazione mentale, quindi ricoverabile in manicomio.¹⁴² Infatti, Santa R., dopo un mese di internamento manicomiale, venne ricondotta nelle carceri giudiziarie di Udine perché considerata “incompetente per il manicomio”, non essendo stata verificata alcuna pazzia.

Per Lucia S., 60 anni, la perizia psichiatrica avrà un esito diverso. La donna entrò in manicomio nell'ottobre del 1920 per essere sottoposta ad una perizia psichiatrica che ne verificasse lo stato di mente; infatti, proveniva dalle carceri di Udine, dove era stata imputata di tentata lesione, accusata di aver provato ad accoltellare una donna.

Negli atti venne riferito che l'imputata, mentre si trovava in carcere, aveva manifestato sintomi di infermità mentale, come si evince anche dai certificati medici, per questo motivo il Pretore ne aveva ordinato il ricovero in manicomio.

Anche in questa cartella è presente la perizia psichiatrica effettuata all'ingresso in manicomio:

Imputata di tentata lesione in danno di M., in un vicolo, armata di un coltello da cucina, ha aggredito e tentato di colpire costei, che poi riuscì a fermare il braccio. Lucia S. viene presa in arresto da un vigile urbano.

[...]

Interrogata sul fatto da lei commesso [...] specifica del reato di cui è imputata riferisce che da parecchio tempo va in contrasto per motivi d'interesse con la M., la quale spesso provocava, la insultava le “mandava delle maledizioni”. La mattina dell'11 ottobre scorso, mentre ella si trovava in piazza delle erbe, [...] le si avvicinò la M. che, secondo il solito, si diede a provocarla ed a minacciarla, non desistendo neppure dopo ripetuti avvertimenti di lasciarla tranquilla: tanto che in ultimo afferrò

¹⁴¹ Marina Garbellotti, *Madri “folli” e infanticide internate nel manicomio di Verona a fine Ottocento*, in Marina Garbellotti, Emanuela Gamberoni, Silvia Carraro (a cura di), *Raccontare la follia. Le carte dell'ospedale psichiatrico veronese di San Giacomo di Tomba*, Verona, Cierre edizioni, 2019, p. 132.

¹⁴² Ivi, pp. 130-132.

un coltello che trovandosi casualmente sul tavolo [...] esposta al pubblico e si fece incontro alla M. gridando che andasse via. Afferma di non ricordare con precisione cosa sia avvenuto in seguito. Durante il racconto del fatto si emoziona fortemente dichiarando di non aver tentato di colpire la sua persecutrice e d'essere caduta in un tranello tesole da costei.

Durante l'esame psichico eseguito su Lucia S. le venne riscontrato un accentuato stato depressivo, sostenuto da «persecuzioni pessimistiche e da elaborazioni deliranti a carattere persecutorio», così significative da costituire una vera sindrome psicopatica.

In questo modo conclusero i medici:

In base quindi ai dati forniti dalla nostra indagine peritale riteniamo di avere elementi di giudizio sufficienti per affermare che Lucia al momento del commesso reato ha agito in stato tale di infermità di mente da toglierle la coscienza e la libertà dei propri atti.

Per questo motivo, ritenendo che potesse essere pericolosa a sé e agli altri, venne internata nel manicomio di Udine.

Sono molti i casi di donne che furono condotte in manicomio, con lo scopo di verificarne le capacità psichiche e intellettive al momento del reato. Il Codice penale Zanardelli, all'art. 46 affermava che: «non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di infermità di mente da togliergli la coscienza o la libertà»¹⁴³, per cui era pratica usuale che una detenuta cercasse di dimostrare la sua innocenza anche appellandosi alla malattia mentale, nella speranza di una diminuzione o di un annullamento di pena.

Un altro caso di detenuta internata in manicomio per accertamento psichico è quello di Maria T., una vedova di 37 anni, proveniente dalle carceri di Udine perché imputata di “furto qualificato”. La donna venne internata due volte nel manicomio di Sant'Osvaldo, la prima nel luglio del 1922 e la seconda nel dicembre dello stesso anno, perché mentre si trovava in carcere manifestò, ripetutamente, segni di turbamento psichico.

¹⁴³ Codice Penale per il Regno d'Italia, *art. 46*, n. 6133, Stamperia reale, Roma, 1889, p. 19.

Dall'esame degli atti processuali si è in grado di apprendere l'intera vicenda che vide coinvolta Maria T.:

La mattina del 27 giugno su denuncia del Signor C. veniva tratta in arresto dai carabinieri di servizio alla stazione ferroviaria di Udine la nominata Maria T., la quale era già salita sul treno in partenza per Tarvisio con due valigie contenenti vestiti, biancheria ed altri oggetti di proprietà di detto Signor C. Condotta nell'ufficio dei carabinieri dichiarava che le valigie e tutti gli oggetti in esse contenuti, li aveva trafugati dalle ore 1 alle 3,30 da una camera dell'abitazione del Signor C. presso il quale da qualche tempo prestava servizio in qualità di domestica. Oggi dichiara che nel compimento di questi atti era stata condizionata da un suo amante, certo G. di anni 29 [...] il quale era salito durante la notte clandestinamente nella sua stanza, e che subito dopo aver consumato il furto erano fuggiti alla stazione ferroviaria allo scopo di recarsi all'estero. A conferma di tutto questo rilascia pure dichiarazione firmata.

Quando Maria T. venne interrogata nuovamente dal Pretore fece nuove dichiarazioni:

Da 15 giorni si trovava in Udine al servizio del signor C., allorché incontrò tale G. da lei già conosciuto in Austria prima della guerra. Costui le divenne amico e una sera le propose di ospitarlo nella camera dove dormiva, in casa del suo padrone. Acconsentì a questa sua richiesta e di notte clandestinamente lo fece entrare nella sua camera. Lì si trovavano i bauli nei quali il signor C. Teneva i propri abiti e quelli della moglie e dei bambini. I bauli erano aperti e per istigazione dell'amico tolse gli indumenti e li mise in due valigie; quindi, si vestì e fuggì da casa per recarsi alla stazione ferroviaria dove il suo amico l'avrebbe raggiunta. Era già salita sul treno con le due valigie, quando venne raggiunta dal signor C. che la fece arrestare dai carabinieri. L'imputata accusava il signor C. di averle prima dato uno schiaffo e in seguito un calcio all'addome.

Un altro elemento interessante presente nella cartella è la dichiarazione fatta da "il signor C.", il signore da cui Maria T. prestava servizio come domestica, perché secondo il suo racconto venivano meno le affermazioni dell'imputata:

Il signor C., interrogato come parte lesa confermava che il furto era avvenuto durante la notte mentre egli e i suoi familiari dormivano, e dichiarava che il baule era chiuso a chiave e quindi doveva necessariamente essere stato sforzato.

Dalla trascrizione degli atti processuali emerge come la Maria T. cambi ripetutamente la versione dei fatti, probabilmente con l'intenzione di attenuare le sue colpe e trovare delle credibili giustificazioni per il reato commesso.

Nella perizia psichiatrica svolta dal medico del manicomio, che si componeva di diverse parti quali, "l'esame antropologico e clinico", "l'esame del contegno" e "l'esame psichico", si riscontrano elementi importanti che dimostrano, per l'appunto, la non infermità mentale della suddetta.

Dopo il quarto giorno [...] ammetteva quanto risulta dagli atti processuali, riferiva quindi che da molti giorni si trovava in questa città e che era occupata come domestica presso la famiglia del signor C. Un giorno si è imbattuta in un giovane suo compaesano, da lei già conosciuto, tale G. Più volte ha insistito affinché durante la notte la accogliesse nella sua camera nell'abitazione del signor C. La notte precedente, mentre i padroni dormivano, ha introdotto in casa il suo amico. Nella camera da lei occupata si trovava un baule, non chiuso, contenente biancheria, vestiti altri oggetti di proprietà del suo padrone. Dapprima si è opposta, ma dopo varie insistenze si è lasciata indurre a seguire le indicazioni del suo amico a mettere in due valigie la biancheria e i vestiti. Quindi sono usciti di casa e si sono recati alla stazione ferroviaria dove hanno preso i biglietti per Villaco. Mentre il suo amico si recava al caffè, lei saliva sul treno dove veniva fermata dal signor C. ed è fatta arrestare dai carabinieri.

Dopo la confessione dell'imputata e dopo aver eseguito una minuziosa perizia, il medico del manicomio, avendo Maria T. dimostrato «un'alterazione dell'umore e del contegno» durante il periodo di ricovero, ritenne che le si «debba ammettere una certa diminuzione dell'imputabilità», ma non ritenendola in stato di infermità mentale al momento di compiere il reato di cui imputata, venne ricondotta alle carceri della città. Infatti, il codice Zanardelli, all'art. 47, diceva che: «Quando lo stato di mente indicato

nell'articolo precedente era tale da scemare grandemente la imputabilità, senza escluderla, la pena stabilita per il reato commesso è diminuita»¹⁴⁴.

A dicembre dello stesso anno il medico delle carceri di Udine inviò una lettera al direttore del manicomio dicendo che «la detenuta Maria T. di anni 37 [...] dà segni di alienazione mentale; è violenta contro le persone che l'assistono, non può più essere tenuta in carcere, ma è urgente che venga rimandata in osservazione al Manicomio, perché pericolosa per sé e per gli altri».

Maria T. quindi, dopo pochi mesi dalla perizia psichiatrica che era stata effettuata, venne ricondotta in manicomio per stabilire se fosse necessario un internamento definitivo o se ancora non fosse competente per il manicomio.

All'interno della seconda cartella clinica è presente anche l'articolo di giornale dove veniva narrato il fatto di cronaca legato al furto commesso da titolo "La domestica infedele" dove si legge che:

Di questo fatto, una romantica fuga notturna, si occupa a suo tempo diffusamente la cronaca. Certa Maria T. era domestica presso la famiglia del commerciante signor C. Una notte essa - ispirata da un'amante rimasto sconosciuto - abbandonava la casa dei padroni, portando seco biancheria ed oggetti casalinghi per un valore complessivo di 3526 lire. Ma mentre la romantica coppia stava per prendere il volo verso ignoti lidi, intervennero gli agenti della forza pubblica. L'amante riuscì a squagliarsi, ma la donna fu tratta in arresto alla stazione e dovette consegnare la refurtiva. Il tribunale condanna Maria T. a sei mesi di detenzione.

Anche nel secondo ricovero Maria T., dopo essere stata periziata, venne dichiarata sana di mente e rimpatriata in carcere.

3.3. Gravidanze illegittime

Durante la Prima guerra mondiale si intensificarono i casi di gravidanze illegittime o, per meglio dire, iniziava ad essere data loro una maggiore attenzione. Le madri

¹⁴⁴ Codice Penale per il Regno d'Italia, *art. 47*, n. 6133, Stamperia reale, Roma, 1889, p. 19.

illegittime per tutto il periodo della gestazione vivevano una situazione di isolamento dalla società e per ragioni morali e familiari erano spesso costrette ad allontanarsi dalla loro casa e dai loro affetti. Inoltre, qualora riuscissero a nascondere il loro stato di gravidanza vivevano nella costante paura di essere scoperte ed è per questo motivo che molte di loro si recavano nelle Maternità o nei Brefotrofi, per poter partorire mantenendo il segreto e l'anonimato.¹⁴⁵

In alcuni casi le donne uccidevano il bambino subito dopo il parto perché, come osservato precedentemente, era meglio essere arrestate che disonorare se stesse e le proprie famiglie.

Analizzando le cartelle cliniche del manicomio di Udine si evince come, nei casi di gravidanze illegittime, la condizione sociale abbia avuto un ruolo rilevante. Infatti, dalle informazioni ricavate dalle cartelle analizzate, la maggior parte delle donne che ebbero gravidanze illegittime erano povere e furono spesso internate in manicomio in seguito alla manifestazione di alienazione mentale. Inoltre, durante la Grande guerra, soprattutto nel periodo dell'occupazione, le donne furono esposte ad un contesto pericoloso che le vide, loro malgrado, vittime di uomini che ne abusarono per piacere, per dominazione o per conquista.¹⁴⁶ Le gravidanze illegittime furono un elemento che fece parte della società del tempo anche dopo la Grande guerra, come mostra il caso di Assunta M., 27 anni, una domestica internata nel febbraio del 1922 per demenza precoce. Nel suo certificato medico si legge che mentre era in servizio, nell'anno precedente, rimase incinta. Si trattava di una gravidanza illegittima, come riporta il diario clinico, e dopo essere stata «cacciata dai padroni di casa ritornò in famiglia, dove, perché forse maltrattata per le sue condizioni, cominciò a dare segni di squilibrio mentale. Scappava di casa, faceva discorsi strani, gridava [...]».

Dopo il parto le sue condizioni si aggravarono: «si ridusse in un assoluto mutismo, rifiuta il cibo, cerca di mordere chi si avvicina, non vuole allattare la figlia perché dice che non è sua».

¹⁴⁵ Gianna Pomata. 1980. *Madri illegittime tra Ottocento e Novecento: storie cliniche e storie di vita*, in «Quaderni storici», vol. 15, n. 44, Il Mulino, 1980, p. 502.

¹⁴⁶ Matteo Ermacora, *Le donne italiane nella Grande guerra. Un bilancio storiografico (1990-2005)*, cit., p. 22.

In questo caso è messo in evidenza il comportamento della famiglia della donna che, apprese le sue condizioni, rifiutò di tenerla in casa e anzi, iniziò a maltrattarla, questo perché, secondo la mentalità del tempo, aveva disonorato la famiglia. Assunta M., dopo il licenziamento, venne abbandonata ancora una volta dai suoi genitori e fu costretta ad affrontare il susseguirsi degli eventi da sola, manifestando presto segni di pazzia che la portarono ad essere ricoverata in manicomio. Nella cartella non viene specificato chi ne avesse richiesto l'internamento ma è possibile ipotizzare che la volontà fosse dipesa dalla famiglia per allontanare il “problema” e lo scandalo.

Un altro esempio è il caso di Anna P., 29 anni, internata in manicomio nel maggio del 1922, precedentemente ricoverata a Ribis, con diagnosi di gracilità intellettuale. La donna aveva subito un abuso da parte di un individuo che si era approfittato della sua deficienza, mettendola incinta: «affetta da semicretinismo, un individuo abusò della sua deficienza mentale e la rese incinta». In una lettera scritta dal procuratore del re al direttore del manicomio venne confermato il racconto dell'alienata circa la “violenza carnale” subita; inoltre, la donna avrebbe confessato alla madre di aver riconosciuto l'individuo colpevole dell'abuso e per questo fu avviato un processo penale nei confronti del tale. A tal proposito, nella cartella sono raccolti alcuni documenti redatti dal giudice istruttore nei quali avanzava delle richieste di comparizione all'alienata, prima per procedere alla ricognizione dell'imputato e poi per l'interrogatorio «circa le generalità di cui fu vittima» e per verificare l'attendibilità delle sue dichiarazioni, poiché risultava che durante interrogatori diversi avesse cambiato spesso versione, soprattutto circa il nome dell'individuo.

Riferirmi colla massima urgenza se può essere interrogata date le sue condizioni psichiche, la folle in oggetto, in merito alla sofferta violenza carnale di cui è cenno nel foglio sopra indicato.

[...]

Prego voler significare a questo ufficio se ritenga attendibile la versione da Anna P. data a suo tempo, nel 1920, circa la violenza carnale dalla stessa e circa l'individuo che l'avrebbe violentata. Che secondo il racconto fatto alla propria madre, Anna P. avrebbe identificato in certo B., mentre nell'esame reso al sig. Pretore essa avrebbe indicato con il nome di E. persona probabilmente diversa dalla prima. E in relazione allo stato mentale.

[...]

Prego codesta direzione di farmi conoscere se Anna P. trovasi ancora ricoverata in codesto manicomio ed, in caso positivo, se sia possibile la sua comparizione in questo ufficio, per procedere ad atto di ricognizione di imputato.

Anna P. dopo aver subito l'abuso venne internata in un primo momento nella succursale di Ribis, da questo ricovero proviene una lettera ufficiale scritta dal sindaco e indirizzata al direttore del manicomio provinciale di Udine dove si dichiarava che «il padre della maniaca Anna P., date le miserrime sue condizioni economiche, fa preghiera affinché la figlia possa rimanere al manicomio di Ribis finché sarà sgravata; eppure, perché la stessa venga trasferita al Brefotrofio provinciale».

Il padre per l'appunto chiese al direttore dell'istituto che sua figlia potesse rimanere internata fino al momento del parto e poi essere condotta al brefotrofio provinciale, istituto dove venivano accuditi o abbandonati i figli illegittimi.

In un altro documento «sullo stato di mente di Anna P.» si legge che la donna, dopo essere stata stuprata, aveva avuto altri rapporti con quell'individuo perché quest'ultimo le aveva promesso che l'avrebbe sposata, cosa che poi non avvenne.

Infine, il caso di Maria T., già incontrata in precedenza in merito ai casi di reato, è interessante perché presenta un esempio di matrimonio riparatore. Infatti, nel diario clinico della paziente si legge che in passato si sposò con un uomo deforme e cattivo dal quale, prima del matrimonio, ebbe due gravidanze illegittime e i figli morirono dopo pochi giorni dalla nascita. Qui è evidente che il matrimonio sia avvenuto per riparare alle due gravidanze che avrebbero altrimenti disonorato entrambe le famiglie.

3.4. Le famiglie

Come molti studi hanno evidenziato il nodo famiglia manicomio è sempre stato complesso perché, come è stato possibile riscontrare all'interno delle cartelle cliniche analizzate, i familiari sono stati una parte attiva nel ricovero dell'inferma. Infatti, quando un familiare entrava all'interno di un istituto psichiatrico, i parenti erano spesso i fautori della richiesta di ricovero, ad esempio per l'impossibilità di accudimento in casa o, più semplicemente per volersi "sbarazzare del problema", poiché una donna pazza, secondo

la mentalità del tempo, poteva diventare un pericolo non solo tra le mura di casa ma anche nel contesto sociale e ciò, come già più volte evidenziato, causava vergogna e disonore.

Ad esempio, Anna N.B., 45 anni, dopo un periodo di degenza al S. Clemente nel 1914, venne internata al Sant’Osvaldo nel maggio del 1915 per psicosi circolare.

Tipo eccitabile, con euforia, ideazione abbondante e fantasiosa, prolissa, senza speciale contenuto delirante, con grave alterazione di critica e di giudizio, procline a interpretazioni persecutorie [...] fattole dal marito. Facile alla confidenza [...] ad intercalare versi, sentenze popolari. [...] sentimenti conformi al genere di vita, a tipo libero, con colorito di prostituzione.

Nel diario clinico si legge che «il marito si determinò a farla rinchiudere in manicomio», non fu consegnata da nessun parente ma accompagnata da una suora fino nella stazione di Udine per poi essere condotta in istituto. Questo è un chiaro esempio di come la donna fu ricoverata su richiesta del marito che, dopo aver eliminato il problema, lasciò la moglie sotto la sorveglianza di una suora fino all’arrivo in istituto, e fece perdere tutte le sue tracce. Infatti, in una lettera che Anna N.B. scrisse ad una amica si comprende la sua inconsapevolezza circa il suo stato di mente e di come viveva il manicomio come un luogo di prigionia, dove diceva di essere «al contatto di pazzi!». «Io non posso in prigione innocente, non pazza, non colpevole», così continua la richiesta d’aiuto di Anna N.B., determinata a ritrovare il marito e per questo in una lettera chiedeva insistentemente: «cercato, tracciato, trovato?». Dalle sue lettere è evidente il suo forte desiderio di fare ritorno a casa perché era convinta di non essere pazza come le persone che vedeva intorno a lei e questo sembra voler confermare l’ipotesi che il marito si sia voluto liberare di lei senza un evidente motivo legato alla malattia mentale.

Tra le lettere raccolte nella cartella di Anna ci sono anche le numerose lettere scritte dalla sorella che cercava di offrirle conforto, non potendosi però prendere l’impegno di accudirla fuori. La sorella avanzò anche una precisa richiesta al direttore del manicomio, oltre a voler essere messa a conoscenza di quali erano le condizioni della paziente, confidava anche che potesse essere trattenuta per altro tempo all’interno dell’istituto o, in caso contrario, che venisse condotta in un’altra struttura di cura.

D’altro canto, alcune famiglie dopo il ricovero di un loro familiare dimostravano un unico desiderio, quello della sua guarigione, nella speranza di poterlo riavere a casa il

prima possibile; la famiglia era infatti l'unica a poter decidere di riaccogliere a casa il proprio congiunto.¹⁴⁷

Nelle cartelle cliniche conservate all'interno dell'archivio dell'ex manicomio di Udine sono presenti numerose lettere che i familiari delle pazienti inviarono al direttore del manicomio, il più delle volte per conoscere il loro stato di salute. In altri casi invece, le questioni che venivano trattate erano strettamente legate alle dinamiche manicomiali e riguardavano, ad esempio, le spese e i costi relativi al mantenimento in istituto o i cambiamenti legati alla custodia, veniva poi richiesto quando fosse possibile far visita al proprio congiunto e soprattutto, qualora fosse possibile, ricondurlo a casa o, al contrario ne ribadivano l'impossibilità di riaccoglierlo.

Queste lettere offrono un'importante testimonianza di come, in molti casi, i familiari non volessero interrompere con l'internata il legame affettivo che era l'unico che al momento poteva rimanere saldo.¹⁴⁸

Un altro caso interessante che permette di evidenziare un importante aspetto del ruolo familiare nelle dinamiche manicomiali è quello di Antonia P., 32 anni, internata nel luglio del 1913 con la diagnosi di melanconia, i numerosi parti sembrano essere stati i fattori principali della sua malattia; infatti, nel diario clinico si legge che «più volte ha tentato di fare del male ai propri bambini bastonandoli ripetutamente e cercando persino talvolta di affogarli nell'acqua». Nonostante ciò, il marito scrisse una lettera al direttore del manicomio per pregarlo di riavere il prima possibile a casa sua moglie: «progetisimo Signor Direttore del manicomio Provinciale di Udine [...] di lasciarmi condurla a casa la mia molgia primo che sia possibile», continua poi: «lo go trovatta bastanza bonna in suo sentimenti e così prego di darmila». In questo caso il marito, trovandosi solo senza la moglie in casa, dopo averne richiesto l'internamento ne richiese anche le dimissioni; questo probabilmente avveniva perché, come molti studi hanno dimostrato, le donne servivano per mandare avanti l'economia domestica e c'era bisogno di loro per le faccende di casa e soprattutto per l'accudimento dei figli.

È anche il caso di Adelaide V.D.G., una casalinga di 42 anni affetta da demenza paranoide, che a causa della lontananza del marito, che si trovava a Budapest, iniziò a

¹⁴⁷ Patrizia Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, cit., p. 477.

¹⁴⁸ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 98.

manifestare i primi segni di «turbamento», maltrattando senza alcuna ragione le figlie. Nel diario clinico si legge che spesso «divaga e si perde in particolari inconcludenti tanto che è impossibile seguire il nesso logico del suo dire»; inoltre, «insiste sempre per venir dimessa, protesta contro quelli che qui l'hanno inviata».

Nonostante i litigi familiari e le violenze di cui si è parlato nel certificato medico, il marito si mostrò molto addolorato per il ricovero della moglie chiamandola ripetutamente «il mio tesoro», chiedendo informazioni sul suo stato di salute, nella speranza di qualche miglioramento e richiedendone le dimissioni affinché potesse così essere ricondotta a casa. Anche qui il marito sembrava disposto a soprassedere a ciò che la moglie aveva fatto, richiedendone le dimissioni, probabilmente perché, essendo lui lontano da casa, era necessario che la donna si prendesse cura della casa e delle figlie, rimaste sole. In un'ultima lettera scritta da Adelaide V.D.G. in risposta al marito, si legge che lo chiama «sposo carissimo», dimostrandosi colpevole e addolorata per aver abbandonato le figlie.

La donna, nella storia, come molti studi hanno evidenziato, fu da sempre considerata solo in quanto madre e il suo ruolo era quello di prendersi cura dei figli, della famiglia e delle questioni domestiche, relegate solo all'interno delle mura di casa.

Anche la lontananza dal marito sembra essere uno dei motivi che ricorsero maggiormente tra le «cause scatenanti della pazzia», come si legge nella cartella della sessantaduenne Antonietta G., internata per cerebropatia degli adulti nel 1915, che nel corso del suo ricovero ricevette dal marito numerose lettere in cui preoccupato chiedeva il suo stato di salute. Egli, trovandosi a Parigi, non riceveva notizie sulla «disgraziata moglie» da molto tempo e sperava quindi che il direttore del manicomio potesse rispondergli al più presto poiché temeva che questo lungo silenzio fosse da collegare all'aggravarsi della malattia della moglie. Anche se lontano, il marito dichiarò, in qualunque evenienza, di essere sempre pronto ad assumersi l'impegno di provvedere ad Antonietta G., nella speranza di poterla presto ricondurre a casa circondata dall'affetto e le cure della sua famiglia, convinto che ciò avrebbe potuto contribuire al miglioramento della sua salute generale.

Molte donne, come traspare dalle loro cartelle, dopo essere state internate in manicomio, iniziarono a sentirsi abbandonate dalla propria famiglia, come Maria Z., dalle cui lettere scambiate con i suoi familiari emergeva il dolore e la delusione per essere stata

tradita da loro che l'avevano mandata in manicomio. Maria Z. scriveva: «cari genitori, in questo momento vi dico che sto magnificamente bene», continuava poi dicendo di essere stata ingannata da loro, «prima mi avete disonorata e minacciata in tutti i modi e poi mi avete depositata qui». In un'altra lettera scriveva: «cari genitori veramente non sarebbe da dire genitori perché mi avete fatto troppo male.. quindi se sto magnificamente bene, come vio scritto ancora una volta, venitemi a prendere, oppure ditteli che mi lasci andare. [...] Ora qui dentro nel manicomio non ci posso stare». Anche se ai genitori diceva di stare «magnificamente», dalle parole che scriveva è facile percepire il dolore e la paura che Maria stava provando a rimanere rinchiusa in quel luogo lontano da casa e come il suo unico desiderio fosse quello di essere dimessa: «mi viene i brividi quando viene la notte perché mi sento voltare e girare e pure mi picchiano».

Giovanna B., una contadina di 42 anni affetta da demenza, venne invece allontanata dalla famiglia perché, come si legge dal certificato medico, «senza ragioni di sorta, colpì il marito ad un braccio e gettò della brace ai suoi figli che la invitarono a mangiare», a causa della sua pericolosità i parenti manifestarono l'impossibilità di sorveglianza da parte loro e il medico comunale ne richiese l'immediato ricovero in manicomio.

Di quasi tutte le pazienti che furono internate nel manicomio di Sant'Osvaldo, non si conosce quale sia stato il loro destino, soprattutto dopo un trasferimento o il rientro a casa, ma nel caso di Celestina G., affetta da melanconia e demenza precoce, grazie ad una lettera che la sorella Anna scrisse al direttore del manicomio datata 1929, si apprende che, dopo aver fatto ritorno a casa insieme alla «tanto amata sorella», le sue condizioni di salute erano in continuo miglioramento.

Capitolo IV

Tracce degli uomini internati nel manicomio Sant’Osvaldo di Udine¹⁴⁹

Come già osservato per le donne, tra il 1913 e il 1922 l’andamento dei ricoveri maschili nel manicomio Sant’Osvaldo di Udine non è stato lineare, evidenziando un maggior numero di internati negli anni della Grande guerra e nel dopoguerra. Nel 1913 furono rinchiusi in manicomio 299 uomini e ne morirono 60. Nel 1915, quando la guerra era ormai iniziata, i casi di ricovero aumentarono notevolmente; infatti, in quell’anno vennero internati 631 uomini, per la maggior parte soldati, e ne morirono 83. Nel 1917 i dati cambiarono ancora una volta perché nell’ottobre di quell’anno le truppe austriache invasero la città di Udine e occuparono il manicomio adibendolo a ospedale militare per i propri soldati; perciò, i pazienti ricoverati al Sant’Osvaldo furono trasferiti immediatamente nelle succursali o in altre strutture della regione. In quell’anno si registrarono 188 ammissioni e 18 decessi.

Di conseguenza, per gli anni successivi, nello specifico nel 1918 e il 1919, non sono presenti le cartelle cliniche.

Nel 1920, quando l’esercito austriaco lasciò definitivamente l’istituto, furono ammessi in manicomio 228 uomini e ne morirono 52; infine, nel 1922 il numero di ricoverati salì a 307 con 61 morti.

Considerando le cartelle cliniche maschili prese a campione tra gli anni 1913 e 1922 ho riscontrato, nella maggior parte dei casi, una permanenza in manicomio ridotta e circoscritta alla durata massima di un anno. Come ha osservato anche Vinzia Fiorino analizzando le carte dell’archivio del manicomio romano Santa Maria della Pietà, il flusso degli internamenti fu sempre molto movimentato, con accessi e dimissioni frequenti, si

¹⁴⁹ Nella trascrizione delle cartelle cliniche non ho riportato i cognomi per ragioni di rispetto della privacy. Tutte le cartelle presenti nel mio lavoro si trovano nell’archivio del DSM di Udine e sono raccolte, secondo la data di ingresso del paziente, in ordine cronologico e sono divise in maschili e femminili.

registra una maggioranza di ricoveri che non supera l'anno e le recidive erano molto numerose.¹⁵⁰

Con l'inizio della Prima guerra mondiale il manicomio di Sant'Osvaldo concentrò la sua attività sull'accoglienza e l'assistenza sanitaria per i soldati provenienti dal fronte che, sempre più numerosi, affollarono i reparti dell'istituto. La popolazione civile, dal canto suo, fu trasferita in altre strutture, come ad esempio le succursali, o in manicomi di altre regioni.¹⁵¹ Infatti, per esempio, un gran numero di malati, dopo pochi mesi dall'ingresso in manicomio, all'inizio del 1916 venne trasferito a Reggio Emilia, per far fronte al sovraffollamento dovuto al sempre più ingente ricovero di soldati.

4.1. I soldati della grande guerra

Nel 1915, con l'entrata in guerra dell'Italia, i soldati, arrivati al fronte e in trincea, furono condannati ad una nuova realtà di violenza, terrore e morte. Le condizioni igieniche erano pressoché inesistenti, la sporcizia si propagava in ogni luogo e in poco tempo favorì il proliferare di batteri con conseguenti infezioni e malattie, il combattere d'estate con un caldo torrido o d'inverno con il freddo estremo e l'incontro ravvicinato con la morte, portò i soldati ad una tensione fisica ed emotiva che in poco tempo sfociò in un malessere collettivo.¹⁵² Iniziò a dilagare tra i soldati la paura, in particolare quella della morte, che rappresentò certamente una delle emozioni più diffuse tra i soldati.¹⁵³

A quel punto l'identità del soldato e la sua dignità iniziarono a vacillare ed annullarsi fino al manifestarsi della pazzia, che provocò un esponenziale aumento della popolazione manicomiale.¹⁵⁴ Infatti, La guerra causò vittime anche dal punto di vista psichico, portando molti soldati ad impazzire, manifestando comportamenti irrazionali, mostrandosi disorientati, clamorosi, euforici, con idee strane e allucinazioni.

¹⁵⁰ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 94.

¹⁵¹ Provincia di Udine, *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, cit., p. 33.

¹⁵² Nicola Revelant, *Le malattie della Grande guerra*, in «Itinerari della Grande Guerra» <https://www.turismofvg.it/>, 2019.

¹⁵³ Rossella Pace, *la fuga dal "recinto": la trincea e la follia*, cit., p. 176.

¹⁵⁴ Ivi, p. 173.

In alcuni casi invece, la pazzia era vista come la sola possibile via di fuga, poiché dimostrandosi non più idonei al combattimento, i soldati sarebbero stati riformati e poi condotti in manicomio e questo scenario venne ritenuto un destino migliore agli occhi di molti.¹⁵⁵ Così, durante la Prima guerra mondiale iniziarono a sorgere numerosi ospedali da campo dove venivano accolti non solo i soldati feriti ma anche quelli che manifestavano segni di alienazione mentale; qui i medici, come prima cosa, cercavano di identificare «i furbi», cioè coloro che simulavano le malattie mentali riproducendone i sintomi, nella speranza di essere ritenuti non più idonei alla guerra.¹⁵⁶

Così anche il manicomio di Udine, durante gli anni della Prima guerra mondiale iniziò ad essere popolato da molti soldati e leggendo le loro cartelle cliniche è facile accorgersi di come la sintomatologia e le diagnosi fossero molto comuni. Ci furono uomini ricoverati perché affetti da attacchi epilettici, altri muti, che per lo shock della guerra non avevano più parlato, alcuni si isolavano e temevano che qualcuno li avrebbe uccisi, pensavano di venire ammazzati, sentivano voci e avevano allucinazioni non solo uditive ma anche visive, urlavano e gridavano, di giorno e di notte, rifiutavano il cibo e altri, infine, pensavano che fosse in atto un complotto contro di loro. Spesso questi comportamenti si manifestavano all'improvviso, senza che i soldati se ne rendessero conto e anche in manicomio continuavano a non comprendere il motivo del loro internamento chiedendo di essere rimandati al fronte o a casa dalla loro famiglia.

Per i soldati che, al termine della guerra, riuscirono a fare ritorno a casa, le sorti non furono diverse; infatti, anche negli anni del dopoguerra, tra il 1920 e il 1922, si registrarono numerosi internamenti in manicomio di reduci. Questo dato dimostra che al rientro dal fronte i soldati non erano più gli stessi, colpiti da traumi fisici e psicologici irreversibili, cadevano in un mutismo assoluto, in preda a depressione e terrore, reduci dagli orrori di quella guerra. Come alcuni studi dimostrano, nel dopoguerra, quando medici e studiosi iniziarono ad approfondire la sintomatologia manifestata dai reduci di guerra internati nei manicomi, iniziò a diffondersi l'espressione "scemo di guerra" per

¹⁵⁵ Antonio Gibelli, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, cit., p. 157.

¹⁵⁶ Marco Scardigli, *Superstizione, alcolismo e fuga nelle trincee italiane: 1915-1917 (Aspetti e problemi)*, cit., p. 112.

identificare tutti quei soldati che manifestarono segni di alienazione mentale provocati dai traumi della Prima guerra mondiale.¹⁵⁷

4.1.1. *Scemi di guerra*

Durante la Prima guerra mondiale, iniziò a dilagare tra le fila dell'esercito una malattia spesso incurabile chiamata "nevrosi di guerra", proprio perché i sintomi che ne derivavano si riscontrarono prevalentemente nei soldati durante il periodo bellico.¹⁵⁸ Gli uomini che erano stati chiamati al fronte a combattere, si ritrovarono improvvisamente a dover sconvolgere la loro quotidianità, a dover vivere lontano dalle proprie famiglie e dai loro affetti, in un ambiente ostile, dove la vita diventava ogni giorno più difficile.¹⁵⁹

Per Salvatore V., un militare di vent'anni, la vita al fronte fu subito difficile e in pochi giorni venne ricoverato all'ospedale militare per una broncopolmonite, dalla quale guarì rapidamente ma da quel momento iniziò a manifestare cambiamenti nel contegno. Nonostante la madre fosse ancora viva, egli la credeva morta e questo lo rendeva sempre inquieto e violento; inoltre, si convinse di non poter più guarire. Dopo qualche giorno di osservazione iniziò ad insistere, invece, che la madre si trovasse fuori dall'ospedale ad aspettarlo e gridava per il reparto: «È fuori! È fuori!». Queste sono le motivazioni per cui il medico dell'ospedale militare ritenne necessario l'immediato ricovero in manicomio. Nel diario clinico si legge che più volte urlava a squarciagola che voleva uscire e fare ritorno al fronte: «Voglio tornare alla compagnia»; in realtà, questo non è stato possibile, infatti, all'interno della cartella clinica è presente il "foglio di congedo assoluto del soldato", un documento che sanciva la fine dell'attività militare senza nessuna possibilità di richiamo. Nei suoi deliri disse più volte che vedeva degli assassini che lo volevano ammazzare.

Lino C. invece, tenente colonnello del 66° reggimento fanteria, nel 1915 fu internato in manicomio per demenza, poiché dopo la campagna di Libia si mostrò per vario tempo

¹⁵⁷ Nicola Revelant, *Le malattie della Grande guerra*, cit.

¹⁵⁸ Eric J. Leed, *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima Guerra mondiale*, cit., p. 217.

¹⁵⁹ Marco Scardigli, *Superstizione, alcolismo e fuga nelle trincee italiane: 1915-1917 (Aspetti e problemi)*, cit., p. 95.

facilmente eccitabile, emotivo, talvolta affaticato. Addetto al comando supremo aveva solo da una quindicina di giorni raggiunto il reggimento al fronte dove era stato destinato: non aveva ancora preso parte a combattimento. All'inizio della malattia che l'aveva condotto in manicomio si era mostrato impulsivo, «con idee persecutorie a stato di agitazione, per lo più a carattere ansioso-terrifico sostenuto da frequenti allucinazioni (visioni di cadaveri)».

Inoltre, al fronte e nelle trincee l'abuso di bevande alcoliche fu una pratica frequente, considerata dai soldati l'unico strumento per affrontare l'orrore intorno a loro.

Luigi R., un soldato di 69 anni, fu sempre dedito al vizio del bere e del fumare e spesso, al ritorno dal lavoro, si ubriacava. A causa di una grave malattia infettiva contratta mentre si trovava al fronte, iniziò ad avere i segni di una lieve alterazione delle funzioni psichiche e per questo venne ricoverato in manicomio con la diagnosi di psicosi circolare. Durante il ricovero spesso «fa il saluto militare, si crede militare. Egli è il re del suo paese, reduce decorato delle battaglie per la patria», e così dicendo mostrava anche una medaglia di latta appesa ad un nastrino rosso, assicurando di averla vinta durante la famosa battaglia di Segnacco.

Anche il ventiquattrenne Eugenio Luigi T. fu da sempre di carattere strano, «gran bevitore e quando è preso dal vino è delirante». Oltre all'alcolismo, il motivo scatenante della pazzia fu la permanenza al fronte per parecchi mesi. All'interno della documentazione proveniente dall'ospedale di riserva è possibile leggere quali furono i comportamenti del soldato durante il periodo della guerra, che lo portarono poi all'internamento:

È stato in servizio militare dal 1915 e da tale epoca è stato più volte colto da eccessi convulsivi, che non furono però mai constatati in ospedale. Nel settembre del 1915 in un accesso di furore terrorizzò compagni e superiori. In un altro accesso che ebbe a novembre mise a grave repentaglio la vita di cittadini e di compagni. Nel febbraio dell'anno successivo rubò una borsetta con danaro e fu condannato a nove mesi di carcere, con sospensione della pena; di tale furto egli dice di nulla ricordare. A luglio fu colto di nuovo da un accesso che fu constatato dal medico del reggimento e che fu da lui definito un accesso di raptus epilettico con mania omicida. Ebbe dapprima uno stato di eccitamento con atti di violenza feroce contro quanti lo circondavano, e poi cadde in una fase di prostrazione con perdita di coscienza. Al risveglio ebbe un

nuovo periodo di eccitamento e di confusione mentale. Si giudica tuttavia che l'individuo per la sua grande pericolosità, di cui ha dato numerose prove, sia da allontanarsi almeno momentaneamente dalle fila dell'esercito.

Infine, anche per Antonio P., un soldato di 32 anni, che fu sotto le armi dal maggio 1915 e che prestò servizio al fronte, l'abuso di alcol fu motivo di reclusione manicomiale. Infatti, per il suo stato psichico caratterizzato da un tono sentimentale triste con idee depressive generiche e preoccupazioni ipocondriache venne inviato, in un primo momento, all'ospedale da campo in osservazione. Qui l'infermo accusò «malessere generale, malinconia e contegno inattivo». In guerra prese parte ad un combattimento a Gorizia. Secondo le informazioni richieste ai carabinieri «si desume che sia deficiente e misantropo», commise spesso atti immorali in pubblico, defecando e urinando in chiesa, e in privato «tentava di possedere la cognata». Si dimostrò da subito «diffidente, petulante, commette atti strani. È esibizionista, masturbatore, in profondo decadimento mentale». Era solito trascorrere quasi l'intera giornata appoggiato ad una colonna nel porticato, scarabocchiando qualche cartolina, scrivendo frasi senza senso, domandando ad ogni graduato che passava di inviarlo in licenza o al deposito, tentando di masturbarsi spesso anche in cortile.

Dopo una lunga osservazione venne trasferito dal reparto della convalescenza neuropsichiatrica al manicomio di Sant'Osvaldo con la diagnosi di demenza precoce paranoide; qui chiedeva ripetutamente di far ritorno in trincea.

Dalla lettura delle cartelle dei soldati ricoverati nel manicomio Sant'Osvaldo di Udine emergono frammenti di quotidianità raccontati in prima persona dai soldati, solitamente attraverso lettere o cartoline, altre volte invece sono i medici che li hanno in cura che riportano le testimonianze del loro passato nel certificato medico o nel diario clinico.

Questo elemento è utile per comprendere quali potevano essere i motivi scatenanti della pazzia, considerando ad esempio la situazione familiare e il rapporto tra la famiglia e il paziente, la condizione sociale o malattie pregresse.

Durante gli anni della Grande guerra, le fucilazioni, le esplosioni, i corpi morti di nemici e compagni che cadevano sotto i propri occhi, i rumori assordanti, la fame, la solitudine, la lontananza da casa, il pensiero per la propria famiglia, il dolore e la paura condussero i soldati verso un punto di non ritorno: la follia.

Un esempio è la storia di Vitaliano C., un soldato di 27 anni internato in manicomio alla fine dell'agosto del 1915, che raccontò di aver partecipato per un mese alla vita di trincea ed «a tre o quattro attacchi alle baionette», «pare si sia valorosamente comportato e abbia avuto una ricompensa in denaro per aver fatto sei prigionieri», affermò però poi di aver subito «una fortissima impressione in tali incidenti» e per questo motivo venne avanzata la richiesta di internamento da parte dell'ufficiale del suo reggimento.

Così come Raffaele D.M., 25 anni, che fu trovato in «stato ansioso con allucinazioni terrificanti su sfondo melanconico [...] si isolava dai compagni e rimaneva triste da solo assorto nei suoi pensieri». Il presente stato, a detta dell'ufficiale medico che lo accompagnò all'ospedale da campo, iniziò «improvvisamente, e precisamente dopo il discorso tenuto dal generale per la benedizione di una bandiera». Raffaele D.M. fu trovato «seduto per terra, piangente, mesto con l'attuale espressione dolorosa del volto», interrogato non rispose alle domande ed anzi «stringe i denti e serra la bocca». Durante il periodo di degenza in ospedale l'ex soldato si dimostrò spaesato, comportandosi spesso passivamente, rimanendo immobile per lunghe ore e non reagendo agli stimoli.

In un documento dell'ospedaletto da campo si legge come il soldato Raffaele D.M., venendo «condotto alla lampada elettrica dell'ospedaletto» per osservazione, si fermò rifiutandosi di avanzare, costringendo così medici ed infermieri a ricorrere a sotterfugi per farlo andare avanti spegnendo la luce. Questo comportamento all'apparenza di poca importanza dimostra invece, quanto fossero importanti i danni che la guerra stava causando nei soldati, dove una luce troppo forte associata probabilmente ai forti bagliori delle esplosioni che avvenivano continuamente in guerra, poteva provocare reazioni inaspettate. Inoltre, Raffaele D.M., secondo le annotazioni mediche, ebbe sempre un'espressione molto triste e melanconica, un atteggiamento sospettoso verso tutti, non rispondeva mai alle domande, «guarda come ebete tutti quelli che lo circondano: si mette a sedere frequentemente nel pagliericcio con gli occhi sbarrati, fissando un oggetto o una persona», manifestando continue allucinazioni uditive e visive. I compagni affermarono che, anche in battaglia, fu sempre un soggetto impressionabile, molto spesso si rinchiudeva in se stesso, con tono melanconico e non rispondeva alle insistenti domande dei compagni, i quali cercavano di confortarlo; altre volte piangeva. Pertanto, venne inviato in manicomio per «cura e osservazione».

Lo stato allucinatorio fu uno dei sintomi più frequenti diagnosticati tra i malati provenienti dal fronte, che durante il periodo di internamento si sentivano spesso perseguitati e minacciati, temendo che qualcuno potesse ucciderli; se in guerra il pericolo era il nemico, tra le corsie d'ospedale i nemici erano i medici e gli infermieri.

Nella cartella di Davide L., un ex agente di commercio di 59 anni internato nel manicomio Sant'Osvaldo di Udine con la diagnosi di cerebropatia degli adulti, si legge che manifestò forti allucinazioni e manie di persecuzione. Nel diario clinico venne evidenziato in più occasioni il suo costante stato allucinatorio caratterizzato da gravi deliri accusatori nei confronti degli infermieri che, secondo lui, avrebbero fatto un complotto per avvelenarlo. Così egli scrisse in un biglietto: «se muoio di morte violenta qui gli esecutori sono il gobbo infermiere e la signorina, la quale si faceva chiavare ogni sera fino alle 03 di sera da gente esterna, persone quattro, ed il gobbo faceva il ruffiano. [...] Anche gli altri due infermieri sono consapevoli ma non complici».

Come Vittorio M., che ricoverato in manicomio all'età di 31 anni con la diagnosi di demenza, provocata dall'abuso di alcol e da tutta la confusione dei preparativi di guerra, iniziò a manifestare idee deliranti di carattere persecutorio. Durante il ricovero rifiutò spesso il cibo per il sospetto che fosse avvelenato; infatti, credeva che gli infermieri l'avessero contagiato di sifilide e per questo ebbe sempre impulsi aggressivi nei loro confronti.

Ci furono soldati che anche se non avevano partecipato in prima persona ai combattimenti manifestarono ugualmente segni di alterazione psichica, in questo caso i medici dovevano assicurarsi che non si trattasse di “simulatori”, cioè di uomini che, nel tentativo di sfuggire alla guerra, simulavano alcuni comportamenti propri della malattia mentale.

Potrebbe essere il caso di Giovanni M., un soldato di 36 anni, condotto all'ospedale in preda a deliri. Qui affermò, durante l'interrogatorio, di non aver partecipato mai a combattimenti e di non sapersi dare ragione del suo ricovero, protestando per essere dimesso. Dopo essere stato in osservazione all'ospedale si ritenne necessario il ricovero in manicomio e nel dicembre del 1915 venne internato al Sant'Osvaldo di Udine con la diagnosi di mania. I primi giorni, in preda a deliri e manie di grandezza, ripeteva in modo apparentemente non convinto che era «il re del mare e sua moglie la regina». Con poca varietà di argomenti e sempre in modo confuso, impartiva giudizi insensati sulla guerra e

la pace, dimostrando qualche vanteria, e dando accenni a idee deliranti, manifestando sintomi come «l'eccitamento psicomotorio, idee grandiose fantastiche, un tono sentimentale mutevole per lo più scherzoso, talora ostile, distraibilità, insonnia».

I traumi psicologici e fisici che i soldati subirono durante la Grande guerra ebbero dannose conseguenze anche nel dopoguerra; infatti, anche coloro che riuscirono a tornare dal fronte andarono incontro ad una sorte comune. Lo stress a cui gli uomini furono sottoposti durante la guerra ebbe un impatto intenso che perdurò anche negli anni successivi, provocando tutti quei sintomi quali tremori, perdita della parola, allucinazioni, insonnia e paralisi del corpo, che già avevano colpito molti di loro mentre si trovavano ancora al fronte.

Nella cartella di Paolo C., un uomo che aveva sempre condotto una vita laboriosa dimostrandosi socievole con tutti e soprattutto sano, emergono proprio gli effetti che la guerra provocò in lui una volta che ebbe fatto ritorno a casa. Nel gennaio del 1922, all'età di cinquant'anni, iniziò a manifestare idee strane, pronunciando discorsi privi di senso e sconnessi e manifestando una gran preoccupazione per il suo stato di salute. Qualche giorno dopo venne accolto in manicomio in uno stato di notevole confusione e gli infermieri e il personale dell'istituto iniziarono a notare in lui frequenti allucinazioni visive, spesso era in preda a deliri. Durante il ricovero Paolo C. si mostrò sempre confuso, disorientato, in preda a soliloqui, non rispondeva mai alle domande che gli venivano rivolte anche se con insistenza e spesso venne condotto all'isolamento. Contemporaneamente all'aggravarsi delle condizioni psichiche peggiorò repentinamente anche lo stato fisico; morì sei mesi dopo essere stato ricoverato.

4.1.2. Una guerra senza via di scampo

L'ufficiale Giovanni D.C. all'età di 28 anni, dopo un mese di internamento in manicomio, «si suicidò buttandosi dalle scale, morendo istantaneamente». Gli era stata diagnosticata la paranoia, egli infatti, come si legge nel diario clinico, «si crede perseguitato dai superiori e dai compagni [...] per qualche scelta politica e dalla massoneria», durante la degenza in ospedale credette continuamente che qualcuno potesse entrare da un momento all'altro nella stanza per fargli del male, interrogato sulla

sua malattia ne parlava come se fosse una cosa passata da molto tempo e la raccontava come fosse un sogno o un incubo dal quale si era risvegliato.

I parenti presero coscienza dei cambiamenti nel carattere di Giovanni D.C. grazie a una lettera che egli aveva inviato loro dal campo dove mostrava già dalle prime righe, come riportato nel certificato medico, idee strane e un modo di esprimersi «illogico».

Dopo essere stato ricoverato in manicomio, Giovanni D.C., in una lettera indirizzata al direttore, raccontò cos'era accaduto mentre si trovava in guerra, sostenendo che il motivo del suo internamento dipendeva dall'ufficiale della nuova compagnia in cui era stato inviato dopo un breve ricovero in ospedale, e dal rapporto compromesso con i compagni:

Intanto mi accorsi che i rapporti di cordialità e cameratismo da parte degli altri ufficiali del Reggimento diminuirono. Molti di essi salutavano o rispondevano al mio saluto con molto riserbo e addirittura qualche superiore non rispondeva. Allora, ripensando a una frase detta dal colonnello «vengono qui in villeggiatura» sospettando che si dubitasse di me in tal senso, chiesi di parlare col colonnello al quale dissi che per provare come io sentivo altamente il mio dovere, perché non si dubitasse sul mio conto, secondo la sua espressione, preferivo rimanere, purché egli mi avesse compatito se qualche volta la mia infermità non mi avrebbe permesso di far servizio. Ottenni la sua autorizzazione in tal senso e ritornai in compagnia, ma da allora cominciarono le persecuzioni. Non potevo più né mangiare né dormire. Fui costretto a chiedere di mettermi a rapporto col comandante di brigata. Ero giunto al massimo grado della disperazione. Il resto è noto.

Le idee di persecuzione e la convinzione che i suoi compagni tramassero contro di lui lo condussero nuovamente all'ospedale militare e poi in manicomio dove «si crede perseguitato dai superiori e dai compagni [...] per qualche scelta politica alla massoneria», fu per questo che si suicidò.

Stamane, eludendo la violenza degli infermieri il ricoverato si suicidava buttandosi all'improvviso a capofitto dalle scale. La morte per frattura cranica e commozione cerebrale è avvenuta istantaneamente. Si è trovata nascosta sotto la maglia del suicida, una sua lettera diretta alla madre scritta su un pezzetto di giornale, in essa ripete di essere vittima di un complotto.

Angelo C., un soldato di 37 anni, mentre si trovava in guerra, tentò il suicidio tagliandosi la gola con un rasoio, ma venne salvato e portato d'urgenza all'ospedale militare. Qui, dopo un breve periodo di osservazione, iniziò a manifestare degli squilibri mentali, con tendenza malinconica. Il motivo di tali comportamenti e di quel gesto estremo, quale il suicidio, erano probabilmente legati allo scontento per il lavoro che stava svolgendo al fronte.

Dal diario clinico si apprende, grazie ad un racconto diretto del paziente, che qualche volta anche in passato, compì atti senza averne coscienza e che spesso tali momenti erano stati preceduti da «rumori agli orecchi, dolor di capo, confusione». Mentre si trovava in manicomio iniziò a rifiutare le pillole, manifestando segni di sitofobia, e rifiutando in modo ostinato il cibo, fu quindi necessario alimentarlo ricorrendo alla sonda per un breve periodo.

Olivo T. invece, dopo essere stato riformato, cioè ritenuto inabile per il servizio militare a causa di una ferita da bomba a mano al piede sinistro, all'età di 34 anni fu rinchiuso nel manicomio di Udine affetto da malinconia e qui più volte tentò il suicidio strangolandosi. La ferita al piede causò in Olivo T. un trauma psichico che si manifestò, in breve tempo, con deliri a contenuto depressivo, parestesie sensoriali e insonnia.

Il caso di Olivo T. testimonia come il ritorno dal fronte per un infortunio, grave o meno che fosse, influisse sul soldato soprattutto dal punto di vista di genere, poiché la menomazione, le cicatrici e i traumi di guerra avrebbero potuto influenzare il ruolo egemonico che l'uomo occupava nella società e nella famiglia e sembra lecito supporre che compromisero la sua mascolinità, rendendolo un soggetto non più in grado di definire il suo ruolo e le sue relazioni sia con se stesso che con la collettività.¹⁶⁰

4.1.3. Miseria e povertà

Dalle cartelle cliniche prese in esame è stato possibile riscontrare come la maggioranza della popolazione manicomiale provenisse prevalentemente dalle campagne

¹⁶⁰ Martina Salvante, *The Wounded Male Body: Masculinity and Disability in Wartime and Post-WWI Italy*, cit., pp. 645-647.

e fosse di condizione povera. Proprio nella periferia della città, nel 1913, iniziò a dilagare la pellagra, detta anche “malattia del povero” proprio perché colpiva soprattutto quella parte della popolazione più povera, che riversava in misere condizioni igienico-sanitarie, con un'alimentazione sempre maidica, cioè a base esclusiva di mais. Questa malattia nelle fasi più avanzate colpiva gli organi interni dei soggetti che l'avevano contratta, provocando un rapido deperimento fisico e mentale.¹⁶¹

Giacobbe Z., fece il suo ingresso in manicomio nel 1913, quando iniziò a manifestare i primi segni di pazzia dettati dalle condizioni di miseria in cui riversavano lui e la sua famiglia. Infatti, come si legge dal certificato medico, la vita stentata, la lotta costante per la sopravvivenza e l'alimentazione esclusiva a base di mais portarono Giacobbe a manifestare stranezze nel comportamento e nel carattere per cui si ritenne necessario l'internamento in manicomio, dove già la madre era stata ricoverata con la stessa diagnosi di “psicosi pellagrosa”.

Anche Francesco C., di professione cenciaiolo, fu internato in manicomio all'età di 64 anni per psicosi pellagrosa, dopo una vita trascorsa nella miseria. A causa di un'intossicazione maidica iniziò a manifestare anomalie del carattere, con «tendenze ad atti strani», con conseguenti «patemi d'animo». Anche in questo caso la malattia fu di origine ereditaria; infatti, tutta la famiglia aveva sempre riversato in condizioni di povertà, con un'alimentazione basata unicamente sulla consumazione di mais e abuso di alcol. Internato in manicomio iniziò ad avere forti allucinazioni, «manifesta delle idee fisse: si crede dannato per i suoi peccati, vede accanto a sé talvolta la figura del diavolo e legge sulla sua giacca la sua condanna».

Ad aggravare sempre di più le condizioni economiche fu l'avvento della Prima guerra mondiale che portò con sé devastazione e miseria che causarono sempre più preoccupazione tra la popolazione, anche quella meno povera che si ritrovò ad affrontare nuovi ostacoli. Ad esempio, Luigi S., un fabbro ferraio che nella vita non soffrì mai la miseria, durante la guerra iniziò a manifestare «continue preoccupazioni» per lo stile di vita povero in cui riversava, costringendosi ad un'alimentazione sempre più povera e all'abuso di alcol che in poco tempo gli debilitarono l'organismo, fino a farlo impazzire, quasi improvvisamente.

¹⁶¹ Pietro Sitta, *La diffusione della pellagra in Italia. Note di statistica tecnica e descrittiva*, cit., p. 562.

4.2. Tra carcere e manicomio

Ettore C., all'età di 24 anni, nel maggio del 1915 venne recluso nelle carceri provinciali in seguito all'imputazione dei reati di «vilipendio della religione dello Stato e della rovina di oggetti sacri»; inoltre, dai documenti presenti nella cartella clinica sembrerebbe imputato anche per furto. Infatti, era solito compiere furti di vario genere perché voleva «fare lo splendido con gli amici, senza che essi mai lo sospettassero». Per questo motivo, «spendeva sempre in caffè, balli, sigarette, vestiario elegante ecc...». Si dava spesso al gioco e al divertimento con le donne. A conferma di ciò è stato possibile leggere il riassunto degli esami effettuati in manicomio, svolti durante la perizia psichiatrica; si dice che fosse «portato ai piaceri sessuali con esuberanza fino al bisogno frequente di ripetuti amplessi con varie donne nella stessa giornata». Durante tutto il periodo di internamento manicomiale il detenuto negò continuamente tutti gli addebiti presenti nell'atto d'imputazione.

Dopo un breve periodo di reclusione nelle carceri giudiziarie il detenuto venne condotto in manicomio per una perizia psichiatrica per verificare se fosse affetto da alienazione mentale.

È interessante leggere una lettera scritta da Ettore C. dove raccontò che dopo aver contratto la sifilide non fu più lo stesso, poiché dopo aver lavorato nelle ferrovie e aver guadagnato, a suo dire, migliaia di lire, fu licenziato a causa della malattia e, rientrato da Roma, dove lavorava, iniziò a darsi al gioco e al divertimento con le donne, spendendo tutti i suoi averi. Rimasto senza soldi iniziò a compiere piccoli furti, tra cui uno da un carro ferroviario che, secondo il suo racconto, segnò la rovina sua e della famiglia.

La perizia psichiatrica non rilevò nessuna alterazione dell'equilibrio mentale, per cui Ettore venne ricondotto alle carceri giudiziarie, poiché considerato non ricoverabile in manicomio.

Antonio Michele F., un soldato di 24 anni, internato in manicomio nel settembre del 1915, proveniente dalla zona di guerra, fu imputato di minacce contro un ufficiale ma, dopo la perizia psichiatrica effettuata in manicomio fu assolto perché risultò affetto da malattia mentale. In realtà, questo soldato era già stato ricoverato nel manicomio della sua città per sei anni, prima dell'inizio della Grande guerra, ritenuto in «stato psicopatico

e deficienza intellettiva affettiva e etica»; dopo le dimissioni nel 1912 venne arruolato al servizio militare ma lo stress bellico e la fragilità mentale lo portarono a commettere un reato e, per questo, fu condotto poi in manicomio.

Dalla sentenza raccolta nella cartella si legge:

È accusato di insubordinate azioni con minacce verso ufficiale perché il 16 agosto 1915 in zona di guerra, fatto legare ad un albero dal sottotenente, per una grave mancanza commessa, minacciò il predetto ufficiale con le frasi: “Fortuna per lei che il fucile era scarico: genovesi non vi fate indietro, perché vi è un ufficiale presente.” [...] il risultato è stato che la sera del 16 agosto 1915 questi, punito di guardia al campo, fuggiva dalla tenda dei prigionieri, recatosi nella sua tenda impadroniva del proprio fucile, fortunatamente scarico. Raggiunto e fatto legare ad un albero dal sottotenente minacciava a voce alta l’ufficiale con le parole: “fortuna per lei che il fucile era a scarico”; chiedeva inoltre che i soldati genovesi lo aiutassero, esclamando: “genovesi, non vi fate indietro solo perché vi è un ufficiale presente.” Se fate del male a me, ci sono dei miei paesani”. E con ciò produceva un gran disordine nell’accampamento.

Nel precedente ricovero manicomiale del 1906 l’uomo presentò un «grave stato psicopatico» caratterizzato da una deficienza intellettiva, affettiva ed etica e da ricorrenti accessi psicopatici prevalentemente di tipo maniaco. Fu dimesso, anche se secondo i medici sarebbe rimasta in lui una forma psichica deficiente e, di conseguenza, la predisposizione a recidive. Infatti, dopo essere stato assunto nel servizio militare manifestò subito deliri e instabilità nel comportamento, abbandonandosi ad eccessi di indisciplina e ad azioni strane ed incoerenti, per cui fu giudicato «pericoloso per sé e per gli altri».

Secondo quanto rilevato durante la perizia psichiatrica effettuata nel manicomio Sant’Osvaldo di Udine, «per il suo costruito psichico, deficiente e squilibrato, non può essere chiamato in nessun grado responsabile delle azioni che commette. [...] Non vi è più dubbio che al momento del reato egli versava in uno stato di tale eccitamento morboso per cui non può essere chiamato responsabile delle azioni commesse». Il soldato Antonio Michele F. fu quindi prosciolto per «infermità di mente» dal Tribunale militare e

ricoverato in stato definitivo in manicomio, il mese successivo, secondo quanto dichiarato nel diario clinico, fu trasferito al manicomio di Genova, la sua città natale.

Uno dei reati più diffusi durante la Prima guerra mondiale era la diserzione, una pratica frequente messa in atto dai soldati, che consisteva nell'abbandonare l'esercito, fuggire dalle trincee e, nel peggiore dei casi, consegnarsi al nemico convinti che le condizioni di prigionia sarebbero state migliori.¹⁶² Molti disertori, al momento della fuga tentavano il ritorno verso casa, anche se era la via più difficile perché ogni retrovia era pattugliata giorno e notte, c'erano posti di blocco in ogni possibile punto di fuga, quindi molto spesso era più semplice diventare prigioniero del nemico. Qualunque potesse essere il rischio durante questi estremi tentativi di fuga, l'unica cosa importante per il soldato era fuggire dal fronte e dalla vita di trincea, alla quale spesso si preferiva addirittura la morte.¹⁶³

Il soldato Edoardo G. appartenente al 94° fanteria, all'età di 26 anni fu arrestato dai R.R. carabinieri come disertore. Il Tribunale di guerra accusò il militare di «diserzione in presenza del nemico, deterioramento effetti militari e disubbidienza».

Il soldato dopo l'arresto fu mandato nel reparto di malattie nervose dell'ospedale di Riserva di Cividale per osservazione. «Nei dieci giorni di sua degenza [...] è stato colto da crisi di pianto, gira nudo per la sala, si mette in testa il vaso da notte, ha sussulti ed atteggiamenti di paura. Si giudica affetto da disordini sensoriali, pericoloso a sé e agli altri, e perciò si invia al manicomio di Udine per i provvedimenti medico-legali».

Un anno dopo Edoardo G. venne prosciolto dall'imputazione di diserzione poiché dagli esami clinici e psichici risultò affetto da alienazione mentale e a conferma di ciò nel diario clinico sono riportati alcuni aspetti del suo contegno: «risponde in modo vago, reticente, spesso assurdo alle domande. Interrogato da quale luogo proviene dice che non si è mai mosso dal letto e che è stato sempre in questa sala. È disorientato nel luogo e nel tempo. Dice di non essere soldato, che non è mai stato in guerra ecc... a volte irrequieto, minaccioso contro gli infermieri e gli ammalati».

Anche Angelo C., un contadino di 24 anni chiamato alle armi nel febbraio del 1917, dopo pochi mesi venne imputato di diserzione e successivamente ricoverato all'ospedale militare, nel reparto nevrosi perché manifestò «confusione mentale». Secondo il

¹⁶² Marco Scardigli, *Superstizione, alcolismo e fuga nelle trincee italiane: 1915-1917 (Aspetti e problemi)*, cit., p. 102.

¹⁶³ Ivi, p. 105.

certificato medico la malattia mentale era di tipo ereditario, anche la madre infatti era stata internata in manicomio. Durante la permanenza all'ospedale militare presentò «segni di negativismo, apatia con impulsi violenti». Già quando si trovò all'ospedale da campo colpì subito l'attenzione dei superiori e dei medici il suo comportamento alterato. Egli era solito trascorrere le giornate raggomitolato nel proprio letto, nascosto sotto le lenzuola, opponendo resistenza a chi cercava di prestargli assistenza, rifiutava il cibo, chiudeva la bocca quando cercavano di imboccarlo e reagiva in maniera impulsiva e aggressiva contro chiunque gli si avvicinasse. Inoltre, il soldato si dimostrò sempre apatico e indifferente a tutto quanto lo circondava, bisbigliava frasi prive di senso, in modo ripetitivo, stereotipato e monotono. Anche nei confronti dei compagni si dimostrò sempre aggressivo, aggredendoli e percuotendoli ogni qualvolta gli si avvicinavano. Ogni tanto manifestò idee allucinatorie dicendo che «gli tirano con cannone», gettandosi a terra come morto.

Il soldato Angelo C. dopo essere stato in osservazione all'ospedale militare venne prosciolto dall'imputazione perché affetto da malattia mentale e di conseguenza fu condotto in osservazione al manicomio di Udine. Dopo un mese, la moglie chiese «di ritirare suddetto perché migliorato dalla malattia e si impegna ad averne cura ed a somministrare una buona alimentazione, nonché di ricondurlo al manicomio quando le condizioni di esso ammalato avessero a peggiorare in modo da essere ritenuto pericoloso per sé e per gli altri».

4.3. Le famiglie

Come molti studi hanno evidenziato, la presenza della famiglia nel panorama manicomiale ebbe un ruolo importante per comprendere alcuni aspetti delle politiche manicomiali, come le dinamiche di internamento, le dimissioni e le diagnosi e per approfondire anche gli aspetti più privati della vita dell'alienato, sia prima del ricovero che durante la permanenza nell'istituto.¹⁶⁴ Come già osservato in precedenza, la maggior parte dei pazienti ricoverati nel manicomio di Sant'Osvaldo rimase in istituto per non più

¹⁶⁴ Patrizia Guarnieri, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, cit., p. 477.

di un anno, questo dipese spesso dalle famiglie che ne richiedevano il ritorno a casa con insistenza.¹⁶⁵ Era pratica frequente da parte dei familiari chiedere informazioni sul paziente ricoverato attraverso numerose cartoline che ancora oggi sono contenute nelle cartelle cliniche. All'interno di esse si possono trovare manifestazioni di affetto, di dolore e di pietà, richieste sulle condizioni di salute del proprio caro e sulla possibilità di riportarlo a casa. Questo a dimostrazione del fatto che, in molti casi, i familiari non volevano recidere il legame con il paziente ricoverato.

Girolamo C., fece il suo ingresso in manicomio affetto da una grave psicosi isterica emotiva, manifestando idee di persecuzione, rifiutandosi spesso di mangiare perché pensava che il cibo fosse avvelenato. I primi segni di malattia mentale comparvero mentre si trovava in guerra; infatti, prima di essere mandato in manicomio fu ricoverato per un breve periodo nell'ospedale militare di provincia, dove si dimostrò subito ostile verso i dottori e gli infermieri.

Durante il periodo di internamento il padre di Girolamo C. inviò numerose cartoline indirizzate al direttore perché, dopo aver ricevuto una lettera dal figlio, iniziò a preoccuparsi per le sue condizioni; infatti, si era accorto che aveva delle idee molto strane e un modo di scrivere veramente ansioso, al punto da fargli molta pena leggere quelle parole e immaginarlo rinchiuso in un istituto. Così scrisse il padre in una lettera: «Spero presto di poterlo riavere in famiglia», e ancora «non le nascondo che mia moglie piange in continuazione perché vuole rivedere il figlio suo».

Si rivolse al direttore nella speranza che, dopo la guarigione, Girolamo C. potesse far presto ritorno a casa dove, grazie alla cura e all'affetto della sua famiglia avrebbe potuto fare una buona convalescenza e soprattutto, sperando di ricevere notizie rassicuranti per poter rasserenare l'animo della moglie in pena per il figlio malato. In questo caso lo scambio di lettere con il manicomio servì anche per definire questioni più pratiche come, ad esempio, in caso di dimissioni, in che modo il figlio avrebbe fatto ritorno a casa, considerando che i genitori non sarebbero potuti andare a riprenderlo personalmente, perché la madre, gravemente malata per i tanti dispiaceri sofferti, non era in grado di viaggiare. «Quanto sarei stato contento di venire a prendermi il mio

¹⁶⁵ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 96.

figliuolo!», scrisse il padre, confidando però che una vettura dell'istituto lo potesse ugualmente riaccompagnare a casa.

In alcuni casi, i parenti avrebbero voluto riprendere a casa il congiunto ricoverato in manicomio ma le condizioni economiche, che per le famiglie più povere durante la Grande guerra peggiorarono e si aggravarono ancora di più, non glielo permettevano. Ciò accadeva soprattutto ai parenti che si trovavano molto lontano dal proprio congiunto, come nel caso di Salvatore V., un militare di 20 anni originario di Trapani, di cui si è parlato precedentemente in merito ai casi di alienazione causati dalla Grande guerra. La sua famiglia riversava in condizioni economiche di assoluta povertà e questo non permetteva loro di pagare le spese per il viaggio e riaccoglierlo in casa.

Mentre il soldato si trovava internato nel manicomio di Udine, il padre scrisse una lettera al direttore dell'istituto per motivare l'impossibilità della famiglia di riaccogliere il figlio a casa: «perché le forze non possono adempire al trasferimento nella città di Palermo con mezzi autonomi». Inoltre, il padre sosteneva che al figlio non avrebbe fatto bene ritornare a casa ancora malato perché a causa delle condizioni familiari di estrema povertà non sarebbero stati in grado di offrirgli la giusta convalescenza e le sue condizioni sarebbero anche potute peggiorare. I genitori di Salvatore V. avanzarono la richiesta di trasferimento dell'infermo al manicomio di Palermo, che «accoglieva tutti i matti poveri di provincia»; infatti avrebbero pagato 1,50 lire al giorno, in confronto al manicomio di Udine dove il costo era di 2,50 lire. Questo dato è interessante perché conferma come i manicomi non fossero tutti uguali e che spesso il trasferimento di un paziente ad un'altra struttura che potesse essere in linea con le disponibilità economiche della famiglia diventava necessario, poiché altrimenti non sarebbe stato possibile provvedere al mantenimento del congiunto durante l'internamento.

In alcune cartelle è presente anche un documento chiamato “atto di povertà”, che attestava le condizioni di miseria del malato e della sua famiglia e garantiva così che una parte del mantenimento avvenisse a carico dello stato.

Il motivo per cui la famiglia di Salvatore V. voleva trasferirlo al manicomio di Palermo fu anche di tipo affettivo; infatti, il padre del giovane soldato attraverso le numerose lettere indirizzate al manicomio, chiedeva sempre notizie del suo «amato Salvatore», ritenendo che se il figlio si fosse trovato a Palermo avrebbero potuto fargli visita regolarmente e ciò avrebbe giovato alla sua guarigione e anche a quella della madre:

La prego di farmi sapere in quale stato si trova mio figlio, perché la mia famiglia piange notte e giorno pensando sempre al nostro desiderato Salvatore, e non può credere quello che fa mia moglie pensando al suo caro Salvatore. [...] E caro direttore lei immagina il disordine che c'è nella mia casa senza avere nessuna notizia. [...] Solo se mio figlio si trova meglio potrò confortarmi un pochino o la mia famiglia e dica a questo mio figlio che lo vogliamo tanto tanto bene.

Giuseppina, moglie del soldato Raffaele D.M., già incontrato in precedenza perché ricoverato in manicomio in preda a deliri ansiosi e mutismo assoluto causati dai traumi della guerra, scrisse una lettera al direttore chiedendo se fosse possibile far ritornare a casa il marito perché era convinta che solo con l'affetto e le cure dei familiari potesse migliorare e guarire:

Confortata dal suo telegramma, col quale mi dava notizie del soldato Raffaele, mio sposo, prego ove le condizioni di salute dello stesso lo permetteranno di rimandare il detto Raffaele in famiglia nella speranza che l'emozione nel rivedere le persone a lui più care potrebbe riuscirgli utile, dopo le cure prodigate, per ritornarvi la parola. [...]

Prega che si faccia accompagnare il suddetto soldato fino a Modica, per poterlo curare in casa propria. Giunto l'ultimo telegramma fa comprendere che la guarigione non è disperata ed essendo così sono disposta a fare qualsiasi sacrificio per curarlo di presenza.

Anche Raffaele D.M., come raccontarono i compagni, durante gli anni della guerra manifestò stati di ansia e preoccupazione nei confronti della sua famiglia, che sembra abbiano contribuito alla comparsa della malattia mentale. Dopo il ricovero in manicomio, rimase viva in Raffaele una forte preoccupazione nei confronti della sua famiglia che, come scrisse in una lettera al direttore, senza di lui e senza il padre che si trovava in America, non era in grado di mantenersi; infatti, per questo motivo chiese di poter fare la convalescenza a casa perché, anche se con ancora difficoltà nel parlare, avrebbe comunque potuto aiutare i fratelli, le sorelle, la moglie e la madre, lavorando.

La mia malattia è passata, solo che non sono ristabilito nella parola che a me pare di essere una malattia lunga che questa la posso curare in famiglia. [...] come lei mi ha detto appena incomincio a parlare mi mandate a casa? Mi permetto di fare questa domanda che lei si deve ricordare che io ho cinque fratelli e quattro sorelle, la mamma e la moglie, senza nessun contratto, lasciate in abbandono perché mio padre si trova in America e lei saprà che è incominciata la guerra e ammonta poca moneta e prima c'ero io solo che lavoravo nella famiglia e lei mi deve spiegare come si può sostenere una famiglia di dodici persone senza nessuno che lavora. Se lei crede di mandarmi a casa mentre che io mi guarisco durante la mia convalescenza sarò un po' d'aiuto alla mia famiglia. Mi permetto di dire questo perché lei mi ha detto di mandarmi a casa dopo la mia convalescenza [...] ma voglio adempiere il mio dovere, credo che lei mi accontenti. [...] Se lei crede di mandarmi a casa prima della mia guarigione mi manda qui scritto e penna per comunicarglielo. Mi deve perdonare sempre se la disturbo.

Per l'appunto, ci furono molti soldati che in guerra ebbero un unico pensiero: la loro famiglia. La paura che potesse essere successo qualcosa ai propri cari, che non ci fosse nessuno a prendersi cura di loro e che qualcosa avrebbe potuto metterli in pericolo o addirittura che potessero morire, tormentava ogni giorno le menti degli uomini tra le fila di combattimento, fino a condurli alla pazzia.

Stefano P., caporale del 41° di fanteria di 27 anni, dopo un periodo al fronte a combattere venne ricoverato all'ospedale militare di Cividale, qui entrò nel reparto di osservazione di malattie nervose in preda a forti crisi di pianto dicendo di aver sognato che i suoi genitori erano tutti morti. Condotta al manicomio di Udine iniziò a manifestare ancora idee deliranti, mostrò sempre un tono depresso, parlando in modo lamentoso e a scatti, fu a volte leggermente ansioso e piangeva facilmente. Pur essendo a conoscenza di trovarsi in manicomio, il caporale non comprendeva il motivo, perché, a suo dire, non era malato di mente. Inoltre, era convinto che il suo paese, Rapallo, fosse stato distrutto da un'alluvione e che non avesse più famiglia e questo sembrò essere il motivo della sua alienazione.

A tal proposito all'interno della cartella clinica è contenuto un documento "dell'ufficio per notizie alle famiglie dei militari di terra e di mare" in cui veniva richiesta

da parte di Genova una rassicurazione sulle condizioni della famiglia, nella speranza che questo potesse migliorare la salute del paziente:

Genova desidera che lo si rassicuri completamente sulla sorte della famiglia che non fu minimamente danneggiata dall'ultima alluvione. Pare che il poverino si sia esaltato per questi dubbi bisognerebbe dirgli anche che i suoi sono perfino disposti a venirlo a trovare, se egli lo desidera, e disposti a mandargli qualunque cosa gli occorra. Non oso credere, né sperare che queste notizie lo facciano tornare in sé; tuttavia, penso che non si debba trascurare il tentativo proposto.

Le storie familiari però non sono sempre tutte uguali; infatti, come dimostra il caso di Francesco C., alcuni pazienti non volevano far ritorno in famiglia perché proprio in quel contesto, a causa di litigi e disaccordi, si iniziò a manifestare la pazzia. Francesco C. fu internato in manicomio nel maggio del 1915 con la diagnosi di psicosi pellagrosa, all'interno dell'istituto in più occasioni manifestò, come riportato dal diario clinico, di non voler fare ritorno a casa poiché non andava d'accordo con i figli. Inoltre, in un documento redatto dal sindaco, indirizzato all'ufficio di pubblica sicurezza della provincia, era stato dichiarato che la famiglia dell'internato non intendeva in alcun modo assumersi né la responsabilità della condotta né il mantenimento economico.

Infatti, così come molte famiglie si adoperarono per riaccogliere il proprio congiunto a casa, altre invece delegarono ogni responsabilità all'istituto manicomiale, spesso per difficoltà economiche, che diventavano sempre maggiori quando si trattava di accudire un malato.

In alcuni casi invece l'internamento manicomiale era ritenuta la scelta più facile per «sbarazzarsi del problema»¹⁶⁶, perché molto spesso i comportamenti che un individuo affetto da infermità mentale manifestava erano ritenuti di pubblico scandalo e di vergogna per la famiglia.¹⁶⁷

Le difficoltà economiche, soprattutto in tempo di guerra, come già osservato, furono uno dei principali motivi per cui veniva richiesto l'internamento in manicomio da parte della famiglia per un proprio parente malato. La famiglia di Luigi D.P., un bambino

¹⁶⁶ Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, cit., p. 96.

¹⁶⁷ Ivi, p. 107.

di 8 anni affetto da cerebropatia infantile, probabilmente manifestatasi in seguito ad una meningite avuta all'età di 5 anni, decise di far internare il figlio perché il padre era militare in guerra e quindi lontano da casa e la madre era obbligata a lavorare nei campi e la gestione del figlio malato era diventata troppo difficoltosa.

Nonostante la malattia mentale poco invalidante e la possibilità di accudire un figlio in casa circondato dall'affetto dei familiari, spesso capitava invece di ritenere più sicuro e opportuno internarlo in manicomio. In questo emerge una delle principali cause di internamento durante gli anni della Grande guerra, un familiare al fronte, come ad esempio il padre, il capo famiglia, che era solito provvedere al sostentamento della famiglia. Infatti, la madre di Luigi fu costretta non solo ad occuparsi della casa ma anche a svolgere il lavoro nei campi per provvedere al sostentamento della famiglia durante l'assenza del marito.

Dal diario clinico si legge che dopo qualche settimana dal ricovero Luigi D.P. fu rimandato a casa in custodia familiare; questi brevi periodi di internamento erano prassi comune per alcune famiglie che, quando la malattia del congiunto raggiungeva l'apice lo facevano ricoverare, per poi richiederne le dimissioni dopo poco.¹⁶⁸

In alcuni casi, i bambini delle famiglie più povere, vennero avviati al lavoro nei campi insieme alla famiglia per garantire un sostentamento anche in tempo di guerra, quando la situazione diventava più difficile. Natale S. era nato microcefalo, con le facoltà intellettuali ridotte, senza manifestare mai alcun progresso, non era in grado di andare a scuola e la famiglia viveva in misere condizioni così che fu deciso fin da tenera età di fargli intraprendere il lavoro di contadino, per cercare di contribuire al mantenimento della famiglia mentre il padre si trovava in guerra e per non "cacciarsi nei guai", poiché non era in grado di discernere i pericoli. A causa della manifestazione di tendenze ostili nei confronti di alcuni coetanei venne internato in manicomio per un breve periodo, per poi essere riaccolto in famiglia.

Non sempre la famiglia riusciva a restare in contatto con il proprio congiunto rinchiuso in manicomio e, nonostante le insistenti richieste sullo stato di salute dell'infermo, dalla direzione dell'istituto capitava spesso che le risposte tardassero ad arrivare, alimentando paure e preoccupazioni.

¹⁶⁸ Ivi, p. 100.

Infatti, la famiglia del soldato Giovanni M., ricoverato in manicomio perché affetto da mania, rivolse molte lettere al direttore dell'istituto, durante tutto il periodo d'internamento, chiedendo, preoccupata, notizie del loro fratello e marito.

Gli domando per favore di mandarmi delle notizie di mio fratello come si porta Giovanni M. nel ventisettesimo battaglione prima compagnia fanteria. Se va migliorando o come sta. Spero che più presto possibile di ricevere delle sue informazioni.

[...]

Non avendo da parecchio tempo notizie di mio fratello non ricevetti risposta, volendo lei farmi gentilezza di volermi scrivermi e dirmi se mio fratello va meglio come va, avendo piacere di venire a trovarlo mi dica pure se mi farà bene o male.

[...] mi dica pure se mio fratello si trova in condizioni di conoscermi.

[...]

Mi perdoni prima di tutto se oso disturbarla ma lei solo può tranquillizzarmi. Sono la moglie di un ammalato che trovasi in questo ospedale, certo Giovanni M. del ventisettesimo battaglione prima compagnia della milizia territoriale. Seppi dopo un lungo silenzio da parte di mio marito che questi trovasi nel suo manicomio, ma non ho più avuto notizie e lei capirà quanto sia in pena. Ho anch'io due bambini ed il pensiero di avere il marito lontano ammalato e essere priva di notizie mi spaventa enormemente. Si è quindi tanto cortese di volermi semplicemente rispondere come sta mio marito, che cosa ha, e se la sua salute migliora.

La fitta rete di rapporti instauratasi tra la famiglia e l'istituto non sempre si esauriva con le dimissioni o la morte del paziente ma, come nel caso di Giovanni D.C., che dopo un mese di internamento in manicomio «si suicidò buttandosi dalle scale morendo istantaneamente», gli scambi di lettere continuarono. Infatti, il cognato del soldato defunto mandò molte lettere al direttore del manicomio, dalle quali traspare il dolore, la disperazione e l'affetto provati dalla famiglia. Il cognato per non aggiungere dolore ai genitori per la morte di Giovanni chiese di mentire sulla causa della morte: «qualora i miei iscrivessero per conoscere la causale, prego rispondere sempre che la morte si è avvenuta per indebolimento accompagnato da concessioni cerebrali [...] la famiglia del defunto tenente vive inconscia della triste fine perché ho tutto nascosto», temendo le gravi

conseguenze che sarebbero potute esserci qualora i familiari fossero stati messi a conoscenza del suicidio del loro congiunto.

Infine, dalle cartelle cliniche prese in esame, è stato possibile riscontrare la presenza di casi in cui divenne necessario l'allontanamento di un congiunto dalla famiglia perché a causa della manifestazione di comportamenti alienanti, diventava un grave pericolo per i familiari. Ciò che è emerso dai casi analizzati in questo studio è che questi comportamenti di violenza si riscontravano con maggior frequenza nei rapporti tra marito e moglie.

È il caso, ad esempio, di Giuseppe M., un contadino di trentasei anni che venne allontanato dalla famiglia perché manifestava una forte gelosia nei confronti della moglie, accusandola di aver avuto un figlio da un altro. Dal certificato medico si leggono le testimonianze dei familiari che avevano ritenuto necessario l'immediato ricovero in manicomio: «È quasi giornalmente in preda a delirio alcolico con violenza contro la moglie o la famiglia», per questo motivo «il comune pare disposto ad inviarlo in manicomio per liberare la famiglia da un continuo pericolo».

Anche Luigi S., un fabbro ferraio di 43 anni, di cui prima si è parlato in merito alla povertà causata dalla guerra, iniziò a manifestare ostilità verso la moglie, con violenti atti di gelosia contro di lei, soprattutto quando era in preda ai “fumi dell'alcol”. Sembrava fosse impazzito improvvisamente, rivolgendo un'ingiustificata cattiveria verso la moglie, con sentimenti orribili, fino a minacciarla di morte.

E infine Luigi R. che all'età di 69 anni, a causa di una grave malattia infettiva iniziò ad avere i segni di una lieve alterazione delle funzioni psichiche, dedito al vizio del bere e del fumare, venne ricoverato in manicomio per proteggere la famiglia. Quando si trovava tra le mura di casa accusava ripetute volte la moglie, minacciandola e incolpandola di adulterio e di incesto. Nel certificato medico è presente anche una testimonianza di violenza contro il figlio, da lui accusato di incesto con la madre.

Ciò che accomuna questi ultimi casi, oltre all'allontanamento e all'internamento voluti dalla famiglia, è che le violenze commesse nei confronti di un parente erano spesso conseguenza di un abuso di sostanze alcoliche. Infatti, come osservato in precedenza, negli anni della Grande guerra l'abuso di alcol era una pratica comune soprattutto tra i soldati che erano stati chiamati alle armi perché aveva come scopo quello di rendere, anche solo per poco tempo, più sopportabile la guerra, la vita in trincea, la paura della

morte, il dolore delle ferite inflitte non solo nel corpo ma anche nella mente. Inoltre, il vino era il genere alimentare maggiormente distribuito in guerra; quindi, si trovava in grandi quantità e i soldati ne facevano uso ben volentieri se questo poteva in un certo qual modo farli evadere dalla straziante realtà che era la guerra. In poco tempo, come dimostrano le testimonianze sopra citate, l'abuso di vino o di sostanze alcoliche in combinazioni con le forti tensioni quotidiane, provocò effetti immediati sul soldato, incrementando crimini e aggressività non solo con i compagni ma anche con i familiari, al ritorno a casa.¹⁶⁹

¹⁶⁹ Marco Scardigli, *Superstizione, alcolismo e fuga nelle trincee italiane: 1915-1917 (Aspetti e problemi)*, cit., pp. 100-101.

Conclusioni

Nel corso di questo lavoro di ricerca ho indagato su quali siano state le conseguenze psichiche ed emotive della Prima guerra mondiale, concentrando l'attenzione sulla popolazione friulana, analizzando un campione della popolazione manicomiale internata nel manicomio di Sant'Osvaldo di Udine negli anni tra il 1913 e il 1922.

I primi dati significativi li ho potuti ricavare dai registri contenuti nell'archivio dell'ex manicomio provinciale di Udine dai quali ho analizzato l'andamento della popolazione manicomiale, considerando nello specifico il numero di ammissioni annuali, sia maschili che femminili.

Un primo dato che ho trovato durante l'analisi dei registri riguarda il flusso e i movimenti che hanno caratterizzato ammissioni e dimissioni durante gli anni della Grande guerra. Sia donne che uomini restavano spesso in manicomio solo per il periodo di osservazione che andava dai 15 ai 30 giorni; infatti, molte dimissioni avvenivano nel primo mese di ricovero. Grazie alla mia ricerca però ho potuto riscontrare che la maggior parte dei ricoveri femminili ebbero una durata più lunga, trovando anche testimonianze di ricoveri che si sono protratti fino al secondo dopoguerra.

In molti casi le dimissioni non dipendevano da un miglioramento o una non verificata pazzia ma semplicemente l'individuo veniva trasferito in un altro manicomio, questo accadde soprattutto durante gli anni della Grande guerra quando l'istituto venne adibito alla cura e assistenza sanitaria dei soldati. Infatti, nel 1915, anno in cui l'Italia entrò ufficialmente in guerra, il numero di uomini ricoverati in manicomio raggiunse i 631 accessi totali. Una delle principali cause riguarda per l'appunto il ruolo di assistenza sanitaria che il manicomio ha assunto durante gli anni della Grande guerra, che gli impose, da un lato di accogliere un numero sempre maggiore di reduci dal fronte, dall'altro di trasferire la restante popolazione manicomiale in altre strutture.

Secondo i dati ricavati dai registri gli internamenti maschili furono sempre maggiori rispetto a quelli femminili. Questo si verificò, in primo luogo, per la guerra, che fu il principale motivo di infermità mentale nei soldati, durante il periodo al fronte, che

iniziarono a manifestare segni di alienazione mentale, dettati dalle condizioni estreme in cui vivevano, dai traumi che subivano ogni giorno, dalla paura, dalla solitudine e dal dolore per la lontananza da casa. Inoltre, la cultura del tempo aveva sempre considerato la figura maschile come potenzialmente più aggressiva e pericolosa e quindi più spesso veniva ritenuto necessario l'internamento manicomiale con il fine di allontanarli dalla società perché di pubblico scandalo e pericolosi.

Le donne invece, furono da sempre considerate più deboli e quindi meno pericolose e, essendo inoltre considerati soggetti marginali nella società, erano di conseguenza meno esposte nella sfera pubblica. Infatti, tendenzialmente le donne rimanevano al riparo all'interno della sfera domestica e non venivano facilmente allontanate dalla famiglia, questo perché il loro ruolo, indispensabile, era circoscritto alle mura domestiche, in cui si occupavano della cura della casa e soprattutto dell'accudimento e la crescita dei figli.

A questo proposito, all'interno delle cartelle cliniche femminili ho trovato numerose testimonianze di familiari, che dopo poco tempo dall'internamento, chiedevano il ritorno a casa di una madre o di una moglie, questo perché, soprattutto durante la guerra, la cura dei figli e della casa erano compiti indispensabili che solo la donna poteva svolgere.

Dalla fine di ottobre 1917 fino alla fine della guerra non è stato possibile conoscere quante persone furono affette da malattia mentale perché in quegli anni il manicomio venne occupato dall'esercito austriaco, ciò comportò l'immediato trasferimento della popolazione manicomiale che si trovava all'interno e di conseguenze se ne persero le tracce. Nel dopoguerra, secondo i dati ricavati dal mio studio, gli ingressi in manicomio tornarono ad aumentare.

Grazie ai "certificati medici", contenuti all'interno delle cartelle cliniche, ho potuto riscontrare che nell'arco temporale da me preso in esame, la maggior parte della popolazione manicomiale era di condizione sociale povera, misera o nullatenente e per lo più contadina o, nel caso delle donne, casalinga. Questo dato mi ha permesso di comprendere in quale contesto sociale si manifestava la malattia mentale, quali fossero le cause scatenanti e quali fossero i soggetti maggiormente colpiti. Durante la Grande guerra ma anche nel dopoguerra la miseria e la povertà, le scarse condizioni igieniche in cui viveva la popolazione friulana, soprattutto quella delle campagne, e l'alimentazione

furono le principali cause di deperimento fisico e mentale che portarono, inevitabilmente, gli individui a manifestare i primi segni di alienazione mentale.

Scegliendo di considerare anche l'anno 1913, ho potuto comprendere quale fosse la situazione sociale prima dell'avvento della Grande guerra. Infatti, proprio in quell'anno, nelle campagne, dove già viveva la popolazione più povera in condizioni di estrema miseria, iniziò a diffondersi la pellagra, considerata per l'appunto "la malattia del povero", causata dall'alimentazione basata prevalentemente sul consumo di mais, che comportava una carenza di vitamine e in breve tempo deteriorava il fisico e lo indeboliva; queste condizioni inevitabilmente comportarono anche un conseguente indebolimento mentale. Infatti, tra il 1913 e il 1915 ci furono numerosi pazienti internati in manicomio affetti da psicosi pellagrosa. Anche se, come molti studi hanno evidenziato, questa malattia fu circoscritta nell'area friulana fino all'inizio della Prima guerra mondiale, in realtà ho incontrato alcuni casi di pellagra anche negli anni successivi, questo a dimostrazione del fatto che la povertà e la miseria furono un filo conduttore durante tutto il periodo bellico.

Inoltre, ho potuto notare che nel certificato medico veniva data molta importanza all'anamnesi familiare, infatti, si cercava di capire se i comportamenti dell'individuo fossero imputabili ad una malattia mentale familiare pregressa, o a comportamenti abitudinari come l'abuso di alcolici o la scarsa alimentazione o la violenza in casa.

Durante gli anni della Grande guerra e del dopoguerra, nel certificato medico tra le cause scatenanti della malattia mentale ho trovato esserci principalmente fattori derivanti dalla guerra, sia nel caso degli internamenti maschili che femminili.

In particolare, come ho ricavato dalla lettura dei documenti clinici, i soldati iniziarono a manifestare i primi segni di alienazione già durante «tutta la confusione dei preparativi di guerra», a tal proposito bisogna specificare che alcuni di loro tendevano a simulare alcuni comportamenti tipici della malattia mentale nella speranza di evitare di prendere parte alla guerra. Infatti, anche coloro che giungevano al fronte, dopo poco tempo diedero segno di infermità mentale causata dalla paura, dai continui traumi che subivano ogni giorno tra il fuoco nemico, i cadaveri dei compagni e il dolore provocato dalla lontananza da casa e da quella convinzione che non avrebbero più fatto ritorno; altri invece usavano la pazzia come un tentativo di fuga.

La psicosi alcolica è stata una delle principali diagnosi effettuate sui soldati provenienti dal fronte, questo perché l'abuso di alcol durante la guerra era considerato dai soldati come una via di fuga dalla realtà che stavano vivendo, un modo per affrontare il dolore e la paura e per cercare di rimuovere i ricordi che la guerra stava imprimendo indelebili nella loro mente.

Grazie alla mia ricerca ho potuto riscontrare come anche le donne, loro malgrado, facessero parte del complesso panorama manicomiale durante gli anni della Grande guerra. Come si legge all'interno di molte cartelle cliniche, «i patimenti e le apprensioni per la guerra e la lontananza dal marito» sembrano essere tra i principali motivi per cui le donne iniziarono a manifestare segni di alienazione mentale.

Per le donne rimaste a casa, con gli uomini che combattevano al fronte, un evento drammatico fu l'invasione dell'esercito austriaco, che dopo la disfatta di Caporetto, le costrinse ad abbandonare le loro case, lasciando i propri affetti, spesso allontanandosi dalla famiglia, cercando rifugio fuori dalla città. Infatti, all'interno delle cartelle ho trovato traccia di molte donne internate in manicomio a causa delle «conseguenze dell'esilio e dell'invasione», o «per i disagi della profuganza», che comportarono «forti spaventi e disagi». Questi traumi ebbero un effetto a lungo termine, tanto che molte donne, anche dopo essere rientrate da quell'esilio forzato, continuarono a manifestare segni di alienazione mentale.

Inoltre, ho trovato come per le donne spesso le cause scatenanti della pazzia dipendessero da quella che veniva considerata la natura stessa della donna, la sua identità biologica; infatti, durante il periodo di osservazione e di diagnosi si concentrava l'attenzione sull'inizio delle mestruazioni e sulla loro regolarità, sulla menopausa, sulle gravidanze, spesso numerose, difficili e dolorose che portarono alcune volta anche alla morte dei figli in età prematura, e altri comportamenti o situazioni propri delle donne che secondo l'ideologia del tempo sarebbero state da sempre predisposte a manifestare segni di pazzia.

Un altro elemento importante per il mio studio sono state le diagnosi che il medico faceva all'accesso del malato in manicomio e che venivano scritte sulla prima pagina della cartella, e la successiva descrizione dei sintomi e dei comportamenti manifestati dai pazienti durante il periodo di internamento, registrati nel diario clinico, perché mi hanno

permesso di evidenziare gli aspetti principali della malattia mentale negli anni della Grande guerra.

Per quanto riguarda gli uomini al fronte la principale malattia diagnosticata era la nevrosi, detta appunto nevrosi di guerra, declinata poi con differenti accezioni in base ai sintomi, ma che si può riassumere con le seguenti manifestazioni, comuni nella maggior parte dei casi clinici che ho preso a campione: l'insonnia, frequenti allucinazioni, tremori e attacchi epilettici, mutismo, inappetenza o sitofobia, paranoia e tendenza al suicidio. Questi comportamenti resero i soldati inabili al servizio militare e per questo, dopo un primo periodo di osservazione negli ospedali militari o da campo, venivano condotti in manicomio.

Anche per le donne ho osservato sintomi comuni tra le diverse "psicosi" che venivano loro diagnosticate, sulla base del resoconto medico la malattia mentale si manifestava con attacchi nervosi, isteria, depressione, inquietudini e allucinazioni, sbalzi dell'umore, disturbi nell'alimentazione, idee strane e di persecuzione.

Infine, ho trovato al centro delle dinamiche manicomiali l'aspetto familiare: in alcuni casi i parenti erano i primi a richiedere l'internamento del proprio congiunto, qualora volessero "liberarsi del problema", o ne desideravano insistentemente il ritorno a casa. Come già osservato, la famiglia ebbe un ruolo importante non solo per la diagnosi della malattia; infatti, attraverso la storia familiare era possibile comprendere se ci fossero casi di ereditarietà, ma anche per comprendere quali fossero i motivi che avevano portato alla richiesta di internamento di un individuo da parte dei suoi parenti. Le cause principali potevano essere i litigi che avvenivano in famiglia, segni di violenza e aggressività, le difficoltà economiche, l'impossibilità di assistenza in casa.

Le donne furono spesso internate in manicomio anche perché i loro comportamenti erano ritenuti di pubblico scandalo e questo era motivo di disonore per la famiglia. Il caso più emblematico fu senza alcun dubbio quello delle gravidanze illegittime, che si intensificarono nel periodo della Grande guerra, quando gli uomini erano al fronte e le donne invece si ritrovarono vittime di soldati, non solo nemici, che le resero mero oggetto di conquista stuprandole, violentandole e abusando di loro, spesso lasciando segni indelebili nella loro memoria e un figlio illegittimo in grembo.

La donna rappresentava la famiglia nella società e una gravidanza illegittima era motivo di vergogna e disonore per le famiglie che nella maggior parte dei casi la allontanavano da casa abbandonandola o ne richiedevano l'internamento manicomiale.

Grazie alle cartelle cliniche dei pazienti internati nel manicomio di Sant'Osvaldo di Udine tra il 1913 e il 1922, ho potuto dimostrare in che modo la Grande guerra ha influito nella manifestazione della pazzia, quali sono stati i fattori che hanno scatenato la malattia mentale e quali le conseguenze psichiche ed emotive, senza tralasciare l'aspetto umano del singolo individuo, la sua storia e la sua identità.

È stato inoltre possibile ricostruire una parte di storia manicomiale durante la Grande guerra, considerando quali siano state le modalità e le cause di internamento, e soprattutto ho potuto conoscere e ridare voce ad alcune storie dimenticate.

Glossario¹⁷⁰

Cerebropatia: in medicina, indica qualsiasi malattia del cervello, di qualsiasi natura, accompagnata da lesione anatomica dell'organo stesso. Spesso si distingue, in base all'età, in cerebropatia degli adulti e cerebropatia infantile.

Demenza: Nel linguaggio medico, si riferisce al deterioramento grave e irreparabile delle facoltà intellettive. Ha inizio nel settore della memoria, coinvolgendo le facoltà di intelligenza e i processi di pensiero, generalmente dovuta a lesioni cerebrali, accompagnata da segni di decadimento somatico. A seconda dell'età e delle caratteristiche cliniche si distingue in demenza precoce, demenza senile o demenza paranoide.

Epilessia: è una sindrome clinica caratterizzata dall'insorgenza e cessazione repentina di varie manifestazioni psicofisiche, come sospensione o perdita della coscienza, stato confusionale, movimenti automatici e, nelle varietà più gravi, convulsioni muscolari, dilatazione delle pupille, cianosi del volto, emissione di bava, ecc., che hanno la tendenza a ripetersi.

Gracilità intellettuale: patologia cognitiva persistente data da un alterato funzionamento del sistema nervoso centrale. Rappresenta una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, con compromissione delle abilità che solitamente si manifestano durante il periodo evolutivo.

Incompetente per il manicomio: colui che manca di competenza in senso giuridico per l'internamento manicomiale.

¹⁷⁰ <https://www.treccani.it/enciclopedia/> e <https://www.treccani.it/vocabolario/>.

Mania: stato psichico caratterizzato da euforia, allegria e ottimismo immotivati, da un'alterazione psichica caratterizzata da un'accelerazione il cui grado estremo è rappresentato dalla disordinata "fuga di idee". L'attenzione è labilissima, le associazioni facili e superficiali; esiste una incoercibile spinta a parlare e all'attività motoria che raggiunge anche stati estremi di agitazione psicomotoria. La stessa esaltazione si riscontra anche nel campo degli istinti, in particolari sessuali. Talora possono svilupparsi idee deliranti, il contenuto delle quali è di grandezza e di esaltazione della propria persona; il soggetto alle volte manifesta idee di persecuzione.

Melanconia: stato psichico caratterizzato da un'alterazione patologica dell'umore, con un'immotivata tristezza, talora accompagnata da ansia, e con inibizione di tutta la vita intellettuale.

Nevrastenia: è una malattia del sistema nervoso caratterizzata da uno stato di debolezza nervosa, dovuto soprattutto a fattori costituzionali, che si manifesta con irrequietezza di tipo ansioso, prostrazione generale, diminuita capacità lavorativa, sentimento di tedio, e anche ipereccitabilità, cefalea, palpitazioni e vari disturbi gastrointestinali e circolatori.

Paranoia: è una psicosi caratterizzata dallo sviluppo di un delirio cronico, lucido, sistematizzato, dotato di una propria logica interna, che non è associato ad allucinazioni, e non comporta deterioramento delle funzioni psichiche al di fuori dell'attività delirante.

Pellagra: Malattia causata da carenza alimentare di acido nicotinico (o vitamina PP) e di triptofano, caratterizzata da disturbi a carico dell'apparato digerente, da disturbi nervosi e psichici, e soprattutto da lesioni cutanee. Essendo una malattia causata da un'alimentazione povera, a base maidica, si diffuse prevalentemente nelle campagne, colpendo la popolazione più povera, e per questo fu definita più comunemente "malattia del povero".

Psicosi: Insieme di condizioni psicopatologiche gravi contraddistinte dalla perdita del contatto con la realtà e delle capacità di critica e giudizio, dalla presenza di disturbi

pervasivi del pensiero, delle percezioni e dell'affettività e da una compromissione delle abilità e delle relazioni sociali.

Psicosi alcolica: detta anche “*delirium tremens*” è una sindrome psicotica acuta che deriva da una forma di alcolismo cronico. È caratterizzata da sintomi somatici e psichici: i primi sono costituiti da tremori, atassia, irrequietezza motoria; i secondi consistono in allucinazioni, disturbi dell'attenzione e della fissazione, confabulazioni, incoerenza e angoscia.

Psicosi circolare: patologia dell'umore caratterizzata dall'alternanza di tonalità depresse ed euforiche.

Psicosi isterica: è una forma di nevrosi rappresentata da manifestazioni accessionali che si traducono ora in reazioni esagerate e paradossali agli stimoli emotivi, ora nell'obiettivazione di rappresentazioni mentali, e disturbi di ogni genere. I sintomi principali possono essere allucinazioni, deliri o depersonalizzazioni.

Sitofobia: Sintomo psicopatico che consiste nel rifiuto ostinato del cibo.

Riferimenti bibliografici

- Alfieri, Fernanda. 2021. *Veronica e il diavolo. Storia di un esorcismo a Roma*, Torino, Einaudi.
- Algardi, Zara. 1957. *Infanticidio per causa di onore*, in «Belfagor», vol. 12, n. 2, Casa Editrice Leo S. Olschki, pp. 210-212.
- Antonelli, Quinto. 2016. *Una rivolta morale: lettere e diari di soldati dai fronti della Grande Guerra (1915-1918)*, in «Annali d'italianistica», vol. 34, pp. 357-372.
- Antonini, Giuseppe. 1911. *La vita di un manicomio moderno*, Bergamo, Ed. Arti Grafiche.
- Babini, Valeria. 2009. *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna.
- Basaglia, Franca. Basaglia, Franco. 1971. *Dizionario sociale della psichiatria. Noi matti*, in «L'Espresso-colore», n. 12.
- Battera, Francesca. 2016. *La guerra, gli scrittori, le donne. 1914-1930*, in «Lettere Italiane», vol. 68, n.2. casa editrice Leo S. Olschki, pp. 371-401.
- Belviso, Francesca. De Paulis, Maria Pia. Giacone, Alessandro. 2018. *Il trauma di Caporetto: Storia, letteratura e arti*, Torino, Accademia University Press.
- Bertilotti, Teresa. 2019. *L'esperienza femminile della profuganza e la sua rappresentazione*, in Ermacora, Matteo (a cura di). *Le «disfatte» di Caporetto. Soldati, civili, territori 1917-1919*, Trieste, EUT Edizioni, pp. 25-44.

- Biasiolo, Monica. 2018. *Il corpo violato di Caporetto. Scrittura, arte e politica davanti alle donne, vittime invisibili della Nazione*, in Belviso, Francesca. De Paulis, Maria Pia. Giacone, Alessandro. *Il trauma di Caporetto: Storia, letteratura e arti*, Torino, Accademia University Press, pp. 279-295.
- Bossi Fedrigotti, Isabella. Corni, Gustavo. Franzina, Emilio. Giacomel, Paolo. Gibelli, Antonio. von Hartungen, Christoph H. Isola. Palla, Luciana. Procacci, Giovanna (a cura di). 2001. *La memoria della Grande Guerra nelle Dolomiti*, Udine, Gaspari Editore.
- Canosa, Romano. 1979. *Storia del manicomio in Italia dall'unità ad oggi*, Milano, Feltrinelli.
- Casarini, Maria Pia. 1982. *Maternità e infanticidio a Bologna: fonti e linee di ricerca*, in «Quaderni storici», vol. 17, n. 49, Il Mulino, pp. 275-284.
- Castellana, Riccardo. 2023. *Le ferite della memoria. Il tema dell'amnesia e la Prima guerra mondiale*, in «allegoria» n. 74, pp. 97-130.
- Ceschin, Daniele. 2004. *La condizione delle donne profughe e dei bambini dopo Caporetto*, in «DEP», n. 1, pp. 23-44.
- Cigolot, Fabrizio (a cura di). 2001. *Conoscere il parco di Sant'Osvaldo*, Udine.
- Codice Penale per il Regno d'Italia. 1889. *art. 46, art. 47 e art. 369*, n. 6133, Stamperia reale, Roma.
- Da pozzo, Ulderica. 2017. *Oltre le porte. Immagini di voci dimenticate dall'ex ospedale psichiatrico di Udine*, Udine, Forum.

- De Peri, Francesco. 1984. *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento*, in «Storia d'Italia», Annali 7, Malattia e medicina, Torino, Einaudi.
- Ermacora, Matteo. 2006. *Le donne italiane nella Grande guerra. Un bilancio storiografico (1990-2005)*, in Antolini, Paola. Barth-Scalmani, Gunda. Ermacora, Matteo. Fontana, Nicola. Leoni, Diego. Malni, Paolo. Pisetti, Anna. *Donne in guerra, 1915-1918: la Grande guerra attraverso l'analisi e le testimonianze di una terra di confine*, Centro studi Judicaria, pp. 11-30.
- Falcomer, Andrea. 2009. *Gli "orfani dei vivi". Madri e figli della guerra e della violenza nell'attività dell'Istituto San Filippo Neri (1918-1947)*, in «DEP», n. 10, pp. 76-93.
- Fiorino, Vinzia. 2002. *Matti, indemoniante e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio editori.
- Folisi, Enrico (a cura di). 1998. *Udine. Una città nella Grande Guerra. Fotografie e documenti dell'invasione austro-tedesca*, Udine, Gaspari Editore.
- Gagliani, Dianella. 2007. *Stupri di guerra. Un'analisi dei silenzi, dei racconti, delle denunce*, in «Alma Mater Studiorum – Digital Library».
- Garbellotti, Marina. 2019. *Madri "folli" e infanticide internate nel manicomio di Verona a fine Ottocento*, in Garbellotti, Marina. Gamberoni, Emanuela. Carraro, Silvia (a cura di), *Raccontare la follia. Le carte dell'ospedale psichiatrico veronese di San Giacomo di Tomba*, Verona, Cierre edizioni, 2019, pp. 121-146.
- Gazzetta ufficiale del regno d'Italia*. 1904. n. 43, Roma, pp. 817-836.
- Gemelli, Agostino. 1918. *Il nostro soldato. Saggi di psicologia militare*, Milano, Treves Editori.

Gibelli, Antonio. 1986. *L'esperienza della guerra. Fonti medico-psichiatriche e antropologiche*, in Leoni, Diego. Zadra, Camillo (a cura di), *La Grande Guerra. Esperienza, memoria, immagini*, Bologna, Il Mulino, pp. 49-73.

Gibelli, Antonio. 2007. *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino, Universale Bollani Boringhieri.

Gray, Glenn. 2013. *Considerazioni sull'uomo in battaglia*, Trento, Fondazione del Museo storico Trentino.

Gruppo di coordinamento del Progetto nazionale "Carte dal legare" (a cura di). 2010. *Primo rapporto sugli archivi degli ex ospedali psichiatrici*, Editrice Gaia.

Guarnieri, Patrizia. 2007. *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, in «Studi Storici» Anno 48, N. 2, pp. 477-521.

Leed, Eric J. 1985. *Terra di nessuno. Esperienza bellica e identità personale nella Prima Guerra mondiale*, Bologna, il Mulino.

Milazzo, Fabio. 2019. *Lo storico e l'alienista. Manicomi, follia e psichiatria nella storiografia contemporanea italiana*, in «Lessico di etica pubblica», pp. 82-95.

Moraglio, Massimo. 2006. *Dentro e fuori il manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, in «Contemporanea», vol. 9, N. 1, pp. 15-34.

Novello, Mario (a cura di). 2001. *Conoscere il parco di Sant'Osvaldo*, Udine.

Pace, Rossella. 2016. *La fuga dal "recinto": la trincea e la follia*, in «Ventunesimo secolo», vol. 15, n. 38, Rubbettino Editore, pp. 172-188.

- Paoletta, Francesco. 2014. «Solo un'immensa fonte di dolore». *Appunti per una ricerca sulle donne in manicomio durante la Grande Guerra*, in «E-Review», n. 2.
- Pomata, Gianna. 1980. *Madri illegittime tra Ottocento e Novecento: storie cliniche e storie di vita*, in «Quaderni storici», vol. 15, n. 44, Il Mulino, pp. 497-542.
- Provincia di Udine. 2001. *Conoscere il parco di Sant'Osvaldo*, Udine.
- Provincia di Udine. 1954. *L'ospedale psichiatrico provinciale di Udine nei suoi primi cinquant'anni di vita 1904-1954*, Udine, Arti grafiche friulane.
- Provincia di Udine. 1970. *L'assistenza psichiatrica in provincia di Udine (1960-1970)*, Udine, Arti grafiche friulane.
- Pullia, Giuseppe, Guido. 2009. *Franco Basaglia*, in «Belfagor», vol. 64, n. 2, pp. 147-160.
- Romano, Franca. 2004. *Corpi in disordine. Possessioni e identità femminili*, in «La ricerca Folklorica», n. 50, Grafo edizioni, pp. 75-85.
- Romano, Franca. 2005. *Percorsi di vita oltre il manicomio*, in «La Ricerca Folklorica», n. 52, Grafo edizioni, pp. 127-141.
- Scardigli, Marco. 1986. *Superstizione, alcolismo e fuga nelle trincee italiane: 1915-1917 (Aspetti e problemi)*, in «Il Politico», vol. 51, n. 1, Rubbettino Editore, pp. 95-114.
- Scopelliti, Letterio. 1997. *Manicomio addio*, Udine, AGRAF.
- Salvante, Martina. 2020. *The Wounded Male Body: Masculinity and Disability in Wartime and Post-WWI Italy*, in «Journal of Social History», vol. 53, n. 3, pp. 644-666.

- Salvatici, Silvia. 2002. *Le donne nella Grande guerra*, in Salvatici, Silvia (a cura di), *Storia delle donne nell'Italia contemporanea*, Roma, Carocci editore, pp. 109-134.
- Sguerzi, Franco. 2006. *S. Osvaldo. Appunti per la storia di un quartiere udinese*, Udine, Comune di Udine.
- Sitta, Pietro. 1899. *La diffusione della pellagra in Italia. Note di statistica tecnica e descrittiva*, in «Giornale degli economisti», serie seconda, vol. 19, pp. 562-586.
- Strazza, Michele. 2010. *Senza via di scampo. Gli stupri nelle guerre mondiali*, in «archiviodellamemoria».
- Valeriano, Annacarla. 2016. *Da fronti opposti. La guerra delle donne in manicomio*, in Ermacora, Matteo. Suriano, Maria Grazia. *Vivere in guerra. Le donne italiane nel primo conflitto mondiale*, in «DEP», 2016, pp. 183-195.
- Valeriano, Annacarla. 2017. *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli editore.
- Verstraete, Pieter. Salvante, Martina. Anderson, Julia. 2015. *Commemorating the disabled soldier: 1914-1940*, in «First World War Studies», vol. 6, n.1, pp. 1-7.
- Vinciguerra, Gaetano. 2021. *Lo scoppio di Sant'Osvaldo. Udine, agosto 1917*, Udine, Gaspari.

Sitografia

Balltandre Pla, Mònica. 2016. *Che diavolo di genere! Oltre la malattia mentale e la ribellione*, <https://www.storieinmovimento.org/>, n. 41.

Delandati, Stefania. 2022. *Internate in manicomio perché “non conformi”*, in <https://www.superando.it/>.

Giornale di Udine. 1904. in <https://www.techeudine.it/>, n. 90.

Iaria, Antonino. Martelli, Pompeo. 2003. *Lineamenti storici sulle politiche dell’assistenza psichiatrica dall’unità d’Italia alla chiusura dei manicomi*, in <https://www.cartedalegare.cultura.gov.it/>.

Milazzo, Fabio. 2016. *Scrivere la follia. La storiografia italiana tra le mura del manicomio*, Genova, in <http://www.psychiatryonline.it/>.

Novello, Mario. 2020. *Lettera aperta*, in <http://www.confbasaglia.org/>, Udine.

Revelant, Nicola. 2019. *Le donne nella Grande Guerra*, in «Itinerari della Grande Guerra» <https://www.turismofvg.it/>.

Revelant, Nicola. 2019. *Le malattie della Grande guerra*, in «Itinerari della Grande Guerra» <https://www.turismofvg.it/>.

Sattolo, Giulia. 2018. *Gli orfani della Grande guerra in Friuli e nella Venezia Giulia*, in <https://www.difesa.it/>, «Il Periodico», n. 1, pp. 119-125.

Sattolo, Giulia. 2018. *La condizione femminile e degli orfani durante e dopo la Prima guerra mondiale*, in <http://www.icsanpietroalnatisone.it>.