



Diacronie

Studi di Storia Contemporanea

33, 1/2018

Guerra e pace: declinazioni politiche, sociali e culturali del conflitto in età contemporanea

Smascherare il soldato simulatore. Difesa sociale e istanze disciplinari in ambito militare prima della Grande Guerra

Fabio MILAZZO

Per citare questo articolo:

MILAZZO, Fabio, «Smascherare il soldato simulatore. Difesa sociale e istanze disciplinari in ambito militare prima della Grande Guerra», *Diacronie. Studi di Storia Contemporanea : Guerra e pace: declinazioni politiche, sociali e culturali del conflitto in età contemporanea*, 33, 1/2018, 29/03/2018,

URL: < http://www.studistorici.com/2018/03/29/milazzo_numero_33/ >

Diacronie Studi di Storia Contemporanea → <http://www.diacronie.it>

Rivista storica online. Uscita trimestrale.

redazione.diacronie@hotmail.it

Comitato di direzione: Naor Ben-Yehoyada – João Fábio Bertonha – Christopher Denis-Delacour – Maximiliano Fuentes Codera – Anders Granås Kjølsvedt – John Paul Newman – Deborah Paci – Niccolò Pianciola – Spyridon Ploumidis – Wilko Graf Von Hardenberg

Comitato di redazione: Jacopo Bassi – Luca Bufarale – Gianluca Canè – Luca G. Manenti – Fausto Pietrancosta – Alessandro Salvador – Matteo Tomasoni – Luca Zuccolo



Diritti: gli articoli di *Diacronie. Studi di Storia Contemporanea* sono pubblicati sotto licenza Creative Commons 3.0. Possono essere riprodotti e modificati a patto di indicare eventuali modifiche dei contenuti, di riconoscere la paternità dell'opera e di condividerla allo stesso modo. La citazione di estratti è comunque sempre autorizzata, nei limiti previsti dalla legge.

1/ Smascherare il soldato simulatore. Difesa sociale e istanze disciplinari in ambito militare prima della Grande Guerra

Fabio MILAZZO

Il contributo analizza lo stereotipo del militare delinquente e il suo internamento nei manicomi, agli inizi del Novecento. In particolare si concentra sulla figura del simulatore. Inoltre, tratta la storia delle politiche di trattamento del disagio mentale – vero o presunto – e le strategie di controllo dell'anormalità nei soldati prima della Grande Guerra. E cerca di mettere in relazione le forme di disciplinamento rappresentate dal manicomio, il comportamento e il sapere dei medici d'allora con alcune pratiche sociali e culture diffuse tra i soldati. Questa ricerca in particolare prende in considerazione il caso di un soldato internato nel manicomio di Racconigi, in provincia di Cuneo, nel 1913.

Elenco delle abbreviazioni degli archivi citati

APCN= Archivio della Provincia di Cuneo

ASONR= Archivio Storico Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi

La costruzione di tipologie mediche è [...] uno dei caratteri della medicalizzazione della devianza: la presenza di dati caratteristici riferiti ad una tipologia in un soggetto particolare, conduce il medico ad un processo inferenziale per cui il comportamento è dedotto dall'appartenenza ad una tipologia appunto specifica
Renzo Villa, *Il deviante e i suoi segni*¹

1. Introduzione

Tra le maggiori questioni che le Autorità Militari devono affrontare nell'immediatezza della Grande Guerra c'è quella di poter contare su un esercito forte, coeso, basato su soldati che, pur provenendo dall'ambiente civile, siano dotati di quello spirito di corpo e di quelle caratteristiche di coraggio e forza necessarie per essere all'altezza del loro compito. La nazione ha bisogno di

¹ Cfr. VILLA, Renzo, *Il deviante e i suoi segni. Lombroso e la nascita dell'antropologia criminale*, Milano, Franco Angeli, 1985, p. 183.

«una gioventù fisicamente e moralmente forte. È solo dei forti affrontare le difficoltà che la vita offre, nel campo morale e in quello materiale [...] L'uomo robusto e coraggioso sa tutto sopportare»². Per questo particolarmente presenti tra le autorità militari sono le istanze di bio-profilassi che puntano a liberare l'esercito da quei soggetti che, per costituzione ontologica, rischiano di rappresentare un ostacolo per quel processo di educazione dell'animo, basata su una pedagogia militare preventiva, che deve tendere «essenzialmente a sviluppare le qualità morali, le virtù del cuore e del carattere. Lo spirito militare ed il sentimento patriottico»³. Il fine è quello «di trasformare il cittadino in soldato, e prepararlo alla guerra, all'interno della caserma»⁴. Per raggiungere questo obiettivo bisogna poter lavorare con soggetti duttili, flessibili e, soprattutto, “normali”. Escludere dunque quelli identificati come “devianti”, secondo istanze da eugenica negativa che molto devono alla metabolizzazione della riflessione lombrosiana da parte dell'alienismo italiano, è una questione di primaria importanza. In particolare dopo la sconfitta di Adua, e le polemiche sull'evidenza di una necessaria opera di rigenerazione degli italiani, il problema sociale e politico diventa centrale nel dibattito e viene percepito come ineludibile da più parti nell'ambiente militare⁵. Si tratta di individuare preventivamente durante le visite di leva o, al più tardi, durante frequenti e attenti controlli in caserma, quelle figure di potenziali delinquenti che l'antropologia criminale di derivazione lombrosiana permette in una certa misura di riconoscere e quindi identificare. Tra questi «criminali-nati»⁶ un ruolo particolare viene riconosciuto ai simulatori, figure ritenute particolarmente pericolose perché apparentemente normali ma in realtà ontologicamente predisposte al crimine, bugiardi, inadatti alla vita collettiva e, generalmente, dotati di uno scarso sentimento morale. Queste caratteristiche si fissano tra Otto e Novecento nello stereotipo del soldato delinquente, una figura che, in modo particolare negli ultimi decenni del secolo, raggiunge una rilevante visibilità pubblica a seguito dei tragici fatti di cronaca che vedono dei soldati uccidere e ferire commilitoni e superiori in caserma⁷. Ciò rafforza il preconcetto nei confronti degli inadatti alla vita militare, ritenuti perlopiù «degenerati»⁸ e predisposti al crimine, per questo in grado di rappresentare un serio pericolo per l'ordine e la

² Cfr. BOTTINI, Ezio, «La preparazione alla guerra e l'educazione militare della gioventù», in *Rivista militare italiana*, 2, 16 febbraio 1914, pp. 278-304, p. 278.

³ Cfr. CONTI, Giuseppe, *Fare gli italiani. Esercito permanente e “nazione armata” nell'Italia liberale*, Milano, Franco Angeli, 2012, p. 208.

⁴ *Ibidem*, p. 209.

⁵ Cfr. CHIMIENTI, Piero, *Dopo Adua. La Camera, l'esercito ed il paese*, Roma, Elzeveriana, 1896.

⁶ Per una problematizzazione recente del processo di costruzione della figura del «criminale nato» vedi i saggi contenuti in: MONTALDO, Silvano, TAPPERO, Paolo (a cura di), *Cesare Lombroso cento anni dopo*, Torino, Utet, 2009; MONTALDO, Silvano (a cura di), *Cesare Lombroso. Gli scienziati e la nuova Italia*, Bologna, Il Mulino, 2011.

⁷ Su tutti celebre il caso di Salvatore Misdea, il soldato calabrese che fece fuoco uccidendo e ferendo diversi commilitoni. Al processo intentato contro di lui partecipò anche Lombroso in veste di perito: LOMBROSO, Cesare, BIANCHI, Leonardo, *Misdea e la nuova scuola penale*, Torino, Bocca, 1884.

⁸ Sul «degenerazionismo» vedi almeno il classico di PICK, Daniel, *Faces of Degeneration: A European Disorder, C. 1848-1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993.

disciplina all'interno delle caserme. Alla luce di ciò la ricerca e l'individuazione di questi soggetti è attenta, continua e si basa sulle tassonomie che la scienza mette a disposizione. Il processo è però vanificato in buona parte dall'assenza di un adeguato servizio psichiatrico dell'Esercito e questo fa dipendere in buona sostanza la riuscita dell'operazione dal lavoro – e dall'eventuale maggiore o minore disponibilità – delle direzioni sanitarie dei manicomi civili (o dei meno numerosi istituti criminali), i luoghi presso cui vengono inviati in osservazione i soldati potenzialmente “anormali”. L'atipicità della situazione, di fatto, influisce sul processo generale di individuazione dell'anormale e di questa anomalia sono ben consapevoli gli studiosi che si occupano del tema, come Pietro Grilli⁹, libero docente in psichiatria e medico alienista presso il Regio Spedale Bonifazio di Firenze per i mentecatti. Egli, nel 1883, pubblica un saggio dal titolo *La pazzia nei militari*¹⁰ in cui afferma che i soldati alienati, una volta evidenziati i sintomi della follia, vengono internati in manicomio e che, per tale ragione, non sono i medici militari a diagnosticare loro il tipo di patologia sofferta, né sono loro a seguire il decorso della malattia, in quanto tale opera viene svolta dai medici presenti nei frenocomi:

[...] ai medici militari, per quanto peritissimi possano essere nella Psichiatria, manca l'occasione di studiare gli alienati; e ciò perché in Italia, come presso tutte le nazioni civili, allorché un soldato incomincia a presentare fenomeni di alienazione mentale, non si trattiene negli ospedali militari, ma si invia al manicomio, che serve ai bisogni della provincia ove egli si trova¹¹.

Ciò che Pietro Grilli sottolinea problematicamente nel suo saggio è che «i medici militari non hanno manicomi»¹² e da ciò ne consegue che non sono essi a gestire le dinamiche riguardanti i “matti di caserma” che, di fatto, vengono trattate, portate alla luce, affrontate nei frenocomi civili, con tutte le conseguenze che ciò comporta in termini di attenzione per il problema. Analizzare dunque le politiche di trattamento dell'alienazione nei soldati significa indagare innanzitutto l'ambito dei manicomi civili e criminali in cui i militari vengono internati. Muovendo da questo presupposto, il presente contributo si propone di analizzare la dimensione concreta del rapporto tra il folle e l'istituzione attraverso la ricostruzione di una vicenda specifica, che ha riguardato un giovane soldato recluso presso il manicomio provinciale di Cuneo, sito in Racconigi, nel periodo che precede la Grande Guerra. Il contesto di studio è l'universo asilare compreso innanzitutto a partire dalla documentazione amministrativa e clinica prodotta dall'istituzione

⁹ Pietro Grilli, dopo che nel 1885 Francesco Bini rimise l'incarico di direttore del manicomio in polemica con la Deputazione provinciale, gli subentrò alla guida del R. Spedale Bonifazio per i mentecatti, precedentemente già diretto dal celebre Vincenzo Chiarugi.

¹⁰ Cfr. GRILLI, Pietro, *La pazzia nei militari*, Roma, Voghera Carlo, Tipografia di S.M., 1883.

¹¹ *Ibidem*, p. 4.

¹² *Ibidem*, p. 6.

stessa¹³: cartelle, diari clinici, relazioni della direzione sanitaria, consentono di cogliere proprio la dimensione concreta di quelle politiche di trattamento cui si è fatto cenno. Più nello specifico cercheremo di contestualizzare e di rispondere ad alcuni interrogativi: Quali sono le istanze bio-sociali che animano in prevalenza la psichiatria militare tra Otto e Novecento? Perché viene riconosciuta grande importanza ai soldati alienati e in particolare ai simulatori? Quali erano le politiche di gestione loro riservate a Racconigi? È possibile registrare un mutamento in queste politiche con l'approssimarsi del conflitto¹⁴?

2. Medicina sociale e psichiatria militare tra Otto e Novecento

Tra i problemi che le autorità militari devono affrontare dopo l'Unità, con l'introduzione della leva obbligatoria, c'è quello dell'individuazione dei soggetti anormali. Il timore di mettere a disposizione di individui apparentemente normali, ma in realtà «mentalmente disturbati», delle armi rappresenta una costante preoccupazione per politici e membri delle alte gerarchie militari. D'altra parte che «questi [soggetti] fossero passati per la trafila dell'osservazione»¹⁵ durante la visita di leva, non bastava a offrire garanzie, «perché il rilievo di certe anomalie della mente e delle minime aberrazioni morali, si sottrae sovente ad ogni indagine, né si può effettuare sempre con i reattivi mentali e morali che si possono avere a disposizione»¹⁶. I terribili casi che, alla fine dell'Ottocento, vedono alcuni militari imbracciare le armi e rivolgerle verso sé o verso i commilitoni con esiti tragici scuotono l'opinione pubblica e non fanno che rendere la questione ancora più urgente agli occhi di chi governa¹⁷. Tutto ciò contribuisce a plasmare lo statuto

¹³ La documentazione prodotta dall'Ente, sopravvissuta, è quasi tutta divisa tra l'Archivio della Provincia di Cuneo e l'Archivio Storico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi. Cfr. CAFFARATTO, Daniela (a cura di), *Archivio dell'Ospedale neuropsichiatrico di Racconigi*, Torino, Hapax, 2010.

¹⁴ Sul tema del disagio mentale nei soldati durante la Grande Guerra vedi: Cfr. GIBELLI, Antonio, *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*, Torino, Bollati Boringhieri, 2007; BIANCHI, Bruna, *La follia e la fuga*, Roma, Bulzoni, 2000. Sempre della stessa autrice: BIANCHI, Bruna, *Il trauma della modernità*, in SCARTABELLATI, Andrea (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande guerra*, Torino, Marco Valerio, 2008, pp. 9-64; SCARTABELLATI, Andrea, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la grande guerra (1909-1921)*, Udine, Edizioni Goliardiche, 2003; BINNEVELD, Hans, *From Shell Shock to Combat Stress. A comparative History of Military Psychiatry*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1997; SHEPARD, Ben, *Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, London, Jonathan Cape, 2000; MICALE, Mark, LERNER, Paul (eds.), *Traumatic pasts, History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age 1870-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001; LEESE, Peter, *Shell Shock, Traumatic Neurosis and the British Soldiers of the First World War*, New York, Palgrave-Macmillan, 2002; LERNER, Paul, *Hysterical men. War, Psychiatry and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930*, Ithaca (NY), Cornell University Press, 2003.

¹⁵ Cfr. TAMBURINI Augusto, FERRARI Giulio Cesare, ANTONINI Giuseppe, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie Nazioni*, Torino, UTET, 1918, p. 661.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Sul più celebre di questi casi, quello che vede protagonista il soldato Salvatore Misdea vedi: Cfr. PATARINI, Giada, "Il processo Misdea." Modelli, giudizi, pregiudizi: materiali per una storia di fine secolo, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma, a.a. 1999-2000; BERRÉ, Alessio, «Diritto, scienza e letteratura

conoscitivo dell'alienismo italiano sul nesso militari-follia indirizzandolo verso l'aspetto del controllo, delle politiche disciplinari e della eugenica negativa. I saperi, i concetti e le pratiche attraverso cui si costruisce la concezione del problema – e una determinata fisionomia del soggetto alienato – risentono delle sollecitazioni prodotte dalla congiuntura politico-sociale che, nel caso italiano, riguardano appunto esigenze di difesa sociale. In questo processo l'apporto di Cesare Lombroso è fondamentale perché fornisce una grammatica – basata sui presunti «segni della devianza» – e delle classificazioni in grado di stabilire nuovi modelli di conoscenza e di controllo dell'individuo, nonché inediti significati di crimine. La definizione del soggetto anormale, in questo caso il soldato alienato, è così posta al crocevia di saperi, discorsi e dispositivi influenzati dal reato ipotizzato e dalle caratteristiche che gli sono riconosciute come proprie.

Queste istanze conducono alla messa a punto di un programma di ricerca che sfocia nell'antropologia criminale e, più in particolare, nello studio del delitto nei suoi legami con la follia e la biologia. Un'ottica particolare che si propone di analizzare e descrivere in un catalogo della devianza le somiglianze e le differenze che contraddistinguono il soggetto «atavico»¹⁸ rispetto all'uomo normale. Ciò viene sviluppato sicuramente sulla base di un riduzionismo che susciterà diverse critiche, ma che è il risvolto dell'intimo convincimento lombrosiano secondo cui la traccia più evidente del crimine sta nella conformazione somatica del reo:

messo a capo, giovane e ancora pieno di entusiasmo per i nuovi indirizzi sperimentali, di una clinica psichiatrica e di un carcere, per tre e più anni lavorai per applicare il metodo sperimentale allo studio dei delinquenti e dei pazzi, e per trovarne i caratteri differenziali, senza però riuscirvi completamente; ma però ogni giorno più persuadendomi che alla ricerca aprioristica, fino allora condotta in astratto, doveva preferirsi lo studio analitico diretto dei delinquenti confrontati agli uomini normali e agli alienati¹⁹.

L'ipotesi di fondo che guida Lombroso è che tanto la follia quanto la propensione al delitto, possano essere identificate nel soggetto grazie a un'adeguata strategia di decifrazione che solo «attraverso le misurazioni del corpo»²⁰ può risultare efficace e certa. Le certezze della matematica antropometrica contrapposte alle vaghezze delle metafisica e della psichiatria che

nell'Italia post-unitaria: il caso Misdea», in *Between Journal, Rivista dell'Associazione di Teoria e Storia Comparata della letteratura*, II, 3/2012, URL: <<http://ojs.unica.it/index.php/between/article/view/430>> [consultato il 27 gennaio 2018]; SCARFOGLIO, Edoardo, *Il romanzo di Misdea*, Firenze, Polistampa, 2003; LOMBROSO, Cesare, BIANCHI, Leonardo, *op. cit.*

¹⁸ Questa teoria identifica nella sopravvivenza di condizioni di primitivismo negli stadi evolutivi successivi della specie la responsabilità principale del delitto e della follia.

¹⁹ Cfr. LOMBROSO, Cesare, *Come nacque e come crebbe l'antropologia criminale*, in *Ricerche e studi di Psichiatria, Nevrologia, Antropologia e Filosofia dedicati al prof. E.Morselli nel XXV anniversario del suo insegnamento*, Milano, Vallardi, 1906, p. 3., pp. 3-19

²⁰ Cfr. VILLA, Renzo, *op. cit.*, p. 135.

declina in filosofia, questa la svolta che segna una corrente di studi ma anche un orizzonte clinico diagnostico che, in alcuni diversi elementi, sopravvive ancora dopo la sua morte.

La misurazione dell'anomalia non ha bisogno di grandi teorie, quanto di mezzi in grado di garantire una quantificazione esatta che attende solo di essere riscontrata con precisione: questa l'ipotesi di fondo dell'impianto lombrosiano che innerva la psichiatria italiana tra Otto e Novecento, soprattutto quella che si occupa dell'ambito militare. Il riconoscimento dell'eredità delle caratteristiche devianti, fondamentale per identificare a priori l'anormale nella massa dei chiamati alla leva, sollecita conseguentemente adeguate politiche di controllo, nonché misure terapeutiche, necessarie per escludere il "degenerato" dalla comunità e impedire così la riproduzione e la diffusione delle "stigmati dell'anormalità". E in tale ottica l'opera di controllo dell'alienismo militare assume un'importanza fondamentale rispetto al processo attraverso cui si costruisce una Nazione libera dalle sue presunte tare psicobiologiche²¹. Ma in cosa si concretizza questo lombrosianesimo applicato allo studio della devianza militare²²? Innanzitutto nelle ripetute misurazioni antropometriche effettuate sui soldati, attraverso le quali raggiungere una convincente e condivisa grammatica della devianza, utile per poter finalmente identificare il militare anomalo²³. Soprattutto nel periodo che precede il conflitto questa era ritenuta una questione fondamentale, come indicato da Gaetano Funaioli nel 1911:

Sarebbe, d'altra parte, poco decoroso, che i Medici militari italiani si disinteressassero di una tale questione vitale, dappoichè dall'Italia è partita per opera di Lombroso e sua scuola, e per opera di Morselli, Tamburini e Bianchi, la scintilla che ha irraggiato tanta luce di vero in fatto di Scienza psichiatrica e di Psicologia criminale, le cui applicazioni interessano nel modo il più diretto, tra tutti gli ambienti collettivi, quello militare²⁴.

Bisogna raggiungere un ottimale utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla nazione e le caserme appaiono come l'ambito d'elezione per «formare l'uomo speciale, professionalmente

²¹ Cfr. SCARPATO, Francesca, SCARTABELLATI, Andrea, «Il discorso eugenico della psichiatria italiana dagli inutili alla vita ad una dannosa sottoumanità? Un'ipotesi di ricerca», in *Archivio Trentino*, 2, 2003, pp. 75-99, p. 79.

²² Sui rapporti tra soldati, follia e delinquenza vedi: SETTI, Augusto, *L'esercito e la sua criminalità: studio*, Milano, Tip. A. Colombo e A. Cordani, 1886; RIBAUDO, Brancaleone, *Studio antropologico del militare delinquente*, Torino, F.lli Bocca, 1893; TORRES, Pasquale, *Il delinquente soldato*, in BIANCHI, Augusto, SIGHELE, Guido, FERRERO, Guglielmo (a cura di), *Il Mondo Criminale italiano*, Milano, L. Omodei Zorini Editore, 1893, pp. 175-207; HAMON, Augustin, *Psychologie du militaire professionnel*, Bruxelles, Charles Rozez, 1894; COGNETTI DE MATIIS, Leonardo, *Il marinaio epilettico e la delinquenza militare*, Torino, F.lli Bocca, 1896; PUCCI, Paolo, *Delle Nevrosi nei militari, considerate precipuamente sotto il rapporto medico-legale*, Torino, F.lli Bocca, 1897.

²³ Cfr. FAROLFI, Bernardino, *Antropometria militare e antropologia della devianza (1876-1908)*, in DELLA PERUTA, Franco (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 7. Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1183-1190.

²⁴ Cfr. FUNAIOLI, Gaetano, «Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell'esercito», in *Rivista sperimentale di freniatria*, 38, 1911, pp. 337-368, p. 338.

orientato»²⁵. In questo orizzonte la medicina si configura più che come un sapere al servizio della salute individuale, nei termini di una scienza a favore delle esigenze della collettività e in questo senso si afferma il suo ruolo biopolitico²⁶. Esemplificativa di ciò la prospettiva di “medicina sociale” ribadita, in più occasioni, come necessaria da Placido Consiglio, tra i più celebri alienisti militari dell’epoca. La sua non deve essere considerata soltanto come l’ottica di un medico, importante ma non rappresentativa di tendenze più generali, quanto come una strategia programmatica che saldando psichiatria-eugenica e medicina sociale stabilisce un orizzonte biopolitico ben preciso, che non è avventato individuare come punto di partenza delle successive politiche totalitarie. Secondo Consiglio l’ambiente militare è un laboratorio di profilassi sociale unico, che consente di separare le vite “proprie” da quelle “improprie” e di contribuire all’opera di purificazione della razza. Insomma: si tratta di «scalpellare, ripulire e plasmare tutta questa massa disforme e varia»²⁷ che costituisce il “fondo oscuro” della nazione. Il paradosso è che a fronte di una sottolineata esigenza di medicina sociale, che Consiglio avanza ripetutamente almeno fin dal V° Congresso internazionale di psicologia del 1905, lo sviluppo della psichiatria militare come ambito specifico dell’alienismo è ben lungi dall’essere un dato di fatto. Vi erano pochi dubbi sull’importanza sociale dell’«indagine delle anomalie costitutive e delle manifestazioni morbose – episodi che o immanenti – di ciascuna forma di vita collettiva»²⁸, come sosteneva sempre Consiglio, in continuità con Lombroso, ancora nel 1914, ma pochi erano i progressi registrati, soprattutto per quanto riguarda l’organizzazione di uno strutturato servizio psichiatrico dell’esercito e questo nonostante le discussioni, gli interventi e i dibattiti presenti sulle riviste scientifiche. Serve dunque una «medicina sociale» sono parole sempre di Consiglio «che è essenzialmente igiene [...] e che oggi trionfa e si sviluppa rigogliosa per l’impulso fecondo, e rinnovatore della scuola positiva italiana di antropologia e sociologia criminale»²⁹. La psichiatria, la sociologia, l’antropologia, concorrono tutte dunque nella definizione di un insieme di pratiche, di discorsi e di categorie che sono essenziali per la particolare definizione della concezione del soldato alienato. Nello specifico il proposito di quello che è uno dei maggiori alienisti con interessi militari dell’epoca — Placido Consiglio³⁰ — è

²⁵ Cfr. POGLIANO, Claudio «La Grande Guerra e l’orologio della psiche», in *Belfagor*, 41, 4/1986, pp. 381-406, p. 382.

²⁶ Sul nesso medicina-biopolitica vedi: Cfr. FOUCAULT, Michel, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*, Paris, Gallimard, 2003; ID., *Les anormaux. Cours au Collège de France 1974-1975*, Paris, Gallimard, 1999; ID., *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*, Paris, Gallimard, 2004; vedi inoltre: ENROTH, Henrik, «Governance: The art of governing after governmentality», in *European Journal of Social Theory*, 17, 1/2014, pp. 60-76.

²⁷ Cfr. CONSIGLIO, Placido, *La medicina sociale nell’esercito*, Roma, Tipografia Enrico Voghera, 1914, p. 3.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibidem*, p. 4.

³⁰ Su Placido Consiglio vedi: PAOLELLA, Francesco, *Un laboratorio di medicina politica. Placido Consiglio e il Centro psichiatrico militare di prima raccolta*, in CARRATTIERI, Mirco, FERRABOSCHI, Alberto (a cura di), *Piccola patria, Grande guerra. La Prima guerra mondiale a Reggio Emilia*, Bologna, Clueb, 2008, pp. 187-204;

di gettarne le grandi linee per l'esercito, aggregato umano complesso e particolare, per struttura e funzioni, e perché sempre rinnovato nei suoi elementi individui, sempre simile ma non mai uguale a sé stesso, di continuo vivificato dalle correnti osmotiche che vengono dalla più grande collettività nazionale e quindi mutabile, benché in minima parte per la sua potenza coesiva, nel rispondere alle esigenze ambientali, alle condizioni di fase storica di civiltà, ed alle correnti di idee che vibrano nell'atmosfera morale della nazione³¹.

Passaggio denso che vuole rendere conto di come le scienze dell'uomo³² possano trovare

in questo speciale aggregato fatti interessantissimi da osservare, sia nei tempi ordinari, che nelle fasi critiche di esso (guerre, spedizioni coloniali, grandi manovre, disastri nazionali, ecc.: tutti gli eserciti hanno un substrato organico e psicologico comune, ma hanno anche atteggiamenti particolari e particolari espressioni che riflettono l'anima della stirpe, l'orientamento psichico del popolo, e la fase di civiltà nazionale³³.

E l'esercito, nella fattispecie dopo Adua e i fallimenti coloniali, assume sempre più il valore strategico di laboratorio per lo studio e la correzione sottrattiva dei caratteri psichici della nazione, in particolare quelli «deviati»³⁴. Questi ultimi erano programmaticamente fatti oggetto di una duplice azione eugenica³⁵ che possiamo definire di tipo negativo e di tipo positivo. Secondo la prima declinazione si trattava di purificare la psiche sociale attraverso un lento ma inesorabile processo di selezione da effettuarsi durante la leva, non soltanto al momento della visita ma anche successivamente, provvedendo a eliminare gli individui “inadatti” e i “degenerati”. Secondo la strategia positiva, invece, bisognava operare ad un livello più profondo, modellando il piano dell'attività educativa da compiersi attraverso regolamenti comuni, condivisione di attività e norme, riti e celebrazioni collettive e, soprattutto, attraverso l'azione pedagogica di ufficiali e sottoufficiali il cui compito era quello di far transitare, anche mentalmente, le reclute dal dominio familiare e dal contesto di provenienza a quello militare. Il fine era la canonizzazione del soldato tipo, prototipo dell'italiano ideale, una costruzione metafisica che ipostatizzava elementi

SCARTABELLATI, Andrea, «Un Wanderer dell'anormalità? Un invito allo studio di Placido Consiglio (1874-1959)», in *Rivista sperimentale di Freniatria*, 3/2010, pp. 89-98.

³¹ Cfr. CONSIGLIO, Placido, *La medicina sociale nell'esercito*, cit., p. 4.

³² Per quanto sia già avviato il processo di differenziazione tra psichiatria e psicologia, all'interno del nostro discorso, con “scienze dell'uomo” si intenderanno indistintamente i saperi che indagano e fanno riferimento tanto ai contenuti della mente quanto al supporto organico – il cervello – che li produce.

³³ Cfr. CONSIGLIO, Placido, *La medicina sociale nell'esercito*, cit., p. 5.

³⁴ Cfr. PIERACCINI, Gaetano, *La difesa della Società dalle malattie trasmissibili*, Torino, F.lli Bocca, 1895.

³⁵ Sul tema dell'eugenica vedi: MANTOVANI, Claudia, *Rigenerare la società. L'eugenetica in Italia dalle origini ottocentesche agli anni Trenta*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2004; CASSATA, Francesco, *Molti, sani e forti. L'eugenetica in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006.

ideologici desunti da un passato mitico e caratteristiche quali la forza di volontà, il coraggio, la disciplina, il senso del dovere, tutti fattori ritenuti in grado di contrassegnare un modello da imitare all'interno di un aggregato razziale sano. Modello che risente inoltre delle trasformazioni che riguardano l'immaginario maschile tra Otto e Novecento e che in diversi ambienti – quello militare è uno di questi – viene percepito come a rischio. L'immagine dell'uomo basata sul coraggio, sull'onore, sulla forza di volontà – come indicato da George L. Mosse in un celebre saggio³⁶ – è una delle architravi della Modernità, in grado di contrassegnare il “vero uomo” e di stabilirne il suo valore nella società. Lo stereotipo che ne deriva, basato sull'ideale delle virilità, funge da norma per la mascolinità e si regge sull'alterità nei confronti di alcune figure: anormali, devianti e donne. Tutte categorie ritenute, anche se in forme e modi diversi, incapaci di esercitare autocontrollo e piena determinazione esistenziale. Questa immagine dell'uomo entra in crisi in particolare tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, quando i primi segnali dell'emancipazione femminile fanno percepire ad alcuni ambienti particolarmente sensibili – come quello militare – la messa in discussione di principi, gerarchie e ordini secolari basati sul principio di virilità³⁷. A ciò si risponde attraverso un irrigidimento delle politiche disciplinari e una più generale politica educativa, volte a salvaguardare l'ideale dell'uomo virile. L'ideologia di fondo prevedeva che una attenta e articolata educazione militare contribuisse all'abbandono delle caratteristiche antropologiche “deviate” e, in ultima istanza, consentisse l'affermazione delle «maschie virtù civili»³⁸ minacciate dall'avvento della società di massa³⁹. «Tutta la vita, infatti, e non solo quella di caserma o di trincea, era *milizia*, ovvero disciplina e sforzo»⁴⁰. Questo almeno era l'orizzonte ideologico attraverso cui affrontare gli sconvolgimenti ideologici e le sfide di fine secolo e, in tutto ciò, la psichiatria doveva apportare soprattutto un metodo scientifico e positivo attraverso cui operare la profilassi bio-antropologica e identificare l'elemento da escludere. Accanto a questo compito di tipo tradizionale, Consiglio, attraverso la prospettiva di medicina sociale, vagheggiava un'estensione del campo d'azione, più precisamente un

rinnovamento nei metodi pedagogici, seriazioni di attività e di rendimenti, selezionamenti opportuni onde adattare ai singoli gruppi metodi educativi differenti e modi di versi di istruzione, per meglio metterne in valore le attitudini psichiche e la capacità fisica, sì che ciascuna personalità dia il miglior rendimento: e questa è opera non solo feconda di vantaggi

³⁶ Cfr. MOSSE, George L., *The Image of Man: The Creation of Modern Masculinity*, New York, Oxford University Press, 1996.

³⁷ Cfr. BELLASSAI, Sandro, *L'invenzione della virilità. Politica e immaginario maschile nell'Italia contemporanea*, Roma, Carocci, 2011.

³⁸ Cfr. POGLIANO, Claudio, *op. cit.*, p. 384.

³⁹ Cfr. CAPONE, Alfredo, *Corporeità maschile e modernità*, in BELLASSAI, Sandro, MALATESTA, Maria (a cura di), *Genere e mascolinità. Uno sguardo storico*, Roma, Bulzoni, 2000, p. 201 et seq.

⁴⁰ Cfr. POGLIANO, Claudio, *op. cit.*, p. 384.

per l'aggregato militare, ma anche per la società, nella formazione razionale del cittadino-soldato, per cui ciascuno apprenda meglio e viluppi in sé la metodicità del lavoro, la disciplina della volontà, la prontezza delle iniziative, il senso più reale di vita collettiva e di solidarietà umana nel culto della patria⁴¹.

In ordine a queste esigenze di Stato la psichiatria militare trova modo di ritagliarsi un ruolo e una funzione sociale che va ben al di là delle prerogative disciplinari previste per l'alienismo manicomiale con la legge n.36 del 1904. D'altra parte la consapevolezza di partecipare ad una missione rigenerativa dall'alta valenza sociale rendeva gli psichiatri militari – Placido Consiglio ne è un esempio paradigmatico – fieri e convinti sostenitori del progetto eugenico; depurare l'esercito dagli elementi inutili e, così facendo, contribuire alla realizzazione di una razza con quelle caratteristiche «particolarmente apprezzate nelle classi medie delle popolazioni bianche»⁴² non poteva non avere un effetto gratificante per le aspirazioni corporative di un sapere che, in particolare dopo il 1904, risultava frustrato sul piano del riconoscimento sociale. Infatti, se tale provvedimento era lungamente atteso e stabiliva in maniera univoca le «procedure di ricovero nel manicomio e statuiva con maggiore precisione il ruolo del medico manicomiale, d'altra parte vincolava quest'ultimo alla funzione di carceriere degli elementi ritenuti «pericolosi a sé e agli altri»⁴³. Lo psichiatra – e in particolare il direttore dell'ospedale psichiatrico – era investito di un ruolo fondamentale nelle procedure di ammissione e, soprattutto, nella gestione dei reparti»⁴⁴, ma ciò lo legava indissolubilmente all'universo manicomiale, alla sua esistenza separata, e questo di fatto sanciva una separazione dalle altre branche della medicina che operavano nelle cliniche e negli ospedali civili. Alla luce di ciò il riconoscimento sociale garantito dalla funzione di garante della palingenesi fisico-morale della nazione appare a molti alienisti, ancorati all'universo manicomiale, una possibilità di riscatto e un modo per evadere dal ruolo asfittico che la legge del 1904 ha stabilito per loro⁴⁵. Ma cosa significa rivestire la funzione di guardiano dell'igiene sociale, di scienza garante del consolidamento dell'elemento psichico nazionale? Significa operare per snidare e correggere l'anormale, soprattutto quando questo è presente nella superiore comunità militare⁴⁶. Come afferma Andrea Scartabellati: «Al liberale principio della difesa delle libertà

⁴¹ Cfr. CONSIGLIO, Placido, *La medicina sociale nell'esercito*, cit., pp. 5-6.

⁴² Cfr. MAIOCCHI, Roberto, *op. cit.*, p. 8.

⁴³ Legge 14 febbraio 1904, n. 36, "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati"; pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, 43, 22 febbraio 1904.

⁴⁴ Cfr. MORAGLIO, Massimo, *Prima e dopo la Grande Guerra. Per un'introduzione al dibattito psichiatrico nell'Italia del '900*, in SCARTABELLATI, Andrea (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica e destino di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Torino, Marco Valerio, 2008, pp. 65-90, p. 66.

⁴⁵ Cfr. MORTARA, Giorgio, *La salute pubblica in Italia durante e dopo la guerra*, Bari, Laterza, 1925, p. 4 et seq.

⁴⁶ Cfr. NICOLA, Paola, «Snidare l'anormale»: psichiatria e masse combattenti nella prima guerra mondiale», in *Rivista di storia contemporanea*, 16, 1/1987, pp. 59-84, pp. 69-70.

individuali, [...] si contrapponevano ora le necessità di un presunto uomo collettivo, che individuava coerentemente il suo braccio operativo nella superiore collettività militare»⁴⁷.

In questo contesto di trasformazioni che definiscono ruoli, competenze e prerogative nell'ambito del trattamento della malattia mentale, si registra un incremento dell'«andamento delle malattie nervose-mentali, segnalato dalle statistiche dei vari eserciti»⁴⁸. Il tema è di strategica importanza perché «per quanta diligenza s'impieghi nell'attuazione delle norme rigorose del reclutamento [...] entreranno sempre nelle file dell'esercito vari candidati alle psicopatie e alla delinquenza, rappresentati soprattutto da individui a fondo mentale debole e a costituzione antropologica non eccessivamente abnorme e quindi difficilmente valutabile»⁴⁹. Tra questi «deboli di mente» un ruolo tutto particolare viene riconosciuto ai simulatori, soggetti chiaramente degenerati che, attraverso l'elusione dei doveri verso la nazione, evidenziavano tendenze asociali e profili amorali che sul piano criminologico e su quello dell'igiene sociale meritavano particolare attenzione. Funaioli però riteneva la presenza di questi soggetti minoritaria tra le file dell'esercito, soprattutto perché la condizione richiedeva una disciplina d'intenti non facilmente prolungabile nel tempo, in particolare nel caso delle forme morbose gravi⁵⁰. Nonostante ciò la figura del «degenerato», di cui il simulatore è perlopiù ritenuto una esemplificazione, è tra quelle che maggiormente preoccupano le politiche di controllo della medicina sociale, così come riassunto efficacemente da Consiglio:

i degenerati [sono] la vera piaga dell'esercito, come di ogni collettività umana, di continuo danno per la deficienza etica che li distingue, e per cui commettono ogni sorta di cattive azioni, e si mantengono indisciplinati, insensibili, irrequieti. Turbolenti, ribelli, ineducati, insofferenti della disciplina, insensibili ai rimproveri ed alle punizioni, ché anzi si esasperano ed acuiscono le loro percezioni ostili dell'ambiente e la reattività morbosa: non capaci di sentire il dovere e la subordinazione, sono egoisti ed egocentrici, rozzi e sguaiati nel contegno, pervicaci, spesso simulatori, capaci di odio e rancore, suscettibili e permalososi, dediti frequentemente al vino al giuoco alle donne, e l'esaurimento sessuale e l'intossicamento alcolico li peggiora, li fa violenti ed impulsivi, irruenti e prepotenti, schiamazzatori ribelli e clastomani. I degenerati inferiori, - di cui si compone una buona parte dei delinquenti, e che nelle carceri militari o nelle compagnie di disciplina costituiscono i recidivi, gli incorreggibili, i pessimi - formano una massa di detriti umani che, dalle forme meno pericolose e meno anomale della maleducazione e della rozzezza primitiva del carattere, vanno per gradi sino all'imbecillità morale, (di cui la pazzia etica è il grado estremo), che è uno stato di vera

⁴⁷ Cfr. SCARTABELLATI, Andrea, *Intellettuali nel conflitto: alienisti e patologie attraverso la grande guerra (1909-1921)*, Udine, Edizioni Goliardiche, 2003, p. 14.

⁴⁸ Cfr. FUNAIOLI, Gaetano, *op. cit.*, pp. 337-338.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 344.

⁵⁰ *Ibidem*, pp. 346-347.

analgesia del sentimento e degli affetti. Ne consegue: uno modo particolare di appercepire le influenze esterne, specie le relazioni interpersonali, e di reagirvi, impernandosi tutto il mondo attorno al proprio io egoista e brutale, anaffettivo e pretenzioso, volto tutto alla prepotente soddisfazione dei propri istinti e bisogni, senza alcun riguardo alle norme di convivenza ed ai diritti altrui, per cui urtano fatalmente contro l'ambiente sociale e militare, contro le norme giuridiche o le regole disciplinari [...]»⁵¹.

Abbiamo riportato questo lungo estratto perché evidenzia come la figura del degenerato – e quindi anche quella del simulatore – sia paradigmaticamente assunta a idealtipo dell'elemento deviato da individuare ed escludere dall'esercito, attraverso il «rigore della selezione morale»⁵², per evitare la contaminazione della comunità militare.

Gli effetti di questa prospettiva sul piano delle politiche di gestione e di trattamento segneranno la specificità della psichiatria italiana militare. Rispetto ad altre realtà europee⁵³ questa risulterà orientata verso l'individuazione e l'esclusione dell'anormale, piuttosto che verso la sua riabilitazione. Non è infatti difficile scorgere nella dura requisitoria di Consiglio nei confronti dei «degenerati», non soltanto la ipostatizzazione della figura del «delinquente nato» in relazione all'ambiente caserma, ma anche l'attenta descrizione delle caratteristiche comportamentali e psicologiche che la contraddistinguono, secondo un metodo che tiene insieme i due versanti della diagnostica clinica-criminale e dell'eugenica negativa. In questa saldatura tra due versanti, non necessariamente coestensivi, viene alla luce l'importanza laboratoriale – cui si è già fatto riferimento – dell'esercito per la psichiatria militare come medicina sociale. Ciò si spiega anche alla luce della profonda diffidenza dei politici e delle gerarchie militari nei confronti della «razza italiana» e nel suo esercito, maturata dopo Adua. Alla regressione della stirpe era doveroso opporre un'energica opera di rigenerazione fisica e morale della razza tutta. Da queste esigenze non poteva che uscire rafforzato il classico paradigma organicistico che, se da una parte svalutava oltremodo i contenuti ideativi espressi dalla costellazione patologica, dall'altra rafforzava l'azione biopolitica di controllo che abbiamo detto rappresentare l'indirizzo generale della medicina sociale italiana.

Il progetto di fondo volto all'allontanamento di «degenerati», «amorali» e «inadatti» dall'esercito, per quanto condiviso come piano eugenico di rilancio della razza, nei fatti non trovò quell'attuazione massiva prefigurata dai discorsi di personalità come Consiglio. Infatti, al netto dei provvedimenti di riforma preventivi attuati durante le visite mediche e dei casi evidenziati

⁵¹ Cfr. CONSIGLIO, Placido, *La medicina sociale nell'esercito*, cit., p. 33.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ Per la situazione tedesca vedi: LERNER, Paul, *Hysterical Men: War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930*, Ithaca (NY), Cornell University Press, 2003.

dalle statistiche⁵⁴, era la mancanza di un adeguato servizio medico-psichiatrico nell'esercito a rendere difficoltoso l'indirizzo eugenico di fondo. Infatti, come riporta sempre il medico Funaioli, una volta venuti alla luce dei problemi mentali degni di osservazione i soldati «sono mandati ai Manicomi provinciali e quindi perduti completamente di vista»⁵⁵. Tale deficit, aggravato dalle diffidenze istituzionali e dalle problematiche comunicazioni tra le diverse istituzioni dello Stato, da un lato minava alla radice qualunque effettivo risultato in ordine a piani di purificazione collettivi; dall'altra rimetteva al centro di ogni politica di igiene sociale, anche quella basata sul laboratorio militare, proprio i manicomi e le singole direzioni sanitarie che, nei fatti, erano i luoghi di raccolta ultimi per questa umanità da escludere. Il ruolo di collettore finale, d'altra parte, forniva ai medici-direttori un potere diagnostico e sanzionatorio non indifferente proprio in ordine a quel regime di esclusione che l'eugenica per sottrazione ha la necessità di perseguire. Ma non sempre i direttori si adattarono al ruolo ancillare per loro previsto in ordine alle esigenze eugeniche indicate. Infatti, come nel caso di Racconigi, le direzioni sanitarie agirono sovente con molta autonomia, mostrando anzi ripetutamente insofferenza per le intromissioni delle autorità militari nella vita del manicomio⁵⁶. Non è difficile inoltre scorgere in questo fallimento annunciato delle politiche eugeniche di massa, almeno prima della Grande Guerra, la radice di una contraddizione ontologica che innerva nel profondo la struttura nazionale e, nella fattispecie, le politiche di igiene pubblica che riguardano il trattamento della follia in ambito militare.

3. Individuare il simulatore e rispedirlo in caserma

Uno dei compiti della psichiatria italiana che si occupa di ambito militare è dunque quello di preservare l'esercito dagli elementi "inutili", in questo senso è chiamata a svolgere un'opera di bio-profilassi tesa a preservare la comunità dalle contaminazioni dei «degenerati» e dagli «anormali»⁵⁷. Parimenti essa è chiamata a individuare i potenziali simulatori, smascherarli e restituirli ai loro doveri verso la nazione. I due elementi non possono essere separati e rappresentano uno il rovescio dell'altro. Allontanare gli elementi dannosi e realizzare un collettivo all'altezza del confronto con le altre potenze coloniali non esaurisce il compito di difesa dell'esercito: bisogna anche avere a disposizione tutti gli uomini utili per realizzare un insieme coeso, efficiente e moderno. L'azione di profilassi si ribalta così in opera disciplinare quando si

⁵⁴ Cfr. FUNAIOLI, Gaetano, *op. cit.*, pp. 340-341.

⁵⁵ *Ibidem*, p. 342.

⁵⁶ Tali divergenze sono evidente in particolare durante la guerra, quando in diverse circostanze le relazioni del Direttore alla Deputazione Provinciale mostrano insofferenza e impazienza per gli spazi pretesi, per le servitù dovute e, in generale, per la difficoltà di garantire un adeguato servizio di controllo, visto il personale carente e quello da destinare alle esigenze degli alienati militari.

⁵⁷ Cfr. CONSIGLIO, Placido, «Studi di psichiatria militare», in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 38, 1912, pp. 370-407, p. 371 et seq.

tratta di individuare chi, pur essendo in dovere di servire la collettività, cerca mediante tutti gli stratagemmi, in particolare quello del disagio psichico, di evitare il servizio militare. Generalmente, quando i sintomi del soldato – di solito esasperati e violenti – facevano sorgere il dubbio di stare di fronte a un potenziale simulatore, si procedeva in maniera abbastanza risoluta, sottoponendo il militare a brevi periodi di osservazione in manicomio, basati su una terapia individuale decisa che, nei casi più frequenti di manifestazioni acute, si concretizzavano in periodi di isolamento in cella, legati al letto, alternati a frequenti interrogatori da parte delle autorità mediche e a terapie d'urto⁵⁸, come la “bastonata d'acqua”⁵⁹ o l'applicazione di correnti elettriche⁶⁰ che, nel caso del manicomio di cui ci occupiamo, era praticata di frequente per tranquillizzare gli acuti fin dagli anni Ottanta dell'Ottocento⁶¹. I medici, attraverso ciò, dovevano trasmettere l'idea di essere nella posizione di poter smascherare il simulatore, facendo insorgere nel militare la convinzione che a maggiore resistenza sarebbe corrisposta una più tenace azione disciplinare. Il ritorno in caserma era l'unico orizzonte che doveva profilarsi davanti ai soldati ritenuti impostori; per questa ragione, secondo le indicazioni degli psichiatri militari, in manicomio, il regime di internamento doveva prevedere, oltre a quanto già osservato, un certo insieme di restrizioni compatibile con l'idea che il soldato, fondamentalmente, fosse un potenziale fuggiasco e, per questo, richiedesse particolare attenzione. Attraverso serrati interrogatori, pratiche terapeutiche adeguate e controlli stringenti, si doveva far capire al soldato che «ogni messa in scena era inutile perché senza sintomi obiettivi, non riproducibili con la volontà né con la suggestione, non si era creduti, ma anzi, puniti»⁶². Queste indicazioni però non vengono messe in pratica a Racconigi, almeno fino al periodo qui preso in esame, durante il quale la direzione di Cesare Rossi cerca di svecchiare l'Istituto e le sue pratiche, anche attraverso un programma di *no-restraint*, pensato per gli alienati tutti al di là della loro condizione di civili o di militari, con il solo discrimine della maggiore o minore pericolosità sociale⁶³. La situazione cambierà durante il conflitto, quando esigenze di sovraffollamento e di carenza di personale, oltre che difficoltà di

⁵⁸ Vedi per le politiche di trattamento adottate durante la guerra: BIANCHI, Bruna, *La follia e la fuga. Nevrosi di guerra, diserzione e disobbedienza nell'esercito italiano (1915-1918)*, Roma, Bulzoni, 2001, p. 84 et seq.

⁵⁹ La “terapia” consisteva in bagni freddi, cui erano costretti solitamente i pazienti agitati, praticati in sedute successive e di durata variabile.

⁶⁰ La pratica consisteva in violente scariche di corrente faradica – applicata solitamente agli arti – che dovevano provocare shock emotivi in grado di “liberare” il paziente da afasie, paralisi, tremori e stati di esaltazione.

⁶¹ Archivio della Provincia di Cuneo [d'ora in avanti APCN], ATTI DEL CONSIGLIO PROVINCIALE, *Relazione della Direzione del manicomio della Provincia di Cuneo, sull'andamento amministrativo, economico e sanitario dello stabilimento dal 1 Luglio 1879 al 30 Giugno 1880*, Mondovì-Breo, A.Fracchia Tipografo della Provincia, 1882, pp. 138 et seq.

⁶² Cfr. PELLACANI, Giuseppe, «Le neuropatie e le psiconevrosi nei combattenti», in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, LV, 1/1920, pp. 8-58, p. 19.

⁶³ I tentativi di *no-restraint* tentati a Racconigi puntarono sulla sperimentazione – in verità con scarsi risultati – dell'inserimento dei malati meno problematici in famiglie idonee, in grado di favorire il recupero al di fuori dell'angusto recinto manicomiale.

approvvigionamento, spingeranno il Direttore ad adottare una politica di rapide dimissioni, per molti versi conforme alle esigenze di reimpiego delle autorità militari, ma in verità originate soprattutto da istanze endogene del manicomio⁶⁴.

Tra i potenziali simulatori destavano particolari sospetti quegli elementi che dai riscontri e dalle note di caserma, dall'osservazione e dall'anamnesi, evidenziavano una inclinazione verso l'alcool⁶⁵.

Sembra essere il caso del soldato Giovanni G., entrato nel manicomio il 5 di agosto del 1913, proveniente dall'Ospedale Militare principale di Savigliano. Qui il soldato risulta «di difficile custodia e pericoloso», per questo «se ne propone il trasferimento d'urgenza al manicomio Provinciale di Racconigi»⁶⁶. Da qualche tempo, presso il 73° Reggimento Fanteria dove è inquadrato, il militare «ha cominciato a dar segni di disturbi psichici caratterizzati da confusione mentale, insonnia, agitazione e ricorrenti accessi impulsivi con mania di distruzione»⁶⁷; i sintomi non sono immediatamente ricollegabili a cause fisiologiche obiettive e, per questo, sorge subito il sospetto che la loro origine possa essere artificiosa. La persistenza nell'immaginario medico delle idee di predisposizione e degenerazione non soltanto contribuisce a delineare un clima di diffidenza nei confronti del soggetto, ma sollecita anche il disprezzo nei confronti di quello che viene ritenuto uno strumentale simulatore. Tra le corsie dell'ospedale si diffondono preoccupazione e ansia, non soltanto tra medici e infermieri, ma anche tra gli altri pazienti tenuti svegli durante la notte dalle grida del soldato e dalla violenza con cui si scaglia contro il mobilio e le pareti, prima di essere contenuto. La condizione di pericolosità sociale del giovane spinge il delegato di P. S. di Savigliano a disporre il ricovero coatto presso la struttura manicomiale provinciale⁶⁸. Giovanni G. ha 22 anni, è celibe, e appena fa il suo ingresso in manicomio, dopo le procedure di rito con la consegna degli effetti personali, la doccia e la rasatura dei capelli, viene sottoposto ad un primo momento d'osservazione generale che non evidenzia sintomi particolari:

⁶⁴ Tanto per fare un esempio, la flessione nelle presenze del 1916 viene così spiegata dal direttore Rossi: «La diminuzione delle presenze si è verificata malgrado l'elevato numero dei nuovi ammessi, onde essa va posta esclusivamente a carico della forte uscita, vale a dire delle dimissioni e dei decessi». Cfr. APCN, ATTI DEL CONSIGLIO PROVINCIALE, *Sessione ordinaria e straordinaria, Dati statistici e funzionamento del Manicomio Provinciale di Cuneo. Relazione all'Onorevole Deputazione*, Cuneo, Tipografia Cooperativa, 1916, p. 14.

⁶⁵ Solo per un inquadramento generale vedi: COTTINO, Amedeo, *L'ingannevole sponda. L'alcol fra tradizione e trasgressione*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1991. L'abuso di alcool nelle caserme, invece, risultava essere una delle strategie più semplici per anestetizzare una condizione rifiutata; i medici, anche sulla base dello stigma morale che pesava sull'identità di «bevitore», tendevano a ricollegare l'abitudine a una condizione di «degenerazione» familiare, solitamente verificata in sede di anamnesi. Solo per prendere un'annata come riferimento, il 1912, i soldati ricoverati sono 7, tra loro vi è un caso di «frenosi alcolica», diagnosi che vede il soldato accomunato ad altri 37 internati (28 uomini e 9 donne), indice di una pratica collettiva fortemente radicata negli usi del territorio e, più in generale del mondo contadino.

⁶⁶ Archivio Storico Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi [d'ora in avanti ASONR], Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 8745, Comunicazione Ospedale Mil.Princ.-Savigliano, 4 agosto 1913.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 8745, Provvedimento di invio in manicomio, Ufficio di P. S. di Savigliano, 4 Agosto 1913.

«contegno ordinato e nulla a carico del linguaggio parlato»⁶⁹. Il militare non è soggetto a delirio e «non sembra allucinato»⁷⁰, «non è compulsivo»⁷¹, né agitato, anzi interloquisce e appare «presente a sé»⁷². Questa apparente normalità spinge la Direzione Sanitaria ad interrogarsi sulla natura dei sintomi emersi in ospedale per poi concentrarsi, in particolare, sulla condizione di abituale bevitore del ricoverato: «Da borghese – viene riportato nell’anamnesi – beveva volentieri e qualche volta si ubriacava»⁷³. L’informazione, in mancanza di altri elementi, contribuisce a indirizzare il quadro diagnostico che identifica nel militare un soggetto dedito al vizio e, per questo, un potenziale inadatto ai doveri della vita sociale. Nonostante la ricostruzione biografica mostri che «da borghese [...] non si è infettato di morbi venerei»⁷⁴ – *altro elemento che avrebbe aggravato la fisionomia clinico-delinquenziale* – l’abitudine di consumare sostanze alcoliche lo inquadra alla luce di categorie che fanno riferimento all’indisciplina, alla ribellione, all’incapacità di vivere alla luce della morale condivisa. Questi tratti assumevano un ordine e una fisionomia ben precisa in relazione alla teoria dell’atavismo di Cesare Lombroso, secondo cui certi soggetti risultavano essere una sorta di paradosso evolutivo, presentando caratteri che appartenevano alla storia “bestiale” e all’ontogenesi della specie umana ormai trascorsa. Nello specifico il simulatore rappresentava il rifiuto di adattarsi ai bisogni e alle necessità della collettività e ciò era palese proprio in quei casi di rifiuto della vita militare che, a sua volta, rappresentava il momento più alto del servizio reso alla società. Il militare bugiardo, quello che dietro il disagio psichico celava un’intenzione perversa, era dunque da perseguire con durezza, dopo averlo scovato in mezzo alle altre tipologie di inadatti che presentavano caratteristiche di debolezza, anormalità e ritardo psichico. Per questi motivi, fin dal principio del Novecento, si discusse dell’opportunità di costituire negli ospedali militari⁷⁵ sale per l’osservazione psichiatrica: sorta di gabinetti anatomici in cui il militare che mostrava segni di pazzia veniva osservato e studiato con il fine di catturare i segni della sua diversità, ma soprattutto gli elementi in grado di smascherarlo quale simulatore⁷⁶. Il preconetto secondo cui il simulatore era un inadatto a servire la nazione orientava lo sguardo del medico situandone le rilevazioni diagnostiche che, alla luce di ciò, non potevano che

⁶⁹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 8745, Tabella nosografica, Esame psichico, Fisionomia, contegno, linguaggio.

⁷⁰ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 8745, Tabella nosografica, Esame psichico, Sfera senso-percettiva.

⁷¹ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 8745, Tabella nosografica, Esame psichico, Estrinsecazione degli atti e delle tendenze.

⁷² *Ibidem.*

⁷³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 8745, Tabella nosografica, Anamnesi.

⁷⁴ *Ibidem.*

⁷⁵ Tra le Forze Armate fa soprattutto la Regia Marina ad organizzarsi per tempo, attrezzando durante la guerra di Libia l’ospedale di La Spezia con apposite sale per il ricovero e l’osservazione del personale alienato.

⁷⁶ Ciò non avvenne a Savigliano, il principale per la provincia di Cuneo, e quello in cui viene ricoverato Giovanni G.

confermare l'elemento disfunzionale della personalità ricercato. Più in generale il solo fatto di presentare dei sintomi mentali rendeva il soldato un elemento pericoloso, un soggetto da inscrivere all'interno di quelle «classes dangereuses» che nell'Ottocento vengono poste sotto particolare attenzione in quanto pericolo potenziale per l'ordine costituito. Che il soldato fosse un simulatore o che risultasse un «ammalato di nervi», in entrambi i casi risultava essere un "diverso" che opponeva resistenza al progetto di omologazione e standardizzazione dell'italiano ritenuto indispensabile dalle Forze armate. In quest'ottica, per gli psichiatri, la simulazione non era poi troppo differente dalla pazzia propriamente intesa: entrambe condividevano il seme della degenerazione e come tale dovevano essere disciplinate⁷⁷.

A Racconigi, almeno inizialmente, la politica terapeutica e gestionale del direttore Rossi verso i soldati alienati non appare diversa da quella riservata agli altri internati ed è ispirata, in una prima fase, a un generico buon senso di stampo *paternalistico*, del tipo già adottato verso gli internati civili; successivamente a una politica di allontanamenti massicci nei confronti di tutti quei soggetti – militari ma anche frenastenici, cronici, dementi tranquilli – non immediatamente pericolosi, volta più a eliminare il problema del sovraffollamento che a servire una consapevole strategia disciplinare. La soglia tra queste due declinazioni della politica è da collocare proprio nel periodo, tra il 1913 e il 1914, in cui il caso di Giovanni G. si situa. Il paternalismo del Direttore si concretizzava fundamentalmente in una rigida organizzazione degli spazi a disposizione degli ammalati all'interno del manicomio, in una ferrea routine scandita dalle terapie e dal controllo continuo e su qualche incentivo – le porzioni di tabacco giornaliero e qualche attività ricreativa – per i più meritevoli (vale a dire quelli che non davano problemi). Il tutto nella convinzione che l'alienato destinato al manicomio fosse un soggetto a ridottissimi margini di autonomia e quindi da guidare e controllare, piuttosto che da sostenere nel suo percorso di crescita. Le eccezioni sono costituite proprio da quei soggetti che, per la loro condizione di ridotta pericolosità sociale, potevano ambire a situazioni di inserimento familiare al di fuori del manicomio. Tali individui, falliti i tentativi di inserimento⁷⁸, verranno successivamente destinati in massa alle succursali di Cuneo per pazienti «tranquilli».

Per i militari, invece, si delinea sempre più chiaramente una politica basata su rapide dimissioni, come accade anche al soldato Giovanni G.. In questo senso la sua vicenda, con il repentino licenziamento, è indicativa di una politica manicomiale che sta cambiando e che inizia a considerare i soldati come internati diversi, soggetti a una politica di trattamento che, seppur non

⁷⁷ Cfr. PENTA, Pasquale, *La simulazione della pazzia e il suo significato etnico, antropologico, clinico e medico legale*, Napoli, Tocco, 1899.

⁷⁸ In realtà la sperimentazione non partì neanche, vista la mancanza di strutture di mediazione tra il manicomio e le famiglie e la mancata disponibilità di queste ultime.

formalizzata, prevede alcune specificità: periodi di osservazione ristretti, dimissioni rapide⁷⁹ e diagnosi prudenti⁸⁰. Queste ultime, in particolare, sono il segnale più evidente di una prassi che lentamente vuole stabilire una zona di cauta e circospetta sicurezza intorno al riconoscimento della malattia mentale nei militari⁸¹. Molto probabilmente⁸² un tentativo, inesperto e non formalizzato certo, di evitare tensioni con le autorità militari su temi delicati quali il riconoscimento di un nesso tra la vita militare e l'insorgenza della malattia mentale e il conseguente rilascio di pensioni.

Così, una volta riscontrata una condizione fisica generale discreta, minacciata soltanto dai momentanei periodi di denutrizione legati ad una strisciante depressione⁸³ e «lievemente turbata dal presente stato confusionale»⁸⁴ – quello che lo ha condotto in manicomio –, valutato il rapido miglioramento, si decide di dimetterlo dopo solo 12 giorni di ricovero, il 21 agosto 1913. Un periodo di osservazione breve, inferiore a quello solitamente previsto a Racconigi – di almeno due settimane – e per questo emblematico di quella politica di rapide dimissioni che il direttore Cesare Rossi attuerà anche durante la guerra verso gli alienati – o i presunti tali – militari. L'invio al corpo d'appartenenza chiude la cartella clinica e la vicenda del militare, che non farà più ritorno a Racconigi.

Al di là di quanto indicato su una vicenda che, insieme ad altre, funge da soglia tra due prassi e, probabilmente, due visioni della medesima direzione sanitaria sulla questione degli alienati militari, nei fatti questa politica locale del trattamento dei soldati affetti da disagio psichico mostra alcune delle sfumature e dei cambiamenti che interessano il tema prima della Grande Guerra. Contrariamente alla poca attenzione dedicata dalla storiografia all'argomento, la questione presenta delle specificità degne di essere portate alla luce, dato che, come mostrano i 777 suicidi avvenuti tra il 1874 e il 1883⁸⁵, il disagio mentale tra i militari rappresenta un

⁷⁹ L'anno dopo, nel 1914, questa prassi è ancora più evidente. Infatti su 5 soldati ricoverati, due vengono riconosciuti «non alienati» e uno «non di competenza manicomiale». Tra questi casi un militare viene dimesso dopo solo 15 giorni d'osservazione «sebbene abbia presentato degli accessi compulsivi di natura probabilmente epilettica». ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 9140, Avviso di Licenziamento provvisorio n. 80, 5 Gennaio 1915.

⁸⁰ È quanto contrassegnerà la situazione racconigese durante la guerra. Sulla questione è in corso di sviluppo un progetto di ricerca a cura dello scrivente.

⁸¹ La storiografia ha perlopiù considerato la genericità delle diagnosi durante il conflitto come un riflesso della situazione emergenziale; eppure questa non può essere l'unica spiegazione e lo evidenzia il confronto con le carte

⁸² Mancando nella documentazione riguardante l'ente – sia in quella presente nell'Archivio della Provincia di Cuneo, che in quella raccolta nell'Archivio Storico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Racconigi – riferimenti precisi, questa ipotesi allo stato attuale deve essere considerata con il beneficio del dubbio.

⁸³ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 8745, Tabella nosografica, Sviluppo e stato generale della personalità. La depressione appare caratterizzata da mutismo, apatia, sguardi vuoti, confusione mentale.

⁸⁴ ASONR, Archivio sanitario, cat.9 - classe 2, cartella clinica matr. n. 8745, Tabella nosografica, Sviluppo e stato generale della personalità.

⁸⁵ Cfr. OLIVA, Gianni, *Esercito, paese e movimento operaio. L'antimilitarismo dal 1861 all'età giolittiana*, Milano,

problema rilevante anche prima della epidemica diffusione delle «nevrosi belliche» durante il Primo Conflitto Mondiale. Tutto ciò, tra l'altro, era ben presente agli osservatori più acuti del tempo, come Augusto Setti che, nel 1886, così scriveva nel suo *L'esercito e la sua criminalità*: «Le statistiche penali militari finora non sono che allo stato di un inventario arido e imperfetto. Moltissimi dati, che figurano negli originali presso il Ministero, non furono riprodotti nelle copie a stampa»⁸⁶. Anche oggi questo è un buon motivo per continuare a indagare le dimensioni del fenomeno dal prisma d'osservazione dell'universo manicomiale locale.

Franco Angeli, 1986, p. 48.

⁸⁶ Cfr. SETTI, Augusto, *op. cit.*, pp. 40-41.

L'AUTORE

Fabio MILAZZO è ricercatore e docente di Storia e Filosofia nei licei. È PhD candidate in Storia Contemporanea presso l'Università degli studi di Messina. Oltre ad articoli di storia, filosofia e psicoanalisi è autore di: *Senso e godimento. La follisofia di Jacques Lacan* (Giulianova, Galaad, 2017). I suoi principali campi di ricerca vertono: sulla storia e la filosofia della psichiatria e della psicoanalisi; sulla storia delle istituzioni disciplinari e manicomiali otto-novecentesche; sulla storia dell'Istruzione in Italia; sull'epistemologia e la critica storiografica. Svolge attività di ricerca presso il "Centro Studi in Psichiatria e Scienze umane del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 1 di Cuneo" e collabora con l'Istituto Storico della Resistenza e della Società Contemporanea di Cuneo.

URL: < <http://www.studistorici.com/progett/autori/#Milazzo> >